

Jörg Blech

GLI INVENTORI
DELLE MALATTIE

Come ci hanno convinti di essere malati



Ringraziamenti

Questo volume si basa sul lavoro di molte persone che devo ringraziare. È stato per me un piacere venire a conoscenza delle notizie che mi hanno fornito e delle idee che hanno sottoposto alla mia attenzione. Ho dovuto poi lavorare sodo per condensare quelle notizie e quelle idee nelle tesi che ho esposto nel volume.

Mi sento particolarmente obbligato verso quei medici che in molte conversazioni hanno trattato con me il tema della medicalizzazione della vita, fornendomi indicazioni preziose. Il professor Peter Riedesser, psichiatra della clinica universitaria di Amburgo-Eppendorf, mi ha consentito di accedere a fonti e reperti che mi sono stati di grande utilità. Il professor Asmus Finzen dell'ospedale universitario di Basilea mi ha introdotto nel mondo delle diagnosi psichiatriche. Il professor Hartmut Porst di Amburgo mi ha fornito informazioni sui legami esistenti tra i medici e l'industria farmaceutica.

Il mio ringraziamento va anche al professor Peter Sawicki, primario dell'ospedale St. Franziskus di Colonia e membro del DiEM - Institut für evidenzbasierte Medizin di Colonia. Egli ha rivisto il mio manoscritto, correggendone gli errori e verificandone la plausibilità. Se qualche errore

fosse sfuggito alla sua correzione, la responsabilità sarebbe ovviamente mia.

Un ringraziamento particolare è rivolto a Jobst-Ulrich Brand, un amico che ho conosciuto alla scuola di giornalismo di Amburgo. È stato lui che ha riletto l'intero manoscritto. La sua competenza linguistica ha fatto sì che dal testo venissero eliminate le formulazioni meno chiare e mi ha aiutato a raggiungere l'obiettivo che mi ero proposto, quello cioè di scrivere un'opera leggibile.

Alfred Barthel della banca dati Gruner+Jahr ha vagliato un'enorme quantità di materiale e mi ha procurato un gran numero di fonti e di articoli di estremo interesse. Matthias Landwehr e i suoi collaboratori dell'agenzia Eggers & Landwehr hanno condiviso con me l'entusiasmo per quest'opera e hanno messo a disposizione la loro professionalità per la sua realizzazione. Nina Bschorr, il mio editor presso la casa editrice Fischer, ha voluto questo libro e ne ha curato la realizzazione con grande determinazione. La casa editrice dello «Spiegel» ha acconsentito con generosità all'attuazione di questo mio progetto.

Ho scritto questo libro durante le ferie, nei giorni festivi e nei fine settimana. Il mio ringraziamento più sentito va a mia moglie Anke Bördgen e ai nostri tre figli. Mia moglie ha condiviso con me il progetto dell'opera dal suo concepimento fino all'uscita delle bozze di stampa e ne ha reso possibile la realizzazione grazie al sostegno accordatomi. Grazie al suo affetto e alla sua serenità ha fatto in modo che lavorassi a questo volume in condizioni di spirito quanto mai favorevoli.

J. B.

Secondo Voltaire l'arte del medico consisterebbe nel divertire il paziente fino al momento in cui la natura lo guarisce. Oggi l'opinione del filosofo francese è stata capovolta: la medicina moderna fa credere all'uomo che la natura lo affligge con malattie sempre nuove, che possono essere guarite solo dai medici. Poiché ogni cultura e ogni popolo genera i propri mali, fino a poco tempo fa la malattia era ancora considerata un fenomeno sociale. Con questa mia opera dimostro come le cose siano cambiate in Germania e negli altri paesi industrializzati: oggi le case farmaceutiche e i gruppi d'interesse che operano in campo sanitario inventano le malattie, e la malattia diventa un prodotto industriale. Le case farmaceutiche e i gruppi d'interesse spacciano quelli che sono normali processi legati alla nostra esistenza per problemi medici, *medicalizzano* la vita.

Fino a oggi non si è ancora parlato e discusso a sufficienza di quanto questo processo sia andato avanti e di quali conseguenze esso abbia per la nostra società, il nostro sistema sanitario e ciascuno di noi. Il presente volume intende cambiare le cose. Esso svela quali sono le regole in base alle quali funziona la svendita della sanità e dice quali sono gli strumenti con i quali ci possiamo tutelare.

Fino a oggi non abbiamo prestato molta attenzione agli inventori di malattie per due motivi. Da una parte le industrie farmaceutiche e i medici ripetono di continuo che sono gli utenti stessi che si rivolgono a loro chiedendo delle terapie. Questo però è solo un pretesto di poco conto. Indubbiamente l'aspirazione a essere sani è innata nelle persone. Però gli inventori di malattie la alimentano, la mettono in conto per raggiungere i loro scopi e la sfruttano a loro vantaggio.

D'altra parte va detto che gli inventori di malattie agiscono nell'ombra e per questo motivo hanno potuto finora sottrarsi a un'indagine seria sulle loro attività. Se qualcuno poi avesse qualcosa da ridire sul fatto che un'indagine del genere è portata avanti da uno come me che non è neppure medico, muoverebbe a questa mia opera un'obiezione davvero di poco conto. Sono uno studioso di scienze naturali e un giornalista. La mia professione consiste nel portare alla luce fatti poco noti e documenti a cui è difficile accedere. Posso contare su un'esperienza più che decennale acquisita nella redazione scientifica di giornali importanti, prima a «Stern» e a «Die Zeit» e ora allo «Spiegel». Oltre a informazioni provenienti dai paesi di lingua tedesca, mi sono valso anche di fonti anglosassoni, considerando che l'invenzione e la commercializzazione delle malattie è ormai un trend globale.

Va inoltre detto che molte delle ricerche e delle opinioni da me presentate in questo volume sono da attribuirsi a medici. Ma gli studi e le analisi che quei medici hanno compiuto si trovano sparpagliati in una quantità di riviste specializzate, di modo che finora la gente comune non ha potuto prenderne visione. Il mio obiettivo è stato quello di raccogliere tutte le notizie di cui si è a conoscenza sull'inven-

zione delle malattie in un unico volume, che sia in grado di informare sull'argomento in modo rapido e comprensibile a tutti.

Questo volume dà anche informazioni su un movimento di opposizione. Un numero cospicuo e, a quanto mi pare di capire, sempre crescente di medici si sta ribellando a questa tendenza alla medicalizzazione della vita, tendenza che è sollecitata dall'industria e dai suoi complici nel campo della sanità. Per questi medici l'etica professionale ha senz'altro maggior valore della triste prospettiva di far passare per malate le persone sane. A questi medici non piace la trasformazione strisciante degli ambulatori in esercizi commerciali in corso attualmente.

Mi unisce a questi medici critici la certezza di non essere affatto contro l'industria farmaceutica e neppure contro la medicina moderna. Io mi faccio vaccinare contro l'influenza e vado regolarmente alle visite preventive per la diagnosi precoce del cancro. Il fatto è che oggi la medicina ha assunto dimensioni tali che per una persona diventa difficile capire quale sia effettivamente il suo stato di salute. L'opera che state leggendo è nata in seguito a questa constatazione. L'ho scritta perché voglio restare sano.

Possiamo dire che questo libro ha colto nel segno. È stato a lungo un best seller, è stato tradotto in molte lingue e ha suscitato interesse negli ambienti più diversi. È stato presentato al Congresso annuale di urologia, all'«Harlad-Schmidt-Show» e a gruppi di contadine della Bassa Sassonia. Nelle 700 tra lettere ricevute e osservazioni fattemi sul mio libro vi sono idee che hanno trovato posto in questa nuova edizione. Un nuovo capitolo, l'undicesimo, rivela per quale motivo a volte ci lasciamo convincere tanto facilmente di essere malati. E la postfazione presenta una novità interessante: associazioni medi-

che e istituzioni preposte al controllo dei prodotti farmaceutici hanno ritirato dai loro elenchi alcune malattie perché erano malattie inventate.

J. B.

GLI INVENTORI DELLE MALATTIE

*Ad Anke,
con amore e gratitudine*



Capitolo 1

Guarigione senza limiti

*La medicina ha fatto così tanti progressi
che ormai più nessuno è sano.*

Aldous Huxley

All'inizio del XX secolo un medico francese di nome Knoch incominciò a far perdere la salute alla gente. Creò un mondo in cui non vi erano che pazienti: «Ogni persona sana è un malato che non sa ancora di esserlo».

Knoch era medico in un paese di montagna chiamato Saint Maurice. Gli abitanti di quel villaggio godevano di buona salute e non andavano a farsi visitare nel suo studio. Il vecchio medico condotto del posto, che si chiamava Parpalaid e viveva in ristrettezze, cercava di confortare il suo successore dicendogli: «Qui lei troverà il miglior tipo di clienti che si possa immaginare: la lasceranno in pace». Ma Knoch non era intenzionato ad accontentarsi di così poco.

Ma cosa poteva fare il nuovo medico per attirare nel suo studio gli abitanti di Saint Maurice che scoppiavano di salute? Quali rimedi poteva prescrivere a delle persone sane? Eccolo allora blandire il maestro del paese e convincerlo a tenere qualche conferenza sui presunti pericoli rap-

presentati dai microrganismi. Eccolo poi assoldare il banditore, mandandolo in giro per il paese ad annunciare che il nuovo medico invitava tutti gli abitanti nel suo studio per una visita gratuita, al fine di «mettere un freno alla pericolosa diffusione di malattie di ogni specie che da alcuni anni si vanno diffondendo nella nostra zona un tempo così salubre». Così la sala d'aspetto dello studio si riempie di gente.

Visitando gli sprovveduti paesani, Knoch diagnostica strani sintomi e fa loro credere che necessitano della sua continua assistenza. Dopo essere state visitate, tante persone si mettono a letto, o quanto meno cominciano a bere molta acqua. Alla fine il paese sembra essersi trasformato in un ospedale. Rimangono sani soltanto quelli che debbono curare i malati. Il farmacista diventa ricco, e diventa ricco anche l'oste, la cui locanda, trasformata in ospedale d'emergenza, è sempre utilizzata al massimo della sua capienza.

Alla sera Knoch, entusiasta, getta uno sguardo sul mare di luci che brillano attorno a lui: sono 250 camere di malati ben illuminate, nelle quali – come lui ha prescritto – alle dieci in punto 250 termometri vengono introdotti nelle cavità corporee per le quali sono destinati. «Quasi tutta questa luce è mia», fantastica Knoch. «Quelli che non sono malati dormono al buio: non sono importanti»¹.

Nel 1923 a Parigi, la prima del dramma in tre atti *Knoch o il trionfo della medicina* dello scrittore francese Jules Romains ha un enorme successo. Nei quattro anni successivi il dramma viene rappresentato 1400 volte, mentre in seguito vengono tratti da esso parecchi film e ancora oggi è presentato nelle scuole. Lo spettacolo, che ha come protagonista il dottor Knoch, è sempre attuale: le sue prescrizioni così adatte per la scena si applicano anche alla vita vera. Il mio libro raccon-

terà questa storia, che ha come argomento il modo in cui persone sane vengono trasformate in pazienti.

Oggi non ci sono più i medici di campagna senza scrupoli che controllano che nelle camere dei malati le luci siano sempre accese. È entrato in scena un potere molto più abile di loro nel far perdere la salute alla gente: la medicina moderna. All'inizio di questo nuovo secolo associazioni mediche e case farmaceutiche, spesso sostenute da gruppi di pazienti, cercano di far nascere in noi la fiducia per una medicina che non riconosce più l'esistenza di persone sane.

Per poter mantenere inalterata l'enorme crescita avuta negli anni passati, l'industria della salute deve prescrivere sempre più spesso dei farmaci a persone che sono sane. Industrie farmaceutiche operanti a livello globale e associazioni mediche di paesi diversi collegate tra loro in rete, ci forniscono una nuova definizione della nostra salute: eventi naturali della vita e comportamenti normali delle persone vengono sistematicamente interpretati come se fossero patologici. Case farmaceutiche sponsorizzano l'invenzione di nuovi quadri clinici, creando così nuovi mercati per i loro prodotti.

Attualmente le ditte Jenapharm e Kade/Besins di Berlino cercano di far conoscere all'opinione pubblica una malattia che si dice affligga milioni di uomini nel fiore degli anni: la Aging Male Syndrome, la menopausa maschile. Queste imprese hanno stretto rapporti con istituti di indagini demoscopiche, uffici di pubbliche relazioni, agenzie pubblicitarie e docenti di medicina affinché facciano conoscere al grande pubblico l'esistenza dell'età critica dell'uomo. In occasione di varie conferenze stampa è stato denunciato «il lento calo» della produzione di ormoni maschili. Occasione per la campagna pubblicitaria è stato il lancio di due preparati a base

di ormoni che sono stati immessi nel mercato tedesco nell'aprile del 2003.

Un metodo tipico degli inventori di malattie è quello di aumentare il numero dei casi per i quali un farmaco può essere prescritto a un paziente. Così negli Stati Uniti, ad esempio, è stato autorizzato l'uso del Provigil, una pillola per il trattamento di una malattia rara, la narcolessia, caratterizzata da improvvise crisi di sonno. Per allargare la cerchia dei consumatori, la casa produttrice Cephalon cerca di scoprire quadri clinici che si adattino al farmaco. La ditta ha sponsorizzato uno studio da cui risulta che la pillola contro la sonnolenza da essa prodotta ha effetti benefici sui bambini irrequieti. Inoltre, dopo aver controllato le condizioni di salute di diversi turnisti, sostiene di aver scoperto una nuova malattia, l'«insonnia del turno di notte»².

«È facile inventare nuove malattie e nuove terapie», nota il «British Medical Journal». «Molti normali processi della vita come la nascita, l'invecchiamento, la sessualità, il sentirsi infelici e la morte possono essere medicalizzati»³.

L'aumento delle diagnosi nei paesi industrializzati ha assunto dimensioni grottesche. I medici dicono di aver individuato nell'*Homo sapiens* l'esistenza di circa 40.000 differenti malattie, sindromi e disturbi.

Per ogni malattia c'è una pillola, e sempre più spesso per ogni nuova pillola c'è anche una nuova malattia. In inglese questo fenomeno ha già il suo nome: *disease mongering*, fare affari con le malattie.

Gli inventori di malattie guadagnano denaro alle spalle di persone sane alle quali fanno credere di essere malate. Anche voi che state leggendo queste pagine non vi sentite qualche volta stanchi, svogliati o di cattivo umore? Non vi capita di non riuscire a concentrarvi? O di sentirvi timidi?

Sfogliando giornali e riviste avrete certo scoperto, con un po' d'inquietudine, tutta una serie di malattie che potrebbero colpire anche voi: che si tratti di ipertensione, di fobia nei confronti degli altri, di jet lag, di dipendenza da Internet, di colesterolemia elevata, di depressione larvata, di eccedenza di peso, di menopausa, di fibromialgia, di colon irritabile o di disfunzioni dell'erezione, vi sono associazioni mediche specializzate, gruppi di pazienti e case farmaceutiche che valendosi di campagne pubblicitarie martellanti richiamano l'attenzione dell'opinione pubblica su disturbi che vengono presentati come gravi e che sono curati troppo poco.

Nel 1998 ha fatto per la prima volta la sua comparsa la sindrome di Sissi in un'inserzione pubblicata dalla multinazionale farmaceutica Smith Kline Beecham (che nel frattempo è diventata Glaxo Smith Kline). Secondo l'azienda i pazienti che soffrono di tale sindrome sono depressi e in certi casi devono essere curati con psicofarmaci. Essi tuttavia con il loro modo di presentarsi particolarmente brioso e ottimistico dissimulerebbero lo stato di prostrazione patologico da cui sono affetti. La sindrome deriverebbe il suo nome da quello dell'imperatrice Elisabetta («Sissi»), visto che lei personificava quel tipo di paziente come un archetipo. Da allora il termine ha conquistato i media ed è stato reso popolare da alcuni psichiatri: pare che in Germania vi siano tre milioni di persone che soffrono della sindrome di Sissi.

Nel maggio del 2003, alcuni professori del policlinico universitario di Münster hanno scoperto che la malattia non era altro che un'invenzione dell'industria. L'analisi da essi compiuta sulla scorta della letteratura specializzata ha dimostrato che il quadro clinico relativo a quella malattia non poteva essere provato scientificamente. È risultato invece che la costante presenza sui media della sindrome di Sissi (va segna-

lato al riguardo un lavoro divulgativo molto reclamizzato sull'argomento) andava fatta risalire alla Wedopress, un ufficio di pubbliche relazioni di Oberursel incaricato dalla Glaxo Smith Kline di far conoscere al pubblico la nuova malattia. La stessa Wedopress si vanta di aver «fatto un gran cancan per presentare la sindrome di Sissi sui media come una "nuova" depressione»⁴.

«È da furbi, ma anche piuttosto meschino, convincere le persone di essere affette da una malattia di cui neppure sospettavano l'esistenza», commenta Jacques Leibowitch, medico dell'ospedale Raymond Poincaré, situato nei dintorni di Parigi⁵.

Gli inventori di malattie traggono grande vantaggio dal fatto che in realtà dispongono del monopolio delle informazioni nel campo dell'educazione sanitaria. Un collaboratore dell'agenzia di pubbliche relazioni Ogilvy Healthcare di Düsseldorf, ritiene che «una quantità che va dal 70 all'80%» di tutti gli articoli e studi pubblicati sui media riguardanti argomenti di medicina, debba essere fatto risalire a pubbliche relazioni finalizzate. A volte coloro che orientano l'opinione pubblica si avvalgono per le loro campagne dell'appoggio dichiarato di «partner» quali giornali e canali televisivi. Il più delle volte però agiscono nell'ombra. Il secondo capitolo di questo volume spiega come certe campagne di *disease-awareness* lungamente studiate consentano l'introduzione, nella vita di tutti i giorni, di determinati quadri clinici, e insinuino quindi nella gente la paura di specifiche malattie.

«Le persone che vivono in Germania sono tutte affette da carenza di vitamine», annuncia l'Associazione di medicina nutrizionale e dietetica di Aquisgrana. La «*Ärzte Zeitung*» informa che nella zona della Ruhr «due terzi delle persone

che hanno superato i 45 anni d'età sono a rischio d'infarto». La «Medical Press», rivista pubblicata a Düsseldorf, sostiene che più di tre milioni di cittadini tedeschi soffrono di sindrome da affaticamento cronico (Chronic-Fatigue-Syndrome) e di reumatismi, ma aggiunge con imbarazzo: «Non possiamo garantire che la notizia sia certa».

Klaus Wahle, professore di medicina generale a Münster, e l'agenzia di pubbliche relazioni Medical Consulting Group assicurano che un padre di famiglia su cinque, in genere affidabile e paziente con i suoi figli, soffrirebbe di una malattia scoperta da poco, la «sindrome della tigre in gabbia». Influenzati da malumori di origine finora sconosciuta, questi padri non riuscirebbero più a «prendere le loro decisioni con serenità e litigherebbero di continuo con tutti. Si comporterebbero, insomma, come tigri chiuse in gabbia». In casi del genere certi psicofarmaci potrebbero consentire che, nel cervello di quei padri, «l'equilibrio venga ripristinato».

Un medico generico della regione bavarese della Rödental fa sapere che il 51% della popolazione di quella zona soffre di «sintomi riflessi con peggioramento della qualità della vita»: si riferisce al bruciore di stomaco. Una clinica privata di Colonia sostiene di aver calcolato che in Germania esistono 822.595 persone affette da iperidrosi: pare che esse sudino talmente da aver bisogno di farmaci.

Nessuno ha mai calcolato quante persone in Germania abbiano gli occhi sporgenti, il naso adunco, le orecchie a sventola o le gambe storte, tuttavia il dottor Norbert Schwenger di Tübingen si dice convinto che un aspetto esteriore sgradevole costituisca di per sé una malattia. Si calcola che ogni anno in Germania i medici specializzati in chirurgia plastica eseguano tra i 300.000 e i 500.000 interventi di tipo cosmetico, operando ogni volta su corpi sani.

Pare che i nostri pensionati che vivono a Maiorca abbiano molto bisogno delle cure dei medici di quell'isola: malgrado le buone condizioni in cui si trovano, o forse proprio a causa di esse, sembra che la «depressione del paradiso» causi loro parecchi disturbi. Lo psicoterapista Eckhard Neumann, che esercita la sua professione in Spagna, dice di aver constatato che questa malattia esiste realmente⁶. Altrettanto pericolosa sembra essere la *leisure sickness*, l'incapacità patologica di restare in ozio. Il professor Ad Vingerhoets dell'Università di Tilburg in Olanda sostiene che il 3% della popolazione si ammala a causa del troppo tempo libero. Tra i sintomi di questa malattia vi sono la stanchezza, il mal di testa, i dolori articolari, il vomito e la depressione. Chi ne è affetto deve evitare di frequentare le località di villeggiatura, perché è lì che il male imperversa con particolare virulenza⁷.

Anche coloro che non hanno problemi col sole e col tempo libero possono avere bisogno di cure mediche. Infatti si conoscono parecchie persone arzille e vivaci che soffrono di «disturbi generalizzati causati dal buon umore». Tale sindrome della gioia di vivere descritta dalla rivista «Forum der Psychoanalyse», si manifesta con sintomi quali la spensieratezza e la perdita del senso della realtà⁸. E anche chi rifiuta di farsi curare può diventare un caso clinico: l'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia sostiene che un numero variante dal 2 al 3% di cittadini tedeschi soffre di una paura morbosa del dottore, la «fobia del sangue e del medico».

«Ridammi la mia giovinezza», dice il Faust di Goethe. Ed ecco che è stato fatto un nuovo patto col diavolo. Un'alleanza tra medici, industrie farmaceutiche e pazienti dà corpo all'utopia dell'uomo perfetto. Farmaci per la gioia di vivere vengono consumati da persone sane che vogliono stare me-

glio di quanto già non stiano. Negli anni scorsi il numero di questi prodotti farmaceutici è aumentato di molto: abbiamo preparati per migliorare il metabolismo del cervello (i cosiddetti nootropi), gli psicofarmaci, gli ormoni, i preparati a base di vitamina A o anche la tossina del batterio chiamato botulino, i quali servono a migliorare la salute e l'aspetto fisico di consumatori che cercano spasmodicamente di stare sempre meglio.

Si fa della salute una condizione che nessuno può più sperare di avere, ma per la quale in Germania si deve spendere in media più del 14% di quanto viene versato alle casse malattia.

Affari d'oro per l'industria farmaceutica

Mentre il sistema sanitario è oberato da costi eccessivi, gli affari dell'industria farmaceutica vanno a gonfie vele. Nel corso del 2001, che peraltro è stato un anno di crisi, gli utili delle dieci maggiori case farmaceutiche sono ancora cresciuti: di un ragguardevole 18%. Il ricco settore farmaceutico spende più denaro per il marketing che per la ricerca. Big Pharma impiega un terzo dei ricavi e un terzo del personale per collocare medicinali sul mercato. Ecco come vengono inventate le malattie, o fatte apparire più gravi di quanto non siano.

«Gli addetti al marketing fanno un gran baccano con la loro propaganda. Ma è naturale che ci sia questo entusiasmo», dichiara al «British Medical Journal» Fred Nadjarian, amministratore della Roche in Australia. Alla fine degli anni '90 la Roche ha voluto mettere sul mercato il suo antidepressivo Aurorix, che pare serva a curare la fobia sociale, una presun-

ta forma morbosa di timidezza. Un comunicato stampa sponsorizzato dalla Roche sosteneva che più di un milione di australiani soffrivano di una «sindrome distruttiva dell'anima», che doveva essere curata con terapia comportamentale e farmaci.

Pensando agli affari che avrebbe potuto fare, Nadjarian si fregava le mani. Però lui e i suoi collaboratori non sono neppure riusciti a mettere insieme un numero sufficiente di persone da sottoporre ai test per gli studi clinici necessari. La fobia sociale era una malattia molto più rara di quanto i collaboratori della Roche si erano messi in testa e di quanto volevano far credere alla gente. Nadjarian ammette che il fallimento del suo progetto fa capire che esiste un problema per il settore farmaceutico: la tendenza all'esagerazione. Egli dice infatti: «Se sommiamo tutte le statistiche, ognuno di noi dovrebbe avere all'incirca 20 malattie. Molte cose vengono presentate in modo assolutamente esagerato»⁹. Parecchi medici fanno fatica ad accettare una giustificazione del genere. Per esempio Hermann Füessl dell'ospedale distrettuale di Haar, dice: «I problemi sono fatti apparire più gravi di quanto non siano da studi discutibili sotto il profilo epidemiologico, che hanno il solo scopo di dimostrare alle persone interessate che si trovano "in ottima compagnia"»¹⁰.

Vi sono medici, in particolare specialisti, che raggiungono uno status sociale più elevato, acquisiscono grande prestigio e guadagnano molto denaro tutte le volte che la medicina conquista un nuovo territorio. In Germania, professori di università famose si schierano senza problemi a favore dell'industria farmaceutica assumendo il ruolo di *maître à penser*. Queste «bocche prese in affitto», come vengono beffardamente chiamati tali cattedratici, per un discorso tenuto in pubblico o per una comparsa a una conferenza stampa in-

tascano onorari che vanno dai 3000 ai 4000 euro, e fanno apertamente pubblicità a determinate malattie e ai farmaci che dicono essere idonei a curarle.

«Se non esistono malattie, le case farmaceutiche vanno in fallimento», dice Carlos Sonnenschein, esperto di problemi sanitari alla Tufts University di Boston. «La tragedia della scienza consiste nel fatto che i medici sono disposti a vendere la loro competenza per favorire gli interessi delle case farmaceutiche»¹¹.

Per molte industrie farmaceutiche, per le ditte che fabbricano apparecchiature e per le associazioni mediche, la medicalizzazione intenzionale dei problemi della gente costituisce il presupposto dei loro affari. Ma anche i media traggono grossi profitti da articoli privi di fondamento con cui fanno credere a chi li legge di essere malato. «Molti giornalisti e redattori si perdono in chiacchiere insulse, in cui l'allarme ingiustificato per l'ultima epidemia di cui si parla va di pari passo con la notizia riguardante il più recente toccasana scoperto per debellarla», lamenta in un editoriale il «British Medical Journal»¹².

La maggior parte dei dati sulla sanità pubblica vengono raccolti per conto di imprese o di cliniche e forniti ai media da agenzie di pubbliche relazioni. Alle conferenze stampa non si riesce mai a verificare l'attendibilità delle informazioni e delle cifre comunicate. Nel migliore dei casi i dati si basano su controlli fatti a campione e si riferiscono in linea di massima a tutta la popolazione. Abbastanza spesso però il numero dei casi di malattia rilevati risulta inferiore a quello delle stime.

Nessuno si è mostrato perplesso quando nell'aprile del 2002 Alexander Dröschel, uno psicologo di Saarlouis, ha dichiarato alla «Deutsche Presse-Agentur» che in Germania vi

erano all'incirca «un milione di bambini» affetti da una malattia psichica: la sindrome di iperattività con deficit di attenzione (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - ADHD). Le sue dichiarazioni sono state ascoltate da tutti, anche se Dröschel non disponeva di una fonte che le giustificasse, come è risultato quando gli sono stati chiesti chiarimenti su quanto affermava: «Circolano le cifre più disparate, e io ne ho scelta una nella media». Esistono industrie farmaceutiche alle quali la speculazione attuata da Dröschel fa comodo. Esse infatti producono psicofarmaci per bambini irrequieti: se assumeranno tali farmaci, quei bambini avranno meno problemi di quanti attualmente ne hanno a scuola e in famiglia. Le varie case farmaceutiche le inventano tutte pur di ottenere la fiducia dei piccoli pazienti. La ditta Novartis di Norimberga, ad esempio, ha addirittura pubblicato un volume illustrato sul tema dell'ADHD, in cui agli sprovveduti lettori viene presentata «una piccola compressa bianca» come se fosse una ghiottoneria.

Tra le aziende che si inventano da sole il mercato c'è la Biolitec di Jena. Nell'agosto del 2002 questa ditta ha annunciato «un nuovo trend nella chirurgia cosmetica, il grande successo nell'impiego della tecnica laser per quanto riguarda il ringiovanimento della vagina». Vi sarebbero «già in Germania e in Austria le prime cliniche in grado di migliorare notevolmente la forma della vagina e di ridarle un aspetto giovanile, di modo che anche la sensazione di piacere provata dalle donne che avranno scelto di farsi operare potrà essere notevolmente accresciuta».

Però non c'erano prove relative all'aumento del numero di vagine ricostruite a regola d'arte. Interpellata su quali fossero i medici che ricostruivano la vagina con il laser, l'agenzia di pubbliche relazioni incaricata di dare informazioni in

merito, la Financial-Relations AG di Francoforte sul Meno, ha fornito i numeri telefonici di due cliniche specializzate in interventi di chirurgia estetica, una di Reichenhall e l'altra di Heidelberg. È risultato però che in nessuna delle due era mai stata fatta la ricostruzione della vagina. Tuttavia l'agenzia non ha voluto smentire quanto aveva dichiarato e dopo parecchi giorni ha fornito il nominativo di un chirurgo che esercita a Vienna, sostenendo che egli aveva «esperienza nel campo degli interventi di cosmesi alle labbra della vulva e confermava il trend».

Alcuni farmacologi australiani hanno elencato e descritto cinque tipi di invenzioni di malattie¹³.

Normali processi vitali sono spacciati per problemi medici

Prendiamo il caso della caduta dei capelli. Quando l'impresa americana Merck & Co. ha scoperto il primo rimedio efficace contro la caduta dei capelli, l'agenzia di pubbliche relazioni Edelman – agenzia che opera a livello internazionale – ha lanciato una campagna pubblicitaria. Ha fornito ai giornalisti i risultati di svariate ricerche, e poco tempo dopo è diventata di dominio pubblico la notizia che in tutto il mondo un terzo degli uomini aveva il problema della caduta dei capelli. È stato poi detto che un «istituto internazionale di tricologia» aveva scoperto che la caduta dei capelli causava «panico» e «problemi emotivi» alle persone che ne erano affette, e riduceva per esse le possibilità di ottenere un posto di lavoro nel caso avessero affrontato un colloquio per un'eventuale assunzione. Non veniva però detto che l'istituto suddetto era finanziato dalla Merck & Co. e che la Edelman aveva scovato gli esperti che avevano fornito ai giornalisti le notizie da questi riportate.

Problemi di tipo personale e sociale vengono spacciati per problemi medici

In neurologia la trasformazione della persona sana in malata riesce particolarmente bene, tanto più che «non mancano certo le teorie secondo le quali quasi non esistono persone sane», come rileva con sufficienza lo psichiatra Klaus Dörner di Amburgo¹⁴. Abbiamo già menzionato un chiaro esempio in proposito: la ditta Roche dà il nome di fobia sociale a quella che fino a poco tempo fa era chiamata timidezza e asserisce che può essere curata con un antidepressivo. L'agenzia pubblicitaria incaricata di organizzare il lancio del prodotto, dichiara che milioni di cittadini tedeschi possono essere considerati affetti da questa fobia. Inoltre vengono sponsorizzati dalla Roche congressi e gruppi d'iniziativa personale su questo tema. Una rivista specializzata nel campo del marketing presenta la campagna pubblicitaria come «un esempio positivo» di come si «forma l'opinione pubblica riguardo a una malattia».

Quanto riportato nel capitolo 5 di questo volume dimostra come sia facile presentare uno stato d'animo come tipico di una persona affetta da una malattia psichica. Asmus Finzen, neurologo alla clinica universitaria di Basilea, dice: «In effetti parecchi psichiatri giungono a sostenere, con le loro diagnosi, che tutti soffriamo di qualche disturbo psichico». Il numero dei disturbi psichici ufficialmente riconosciuti evidenzia questo trend: dalla seconda guerra mondiale in avanti negli Stati Uniti il numero delle malattie psichiche è passato da 26 a 395.

I rischi vengono spacciati per malattie

Prendiamo l'esempio dell'osteoporosi. Vi sono case farmaceutiche che sponsorizzano convegni in cui si dichiara

che l'osteotrofia nelle persone anziane è una malattia. Facendo riferimento a ulteriori esempi, il terzo e quarto capitolo di questo volume presentano il caso di persone che vengono surrettiziamente convinte a sottoporsi alle visite mediche più disparate. Abbassando i valori relativi a grandezze misurabili quali la pressione del sangue o la colesterolemia, si fa crescere il numero dei malati. Negli ultimi anni la manipolazione dei fattori di rischio ha conosciuto un'accelerazione mai vista in precedenza, e questo a causa della decodificazione del genoma umano realizzata di recente. Il capitolo decimo invece descrive come sia possibile diagnosticare in ogni persona l'esistenza di geni «difettosi» e come sia quindi possibile presentare come «non ancora malate» persone che godono ottima salute.

Sintomi rari vengono spacciati per malattie che colpiscono molta gente

Prendiamo l'esempio della «disfunzione erettile». Da quando è stato introdotto sul mercato il Viagra, la pillola che accresce la potenza sessuale, tra gli uomini si è sorprendentemente diffusa l'impotenza. Su una pagina di Internet curata dalla Pfizer, la casa farmaceutica che ha prodotto il Viagra, possiamo leggere quanto segue: «Le disfunzioni dell'erezione sono un disturbo frequente e da prendere sul serio: ne è affetto circa il 50% degli uomini tra i 40 e i 70 anni d'età, vale a dire uno su due»¹⁵. L'urologo Hartmut Porst di Amburgo, uno dei più noti ricercatori nel campo della potenza sessuale, ritiene che quanto affermato dalla Pfizer sia esagerato: «Si tratta di stupidaggini».

Così l'industria farmaceutica cerca di presentare anche la frigidità femminile come una malattia specifica e molto diffusa: la «disfunzione sessuale femminile» riguarderebbe il

43% di tutte le donne. Vi sono senza dubbio problemi legati alla frigidity femminile, ma «la loro dimensione viene incredibilmente esagerata», dice Klaus Diedrich, professore di ginecologia a Lubeca. «Non è serio sostenere che una donna su due soffre di disturbi sessuali»¹⁶.

Sintomi lievi vengono spacciati per prodromi di malattie gravi

Prendiamo il caso della «sindrome da colon irritabile». Il fenomeno è collegato a una quantità di sintomi che ognuno di noi ha avvertito in più occasioni e che molti considerano associati a normali gorgogli intestinali: dolori, diarrea e flatulenza. Il medico Hermann Füessl osserva che «una percentuale che va dal 60 al 70% della popolazione ammette di essere affetta da uno o più sintomi che figurano nell'elenco dei criteri diagnostici, tanto che potrebbe essere considerato quasi non normale dichiarare di non avere disfunzioni in questo campo»¹⁷. I disturbi più frequenti si manifestano soprattutto nelle donne e finora erano stati attribuiti a malattie psicosomatiche. Soltanto quando è stato prodotto un farmaco *ad hoc* è sorto l'interesse dell'industria per la presunta malattia. E solo raramente l'opinione pubblica viene a conoscenza di quello che succede negli ambienti poco trasparenti dell'industria farmaceutica. Quindi è quanto mai istruttivo il documento riservato che il «British Medical Journal» ha pubblicato nell'aprile del 2002¹⁸. Si tratta di un piano strategico segreto dell'agenzia di pubbliche relazioni In Vivo Communications¹⁹.

Stando al piano suddetto, un «programma di educazione sanitaria» della durata di tre anni avrebbe dovuto liberare il colon irritabile dalla nomea di disturbo psicosomatico e presentarla come «una vera e propria malattia, credibile e frequente». Per il progetto in questione si trattava del marke-

ting relativo al farmaco chiamato Alosetron (negli Stati Uniti il nome è Lotronex) del gruppo industriale Glaxo Smith Kline.

L'obiettivo dichiarato del programma di formazione era il seguente: «La sindrome da colon irritabile dev'essere fatta entrare nella testa dei medici come uno stato patologico significativo e a sé stante». Anche i pazienti «devono essere convinti che la sindrome da colon irritabile è un disturbo riconosciuto e molto diffuso». Gli altri messaggi hanno lo scopo di richiamare l'attenzione sulla nuova «terapia clinicamente provata»: il Lotronex. Per l'introduzione del prodotto sul mercato australiano in primo luogo doveva essere costituita una commissione consultiva, di cui facesse parte come *opinion maker* un medico famoso per ogni Stato dell'Australia. Inoltre si era pensato a una lettera informativa per «creare un mercato» e per spiegare ai gastroenterologi che «la malattia era seria e credibile».

Al fine di convincere i medici generici che si fossero dimostrati scettici in proposito, l'agenzia In Vivo Communications raccomandava la pubblicazione di articoli su riviste mediche molto note, in cui avrebbero dovuto avere particolare rilievo le interviste agli *opinion makers*. Il parere di questi *opinion makers* sarebbe stato «di valore incalcolabile» per fare apparire «cl clinicamente valide» le informazioni fornite. Abbondante materiale pubblicitario avrebbe dovuto essere fornito anche a farmacisti, infermiere, pazienti e a un'associazione medica. Infine un «programma di assistenza ai pazienti» avrebbe dovuto garantire alla Glaxo Smith Kline di «poter ottenere dai consumatori i dividendi che le spettano, nel caso in cui venga introdotto sul mercato un farmaco prodotto da un'impresa concorrente». La In Vivo Communications sosteneva poi che per la riuscita del progetto sarebbero stati «de-

terminanti le pubbliche relazioni e l'attività nel campo dei media, con particolare riferimento a tutto ciò che riguarda le informazioni da fornire ai consumatori».

Molti degli esperti in campo sanitario e degli appartenenti a gruppi di pazienti possono anche aver avuto motivazioni disinteressate: è proprio per questo che il suddetto piano d'azione rivela con quanta raffinatezza venga organizzata la commercializzazione delle malattie. Medici e organizzazioni all'apparenza indipendenti, ma che in realtà sono finanziati da una casa farmaceutica, influenzano l'opinione pubblica fornendo notizie interessate e non controllabili su determinate condizioni fisiche o psichiche, e ciò avviene proprio nel momento in cui il nuovo farmaco è immesso sul mercato.

Del resto la campagna pubblicitaria relativa al colon irritabile dovette essere interrotta. Nel novembre del 2000 negli Stati Uniti, il Lotronex è stato ritirato dal mercato, dopo che la FDA (Food and Drug Administration), l'autorità preposta al controllo dei farmaci, era venuta a conoscenza dei gravi effetti collaterali legati all'uso di quel prodotto. A partire dal giugno del 2002 il Lotronex può di nuovo essere comprato in farmacia, anche se a determinate condizioni e a patto che le indicazioni terapeutiche siano rigorosamente osservate. La FDA ha richiamato l'attenzione della casa produttrice sul fatto che «la sindrome da colon irritabile può essere considerata un'affezione seria in meno del 5% dei casi»²⁰. In Germania non è autorizzata la vendita di questo prodotto.

L'esempio del colon irritabile non è un'eccezione, ma la regola. La rivista britannica «Pharmaceutical Marketing», in una sua *Practical Guide to Medical Education*, consiglia ai suoi lettori come si devono comportare riguardo a una qualunque malattia. Prima dell'introduzione sul mercato di un farmaco è necessario «essere in possesso di informazioni» e

«creare una domanda» tra i medici che devono prescrivere eventuali rimedi²¹.

Medicalizzazione come megatrend

Quando la notizia dell'insorgere di una malattia inventata si è diffusa tra la gente, i pazienti e le mutue pagano per i farmaci e le terapie necessarie per curarla come se si trattasse di una cosa ovvia. Fino a oggi tutte le riforme della sanità che sono state fatte hanno perso l'occasione di fare piazza pulita delle malattie inventate. Nulla si oppone allo sfruttamento legalizzato della previdenza sociale, o anche di persone ingenuie che pagano di tasca propria.

Visto che in Germania vige il principio di solidarietà, nessuno può sottrarsi alla spirale della spesa. Ogni cittadino tedesco – dai neonati fino agli anziani – versa ogni giorno ben sette euro al sistema sanitario. Nel 1992 le spese per la salute sono state di 163,2 miliardi di euro e nel 2002 hanno raggiunto la quota record di 234,2 miliardi di euro. Ciò corrisponde a una quota dell'11,1% del prodotto nazionale lordo.

I costi sono cresciuti in modo incontenibile, specialmente per i farmaci: in Germania, nel 2000, sono saliti a 32,4 miliardi di euro, superando così per la prima volta le spese per le prestazioni mediche. Nei paesi dell'OCSE, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico di cui sono membri i 30 Stati più ricchi del mondo, la quota delle spese pubbliche per i prodotti farmaceutici è cresciuta in rapporto al prodotto nazionale lordo dallo 0,4% del 1970 allo 0,7% del 1996. Dietro a queste cifre apparentemente modeste si cela una crescita imponente, che ammonta a 1,5 punti percentuali in più rispetto alla crescita economica media.

In seguito a ciò le case farmaceutiche sono diventate più potenti e più ricche. Se assumiamo come parametro la capitalizzazione sul mercato – il valore di un'impresa in borsa – ci accorgiamo che Big Pharma è in grado di fare concorrenza a parecchi stati. La Pfizer si trova al diciassettesimo posto in questa speciale classifica, davanti a paesi come la Svezia (che è al diciannovesimo posto) o Singapore (al trentanovesimo)²².

Il Nuffield Council of Bioethics, un'associazione britannica d'élite composta da filosofi, medici e scienziati, ritiene che la medicalizzazione della nostra vita sia ormai un megatrend. In un rapporto pubblicato nel 2002, questo gruppo d'esperti stimato in tutto il mondo afferma che «uno dei problemi è costituito dalla diffusione del metodo diagnostico, o dalla tendenza a definire i disturbi in modo così ampio da far sì che un numero sempre maggiore di individui resti impigliato nella rete della diagnosi». Quegli esperti pensano che la ricerca del profitto sia la forza trainante in questo settore. «Se vengono prodotti farmaci che hanno effetto su una determinata caratteristica della persona, può accadere che tale caratteristica venga vista come un disturbo o come qualcosa che dev'essere curato e modificato»²³.

Visita a domicilio per persone sane

Non sono solo le leggi del mercato a favorire l'espansione della medicina. Essa progredisce tanto rapidamente anche perché da decenni la scienza medica non ha più fatto registrare successi significativi. Visto che falliscono le terapie per eliminare flagelli come il cancro, che non si registrano successi nella lotta a malattie come l'AIDS, che scadono brevet-

ti lucrosi e che l'impegno con cui si opera nella ricerca non dà i risultati sperati (ogni giorno vengono prodotti circa 5500 nuove specialità mediche²⁴), ecco che i medici e i ricercatori in campo farmaceutico si rivolgono alle persone sane.

La «Ärzte Zeitung» titola: «I medici di famiglia devono visitare a domicilio anche chi non è malato»²⁵. Il titolo è dovuto al gerontologo Andreas Kruse di Heidelberg, secondo cui il medico dovrebbe poter entrare nella sfera privata di una persona per potersi rendere conto se esistono rischi per la sua salute. Il progetto di Kruse è visto con favore in alto loco. Christoph Fuchs, direttore generale dell'Ordine dei medici tedeschi, esprime parere favorevole al riguardo: «Il medico dovrebbe poter constatare quante bottiglie di spirito di melissa vi sono in casa della persona che va a visitare, per poter valutare se soffre di solitudine, se ha problemi di alcolismo o se è affetta da depressione».

Roy Porter, uno studioso inglese di storia della medicina, ritiene che la medicalizzazione della vita sia un problema strutturale dei sistemi sanitari e delle società occidentali, poiché in queste società la migliore assistenza medica possibile è considerata un diritto fondamentale dei cittadini. Secondo Porter ciò causerebbe «una forte pressione – esercitata da medici, dal mondo degli affari legato al settore sanitario, dai media, da case farmaceutiche che si fanno pubblicità in maniera spregiudicata e da persone singole coscienziose (o cagionevoli di salute) – che favorirebbe l'incremento delle diagnosi di malattie che possono essere curate». Come missili usciti dalla propria orbita, paure e interventi per scongiurarle si avviterebbero sempre di più su se stessi. Medici e consumatori sarebbero sempre più succubi dell'idea «che ognuno ha qualcosa, che ogni persona e tutti i mali possono essere curati»²⁶.

In realtà ciò che procura agli uni un lavoro per vivere finisce per privare gli altri di quello che hanno di più prezioso: la salute. La saggista americana Lynn Payer constata che l'attività degli inventori di malattie «corrode la coscienza che abbiamo di noi stessi. E questo è ciò che ci fa davvero ammalare». Stiamo forse diventando una moltitudine di invalidi sani, non affetti da malattie, ma assillati dall'idea di essere malati? Il medico e scrittore americano Lewis Thomas è stato uno dei primi a metterci in guardia da questo pericolo: «Se continuiamo a prestare ascolto a tutte queste chiacchiere, corriamo davvero il rischio di diventare una moltitudine di ipocondriaci sani che vivono da disperati ognuno per conto proprio e quasi muoiono di paura»²⁷.

Il dottor Knoch sarebbe stato contentissimo di avere a che fare con pazienti del genere. La sua tragicomica medicina è entrata nella realtà della vita. Recentemente la «Schweizerische Ärztezeitung» ha scritto che per quei lettori che non conoscono ancora Knoch «poco per volta sta arrivando il tempo di imparare qualcosa da quella storia». Secondo la rivista svizzera, il nostro medico di campagna costituisce

un modello, perché ha saputo realizzare una strategia di successo per il suo studio in un'epoca in cui non esistevano ancora né le assicurazioni sociali, né i seminari di marketing. Knoch eredita dal suo predecessore uno studio medico in cui non entrano mai pazienti. In soli tre mesi realizza affari d'oro, e tutti coloro che vengono a farsi visitare da lui si dicono soddisfatti. Se vogliamo usare un neologismo, possiamo dire che si tratta della classica *win-win-situation* della libera iniziativa.²⁸

- ¹ Citazione da L. Payer, *Disease Mongers*, John Wiley and Sons, New York 1992, e da J. Romaine, *Knoch ou le triomphe de la médecine*, Gallimard, Paris 1989.
- ² «Der Spiegel», n. 47, 2002.
- ³ R. Moynihan, R. Smith, *Too Much Medicine?*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 859-860.
- ⁴ M. Burgmer, *Das «Sisi»-Syndrom - Eine neue Depression?*, «Der Nervenarzt», n. 74, 2003, p. 444; www.wedopress.de, accesso del 22 maggio 2003.
- ⁵ «Herald Tribune», 4 gennaio 2003.
- ⁶ «Ärzte Zeitung», 8 aprile 2002.
- ⁷ «Ärzte Zeitung», 16 dicembre 2002.
- ⁸ U. Streeck, *Die generalisierte Heiterkeitsstörung*, «Forum der Psychoanalyse», n. 16, 2000, pp. 116-122. L'articolo era stato pensato in forma di satira, cosa che è sfuggita a molti lettori.
- ⁹ R. Moynihan, *Drug Firms Hype Disease as Sales Ploy, Industry Chief Claims*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, p. 867.
- ¹⁰ H. S. Füessl, *Neue Krankheiten braucht das Land!*, «MMW-Fortschr. Med», n. 25, 2002, p. 20.
- ¹¹ «International Herald Tribune», 4 gennaio 2003.
- ¹² Moynihan, Smith, *Too Much Medicine* cit., pp. 859-860.
- ¹³ R. Moynihan, *Selling Sickness: the Pharmaceutical Industry and Disease Mongering*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 886-891.
- ¹⁴ K. Dörner, *In der Fortschrittsfalle*, «Deutsches Ärzteblatt», n. 38, 2002, p. 2462.
- ¹⁵ www.der-gesunde-mann.de, accesso del 22 aprile 2003.
- ¹⁶ Citazione da «Süddeutsche Zeitung», 14 gennaio 2003.
- ¹⁷ H. Füessl, *Sagen Sie nicht «Ihnen fehlt nichts»*, www.mmw.de/wort/indexart.cmf?tree=2&id=1221, accesso del 5 aprile 2003.
- ¹⁸ Moynihan, *Selling Sickness* cit., pp. 886-891.
- ¹⁹ Tutte le citazioni sono tratte da *ivi*.
- ²⁰ Comunicato stampa della FDA del 7 giugno 2002 (FDA approves restricted marketing of lotronex), www.pharmavista.ch/indexD.htm e <http://www.pharmavista.ch/news/PVP/0000920D.htm>, accesso del 5 aprile 2003.
- ²¹ J. Cook, *Practical Guide to Medical Education*, «Pharmaceutical Marketing», n. 6, 2001, pp. 14-22.
- ²² Le cifre sono tratte da N. Freemantle, S. Hill, *Medicalisation, Limits to Medicine, or Never Enough Money to go Around?*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 864-864.

²³ Nuffield Council on Bioethics, *Genetics and Human Behaviour, the Ethical Context*, London 2002; il rapporto può essere letto su internet: www.nuffieldbioethics.org.

²⁴ Secondo Gerd Antes del Centro Cochrane, vi sono nel mondo 25.000 riviste mediche, sulle quali ogni anno vengono pubblicati due milioni di articoli dedicati alla ricerca.

²⁵ «Ärzte Zeitung», 14 maggio 2002.

²⁶ R. Porter, *Die Kunst des Heilens*, Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg 2000.

²⁷ B. Mintzes, *Direct to Consumer Advertising Is Medicalising Normal Human Experience*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 908-911.

²⁸ E. Taverna, *Das Dr. Knoch-Seminar*, «Schweizerische Ärztezeitung», n. 83, 2002, p. 580.

Capitolo 2

Frottole della medicina

*Ho rispetto per la fede, ma è al dubbio
che dobbiamo la nostra formazione.*

Wilson Mizner

Per una campagna pubblicitaria niente sarebbe più controproducente di un uomo anziano e impotente. Non è il caso di Edson Arantes do Nascimento, più conosciuto col nome di Pelé, che si presenta come un uomo decisamente dotato di sex appeal. Pur avendo passato i sessant'anni, l'ex calciatore brasiliano ha ancora un fisico snello, veste con eleganza e ha avventure galanti, cosa questa che fa crescere di molto la sua credibilità. Dal 2002 infatti, Pelé, dai cartelloni pubblicitari e negli spot televisivi, richiama l'attenzione di tutti su un problema del quale non si parla volentieri. «Disturbi nell'erezione. Ne parli col suo medico; io lo farei.»

La campagna pubblicitaria, per la quale sembra che Pelé abbia ricevuto una somma a sei cifre in dollari dalla casa farmaceutica americana Pfizer, è interessante per due ragioni.

Da un lato l'arzilla calciatore in pensione, per sua stessa ammissione, non ha problemi di sorta per quanto riguarda la sua potenza sessuale, ha piuttosto problemi a restare continente. A tutt'oggi Pelé ha avuto quattro figli da due

mogli, e almeno altre due figlie illegittime sono nate da sue scappatelle.

Dall'altro lato stupisce che Pelé non nomini mai il Viagra, la pillola prodotta dalla Pfizer. Proprio per questo motivo la sua campagna informativa sull'impotenza maschile è un ottimo esempio di quella che è la trovata più recente nel marketing dei prodotti farmaceutici: non si reclamizzano farmaci, si fa invece pubblicità alle *malattie*. Nelle riviste e sui manifesti pubblicitari, campeggiano messaggi che ci dicono che potremmo essere sessualmente impotenti, depressi o affetti da micosi.

Per incarico della Pfizer, casa produttrice del Viagra, Pelé – apparentemente per amore del prossimo – si preoccupa in generale della scarsa virilità dei suoi simili. L'asso del calcio fa sapere che la flaccidezza del pene e la disfunzione erettile sono disturbi molto comuni. «Paura e imbarazzo impediscono a molti uomini di parlare di problemi di erezione con il loro medico», fa dire la Pfizer a Pelé¹.

Per fare un altro esempio, ricordiamo che la casa farmaceutica Wyeth pubblicizza il quadro clinico della depressione. Sulla rivista «Bunte» questa casa ha pubblicato un'inserzione dal titolo: *Lista di controllo «gioia»*, con la quale si prefiggeva di scovare potenziali pazienti². Il testo dice: «Non sempre la vita le offre quello che lei si aspetta. Se le cose stanno così, si sentirà deluso, e spesso ciò può portare a una depressione. Non ha motivo di preoccuparsi. Se però la depressione perdura, tutto le sembrerà triste. E a lungo andare la tristezza rende malati. Faccia il suo test personalizzato. Subito».

Al testo è allegato il seguente questionario:

1) Ha perso interesse per la sua relazione, o non riesce più a provare piacere?

- 2) Le riesce difficile non pensare a preoccupazioni e paure che riguardano il problema del rapporto di coppia o della solitudine?
- 3) Negli ultimi tempi ha notato un evidente calo o aumento di peso o di appetito?
- 4) Ha difficoltà ad addormentarsi o a dormire senza interruzioni?
- 5) Negli ultimi tempi ha notato una riduzione o addirittura una scomparsa dell'interesse per l'attività sessuale?
- 6) Ha la sensazione che amici e conoscenti abbiano iniziato ad allontanarsi da lei?
- 7) Negli ultimi tempi si sente spesso inutile?

Secondo il parere della suddetta casa farmaceutica, chi risponde affermativamente a quattro delle sette domande del questionario sembra avere bisogno di una terapia e dovrebbe «avere un colloquio con una dottoressa o un dottore di sua fiducia».

Gli psichiatri onesti respingono senza esitazioni il questionario. Peter Riedesser, che dirige il reparto di psichiatria e psicoterapia per l'infanzia e l'adolescenza della clinica universitaria di Amburgo-Eppendorf, dice: «La lista di controllo dimostra dove conduce il percorso che le industrie farmaceutiche fanno intraprendere: direttamente al consumatore, di modo che questi influenzi poi la classe medica».

Le imprese farmaceutiche sarebbero felici di far conoscere al pubblico le loro pillole senza alcun intermediario, proponendone dunque l'acquisto direttamente al consumatore. Questo però, almeno nei paesi dell'Unione Europea, non è consentito per i farmaci che devono essere venduti dietro presentazione di ricetta medica. È per aggirare questo ostacolo che sono nate le campagne di *disease-awareness* che abbiamo ricordato all'inizio del volume. Tali campagne pub-

blicitarie, condotte spesso a livello globale, hanno lo scopo di far nascere nella gente la consapevolezza che certe malattie esistono davvero, e sono organizzate con l'intento recondito di vendere in un secondo tempo i farmaci e le terapie per curare quelle malattie al maggior numero possibile di persone.

Questa forma indiretta di pubblicità dei medicinali è sempre più adoperata nel settore delle industrie farmaceutiche. Usando le pareti riservate alle affissioni pubblicitarie, le inserzioni sulle riviste e i siti Internet, le case produttrici di farmaci inducono le persone a credere di poter essere malate e avere bisogno di cure. L'esperto di marketing Chris Ross dice che «il 2001 ha visto un numero crescente di case farmaceutiche che hanno scelto di promuovere iniziative per l'educazione dei consumatori. Il paziente informato diventa ben presto il centro delle strategie di marketing delle grosse industrie farmaceutiche»³.

Queste campagne di *disease-awareness* costituiscono soltanto una piccola parte della lunga litania che vuole convincerci a badare in un certo modo alla nostra salute. Agli inventori di malattie spetta il compito di dare inizio a questa litania. Essi ci mettono davanti agli occhi sintomi e sindromi sempre nuove, che a quanto pare mettono in pericolo il nostro benessere fisico e psichico.

Molto di quello che ci viene ammannito come nuova minaccia o terapia sensazionale, si basa su supposti progressi della medicina moderna. Ma è opportuno essere diffidenti e scettici. L'informazione che viene spacciata per vera percorre un lungo cammino, che parte dalla ricerca medica e arriva alla gente che di medicina non sa niente. Lungo questo tragitto si trovano persone che per motivi professionali sono molto interessate a falsare e travisare le notizie che riguardano la salute. Non solo i ricercatori, ma anche i giornalisti, i

medici e i collaboratori delle industrie farmaceutiche non sempre riescono a sottrarsi a questa tentazione.

Pensiamo ai consigli che dà il medico di famiglia, agli studi che sono pubblicati sulle più note riviste specializzate, agli opuscoli diffusi dalle case farmaceutiche o agli articoli di medicina che appaiono sui quotidiani. Prima che le informazioni arrivino fino a noi, molte cose sono state taciute, cambiate o aggiunte. Nelle pagine che seguono cercheremo di spiegare in che modo avviene questa manipolazione della medicina.

Medici nel mirino dell'industria farmaceutica

Chi come medico intende aiutare gli altri si avvale dei sussidi che costoro gli versano. L'industria farmaceutica spende ogni anno da 8000 a 13.000 euro per ogni singolo medico: per operazioni di marketing, affinché i medici prescrivano i farmaci e i prodotti delle varie case farmaceutiche. I medici che lavorano in ambulatorio e quelli che svolgono la loro attività negli ospedali devono continuamente sopportare l'assedio a cui i rappresentanti delle aziende farmaceutiche li sottopongono. La sola impresa Glaxo Smith Kline dà lavoro in Europa e negli Stati Uniti a un esercito di 17.000 rappresentanti. Tra il 1996 e il 2001 il numero dei venditori di farmaci negli Stati Uniti è cresciuto del 110%: si è passati da 42.000 a 88.000 agenti.

A causa del gran numero di rappresentanti che si accalca nel suo studio, il tempo che un medico può dedicare a ciascuno di questi visitatori, quasi sempre importuni, è così scarso da poter essere messo in vendita. Una delle imprese che cura i rapporti tra medici e rappresentanti è la

ditta Time-Concepts, che ha la sua sede nel Kentucky. Al prezzo di 105 dollari essa fa in modo che un rappresentante di prodotti farmaceutici possa avere un colloquio di dieci minuti con un medico. Cinquanta dollari della somma suddetta vanno alla Time-Concepts, mentre altri 50 li riceve il medico, che inoltre può anche fare il nome di un'istituzione benefica alla quale saranno versati i rimanenti cinque dollari⁴.

Il sistema con cui la Time-Concepts ottiene i suoi profitti sembra più onesto di quelli normalmente in uso: di solito i venditori di farmaci e di apparecchiature sanitarie cercano di accaparrarsi il favore dei medici offrendo agli interessati inviti a pranzo, viaggi in località esotiche sedi di congressi e altre agevolazioni. Le case farmaceutiche inviano regali anche agli studenti di medicina che sono prossimi alla laurea. Gli assistenti di alcuni ospedali americani specializzati nella formazione dei medici, vengono invitati a pranzo quasi ogni giorno, anche se spesso è offerta loro soltanto una pizza. I medici che frequentano seminari dell'industria farmaceutica si vedono regolarmente offerto un pasto in un ristorante di lusso.

Il passaggio dal marketing lecito all'agevolazione illegale è molto diffuso. Capita che un medico e un rappresentante si incontrino al distributore di benzina mentre fanno rifornimento. Il medico accetta che il rappresentante gli presenti i suoi prodotti, e in cambio il rappresentante gli pagherà il pieno di benzina⁵. Nel marzo del 2002, la procura di Monaco di Baviera ha avviato indagini su migliaia di medici tedeschi e di collaboratori del gruppo industriale Smith Kline Beecham.

L'accusa dei magistrati riguardava il sospetto di concessione e accaparramento di benefici illeciti, di corruzione e di

complicità in evasione fiscale. Gli stessi magistrati hanno sequestrato numerosi documenti trovati nella sede centrale della Smith Kline Beecham, nella Leopoldstrasse di Monaco di Baviera. Stando a quanto risulta da documenti rinvenuti in alcune agenzie di viaggio, sembra che parecchi medici abbiano accettato biglietti gratuiti d'ingresso per la finale del campionato del mondo di calcio giocatasi a Parigi nel 1998 e per alcune gare di Formula Uno. Si sospetta anche che la casa farmaceutica di cui sopra abbia offerto in omaggio libri e computer.

Scandali di questo genere fanno scattare ogni volta l'indignazione delle persone e alimentano lo stereotipo degli «scrocconi in camice bianco». Tuttavia i medici che accettano di farsi veramente comprare dall'industria sono un'eccezione. Molto più diffusi invece, e quindi molto più preoccupanti, sono i sottili meccanismi con i quali l'industria influenza quotidianamente i medici. Il fatto che tra le industrie farmaceutiche e i medici ci sia contiguità di interessi è ormai accettato come una cosa ovvia.

Un esempio di ciò è dato dal fatto che tutti sanno che la maggior parte dei corsi d'aggiornamento per medici, che in Germania sono obbligatori per legge, viene organizzata dalle case farmaceutiche. Solo una percentuale minima di questi corsi è ufficialmente indipendente. Ma in realtà anche in quei casi le imprese che producono farmaci hanno spesso le mani in pasta, come risulta da un'indagine compiuta dal dottor Peter Sawicki di Colonia, primario all'Accademia per l'aggiornamento e il perfezionamento dei medici della Renania Settentrionale-Vestfalia, e da due suoi colleghi. Per 35 dei 51 corsi presi in esame è stato dimostrato che imprese come la Roche, la Bayer, la Pfizer e la Hoechst avevano parte attiva nei seminari che si credevano indipendenti.

Ai medici venivano regalate penne a sfera e blocchi per appunti con scritte pubblicitarie, durante le pause dei lavori le case farmaceutiche offrivano loro spuntini e bevande, e alla sera pagavano sovente anche un pasto caldo. Peter Sawicki dubita che la presenza dei collaboratori delle industrie farmaceutiche ai corsi d'aggiornamento non abbia conseguenze: «Si deve sospettare che la scelta dei relatori e il contenuto dei corsi siano influenzati da interessi economici dell'industria di quel settore»⁶.

Con i migliori ossequi dell'industria

I presunti progressi compiuti dalla medicina hanno assunto una dimensione così vasta che ormai sono pochi i medici capaci di muoversi con disinvoltura nel groviglio delle diagnosi e delle terapie. Per questo occorre che le istruzioni redatte da esperti li aiutino a orientarsi. Tali istruzioni sono formulate – spesso dopo lunghe discussioni – da esperti competenti nei diversi campi, e hanno l'obiettivo di far sì che la grande maggioranza dei medici non specializzati possa curare i propri pazienti avvalendosi degli ultimi ritrovati della scienza.

Il fatto che gli esperti di cui sopra consiglino una determinata terapia a base di farmaci, rappresenta per le case produttrici un assegno in bianco, la cui riscossione è addirittura favorita dallo Stato. E ancora più grave è quello che è stato scoperto da un gruppo di lavoro che collabora col professor Allan Detsky del Mount Sinai Hospital di Toronto: le istruzioni redatte dai ricercatori sono pesantemente influenzate dall'industria. I membri del gruppo di lavoro incaricati di acquisire dati per la loro inchiesta si sono rivolti per iscritto a

192 ricercatori operanti in Europa e nell'America settentrionale, chiedendo loro se avessero avuto rapporti con l'industria farmaceutica. È molto significativo il fatto che quasi la metà dei medici interpellati abbia preferito non rispondere.

Il gruppo di lavoro ha potuto analizzare 100 risposte pervenute: l'87% dei medici che avevano redatto istruzioni aveva legami non ben precisati con l'industria farmaceutica, il 59% aveva rapporti fissi con le imprese di cui aveva consigliato i prodotti, il 38% era costituito da consulenti o dipendenti di quelle stesse imprese e il 6% era in possesso di azioni da esse emesse. E non si è trovata nessuna delle istruzioni analizzate che fosse stata redatta senza l'intervento delle case produttrici di farmaci. «In ultima analisi sembra che vi siano parecchie interazioni tra gli autori delle istruzioni cliniche e l'industria farmaceutica», constata obiettivamente Allan Detsky; egli manifesta il timore che «tali particolari interazioni possano influire sulle abitudini di un gran numero di medici».

I medici che criticano questo andazzo chiedono l'emana-zione di un provvedimento che sembrerebbe quanto mai ovvio: vorrebbero che in futuro, insieme alle istruzioni cliniche, fossero resi pubblici tutti i conflitti d'interesse dei medici che le hanno redatte. Vorrebbero inoltre che, in linea di massima, i medici i quali hanno «significativi» conflitti d'interesse non possano redigere istruzioni cliniche. Resta però da stabilire quale tipo di rapporto con le case farmaceutiche sia «significativo» e quale no. Detsky sa bene come sia difficile stabilire un confine tra le due realtà. Ironicamente si chiede: «Esiste una soglia al disotto della quale chi redige le istruzioni non sia soggetto all'influenza inconscia dei suoi eventuali rapporti con l'industria farmaceutica?»⁷.

L'illusione della ricerca incorruttibile

Intrecci tra il commercio e la scienza medica sono presenti in ogni settore della medicina: vi sono medici che fanno i consulenti dei produttori di farmaci e analizzano in studi clinici le sostanze attive da essi impiegate. Questi medici sono membri degli Advisory Boards, organi apparentemente indipendenti che intervengono quando si tratta di introdurre un farmaco sul mercato. Martina Dören, docente di salute della donna alla Libera Università di Berlino, teme che i medici possano perdere la loro indipendenza e dice: «Per colpa dei mezzi per lo più scarsi forniti alle associazioni scientifiche, che dispongono soltanto delle quote versate dai loro soci, purtroppo ormai tutti considerano normale che i congressi non possano più essere organizzati se non c'è un tangibile sostegno finanziario da parte delle case farmaceutiche»⁸.

Lo psichiatra Asmus Finzen di Basilea, osserva con crescente disappunto il legame che unisce medici e commercianti. Sul «Deutsches Ärzteblatt» egli critica il fatto che diversi ricercatori operanti nel settore sanitario «compaiano come relatori fissi ai simposi organizzati da certe case farmaceutiche, figurino come autori di pubblicazioni che in realtà sono redatte da esperti pagati dalle imprese e in occasione di manifestazioni da queste sponsorizzate reclamizzano determinati farmaci o apparecchiature sanitarie». Inoltre continua dicendo che «sicuramente non tutti i ricercatori che lavorano nel campo della medicina hanno rapporti del genere con l'industria. Tuttavia molti di essi li hanno»⁹.

In Germania è consuetudine che docenti di medicina e medici che lavorano nel loro studio intervengano a conferenze stampa per incarico di determinate imprese, intascando compensi elevati per le loro prestazioni. I collaboratori

addetti ai servizi esterni delle case farmaceutiche vanno alla ricerca di medici che siano disposti a parlare in pubblico per reclamizzare dietro compenso determinati prodotti. Questo tipo di reclutamento si chiama *opinion leader management* o anche «monitoraggio degli *opinion-maker*». Prima che la manifestazione vera e propria abbia inizio, i medici devono comunicare ai collaboratori della casa farmaceutica quali diapositive intendono mostrare al pubblico durante il loro intervento. L'urologo Hartmut Porst di Amburgo, rivela che a queste *slide reviews* può succedere che «la casa farmaceutica chieda al medico di eliminare metà delle diapositive da lui proposte».

Sto dalla parte di chi mi paga

Chi rimprovera ai medici che i legami di tipo economico che essi hanno con l'industria possono influire sul loro lavoro e sulla loro libertà di giudizio, scoprirà che essi respingono fermamente l'accusa. Sostengono che in quanto uomini di scienza essi sanno conservare la loro obiettività. Non serve quindi controllare chi finanzia la loro ricerca. «Anche se accettano inviti ad andare in vacanza in lussuosi luoghi di villeggiatura, essi negano l'esistenza di qualsiasi influenza sul loro comportamento da parte dell'industria», dice l'esperta di bioetica Susan Coyl. Questa ricercatrice ha sottolineato, in uno studio approfondito, l'influenza esercitata sui medici dall'industria farmaceutica. Lo studio è stato redatto per incarico della Società americana di medicina interna. Secondo l'analisi compiuta dalla Coyl, l'indipendenza dei medici è decisamente a rischio: «Indagini scientifiche dimostrano l'esistenza di uno stretto rapporto tra i regali che i medici ac-

cettano da una determinata casa farmaceutica e la preferenza da essi accordata ai prodotti di quella casa»¹⁰.

Il gruppo di ricercatori che lavora agli ordini di Henry Stelfox dell'Università di Toronto ha dimostrato l'esistenza di questo fenomeno citando l'esempio di un farmaco molto discusso, un preparato a base di calcio che serve a bloccare i condotti della membrana cellulare. I ricercatori hanno analizzato 70 pubblicazioni relative a quel preparato e le hanno suddivise in tre categorie: quelle critiche, quelle favorevoli e quelle che non esprimono un parere preciso sul farmaco. Poi hanno inviato un questionario agli autori delle pubblicazioni, chiedendo loro se avevano ricevuto denaro dall'industria. L'esito della ricerca non dà adito a equivoci: tutti gli autori che si erano espressi a favore dell'uso del farmaco in questione avevano ricevuto in un modo o nell'altro denaro dall'industria. Nel 96% dei casi avevano ricevuto la sovvenzione dalla casa produttrice del farmaco in questione. Invece soltanto il 37% dei medici che si era pronunciato criticamente sul prodotto aveva accettato denaro dall'industria¹¹.

Le cose che più contano per chi si occupa di affari nel campo delle malattie sono i lavori pubblicati sulle riviste mediche che sembrano dimostrare l'utilità di certi farmaci. Spesso questi studi sono determinanti per stabilire se una nuova sostanza potrà essere introdotta sul mercato. Inoltre i medici tengono conto di essi per decidere se e in quale misura utilizzeranno in futuro un nuovo prodotto.

Questi studi specialistici, all'apparenza obiettivi, sono invece soggetti in molti casi all'influenza dell'industria farmaceutica. La dottoressa Lisa Kjaergard della clinica universitaria di Copenaghen, ha studiato a fondo 159 lavori specialistici riguardanti 12 diverse branche della medicina e ha constatato che, se i ricercatori lavorano per conto dell'industria,

danno molto spesso un giudizio favorevole sull'utilità del tipo di cura che hanno preso in esame¹².

Anche uno studio pubblicato sul «New England Journal of Medicine» dal medico californiano Thomas Bodenheimer rivela l'esistenza di un'influenza evidente e a volte incredibile dei finanziatori dell'industria sugli studi clinici: le case farmaceutiche passano sotto silenzio o alterano i risultati di studi che esse stesse hanno commissionato a ricercatori indipendenti. Sei dei 12 ricercatori a cui Bodenheimer si è rivolto hanno ammesso che il loro lavoro era stato influenzato dall'industria. I risultati delle loro ricerche, non soddisfacenti per chi li aveva commissionati, non erano stati pubblicati o erano stati manipolati.

C'è poi il caso di una ditta che ha ritardato la pubblicazione dei risultati forniti da un ricercatore, esigendo che fossero modificati. Bodenheimer rivela che «nel periodo in cui i risultati non erano ancora stati pubblicati la ditta in questione aveva fatto segretamente redigere un'altra relazione sullo stesso argomento, relazione che dal suo punto di vista appariva più vantaggiosa». Bodenheimer cita anche il caso di un altro ricercatore, che aveva scoperto gli effetti collaterali di un farmaco e ne aveva fatto cenno in un manoscritto da lui inviato alla ditta che gli aveva commissionato il lavoro. A seguito di questa sua segnalazione, la ditta gli aveva fatto sapere che avrebbe anche potuto non finanziare più le sue ricerche. Inoltre aveva preteso da quel ricercatore la pubblicazione di un rapporto in cui gli effetti collaterali che aveva rilevato venissero menzionati soltanto marginalmente.

In un altro caso, secondo i medici a cui la ricerca era stata commissionata la sostanza che essi avevano analizzato era assolutamente priva di efficacia. È chiaro che la ditta che aveva commissionato lo studio la pensava allo stesso modo,

ma essa aveva creduto opportuno non rendere noto quello che i medici avevano rilevato. Tuttavia solo di rado è necessario ricorrere a manovre così scoperte. Infatti, stando alle ricerche di Bodenheimer, sembra che il più delle volte gli studi sui farmaci vengano pianificati e progettati in anticipo, in modo da far sì che i prodotti siano presentati al pubblico nel modo più accattivante. Uno dei medici che avevano collaborato a quegli studi diceva: «I controlli effettuati dall'industria sui dati permette alla case farmaceutiche di manipolare quegli stessi dati a proprio vantaggio»¹³.

Al congresso annuale dell'Associazione europea di cardiologia tenutosi a Stoccolma nel 2001, l'olandese Marteen Simons, specialista di malattie cardiache, si è lamentato pubblicamente del comportamento dell'industria farmaceutica che lo aveva finanziato. Ha rivelato che un gruppo industriale lo aveva caldamente pregato «di non pubblicare, se non ve ne fosse stata la necessità, dati che avrebbero potuto danneggiare economicamente l'impresa»¹⁴.

Visto come vanno le cose, un ritiro dell'industria farmaceutica dalla ricerca clinica sarebbe auspicabile, ma non ce lo possiamo aspettare. Al contrario, constatiamo che le casse degli ospedali pubblici, delle cliniche universitarie e degli istituti di ricerca statali sono vuote. Oggi i medici sono costretti più che mai, se vogliono che l'attività di ricerca continui, a dipendere dai fondi versati dall'industria e dagli sponsor.

In Germania i vertici stessi della scienza hanno stipulato un'alleanza con una multinazionale farmaceutica. Nell'ottobre del 2002 la Fondazione Max Planck, finanziata con i soldi delle tasse, ha creato a Monaco di Baviera un laboratorio di ricerca unitamente all'impresa Glaxo Smith Kline. Il Genetic Research Centre sorge a Monaco sul terreno dell'Istituto di psichiatria Max Planck e riceve dalla Glaxo

Smith Kline un sostegno finanziario per l'ammontare di milioni di euro.

In cambio del sostegno fornito all'istituto dall'impresa, i ricercatori di quest'ultima hanno accesso a un patrimonio che non sarebbero riusciti ad acquisire neppure per tutto l'oro del mondo: una straordinaria collezione di campioni di tessuto umano. I ricercatori dell'istituto che collaborano con lo psichiatra Florian Holsboer, sono sul punto di scoprire quali sono le cause biologiche della depressione. Hanno analizzato proteine del liquido cerebrale, hanno studiato gli ormoni dello stress nel sangue, hanno misurato il flusso di corrente elettrica presente nel cervello di centinaia di persone affette da depressione, raccogliendo quindi una quantità straordinaria di informazioni al riguardo.

In questo laboratorio a carattere ibrido – per metà industria farmaceutica, per metà Istituto Max Planck – sarà molto importante tenere nettamente separati gli interessi economici da quelli scientifici. In caso contrario l'industria potrebbe avere una sua influenza sulle decisioni relative a quali dovranno essere gli sviluppi futuri della ricerca nei laboratori statali dell'Istituto.

Di norma le case farmaceutiche affidano a ricercatori che operano nelle università il compito di verificare l'utilità di un farmaco e la sua sicurezza in caso di impiego. I medici delle cliniche universitarie si fanno pagare profumatamente per le loro consulenze e sono molto critici nei loro giudizi. Per questo motivo, quindi, le case farmaceutiche oggi fanno scelte diverse, preferiscono cioè affidare a ditte private l'incarico di eseguire gli studi clinici relativi ai loro prodotti. Infatti attualmente soltanto il 40% dei fondi che l'industria impiega per la ricerca è destinato a studiosi che operano nelle università, mentre il 60% finisce a ditte private che lavorano su commissione.

Questa tendenza si è triplicata in meno di un decennio, e ha avuto come conseguenza la nascita di un giro d'affari difficilmente controllabile. Gruppi industriali farmaceutici si mettono in contatto con centinaia di agenzie specializzate nell'organizzazione di test, che a loro volta collaborano con migliaia di medici titolari di studio. Costoro poi selezionano tra i loro pazienti le persone da sottoporre alle indagini e per ognuna incassano una percentuale. Negli Stati Uniti la possibilità di disporre in breve tempo di una persona da sottoporre a test viene pagata da 2000 a 5000 dollari¹⁵. Hartmut Porst, che ad Amburgo esegue con i pazienti che frequentano il suo studio di specialista in urologia ricerche cliniche sulle pillole che accrescono la potenza sessuale, dice che in Germania la tariffa va da 1500 a 1700 euro a persona.

Un gruppo formato da dieci studiosi di filosofia morale della American Medical Association, avverte che il boom della ricerca commissionata ad agenzie private renderà ancora più importante l'influenza esercitata dalle grandi imprese sugli studi clinici. Le ditte private che lavorano su commissione «potrebbero trovarsi coinvolte in un grave conflitto d'interesse, perché sono pagate dall'industria farmaceutica, che in ultima analisi si aspetta che i test diano risultati positivi»¹⁶.

A volte le ricerche su determinati farmaci non vengono eseguite per risolvere problemi di tipo scientifico, ma soltanto per collocare sul mercato un prodotto farmaceutico. L'esperto olandese Hans ter Steege dell'ufficio d'igiene dell'Aia, ha preso in esame le cosiddette ricerche di utilizzo. Esse in effetti dovrebbero contribuire a risolvere problemi scientifici che possono presentarsi dopo che un farmaco ha ottenuto l'autorizzazione a essere messo sul mercato. Tuttavia le ricerche di Hans ter Steege hanno evidenziato che in

due terzi dei casi presi in esame le ditte perseguivano chiaramente uno scopo diverso: volevano semplicemente mettere sul mercato i farmaci da esse prodotti.

Il trucco funziona in questo modo: il medico seleziona tra i suoi pazienti i soggetti adatti per la ricerca in questione e prescrive loro il farmaco che gli è stato proposto, ricevendo dalla casa farmaceutica interessata un determinato compenso. Così l'industria abitua i medici e i loro pazienti a servirsi del nuovo farmaco, in modo che i medici lo prescrivano e i pazienti lo assumano anche molto tempo dopo la conclusione della presunta ricerca¹⁷.

Il mito del paziente informato

Per aumentare ulteriormente i loro guadagni, le case farmaceutiche non si limitano a influenzare i medici e i ricercatori. Sempre più spesso si rivolgono direttamente al potenziale cliente, cercando di far nascere in lui il bisogno di essere curato. La Federazione tedesca delle industrie farmaceutiche ha proposto a gruppi di auto-aiuto costituiti da pazienti di partecipare a seminari per imparare a gestire le pubbliche relazioni. L'industria si serve con grande abilità dell'attività di gruppi di persone interessate a una determinata cura per far conoscere alla gente l'esistenza di certe malattie.

Una relazione del Boston Consulting Group raccomanda alle case farmaceutiche di restare sistematicamente in contatto con i consumatori: «Le imprese possono far aumentare la richiesta fornendo assistenza continua e finalizzata ogni volta che il consumatore deve prendere una decisione riguardo alla sua salute». Il rapporto prevede prospettive ro-

see per il comparto medico-industriale: in futuro dovrebbero essere «disponibili terapie utilizzabili per curare stati di salute fino a ora non sottoposti a trattamento e per migliorare la qualità della vita»¹⁸.

Grazie a Internet le case farmaceutiche hanno a disposizione un mezzo di comunicazione ideale «per entrare in rapporto con i pazienti in maniera più efficace», come dice l'agenzia di consulenza A. T. Kearney di Düsseldorf. In effetti le campagne di *disease-awareness* sono affiancate da pagine di Internet, con le quali si forniscono ai consumatori informazioni su presunte malattie. Vi sono anche gruppi di pazienti e associazioni di medici che comunicano tra loro su Internet, e le loro pagine in rete sono spesso sponsorizzate da imprese farmaceutiche.

L'agenzia A. T. Kearney ha ideato una *direct-patient-access-strategie* per un gruppo industriale americano. L'approccio diretto al paziente avviene tramite opuscoli, portali Internet e call center. È interessante notare che le offerte non devono limitarsi ad argomenti legati alla salute, ma devono riguardare anche problemi psicologici e aspetti relativi allo stile di vita delle persone contattate.

La casa farmaceutica può così esercitare direttamente sul cliente una specie di funzione-guida. La Kearney dice che se in futuro le leggi tedesche lo permetteranno, con questo metodo potrebbero essere inviati direttamente in Germania farmaci da vendersi dietro presentazione di ricetta medica. Mentre il paziente è in contatto tramite Internet con la casa farmaceutica, il medico curante nel suo studio potrà dedicarsi al suo «vero compito». Ci chiediamo quale dovrebbe essere questo compito.

I belli e i malati

Le persone note sono particolarmente adatte a far conoscere le malattie alla gente. Non sempre compaiono in pubblico con grande frequenza, come hanno fatto Pelé o Karin Stoiber, la moglie del Primo Ministro bavarese, che nell'ottobre del 2002 ha patrocinato a Monaco di Baviera la giornata mondiale dell'osteoporosi. Il lavoro di Amy Domer Schachtel, un'esperta americana di pubbliche relazioni, consiste nell'aggiungere, con molta discrezione, personaggi importanti al carro delle industrie farmaceutiche. I volti noti tengono discorsi in pubblico su malattie poco conosciute, e molti di essi incassano per questo notevoli onorari. «Il trend cresce moltissimo», dice la Schachtel, che gestisce l'azienda Premier Entertainment in un appartamento nel New Jersey¹⁹.

I pupilli della Schachtel sono riusciti ad apparire nelle più note trasmissioni televisive degli Stati Uniti. In «Today Show» Kelsey Grammer, una star della televisione, conversava con sua moglie sulla sindrome da colon irritabile. E l'attrice Cybill Shepherd rivelava a Oprah Winfrey, e allo sterminato pubblico del talk show condotto da quest'ultima, il nome del farmaco usato per curare i disturbi causati dalla menopausa.

Anche stelle di Hollywood come Kathleen Turner e Lauren Bacall hanno discusso alla televisione americana dei loro disturbi più o meno seri, senza che gli spettatori o i responsabili delle emittenti televisive immaginassero che erano pagate dall'industria farmaceutica per i loro interventi. Kathleen Turner, la quale ha parlato della sua battaglia contro l'artrite, ha ricevuto denaro dalle ditte Amgen e Wyeth. Da qualche tempo la CNN si oppone a questa forma di pubblicità indiretta: i suoi conduttori chiedono alle

personalità importanti che partecipano alle trasmissioni se hanno rapporti finanziari con case farmaceutiche, prima che queste possano parlare delle loro condizioni di salute davanti alle telecamere²⁰.

Fate pubblicità e il paziente arriverà

Nei paesi facenti parte dell'Unione Europea, la lobby delle case farmaceutiche insiste per avere il permesso di proporre direttamente al consumatore i farmaci prodotti. Per ora tuttavia ciò è vietato, almeno per quanto riguarda i farmaci che devono essere venduti dietro presentazione di ricetta medica. Ed è giusto che sia così. Per rendersene conto basta osservare ciò che avviene negli Stati Uniti dove, nel 1997, la FDA, l'autorità che stabilisce se un farmaco può essere messo in commercio, ha reso molto più agevole la vendita dei prodotti al pubblico. Possono essere omesse indicazioni circostanziate relative agli effetti collaterali che i farmaci procurano. Da quando non è più obbligatorio che nelle inserzioni delle case farmaceutiche compaiano gli avvisi stampati a piccoli caratteri, le campagne pubblicitarie per reclamizzare i farmaci da vendersi dietro presentazione di ricetta medica sono letteralmente esplose.

Solo raramente le inserzioni curate dalle case farmaceutiche riguardano malattie gravi: di regola concernono i disturbi che si collocano nella zona intermedia tra la malattia e la salute. La dottoressa Lisa Schwartz della Dartmouth Medical School di Hanover (New Hampshire), ha scoperto che agendo in questo ambito si può riuscire a convincere le persone di essere malate. Insieme ad alcuni suoi colleghi, la dottoressa ha analizzato con metodo scientifico 67 diverse in-

serzioni di farmaci presenti in dieci riviste americane come «Time», «People» o «Good Housekeeping».

Gli esiti delle sue ricerche ci appaiono stranamente familiari:

I risultati da noi conseguiti, fanno pensare che la maggior parte dei farmaci acquistabili solo dietro presentazione della ricetta medica venduti direttamente al consumatore, siano stati pensati per curare disturbi molto comuni (ad esempio il raffreddore, la caduta dei capelli, l'eccedenza di peso), disturbi di cui molte persone potrebbero benissimo venire a capo anche senza ricorrere al medico. Anche se per alcuni di essi potrebbe essere giustificato un trattamento farmacologico, c'è il rischio che l'ambito della medicina diventi troppo vasto se quelli che sono normali casi della vita vengono trasformati in casi patologici, come quando si dice che un raffreddore è una rinite allergica.

Lisa Schwartz fa sapere che i messaggi pubblicitari potrebbero favorire, nel più classico dei modi, la medicalizzazione della società. Nel momento in cui un consumatore si fa prescrivere un farmaco dal medico, il suo stato di salute si trasforma in un sintomo: «La persona è ormai un paziente»²¹.

Gli abitanti degli Stati Uniti, ogni giorno, vedono alla televisione in media nove spot pubblicitari dedicati a farmaci²². Nel 1999 l'industria farmaceutica ha speso 1,8 miliardi di dollari per la pubblicità. Ad esempio, nel 2000 per l'antidepressivo Paxil sono stati spesi in pubblicità 91,8 milioni di marchi. In seguito le vendite del prodotto sono cresciute del 25% nel mercato farmaceutico americano, un mercato in cui la concorrenza la fa da padrona, e hanno fatto salire la cosiddetta pillola della felicità all'ottavo posto nell'elenco dei farmaci più venduti²³.

Negli Stati Uniti insieme al budget pubblicitario cresce il numero delle persone che si rivolgono al medico perché si sentono insicure. Il 20% degli americani adulti va dal medico dietro suggerimento della pubblicità fatta dalle case farmaceutiche, come è stato dimostrato da un sondaggio attendibile effettuato su un campione di 25.182 persone²⁴.

Anche i giornalisti fanno la loro parte

I media sono diventati uno strumento importante per l'industria farmaceutica. Ogni giorno nelle redazioni arrivano inviti a seminari, simposi e workshop sponsorizzati da questa industria, a cui vanno aggiunti comunicati stampa e opuscoli in gran quantità. Perché i giornalisti partecipino ai convegni, di regola le case farmaceutiche si accollano le spese relative ai viaggi e al pernottamento in albergo.

I convegnisti sono invitati a partecipare a gite in battello sull'Aussenalster di Amburgo, a degustazioni di vini e pranzi di gala. Nel febbraio del 2003 la ditta Kade/Besins ha tenuto ad Amburgo una conferenza stampa per presentare il suo nuovo gel al testosterone. Il programma delle attività che facevano da cornice alla manifestazione ha entusiasmato i giornalisti: se invitati, era possibile partecipare a «un corso esclusivo di cucina con assaggio delle vivande e a un seminario sui vini» nel famoso ristorante Le Canard.

Anche la ditta Lilly-Icos non ha badato a spese quando nel dicembre del 2002 ha presentato la sua nuova pillola per curare l'impotenza sessuale al Congress Centrum di Amburgo. Dopo il convegno ha invitato i giornalisti a una «cena da Mille e una notte: specialità siriane in un ambiente orientale».

L'accesso ai giornalisti è una merce che medici e case farmaceutiche acquistano a caro prezzo da agenzie di pubbliche relazioni. «Vi facciamo conoscere alla stampa»: ecco ad esempio come si fa pubblicità l'agenzia *Impressum* di Amburgo, che lavora per varie società di medicina specialistica. Essa sfrutta le proprie conoscenze nelle redazioni e coordina l'attività della stampa ai congressi. In un opuscolo pubblicato dall'agenzia si legge: «Grazie alle nostre inserzioni e ai nostri contatti personali, siamo riusciti a far partecipare ai congressi un numero di giornalisti che va da 50 a 350, a seconda dell'importanza del congresso. Abbiamo avuto fino a 500 servizi e corrispondenze sulla stampa, alla televisione e alla radio».

Molte delle notizie diramate alla stampa sono riprese dai giornalisti in maniera assolutamente acritica. Possibili terapie vengono di colpo strombazzate come se fossero rimedi sensazionali, ma nella maggior parte dei casi dopo un po' di tempo non si ha più notizia di esse. La tendenza all'esagerazione è una malattia professionale di molti giornalisti che si occupano di medicina: spesso, per far sembrare importanti e significativi i loro servizi, essi gonfiano i dati sulla diffusione di certe malattie e il pericolo che queste possono costituire.

Il tasso di disinformazione del giornalismo che si occupa di medicina non è mai stato analizzato sistematicamente. È quindi utile leggere uno studio della Harvard Medical School pubblicato nel giugno del 2000²⁵. I quattro autori di questo lavoro hanno analizzato articoli e servizi riguardanti tre farmaci che erano apparsi su alcuni media americani di primaria importanza quali il «Wall Street Journal», il «New York Times», il «Washington Post» e altri 33 giornali, e che avevano trovato posto nel palinsesto dei canali televisivi

ABC, CBS, CNN e NBC. In tutto gli esperti hanno analizzato 207 articoli. I risultati emersi da questo studio sono interessanti anche per i media tedeschi. Infatti va detto che da un lato le redazioni tedesche lavorano in base a un modello analogo a quello americano, dall'altro riprendono spesso articoli di medicina dai media americani.

I risultati della ricerca di cui sopra non danno adito a illusioni: risulta infatti che nel 40% degli articoli mancavano dati e cifre sulla asserita efficacia dei farmaci, di modo che chi si informava tramite i media non poteva farsi un'idea della loro utilità. Per quanto riguarda i 124 servizi che fornivano dati quantitativi, l'83% di essi parlava soltanto dell'utilità relativa dei farmaci. È un esempio di un malcostume molto diffuso, che può facilmente fuorviare i consumatori.

Ecco appunto un esempio al riguardo. Un documentario della CBS sull'osteoporosi affermava che un nuovo farmaco avrebbe ridotto del 50% il rischio di frattura dell'osso iliaco. Il giornalista sosteneva che questa cifra era «quasi miracolosa», tuttavia essa si riferiva al rischio *relativo* corso dai pazienti. In cifre *assolute* il miracolo appariva molto ridimensionato. Su 100 persone che *non* avevano assunto il farmaco in questione *due* avevano avuto una frattura. Fatte le debite proporzioni, il numero di fratture si riduceva a *uno*. Il farmaco quindi avrebbe fatto diminuire la percentuale di fratture tra le persone su cui si era indagato dal 2 all'1%.

Nel 53% dei casi menzionati, i numerosi effetti collaterali provocati dai tre farmaci (l'Aspirina, un preparato per ridurre il colesterolo chiamato Pravastatin e un altro per curare l'osteoporosi chiamato Alendronat) non erano neppure menzionati. E infine nel 61% dei casi non veniva detto se gli esperti che avevano scritto gli articoli avevano legami finanziari con i produttori dei farmaci.

Gli esperti di Harvard dicono che è necessario un «programma educativo» per i giornalisti che si occupano di medicina, di modo che siano in grado di scrivere articoli più imparziali e meditati. Ma i giornalisti accetterebbero un programma del genere? C'è molto di vero nell'aneddoto secondo cui i giornalisti che scrivono di medicina vivono dell'ipochondria che suscitano nella gente e della paura di nuove malattie che diffondono di continuo. Le cattive notizie diffuse dagli inventori di malattie sono buone notizie per i media.

¹ Comunicato stampa della ditta Pfizer del 19 marzo 2002.

² Sul n. 27 di «Bunte», 2002; vedi anche: www.denkepositiv.com.

³ C. Ross, *The Informed Patient: a Step in the Right Direction*, «Pharmafile.com», 23 agosto 2002.

⁴ D. Spurgeon, *Doctors Accept \$ 50 a Time to Listen to Drug Representatives*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, p. 1113.

⁵ Il medico americano Bob Goodman riflette in maniera critica sulla facilità con cui i medici possono essere corrotti: www.nofreelunch.org.

⁶ E. von Reis et al., *Qualität und Struktur der ärztlichen Fortbildung in der Inneren Medizin am Beispiel des Ärztekammerbezirks Nordrhein*, «Z. ärztl. Fortbildung», n. 93, 1999, pp. 569-579.

⁷ N. Choudry et al., *Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry*, «JAMA», n. 287, 2002, pp. 612-617.

⁸ M. Dören, *Fortbildung in der Sponsoring-Falle?*, «Berliner Ärzte», n. 4, 2003, pp. 18-20.

⁹ A. Finzen, *Wir dankbare Ärzte*, «Deutsche Ärzteblatt», n. 99, 2002, pp. 766-769.

¹⁰ S. Coyle, *Physician Industrie Relations. Part 1: Individual Physicians*, «Ann. Int. Med.», n. 136, 2002, pp. 396-402.

¹¹ H. Stelfox, *Conflict of Interest in the Debate Over Calcium-Channel Antagonists*, «New England Journal of Medicine», n. 338, 1998, pp. 101-106.

¹² L. Kjaergard, *Association Between Competing Interests and Author's Conclusions: Epidemiological Study of Randomised Clinical Trials Published in the BMJ*, «British Medical Journal», n. 325, 2002, pp. 249-252.

- ¹³T. Bodenheimer, *Uneasy Alliance*, «New England Journal of Medicine», n. 342, 2000, pp. 1539-1544.
- ¹⁴«Frankfurter Allgemeine Zeitung», 12 settembre 2001.
- ¹⁵K. Eichenwald, G. Kolata, *Drug Trials Hide Conflicts for Doctors*, «New York Times», 16 maggio 1999.
- ¹⁶K. Morin et al., *Managing Conflicts of Interest in the Conduct of Clinical Trials*, «JAMA», n. 287, 2002, pp. 78-84.
- ¹⁷K. Koch, *Wer rasiert wird, hält besser still*, «Süddeutsche Zeitung», 15 marzo 2002.
- ¹⁸R. Moynihan, *The Marketing of Fear*, «Australian Financial Review», 10 giugno 2000.
- ¹⁹Tutte le citazioni sono tratte da R. Moynihan, *Celebrity Selling*, «British Medical Journal», n. 324, 2000, p. 1342.
- ²⁰M. Petersen, *CNN to Reveal when Guests Promote Drugs for Companies*, «The New York Times», 24 agosto 2002.
- ²¹S. Woloshin et al., *Direct to Consumer Advertisements for Prescription Drugs: What Are Americans Being Sold?*, «The Lancet», n. 358, 2001, pp. 1141-1146.
- ²²Con riferimento all'anno 1999, da B. Mintzes, *Direct to Consumer Advertising Is Medicalising Normal Human Experience*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 908-909.
- ²³J. Gammage, K. Stark, *Under the Influence*, «Philadelphia Inquirer», 9 marzo 2002.
- ²⁴S. Gottlieb, *A Fifth of Americans Contact their Doctor as a Result of Direct to Consumer Drug Advertising*, «British Medical Journal», n. 325, 2002, p. 854.
- ²⁵R. Moynihan et al., *Coverage by the News Media of the Benefits and Risks of Medications*, «New England Journal of Medicine», n. 342, 2000, pp. 1645-1650.

Capitolo 3

Una malattia chiamata diagnosi

Una persona sana è una persona che non è stata visitata come si deve.

Proverbio medico

Guaritori ambulanti vanno in giro per la Germania. Arrivano a bordo di auto avveniristiche e non chiedono soldi. Fanno salire sul loro veicolo le persone che si trovano in piazza o davanti ai cimiteri e fanno loro un bel check-up. Scese dall'auto, parecchie di quelle persone scoprono di essere diventate dei pazienti. Nell'estate del 2000 il bianco automezzo «per la ricerca sull'osteoporosi» ha percorso per la prima volta le strade della Germania, da Amburgo a Erfurt. Molte donne con più di 60 anni d'età sono state invitate a salire a bordo del veicolo, per sottoporsi a una «approfondita visita preventiva» comprensiva di misurazione della compattezza ossea. Così si potevano scoprire le donne che soffrivano di riduzione della massa ossea provocata dall'invecchiamento: la cosiddetta osteoporosi. La ricerca di donne malate era mossa da un interesse ben preciso. Essa infatti era stata sponsorizzata da una fondazione e da 14 case farmaceutiche¹.

Ma c'è una ricerca che riguarda anche gli uomini, ed è quella condotta dai collaboratori della ditta Pfizer, che gira-

no 30 città tedesche a bordo di un camion bianco e blu, sulle cui fiancate si legge a grosse lettere la scritta: «L'uomo sano». Il pianale del camion può essere allungato, e la superficie della sua base diventa tre volte più grande. Ci si trova così di fronte a cinque cabine attrezzate per visite mediche e a un «pannello informativo». Curiosi e passanti che accettano vengono sottoposti a una visita medica di dieci minuti. Tecnici appositamente addestrati misurano la colesterolemia, la glicemia e la pressione sanguigna delle persone e ne controllano il peso. Il motto della Pfizer è: «Se gli uomini non vengono a sottoporsi al test, è il test che va a cercarli». Ai margini di un importante torneo di golf, sul camion suddetto è stato fatto lo screening a 6297 uomini. Ed ecco risultare che la metà degli esaminati aveva la pressione alta e che per il 44% di essi i valori del sangue non erano nella norma.

L'automezzo «per la ricerca sull'osteoporosi» e il camion della Pfizer sono i precursori di una medicina che intende pervadere di sé tutta la società. Oggi i mercanti della salute vanno letteralmente a caccia di pazienti, come facevano nel Medioevo i medici girovaghi e i ciarlatani. Ed è normale che scoprano ovunque persone apparentemente malate. Tuttavia i tedeschi, nel corso della loro storia, non sono mai stati sani e longevi come oggi. Solo che questi tedeschi sani non soddisfano i criteri della medicina moderna. I fattori di rischio stabiliti dai medici sono fissati di proposito in modo che ognuno di noi possa risultare affetto da qualche malattia o disturbo.

Ecco come si procede di solito. Un valore di laboratorio è misurato a un gran numero di persone sane, ad esempio a donatori di sangue, a reclute o a studenti dell'Istituto superiore dello sport. Poi si calcola la media dei valori misurati. Il 95% dei valori che si colloca intorno alla media è definito

arbitrariamente come «normale». Invece il 5% che sta al di sopra o al di sotto della media è classificato come «irregolare», anche se le persone che corrispondono ai valori suddetti sono sane². Di conseguenza si può dire che tutti siamo malati: se ogni volta che viene effettuata un'analisi di laboratorio un determinato valore non è normale per il 5% delle persone testate, a ogni ulteriore analisi cresce la quota di coloro che sono fuori dalla norma. Ad esempio, dopo che la misurazione di un valore sarà stata effettuata 20 volte, le persone sane risulteranno essere soltanto 36 su cento. E dopo 100 misurazioni i sani saranno meno dell'1%³. Da questa realtà i medici hanno tratto una conclusione beffarda: una persona sana è una persona che non è stata visitata, o che non è stata visitata con la necessaria attenzione.

In effetti alcuni fattori di rischio sono stati fissati preventivamente in modo che risultasse esposto a un determinato pericolo non soltanto il 5% delle persone prese in esame, ma addirittura interi strati della popolazione. Ad esempio, per quanto riguarda il colesterolo, alcuni anni fa in Germania i valori limite vennero fissati in modo tale che le persone con valori «normali» risultavano essere la minoranza della popolazione, mentre quelle con valori «fuori dalla norma» erano la maggioranza.

Com'è possibile una cosa del genere? Una ricerca approfondita compiuta in Baviera su 100.000 persone, aveva stabilito come normale un valore medio di 260 milligrammi di colesterolo per ogni decilitro di sangue. Tuttavia nel 1990 la Campagna nazionale di lotta al colesterolo, un'organizzazione privata costituita da 13 docenti di medicina, aveva suggerito di portare il valore medio a 200 milligrammi ed era riuscita a fare accettare la sua proposta. I medici della Campagna nazionale di lotta al colesterolo rappresentavano del-

le lobby, tra le quali la Lega tedesca per la lotta all'ipertensione, un'associazione vicina alle industrie farmaceutiche, insieme alla Lega contro i lipidi e alla Società tedesca della medicina di laboratorio. Questi medici chiedevano, in un «documento strategico», che l'ambito a cui applicare la terapia fosse ampliato, avvalendosi di sistemi molto aggressivi: «Ogni medico dovrebbe conoscere il tasso di colesterolo del suo paziente»⁴.

Tramite scelte fatte da medici legati a interessi finanziari, veniva stabilito che la maggioranza dei tedeschi era costituita da pazienti a rischio. In seguito a un valore limite fissato arbitrariamente, nella fascia d'età che va dai 30 ai 39 anni il 68% degli uomini e il 56% delle donne si trovano ad avere un tasso di colesterolo patologicamente elevato. Nella fascia d'età che va dai 50 ai 59 anni, si trovano a essere in questa situazione addirittura l'84% degli uomini e il 93% delle donne.

La conseguenza assurda dei valori limite fissati in questo modo è che i cosiddetti pazienti con fattori di rischio si sentono sani e in forma. Se soffrono di qualcosa, soffrono di un surplus di diagnosi. Karl Kraus ha dunque ragione: la malattia più frequente è la diagnosi.

Un check-up inutile fa contento il paziente

Dall'ottobre del 1989, in Germania esiste la possibilità di sottoporsi a una visita medica completa, il cosiddetto check-up. Ogni cittadino che beneficia dell'assicurazione sanitaria e supera i 35 anni d'età, ha diritto a farsi visitare ogni due anni a spese dello Stato. Per convincere la gente ad accettare di buon grado l'idea di sottoporsi al check-up, all'inizio del 1991 l'Associazione federale delle mutue ha condotto in tut-

to il paese una campagna educativa all'insegna del motto: «È meglio campare di più stando allegri».

Fino a oggi non è per niente provato che gli screening di massa effettuati su persone sane siano utili. È certo soltanto che queste visite costituiscono una fonte di guadagno molto cospicua per i medici convenzionati con le mutue. Uwe Heyll, un medico di Düsseldorf specialista di medicina interna, osserva: «Per quanto riguarda i check-up, c'è il sospetto che l'effettuazione delle visite preventive sia stata concessa ai medici soprattutto per motivi commerciali». A questo proposito è rivelatore un articolo apparso nel 1991 sulle pagine economiche della «Ärzte Zeitung»:

Se tutto andasse secondo le previsioni, in un ambulatorio con anche soltanto 1000 pazienti aventi diritto al check-up, il medico realizzerebbe ogni due anni un giro d'affari superiore a quello attuale di circa 70.000 marchi, vale a dire di 35.000 marchi all'anno. Sarebbero 3000 marchi al mese. E la cifra potrebbe ancora aumentare, se nel frattempo venisse attuata la prevenzione contro il cancro. Davvero un bel colpo!⁵

A due anni di distanza dall'introduzione del check-up i medici convenzionati hanno cercato di dimostrarne l'utilità. Hanno presentato una statistica che ha soddisfatto soprattutto loro: soltanto il 43% delle persone da essi visitate se l'era cavata *senza* una diagnosi, il che vuol dire che il 57% degli assistiti era caduto nella rete tesa dalla medicina. Va poi detto che il numero dei pazienti a rischio – come abbiamo già visto – aumenta se gli assistiti vengono sottoposti a nuovi test. «Ci si deve aspettare che tra qualche anno, a prescindere dalle persone che non si sottoporranno al check-up, non ci sarà più nessuno che potrà dirsi sano», prevede Uwe Heyll⁶.

Dovrebbe farci riflettere il fatto che le più importanti associazioni mediche degli Stati Uniti chiedano già da tempo che il check-up venga abolito. Visto che non è utile per controllare le condizioni di chi vi si sottopone, i medici americani preferirebbero che il denaro speso per esso fosse impiegato per scopi più efficaci. Ma ormai la visita preventiva non può più essere eliminata: i pazienti si sono affezionati al check-up, anche se non serve a verificare il loro stato di salute, e protesterebbero se venisse abolito⁷.

Iconolatria sul libretto della mutua

Il 16 gennaio 1896, il «New York Times» ha pubblicato una foto molto sfocata che riproduceva la mano di una donna. Si vedevano le ossa della mano, circondate dalla penombra del tessuto. La gente osservava stupita la prima radiografia. Dopo quella fotografia di Wilhelm Conrad Röntgen, un professore di fisica di Würzburg che aveva fatto una radioscopia alla mano della moglie, le immagini hanno dato inizio a un cambiamento rivoluzionario nella pratica medica. Il corpo umano può ora essere esaminato fin nei più piccoli dettagli. I medici scoprono, apparentemente senza fatica, fratture ossee o tumori e possono programmare sul video difficili interventi.

In qualunque policlinico l'archivio fotografico cresce ogni giorno di un metro cubo di volume, e soltanto in Germania vengono eseguite ogni anno circa 1,8 milioni di tomografie assiali computerizzate. Ma l'iconolatria in medicina non può essere spiegata soltanto con il desiderio di acquisire nuove conoscenze. L'«iconomania» della medicina, come chiama questo fenomeno l'internista Linus S. Geisler, è anche all'ori-

gine di una quantità enorme di diagnosi errate o superflue. «Molti degli esami radiografici che oggi vengono eseguiti... sono superflui», osserva il responsabile dell'Azione concertata per i servizi sanitari, una commissione indipendente che funge da organo consultivo per il Ministero della Sanità tedesco. Di parecchi pazienti si hanno anche cento radiografie, eseguite soprattutto negli ultimi mesi di vita. Persino i pazienti che soffrono solo di mal di schiena vengono generalmente controllati facendo ricorso alle radiografie.

Valendosi di diagnostica per immagini sempre più precisa, i medici scoprono patologie con le quali una persona può tranquillamente convivere. Il neurologo Frithjof Kruggel dell'Istituto Max Planck per la ricerca neuropsicologica di Lipsia dice: «Si vedono cose che un tempo venivano scoperte soltanto sul tavolo anatomico»⁸.

Arriva lo scanner

Attualmente negli Stati Uniti si sta registrando uno sviluppo abnorme della röntgenterapia. Sono stati infatti istituiti più di 100 centri in cui persone sane si fanno preventivamente passare allo scanner tutto il corpo. In dieci minuti, dei tomografi computerizzati forniscono lastre tridimensionali di qualsiasi organo del paziente. Il procedimento è indolore, anche se comporta qualche rischio a causa dell'esposizione ai raggi X.

Un medico che vada alla ricerca di qualche malattia dispone di una grande quantità di lastre: può osservare sullo schermo tutto il corpo del paziente suddiviso in particelle piccolissime. Alcune delle apparecchiature computerizzate di cui i medici si servono, possono essere acquistate per due

milioni di dollari in centri autorizzati alla vendita. In California gli scanner girano addirittura per città e paesi a bordo di enormi camion, alla perenne ricerca di malati immaginari e di persone sane ma ansiose e preoccupate per la loro salute. «Voglio vedere crescere mio figlio», dice l'imprenditore edile William Shuford, una persona del tutto sana che a Orlando (Florida) si è fatta passare allo scanner con le apparecchiature della ditta Body Scan, sborsando per questo 800 dollari.

Scientificamente non esistono prove che consentano di dire che sottoporre a radioscopia il corpo di un paziente sia di una qualche utilità. Una diagnosi che rassicura il paziente non esclude affatto che dopo poco tempo possa insorgere un tumore, che il cuore possa smettere di funzionare regolarmente o che un'arteria possa ostruirsi. Tutt'al più quella che viene a mancare a chi si è fatto passare allo scanner è la sensazione piacevole di sentirsi sano. Infatti in quasi tutte le persone che si fanno esaminare si trova qualche magagna, anche se il più delle volte si tratta di disturbi di poco conto. Ad esempio, un'ombra sul polmone può essere una semplice cicatrice, traccia di un'infezione contratta in passato. Il paziente però può saperlo con sicurezza soltanto se si sottopone a ulteriori, costose visite mediche. Per questo negli Stati Uniti l'Associazione dei radiologi rifiuta di esaminare con lo scanner persone che non abbiano disturbi particolari. Il radiologo James Borgstede dichiara: «Lo scanning può causare preoccupazioni e portare a spese inutili. Inoltre potrebbe far nascere in chi vi si sottopone un falso senso di sicurezza»⁹.

Anche il cervello umano può essere esaminato fin nei minimi particolari. Grazie a speciali tomografie i medici confidano di poter scoprire nel cervello dei pazienti l'esistenza,

fin dai primi stadi, della schizofrenia, del morbo di Alzheimer e di altre malattie. Dennis Selkoe della Harvard Medical School prevede che tra un decennio, grazie alla radiologia, i medici potranno verificare le condizioni del cervello umano con visite di routine, analoghe a quelle che oggi si fanno per controllare il tasso di colesterolo di un paziente.

Il gergo della medicina nasconde l'ignoranza

Per l'industria farmaceutica la diagnosi è la condizione necessaria per poter fare affari e al tempo stesso il primo elemento della catena che porta al valore aggiunto. Una persona sana sarebbe la rovina di tutto il sistema, quindi necessita di una diagnosi. In Germania organizzazioni come la Lega dell'ipertensione, che gode dell'appoggio dell'industria farmaceutica, e l'Associazione dei medici cardiologi fanno di tutto per convincere le persone sane a sottoporsi a visite preventive. In seguito a queste visite risulta che milioni di persone sane sono malate.

Indubbiamente la diagnosi è un sussidio a cui la medicina non può rinunciare. Il medico ne ha bisogno per mettere un po' d'ordine nella babele delle malattie che ci affliggono. Soltanto se scopre l'esistenza di una malattia è in grado di mettere a frutto la propria esperienza, di consultare testi specialistici e di confrontare la propria opinione con quella dei suoi colleghi. La diagnosi informa il paziente e rivela allo specialista come questi debba essere curato.

C'è però un problema: spesso si fanno diagnosi anche per le persone sane che vanno dal medico. Si può tranquillamente dire che circa la metà delle persone che si fanno visitare dal medico di famiglia non è affetta da malattie. Così

però il sistema sanitario non può funzionare: le assicurazioni, le mutue e gli istituti di previdenza sociale vogliono che sui loro moduli sia indicata una diagnosi. E neppure il medico può visitare una persona senza formulare una diagnosi, che verrà riportata sul certificato di malattia.

Spesso quindi le diagnosi sono solo aria fritta. I medici costruiscono malattie che «si basano soltanto sui sintomi descritti dal paziente», constata Uwe Heyll dell'Università di Düsseldorf. «Naturalmente una diagnosi del genere è più che altro una speculazione, ma è sufficiente ad assolvere la funzione che le è richiesta», quella cioè di accontentare tanto il medico quanto il paziente, e anche le ditte produttrici di farmaci, se sono capaci di mettere sul mercato un rimedio qualsiasi per la malattia indicata sul certificato.

I medici mascherano la loro ignoranza con i nomi greci e latini delle malattie. Così, ad esempio, la *cefalea coitale* non è altro che il mal di testa che può insorgere durante il rapporto sessuale, mentre i dolori che ogni tanto si sentono attorno all'orifizio anale nel linguaggio scientifico si chiamano *proctalgia fugax*. E «il sangue dal naso diventa l'epistassi, il flusso mestruale abbondante diventa un caso di menorragia, un livido diventa un'ecchimosi e una persona che abbia i pidocchi in testa diventa un caso di *pediculosis capitis*», osservano con un sorriso divertito i medici britannici Petr Skrabanek e James McCormick¹⁰.

In molti casi si ricorre all'anatomia per spiegare disturbi di natura psicologica. In proposito dice il dottor Uwe Heyll:

Così una cisti renale dev'essere considerata responsabile di un dolore al fianco, modifiche minime nella struttura della colonna vertebrale diventano la causa di dolori di testa o di capogiri, la presenza di un calcolo biliare scoperto per caso può spie-

gare l'esistenza di disturbi alla parte superiore del ventre, un mioma all'utero provoca dolori al basso ventre, un rene mobile causa problemi di minzione, un minuscolo polipo intestinale spiega difficoltà di digestione e un piccolo ingrossamento della tiroide dev'essere all'origine di una nevralgia. Naturalmente tutte queste modificazioni nella struttura degli organi non possono essere considerate malattie, però in mancanza di spiegazioni più plausibili sono ritenute la causa dei disturbi succitati.¹¹

Sono proprio le diagnosi riguardanti fenomeni inspiegabili quelle che dovrebbero essere formulate in modo da poter essere accettate anche dalle persone interessate. Questo almeno è quanto raccomandano alcuni medici di Edimburgo. In uno studio effettuato su 86 pazienti, questi medici hanno analizzato il modo in cui essi reagivano a seconda di come veniva classificato il disturbo di cui dicevano di soffrire. Se il medico diceva che la loro malattia era «immaginaria», «di tipo isterico», «inspiegabile dal punto di vista medico», «psicosomatica» oppure «dovuta a stress», la maggior parte delle persone non si sentiva presa sul serio. Invece il termine «funzionale», che di per sé non significa niente, le soddisfaceva pienamente. Per questo motivo quei medici esigono «il ritorno in auge del termine "funzionale", come elemento utile e accettabile nella diagnosi di sintomi fisici che non possono essere fatti risalire a malattie»¹².

Anche il codice d'onore della professione medica considera essenziale la capacità di diagnosticare. È tenuto in gran conto il medico che diagnostica correttamente una malattia difficile da individuare. E quello che formula una diagnosi per una malattia che non esiste fa certo una gaffe, ma è considerato un medico prudente. Invece chi non si accorge del-

l'esistenza di una malattia commette un errore imperdonabile. Petr Skrabanek e James McCormick hanno fatto un paragone tra le conseguenze di due tipi di errore¹³.

Errore del primo tipo (diagnosi in assenza di malattia) e sue conseguenze.

- 1) Si dice che una persona sana è un paziente, per cui la persona in questione viene sottoposta a visite non necessarie che comportano dei rischi.
- 2) La persona in questione non riesce a capire se è sana o meno ed è indotta a considerarsi una persona malata.
- 3) Il medico non rischia. Evita il pericolo di essere citato in giudizio a causa di una diagnosi sbagliata e non deve temere di essere accusato di «diagnosi superflua».
- 4) La correzione di un errore del primo tipo è inusuale ed è difficile che si verifichi.

Errore del secondo tipo (esistenza di una malattia senza che venga formulata una diagnosi) e sue conseguenze.

- 1) Il medico rischia di essere chiamato a rispondere legalmente delle sue azioni per non essersi accorto dell'esistenza di una malattia.
- 2) A causa di questo suo errore i colleghi lo giudicheranno negativamente e lo disprezzeranno.
- 3) Tuttavia il medico potrà correggersi ed evitare così che il suo errore venga ricordato, se in seguito la malattia si manifesterà in maniera più evidente. In questo caso egli potrà pronunciare la sua diagnosi basandosi sui dati di più recente acquisizione.

L'errore del primo tipo potrebbe sembrare più facile da accettare da parte delle persone che ne debbono sopportare

le conseguenze. Vi sono persone sane che vogliono assolutamente che sia formulata loro una diagnosi. Infatti una diagnosi è un privilegio: autorizza a essere malati e permette di godere di qualche vantaggio, ad esempio del pensionamento anticipato. Una diagnosi può anche migliorare la salute di una persona. In uno studio eseguito di recente sono stati messi a confronto consigli di tipo «positivo» e «negativo» formulati da medici per i loro pazienti. Quando i consigli erano stati di tipo positivo i pazienti avevano avuto una diagnosi chiara e l'assicurazione che sarebbero guariti presto. Quando invece i consigli erano stati di tipo negativo il medico aveva spiegato ai pazienti che non poteva dire loro che cosa avessero di preciso. Di conseguenza i pazienti che erano stati ritenuti malati dal medico si sentivano più soddisfatti. Dopo il colloquio con il medico, il 64% dei pazienti che avevano avuto consigli di tipo positivo si sentiva meglio, mentre tra quelli che avevano avuto consigli di tipo negativo si sentiva meglio soltanto il 39%.

Dunque i medici inventano, senza farsi troppi scrupoli, malattie e disturbi che non esistono: si tratta delle cosiddette non malattie. Mentre ufficialmente le associazioni mediche per lo più negano l'esistenza delle non malattie, vi sono molti medici di base che si sforzano di scoprire quali dei numerosi quadri clinici comparsi di recente siano fondati e di capire quale atteggiamento si debba tenere nei loro confronti.

Visto che il numero delle malattie apparenti cresce e risulta sempre più difficile farsi un'idea precisa al riguardo, il «British Medical Journal» ha verificato con un sondaggio effettuato tra i suoi lettori (che in maggioranza sono medici) quali siano le 20 non malattie più comuni. Prima di tutto i redattori della rivista hanno definito che cos'è una non malattia: hanno appu-

rato che si tratta di «un processo o problema inerente a una persona, che alcuni definiscono rilevante dal punto di vista clinico. Va però detto che forse se questa definizione non fosse stata formulata la persona in questione si sentirebbe meglio».

La fantasia dei medici ha dimostrato di non avere limiti: poco meno di 200 stati di salute sono stati indicati come non malattie. Alcune di queste ce l'hanno già fatta a entrare nei sistemi ufficiali di classificazione della medicina e ancora altre potrebbero farcela.

Hit-parade delle non malattie¹⁴.

- 1) Invecchiamento.
- 2) Lavoro.
- 3) Noia.
- 4) Sacchi lacrimali.
- 5) Ignoranza.
- 6) Calvizie.
- 7) Efelidi.
- 8) Orecchie a sventola.
- 9) Capelli grigi o bianchi.
- 10) Bruttezza.
- 11) Parto.
- 12) Allergia al XXI secolo.
- 13) Jet lag.
- 14) Infelicità.
- 15) Cellulite.
- 16) Mal di testa dopo la sbronza.
- 17) Angoscia provocata dalle dimensioni del pene/Invidia del pene.
- 18) Gravidanza.
- 19) Accessi d'ira causati dalla circolazione stradale.
- 20) Solitudine.

Ancora più istruttivo dell'elenco delle non malattie è stato l'acceso dibattito che si è scatenato tra i lettori della rivista. Inviando alla redazione centinaia di e-mail, questi ultimi si sono scannati per stabilire se la sindrome da stanchezza cronica, il colesterolo alto, il complesso di Edipo, la malinconia, l'eccedenza di peso, la flatulenza nei neonati o l'osteoporosi potessero o meno essere considerate malattie. Chi è profano in campo medico si stupisce nel constatare quanto i medici siano divisi su una questione elementare come quella di stabilire in quali circostanze della vita sia necessario il loro intervento. È proprio questa sensazione sgradevole – unitamente a una buona dose di scetticismo – che Richard Smith, caporedattore del «British Medical Journal», ha voluto mettere in evidenza con la sua iniziativa. Egli dice: «Abbiamo sicuramente tutto da guadagnare e niente da perdere se ci rendiamo conto meglio di quanto sia difficile da definire il concetto di malattia».

Espedienti per curare malformazioni

Nella pratica medica ci si imbatte dovunque in non malattie. È frequente il caso di bambini che nascono con un piede rivolto verso l'interno, il cosiddetto piede varo. Molti ortopedici cercano di curare questa malformazione con massaggi, fasciature e ingessature, alcuni addirittura ricorrono a operazioni chirurgiche. Ma alcuni ricercatori americani hanno scoperto che nel 96% dei casi il piede varo scompare da solo entro il terzo anno d'età del bambino. E anche per quanto riguarda il rimanente 4% dei casi, non si riscontrano con il trascorrere del tempo fenomeni di podalgia.

Il piede varo non è l'unico disturbo che scompare col tempo e che ciononostante ci si è dati molto da fare per curare. Alcuni ragazzi, a differenza dei loro coetanei, camminano con i piedi rivolti in dentro, cosa questa che nei bambini piccoli è abbastanza normale. Ma vi sono medici che hanno pensato che la pressione a cui erano sottoposte le articolazioni delle anche di quei ragazzi fosse troppo forte, e che hanno immediatamente trovato un nome pomposo per una presunta malattia: «malformazione preartrosica». Tale malformazione in futuro avrebbe certamente provocato un'artrosi, una modificazione patologica delle articolazioni. Per evitare un inconveniente del genere, verso la fine degli anni '60 i medici hanno iniziato a fare radiografie al femore dei ragazzi di un'intera generazione e in certi casi sono intervenuti chirurgicamente. Asserivano che grazie all'intervento il femore avrebbe potuto assumere una posizione più corretta rispetto all'articolazione dell'anca. «Alcuni ortopedici erano quasi ossessionati dall'operazione», ricorda Lutz Jani della clinica ortopedica universitaria di Mannheim.

Solo dopo dieci anni si sono cominciate a sentire le prime voci discordanti. Alla fine degli anni '70 Jani ha pubblicato dati incontrovertibili: in quasi tutti i casi presi in esame la malformazione preartrosica scompariva completamente quando il ragazzo cresceva. Però sono dovuti passare altri dieci anni prima che l'ammissione di questa realtà mettesse un freno alla smania di intervenire chirurgicamente tipica di certi ortopedici¹⁵.

Tra le più note non malattie dei bambini ricordiamo i polipi e le tonsille ingrossate, polipi e tonsille che venivano asportati chirurgicamente. Nel 1930, ad esempio, come risulta da un controllo a campione eseguito su 1000 alunni delle scuole di New York, al 60% degli alunni di 11 anni d'età era-

no state asportate le tonsille. In seguito anche il restante 40% è stato visitato, e i medici hanno deciso di asportare le tonsille a un ragazzo su due. In occasione di una visita successiva è risultato che soltanto 65 dei 1000 alunni su cui si era iniziato a fare il controllo potevano essere considerati sani. Un'ulteriore visita non ha avuto luogo, perché l'amministrazione non aveva a disposizione un numero sufficiente di medici specialisti¹⁶.

Ultimamente il numero delle presunte malattie è cresciuto fino a 40.000 tipi diversi, e ogni giorno se ne aggiungono di nuovi. Poco tempo fa la ricercatrice britannica Tamara King ha interpellato 530 donne, e dalle risposte ricevute ha arguito che molte di esse soffrivano di una malattia che poteva essere chiamata *bulimia da shopping*. Pare che le donne affette da tale malattia, dopo aver acquistato in un negozio un abito d'alta moda e averlo indossato una sola volta, lo riportino dove l'hanno comprato per farselo cambiare.

Le malattie fanno carriera

Il medico inglese Thomas Sydenham (1624-1689) partiva dal presupposto che ogni malattia potesse essere scoperta e classificata come una qualunque specie vegetale o animale. In altri termini, le malattie comparirebbero da sole in natura aspettando che un medico le scopra. La realtà è però molto più prosaica. Spesso le malattie vengono costruite a tavolino e la loro esistenza è stabilita da sedicenti esperti. L'esempio fornito dall'omosessualità ci fa capire quanto sia arbitrario il concetto di malattia. Da sempre i neurologi hanno considerato la tendenza ad avere rapporti con persone dello stesso sesso come una condizione che necessita di cure mediche.

Soltanto nel 1974 i membri della American Psychiatric Association, previa votazione, hanno deciso a maggioranza che da allora in poi l'omosessualità non doveva più essere considerata una malattia. Così da un giorno all'altro milioni di persone si sono trovate «guarite». Parecchie malattie non sono quindi fenomeni biologici o psicologici, ma esclusivamente fenomeni creati dall'uomo che possono diffondersi nel mondo in numero incalcolabile.

Spesso una malattia nasce quando un medico ritiene di aver riscontrato qualcosa di strano in un paziente. Dapprima soltanto pochi medici sono convinti dell'esistenza di una nuova sindrome. Quei pochi che condividono tale convinzione si incontrano a un congresso, che si chiude con la nomina di una commissione. Questa avrà il compito di curare la pubblicazione di un volume che farà conoscere la nuova sindrome, interessando a essa l'opinione pubblica. A questo punto anche altri medici presteranno attenzione al nuovo fenomeno e troveranno tra i loro pazienti alcuni che presentano sintomi con esso compatibili. Una selezione del genere può già portare all'individuazione di una piccola epidemia. In seguito i saggi e gli studi pubblicati sull'argomento indurranno a pensare che quei medici abbiano effettivamente scoperto una nuova malattia. I medici per parte loro renderanno note le loro scoperte su una rivista specializzata che avranno iniziato a pubblicare nel frattempo, sulla quale non compariranno mai articoli critici nei confronti del loro operato.

Sono state raccolte soltanto le segnalazioni che fanno pensare che la nuova malattia esista davvero. Non viene pubblicata alcuna confutazione, non c'è la ricerca voluta di segnalazioni che mettano in dubbio l'esistenza della malattia in questione. Alla fine le assicurazioni e le conferme scambiate

reciprocamente portano medici e scienziati alla falsa convinzione di avere effettivamente scoperto una nuova malattia. Anche le persone che soffrono della presunta sindrome accelerano la diffusione della sua conoscenza. Esse fondano gruppi di auto-aiuto e fanno conoscere il loro problema all'opinione pubblica. I giornali pubblicano articoli sull'argomento, dopodiché il numero dei supposti pazienti cresce ancora. In questa fase l'onere della prova si è capovolto. Anche se l'esistenza della sindrome continua a essere dubbia, la diagnosi e la terapia che ne considerano certa l'esistenza si sono ormai imposte tra i medici e anche nella percezione che la gente ha del problema.

Questa invenzione di nuove malattie «è l'espressione dello sforzo che i medici fanno per trovare una diagnosi che vada bene per ogni paziente», constata il dottor Uwe Heyll di Düsseldorf. Così dolori alla regione ventrale non ben identificati diventano un colon irritabile, dolori di petto causati dallo stress diventano una sindrome da fatica, una sensazione di stanchezza diventa una sindrome da stanchezza cronica e dolori diffusi in tutto il corpo diventano un misterioso reumatismo chiamato *fibromialgia*. Per quanto riguarda questa patologia, da cui paiono affette quasi soltanto le donne, diversamente da quanto farebbe pensare il suo nome (*fibra* in latino significa fibra, *myos* in greco significa muscolo e *algos* sempre in greco vuol dire dolore) è proprio nei muscoli e nei tendini che non si osservano alterazioni degne di nota.

Una pillola per ogni male e un male per ogni pillola

È l'industria farmaceutica che decide in maniera inappellabile se e quando una non malattia si trasforma in un'epi-

demia. Infatti occorre che una casa farmaceutica trovi un rimedio contro una presunta malattia perché questa venga presentata come un'autentica minaccia. «In questo momento l'industria farmaceutica svolge un ruolo chiave nel processo di medicalizzazione», commenta David Gilbert, un esperto di problemi sanitari che vive a Londra. «Non appena un farmaco è disponibile, le campagne pubblicitarie promosse dall'industria si affannano a spiegare ai medici e ai potenziali pazienti a quale malattia tale farmaco può porre rimedio». Pretesi problemi di salute sarebbero dunque presentati come specie di malattie che possono benissimo essere guarite con l'uso di prodotti farmaceutici¹⁷.

Molte persone sono quanto mai sensibili a tale strategia. Possono essere affette da calvizie, essere cronicamente di cattivo umore oppure essere obese: non appena la medicina moderna fa loro intravedere una causa biologica del loro problema insieme alla possibilità di curarlo, ecco che si verifica in esse un portentoso cambiamento. Il desiderio che hanno di essere più felici o la preoccupazione di vedersi cadere i capelli diventano di colpo un problema medico.

¹ www.osteoporose.org, accesso del 22 novembre 2002.

² K. Müller, S. Müller, *Laborwerte verständlich gemacht*, Trias, Stuttgart 2002.

³ R. Gross, «Krank» - Was ist das eigentlich?, «FAZ», 16 luglio 1987.

⁴ G. Assmann et al., *Nationale Cholesterin-Initiative*, «Deutsches Ärzteblatt» fascicolo 17A, 1990, pp. 1358-1382.

⁵ Citazione da U. Heyll, *Risikofaktor Medizin*, Ullstein Report, Frankfurt am Main 1993.

⁶ *Ivi*.

⁷ H. Füessl, *Der Check-up macht Patienten froh*, «MMW-Fortschr. Med.», n. 29-30, 2002, p. 18.

⁸ J. Blech, *Bilderwut auf Krankenschein*, «Die Zeit», n. 50, 1996.

⁹Fonti: «The Orlando Sentinel», 31 agosto 2002 e «Der Spiegel» n. 30, 2002.

¹⁰Gli esempi sono tratti da P. Skrabanek, J. McCormick, *Follie e inganni della medicina*, Marsilio, Venezia 2002.

¹¹Heyll, *Risikofaktor Medizin* cit.

¹²J. Stone, *What Should We Say to Patients With Symptoms Unexplained by Disease? The «Number Needed to Offend»*, «British Medical Journal», n. 325, 2002, pp. 1449-1450.

¹³P. Skrabanek, J. McCormick, *Follie e inganni della medicina* cit.

¹⁴R. Smith, *In Search of «Non-Disease»*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 883-885.

¹⁵R. Engelhardt, *Die Moden der Orthopäden*, «Die Zeit», 10 giugno 1999.

¹⁶Fonte: H. Bakwin, *Pseudodoxia Pediatrica*, «New England Journal of Medicine», n. 232, 1945, p. 691.

¹⁷D. Gilbert, *Lifestyle Medicines*, «British Medical Journal», n. 321, 2000, pp. 1341-1344.

Capitolo 4

La fiera dei rischi

Nella maggioranza dei casi le persone non si accorgono dei brutti scherzi che gli inventori di malattie tentano di fare loro. Questo vale in particolare per valori misurabili come la colesterolemia, la pressione sanguigna o la compattezza ossea. Tali valori si modificano con l'età e non è facile stabilire che influenza abbiano sullo stato di salute di una singola persona. È vero che il calo della pressione sanguigna può ridurre il rischio di essere colpiti da un infarto cardiaco o da un colpo apoplettico, ma per la maggior parte delle persone l'effetto positivo che tale calo di pressione può avere è molto ridotto. Ciononostante i venditori di farmaci mettono a disposizione della gente nuovi rimedi per il calo di pressione, i cui effetti positivi non sono affatto provati¹.

Inoltre va detto che i fattori di rischio vengono regolarmente presentati come vere e proprie malattie dalle associazioni mediche e dalle case farmaceutiche. A questo scopo è stato dato il via in Germania a iniziative imponenti che si presentano come autonome, ma che in realtà sono sponsorizzate dall'industria. I valori limite che tali iniziative dicono essere accettabili sono invece arbitrari e non si conciliano con i confini incerti della biologia. Già Johann Wolfgang Goethe aveva criticato un simile atteggiamento: «La misu-

razione di un fenomeno è qualcosa di approssimativo, che può essere applicato agli organismi viventi in maniera quanto mai imperfetta».

Il dottor Uwe Heyll sospetta che si sia deciso di trasformare la maggior parte dei valori misurabili in fattori di rischio, soltanto per consentire ai medici di formulare con comodo, e in modo apparentemente obiettivo, le loro diagnosi. Egli osserva che

occorre chiedersi per quale motivo proprio l'alta pressione e il colesterolo siano stati riconosciuti come fattori di rischio. La risposta è semplice: perché sono facili da misurare. Per controllare la pressione sanguigna sono sufficienti un bracciale gonfiabile e uno stetoscopio, e l'accertamento del valore di colesterolo è uno degli esami di laboratorio di più semplice esecuzione.²

Il mito del colesterolo alto

La misurazione dei tassi di colesterolo è un passatempo molto diffuso, che certi medici e certe case farmaceutiche fanno di tutto per incoraggiare, visto che grazie a esso riescono a realizzare profitti miliardari. Ecco che allora l'Associazione federale dei cardiologi tedeschi, la ditta Becel (che produce margarina), il gruppo farmaceutico Pfizer e l'impresa Roche Diagnostics organizzano regolarmente delle «iniziative per la salute», il cui obiettivo è quello di convincere la gente a farsi misurare il tasso di colesterolo nel sangue. Su un opuscolo a disposizione dei clienti nelle farmacie si può leggere quanto segue: «A partire dal trentesimo anno d'età, ognuno di noi dovrebbe conoscere il proprio tasso di colesterolo e farlo controllare ogni due anni». Il principio che si vuole far passare

per vero è che una colesterolemia elevata rappresenta «uno dei più frequenti fattori di rischio» per le malattie cardiocircolatorie. La «Neue Apotheken Illustrierte» definisce il colesterolo una «bomba a orologeria per la salute».

Eppure il colesterolo è una componente molto importante del nostro organismo: il cervello ad esempio ne ha bisogno in grande quantità. Esso infatti è costituito di colesterolo per una percentuale che va dal 10 al 20%. La maggior parte delle cellule del nostro corpo possono produrre esse stesse il colesterolo, se esso non è presente nei cibi. Ed è una fortuna, visto che senza questa molecola tanto vituperata le cellule morirebbero. Tuttavia molte persone, non appena sentono la parola colesterolo, temono seriamente di dover morire anzitempo di arresto cardiaco. L'incubo del colesterolo fa andare di traverso a molti l'uovo che consumano durante il pasto o il burro che si spalmano sul pane, o mette in imbarazzo chi sta per mangiarsi una bella salsiccia. Soltanto nel 2001, più di un milione di persone che non si sentivano a posto con la coscienza si sono sottoposte al test della colesterolemia nell'ambito dell'«iniziativa per la salute». Come ci si poteva aspettare, è risultato che per più della metà delle persone esaminate il valore riscontrato era superiore al valore limite, fissato arbitrariamente a 200.

I medici e le case farmaceutiche interessati alla suddetta iniziativa, ne traggono direttamente un grande vantaggio. La Roche Diagnostics produce apparecchiature per la misurazione del tasso di colesterolo. I cardiologi hanno nuovi pazienti che vanno a farsi visitare, e a essi consigliano di non consumare burro, cosa questa che giova alla ditta Becel, produttrice di margarina. La ditta Pfizer poi guadagna miliardi di euro vendendo in tutto il mondo farmaci che riducono la colesterolemia. Poche volte si è vista una campagna pubbli-

citaria che induce la maggioranza della popolazione a pensare di essere malata, organizzata con tanta convinzione e con tanto dispendio di risorse.

Un comitato dell'Associazione americana di cardiologia dice che occorre controllare regolarmente la colesterolemia già nei bambini di cinque anni. Anzi, già prima della nascita del bambino, o nel periodo immediatamente successivo, sarebbe bene che un medico verificasse se per il neonato sussistono rischi di malattie cardiache e se in famiglia c'è qualcuno che ha il vizio del fumo. Gli stessi cardiologi aggiungono che, quando il bambino comincia a essere in grado di consumare cibi solidi, è bene consigliare ai genitori che gli facciano mangiare cibi poveri di colesterolo. È anche consigliabile far controllare la pressione sanguigna del bambino a partire dai tre anni di età³.

Va detto tuttavia che da test eseguiti a quell'età non è possibile prevedere quali saranno in futuro le condizioni di salute di coloro che vi sono stati sottoposti. «Lo screening dei bambini, anche di quel 25% di essi nelle cui famiglie si riscontra un'elevata colesterolemia e la presenza di malattie cardiache precoci, è uno spreco di denaro che probabilmente fa più male che bene», osserva il dottor Thomas B. Newman, epidemiologo dell'University of California di San Francisco⁴.

Se si seguissero alla lettera i consigli di certi medici, non si dovrebbe neppure nutrire i neonati con il latte materno: esso infatti è una vera e propria bomba al colesterolo. Ma in realtà sono proprio i bambini allattati al seno quelli che crescono meglio. E la cosa non deve stupire, visto che le cellule nervose e il cervello necessitano, per strutturarsi, della grande quantità di colesterolo presente nel latte materno.

I programmi su larga scala studiati per educare la popolazione mentono quando inducono a credere che le teorie sul

colesterolo oggi di moda, siano una realtà ormai acquisita nel campo della medicina. Molti medici nutrono seri dubbi riguardo al fatto che il colesterolo sia davvero il responsabile principale di tanti casi di infarto cardiaco. Già quando in Germania, nel 1990, venne fissato arbitrariamente il valore limite di 200, esperti come il cardiologo Harald Klepzig dell'Istituto tedesco di cardiologia di Francoforte sul Meno hanno dichiarato di non essere d'accordo con quella decisione. Proprio quando la teoria sul colesterolo oggi in voga stava acquistando grande credito presso l'opinione pubblica, il dottor Klepzig ha detto: «Saremmo lieti se potessimo disporre anche di un solo studio verificabile da cui risultasse che vite umane possono essere salvate con l'abbassamento del tasso di colesterolo. Invece non abbiamo nessuna difficoltà a trovare dieci studi che dimostrano che un calo dei lipidi corrisponde a una mortalità più elevata»⁵.

E Paul Rosch, presidente dell'American Institute of Stress e docente di medicina al New York Medical College, commenta: «Il lavaggio del cervello che ha subito l'opinione pubblica ha funzionato talmente bene che molte persone credono di essere in salute o di poter vivere più a lungo se hanno il tasso di colesterolo basso. Invece non c'è niente di più falso».

In effetti l'opinione che il colesterolo alto sia causa di gravi inconvenienti per la salute non si basa su prove, ma soltanto su indizi, molti dei quali se sottoposti a verifica si dimostrano infondati. Nel 1953 Ancel Keys, un ricercatore dell'Università del Minnesota, ha pubblicato un lavoro che sarebbe diventato il mito fondante della teoria sul colesterolo. In quel suo studio l'autore ha inserito un diagramma, basato sull'ipotesi che in sei diversi paesi del mondo sia riscontrabile una relazione evidente tra il consumo di grassi e la

mortalità dovuta a cardiopatie coronariche. La rivista «Lancet» ha commentato il lavoro con queste parole: «La curva tracciata non lascia dubbi sul fatto che esista un rapporto tra la percentuale di grassi negli alimenti consumati e il rischio di morte a causa di una cardiopatia coronarica».

La curva del diagramma fa sicuramente una certa impressione, tuttavia si basa su un errore non da poco. Nel tracciarla, infatti, Keys ha preso in considerazione soltanto i dati provenienti da sei paesi del mondo, pur avendo a disposizione le cifre relative a 22 paesi. Se si utilizzano tutti i dati disponibili, ecco che il rapporto tra il consumo di grassi e la morte per arresto cardiaco si dimostra inesistente. Se Keys «avesse incluso nella sua ricerca tutti i paesi di cui disponeva i dati, non avrebbe potuto disegnare quella curva sul suo diagramma», dice il medico svedese Uffe Ravnskov. «Ad esempio, negli Stati Uniti la mortalità dovuta a cardiopatie coronariche era tre volte più alta che in Norvegia, anche se in entrambi i paesi il consumo di grassi era all'incirca lo stesso»⁶.

I medici come Ravnskov non negano affatto che esista un rapporto tra i grassi nel sangue e le cardiopatie coronariche. Circa lo 0,2% della popolazione soffre di ipercolesterolemia ereditaria: le persone affette da tale malattia hanno troppo pochi recettori di colesterolo integri. Il colesterolo quindi non può essere trasportato dal sangue alle cellule dell'organismo, per cui la colesterolemia aumenta. I valori vanno da 350 a 1000 milligrammi per decilitro. Le persone che soffrono di questo disturbo sono esposte più di altre al pericolo di morire d'infarto cardiaco, perché si ammalano spesso di una grave forma di arteriosclerosi. Non è tuttavia sicuro che questa patologia sia paragonabile alla vera arteriosclerosi. Esami autoptici eseguiti su persone che soffrivano di ipercolesterolemia ereditaria hanno dimostrato che il colesterolo si depo-

sita non solo nei vasi, ma in qualunque altro organo. «Molti organi sono letteralmente impregnati di colesterolo», dice Uffe Ravnskov. Perciò è sbagliato considerare valido il rapporto esistente tra colesterolo e arteriosclerosi per persone che hanno la colesterolemia «normale».

A volte il medico cerca di convincere un paziente anziano «a rischio» a cambiare le sue abitudini alimentari e a cibarsi di alimenti poveri di colesterolo, ma per la persona anziana questo cambiamento può risultare pericoloso. L'alimentazione di chi è avanti con gli anni è «comunque già pregiudicata da protesi dentarie, stipsi, mancanza d'appetito e intolleranza verso parecchi cibi», avverte il medico americano Bernard Lown, un noto specialista di malattie cardiache che nel 1985 ha ricevuto il premio Nobel per la pace quale membro dell'associazione internazionale Medici per la prevenzione della guerra atomica. Lown ricorda il caso di una sua paziente molto anziana che di colpo era dimagrita e deperita perché voleva abbassare il livello del colesterolo. Lown le disse che se avesse continuato in quel modo avrebbe messo in pericolo la sua salute: «Le ordinai di ignorare i consigli che le erano stati dati da altri medici e di mangiare tutto quello che le piaceva. Nell'arco di sei mesi ritrovò il suo peso di prima e anche l'umore allegro e propositivo che la caratterizzava»⁷. In realtà abbiamo bisogno del colesterolo oggi tanto vituperato, dalla nascita fino all'età più avanzata.

La saga delle statine

La presenza nell'organismo delle cosiddette statine impedisce che si formi in esso l'acido chiamato mevalonico, necessario per la sintesi del colesterolo. In questo caso le cel-

lule dell'organismo debbono procurarsi il colesterolo dai cibi, per cui il tasso di colesterolo nel sangue diminuisce. Questa caratteristica delle statine fa sì che esse siano un prodotto d'importanza capitale per l'industria farmaceutica. Le persone che possono averne bisogno sono moltissime: sono cioè tutti quegli individui il cui tasso di colesterolo è già stato definito troppo alto e che quindi hanno bisogno di cure. Si tratta di persone che, a parte il colesterolo alto, stanno bene di salute e quindi possono vivere tanto a lungo da dover assumere statine tutti i giorni per decenni. In effetti le sostanze che impediscono la formazione del colesterolo si sono dimostrate vere e proprie macchine per far soldi sul mercato dei prodotti farmaceutici, soprattutto perché sono state brevettate e si possono acquistare soltanto a caro prezzo (all'incirca da uno a due euro per ogni dose giornaliera). La Pfizer con la sua statina chiamata Lipitor conta di arrivare a un volume d'affari annuo di dieci miliardi di dollari: già oggi il Lipitor è il prodotto farmaceutico più venduto di tutti i tempi. Il prodotto concorrente, lo Zocor della ditta Merck & Co., arriva alla non meno impressionante cifra di 7,5 miliardi di dollari. Negli Stati Uniti il 5,4% della popolazione adulta assume statine e nel mondo si contano 44 milioni di consumatori.

Nell'estate del 2002, uno studio molto rigoroso effettuato su più di 20.500 persone per un periodo di cinque anni ha dimostrato che questo farmaco, per quanto caro, può davvero essere di giovamento a chi lo assume. Stando allo Heart Protection Study effettuato in Gran Bretagna, l'assunzione giornaliera di 40 milligrammi di Zocor riduce del 24% i casi di malattie vascolari e delle loro conseguenze quali l'infarto cardiaco, il colpo apoplettico e l'amputazione. Rispetto a un altro gruppo di persone preso in esame a cui non sono state

somministrate statine, il numero dei casi di decesso cala dal 14,7 al 12,9%.

In cifre assolute ciò significa che se 1000 persone che hanno probabilità di ammalarsi di una malattia vascolare assumessero statine tutti i giorni per cinque anni, un numero di esse che varia da 70 a 100 potrebbe evitare un intervento chirurgico al sistema vascolare. Il numero dei decessi sarebbe limitato a 25. Se si curassero in questo modo 10 milioni di persone a rischio, si potrebbero evitare 50.000 decessi causati da malattie vascolari. Poiché una dose giornaliera di 40 milligrammi di statina costa all'incirca 2 euro, sul sistema sanitario graverebbe una spesa di 7 miliardi di euro⁸.

Va però detto che il colesterolo non è affatto un fattore di rischio determinante, come rivela lo Heart Protection Study. Infatti anche persone con colesterolemia bassa hanno tratto giovamento dall'assunzione quotidiana di statine. In altri termini, non è l'abbassamento del colesterolo che ha un effetto protettivo sull'organismo, ma sono piuttosto le statine che lo fanno reagire in modo diverso, probabilmente stabilizzando le pareti dei vasi sanguigni e impedendo che si verifichino infiammazioni. A fronte di risultati così sorprendenti, la misurazione del tasso di colesterolo appare quanto mai priva di senso. A ogni modo Charles George, direttore sanitario dell'Istituto britannico di cardiologia, osserva: «Questo studio ci comunica un messaggio molto chiaro: occorre curare i fattori di rischio e non la colesterolemia!».

A caccia di pressione sanguigna

Probabilmente il rilevamento della pressione del sangue è il procedimento di misurazione più usato dai medici, e an-

che il mezzo a cui si fa ricorso con maggior frequenza per convincere persone sane a sottoporsi a una visita medica a lungo rimandata. All'inizio della visita c'è una procedura in-cruenta che dura un paio di minuti: la pressione con cui il cuore pompa il sangue nel corpo è misurata con un bracciale gonfiabile che si allaccia attorno alla parte superiore del braccio. La pressione esercitata dal sangue che esce dal cuore non è costante. Raggiunge il suo valore più elevato quando il ventricolo sinistro si contrae e pompa il sangue nei tronchi arteriosi. È quello il momento in cui si misura la pressione sistolica. La spinta prodotta dalla contrazione del ventricolo mantiene il sangue in movimento anche quando il cuore si rilassa, momento in cui la pressione scende al suo livello più basso: la pressione diastolica. I valori sono espressi in «mm Hg», che sta per «millimetri sulla colonnina di mercurio».

Si ritiene che l'alta pressione sanguigna sia uno dei maggiori fattori di rischio per quanto riguarda l'inizio del processo di calcificazione dei vasi (arteriosclerosi) e il manifestarsi di conseguenze quali l'infarto cardiaco, il colpo apoplettico e le disfunzioni renali. Tuttavia gli scienziati non sono d'accordo su quale sia il livello di pressione sanguigna a partire dal quale le persone dovrebbero cominciare a essere curate. All'inizio degli anni '90 in Germania, si stimavano bisognose di essere curate persone con valori che andavano da 160 a 100: sul territorio tedesco vi erano quindi circa sette milioni di ipertesi. Poi la Lega tedesca per la lotta all'alta pressione, un'associazione di medici e collaboratori di case farmaceutiche fondata nel 1974, ha suggerito un nuovo valore limite: da 140 a 90. Da un giorno all'altro il numero delle persone coinvolte si è triplicato. Il colpo ben riuscito tentato da un'associazione privata ha trasformato la pressione

alta in una malattia sociale⁹. Della suddetta Lega fanno parte come «membri del consiglio di amministrazione con incarichi promozionali» venti persone, tutte dirigenti di varie imprese¹⁰. Stando alle dichiarazioni fatte dal portavoce della Lega, Eckhart Böttcher-Bühler, «le case farmaceutiche acquistano da noi opuscoli sulla pressione sanguigna e li distribuiscono alla gente tramite il loro ufficio informazioni per il pubblico».

In più del 90% dei casi, i medici non sanno individuare cause per i valori di pressione sanguigna ritenuti elevati. Essi parlano di una ipertensione «essenziale» o «primaria», definizione che maschera la loro ignoranza e suona bene all'orecchio del paziente. Anche se il fenomeno che nessuno sa spiegare rappresenta al massimo un fattore di rischio per la persona interessata, i medici e le case farmaceutiche lo trasformano in una malattia che giustifica da sola la propria esistenza. Su «Druckpunkt», la rivista che la Lega tedesca per la lotta all'alta pressione pubblica per i pazienti interessati, si può leggere quanto segue: «L'alta pressione del sangue è chiamata essenziale o primaria quando si presenta come quadro clinico a sé stante e non semplicemente come conseguenza o sintomo di un altro malanno. L'innalzamento della pressione sanguigna è quindi la vera caratteristica di questa malattia»¹¹.

La sola vista di un medico in camice bianco provoca malessere in molte persone, e sappiamo che l'inquietudine fa salire la pressione sanguigna. Alcuni medici inglesi, facendo riferimento a uno studio eseguito su un campione di 200 pazienti di tre diversi ambulatori di medici di base, hanno confermato che l'«effetto camice bianco» è molto diffuso e può portare a un gran numero di diagnosi sbagliate. I pazienti in questione si misuravano da soli la pressione del

sangue oppure se la facevano misurare, da un assistente o dal medico. Lo studio in questione dimostra che la sola presenza del medico, che già di per sé incute rispetto, fa salire la pressione del sangue. Nei casi in cui il medico misurava la pressione, questa risultava essere più elevata in media di 18,9 mm Hg rispetto ai casi in cui non era lui a misurarla. Se quindi i medici avessero preso in considerazione soltanto i casi in cui gli stessi pazienti si erano misurati la pressione, si sarebbe visto che un gran numero di questi erano stati esaminati senza che ve ne fosse la necessità. Gli autori dello studio suggeriscono che «per decidere se una persona debba o meno essere curata non ci si deve più richiamare al tempo in cui i livelli della pressione sanguigna erano rilevati dai medici nel loro ambulatorio»¹².

I medici ritengono ovvio che le persone affette da ipertensione media o grave debbano essere curate con farmaci che fanno abbassare la pressione. Il dottor Uwe Heyll di Düsseldorf, richiama però l'attenzione sul fatto che secondo lui le persone veramente malate di ipertensione sono «solo una piccola percentuale del gran numero di ipertesi». Per la maggior parte si tratta quindi di «ipertesi sani», per i quali sono stati riscontrati livelli poco elevati di pressione sanguigna e che per il resto godono buona salute. La maggior parte dei medici crede che anche questi soggetti debbano essere curati con farmaci che fanno abbassare la pressione, anche se dal punto di vista scientifico non vi sono per essi motivi che giustificano la prescrizione di una terapia. Le compresse possono tutt'al più causare loro qualche fastidioso effetto collaterale. Il dottor Heyll riassume così la sua opinione: «Il trattamento medicamentoso dell'ipertensione lieve è un eccesso di terapia, che per la maggior parte delle persone a cui viene prescritta può essere più dannosa che utile»¹³.

La lobby delle ossa crea ansie e apprensioni

Lo scheletro di una persona permette di dedurre l'età. Esso raggiunge la sua compattezza massima all'età di 35 anni. Negli anni successivi la massa ossea si contrae: sono più le parti che si riducono di quelle che aumentano. La colonna vertebrale è la prima a essere interessata da questo processo, che ogni anno fa diminuire la compattezza ossea di una percentuale che va dall'1 all'1,5%. Quando compiamo 70 anni, abbiamo perso all'incirca un terzo della massa ossea, oltre che della massa muscolare.

L'atrofia ossea è dunque un fenomeno concomitante all'invecchiamento, spiacevole ma naturale. Anche se con l'aggravarsi dell'atrofia la maggior parte degli anziani non avverte diminuzioni gravi delle proprie capacità fisiche, per alcuni le ossa possono divenire porose e fragili al punto da non permettere più di portare certi pesi. Corpi vertebrali possono spezzarsi, il che causa una notevole curvatura della colonna vertebrale. Nonostante il fenomeno coinvolga anche gli uomini, nel linguaggio popolare si parla di «gobba della vedova». Anche le fratture del braccio e del collo del femore, più frequenti nelle persone anziane (dai 75 anni in su), sono da addebitarsi in parte alle ossa porose e instabili. Il patologo Jean-Frédéric Lobstein (1777-1835), docente all'Università di Strasburgo, ha dato il nome giusto a questa malattia tipica dell'età avanzata: osteoporosi («ossa fragili»).

Per decenni si è parlato dell'osteoporosi soltanto quando la contrazione della massa ossea causava una frattura. Secondo dati forniti dall'Ufficio federale di statistica, nel 1995 in Germania la diagnosi di «frattura del collo del femore» è stata formulata in 74.803 casi relativi a persone di età supe-

riore ai 74 anni. Per quella fascia d'età la cifra corrisponde a una quota dell'1,2%.

Questa quota, che dovrebbe essere confrontata con quella di altri paesi industrializzati, non è di per sé sufficiente ad attribuire all'osteoporosi l'etichetta di malattia sociale. Invece le case farmaceutiche lo hanno fatto, e hanno cominciato a guardare all'osteoporosi in modo del tutto nuovo. L'antesig-nano di questo nuovo corso è stato il medico americano Fuller Albright (1900-1969), che nel 1940 ha dichiarato che nelle donne un certo tipo di osteoporosi era conseguenza di un'insufficienza ormonale e perciò doveva essere curato con estrogeni. La sua dichiarazione ha suscitato l'interesse dell'industria farmaceutica.

Nel 1982 la Ayerst Laboratories, una casa farmaceutica americana che produceva estrogeni, ha sponsorizzato in tutto il paese una campagna pubblicitaria finalizzata a presentare l'osteoporosi come un pericolo per le donne in menopausa. Fino ad allora negli Stati Uniti, come in tutti gli altri paesi del mondo, erano pochissime le donne che avevano sentito parlare di osteoporosi. Ma servizi radiofonici e televisivi, articoli pubblicati sui giornali e un profluvio di annunci pubblicitari hanno, in breve tempo, modificato la situazione. Infatti dopo soltanto quindici anni il Premarin, un preparato a base di estrogeni prodotto dalla Ayerst, risultava essere, negli Stati Uniti, il farmaco più venduto tra quelli acquistabili dietro presentazione di ricetta medica.

Le ricercatrici Mariamne Whatley e Nancy Worcester dell'Università del Wisconsin hanno studiato quella campagna pubblicitaria e ne hanno spiegato il successo, sostenendo che essa puntava intenzionalmente sulle paure delle donne. I dati relativi alle fratture del collo del femore erano presentati in modo da terrorizzare coloro che ne venivano a conoscenza.

Su un opuscolo molto diffuso riguardante la prevenzione dell'osteoporosi, si legge quanto segue: «Le conseguenze della frattura del collo del femore possono essere devastanti. Meno della metà delle donne che la subisce si ristabilisce completamente. Il 15% di esse muore poco tempo dopo aver subito la lesione e quasi il 30% di esse muore nel giro di un anno». Quello che fa più paura alle donne è rendersi conto che, pur sopravvivendo alla frattura del collo del femore, dovranno vivere per anni immobili e impossibilitate a badare a se stesse.¹⁴

Non solo la Ayerst Laboratories ma anche altre imprese trassero profitto da una strategia di marketing quanto mai aggressiva. Le vendite di preparati a base di calcio aumentarono in maniera spettacolare tra il 1980 e il 1986. Una bevanda dietetica a cui era stata aggiunta una quota di calcio riuscì a triplicare il giro d'affari su parecchi mercati.

Ma per far diventare l'osteoporosi un fenomeno di massa occorre che la malattia venisse ufficialmente definita in modo nuovo. Nel 1993 la Rorer Foundation e le case farmaceutiche Sandoz Pharmaceuticals e Smith Kline Beecham hanno sponsorizzato un convegno organizzato da una commissione dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) in cui il passo veniva compiuto. L'OMS ha deciso che già «la graduale riduzione della massa ossea in età avanzata» doveva essere considerata osteoporosi¹⁵. Un medico tedesco dice che da allora l'industria farmaceutica ha la possibilità di «rifornire di medicinali metà della popolazione che va dai 40 anni fino all'età più avanzata»¹⁶.

Per poter diagnosticare la nuova malattia si ricorre a uno stratagemma nella misurazione della compattezza ossea. Poiché il più delle volte la misurazione viene effettuata con i raggi X, lo stratagemma consiste nell'attenuare l'intensità

dei raggi quando le ossa del paziente rivelano una buona compattezza (il procedimento può essere eseguito con l'ausilio di un computer). L'esito della misurazione eseguita sul paziente si confronta poi con quello di una misurazione eseguita su una persona sana di 35 anni. Si constata così che per quasi tutte le persone anziane prese in esame la compattezza ossea è inferiore alla norma, ma l'osteotrofia che risulta dalle immagini può essere una conseguenza dell'invecchiamento, o magari può sembrare tale perché il soggetto esaminato aveva la pelle rugosa.

Ma per poter stabilire l'esistenza di un processo patologico in corso, l'OMS ha dovuto fissare valori limite arbitrari, secondo i quali si è in presenza di una osteoporosi se la massa ossea è dal 20 al 35% circa al di sotto del valore normale, oppure se è inferiore alla norma di più di 2,5 punti. Un valore inferiore alla norma da 1 fino a 2,5 punti è considerato osteopenia, una specie di primo stadio dell'osteotrofia.

Con questa sua decisione l'OMS ha ampliato di molto il quadro clinico dell'osteoporosi. Ormai non soltanto la frattura delle ossa, ma anche una loro scarsa compattezza fanno di una persona un malato, al quale possono essere somministrati preparati a base di calcio o d'altro tipo, prodotti dall'industria farmaceutica. E anche una compattezza ossea appena inferiore al normale viene fatta passare per una minaccia imminente, una osteopenia.

Nel 1993, per disposizione dell'OMS, interi strati di popolazione sono stati dichiarati malati. Da quell'anno il 31% delle donne tra i 70 e i 79 anni d'età soffre di osteoporosi. Il 36% delle donne con più di 80 anni è considerato malato, anche se nel corso della sua vita non ha mai subito fratture ossee.

La lobby delle ossa ha accolto con soddisfazione le direttive emanate dall'OMS. «L'osteoporosi è una malattia», scri-

ve il dottor Klaus Peter dell'Università di Monaco di Baviera in un opuscolo pubblicato nell'ottobre del 2002 in occasione della Giornata mondiale dell'osteoporosi, e sostiene che «neppure gli uomini possono sentirsi al sicuro dal pericolo che l'osteoporosi rappresenta». Il congresso di Monaco (che si è svolto con il patrocinio di Karin Stoiber, la moglie del Primo Ministro bavarese) era sponsorizzato da alcune case farmaceutiche che producono preparati per la cura della malattia suddetta¹⁷. La scelta fatta dall'OMS consente a quelle imprese di realizzare enormi utili con la vendita dei loro prodotti. Una donna su due con più di 45 anni d'età, alla quale a un controllo siano stati riscontrati i sintomi dell'osteoporosi, al massimo dopo sei mesi assume i farmaci che le sono stati prescritti per curare quella malattia.

Gli esperti dell'OMS non hanno saputo fornire una motivazione scientifica per la loro decisione. Quando in Germania la Commissione federale dei medici e delle casse malattia ha chiesto all'OMS su quali dati si fosse basata la scelta, i collaboratori dell'organizzazione non hanno voluto o non hanno saputo citare alcuna fonte¹⁸.

La cosa non deve destare meraviglia: non è dimostrato che sia utile controllare il grado di compattezza ossea a pazienti che non soffrono di particolari disturbi. Sono giunte a questa conclusione ricerche eseguite in Germania, in America e in Svezia, indipendentemente l'una dall'altra. Gli esperti dell'Agenzia per la valutazione delle conseguenze della University of British Columbia di Vancouver (Canada) hanno pubblicato una relazione di 170 pagine per appurare se per quanto riguarda il problema delle fratture ossee una diagnosi precoce fosse effettivamente utile. Anche la conclusione a cui essi giungono è inequivocabile: «L'esame scientifico delle prove non permette di affermare che la misurazione

della compattezza ossea in donne sane prossime alla menopausa o già in menopausa serve a capire se in futuro esse potranno o meno subire fratture ossee»¹⁹.

Da poco in Germania la misurazione della compattezza ossea per pazienti che non soffrono di disturbi particolari è stata nuovamente tolta dall'elenco delle prestazioni fornite dalle assicurazioni sanitarie obbligatorie. Ma la decisione non ha posto un freno allo zelo dei medici: essi infatti sperano che saranno gli stessi anziani, in futuro, a pagare di tasca propria per una diagnosi che a loro non serve. I medici tendono quindi a far passare la misurazione della compattezza ossea come una «prestazione sanitaria individuale» che il paziente deve pagarsi da solo. «Chi intende fornire ai pazienti tali prestazioni nel proprio studio, deve aspettarsi un po' di "propensione all'acquisto" da parte di costoro e sfruttare le circostanze adatte», consiglia ai medici che la leggono la «Münchner Medizinische Wochenschrift». Spesso l'occasione per fornire la prestazione è offerta da un colloquio che ha luogo tra medico e paziente: «Una signora in età critica, con i suoi problemi di osteoporosi, sarà probabilmente grata al suo medico curante se questi le consiglierà di sottoporsi a una visita e a una profilassi nel suo studio»²⁰.

La salute, sicuramente una malattia del ricambio

I medici inglesi Skrabanek e McCormick dicono ironicamente che gli esperti asseriscono di aver scoperto, a tutt'oggi, circa 300 stili di vita considerabili come fattori di rischio solo per le cardiopatie coronariche. Tra questi fattori di rischio sembra che vi siano il colesterolo alto, il colesterolo basso, l'alta pressione sanguigna, il fumo, l'eccedenza di pe-

so, il diabete, il selenio, l'alcol, la mancanza di movimento, l'assenza del pisolino pomeridiano, lo scarso consumo di pesce, la vita vissuta in Scozia, l'inglese come lingua materna, il fatto di soffrire di molte fobie, di tenere troppo alla puntualità, di non consumare olio di fegato di merluzzo e di russare²¹.

Tra questa serie infinita di situazioni pericolose, che tipi sono le persone che possono non temere di morire per una malattia cardiaca?

Ecco il quadro che G. S. Myers ha tracciato per la persona tipo di sesso maschile. Si tratta di «un becchino o dipendente comunale rammollito, pigro fisicamente e mentalmente, abulico, privo di ambizione e di spirito d'iniziativa, che non ha mai badato a farsi trovare puntuale a un appuntamento; un uomo senza appetito, che si nutre di frutta e verdura condite con olio di mais e di balena; un uomo che non fuma, che non possiede un apparecchio radio, un televisore o una macchina; un uomo con un gran ciuffo di capelli, ma magro e per niente prestante fisicamente, che tuttavia si sforza di tenere sempre in esercizio i suoi muscoli poco sviluppati. Ha un reddito basso, la pressione sanguigna bassa, la glicemia bassa, l'uricemia bassa e la colesterolemia bassa, da quando è stato castrato (provvedimento profilattico) ha sempre assunto la vitamina B2 e la vitamina B6 e per parecchio tempo ha assunto anche sostanze diluenti per il sangue».

Il quadro per la persona tipo di sesso femminile è invece il seguente: «Una nana non ancora in menopausa, disoccupata, sottopeso, che si sposta in bicicletta, con poche lipoproteine beta e pochi grassi nel sangue, che dal 1925 vive in ristrettezze in un monolocale dell'isola di Creta, che si nutre di cereali mondati e di olio di cardo e che beve solo acqua»²².

L'elenco dei cosiddetti fattori di rischio diventa ogni giorno più lungo, e ogni nuovo elemento che vi si aggiunge lo rende sempre meno credibile. Ad esempio, le donne dovrebbero rimanere incinte in giovane età per evitare di essere affette da tumore al seno. Però per non essere affette da cancro all'utero dovrebbero restare vergini. Ma le donne che non fanno figli sono esposte al rischio di ammalarsi di cancro al colon. La medicina preventiva è cresciuta in maniera talmente abnorme che nessuno ormai riesce più a scampare alla sua influenza.

¹ P. Sawicki, comunicazione privata dell'aprile 2003.

² U. Heyll, *Risikofaktor Medizin*, Ullstein Report, Frankfurt am Main 1993.

³ T. Tanne, *Children Should Have Blood Pressure and Cholesterol Checked by Age of 5*, «British Medical Journal», n. 325, 2002, p. 8.

⁴ Citazione da L. Payer, *Disease-Mongers*, John Wiley & Sons, New York 1992.

⁵ Fonte: «Der Spiegel», n. 45, 1990.

⁶ U. Ravnskov e U. Pollmer denunciano i dieci più gravi errori della teoria sul colesterolo in: *Mythos Cholesterin*, Hirzel, Stuttgart 2002. Ulteriori informazioni si trovano su Internet al sito www.ravnskov.nu/cholesterol.

⁷ B. Lown, *Die verlorene Kunst des Heilens*, Schattauer Verlag, Stuttgart 2002.

⁸ La Heart Protection Study Collaborative Group ha pubblicato i risultati conseguiti con le proprie ricerche in «The Lancet», n. 360, pp. 7-22: *MRC/BHF Heart Protection Study of Cholesterol Lowering with Simvastatin in 20.536 High-Risk Individuals: a Randomised Placebo-Controlled Trial*, 2002; pp. 23-33: *MRC/BHF Heart Protection Study of Antioxidant Vitamin Supplementation in 20.536 High-Risk Individuals: a Randomised Placebo-Controlled Trial*, 2002.

⁹ E. Koch, *Ein Volk von Kranken*, «Süddeutsche Zeitung», 8 febbraio 2002.

¹⁰ Per gli esempi relativi a Bayer, Aventis, Merck Sharp Dome, Novartis, Sanofi-Synthelabo, Hoffmann-La Roche, Astra Zeneca, Medisana, Ormon Medizintechnik, Bristol-Myers Squibb o Pfizer, vedi www.paritaet.org/hochdruckliga/welcome.htm.

¹¹ R. Bretzel, *Diabetes und Insulin*, «Druckpunkt», n. 3, 2002, p. 8.

¹² P. Little, *Comparison of Agreement Between Different Measures of Blood Pressure in Primary Care and Daytime Ambulatory Blood Pressure*, «British Medical Journal», n. 325, 2002, pp. 254-257.

¹³ Heyll, *Risikofaktor Medizin* cit.

¹⁴ Citazione da C. Green, *Bone Mineral Density Testing: Does the Evidence Support its Selective Use in Well Women?*, «Vancouver, BC: British Columbia Office of Health Technology Assessment», 1997.

¹⁵ Una definizione simile dell'osteoporosi si trova ad esempio in un comunicato dell'OMS datato aprile 1999: www.who.int/archives/whday/en/documents/1999/osteo.html.

¹⁶ Citazione da «Der Spiegel», n. 14, 1998.

¹⁷ Citazione da «Osteoporose Aktuell 2002», un opuscolo dell'Associazione federale di auto-aiuto per l'osteoporosi.

¹⁸ G. Gawlick, *Entscheidung über umstrittene Methoden*, «Deutsches Ärzteblatt», n. 97, 2000, p. 819.

¹⁹ Green, *Bone mineral density* cit.

²⁰ «MMW-Fortschr. Med.», n. 5, 2002.

²¹ L'elenco dei fattori di rischio diventa ogni giorno più lungo, questo è tratto da P. Skrabanek, J. McCormick, *Follie e inganni della medicina*, Marsilio, Venezia 2002.

²² *Ivi*, citazioni da G. S. Myers e dal dottor Howard.

Capitolo 5

La pazzia diventa una cosa normale

Sa di che cosa ha bisogno? Di un grammo di soma.

Aldous Huxley, Il mondo nuovo

Come si fa a distinguere un matto da una persona sana? Nel 1968 David Rosenhan, docente di psicologia alla Stanford University in California, ha provato a capire come si poteva fare, e lo ha fatto sulla propria pelle. L'allora quarantenne ricercatore, per qualche giorno non si è lavato la faccia e i denti, si è lasciato crescere la barba e ha indossato abiti sporchi. Poi ha fissato un appuntamento presso una clinica psichiatrica usando un cognome diverso dal suo e si è fatto accompagnare in macchina dalla moglie fin davanti all'ingresso principale della casa di cura.

Nel reparto di accettazione della clinica Rosenhan aveva detto ai medici che gli era parso di sentire a più riprese delle voci. Non era riuscito a capire che cosa dicessero di preciso, ma gli era sembrato che avessero un suono «vago», «cuppo» e «cavernoso». I medici della clinica non si sono accorti che il motivo per cui Rosenhan aveva denunciato proprio quei sintomi, stava nel fatto che in tutta la letteratura clinica non è descritto un solo caso di psicosi che corrisponda a es-

si. Comunque dal momento del suo ricovero il ricercatore si è comportato in maniera del tutto normale. Passava il tempo chiacchierando con gli altri pazienti e col personale, e aspettava gli eventi.

Negli anni successivi l'esperimento è stato ripetuto altre volte. Rosenhan e altri sette volontari, tutti mentalmente sani, si sono fatti ricoverare sotto falso nome e con gli stessi sintomi in dodici cliniche neurologiche diverse. Le regole su cui l'esperimento era basato prevedevano che i finti pazienti dovessero cercare di farsi dimettere dalla clinica senza ricorrere ad aiuti esterni. Per questo nel periodo in cui erano ricoverati essi si comportavano da persone normali e servizievoli. Si attenevano alle norme della vita ospedaliera e assumevano gli psicofarmaci che erano stati loro prescritti, anche se solo per finta. Prima di farsi ricoverare, infatti, si erano esercitati a tenere nascoste delle compresse sotto la lingua invece di inghiottirle.

Ogni volta Rosenhan si chiedeva quanto tempo ci avrebbero messo i neurologi a scoprire il falso paziente e a buttarlo fuori dalla clinica. Possiamo dire che nessuno dei finti malati è stato smascherato, ciascuno di essi è stato trattenuto mediamente per tre settimane e dimesso con una diagnosi psichiatrica, il più delle volte con una «schizofrenia in remissione».

Ai falsi malati sono state somministrate in tutto 2100 compresse. Tra queste vi erano i preparati più diversi, anche se tutti coloro che prendevano parte all'esperimento avevano denunciato gli stessi sintomi. Una volta Rosenhan è stato trattenuto in una clinica per ben 52 giorni. «Si è trattato di un periodo davvero lungo» ricorda il ricercatore, «ma ormai mi ero ben adattato alla vita ospedaliera»¹.

David Rosenhan ha preso in giro un'altra volta l'establishment della psichiatria ricorrendo a una controprova. Ha

fatto sapere ai medici di una clinica neurologica che nel giro di tre mesi avrebbe inviato loro dei finti malati. In realtà però le persone che quella volta aveva fatto ricoverare non erano affatto normali, si trattava infatti di 193 malati veri. Tuttavia il 10% di quelle persone non fu accettato, e la motivazione addotta fu che si trattava di persone sane.

Quando, nel 1973, la rivista «Science» ha pubblicato un servizio sugli esperimenti fatti da Rosenhan (*Dalla normalità alla follia*), la credibilità della psichiatria ha subito un grave colpo. Gli esperimenti che il ricercatore aveva fatto sulla propria pelle avevano smascherato l'arbitrarietà con cui i neurologi si erano comportati. In base a quali criteri essi stabiliscono se una persona è sana o malata? La risposta che Rosenhan dà alla domanda fa davvero riflettere: «Per quanto possiamo essere personalmente convinti di riuscire a distinguere chi è normale da chi non lo è, le prove che al riguardo ci vengono fornite non sono convincenti»².

Le nuove malattie dell'anima

Il dilemma di cui sopra non riesce a porre un freno allo zelo (o forse alla deformazione professionale) degli psichiatri, che tendono a interpretare un modo d'essere normale come se fosse un comportamento da curare. Dobbiamo invece constatare che negli anni appena trascorsi, il numero di malattie psichiche registrate nei «sistemi di classificazione» ufficiali è cresciuto in maniera straordinaria. Nel catalogo della Veteran's Administration statunitense erano elencati, dopo la seconda guerra mondiale, appena 26 disturbi. Nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) dell'Associazione degli psichiatri americani attualmen-

te in uso, sono elencate 395 diverse malattie che possono essere diagnosticate e quindi curate. L'elenco di malattie ICD-10 (International Classification of Diseases) attualmente in vigore in Germania, ha come punto di riferimento il catalogo americano, e anche a esso nel recente passato è stata aggiunta una gran quantità di disturbi.

L'enorme diffusione dei disturbi psichici non solo permette a psichiatri e psicoterapisti di vivere, ma consente anche alle case farmaceutiche di realizzare ottimi guadagni. «Vendi una malattia se vuoi vendere dei farmaci»: questa è la strategia tipica della neurologia, proprio perché in questo ambito i criteri diagnostici sono particolarmente aleatori. Le campagne informative organizzate dall'industria farmaceutica hanno come obiettivo i disturbi psichici meno importanti, che possono interessare una vasta cerchia di persone. Ad esempio ai bambini ribelli viene diagnosticata una malattia chiamata *ostinazione infantile*.

In Germania i rapporti economici tra psichiatri e case farmaceutiche sono molto comuni. L'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia si fa «sostenere» nella propria attività dalle imprese Astra Zeneca, Aventis Pharma Deutschland, Lilly, Novartis Pharma e Organon. I «comunicati stampa» sponsorizzati da queste imprese diffondono tra l'opinione pubblica la conoscenza di nuove malattie psichiche. Così, nel settembre del 2002, in uno di questi comunicati si poteva leggere quanto segue: «Depressioni, paure, manie: si chiamano così le nuove malattie della nostra epoca»³.

Tutte cose che sembrano piuttosto strane ad alcuni neurologi. «I metodi usati per diffondere le informazioni si sono talmente perfezionati, che nel giro di pochi anni il modo di pensare dei medici e dell'opinione pubblica è stato modificato in maniera significativa», commenta lo psichiatra bri-

tannico David Healy. «I medici non sembrano essere sorpresi dal fatto che la diffusione di disturbi psichici è aumentata enormemente»⁴.

I pazienti, i medici e le case farmaceutiche attribuiscono la massima importanza agli elenchi ufficiali delle malattie. Solo se una malattia vi è registrata le assicurazioni sanitarie si accollano le spese per i farmaci e la terapia. Da quando la sindrome premenstruale ha trovato posto nell'elenco delle malattie psichiche riconosciute negli Stati Uniti, anche gli psichiatri possono curare questa presunta patologia, se necessario usando psicofarmaci. Per questo la ditta Lilly ha riciclato un prodotto conosciuto da tempo. Da quando il brevetto per il Prozac è scaduto, l'impresa che lo fabbrica commercializza lo stesso prodotto col nome di Sarafem, una pillola per curare sindromi premenstruali gravi. Gli psichiatri fanno così concorrenza ai ginecologi, che curano lo stesso disturbo con preparati ormonali.

In realtà molte delle «nuove malattie dell'anima», come le chiama il dottor Asmus Finzen, uno psichiatra di Basilea, non sono altro che normali contingenze della vita. L'originalità è fatta passare per «personalità antisociale». Anche la malinconia ha trovato una sua collocazione nella psichiatria, con la definizione di «difficoltà patologica ad adattarsi alla vita» (ICD-10, F43). Pare che si tratti di «condizioni di sofferenza soggettiva e di malessere emozionale che ostacolano lo svolgimento di funzioni e prestazioni in campo sociale e che compaiono nel corso del processo di adattamento dopo un mutamento significativo verificatosi nella vita del soggetto interessato, dopo un evento stressante o anche dopo una grave malattia fisica».

Il dottor Finzen ha sommato i dati relativi alla diffusione delle malattie psichiche riportati dal catalogo DSM-IV, e ha

rilevato che il 58% della popolazione, in un determinato periodo della vita, soffre di un disturbo della personalità. È dunque *normale* essere psichicamente malati⁵.

L'industria mette a disposizione una grande quantità di farmaci a un numero sterminato di cosiddetti pazienti. Gli antidepressivi, soprattutto le sostanze inibitorie a base di serotonina (SSRI) di cui il Prozac è l'esempio più noto, sono diventati prodotti farmaceutici molto usati per combattere la malinconia, il senso di infelicità e le ansie. Le capsule bianche e verdi del Prozac (in Germania sono vendute col nome di Fluctin) aumentano la quantità di serotonina nel cervello, contribuendo così a sollevare il morale di chi le assume. La serotonina è una sostanza presente nel nostro encefalo in grado di generare sensazioni quali l'orgoglio e l'autostima. È vero che le SSRI hanno anche effetti collaterali come la mancanza di stimoli in campo sessuale e, più raramente, una certa propensione alla violenza e al suicidio. Però molte persone che fanno uso delle SSRI dicono di sentirsi più lucide, più coscienti e più estroverse. Per questo esse sono state anche le antesignane di una «psichiatria cosmetica», come l'ha chiamata il neurologo e scrittore americano Peter Kramer nel suo best seller *Listening to Prozac*. Persone che non erano assolutamente malate prendevano il Prozac «per sentirsi più che bene». I farmaci che in passato curavano i malati psichici ora fanno funzionare un'industria che dice di voler procurare la felicità.

Uno degli effetti collaterali di queste sostanze che migliorano l'umore di chi le assume ha conseguenze di portata molto vasta. Da quando è stato appurato che le SSRI e altri farmaci modificano determinati aspetti del nostro comportamento, tali aspetti sono sistematicamente sottoposti a trattamento medico. È stata soprattutto l'«ansia» a far crescere la voglia di gua-

dagni dei fabbricanti di pillole. All'inizio del 2001 hanno trovato posto nei programmi di sviluppo dell'industria farmaceutica 27 sostanze diverse, che possono essere messe in commercio come rimedi per combattere i disturbi causati dall'ansia⁶. Gli sforzi compiuti dalla ricerca in questo campo ricordano il *Mondo nuovo* descrittoci da Aldous Huxley. Nel romanzo dello scrittore inglese, 2000 farmacologi e biochimici hanno il compito di produrre una droga che possa essere assunta da chiunque e che renda tutti felici e privi di senso critico. Con la «soma» ci si può «prendere una vacanza dalla realtà, in qualunque momento lo si voglia»⁷.

Studiate inizialmente per il trattamento di depressioni gravi, nei paesi occidentali le SSRI sono ora prescritte per curare un buon numero di disturbi che negli anni passati ancora non esistevano. Ad esempio negli Stati Uniti l'uso del farmaco chiamato Paroxetina è stato autorizzato per curare molti disturbi, quali quelli causati da paure generalizzate o da panico, le nevrosi ossessive e gli stress posttraumatici.

Investendo ingenti somme di denaro, si fa passare l'idea che esistano realtà ignote e pericolose, che sono create al solo fine di introdurre nel mercato dei farmaci nuove categorie di pazienti. L'americano Arthur Levin, membro di un'associazione per la tutela dei consumatori, dice in proposito: «I sintomi sono talmente comuni e vaghi, che quasi ognuno di noi potrebbe dire: "Ehi, ma quello sono io!"». Con grande abilità vengono inventati disturbi simili a malattie già riconosciute. Per quanto riguarda la depressione ad esempio, i medici e le industrie farmaceutiche dicono di aver individuato un particolare stato patologico che chiamano *distimia*.

«A volte ci si sente stanchi, abbattuti, pieni di dubbi: a chi non capita di attraversare periodi della vita in cui tutto sembra andare storto?», si domandano i membri dell'Associazione

ne tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia. Essi poi affermano che per 3,2 milioni di tedeschi la sensazione di vivere in un mondo in cui i fattori negativi sono preponderanti è una condizione di vita permanente, che «troppo raramente è riconosciuta come quadro clinico e curata in modo adeguato»⁸. Il linguaggio popolare identifica chi soffre di distimia con un termine sovente usato in questi casi: brontolone.

Ecco poi un altro esempio di come i disturbi si moltiplicano. Allo stress postraumatico è stato affiancato da poco un successore, a cui è stato dato il nome di disturbo acuto da stress. Secondo certi psichiatri, lo stress postraumatico si può riscontrare in una quota che va dal 10 al 30% delle persone le quali hanno vissuto sulla loro pelle esperienze traumatiche come la guerra o il sequestro. Ultimamente però, si ammalano anche persone che hanno seguito eventi del genere tranquillamente sedute davanti al televisore: la loro malattia è il disturbo acuto da stress, una patologia che sembra abbisogni di cure e che da poco tempo è stata inserita nel manuale diagnostico DSM-IV (*acute stress disorder*).

Anche nella psichiatria infantile sono sempre più numerose le malattie riscontrate. Da quando è noto che certe sostanze modificano determinati comportamenti dei bambini, sono proprio quei comportamenti a essere presentati come patologici e bisognosi di cure. In seguito parleremo anche della pillola per la merenda (vedi capitolo 6).

Diagnosi: timidezza

La storia della timidezza ci svela quali meccanismi si mettono in moto per far sì che una malattia possa trovare la sua collocazione sul mercato. Nel 1998 la ditta Smith Kline

Beecham ha chiesto alla FDA, l'autorità americana preposta all'immatricolazione dei farmaci, di autorizzare la vendita del Paxil per curare una malattia che veniva chiamata dapprima *fobia sociale* e poi anche *disturbo sociale dovuto ad ansia* (Self-rating Anxiety Scale - SAS). Si tratta di una forma di timidezza che la ditta pensava fosse possibile diagnosticare. Era stata inserita nel 1980 nell'elenco della malattie in uso negli Stati Uniti (DSM), ed era stata classificata come «estremamente rara».

Tuttavia la sindrome sembrava offrire buone possibilità all'industria. A chi non viene il batticuore per l'emozione se deve parlare in pubblico? Chi non patisce di febbre della ribalta? Quando si fanno i sondaggi d'opinione, circa il 50% delle persone interpellate dice di soffrire di timidezza.

Mentre la procedura per l'immatricolazione del nuovo farmaco era ancora in corso, la Smith Kline Beecham cominciava a rendere noti al pubblico gli inconvenienti che potevano essere causati dalla timidezza. All'agenzia di pubbliche relazioni Cohn & Wolfe veniva affidato il compito di «far passare tra la gente l'idea che i disturbi causati dall'ansia potevano costituire un grave stato di malessere», per usare le parole della rivista specializzata «PR News». Poco tempo dopo la stessa ditta ha lanciato uno slogan che ricordava come parecchie persone avessero reazioni allergiche nei confronti del loro prossimo: «Imagine Being Allergic to People».

Vicino alle fermate d'autobus delle città americane sono comparsi cartelloni pubblicitari che raffiguravano un giovanotto dall'aria afflitta. Sotto si leggevano frasi del tipo: «Sei tutto rosso in faccia, sudi, tremi come una foglia... Quasi non riesci a respirare. Così ti riducono i disturbi causati dall'ansia». Il cartellone non riportava nomi di medicinali o di case farmaceutiche. Era però indicata la sigla di una «Coalizione

per la lotta ai disturbi sociali provocati dall'ansia», coalizione composta da tre associazioni note per la loro azione nel campo degli interessi collettivi: l'Associazione americana degli psichiatri, la Anxiety Disorders Association of America e il gruppo di auto-aiuto Freedom from Fear.

Tuttavia le tre associazioni di cui sopra, che apparentemente non agivano a scopo di lucro, non si erano messe assieme di propria iniziativa: la coalizione era sorta col sostegno finanziario della Smith Kline Beecham. E la ditta che per incarico della coalizione forniva ai media le informazioni necessarie era l'agenzia di pubbliche relazioni Cohn & Wolfe. Essa aveva prodotto un videoclip sull'argomento e aveva rilasciato una dichiarazione, nella quale si affermava che i disturbi sociali provocati dall'ansia «riguardavano il 13,3% della popolazione». Dopo la depressione e l'alcolismo, la SAS sarebbe dunque la più frequente delle malattie psichiche negli Stati Uniti.

In precedenza gli psichiatri si erano sempre trovati d'accordo nel ritenere che soltanto il 2 o 3% della popolazione statunitense avesse a che fare con quel problema. Come si era potuti arrivare a un aumento così rilevante del numero di persone afflitte da timidezza? Il fatto che milioni di persone risultassero in preda a timidezza patologica era dovuto alla decisione presa da una commissione ristretta di scienziati, che aveva modificato la definizione del malessere sociale causato dall'ansia. Gli esperti da un lato avevano incluso nel quadro clinico della malattia una sottospecie molto comune di essa, dall'altro avevano eliminato un criterio diagnostico rigoroso, vale a dire «l'impulso ossessivo a evitare gli altri». Da allora in poi una persona timida poteva essere considerata malata anche soltanto se la ritrosia da cui era affetta le causava «difficoltà rilevanti»⁹.

«Per dare un volto alla malattia» la Cohn & Wolfe ha messo subito a disposizione dei giornalisti alcuni pazienti che avevano facilità di eloquio. Il «Chicago Tribune» ad esempio, ha riportato la dichiarazione di una donna che diceva: «Per fare qualsiasi cosa dovevo faticare dieci volte più degli altri. Avere la SAS significa che le preoccupazioni che ti affliggono possono essere un lavoro a tempo pieno. E se aggiungiamo che ho sempre lavorato a orario pieno, si spiega come mai mi sentivo sfinita, sempre sfinita»¹⁰. Si è spesso fatto il nome di una donna, Grace Dailey, la cui immagine era comparsa anche in un video commerciale. È stato anche citato lo psichiatra Jack Gorman, il cui contributo alla campagna evidentemente non è stato del tutto disinteressato. Secondo indagini compiute dal quotidiano britannico «Guardian», veniva pagato come consulente dalla Smith Kline Beecham e da almeno altre 12 case farmaceutiche.

La campagna pubblicitaria relativa ai disturbi sociali dovuti all'ansia ha avuto un successo che può essere valutato in cifre. Nei due anni che hanno preceduto il periodo in cui la FDA ha concesso la sua autorizzazione alla vendita del Paxil, sui media statunitensi erano apparsi meno di 50 servizi sull'argomento. Ma nel maggio del 1999, quando la FDA ha comunicato la propria decisione sull'autorizzazione alla vendita di quel farmaco, sono apparsi centinaia di servizi sui giornali e alla televisione. Alla fine del 2001 il Paxil, il rimedio contro l'ansia sociale e generalizzata, era entrato a far parte degli antidepressivi più venduti, allo stesso modo del Prozac, il farmaco fino ad allora considerato classico per quel tipo di malattie.

Anche in Germania i disturbi causati dall'ansia stanno avendo un grosso boom. Ce lo fa sapere un gruppo di ricercatori di Dresda, che dice di aver verificato, tramite un'indagine condotta su 20.000 pazienti fattisi visitare dal loro me-

dico di famiglia, che il 5,3% di essi soffre del cosiddetto disturbo dovuto ad ansia generalizzata e che sintomi isolati di quella malattia si riscontrano in un paziente su quattro. Ciò consente di prevedere che lo sponsor dell'indagine, la ditta Wyeth, avrà in futuro molto lavoro¹¹.

Già nel 1892 il dizionario enciclopedico Brockhaus ci diceva che «l'ipotesi piuttosto diffusa che la civiltà moderna favorisca lo sviluppo di malattie mentali non è dimostrabile in senso rigorosamente scientifico». E Asmus Finzen, uno psichiatra di Basilea, sostiene che anche nel XX secolo il numero dei malati mentali presenti nella società è rimasto lo stesso. Il 2‰ della popolazione soffre di una grave malattia psichica, il 2% è in cura da uno psichiatra e una quota che va all'incirca dal 20 al 30% si trova in «non buona salute psichica» in certi periodi della vita. Finzen aggiunge però che questi problemi di natura personale spesso durano per poco tempo e scompaiono da soli: chi oggi si sente abbattuto, già domani può aver ritrovato il buonumore¹².

¹ R. Schneider, *Acht flogen über das Kuckucksnest*, «Neue Zürcher Zeitung», 2 settembre 2002.

² D. Rosenhan, *On Being Sane in Insane Places*, «Science», n. 179, 1973, pp. 250-258.

³ Comunicato stampa dell'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia del settembre 2002.

⁴ D. Healy, *The Creation of Psychopharmacology*, Harvard University Press, Cambridge-London 2002.

⁵ A. Finzen, U. Hoffmann-Richter, *Schöne neue Diagnosenwelt*, «Soziale Psychiatrie», n. 1, 2002.

⁶ J. Brown, *The Next Wave of Psychotherapeutic Drugs: a New Generation of Drugs Are in Development to Tackle a Wide Range of Mental Illnesses*, «Med Ad News», n. 21, 2002, p. 38.

⁷ A. Huxley, *Il mondo nuovo*, Mondadori, Milano 2004.

⁸ Fonte: comunicato stampa dell'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia del giugno 2001.

⁹ M. Cottle, *Diagnose Menschenscheu*, «Neue Zürcher Zeitung», 18 marzo 2000.

¹⁰ Citazione da B. Koerner, *First You Market the Disease... Then You Push the Pills to Treat It*, «Guardian», 30 luglio 2001.

¹¹ Fonte: «Die Zeit», 15 novembre 2001.

¹² A. Finzen, *Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund?*, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2002.

Capitolo 6

Una pillola a merenda

Quelle piccole compresse bianche trasformano i bambini. Prendiamo l'esempio di Nina, una bambina di otto anni che frequenta la scuola elementare a Mittelehrenbach, un paesino della Svizzera tedesca. Era sempre agitatissima, ci metteva tre ore a fare i compiti e diceva alla mamma: «Mi passano tante di quelle idee per la testa!...»

Ma da un anno e mezzo le cose sono cambiate. Ogni giorno la bambina prende le sue «pillole per la concentrazione», come le chiamano in famiglia. «A scuola segue meglio le lezioni e si distrae di meno», dice la madre, mentre Nina suona un motivetto col piffero. La donna ha esitato a lungo prima di dare quel farmaco a sua figlia. Ma senza il Ritalin sembra che le cose non possano andare bene.

Anche Felix, un biondino di nove anni di Forchheim, si comporta molto meglio, stando almeno a quanto dicono i suoi genitori. La mamma sostiene che prima suo figlio era «sempre in movimento, sempre agitato e non riusciva a concentrarsi. C'era in lui qualcosa che non andava». Adesso si rende conto che le cose non stanno più così. Da quando prende il Ritalin tutti i giorni, Felix è più tranquillo. «A volte capita anche che si metta seduto a leggere un libro.» La donna dice che anche a scuola le cose vanno molto meglio:

oggi, ad esempio, suo figlio ha preso un bel voto in dettato. «Il Ritalin è proprio un toccasana!», esclama raggianti¹.

Come Nina e Felix, ogni giorno vi sono in Germania 50.000 bambini ai quali vengono somministrati farmaci affinché stiano tranquilli e attenti a scuola. Questi farmaci dovrebbero combattere una malattia che sembra diffondersi come un'epidemia: la sindrome da deficit d'attenzione (Attention Deficit Disorder - ADD), che sovente pare si accompagni all'iperattività (ADHD).

Col numero delle diagnosi cresce anche il numero dei bambini che consumano questi farmaci. Oggi in Germania il Ritalin e il Medikinet (così si chiamano i due preparati che si fanno concorrenza per la cura dell'ADHD) sono venduti come mai in passato. L'autorità federale preposta al controllo degli oppiacei, fa sapere che in questi ultimi anni è improvvisamente aumentato in Germania il consumo di metilfenidato, una sostanza considerata uno stupefacente. Questo stimolante ha effetto sul cervello e aumenta la capacità di concentrazione. Mentre nel 1993 vennero usati 34 chilogrammi di metilfenidato, nel 2001 ne sono stati consumati 693 chilogrammi, con un incremento in un decennio di più di venti volte.

Ancora più alto del numero delle prescrizioni mediche, è quello dei genitori che temono che il loro figlio soffra di quella brutta malattia chiamata *iperattività*. Sono stati pubblicati più di 60 libri in tedesco sul tema dell'ADHD, per venire incontro al desiderio che molti hanno di essere informati sull'argomento. Quando si organizzano conferenze o incontri, centinaia di persone ascoltano con attenzione quello che dicono gli psicologi, i medici o gli individui direttamente interessati al problema una volta poste le domande più scottanti: come faccio a sapere se mio figlio ha questa malattia? Di chi

è la colpa, dell'educazione che i genitori hanno dato al figlio o dei suoi geni? Il Ritalin può essere un rimedio valido? E l'ADHD è davvero una malattia o è soltanto una moda?

Come sempre quando si parla di educazione e del bene dei propri figli, la discussione si fa appassionata e gli scambi di accuse sono molto aspri. Chi dà al figlio la pillola a merenda è subito visto come un genitore snaturato. Chi dice di essere contrario al Ritalin è immediatamente tacciato di essere un seguace di Scientology. Questa setta condanna l'uso di tutti gli psicofarmaci, considerati strumenti del demonio, e al tempo stesso fa credere che il lavaggio del cervello sia un mezzo con cui raggiungere la felicità nella vita.

Storie raccapriccianti sull'abuso di metilfenidato rendono il dibattito ancora più rovente: sembra che negli Stati Uniti vi siano molti adolescenti e giovani adulti che usano questo farmaco come una droga che permette un certo stile di vita, non fa sentire gli stimoli della fame ed elimina la stanchezza. Le compresse vengono inghiottite intere oppure ridotte in polvere e poi sniffate. «Vi sono tossicomani che sciolgono le compresse nell'acqua e poi si iniettano il miscuglio», dice il ministero della Giustizia degli Stati Uniti. Tali iniezioni possono provocare «gravi danni ai polmoni e alla retina» e «causare una dipendenza psichica grave», avvertono le autorità competenti.

Come negli Stati Uniti, dove si valuta che cinque milioni di alunni delle scuole assumano ogni giorno il metilfenidato, ormai anche in Germania l'ADHD è il disturbo psichico più comune nei ragazzi e negli adolescenti. Alcune stime dicono che un numero di giovani che va dal 2 al 10% è affetta da questo disturbo. Se così stanno le cose, vuol dire che in ogni classe tedesca vi sono due ragazzi ipercinetici che necessitano di cure mediche.

L'isteria dovuta all'ADHD sta ormai dilagando. Non sono solo più i medici che vanno alla ricerca di casi non ancora scoperti, ormai anche gli insegnanti passano al vaglio i loro alunni. Ad esempio, nelle scuole di Amburgo circolano volantini («Come aiutarsi da sé») che hanno lo scopo di far capire agli insegnanti come individuare i ragazzi affetti dal disturbo suddetto. Anche a Forchheim, nel caso di Felix di cui abbiamo parlato, la maestra insisteva perché il bambino fosse sottoposto a visita medica. Poco dopo la visita, al ragazzo venne dato per la prima volta il «veleno», come alcuni genitori della cittadina svizzero-tedesca chiamano il metilfenidato.

In altri casi sono le madri che chiamano il figlio al cellulare o gli inviano un SMS a scuola per ricordargli di prendere la compressa nell'intervallo. A volte sono addirittura gli insegnanti che danno le compresse agli alunni, anche se la cosa non è per niente corretta dal punto di vista legale, visto che si tratta pur sempre di stupefacenti. Alcuni studenti delle ultime classi hanno addirittura un apposito contenitore di compresse, che li avverte con uno squillo quando è il momento in cui devono assumere il farmaco.

Ultimamente pare dimostrato che anche un numero crescente di persone adulte sia affetto da distrazione patologica e da agitazione morbosa. «L'iperattività non è una malattia infantile», afferma l'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia. In Germania vi sono «due milioni di persone adulte» che presentano sintomi del genere. «Disturbi della concentrazione e impulsività incontrollata fanno sì che queste persone abbiano difficoltà a sopportare la vita di tutti i giorni». Pare che i farmaci possano porre rimedio a questa situazione. Sarebbe «dimostrato che gli adulti reagiscono bene come i ragazzi ai farmaci stimolanti»².

L'industria farmaceutica ha già nel mirino un nuovo gruppo di potenziali consumatori di questo tipo di farmaci: le persone anziane. «ADHD, un compagno fedele per tutta la vita»: ecco il nuovo slogan lanciato alla grande dalla ditta che produce il Ritalin, il gruppo industriale Novartis. Nel maggio del 2002 la ditta ha invitato a Basilea un gruppo di medici, per prepararli a curare questa malattia «con sostanze stimolanti e/o antidepressivi».

Ma la Novartis si occupa soprattutto dei ragazzi. Per essi, infatti, la ditta ha messo sul mercato un volume illustrato, in cui si narrano le avventure del polpo Hippihopp, che viene «sgridato molto severamente» perché è contemporaneamente «dappertutto e da nessuna parte», e che per questo va incontro a molti guai. Ma per fortuna la dottoressa Tartaruga scopre qual è la malattia di cui Hippihopp soffre: «Una sindrome da carenza d'attenzione!» Inoltre sa anche dire di che cosa il polpo ha bisogno per star bene: di «una piccola compressa bianca».

Dietro al crescente consumo di farmaci c'è molto più che un semplice stato di irrequietezza. Da decenni alcune case farmaceutiche e alcuni neurologi cercano in tutti i modi di far passare per malato e bisognoso di cure chi è svagato o incapace di concentrarsi. Ma mai come oggi è stato coltivato con tanta passione il mito del bambino iperattivo. Attualmente, in medicina, si sta studiando la produzione di non meno di 12 diverse sostanze da somministrarsi nei casi di sindrome da irrequietezza³.

Il giro d'affari che oggi promette guadagni miliardari era iniziato in maniera del tutto innocente. Nel 1845 Heinrich Hoffmann, un neurologo di Francoforte sul Meno, aveva raccontato le disavventure di un bambino irrequieto in un libro per l'infanzia intitolato *Pierino Porcospino*. Il «saltamarti-

no» di Hoffmann non riesce a star seduto senza agitarsi: «saltella, si dondola, scalpita, si dimena sulla sedia», finché non butta a terra insieme alla tovaglia il piatto, le posate e la zuppiera. Mezzo secolo più tardi, nel 1902, la rivista inglese «Lancet» pubblicava lo studio di un medico che sosteneva di aver notato bambini con «una forza di volontà inferiore alla norma» e «una notevole incapacità a concentrarsi»⁴.

Ma la vera carriera dell'ADHD inizia solamente dopo qualche decennio. All'origine c'è una scoperta fatta casualmente in laboratorio: nel 1944 Leandro Panizzon, un chimico della ditta Ciba*, ha sintetizzato il metilfenidato e lo ha sperimentato su di sé, non ottenendo peraltro risultati degni di nota. Anche sua moglie Marguerite, detta Rita, ha voluto provare un po' di quella sostanza, e ha notato che su di lei aveva un effetto quanto mai stimolante. In seguito Rita ha preso qualche volta un po' del preparato prima di giocare a tennis con le amiche, e per questo motivo Panizzon gli ha dato il nome di Ritalin, nome che ricorda quello di sua moglie.

In un primo momento il farmaco veniva prescritto soltanto agli adulti, per curare disturbi quali l'affaticamento grave, le irritazioni depressive e gli stati confusionali nelle persone anziane. A quei tempi non era ancora stato inventato il quadro clinico che avrebbe reso famoso e addirittura famigerato il Ritalin.

Soltanto negli anni '60 sono stati resi noti reperti secondo i quali il metilfenidato, e una sostanza a esso analoga chiamata desedrina, esercitano una notevole influenza sul comportamento degli scolari che hanno difficoltà di apprendimento.

* Nel 1996 la Ciba-Geigy si è fusa con la Sandoz, dando origine alla Novartis, la ditta che attualmente produce il Ritalin.

I primi esperimenti al riguardo sono stati quelli fatti con la desedrina dallo psicologo Keith Connors e dallo psichiatra Leon Eisenberg in due scuole di Baltimora, nel Maryland, frequentate da ragazzi neri appartenenti ai ceti meno abbienti della città. Dopo che la sostanza era stata somministrata agli alunni, la confusione e il chiasso che di solito regnavano in quelle scuole erano diminuiti. Gli insegnanti dissero che i ragazzi a cui era stata somministrata la desedrina avevano migliorato «il comportamento in classe, l'atteggiamento nei confronti dell'autorità scolastica e la partecipazione ai lavori di gruppo». Si era trovato il modo di rendere più tollerabili le condizioni di vita nelle scuole dei ghetti⁵.

Questo risultato e altri simili hanno indotto il National Institute of Mental Health e alcune case farmaceutiche a effettuare nuove ricerche su quel tipo di farmaci. Ben presto sui giornali sono comparsi articoli su quella supposta panacea, e il numero delle sue prescrizioni ha avuto una forte impennata. Rimaneva tuttavia del tutto sconosciuto il disturbo per il quale tali farmaci venivano prescritti.

Alla fine degli anni '60 alcuni medici americani hanno sciolto il dilemma della mancanza di indicazioni, ricorrendo a uno stratagemma le cui conseguenze sono avvertibili ancora oggi: hanno deciso che si potevano usare i farmaci stessi per diagnosticare la malattia in un determinato soggetto. Erano cioè dichiarati malati i ragazzi il cui comportamento subiva modificazioni dopo che avevano ingerito il farmaco in questione. Erano invece dichiarati sani i ragazzi per quali l'uso del farmaco non dava luogo a reazioni.

È stato questo stratagemma che ha spianato la strada alla massiccia somministrazione di droghe ai ragazzi, oggi così comune. Fino alla fine degli anni '60 sarebbe stato impensabile somministrare a dei ragazzi anfetamine o sostanze analoghe

soltanto perché avevano un comportamento ribelle a scuola o in famiglia. A partire da quegli anni però la situazione si modificò: ormai si trattava di curare una sindrome. L'esistenza della malattia era stata resa possibile solo grazie alla produzione di farmaci adatti a curarla: la diagnosi era stata decisa dalla terapia. Nel 1970 il numero dei ragazzi, negli Stati Uniti, a cui venivano somministrati psicofarmaci variava da 200.000 a 300.000. Da allora il loro numero è continuamente cresciuto, non solo negli Stati Uniti ma anche in Germania⁶.

Le case farmaceutiche hanno dato al fenomeno il nome di «disturbo funzionale del comportamento», fino a che la FDA, l'autorità che negli Stati Uniti è preposta all'immatricolazione dei farmaci, non ha vietato questa denominazione inesatta. Subito la malattia è stata chiamata in un altro modo: «Disfunzione cerebrale minima», e in seguito nelle scuole materne ed elementari è diventato molto comune il concetto di «disturbo ipercinetico». Infine, nel 1987, l'Associazione degli psichiatri americani ha inventato la sigla ADHD oggi ancora in uso.

In un mercato in forte crescita in cui si realizzavano profitti miliardari, il Ritalin divenne sinonimo di psicofarmaco per ragazzi. È vero che costava più dei prodotti delle altre case farmaceutiche, ma fin dai primi tempi la ditta che lo aveva fabbricato si era assicurata una posizione di preminenza grazie a una campagna pubblicitaria molto aggressiva, che reclamizzava non solo il farmaco ma anche la malattia. Gli annunci pubblicitari mostravano aule scolastiche in cui alunni sereni stavano tranquillamente seduti nei loro banchi. L'insegnante era ritratto in piedi accanto a un ragazzo, il cui viso nella fotografia era l'unico ad apparire sfocato. «È una vittima della disfunzione cerebrale minima, una malattia che si può diagnosticare e che in generale reagisce bene alla cu-

ra», diceva il testo dell'annuncio. «E nella cura il Ritalin può svolgere un ruolo importante».

Oggi, a 30 anni di distanza, le cose non sono cambiate. La scena si è spostata in Germania, e molte case farmaceutiche fanno a gara per avere la preminenza nel giro d'affari che si è creato. Tutte dicono di voler fornire le informazioni più precise e aggiornate, e tutte puntano a fare in modo che il fenomeno dell'ADHD continui a costituire una preoccupazione costante per i medici e per la gente comune.

La casa farmaceutica Medice di Iserloh (quella che produce il Medikinet) ha finanziato un convegno di specialisti su questo tema al congresso degli psichiatri per l'infanzia e l'adolescenza tenutosi a Berlino nel marzo del 2002. Animate da uno spirito di collaborazione piuttosto insolito, le ditte concorrenti Medice e Novartis Pharma hanno sovvenzionato in comune un supplemento della rivista «Kinder- und Jugendarzt» dedicato esclusivamente al tema dell'ADHD, che reclamizza le proprietà del metilfenidato⁷.

Invece la ditta Lilly è l'unico sponsor del Gruppo di lavoro sull'ADD/ADHD che ha sede ad Amburgo. Questo gruppo, di cui fanno parte esperti favorevoli all'uso dei farmaci per curare l'ADHD, tende a «espandersi su tutto il territorio tedesco» e ha pubblicato un manuale per medici, genitori e insegnanti. Il gruppo di lavoro tiene molto al rapporto con gli insegnanti: ha in cantiere corsi di aggiornamento per essi e cerca quindi di coinvolgere le autorità scolastiche di Amburgo nella sua campagna pubblicitaria. La Lilly ha sovvenzionato un simposio sul tema «Ragazzi e adolescenti irrequieti», che si è svolto addirittura con il patrocinio del presidente del distretto di Amburgo⁸.

L'impegno finanziario della Lilly potrebbe avere un retroscena meno nobile di quanto la ditta vorrebbe far credere.

Essa infatti intende chiedere a breve scadenza l'autorizzazione a mettere sul mercato un suo psicofarmaco per ragazzi, che dovrebbe fare concorrenza al Ritalin. Il preparato della Lilly, che si chiamerà Atomoxetin, dovrebbe migliorare «il comportamento in società e in famiglia» dei ragazzi (così dice la rivista specializzata «Ärztliche Praxis») e i suoi effetti collaterali sarebbero molto meno gravi di quelli del Ritalin. Negli Stati Uniti il nuovo prodotto è già in vendita. Infine anche la ditta Janssen-Cilag presenta un nuovo farmaco chiamato Concerta. Il prodotto, da poco autorizzato in Germania, agisce sul cervello dei ragazzi per 12 ore, vale a dire per tutta la giornata.

Mentre l'industria farmaceutica con le sue campagne pubblicitarie si spartisce i mercati odierni e futuri, i genitori preoccupati si chiedono che cosa sia in realtà questa somministrazione indiscriminata di psicofarmaci ad alunni delle scuole elementari: una benedizione o uno scandalo?

Il dottor Klaus Skrodzki, un pediatra che esercita a Forchheim in Franconia, è un sostenitore convinto dell'uso degli psicofarmaci. «Se un bambino non si sviluppa come dovrebbe, dobbiamo intervenire con delle medicine», dice. Questo professionista preparato lavora da più di due decenni come pediatra a Forchheim, dove è stimato da tutti. È lui che ha prescritto il metilfenidato a Nina, a Felix e a molti altri bambini della cittadina e dei paesi dei dintorni.

Il fatto che Skrodzki sia diventato un pioniere per quanto riguarda l'uso del Ritalin in Germania, è legato alla vicenda vissuta da suo figlio Florian, che oggi ha 27 anni. «Già alla scuola materna il suo comportamento dava nell'occhio. Non era capace di disegnare, e non riusciva a far bene molte altre cose», racconta il padre. Alla scuola elementare Florian non riusciva a seguire le lezioni. Dopo sei settimane suo padre lo

ha tolto dalla scuola e lo ha fatto visitare da un collega, che gli ha prescritto il metilfenidato. Da allora sono passati 20 anni.

Il profitto scolastico di Florian ha continuato comunque a essere modesto: il ragazzo non ha conseguito alcun diploma, anche se negli anni successivi al suo ritiro dalla scuola ha frequentato due corsi di addestramento professionale, uno da giardiniere e l'altro da allevatore di cavalli. Oggi tiene in ordine le stalle in una scuderia e insegna a cavalcare ai ragazzi. Sua madre dice di lui: «Si trova più a suo agio con i cavalli che con le persone».

Il dottor Skrodzki è sicuro che i ragazzi troppo irrequieti e distratti debbano essere curati con i farmaci. «Col metilfenidato si dà al ragazzo la possibilità di mostrare che cosa è capace di fare», dice. Se gli si chiede che cosa abbiano di caratteristico i ragazzi affetti da ADHD, risponde: «Quando vengono qui nello studio a farsi visitare, a volte riescono a mandarmi in bestia». Ma poi aggiunge: «Però spesso sono molto più interessanti degli altri ragazzi».

Il dottor Skrodzki prescrive il metilfenidato anche a pazienti che non hanno ancora compiuto i sei anni, anche se la stessa ditta che produce il farmaco consiglia di non farlo. Il paziente più giovane a cui ha prescritto il metilfenidato aveva tre anni. «Temevo che sua madre lo uccidesse», si giustifica il medico.

Invece il dottor Dietrich Schultz, che da 20 anni esercita come pediatra nella località bavarese di Wolfartshausen, constata con crescente disagio che le prescrizioni di metilfenidato si fanno sempre più frequenti. Qualche volta anche questo medico, che oltretutto è psicanalista, ha prescritto uno psicofarmaco a dei ragazzi, perché «in certi casi lo psicofarmaco è efficace». Però aggiunge preoccupato che le

comprese «vengono prescritte troppo di frequente». Osserva che «l'ADHD è una costruzione teorica. Si definisce con questa etichetta un tipo di comportamento infantile provocato dalla nostra società. In questo modo si impone l'etichetta a un'intera generazione di ragazzi». Il dottor Schultz sospetta inoltre che il farmaco venga somministrato ai ragazzi senza alcuna terapia aggiuntiva: «Il medico che somministra questa medicina da sola commette un errore professionale». E i pediatri che la pensano come Schultz ritengono che proprio questo fatto abbia conseguenze fatali per i ragazzi che assumono il metilfenidato. Per essi potrebbe essere come dichiararli affetti da un handicap psichico ed emotivo.

Il contrasto che su questo tema divide i pediatri è caratteristico della veemente guerra di religione che mette gli uni contro gli altri psicologi, terapisti, insegnanti, genitori, nonni e uomini politici. Dietro alla massiccia somministrazione di farmaci a bambini e ragazzi si cela un reale aumento di casi patologici di disadattamento? Oppure gli psicofarmaci hanno solo il compito di nascondere le difficoltà che in Germania sono così frequenti in famiglia e a scuola?

Una cosa è certa: gli inventori di malattie ce la mettono tutta a presentare come psichicamente disadattati, disturbati o malati quanti più bambini e ragazzi possono. «Paure: un ragazzo su sette ne soffre»: ecco il titolo usato dall'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia in un suo comunicato stampa. Peccato che il comunicato stampa, che è sponsorizzato da quattro case farmaceutiche, non citi alcuna fonte che avvalori un'affermazione così forte⁹.

Sembra che a volte siano sufficienti determinate condizioni di vita a fare di un ragazzo un malato. Lo psichiatra Richard Gardner è del parere che il numero crescente di divorzi porti alla diffusione della Parental Alienation Syndrome. È noto da

tempo che i ragazzi possono soffrire a causa della separazione dei loro genitori, ma possiamo veramente dire che una sofferenza del genere rappresenti una malattia a sé stante?

Il confine che separa l'invenzione delle malattie dalla satira è quanto mai indefinito. Nel 1985 Jordan Smoller, un ricercatore della Pennsylvania University, in un suo lavoro molto apprezzato scriveva che l'infanzia era «una sindrome solo da poco tempo presa seriamente in considerazione dai clinici». Tra i sintomi più gravi Smoller annovera l'«immaturità» e il «nanismo». Dice che ci sono ben note quelle «piccole creature strepitanti». «Va tuttavia detto che il trattamento medico per i bambini e i ragazzi era sconosciuto prima di questo secolo, epoca in cui sono diventati di moda i cosiddetti “psicologi” e “psichiatri dell'età evolutiva”». Smoller dice poi che si rivela particolarmente difficoltoso il trattamento dei «bambini in tenera età». Essi sono «noti per il loro comportamento infantile e perché dimostrano di avere una sconcertante mancanza di discernimento»¹⁰.

Ragazzi a tu per tu con la droga

Il funzionario incaricato dal governo tedesco di occuparsi dei problemi relativi alla droga, Marion Caspers-Merk, affronta questo tema con evidente disagio. «Ogni anno il consumo raddoppia», dice stupita, e vuole che siano analizzate le cause di una crescita così rapida. Stranamente nel 2000 lo psicofarmaco è stato spesso prescritto in maniera molto differenziata nei diversi stati della Repubblica Federale Tedesca: molto più frequentemente a Brema e ad Amburgo che in Renania Settentrionale-Vestfalia o in Sassonia-Anhalt.

Spesse volte il farmaco è prescritto ai ragazzi da medici che non hanno alcun titolo per farlo. La signora Caspers-Merk ha fatto controllare tutte le ricette di metilfenidato che sono state reperite in 200 farmacie dette di riferimento. È risultato che una su tre di queste ricette non era stata redatta da pediatri o da psichiatri, bensì da medici di laboratorio, radiologi, otorinolaringoiatri, ginecologi e in un caso persino da un dentista. La signora Caspers-Merk ritiene quindi che «non è sempre garantito che la diagnosi che comporta una prescrizione di metilfenidato sia fatta in maniera corretta»¹¹.

Marion Caspers-Merk non è la sola a fare riflessioni del genere. Vi sono sempre più medici e terapeuti che appaiono critici nei confronti di un'inflazione così evidente delle prescrizioni. Specialisti quali la dottoressa Ulrike Lehmkuhl dell'ospedale berlinese della Charité o il dottor Norbert Veelken del Klinikum Nord di Amburgo verificano sempre più spesso i casi di ragazzi che assumono il metilfenidato perché è stata loro fatta una diagnosi sbagliata. Anche quando nei ragazzi si notano indizi gravi che possono far pensare all'esistenza di disturbi dell'attenzione, soltanto in un caso su tre è giustificato l'uso di farmaci.

Occorre impedire che vengano prescritti indiscriminatamente psicofarmaci, visto che il supposto quadro clinico che giustifica il ricorso a essi resta così vago. Il marchio di paziente affetto da ADHD, così gravido di conseguenze per il futuro di un ragazzo, è sempre legato al giudizio soggettivo del medico. Tuttavia i criteri diagnostici per un certo tipo di comportamento si riferiscono a caratteristiche che sono riscontrabili in molti ragazzi sani, se non in tutti. «Spesso sembra che non stia a sentire quando gli si rivolge la parola», «sovente ha difficoltà a organizzare le sue attività e i suoi impegni», «dà spesso risposte imprevedibili»: si tratta di sinto-

mi di una malattia o piuttosto di una serie di comportamenti che danno sui nervi agli adulti, o per lo meno ad alcuni di essi?

Molte volte neppure i medici sanno bene come comportarsi e usano in maniera errata strumenti diagnostici comunque discutibili. Anche quelli che individuano l'ADHD senza porsi troppi problemi ammettono che almeno un terzo dei ragazzi che essi giudicano irrequieti sono vittime di una moda oggi imperante¹². Anche le differenze esistenti in questo campo tra i diversi paesi del mondo, indicano con quanta discrezionalità venga affibbiata l'etichetta di persona malata ai ragazzi. In base a ricerche fatte, sembra che in Brasile il 5,8% dei ragazzi soffra di ADHD, mentre in Finlandia la percentuale è del 7,1 e negli Emirati Arabi Uniti pare che i disturbi dell'attenzione riguardino il 14,9% dei ragazzi. Nessuno sa quali siano i motivi che stanno alla base di queste differenze¹³.

Stando ai criteri seguiti dai medici che diagnosticano l'ADHD senza farsi troppe domande, che sono poi criteri di valutazione standardizzati, negli Stati Uniti addirittura la metà dei ragazzi a cui viene somministrato il metilfenidato non è malata di ADHD. Oggi nel paese in cui sono più numerosi i casi di ragazzi affetti da disturbi dell'attenzione si consuma l'80% del metilfenidato prodotto nel mondo. Lì l'ADHD fa parte del quotidiano, alla stregua di Burger King e di McDonald's: i ragazzi segnalati come affetti da ADHD sono cinque milioni. Vi sono scuole negli Stati Uniti che ricevono una sovvenzione annua di 400 dollari per ogni paziente riconosciuto, come indennità per gli alunni particolarmente indisciplinati. Nel 1999 un tribunale ha addirittura condannato una coppia di genitori a somministrare il farmaco al figlio, un bambino di sette anni. La Celltech, una ditta

che produce un farmaco a base di metilfenidato, ha fatto pubblicità al suo preparato usando il seguente slogan: «Una compressa cura l'ADHD per tutta la giornata trascorsa a scuola».

Attualmente il National Institute of Mental Health finanzia addirittura uno studio clinico realizzato in alcune scuole materne su un campione di più di 300 bambini in tenera età. I bambini sottoposti ai test, dell'età dai tre ai cinque anni, devono assumere per tre anni il metilfenidato sotto controllo medico¹⁴.

Non tutti però condividono la credenza che a lungo termine il metilfenidato aiuti effettivamente i ragazzi a studiare meglio, anche perché fino a ora non disponiamo di studi relativi al lungo periodo. Da una ricerca effettuata negli Stati Uniti risulta che, a lungo termine, il trattamento a base di metilfenidato non porta né a migliori prestazioni scolastiche, né a un comportamento socialmente più accettabile¹⁵.

Intanto negli Stati Uniti e in Germania medici, terapisti e genitori discutono vivacemente sull'ADHD e sulle cause che l'hanno prodotta. Tipiche della perplessità e della confusione regnanti in materia, sono le idee e le proposte rese pubbliche dai partecipanti a un convegno tenutosi in un salone del Klinikum Nord di Amburgo nell'aprile del 2002. Una madre considerava responsabili della malattia gli antidolorifici. Una psicologa sosteneva che ormai non esistono più limiti di sorta nella nostra società. Il medico che fungeva da moderatore chiamava in causa il numero crescente di madri che devono educare i loro figli senza l'ausilio della figura paterna.

È stata riesumata anche la teoria esposta tempo fa da una farmacista di Magonza, Hertha Hafer. Trent'anni fa questa donna disse di aver scoperto che la causa della di-

sattenzione nei bambini era un elemento assai frequente nei generi alimentari che consumiamo (e quindi anche nel nostro organismo): il fosfato. Decise quindi di sottoporre suo figlio Herfried a un test. Per una settimana lo aveva nutrito con normale salsiccia contenente fosfato, mentre la settimana successiva gli aveva dato da mangiare salsiccia senza fosfato.

Concluso il test, alla signora Hafer era sembrato di notare che nel periodo in cui aveva mangiato carne senza fosfato suo figlio non era apparso distratto e irrequieto come al solito. Migliaia di persone hanno creduto a questa teoria. Già alle sei del mattino molti genitori si presentavano al mattatoio di Amburgo: volevano comprare carne fresca, credendo che contenesse poco fosfato. La scienza non ha mai confermato la tesi della signora Hafer, ma questo fatto non ha nuociuto alla sua popolarità: il libro che la donna ha pubblicato sull'argomento ha già raggiunto la sesta edizione.

L'ultimo ritrovato nella lotta contro l'ADHD sono le alghe AFA, una poltiglia di batteri. Nel marzo del 2002 l'Istituto federale per la tutela della salute dei consumatori ha messo in guardia l'opinione pubblica contro il pericolo rappresentato da queste alghe, dicendo che non c'è «nessuna dimostrazione scientifica» riguardo al loro asserito potere curativo. Inoltre i batteri possono contenere sostanze tossiche, per cui «ai ragazzi non devono assolutamente essere somministrati prodotti a base di alghe AFA».

Anche se nessun medico è in grado di riconoscere una persona malata di ADHD in base alla struttura del suo cervello, negli anni passati si è diffusa una teoria secondo la quale all'origine della malattia ci sarebbe un disturbo organico¹⁶. Tuttavia per quanto riguarda la formulazione di una diagnosi, neppure con procedimenti che si avvalgono di ra-

diografie è possibile distinguere il cervello di un ragazzo normale da quello di un ragazzo iperattivo.

ADHD: un retaggio dei tempi dell'età della pietra?

Vi sono degli scienziati che sostengono di aver fatto scoperte interessanti riguardo all'ereditarietà della sindrome da ADHD, scoperte che alcune case farmaceutiche tendono a far passare come teorie universalmente accettate. Il numero speciale intitolato *Disattenti e iperattivi* della rivista «Kinderärztliche Praxis» (sostenuta finanziariamente dalla Novartis), accenna addirittura all'eventualità che l'iperattività sia un retaggio dell'età della pietra, retaggio che a quei tempi doveva essere molto utile per la caccia: «La sintomatologia dell'ADHD può essere considerata come un modello di comportamento geneticamente condizionato che nei tempi passati si è rivelato molto utile, ma che nella società odierna rappresenta un inconveniente e compromette lo sviluppo e la capacità di adattamento dei ragazzi»¹⁷.

Simili congetture sono accettate volentieri dai genitori che hanno figli disattenti e irrequieti, perché li assolvono dall'accusa di aver fallito nell'educarli. Così in occasione del convegno al Klinikum Nord di Amburgo di cui abbiamo parlato in precedenza, si è sentito un sospiro di sollievo generale quando un medico ha detto: «Affermare che l'ADHD sia provocata dall'educazione è una sciocchezza».

Dopo che per anni si sono chiesti in che cosa hanno sbagliato, molti genitori si consolano con la convinzione oggi molto diffusa che l'ADHD sia un fenomeno congenito, come lo è il lobo auricolare ingrossato. Anche Irene Braun, insegnante in una scuola media della Franconia il cui figlio or-

mai maggiorenne assume da anni il Ritalin, crede all'influenza dei geni e dice che già prima di nascere suo figlio si comportava in modo strano, scalciaava quando era ancora nella sua pancia. Anche la mamma del piccolo Felix di Forchheim è certa che suo figlio soffra di un disturbo congenito del metabolismo: «Gli manca una sostanza nel cervello».

Tuttavia medici e biologi sono concordi nel ritenere che l'ADHD non possa essere assolutamente fatta risalire al funzionamento non perfetto di un unico gene. È piuttosto una quantità di geni non ancora conosciuti che influisce sul temperamento e sulla capacità di concentrazione di un bambino.

Proprio per questo l'opinione oggi di moda secondo cui l'ADHD è una malattia congenita, non esonera affatto i genitori dal dover compiere il loro dovere. Infatti solo l'educazione, la famiglia e l'ambiente sono determinanti per stabilire se e fino a che punto una predisposizione genetica trasformerà un bambino normale in un bambino irrequieto. Perciò psichiatri dell'età evolutiva come Benno Schimmelmann della clinica universitaria Eppendorf di Amburgo parlano semmai di una «vulnerabilità genetica» dei bambini.

Ma molti dei genitori interessati al problema non vogliono sentir parlare di sottigliezze del genere, per quanto importanti possano essere. Intanto l'industria farmaceutica fa di tutto per far credere che l'ADHD sia un disturbo di natura esclusivamente biologica, che può essere curato benissimo con una compressa. Ad esempio la casa produttrice del medikinet afferma con grande disinvoltura, nella sua pubblicità, che il metilfenidato «stimola il metabolismo neurovegetativo».

Fino a oggi invece non si è ancora capito che cosa in realtà provochi il metilfenidato nel cervello ancora in formazione dei bambini. Anche se la sostanza è somministrata a pazien-

ti irrequieti già da 50 anni, soltanto nell'estate del 2001 Nora Volkow, una psichiatra del Brookhaven National Laboratory di New York, ha potuto formulare alcune ipotesi riguardo alle conseguenze della presenza del metilfenidato nel cervello. La sostanza blocca determinate proteine, facendo così aumentare la concentrazione di dopamina nelle sinapsi e producendo nell'organismo lo stesso effetto della cocaina¹⁸.

Il metilfenidato lascia tracce nel cervello

Il metilfenidato non sembra causare dipendenza alcuna in chi l'assume, se l'assunzione viene effettuata tramite compresse. Esso infatti agisce sull'organismo molto più lentamente della cocaina e non provoca il «brivido» che è tipico di quest'ultima sostanza. Però, come abbiamo già detto, l'uso del metilfenidato in quanto anfetamina è regolato dalla legge relativa agli stupefacenti. Esso dev'essere prescritto secondo i criteri restrittivi che regolano ad esempio l'uso della morfina: rilascio di tre diverse ricette mediche e obbligo di conservare le prescrizioni per dieci anni.

Nell'elenco dei farmaci redatto dall'Associazione tedesca delle industrie farmaceutiche (la cosiddetta «lista rossa»), sono enumerati i possibili effetti collaterali dovuti al Ritalin: stati d'eccitamento psicomotorio, ansia, insonnia e mania di persecuzione. Nel caso in cui si interrompa di colpo l'assunzione del farmaco dopo averne fatto uso per molto tempo, può verificarsi una sindrome da astinenza. Inoltre il Ritalin può provocare fenomeni di inappetenza in molti bambini. Jasmin, una bambina di sette anni di Norderstedt, una località dell'Holstein, ha sperimentato sulla propria pelle quanto possano essere gravi gli effetti collaterali di questo farmaco.

«Aveva le mani che tremavano, si mordeva a sangue le labbra e di notte si contorceva nel letto per i dolori al ventre», dice suo padre. Dopo tre mesi di cura, l'uomo ha smesso di dare il Ritalin alla figlia e ora è alla disperata ricerca di una terapia che non preveda l'uso di simili compresse. Occorre infine dire che si sospetta che la somministrazione continua di metilfenidato impedisca una normale crescita dei bambini: in base a uno studio che è stato fatto al riguardo, sembra che in due anni i bambini che abitualmente assumono la sostanza suddetta crescano mediamente 1,5 centimetri meno dei bambini che non ne fanno uso¹⁹.

Anche il timore di conseguenze che potrebbero manifestarsi molto tempo dopo che il farmaco è stato somministrato fa sì che molti medici e genitori siano restii a farne uso. I farmaci modificano le condizioni in cui si sviluppa il cervello dei bambini. È infatti ormai certo che il metilfenidato lascia tracce durevoli nel cervello. Quindi questa sostanza esercita la sua influenza sui diversi geni che si trovano nelle cellule nervose. Un gruppo di lavoro diretto dal neurologo Gerald Hüther di Göttingen, facendo esperimenti su alcune cavie, ha riscontrato modificazioni nel loro cervello. I ricercatori avevano somministrato il metilfenidato a dei giovani topi, avevano fatto loro raggiungere l'età adulta e poi ne avevano esaminato il cervello: in un'area ridotta di quest'ultimo il numero dei vettori di dopamina si era ridotto della metà²⁰.

Secondo il dottor Hüther il metilfenidato potrebbe provocare una carenza di dopamina, e quindi a lunga scadenza potrebbe portare all'insorgere del morbo di Parkinson. Il neurologo di Göttingen in un suo studio molto citato, e anche molto contestato, dice che se si somministra il metilfenidato ai bambini si corre «il rischio di aumentare le probabilità che insorga» la tanto temuta malattia²¹. Caratteristico di

questa disputa sull'uso del metilfenidato è il fatto che chi prende le distanze dall'interpretazione di Hüther, che tanto spaventa la gente, è proprio Aribert Rothenberger, un collega di Hüther che ha esaminato insieme a lui il cervello delle cavie. Rothenberger, direttore dell'Istituto di psichiatria dell'età evolutiva di Göttingen, in una lettera aperta indirizzata a molti genitori disorientati ha scritto che gli allarmi lanciati da Hüther dovrebbero «la loro forza di persuasione» a una «mescolanza di congetture e mezze verità».

Il politologo americano Francis Fukuyama si oppone decisamente alla dilagante medicalizzazione dei problemi dell'infanzia. Oggi negli Stati Uniti non solo il metilfenidato, ma anche farmaci per curare l'ansia e le psicosi, rimedi per stabilizzare l'umore e antidepressivi sono prescritti ai bambini e agli adolescenti in misura doppia rispetto a dieci anni fa. La FDA, l'Autorità statunitense preposta all'immatricolazione dei farmaci, ha ammesso l'uso del Prozac, la cosiddetta pillola della felicità, per i giovani tra i 7 e i 17 anni affetti da depressione e da difficoltà in campo relazionale²². Fukuyama condanna l'uso eccessivo dei farmaci e propone di avere più coraggio nell'educazione dei giovani. Ammette che è «difficile riuscire a sopportare il dolore e la sofferenza». Tuttavia i giovani dovrebbero imparare ad affrontare anche le difficoltà psicologiche più gravi senza l'ausilio degli psicofarmaci. D'altronde solo se si sperimentano gli abissi dell'animo umano si può avvertire in se stessi il nascere di «buoni sentimenti» quali la simpatia, la compassione, il coraggio e la solidarietà. Fukuyama critica l'uso di qualsiasi tipo di terapia farmacologica per curare i problemi psichici. Secondo lui la società moderna corre il rischio di privarsi di ogni prospettiva di sviluppo se in futuro cercherà con l'aiuto degli psicofarmaci di creare l'uomo standard, capace di funziona-

re in ogni occasione. «Tutta la gamma dei sentimenti sgradevoli e imbarazzanti che conosciamo può essere anche il punto da cui partire per sviluppare la creatività, il miracolo e il progresso.»

Agli occhi di Fukuyama il metilfenidato non è altro che uno «strumento per il controllo sociale». Il farmaco allevia la «fatica ai genitori e agli insegnanti e toglie a coloro ai quali è diagnosticata l'ADHD la responsabilità di porre rimedio alla propria condizione». Il politologo lamenta che mentre un tempo il carattere veniva formato con «l'autodisciplina e la volontà di lottare contro ciò che era sgradevole e contro le inclinazioni sbagliate, oggi si ricorre a una scorciatoia fornita dalla medicina per ottenere lo stesso risultato»²³.

Si può essere d'aiuto ai ragazzi anche senza ricorrere ai farmaci, ad esempio apportando alcuni cambiamenti alle abitudini quotidiane. Possiamo citare al riguardo l'esempio di un giovanotto inglese che, verso la fine del XIX secolo, andava a scuola e secondo i criteri di oggi si sarebbe potuto classificare come iperattivo. Per poter sfogare il surplus di energia che sentiva dentro di sé, il giovanotto ottenne dai suoi insegnanti il permesso di compiere dopo ogni ora di lezione un giro di corsa attorno all'edificio scolastico. In questo modo il tran tran quotidiano diventava sopportabile, tanto a lui quanto ai suoi insegnanti. In seguito, comunque, egli rinunciò del tutto all'attività sportiva. Si chiamava Winston Churchill²⁴.

¹ Citazione da J. Blech, K. Thimm, *Kinder mit Knacks*, «Der Spiegel», n. 29, 2002.

² Fonte: comunicato stampa dell'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia del novembre 2002.

³G. Brown, *The Next Wave of Psychotherapeutic Drugs: A New Generation of Drugs Are in Development to Tackle a Wide Range of Mental Illnesses*, «Med Ad News», n. 21, 2002, p. 38.

⁴Citazione da J. Swanson, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder*, «The Lancet», n. 351, 1998, pp. 429-433.

⁵P. Schrag, D. Divoky, *Il mito del bambino iperattivo e altri strumenti di controllo del bambino*, Feltrinelli, Milano 1978.

⁶*Ivi*.

⁷Il supplemento della rivista «Kinder- und Jugendarzt» (n. 1, 2002) fu pubblicato col titolo: *Sei ruhig - träum' nicht - hör endlich zu (Stai calmo, non sognare, sta' a sentire!)*.

⁸Fonte: il programma del simposio che ebbe luogo il 19 ottobre 2002.

⁹Comunicato stampa dell'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia del marzo 2002. Stando a quanto riportato in calce, questo «comunicato stampa» fu pubblicato grazie col sostegno finanziario delle ditte Astra Zeneca, Aventis Pharma Deutschland, Lilly, Novartis Pharma e Organon.

¹⁰J. Smoller, *The Etiology and Treatment of Childhood*, «Journal of Polymorphous Perversity», n. 2, 1985, pp. 3-7.

¹¹Citazione da J. Blech, K. Thimm, *Kinder mit Knacks*, «Der Spiegel», n. 29, 2002.

¹²Fonte: «Der Spiegel», n. 29, 2002.

¹³Fonte: *ivi*.

¹⁴S. Stolberg, *Preschool Meds*, «New York Times Magazine», 17 novembre 2002.

¹⁵Swanson, *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* cit., pp. 429-433.

¹⁶R. Barkley, *Hyperaktive Kinder*, «Spektrum der Wissenschaft», n. 8, 2000.

¹⁷Numero speciale *Unaufmerksam und hyperaktiv (Disattenti e iperattivi)* della rivista «Kinderärztliche Praxis» del 15 gennaio 2001.

¹⁸N. Volkow, *Therapeutic Doses of Oral Methylphenidate Significantly Increase Extracellular Dopamine in the Human Brain*, «The Journal of Neuroscience», n. 21, 2001.

¹⁹J. Elia et al., *Treatment of Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder*, «New England Journal of Medicine», n. 340, 1999, pp. 780-787.

²⁰G. Moll, *Early Methylphenidate Administration to Young Rats Cause a Persistent Reduction in the Density of Striatal Dopamine Transporters*, «Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology», n. 11, 2001, pp. 15-24.

²¹G. Hüther, *Kritische Anmerkungen zu den bei ADHD-Kindern beobachteten neurobiologischen Veränderungen und den vermuteten Wirkungen von Psycho-*

stimulanzen (Ritalin), «Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie», n. 112, 2001, p. 471.

²² K. Brown, *The Medication Merry-Go-Round*, «Science», n. 299, 2003, pp. 1646-1649.

²³ F. Fukuyama, *Life, But Not as We Now It*, «New Scientist», 20 aprile 2002.

²⁴ Fonte: «Geo», n. 3, 2003.

La sindrome da femminilità

Il giorno 27 luglio 1872 ha rappresentato una svolta cruenta per la ginecologia. In quella data il professor Alfred Hegar, docente di ostetricia e ginecologia all'Università di Friburgo, ha asportato le ovaie sane a una donna di 27 anni di Kenzingen che lamentava dolori al basso ventre nel periodo delle mestruazioni. Era stata la stessa donna «a voler essere operata, dopo che per due anni sul suo organismo erano state praticate senza successo tutte le cure possibili»¹. Due giorni dopo l'intervento la paziente morì, vittima di una peritonite.

La castrazione con esito fatale contrassegna l'inizio di una ginecologia aggressiva. In precedenza i ginecologi avevano praticato una medicina dolce, ma visti i progressi della chirurgia nel corso del XIX secolo hanno cominciato a eseguire operazioni difficili. All'inizio era molto praticata l'ovariectomia, vale a dire l'asportazione di una o di entrambe le ovaie, ma ben presto al repertorio dei medici si aggiunse l'asportazione dell'utero (isterectomia).

Con tali amputazioni si sarebbero dovuti curare disturbi fisici, ma soprattutto psichici. Negli anni che vanno dal 1850 al 1900, tutta una scuola di ginecologi e psichiatri era del parere che «stati e processi patologici degli organi genitali fem-

minili possono essere causa di pazzia», per usare le parole del ginecologo tedesco Louis Mayer². Si riteneva che il modo migliore per curare la pazzia originata dagli organi genitali femminili fosse un drastico intervento chirurgico.

Dopo gli inizi incerti di cui abbiamo parlato, la ginecologia ha conosciuto un notevole sviluppo. Oggi tutti i periodi critici che, per motivi naturali, la donna deve affrontare nel corso della sua esistenza sono considerati problemi clinici: la pubertà, la gravidanza, il parto, i giorni che precedono il ciclo mestruale (sindrome premestruale), le mestruazioni e naturalmente la menopausa. La psicologa Petra Kolip osserva che

il punto centrale della questione non è tanto il fatto che si prescrivano dei farmaci alle pazienti per curare malattie o per alleviare disturbi, quanto piuttosto la constatazione che i confini tra ciò che è ritenuto sano e ciò che è ritenuto malato si sono talmente spostati da far sì che processi fisici un tempo definiti «normali» siano oggi considerati patologici, di modo che risulta essere molto ampliato l'ambito di intervento della medicina, e non sempre a beneficio delle pazienti.³

Persino la mancanza di figli è considerata una malattia, e in ogni caso le casse malattia pagano ormai i primi esperimenti effettuati nel labirinto della medicina riproduttiva. Negli anni passati sono state messe a punto tecniche sempre più avanzate per consentire a molte coppie di realizzare il sogno di avere un figlio. In Germania, in media ogni 50 minuti nasce un bambino procreato artificialmente.

Una delle prime volte in cui è stato usato il concetto di «medicalizzazione» riguarda proprio la ginecologia. Il termine lo troviamo in un articolo pubblicato nel 1970 dal

«New England Journal of Medicine», in cui si riporta il caso di alcune adolescenti, sessualmente attive, che vengono visitate da un gruppo di medici. Questi controllano lo stato generale dell'organismo, il pube e i denti delle ragazze e le sottopongono ad analisi del sangue e delle urine. Segue una visita a domicilio fatta da un'infermiera. Già a quel tempo si diceva che si trattava di «una medicalizzazione del sesso, probabilmente assurda»⁴.

Dal ginecologo per tutta la vita

Sembra ormai del tutto naturale che le ragazze vadano dal medico non appena hanno il primo ciclo mestruale. Il medico controlla che «tutto sia in ordine». Un legame così precoce con la medicina non è certo avvenuto per caso: nel 1978 è stato fondato un «gruppo di lavoro per la ginecologia dell'età evolutiva», che aveva lo scopo di convincere possibili clienti a farsi visitare. In precedenza alcune case farmaceutiche, tramite opuscoli, avevano consigliato ai ginecologi di fissare all'interno dell'orario di ricevimento del loro studio spazi di tempo riservati alle adolescenti, per abituare le donne di domani a sottoporsi quanto prima a visite ginecologiche a scadenza regolare. Oggi le ditte si rivolgono direttamente alle ragazze, magari tramite riviste distribuite gratuitamente che si possono trovare negli studi dei ginecologi. «Informati sugli orari di visita riservati alle teen-ager», consiglia il giornale intitolato «Women's Health», che stando a quanto riportato in calce è pubblicato «col sostegno esclusivo della Grünenthal». Nell'editoriale si può leggere quanto segue: «Il ginecologo diventa colui che fa da guida alle pazienti in ogni periodo della loro vita, e non di rado le ac-

compagna per un lungo tratto dell'esistenza, dalla giovinezza fino alla terza età»⁵.

Nei circoli femministi si parla della prima visita ginecologica come di un rito iniziatico del mondo occidentale. La sociologa Eva Schindele considera la prima visita ginecologica a cui una ragazza si sottopone come «l'introduzione in una cultura in cui la sua femminilità è definita e controllata dai maschi».

E in effetti sono di solito medici maschi che decidono quali processi fisici che concernono le donne debbano essere considerati malati. Già alla fine degli anni '60 un medico americano di nome Wright si era dichiarato favorevole all'asportazione dell'utero nelle donne anziane, perché vedeva in questa operazione una misura profilattica: «L'utero diventa un organo inutile, che perde sangue, crea problemi e può anche provocare il cancro, un organo che perciò dovrebbe essere asportato»⁶.

L'asportazione dell'utero è oggi l'intervento chirurgico più frequente effettuato sulle donne che hanno superato una certa età. «Sembra quasi che l'asportazione dell'utero sia diventata una parte integrante della menopausa, come se a partire da un determinato momento della vita di una donna quell'organo diventasse superfluo», osserva l'esperto di problemi sanitari Klaus Müller⁷.

Ogni anno in Germania si effettuano circa 160.000 interventi di asportazione dell'utero, ma secondo alcuni esperti almeno 60.000 di essi sono superflui. Di regola l'intervento dovrebbe migliorare la qualità della vita del paziente, ma soltanto in alcuni casi, che vanno dal 10 al 15% del totale, esso è compiuto per combattere malattie serie o addirittura mortali come il cancro. Nella maggior parte dei casi i sintomi dichiarati dalle pazienti sono mestruazioni abbondanti o

irregolari, oltre a dolori e senso di pesantezza al basso ventre. Tuttavia tali sintomi possono presentarsi anche quando non siano stati diagnosticati particolari stati patologici, come dimostra una ricerca effettuata al riguardo in Gran Bretagna. I ricercatori inglesi hanno preso in esame il caso di donne alle quali era stata praticata l'isterectomia perché avevano il ciclo mestruale irregolare. È stato però constatato che nel 40% dei casi gli organi asportati erano assolutamente sani⁸.

Mediamente nel periodo di vita che va dai 40 ai 50 anni, in una donna su cinque si ha la formazione di un tumore benigno sulla parete uterina. La comparsa di questi miomi è il motivo più frequente per il quale si decide di compiere un intervento chirurgico. La formazione di tali tumori è provocata da un ormone ovarico chiamato estrogeno. Poiché nel periodo della menopausa la produzione di estrogeno da parte dell'organismo diminuisce, ecco che allora la crescita dei miomi si arresta e a volte la loro dimensione si riduce alquanto. Questo processo naturale nell'organismo della donna si blocca se la menopausa viene sospesa con una terapia ormonale. Una costante immissione di ormoni nell'organismo della donna può causare un'ulteriore crescita di miomi, di modo che «a partire da una determinata grandezza e diffusione di questi, l'asportazione dell'utero diventa inevitabile a causa dei dolori che la paziente avverte e dei danni che potrebbero essere arrecati a organi adiacenti», come dice Klaus Müller. La medicalizzazione della menopausa porta quindi a vere e proprie malattie che ne sono la conseguenza.

Il numero degli interventi di isterectomia è dato dal fabbisogno dei medici. Un tempo, in Germania, per ottenere la specializzazione in ginecologia un medico doveva aver effettuato all'incirca 30 isterectomie. In seguito le norme relative al tirocinio non hanno più annoverato tale operazione

tra quelle obbligatorie, per cui si è verificata anche una diminuzione del numero di interventi di asportazione dell'utero. Va detto che in Francia, ad esempio, l'isterectomia è molto meno praticata che in Germania⁹. Alla base di questa differenza vi sono ragioni culturali: i medici francesi concentrano la loro attenzione sulla persona nel suo complesso e si sforzano di conservare in salute tutto l'organismo, il cosiddetto «terreno».

Più che le necessità della medicina sono dunque le abitudini e le preferenze dei medici quelle che decidono se l'utero di una donna è sano o malato.

Un nuovo sistema periodico

«La sofferenza tipica della donna si è impadronita del mio corpo, spero che gli dei strappino da me questo male»: queste sono le parole che una donna babilonese ha inciso su una tavoletta d'argilla circa 3000 anni prima della nascita di Cristo¹⁰. La fine dei giorni critici tanto bramata da quella sconosciuta è ormai imminente. I medici e non gli dei hanno deciso di eliminare le mestruazioni. Secondo il loro parere questo fenomeno naturale non ha più motivo di esistere. «Si tratta di un'inutile perdita di sangue», scrive lo specialista brasiliano Elsimar Coutinho¹¹. Anzi, sembra che le mestruazioni siano addirittura dannose per la salute delle donne. «Molte donne vivono un'esistenza faticosa e difficile», spiega il dottor David Grimes della University of Northern California¹². Non ci sarebbe quindi niente da obiettare se i medici cercassero almeno di eliminare questo fastidio.

Il nuovo sistema periodico è facile da realizzare: se le donne assumono ormoni sotto forma di normali pillole anti-

concezionali ogni giorno e senza interruzioni, possono eliminare le mestruazioni per mesi e addirittura per anni. Tuttavia il farmaco è dosato in modo che a 21 giorni dall'inizio del trattamento la donna può anche non prendere più pillole, oppure prendere soltanto quelle che non contengono principi attivi. Ecco che allora il quadro ormonale si abbassa rapidamente e la donna inizia a perdere sangue. Questo tipo di mestruazioni dovuto alla soppressione della pillola non ha niente a che vedere con le mestruazioni vere e proprie, e per milioni di donne, come effetto collaterale dell'uso della pillola, a volte addirittura non si verifica.

Elsimar Coutinho e i suoi epigoni vogliono fare di questa eccezione una regola. Secondo loro le donne dovrebbero prendere la pillola non solo per assicurarsi il controllo delle nascite, ma per disporre di una vita più libera e, a quanto dicono, più sana, senza l'assillo delle mestruazioni mensili. Essi dicono chiaro e tondo che le mestruazioni sono il peggiore flagello che le donne devono sopportare, e ai dolori che immancabilmente compaiono in quel periodo o ai gravi disturbi tipici del ciclo mestruale (dismenorrea), aggiungono anche i disturbi della sindrome premestruale, vale a dire tipici dei giorni che precedono quelli critici.

I primi prodotti in grado di bloccare il ciclo mestruale sono già in vendita. Piccole dosi di ormoni inserite sotto la pelle e una serie di iniezioni inibiscono le mestruazioni per molte settimane. Allo stesso modo funziona il preparato chiamato Seasonale, che la ditta americana Barr Laboratories intende mettere sul mercato. Questo farmaco contiene lo stesso principio attivo della pillola ormai nota, ma consentirebbe alle donne che lo assumono di avere un ciclo di 91 giorni: per 84 giorni esso trasmette ormoni all'organismo, poi per sette giorni vi immette una pillola zuccherina. Le donne che assumessero

questo farmaco avrebbero le mestruazioni soltanto quattro volte all'anno. Gli studiosi delle case farmaceutiche trovano che tale frequenza serva a migliorare la qualità della vita delle donne e sia utile per le loro prospettive di carriera¹³.

«Quando le pazienti e i medici avranno compreso i vantaggi di questo metodo, esso diventerà il sistema giusto con cui prendere la pillola», dice la ginecologa Patricia Sulak della Texas A&M University, che si è posta come obiettivo quello di «eliminare il ciclo mestruale»¹⁴.

Per giustificare il loro attacco al flusso mensile, i ricercatori sostengono che la donna dei nostri giorni è un prodotto difettoso dell'evoluzione. Secondo loro è innaturale che in un paese industrializzato le donne abbiano 450 mestruazioni nel corso della loro vita. Le donne dell'epoca preistorica ne avevano soltanto 160. Ma il paragone zoppica: infatti le donne di quei tempi da un lato avevano un'aspettativa di vita molto più breve delle donne d'oggi, e dall'altro erano incinte molto più spesso.

Una malattia chiamata gravidanza

In Germania una donna che si trovi in stato interessante diventa sempre più una questione che riguarda la medicina. Negli ultimi vent'anni il numero di visite mediche effettuate negli ambulatori per la prevenzione della gravidanza è cresciuto del 500%, stando alla stima della sociologa Eva Schindele¹⁵. E per quanto riguarda la statistica, essere «con gravidanza a rischio» è ormai una cosa normale: molto più della metà delle donne gravide sono classificate come tali.

Nei decenni passati le donne gravide non si ammalavano molto più di oggi. L'aumento enorme dei rischi connessi al

loro stato va piuttosto addebitato allo zelo dei medici, che adottano criteri sempre più rigorosi in presenza di un evento naturale qual è la gravidanza. Se il decorso della gravidanza è regolare, la donna deve farsi visitare dal medico dieci volte. Ogni due settimane le viene controllato il peso, la pressione sanguigna e l'urina e le viene fatta l'analisi del sangue. Vengono anche controllati lo stato dell'utero della madre e, per quanto riguarda il feto, il battito del cuore e la posizione nel ventre materno. Alle future madri che abbiano valori che non corrispondono alla norma, valori comunque stabiliti arbitrariamente, viene aggiunta un'annotazione nelle pagine dedicate ai «rischi collegati alla gravidanza» del libretto sanitario.

In queste pagine sono elencati 52 diversi fattori di rischio. Le primipare con meno di 18 anni o con più di 35 sono considerate già di per sé a rischio, come pure le donne che hanno un peso corporeo superiore del 20% a quello che si è stabilito essere normale. I medici dedicano anche molta attenzione ai parti avvenuti col taglio cesareo, ai parti plurigemellari e a quelli dei bambini handicappati. Infine va detto che gli stessi ginecologi possono diventare un fattore di rischio. Infatti con l'aumento del numero di ambulatori medici cresce anche la quantità delle gravidanze a rischio, come ha evidenziato un'indagine effettuata nel Saarland.

La consistente cifra di fattori di rischio rende insicure le gestanti. E forse, quasi come un'infausta profezia che si realizza, è anche fonte di complicazioni. In ogni caso sembra di poter dire che per la madre, una maggiore tranquillità all'atto di mettere al mondo un figlio non possa fare che bene. In Scandinavia e in Olanda il numero delle gravidanze a rischio corrisponde a circa il 20% del totale, probabilmente perché in quei paesi le ostetriche hanno una funzione im-

portante nel campo della prevenzione. In Olanda, per parti che avvengono normalmente, l'uso dell'anestesia, dell'epiotomia preventiva e di altri procedimenti del genere è un'eccezione anche in ospedale. Il taglio cesareo si ha soltanto nel 10% dei casi, e la mortalità infantile è bassa come in Germania.

Partorire senza doglie

Victoria Beckham, 27 anni, sa con precisione quando nascerà il suo secondo figlio: il parto avverrà il 1° settembre. Stando a quanto riferisce il «Mirror», la «Posh Spice» ha scelto quella data per il taglio cesareo programmato in una clinica privata londinese, perché si colloca proprio tra due partite che suo marito David Beckham dovrà giocare in quel periodo.

«Süddeutsche Zeitung», 19 agosto 2002

È nato Romeo Beckham. Il secondo figlio della Spice Girl Victoria e del calciatore David Beckham ha visto la luce ieri.

«Süddeutsche Zeitung», 2 settembre 2002.

Venti minuti di anestesia, una piccola incisione alla parete addominale, e il bambino è in braccio alla mamma. Il taglio cesareo un tempo tanto temuto oggi è di moda. Sembra che in Germania il 43,2% delle donne sia favorevole all'intervento¹⁶. Il numero dei tagli cesarei eseguiti in Germania cresce in maniera vertiginosa: dal 6% dell'inizio degli anni '80 al 20% attuale, mentre nelle cliniche universitarie si arriva addirittura al 28%.

È vero che il più delle volte i medici decidono di praticare questo intervento perché vedono minacciata la salute del bambino o della madre. Va però detto che un numero che va dal 6 all'8% circa delle donne interessate decide di propria iniziativa di sottoporsi all'operazione. «Vi sono coppie che appena arrivate in ambulatorio chiedono informazioni sul taglio cesareo», osserva Hans-Jürgen Kitschke, direttore della clinica ginecologica di Offenbach¹⁷.

Sembra che il primo taglio cesareo al quale sono sopravvissuti sia la madre che il bambino abbia avuto luogo nella località svizzera di Siegershausen nell'anno 1500, a opera di un certo Jakob Nufer. Quest'uomo era un maestro nel maneggiare lame affilate, visto che il suo mestiere era quello di castrare i maiali (i maiali castrati ingrassano più alla svelta). Da giorni sua moglie aveva le doglie e nessuno tra le tredici levatrici e i diversi chirurghi che l'avevano visitata sapeva cosa fare. Allora decise di intervenire lui. In un resoconto dei fatti che ci è stato tramandato leggiamo quanto segue: «Poi l'uomo sprangò la porta, pregò Dio di aiutarlo e di assisterlo, stese sua moglie sul tavolo e le tagliò la pancia, non diversamente da come avrebbe fatto con un maiale».

Stando a quanto riportato, il disperato intervento di Nufer ebbe buon esito. «Il primo taglio praticato nella pancia è riuscito così bene, che si è potuto subito portare alla luce il bambino integro e sano.» La ferita della madre venne chiusa nella maniera in cui «si è soliti cucire le scarpe vecchie». La donna guarì¹⁸.

Dopo questo episodio, che sa un po' di aneddoto, l'operazione restò per secoli uno spauracchio. Nell'Europa del XIX secolo soltanto il 14% delle donne sopravviveva a un intervento del genere. La situazione mutò quando nel 1876 il ginecologo milanese Edoardo Porro introdusse un nuovo

modo di operare. Questo medico usava asportare chirurgicamente il bambino insieme all'utero ed era in grado di arrestare le emorragie. Da allora in poi metà delle donne operate riusciva a sopravvivere all'intervento.

Il metodo chiamato *inter faeces et urinam* (tra le feci e l'urina) era considerato fino ad alcuni anni fa il modo migliore di venire al mondo. Negli anni '70, nella maggior parte dei paesi industrializzati una percentuale molto bassa di bambini (dal 3 al 5%) veniva alla luce con il parto cesareo. E gli ospedali nei quali i medici ricorrevano troppo spesso al bisturi godevano di cattiva fama: era palese che in quelle sale parto non si conosceva gran che l'arte dell'ostetricia. Il parto con taglio cesareo era ritenuto pericoloso, e una madre che aveva dato alla luce il figlio in quel modo era commiserata. Essa infatti aveva «perso» il momento della nascita del suo bambino a causa dell'anestesia totale a cui era stata sottoposta. Inoltre doveva restare per due settimane a letto in ospedale per curare una dolorosa cicatrice provocata dall'intervento.

Oggi in Brasile le donne delle classi elevate considerano poco elegante partorire un figlio dalla vagina. A Rio de Janeiro 85 donne su 100 ricorrono al parto cesareo e conservano così la «vagina di una teen-ager». A Monterrey, in Messico, le donne in procinto di diventare madri fanno stampare in anticipo i biglietti che annunciano la nascita del loro figlio, con tanto di data del lieto evento. «In paesi quali l'ex Unione Sovietica, circa il 96% dei parti sono naturali», dice la ginecologa messicana Viviane Brunet. «Là la gente è abituata così, mentre qui non lo è»¹⁹. E negli Stati Uniti una donna su tre tra quelle che aspettano un figlio e hanno un'assicurazione sanitaria privata tiene conto dello slogan che dice: «Preserve your love channel, take a Cesarean»

(Tieni integro il canale dell'amore, fatti fare un taglio cesareo). In Thailandia, infine, molte donne scelgono di partorire in questo modo perché vogliono che loro figlio venga al mondo il giorno che un indovino ha stabilito essere propizio.

Il «British Medical Journal» riporta le considerazioni di alcuni esperti, i quali dicono che da alcuni anni il parto, da normale processo fisiologico, è diventato «un evento medico che ha luogo con la supervisione di un ginecologo»²⁰.

(È interessante notare come alcuni psichiatri cerchino di trarre profitto dalla tecnicizzazione del parto. L'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia, in un lavoro intitolato *L'esperienza del parto come trauma*, scrive che dopo aver subito un taglio cesareo molte madri «si sono sentite afflitte da gravi depressioni, che possono durare a lungo». E continua sostenendo che «conseguenza di ciò possono essere problemi di allattamento difficili da risolvere e l'irrequietezza dei bambini»²¹).

Da un'inchiesta condotta tra un certo numero di ostetriche è risultato che addirittura il 31% di esse farebbe partorire le gestanti col taglio cesareo, anche nel caso di gravidanze senza particolari problemi. «Il parto con il taglio cesareo è oggi diventato una vera "alternativa terapeutica" al parto vaginale», commenta Peter Husslein della clinica ginecologica dell'Università di Vienna. «Obiettivo di un'ostetricia moderna deve quindi essere quello di permettere a ogni donna di partorire nel modo che più le aggrada»²².

Oggi c'è grande concorrenza tra le sale parto degli ospedali, perché i bambini che vengono al mondo sono sempre di meno. Anche per questo motivo i medici cedono alle richieste delle future madri più di quanto sarebbe necessario dal punto di vista clinico. Il dottor Kitschke, un ginecologo di Offenbach, osserva che «chi offre il parto più confortevole ri-

ceve spesso un supplemento di onorario, e per un parto col taglio cesareo le casse malattia pagano anche il doppio di quanto pagano per un parto normale». Un parto col taglio cesareo costa mediamente 1500 euro in più rispetto a un parto naturale.

L'Organizzazione mondiale della sanità crede sia ragionevole supporre che nel mondo i parti che avvengono col taglio cesareo ammontino al 15% del totale (ricordiamo che in Germania sono il 20%). Oltre questa soglia un di più di assistenza medica non serve certamente a migliorare le condizioni di salute della donna e del bambino. In Olanda e in Svezia la quota dei parti con taglio cesareo si colloca tra il 10 e il 12%, e in quei paesi non è che le madri e i neonati corrono più pericoli che altrove.

Occorre invece dire che il parto con taglio cesareo che la donna sceglie di sua volontà comporta maggiori rischi rispetto al parto normale. Circa il 20% delle donne che scelgono questo tipo di parto dopo l'intervento ha la febbre, perché la ferita si infiamma. E il 2% dei bambini che nascono in questo modo apparentemente facile è sfiorato al viso dal bisturi e viene al mondo con uno sfregio²³. Malgrado tutti i progressi che sono stati fatti nel campo della tecnica chirurgica e anestetica, col parto avvenuto con taglio cesareo muore ancora più del doppio delle donne che muoiono col parto normale. Per citare qualche cifra, diciamo che dopo un parto avvenuto con taglio cesareo muore una partoriente su 17.000, mentre dopo un parto vaginale ne muore una su 47.000²⁴. Inoltre il parto con taglio cesareo fa lievitare i costi del sistema sanitario. Se in Germania il numero dei parti con taglio cesareo cresce dell'1%, i costi aumentano moltissimo. La dottoressa Birgit Seelbach-Göbel, primario della clinica ginecologica St. Hedwig a Regensburg, dice in proposito: «In effet-

ti la sola conseguenza di ciò, potrà essere che le donne che vorranno scegliere di partorire con il taglio cesareo dovranno pagarsi l'intervento»²⁵.

E tuttavia la marcia trionfale del taglio cesareo sembra ormai inarrestabile. Nella primavera del 2002 anche l'Associazione tedesca di ginecologia e ostetricia ha liberalizzato il «taglio cesareo scelto volontariamente». In un documento dell'associazione si legge quanto segue: «Ma anche nel caso in cui manchi un'indicazione del medico a favore del parto con taglio cesareo, a meno che esso non sia controindicato, l'ostetrico può assecondare l'esplicito desiderio della donna di partorire in quel modo»²⁶.

Un elisir miracoloso estratto dalla pipì delle cavalle

La menopausa può essere considerata una fase naturale nella vita di una donna, ma l'establishment della medicina non la pensa allo stesso modo. «Il periodo della menopausa è il più difficile da superare nella vita delle persone sposate», aveva sentenziato nel 1910 il medico slovacco Arnold Lorand. «Non soltanto per la donna, che è direttamente interessata al problema, ma in misura quasi analoga anche per l'uomo, che deve trattare la questione con la massima condiscendenza». Lorand credeva di aver scoperto un rimedio per curare i disturbi del climaterio. Secondo lui certe sostanze estratte dalle ovaie delle scrofe potevano «ritardare l'invecchiamento per un determinato numero di anni» o almeno «ridurne gli effetti, quando esso si manifestava in tutto il suo orrore».

Poco dopo, negli anni '40 del XX secolo, alcune industrie farmaceutiche hanno ottenuto in gran quantità l'estrogeno

tanto desiderato non dalle ovaie delle scrofe, bensì dall'urina delle cavalle gravide (il nome di un prodotto molto noto, il Premarin, trae origine proprio da questa scoperta: esso deriva infatti da *pregnant mares' urine*). Nel 1960 il «New England Journal of Medicine» raccomandava l'uso di ormoni per «qualsiasi donna con provata carenza di estrogeni», carenza che riguarda quasi tutte le donne che hanno superato i 50 anni d'età.

Ma soltanto il best seller *Feminine Forever* pubblicato nel 1966 negli Stati Uniti, ha trasformato l'ormone sessuale di origine animale in una droga per le masse. In quel libro il giovane ginecologo americano Robert Wilson presentava la sostanza tratta dall'urina delle cavalle come un rimedio miracoloso, che avrebbe assicurato l'eterna giovinezza. «Per la prima volta nella storia le donne, uguali agli uomini dal punto di vista biologico, possono sperare di vedere realizzate le promesse del domani... Grazie alla terapia ormonale esse possono aspirare a un maggiore benessere e a una giovinezza prolungata nel tempo.»

Wilson assolveva la sua missione anche per chi apparteneva alla categoria dei medici. «A 50 anni d'età non vi sono ovaie, non vi sono follicoli, non c'è estrogeno... Siamo davvero in presenza di una catastrofe senza remissione», pontificava nel 1972 su una rivista specializzata. Ma a suo parere l'estrogeno avrebbe potuto salvare le donne. «Non avranno più seni flaccidi e genitali raggrinziti. Vivere con loro sarà molto piacevole, non saranno né svampite né repellenti.»²⁷

Allora, tuttavia, nessuno ancora sapeva che la casa farmaceutica Weyth Ayerst aveva pagato le spese sostenute da Wilson per pubblicare il suo libro. In seguito la stessa casa ha sponsorizzato la Wilson Research Foundation, che aveva i suoi uffici in Park Avenue a Manhattan. Inoltre la

Weyth Ayerst ha dato a Wilson un compenso in denaro per le conferenze da lui tenute a gruppi di donne sulla sua teoria ormonale.

Soltanto nel 2002 i legami poco chiari che Robert Wilson aveva avuto con l'industria farmaceutica sono stati resi noti da suo figlio Ronald. La Weyth, come nel frattempo si era chiamata la ditta che aveva sponsorizzato Wilson, era ormai la più grande produttrice di ormoni nel mondo. In proposito la dottoressa Barbara Wanner di Zurigo afferma: «Colpisce che si sia incominciato a dire che la menopausa era una malattia proprio quando iniziavano a essere disponibili gli ormoni sintetici che sarebbero stati in grado di curare questo nuovo male»²⁸.

Milioni di donne si sono fatte imbrogliare dalla propaganda. Gli estrogeni sono stati definiti sostanze necessarie per vivere, e non è stata tenuta in alcun conto la questione che molte donne sopravvivono per quarant'anni anche senza di essi. Nel 1981 persino l'OMS ha accettato la nuova definizione di menopausa, classificandola come malattia dovuta a deficit di estrogeno. Non è stato tuttavia considerato il fatto che molte donne vivono sane fino a un'età molto avanzata e che in media campano molto più a lungo degli uomini.

Oggi per molte donne di una certa età che vivono nei paesi occidentali il fatto di assumere ormoni è una cosa assolutamente normale. Attualmente, soltanto in Germania, circa 4,6 milioni di donne dai 45 anni in su assumono preparati a base di ormoni. Sembrano essersi dimenticate, o addirittura non aver mai sentito parlare, del sospetto che era affiorato verso la metà degli anni '70: all'epoca vennero pubblicate due importanti ricerche, secondo le quali l'assunzione di estrogeno aumentava il rischio di ammalarsi di tumore all'utero. Ma questa notizia non riuscì a contrastare il successo

che gli ormoni stavano avendo. Medici e case farmaceutiche crearono subito un nuovo preparato a base di estrogeno e di progesterone, che si diceva non comportasse rischi per quanto riguardava il tumore all'utero. Però a metà degli anni '90 anche questo nuovo preparato cominciò a essere guardato con sospetto. Appariva infatti sempre più chiaro che questo mix di ormoni faceva aumentare il rischio di ammalarsi di tumore al seno.

Tuttavia anche in questo caso le case farmaceutiche e i ginecologi riuscirono a eliminare le paure che si erano diffuse. Alla fine del 2000 l'Associazione tedesca di ginecologia e ostetricia, e altre sei associazioni operanti in questo campo, hanno affermato che

la mortalità delle donne che hanno superato il periodo della menopausa è diminuita di circa il 50% grazie a una sostituzione di ormoni, e il merito di questo successo dev'essere attribuito soprattutto agli effetti positivi sul sistema cardiocircolatorio dei preparati a base di estrogeno. Anche il tasso di mortalità dovuto a carcinomi si è ridotto di circa il 30% grazie alla sostituzione di ormoni.²⁹

Milioni di donne si sono fidate dei medici e hanno continuato tranquillamente ad assumere ormoni.

I preparati introdotti artificialmente nell'organismo agiscono modificando un processo naturale di trasformazione in esso in corso. Già quattro anni prima che la menopausa vera e propria abbia inizio, le concentrazioni dei diversi ormoni cominciano a modificarsi. Con la menopausa, che inizia in genere verso i 50 anni, l'organismo riduce la produzione di estrogeni e anche di gestageni, gli ormoni della gravidanza. L'estrogeno è l'ormone femminile più importante:

agisce sugli organi sessuali, regola il ciclo mestruale e ha influenza anche sulla formazione della struttura ossea. Ad alcune donne questa fase della vita provoca vari problemi: esse lamentano soprattutto accessi di traspirazione cutanea durante la notte, vampate di calore, problemi circolatori, insonnia, secchezza alla vagina e irritabilità.

Le vampate di calore sono sconosciute in Giappone

In Giappone è sconosciuta quella che i medici occidentali chiamano la sindrome da menopausa. Quando alcuni anni fa Margaret Lock della McGill University di Montréal ha deciso di compiere in Giappone un'indagine su quel fenomeno, ha constatato che pochissime persone riuscivano a capire di che cosa stava parlando. Delle 1225 donne intorno ai 50 anni d'età che la ricercatrice ha interpellato, solo il 15% ha detto di soffrire di sudori notturni e di vampate di calore. I medici giapponesi ritengono che il climaterio e i disturbi a esso collegati siano un problema delle donne occidentali. Solo di recente alcune donne dei ceti più elevati che non svolgono regolarmente attività lavorativa, hanno iniziato a complicarsi la vita con l'idea fissa della menopausa, che per i medici giapponesi è soltanto una malattia oggi di moda³⁰.

Invece in Germania chi si oppone alla terapia della sostituzione ormonale è considerato uno sprovveduto. La somministrazione di estrogeni o di una combinazione di estrogeni e gestageni è ritenuta prassi normale da tutti i medici: le casse malattia tedesche pagano per questo 500 milioni di euro all'anno.

L'utilità degli ormoni sembra dimostrata almeno per quanto riguarda una loro assunzione di breve periodo.

Molte donne si sentono meglio quando capiscono che i loro disturbi sono presi sul serio e viene loro prescritto qualche rimedio.

Ancora vent'anni fa la donna che viveva il periodo della menopausa era vista come una persona cagionevole di salute, depressa e piena di paure. Ma i medici e le case farmaceutiche non si sono limitati a prescrivere ormoni solo alle donne che avevano quei problemi. Per questo a partire dagli anni '80 è stato introdotto nella mentalità comune un nuovo modo di vedere il climaterio. La menopausa è stata presentata non tanto come una fase spiacevole nella vita della donna, quanto piuttosto come un periodo in cui essa corre il rischio di contrarre tutta una serie di malattie. È possibile cogliere questo cambiamento di tendenza esaminando gli annunci pubblicitari delle case farmaceutiche. In essi la «donna in menopausa» è presentata come una persona energica e vitale, le cui invidiabili condizioni di salute sono però in pericolo. La pubblicità suggerisce che per non pregiudicare la loro salute le donne di una certa età farebbero bene ad assumere ormoni con continuità. «Il nuovo messaggio è già stato recepito» dice la dottoressa Barbara Wanner di Zurigo, «infatti vi sono donne sane che vengono da noi a farsi visitare e che ci chiedono quali sono i rischi che possono correre per la loro salute»³¹.

Negli anni scorsi i medici hanno esaltato i preparati a base di ormoni come se fossero rimedi miracolosi. Per esempio nell'autunno del 1991 alcuni epidemiologi della Harvard Medical School di Boston hanno sottolineato la straordinaria azione protettiva esercitata dagli estrogeni. Meir Stampfer, il ricercatore che coordinava il lavoro di quegli studiosi, si è dimostrato entusiasta dei risultati ottenuti dalla ricerca durata dieci anni condotta dalla sua équipe. Da tale ricerca, che ave-

va interessato 48.470 infermiere, è sembrato risultare che l'assunzione di estrogeni riducesse pressoché della metà il rischio di subire un infarto cardiaco. «Per questo motivo anche le donne sane dovrebbero assumere estrogeni dopo la menopausa.»

Proprio nello stesso periodo, un gruppo di ricercatori della clinica ginecologica dell'Università di Ulma cercava di dissipare ogni possibile dubbio sul pericolo, tanto spesso evocato, che gli estrogeni assunti per lungo tempo potessero favorire l'insorgere di tumori al seno o all'utero. Il gruppo diretto da Christian Lauritzen aveva reso noto che l'assunzione di una combinazione di preparati a base di estrogeno e gestageno era in grado di scongiurare quel pericolo. I ricercatori avevano esaminato i casi di 1402 donne per un periodo di 21 anni. Avevano inoltre notato che se i due ormoni femminili venivano assunti a piccole dosi, il numero dei casi di tumore sembrava diminuire.

Pieni di ottimismo, i ricercatori dell'Università di Ulma resero di dominio pubblico i risultati ottenuti. Sembrava infine confermato che «la sostituzione di estrogeni praticata per lungo tempo presenta notevoli vantaggi: ne è positivamente influenzato l'intero metabolismo». Per quanto riguarda il trattamento di donne in menopausa, i ginecologi avrebbero potuto fare più spesso rispetto a prima «quello che noi medici facciamo tutti i giorni: modificare la natura»³².

L'euforia aumentava ancora. Si diceva che gli estrogeni sarebbero serviti anche a curare l'osteoporosi, il morbo di Alzheimer e persino il cancro all'intestino. Si diceva che erano un rimedio poco costoso per le malattie croniche. E spesso le donne che, nonostante tutto, restavano scettiche sugli effetti della nuova terapia erano considerate irresponsabili, anche nei confronti della società. In Svizzera la casa farma-

ceutica Janssen-Cilag aveva messo a disposizione dei medici che tra le loro pazienti avevano donne in menopausa degli opuscoli, nei quali si diceva che una terapia ormonale avrebbe ridotto del 75% il rischio di fratture ossee, del 54% la possibilità di ammalarsi del morbo di Alzheimer e del 44% il pericolo di contrarre malattie dell'apparato cardiocircolatorio³³.

Il professor Christian Lauritzen dell'Università di Ulma, la cui opinione è sempre stata molto ascoltata dai medici, nel 1996 si è espresso in questi termini sulla questione: «La completa prevenzione delle conseguenze ritardate di una carenza di estrogeno (fratture dovute all'osteoporosi, infarti cardiaci e colpi apoplettici), prevenzione che è divenuta possibile con la somministrazione prolungata di estrogeno, rappresenta sicuramente uno dei più importanti progressi della medicina preventiva nell'ultimo decennio»³⁴. E il dottor Herbert Kuhl, un medico di Francoforte, è arrivato addirittura a chiedere indirettamente alle autorità preposte all'immatricolazione dei farmaci di rendere meno vincolanti le controindicazioni stampate sui foglietti delle istruzioni dei preparati a base di estrogeno e gestageno. Kuhl sospettava che le controindicazioni inducessero le pazienti a non assumere farmaci a base di ormoni o a interromperne l'assunzione prima del tempo prescritto. Nel 1994 ha scritto quanto segue sul «Deutsches Ärzteblatt»: «Queste restrizioni si ripercuotono negativamente sulla prevenzione di malattie molto diffuse come l'osteoporosi, l'arteriosclerosi e l'infarto cardiaco»³⁵.

Tuttavia il richiamo alle virtù terapeutiche degli ormoni non si basava certo su dati scientifici rigorosi. Una parte dei risultati positivi ottenuti grazie a essi è riconducibile al cosiddetto effetto «healthy user», secondo il quale le donne che assumono ormoni per lungo tempo vivono spesso con una maggiore consapevolezza delle loro condizioni di salute ri-

spetto ad altre, hanno nel loro organismo meno fattori di rischio e già prima di iniziare la cura ormonale erano più sane.

Il mito dell'ormone benefico svanisce

Nel 1990, negli Stati Uniti, la ditta Wyeth ha chiesto che gli ormoni da essa prodotti fossero riconosciuti come sostanze capaci di salvaguardare l'organismo dalle malattie cardiache. Una commissione consultiva della FDA, l'autorità competente per l'immatricolazione dei farmaci, stava già per aderire alla richiesta, quando è stata messa in minoranza da alcuni suoi membri che avevano sollevato dubbi sulla legittimità della pretesa della Wyeth. Essi volevano che fossero loro messi a disposizione dati più precisi e avevano preteso che la ditta richiedente effettuasse un'indagine clinica sul suo prodotto.

La Wyeth aveva iniziato una ricerca che non avrebbe dovuto lasciare niente al caso. Le donne oggetto della ricerca furono suddivise in due gruppi: nessuna di esse sapeva se le sarebbe stato somministrato un ormone o un preparato privo di sostanze attive, un placebo. In tutto furono coinvolte 2763 donne malate di cuore e con un'età media di 67 anni. La maggior parte dei medici e dei ricercatori erano convinti che l'esperimento avrebbe avuto successo: la ricerca programmata con tanta cura («heart and estrogen/progestin replacement study», in forma abbreviata «Hers») avrebbe sicuramente confermato che gli ormoni avevano un effetto benefico sul cuore.

Ma le cose sono andate in maniera diversa. Nel 1998, dopo che la ricerca era stata avviata da un anno, si sono manifestate conseguenze preoccupanti per le donne che avevano

problemi di infarto. Quelle alle quali erano stati somministrati ormoni soffrivano molto più spesso di complicazioni al cuore di quelle che avevano assunto un placebo. È così svanita la speranza che l'assunzione a lungo termine di ormoni avrebbe potuto preservare il cuore dalle malattie da cui è afflitto. Una ricerca successiva («Hers-2») è stata sospesa. Il bilancio, dopo appena sette anni, è deludente, e conferma che i preparati a base di estrogeni non sono di nessun giovamento per il cuore³⁶.

Nel luglio del 2002 si è poi diffusa una notizia accolta con incredulità e sgomento da milioni di donne in America e in Europa. Negli Stati Uniti un'altra ricerca condotta su 16.000 donne e riguardante gli effetti degli ormoni sull'organismo era stata interrotta per salvaguardare la salute di chi si era sottoposto ai test. Infatti da un bilancio provvisorio dell'esperimento risultava che i preparati a base di ormoni avevano arrecato più *danni* che benefici³⁷.

In effetti anche questa ricerca (Women's Health's Initiative - WHI), che in origine si pensava dovesse durare fino al 2005, avrebbe dovuto dimostrare l'utilità dell'uso degli ormoni e dare finalmente una solida base scientifica all'impiego prolungato dei preparati a base di estrogeni. Gli esperti hanno invece scoperto l'esistenza di pericolosi effetti collaterali: se 10.000 donne assumevano per un anno un preparato costituito dalla combinazione di estrogeni e gestageni, otto di esse in più rispetto ad altre 10.000 donne che non avevano assunto quel preparato si sarebbero ammalate di tumore al seno, sette in più avrebbero avuto un infarto cardiaco, otto in più un colpo apoplettico e otto in più un embolo. Ma c'erano anche da segnalare dei benefici: ci si sarebbe potuto aspettare sei casi in meno di tumori all'intestino e cinque casi in meno di fratture all'articolazione dell'anca.

La ricerca non ha potuto appurare se esisteva un rapporto di causalità tra i casi di malattia riscontrati e l'uso di estrogeni. Sembra che gli estrogeni frenino il processo di osteoporosi. Tuttavia non è dimostrato che servano davvero a evitare le fratture ossee. Dopo aver valutato i vantaggi e gli svantaggi che la ricerca aveva evidenziato, i medici americani hanno deciso di interromperla. Alle donne raccomandano di non usare combinazioni di estrogeni e gestageni per prevenire malattie croniche.

Martina Dören, una specialista in cure ormonali della clinica universitaria Benjamin Franklin di Berlino, è andata ancora oltre. Ha detto che dopo i risultati della ricerca di cui sopra, il progetto di una terapia ormonale era «messo gravemente a repentaglio, se non destinato al fallimento».

Ma alcuni suoi colleghi la pensano diversamente. La commissione competente dell'Associazione professionale dei ginecologi tedeschi si è affrettata a redigere un testo composto di due pagine e indirizzato a tutte le pazienti dei medici membri dell'associazione, che si conclude con la firma del ginecologo dal quale ogni singola paziente è in cura. Il testo è stato inviato agli 11.000 membri dell'associazione tramite un fax spedito dalle case farmaceutiche Jenapharm e Schering, che guadagnano milioni di euro vendendo preparati a base di ormoni.

Il testo redatto dall'associazione suddetta edulcora talmente i risultati della ricerca da far pensare che sia stato scritto negli uffici addetti al marketing delle succitate case farmaceutiche. L'aumento di infarti cardiaci e colpi apoplettici, chiaramente documentato nella ricerca della WHI, lo si liquida affermando che «non si è in presenza di alcun calo delle malattie cardiocircolatorie». Per quanto riguarda il rischio elevato di tumore al seno, il modo scelto per trattare l'argo-

mento è davvero ignobile. I redattori del testo vogliono infatti far credere alle donne che vanno a farsi visitare dal ginecologo, che il rapido insorgere di un tumore del genere sia un fatto positivo: «Le prospettive di guarigione di tumori che si formano in seguito a una terapia a base di estrogeni sono decisamente migliori. Poiché le donne alle quali vengono somministrati ormoni si sottopongono regolarmente a visita ginecologica, di solito tali tumori vengono scoperti per tempo, di modo che il più delle volte è possibile asportarli senza asportare il seno».

Gli inventori di malattie pensano così di ottenere un duplice guadagno: prima combattendo la menopausa con terapie ormonali, poi estirpando i tumori che da quelle terapie sono provocati.

La ricerca condotta negli Stati Uniti su 16.000 donne, di cui abbiamo parlato in precedenza, non è riuscita neppure a confermare che i preparati a base di estrogeno e gestageno abbiano realmente avuto un influsso positivo sulle condizioni complessive di salute dei soggetti presi in esame, anche se tante volte tale influsso positivo era stato dato per scontato. Nel marzo del 2003 gli autori della ricerca hanno pubblicato un bilancio onesto del loro lavoro, dal quale emerge che l'assunzione di ormoni non esercita un'influenza apprezzabile sulle condizioni complessive di salute delle persone e neppure sulla loro vitalità, sulla loro disposizione d'animo, sul loro eventuale stato di depressione o sul loro appagamento sessuale³⁸.

La medicalizzazione della menopausa è una questione di pedagogia, dicono certe associazioni mediche e case farmaceutiche, che si sottraggono all'onere della prova trasformandolo in problema medico. Oggi la donna in menopausa è considerata una persona che è affetta da un'imperfezione.

La sezione della Bassa Sassonia dell'Associazione professionale dei ginecologi tedeschi sostiene caparbiamente che «la menopausa è una malattia»³⁹. Medici e case farmaceutiche hanno propalato mezze verità, dicerie e consigli che hanno indotto milioni di donne sane ad assumere estrogeni e gestageni. Ma a tutt'oggi non vi sono prove scientifiche che attestino l'efficacia dei preparati a base di ormoni.

I medici e i farmacisti che curano la pubblicazione di «Arznei-Telegramm», un organo d'informazione indipendente, chiedono una cosa che dovrebbe essere ovvia. Chiedono che «in linea di principio possano essere impiegati preventivamente soltanto quei farmaci la cui efficacia e sicurezza sia stata dimostrata da analisi sufficientemente approfondite, effettuate per lungo tempo, controllate e randomizzate»⁴⁰.

La salute della donna sembra essere scomparsa. Nel corso della sua vita fasi diverse di malattia si susseguono l'una dopo l'altra. Si potrebbe quasi credere che essere donna sia ormai di per sé una malattia. Agli anni delle mestruazioni fanno seguito quelli della menopausa, dopo di questi vengono gli anni della carenza ormonale. L'unico periodo senza sintomi sembra essere quello dell'infanzia e della prima giovinezza.

¹ Citazione da E. Shorter, *Moderne Leiden*, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1994.

² Citazione da *ivi*.

³ P. Kolip (a cura di), *Weiblichkeit ist keine Krankheit*, Juventa-Verlag, Weinheim und München 2000.

⁴ J. Aronson, *When I Use a Word... Medicalisation*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, p. 904.

⁵ Fonte: «Women's Health». Non sono indicati la data e il numero del giornale, una copia del quale è stata da me trovata nel settembre del 2002 nello studio di un ginecologo di Amburgo.

- ⁶ Citazione da Kolip (a cura di), *Weiblichkeit ist keine Krankheit* cit.
- ⁷ Citazione tratta dal saggio di K. Müller, *Die Entfernung der «nutzlosen» Gerärmutter*», in *ivi*.
- ⁸ J. Schaffer, A. Word, *Hysterectomy - Still a Useful Operation*, «New England Journal of Medicine», n. 347, 2002, pp. 1360-1362.
- ⁹ In Francia ogni anno si contano 90 isterectomie ogni 100.000 donne, mentre in Germania se ne contano 357. Dati tratti da Kolip (a cura di), *Weiblichkeit ist keine Krankheit* cit..
- ¹⁰ S. Wagner, *Wenn die «rote Tante» zu Besuch ist*, «Weltwoche», 8 marzo 2001.
- ¹¹ S. Westphal, *Lifting the Curse*, «New Scientist», 16 marzo 2002.
- ¹² A. Tsao, *Freedom from the Menstrual Cycle?*, «Business Week» online, 23 maggio 2003 (www.businessweek.com).
- ¹³ *Ivi*.
- ¹⁴ Westphal, *Lifting the Curse* cit.
- ¹⁵ Citazione da Kolip (a cura di), *Weiblichkeit ist keine Krankheit* cit.
- ¹⁶ Questo è quanto è risultato da un'inchiesta condotta tra 8440 donne, che è stata presentata nel maggio del 2002 al congresso dell'Associazione tedesca di ostetricia tenutosi ad Amburgo.
- ¹⁷ «Taz», 9 novembre 2001.
- ¹⁸ Citazioni da R. Essig, *Geburt mit Wein und Dolch*, «Die Zeit», n. 52, 2002, p. 43.
- ¹⁹ A. Zarembo, *The New Latin Labor*, «Newsweek», 26 marzo 2001.
- ²⁰ R. Johanson, *Has the Medicalisation of Childbirth Gone Too Far?*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 892-895.
- ²¹ Fonte: comunicato stampa dell'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia dell'aprile del 2001.
- ²² P. Husslein, *Frauen müssen wählen dürfen*, «Medical Tribune», n. 41, 2002, p. 14.
- ²³ M. Wagner, *Choosing Caesarean Section*, «The Lancet», n. 356, 2000, pp. 1677-1680.
- ²⁴ «Ärzte Zeitung», 22 maggio 2002.
- ²⁵ *Ivi*.
- ²⁶ E.-J. Hickl, H. Franzki, *Indikationen zur Sectio caesarea - Zur Frage der sog. Sectio auf Wunsch*, «Der Gynäkologe», n. 2, 2002, pp. 197-202.
- ²⁷ G. Kolata, M. Petersen, *Hormone Replacement Study. A Shock to the Medical System*, «New York Times», 10 luglio 2002.
- ²⁸ B. Wanner, *Menopause: Im Spannungsfeld der Paradigmen*, «Neue Zürcher Zeitung», 28 gennaio 1998.

²⁹ «Deutsches Ärzteblatt», n. 97, 2000, pp. 2512-2516.

³⁰ D. Elschenbroich, *Wie es ist, ist es gut*, «Frankfurter Allgemeine Zeitung», 28 giugno 1995.

³¹ B. Wanner, *Menopause: Im Spannungsfeld der Paradigmen*, «Neue Zürcher Zeitung», 28 gennaio 1998.

³² Citazioni da «Der Spiegel», n. 43, 1991.

³³ Fonte: «Neue Zürcher Zeitung am Sonntag», 28 aprile 2002.

³⁴ Citazione da K. Koch, *Auf der Suche nach der Wahrheit*, «Süddeutsche Zeitung», 20 marzo 2001.

³⁵ Citazione da «Süddeutsche Zeitung», 17 settembre 2002.

³⁶ D. Grady et al., *Cardiovascular Disease Outcomes During 6.8 Years of Hormone Therapy*, «JAMA», n. 288, 2002, pp. 49-57.

³⁷ *Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators: Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women*, «JAMA», n. 288, 2002, pp. 321-333.

³⁸ J. Hays, *Effects of Estrogen Plus Progestin on Health-Related Quality of Life*, «New England Journal of Medicine» online, 17 marzo 2003 (www.nejm.org).

³⁹ In un comunicato stampa del 3 settembre 2002.

⁴⁰ Lo «Arznei-Telegramm» dà informazioni in maniera critica e indipendente su farmaci e terapie. Vedi anche: www.arznei-telegramm.de. La citazione è tratta da: «Arznei-Telegramm», n. 8, 2002.

Nuove malattie di uomini vecchi

Il sesso forte è minacciato da una nuova malattia: la menopausa maschile. Il nuovo pericolo è stato segnalato dalla ditta Schuster Public Relations & Media Consulting, che nell'ottobre del 2002 ha messo in allarme l'opinione pubblica in Germania con il seguente annuncio:

Uomini nel fiore degli anni: due terzi di essi hanno problemi di salute. Cambiamenti d'umore, problemi d'insonnia e altri «disturbi climaterici» colpiscono anche gli uomini quando gli anni cominciano a farsi sentire. Tuttavia nella maggioranza dei casi non sappiamo se la causa di tali disturbi sia una carenza di testosterone.¹

L'inquietante notizia si riferiva a un sondaggio effettuato dall'istituto GfK Health-Care di Norimberga, specializzato in indagini di mercato. Il sondaggio era stato effettuato su un campione di 711 persone di sesso maschile tra i 45 e i 70 anni d'età, invitate a compilare un questionario sulle loro condizioni di salute. Non veniva però rivelato chi avesse commissionato e sponsorizzato la pubblicazione che forniva dati così allarmanti: si trattava della casa farmaceutica Kade/Besins di Berlino.

Nello stesso periodo anche la Jenapharm aveva scoperto le opportunità che la malattia maschile poteva offrire. In uno studio pubblicato dalla ditta si legge: «Le persone di sesso maschile e la società nel suo insieme rifiutano di accettare l'idea che anche l'uomo, nel corso della sua esistenza, viva un climaterio, un periodo di cambiamento». E in un altro passo si legge: «Spesso la causa della *défaillance* che si avverte a partire dai 40 anni è data dal fatto che l'organismo, a causa dell'avanzare dell'età, produce quantità inferiori di un ormone chiamato testosterone».

Non è un caso che la Kade/Besins e la Jenapharm dedichino tanta attenzione alla menopausa maschile. Infatti nella primavera del 2003 le due case farmaceutiche hanno messo sul mercato un prodotto che pare possa risolvere i problemi del sesso forte. Si tratta di un gel di nuovo tipo, arricchito con testosterone, l'ormone che conferisce la virilità agli adolescenti.

Sappiamo che compito delle industrie farmaceutiche è quello di vendere medicinali, ma per quanto riguarda la carenza di testosterone possiamo dire che la malattia viene venduta come se fosse un prodotto. Le case produttrici di farmaci a base di ormoni hanno assoldato istituti specializzati in indagini di mercato, agenzie pubblicitarie, uffici di pubbliche relazioni, professori universitari e giornalisti, affinché informino l'opinione pubblica che la menopausa maschile è una malattia molto diffusa, a cui si deve prestare attenzione.

Ma si può dire che tale malattia esiste davvero? È certo che nel corso della vita di un uomo il tasso di testosterone prodotto dal suo organismo diminuisce, ma finora i medici hanno visto in questo fenomeno soltanto una conseguenza dell'invecchiamento. Il testosterone è il più importante or-

mone sessuale maschile (androgeno) generato dall'organismo. Chimicamente è prodotto dal colesterolo. Tale processo chimico ha luogo in massima parte nei testicoli e anche nelle ghiandole surrenali.

A partire dall'età di 40 anni il tasso di testosterone diminuisce di circa l'1% ogni anno. Le cause di tale diminuzione vanno cercate nella ridotta funzione delle cellule di Leydig nei testicoli e nella diversa distribuzione dell'ormone luteinico che stimola le cellule suddette.

Va però detto che la diminuzione dell'1% del tasso di testosterone è basata su una stima, perché gli esperti hanno calcolato i valori ormonali di uomini di età diverse senza tenere conto delle inevitabili differenze. Il metodo usato non è quindi affidabile, visto che i valori di testosterone variano molto da persona a persona.

Sarebbe più corretto seguire il profilo ormonale delle persone prese in esame per parecchi decenni. Fino a ora sono state eseguite solo poche ricerche longitudinali di questo tipo. Nel corso di un'indagine poco nota, il New Mexico Aging Process Study, è stata presa in esame la variazione nella produzione di ormoni in uomini anziani (dai 61 agli 87 anni di età). La diminuzione risultava ammontare in media a 110 nanogrammi per decilitro di sangue ogni dieci anni. Tale riduzione è così scarsa da apparire irrilevante, se si tiene conto del peso corporeo delle persone prese in esame².

Nella primavera del 2003 questo calo naturale di produzione ormonale è stato fatto passare per patologico in alcune conferenze stampa, in manuali dedicati ai pazienti, in opuscoli scritti da medici e in inserzioni varie. A queste nuove malattie degli anziani sono stati dati molti nomi: sindrome da invecchiamento maschile, climaterio virile, sindrome da carenza di testosterone, ipogonadismo dovuto all'età, andropausa,

PADAM (Partial Androgen Deficiency in Aging Male, ovvero sindrome da parziale carenza di androgeni nella terza età).

Il dottor Heiner Mönig, endocrinologo dell'Università di Kiel, è molto scettico al riguardo: «Si cerca di apporre il marchio della malattia su quella che è una fisiologica diminuzione di attività delle gonadi maschili».

La Kade/Besins e la Jenapharm, le case farmaceutiche citate in precedenza, asseriscono invece che il testosterone può migliorare lo stato di salute e far aumentare il desiderio sessuale, la compattezza ossea e la forza muscolare degli uomini in menopausa. Esse vendono con i nomi di Androtop Gel (Kade/Besins) e Testogel (Jenapharm) i due farmaci dello stesso tipo da loro prodotti. Questi gel devono essere spalmati ogni mattina sul ventre o sulla schiena del paziente. Una confezione che basta per un mese costa, a seconda del dosaggio, anche più di 65 euro.

La novità non è costituita dall'ormone prodotto sinteticamente, ma dal modo in cui viene utilizzato. Le pillole al testosterone messe sul mercato negli anni '60 non hanno avuto successo: in effetti gli ormoni presi per bocca vengono decomposti all'80% dal fegato, tramite un processo biochimico che a quest'ultimo non fa certo bene.

In passato erano molto usate le iniezioni al testosterone, ma con quel metodo la sostanza si distribuiva nell'organismo in modo quanto mai irregolare. Nelle prime ore e nei primi giorni della cura il testosterone circolava regolarmente nel sangue, ma al termine del periodo di tre settimane che intercorre tra una iniezione e l'altra, la presenza dell'ormone nella circolazione sanguigna era piuttosto scarsa. Una presenza così a singhiozzo del testosterone nell'organismo causava bruschi cambiamenti d'umore, e anche la libido e la forza fisica ne erano molto influenzate.

Anche l'uso di cerotti al testosterone comporta problemi. Di solito li si applica allo scroto, perché la pelle che lo riveste è 40 volte più permeabile di quella di altre parti del corpo. Però prima di applicare il cerotto è necessario radere la pelle dello scroto con la dovuta precauzione, cosa questa che a molti uomini dà fastidio. Come se non bastasse, può capitare che il cerotto produca dei piccoli rumori o pizzichi la pelle nei momenti meno opportuni. Se vediamo un uomo che cammina con passo esitante, possiamo pensare che porta su di sé uno di questi cerotti.

Invece il nuovo gel ormonale può essere spalmato facilmente sulla pelle, da dove le molecole di testosterone penetrano nell'organismo. Per gli uomini affetti da reale carenza ormonale il gel è davvero un farmaco benefico. Tra questi si possono annoverare gli evirati e gli eunuchi, oppure le persone affette dalla sindrome di Klinefelter, una malattia ereditaria che comporta la presenza nell'organismo maschile di un cromosoma x supplementare.

Ci sono poi i casi di quei pazienti che hanno subito danni o lesioni ai testicoli a causa di un'infezione virale, di un tumore o di un incidente. Queste persone hanno gli organi genitali esterni insufficientemente sviluppati e presentano accumuli di grasso nella regione ventrale. Di solito hanno la pelle chiara e sottile e una voce acuta, non hanno barba e peli sul corpo e la loro muscolatura è piuttosto ridotta. Il testosterone somministrato artificialmente a questi pazienti affetti da «ipogonadismo» permette loro di recuperare i caratteri della virilità, ed è per questo che sono autorizzati ad assumere l'ormone come un farmaco.

Ma sono pochi gli uomini che soffrono delle malattie suddette. In Germania, ad esempio, vi sono appena 80.000 uomini affetti dalla sindrome di Klinefelter, e una cifra del ge-

nera è troppo bassa per giustificare una campagna a favore del testosterone. Va ricordato che in Germania vivono più di 12 milioni di uomini tra i 50 e gli 80 anni d'età.

A questo punto le strade della medicina e quelle del marketing prendono direzioni diverse. Durante un convegno organizzato dalla Kade/Besins nell'agosto del 2002, alla presentazione di un suo prodotto è stato ricordato che «l'Androtop Gel avrà successo soltanto se si riuscirà a suscitare richiesta per il suo uso». È per questo che la suddetta casa farmaceutica reclamizza il testosterone come una specie di antidoto all'invecchiamento. Sulla copertina dell'opuscolo che la ditta ha fatto stampare per i pazienti leggiamo: «Età effettiva: 58 anni. Età percepita: 48 anni». E all'interno si legge: «Non dovete accettare passivamente il manifestarsi nel vostro organismo di disturbi legati all'invecchiamento»³.

La Jenapharm, dal canto suo, tende a far passare la «sindrome da carenza di testosterone» per una malattia molto diffusa: «Stime epidemiologiche parlano di almeno 2,8 milioni di persone affette da questo male in Germania»⁴. L'Istituto americano di gerontologia dichiara addirittura che si potrebbe definire questa presunta carenza ormonale in un modo che renderebbe il «50% degli uomini di una certa età candidati» a una terapia sostitutiva a base di testosterone⁵.

Già una volta le industrie farmaceutiche e le associazioni mediche sono riuscite a far passare persone sane per pazienti affetti da carenze ormonali e bisognose di cure: in Germania una donna su quattro che ha superato i 40 anni d'età assume preparati a base di estrogeno.

Dopo le donne adesso è la volta degli uomini. Al convegno organizzato dalla Kade/Besins nell'agosto del 2002 faceva bella mostra di sé la fotografia di una donna piuttosto avanti con gli anni. «Gli ormoni mi hanno aiutato vincere il

nervosismo, le caldane e l'apatia», le facevano dire gli esperti di pubblicità. «Mi piacerebbe che ci fosse un rimedio adatto anche a mio marito.»

L'Istituto federale dei farmaci e dei prodotti medicinali che ha sede a Bonn, non ha però autorizzato l'uso dei gel al testosterone per curare la menopausa maschile. L'istituto avverte che quel tipo di gel può essere impiegato soltanto nel caso di «dimostrato ipogonadismo, vale a dire di funzionamento insufficiente dei testicoli». Tuttavia non c'è nessuno che si opponga alla prescrizione massiccia del prodotto. Infatti in nome della libertà terapeutica qualsiasi medico può prescrivere un farmaco di cui sia stato autorizzato l'uso anche al di fuori delle indicazioni per le quali il farmaco è stato messo sul mercato.

Per ampliare il mercato è molto utile avere il sostegno di associazioni specialistiche. È stato quindi molto importante, per l'industria farmaceutica, che nell'estate del 2002 un gruppo di 12 docenti universitari tedeschi di urologia ed endocrinologia abbia presentato per la prima volta in un «documento consensuale», la sindrome dell'«uomo che invecchia»⁶.

Sempre nel 2002 Hermann Behre, membro del suddetto gruppo di lavoro e professore di andrologia all'Università di Halle, ha tenuto alcune conferenze ben remunerate per le ditte che producono il testosterone. Nel gennaio e nel marzo di quell'anno ha partecipato a conferenze stampa organizzate rispettivamente dalla Kade/Besins e dalla Jenapharm, in occasione delle quali ha esaltato i pregi del gel ormonale.

Anche negli Stati Uniti la campagna a favore del testosterone ha trovato medici disposti ad appoggiarla. Nell'aprile del 2000 un'associazione di ricercatori operanti nel campo delle ghiandole germinali, la famosa Endocrine Society, ha

dedicato al tema dell'andropausa una conferenza tenutasi a Beverly Hills in California. La conferenza ha avuto luogo sei settimane prima che il gel al testosterone fosse introdotto sul mercato americano.

I suggerimenti che gli endocrinologi riuniti a Beverly Hills hanno proposto al termine della conferenza sono stati alquanto contraddittori. Hanno infatti ammesso che i benefici legati alla somministrazione del testosterone non erano assolutamente dimostrati, ma hanno anche detto che per gli uomini di età superiore ai 50 anni sarebbe stato opportuno effettuare un controllo del quadro ormonale. Inoltre hanno fissato un valore limite di 10,4 nanomol di testosterone per ogni litro di sangue, dicendo che se il tasso ormonale di un paziente fosse risultato inferiore a quella cifra, questi «probabilmente avrebbe dovuto farsi curare».

Jerome Groopman della Harvard Medical School, non dubita che i medici suddetti abbiano espresso il loro parere in perfetta buona fede. Egli però constata che, in effetti, «l'unico finanziamento che la conferenza di Beverly Hills ha ottenuto è stato un contributo per l'aggiornamento professionale dei partecipanti offerto dalla Unimed/Solvay». Dice anche che la ditta Unimed, affiliata alla belga Solvay e incaricata della distribuzione del gel al testosterone negli Stati Uniti, ha addirittura suggerito all'Endocrine Society i nomi di alcuni degli esperti che hanno preso parte alla conferenza. I medici che vi hanno partecipato erano 13, e secondo il «New Yorker» almeno nove di essi avevano rapporti finanziari con la succitata casa farmaceutica⁷.

Diversamente da quanto fatto dai loro colleghi americani, i docenti universitari tedeschi, nel documento da essi redatto consensualmente, hanno fissato per il tasso di testosterone nel sangue un valore limite più elevato, 12 nanomol per

litro. Perciò chi a un controllo fa registrare un valore più basso è considerato affetto da carenza di testosterone. In questo modo il 20% dei sessantenni e il 35% degli ultraottantenni che vivono in Germania si sono visti appioppare da un giorno all'altro la patente di malati⁸.

Il dottor Gerd Ludwig, un urologo di Francoforte sul Meno che stranamente ha contribuito a redigere il documento a cui abbiamo fatto cenno in precedenza, sostiene però che quel valore limite è stato fissato in maniera del tutto arbitraria. Egli dice che valori così bassi sono caratteristici di uomini in giovane età e sono stati riferiti con molta disinvoltura agli anni relativi all'incipiente vecchiaia. «È alquanto dubbio che un valore limite così basso risulti valido per un anziano», afferma Ludwig. A suo parere molti uomini in età avanzata hanno un tasso di testosterone «di 5, 6 o 8 nanomol e non presentano sintomi di alcun tipo»⁹.

Da tempo nelle campagne pubblicitarie organizzate dalle case farmaceutiche questo valore limite, tanto facilmente contestabile, è assunto al rango di teoria scientifica. I responsabili della Jenapharm stimano che «in genere per un uomo su tre che abbia compiuto i 55 anni d'età» i valori siano inferiori a 12 nanomol per litro, e dichiarano ai giornalisti: «In questi casi i medici parlano di ipogonadismo, vale a dire di una malattia»¹⁰.

Gli anni della maturità di un uomo sono dunque un problema di cui la medicina si deve occupare? Scientificamente la «menopausa maschile» è tutt'altro che dimostrata. Vi sono ad esempio degli ottantenni che hanno nel sangue una quantità di testosterone che è la metà di quella di un trentenne, e possono ancora generare figli. E comunque l'esistenza di un rapporto tra valori di testosterone in età avanzata e problemi di salute non è dimostrata. Molti uomini stanno benissimo.

mo pur avendo valori bassi, altri invece si sentono deboli e senza forze pur avendo un tasso ormonale elevato.

Già alcuni anni fa il dottor William Crowley del Massachusetts General Hospital aveva cercato di stabilire che cosa fosse l'andropausa. Per poter studiare l'ipogonadismo, aveva tentato prima di tutto di definire che cosa fosse un tasso normale di testosterone. A questo scopo aveva sottoposto alcuni giovani uomini sani al prelievo di qualche goccia di sangue ogni 10 minuti per 24 ore, e in seguito li aveva fatti esaminare e analizzare come se fossero stati stalloni da vendere all'asta. Un'équipe di medici aveva misurato a ognuno di loro la dimensione dei testicoli, aveva registrato le caratteristiche dei peli corporei e la capacità erettile, aveva calcolato il numero di spermatozoi presenti nell'ejaculazione, aveva valutato la compattezza ossea, la massa muscolare e il funzionamento della ipofisi. Tutti questi valori si erano rivelati essere nella norma. Gli unici dati che avevano stupito i medici erano stati quelli relativi al tasso di testosterone i cui valori, nel 15% dei soggetti presi in esame, erano risultati molto al di sotto del livello che i medici americani in precedenza avevano definito normale¹¹.

L'esperimento dimostra che non è possibile diagnosticare una carenza ormonale basandosi soltanto sul tasso di testosterone nel sangue. Altrettanto importanti sono il numero e lo stato dei recettori, vale a dire dei punti in cui il testosterone si deposita nell'organismo. Il testosterone può sviluppare la sua forza anabolizzante soltanto se è collegato a un recettore. Se i recettori sono difettosi o non esistono, anche il tasso di testosterone più elevato non ha alcuna efficacia. Al contrario chi è dotato di recettori particolarmente efficienti ha un anabolismo soddisfacente anche se dispone di poco testosterone.

E anche nello stesso individuo i valori ormonali variano considerevolmente nel giro di poco tempo. Ad esempio le attività fisiche hanno una loro influenza sul livello ormonale. Basta correre per mezz'ora di fila per far salire di un terzo il tasso di testosterone, e lo stress è sospettato di causare la riduzione della quantità di ormoni sessuali.

Attualmente molte caratteristiche relative alla variazione dei livelli ormonali sfuggono ancora agli esperti endocrinologi. William Cowley, nel corso della sperimentazione di cui abbiamo parlato, aveva voluto controllare una seconda volta i dati relativi ai soggetti segnalatisi in precedenza per i valori bassi, e aveva notato che i nuovi valori rilevati erano di gran lunga superiori ai precedenti. Per la diagnostica di laboratorio ciò significa che un valore basso non è di per sé sinonimo di carenza ormonale. Va inoltre detto che i sistemi di misurazione attualmente in uso non sono affidabili. Se si analizzano campioni dello stesso sangue con metodi adottati da case farmaceutiche diverse, spesso si ottengono risultati del tutto differenti.

Nel 2001 una commissione dell'Istituto americano di gerontologia, dopo un lungo dibattito interno, ha pubblicato uno studio in base al quale viene messo in discussione il concetto stesso di andropausa. «Le prove secondo le quali i livelli di testosterone dipendono dalle condizioni di salute sono contraddittorie e non definitive»¹². Anche l'Associazione internazionale per la ricerca sulla senescenza invita a essere prudenti: a causa dei dati poco probanti di cui disponiamo, a suo parere è «un po' prematuro» fornire direttive sulla terapia dell'andropausa¹³.

Intanto i soliti imbonitori esaltano le virtù del testosterone, presentandolo come un rimedio miracoloso per curare la diminuzione degli stimoli sessuali, il malumore, i muscoli

flaccidi, le caldane e la diminuita compattezza ossea. Però queste dichiarazioni si basano per lo più su esperimenti fatti nel migliore dei casi su 227 uomini, e la maggior parte delle volte soltanto su 7 o 11.

Quando alcuni ricercatori della University of Pennsylvania di Philadelphia hanno voluto approfondire la questione, si sono resi conto che del preteso effetto del testosterone sulla compattezza ossea non esisteva traccia. Per tre anni, essi hanno somministrato l'ormone in questione a 108 soggetti di sesso maschile di età superiore a 65 anni. Quando poi hanno confrontato le analisi effettuate con il loro campione con quelle relative a un altro gruppo di uomini a cui erano stati somministrati dei placebo, si sono accorti che tra i due tipi di risultati non esistevano differenze sostanziali¹⁴.

Il dottor Wolfgang Weidner, un urologo di Giessen, fa notare che «non è neppure dimostrato che il testosterone migliori davvero la qualità della vita». Fino a oggi le case farmaceutiche hanno evitato di spendere denaro per ricerche in questo campo e hanno preferito usare i loro soldi per organizzare campagne pubblicitarie. Nella primavera del 2003 i rappresentanti delle diverse ditte hanno girato in lungo e in largo la Germania per portare a conoscenza dei medici la nuova sindrome maschile.

Con molta discrezione, il gel ormonale viene presentato ai medici anche come una possibile fonte di guadagno. Ad esempio la casa farmaceutica Kade/Besins consiglia loro di prescrivere il gel da essa prodotto anche quando non riscontrano nel paziente l'esistenza delle patologie per le quali esso è stato messo in commercio. La suddetta casa farmaceutica, in un opuscolo stampato su carta lucida, spiega al medico come deve comportarsi in questi casi: «Nel caso in cui i valori di laboratorio siano nella norma, si può propor-

re al paziente una cura che questi provvederà poi a pagare privatamente»¹⁵.

Chi però ha già una quantità sufficiente di testosterone nell'organismo, non beneficia di un supplemento di virilità grazie a un'eventuale dose aggiuntiva di ormoni. Quando il tasso di testosterone è normale, la maggior parte dei recettori non è in grado di contenere ulteriori quantità di sostanza ormonale. Le molecole eccedenti non possono depositarsi da nessuna parte e si dissolvono nell'organismo senza provocare conseguenze. Alcuni medici paragonano questo processo a quello che si verifica in un'automobile che ha il serbatoio per metà vuoto. Non è che l'auto vada più veloce se il serbatoio viene riempito.

In caso di aumento della quantità di testosterone nell'organismo si possono però verificare diversi effetti collaterali. Una cura a lungo termine a base di testosterone può alterare il metabolismo e probabilmente fa aumentare il rischio di essere colpiti da infarto cardiaco. Anche il fegato può essere danneggiato, quindi i pazienti i cui organi hanno già subito lesioni in precedenza non possono valersi della terapia. Inoltre l'aumento della quantità di testosterone incrementa l'ematopoiesi. I medici sperano così di scongiurare il rischio di anemia in età avanzata, ma nel paziente può anche prodursi un effetto boomerang, visto che potrebbero verificarsi trombosi o embolie letali.

Se l'organismo riceve dall'esterno più testosterone di quanto necessita, gli organi che normalmente hanno la funzione di produrre quell'ormone possono diminuirne la quantità prodotta, per cui la grandezza dei testicoli si riduce. Neppure gli spermatozoi riescono a tollerare agevolmente l'immissione di una grande quantità di ormoni nell'organismo, perciò si atrofizzano e la loro capacità riproduttiva

cala. Nei giovani a cui vengono introdotte quantità supplementari di ormoni nell'organismo, la crescita ossea può arrestarsi anzitempo, ed essi corrono il rischio di ritrovarsi con una statura molto bassa. C'è infine da tenere conto di una singolare reazione dovuta all'eccedenza di testosterone: l'organismo trasforma una quantità eccessiva di questo ormone in estrogeno, vale a dire nell'ormone sessuale femminile, per cui agli uomini che sono stati sottoposti a una terapia ormonale possono crescere seni simili a quelli delle donne. Il fenomeno si chiama ginecomastia.

Anche le donne che vengono a contatto con il gel al testosterone rischiano di subire gravi effetti collaterali. In realtà soltanto il 10% circa della quantità di ormone maschile contenuto nel gel penetra effettivamente nell'organismo di chi se lo spalma addosso. A una donna ignara di questo fatto, il contatto con la pelle del partner che ha appena fatto uso del gel può trasmettere una dose di testosterone capace non solo di accrescere in lei la sensazione di piacere, ma anche di provocarle la crescita della barba, un tono di voce più profondo, l'insorgere dell'acne o la caduta dei capelli.

Sono questi i motivi per i quali le ditte produttrici del gel consigliano ai pazienti di essere cauti nell'uso del loro preparato. Dopo che ci si è spalmati il gel sul ventre, è bene lavarsi le mani con sapone e per maggior sicurezza indossare una t-shirt. Negli Stati Uniti la FDA, nel concedere l'autorizzazione al prodotto, ha consigliato alle gestanti di non avere contatti fisici con gli uomini che ne fanno uso, poiché il testosterone potrebbe nuocere al nascituro.

L'organo che nell'uomo è maggiormente a rischio è probabilmente la prostata. Esperimenti compiuti sugli animali hanno dimostrato che il testosterone può provocare il cancro alla prostata. Molti esperti sospettano che ciò valga anche

per l'uomo, per cui l'ormone sintetico avrebbe la caratteristica di attivare focolai tumorali latenti. E tali focolai esistono nella prostata di un terzo degli uomini che hanno compiuto i 60 anni e di metà di quelli che hanno superato i 70.

Uno studio realizzato da una delle stesse case che producono il gel ha evidenziato un effetto che il preparato ha sulla prostata. Quasi il 20% dei pazienti che hanno fatto a lungo uso del gel, spalmandosene ogni mattina 100 milligrammi sul corpo, hanno lamentato gravi problemi alla prostata. In uno di questi pazienti i medici hanno scoperto l'esistenza di un tumore alla prostata finora sconosciuto, e altri tre hanno dovuto interrompere la cura ormonale, sempre a causa di disturbi alla prostata¹⁶.

Il governo americano, tempo fa, aveva programmato uno studio a lungo termine per svelare il mistero dell'andropausa. Il Department of Veterans Affairs e il National Institute on Aging avevano deciso di investire 110 milioni di dollari in una ricerca che si sarebbe dovuta effettuare in 40 istituti su un campione di 6000 uomini per un periodo di 6 anni. Ma nel giugno del 2002 il progetto è stato bloccato poco prima del suo varo, perché i medici che vi lavoravano non intendevano esporre gli uomini che erano stati scelti per i test ai possibili rischi che l'uso del testosterone avrebbe comportato¹⁷.

Ma i medici finiranno per prescrivere l'ormone della virilità anche in assenza di studi sui rischi a lungo termine per chi lo assume, si comporteranno cioè come i medici che nei decenni passati hanno consigliato, senza stare troppo a riflettere, la sostituzione ormonale alle donne. John McKinlay del New England Research Institutes (Boston) è pessimista al riguardo: «Stiamo ripetendo lo stesso disastro. Disponiamo di scarsissime prove per quanto concerne la sostituzione con il testosterone. Sono stati fatti alcuni esperimenti, ma

tutti su pochissimi soggetti. A questo problema la psicologia non è interessata, ma l'industria sì, eccome!».

Il dottor McKinlay ha analizzato per dieci anni il tasso ormonale di 2000 uomini tra i 39 e i 70 anni d'età. Al termine della sua ricerca ha detto: «La chiami pure come vuole, andropausa, viropausa, un mucchio di stupidaggini: non vi sono prove epidemiologiche, scientifiche o cliniche che ne confermino l'esistenza. L'andropausa non è altro che la medicalizzazione del normale processo d'invecchiamento dell'uomo»¹⁸.

Come mai gli eunuchi vivono più a lungo

Se il testosterone serve davvero a ritardare il tanto temuto processo d'invecchiamento, forse possiamo dire che lo fa soltanto perché accorcia di parecchio la durata della vita. Questo per lo meno è quanto emerge da studi approfonditi effettuati su uomini castrati e non. Quelli che hanno dovuto trascorrere una parte della loro vita privi di testicoli, e quindi senza testosterone nell'organismo, sono vissuti in media 15 anni più a lungo di quelli che sono rimasti integri. E quanto prima la castrazione è avvenuta, tanto più significativo è stato il suo effetto sul prolungamento della vita dell'individuo che l'ha subita.

Il dottor Ian Owens, un biologo dell'Imperial College di Londra, sospetta che la morte relativamente prematura degli uomini che non sono stati castrati sia causata dal testosterone presente nell'organismo. Infatti l'ormone della virilità indebolisce le difese immunitarie. Presumibilmente esso limita l'afflusso di energia nel sistema immunitario, di modo che l'uomo può usare le energie di cui dispone per altre attività.

L'effetto provocato dal testosterone è stato confermato dallo studio comparato compiuto sui castrati. Si è visto che il tasso elevato di decessi riscontrato negli uomini normali era da attribuirsi a malattie infettive e non a incidenti o a episodi di violenza¹⁹.

Pertanto i ricercatori spiegano con la presenza di testosterone nell'organismo anche la morte prematura di tanti individui appartenenti al sesso forte. Nei paesi occidentali gli uomini muoiono in media sette anni prima delle donne. Sono vittime di incidenti stradali, di omicidi e di suicidi più di quanto non lo siano le donne, si ammalano più spesso di AIDS e fanno più frequentemente uso di droghe.

Comunque, anche se prescindiamo da stili di vita pericolosi come quelli appena descritti, notiamo che tra la durata della vita degli uomini e quella delle donne c'è sempre una differenza. È evidente che l'organismo degli uomini è esposto agli attacchi di batteri e parassiti più di quello delle donne. Da un lato va detto che il corpo dell'uomo è più grande di quello della donna. Dall'altro occorre anche ricordare che l'organismo dell'uomo produce grandi quantità di testosterone, una sostanza cioè che ne indebolisce le difese immunitarie²⁰.

La panzana della fonte dell'eterna giovinezza

La ricerca dell'eterna giovinezza è vecchia come il mondo. Uno dei motivi per cui nel Medioevo gli alchimisti facevano ottimi affari era dato dal fatto che l'oro era ritenuto l'elisir più potente per assicurarsi una lunga vita. Oggi certi medici, certi studiosi di scienze naturali e certi ambigui imprenditori hanno assunto il ruolo dei guaritori d'un tempo.

Con il pretesto di diffondere la conoscenza di una «medicina contro l'invecchiamento», essi bombardano l'opinione pubblica con un subisso di mezze verità. L'invecchiamento e i fenomeni concomitanti sono descritti come una malattia che dev'essere eliminata.

Prendiamo ad esempio la notizia pubblicata dall'Associazione tedesca per la medicina contro l'invecchiamento, che ha sede a Monaco di Baviera: «Già a 50 anni il nostro organismo non produce che un terzo della quantità di ormoni che produceva in precedenza, per cui si può prevedere che prima o poi si presenteranno problemi di salute». Di questa associazione fanno parte 600 membri, che sono interessati a scoprire come sia possibile ritardare, arrestare o addirittura eliminare l'invecchiamento. Gli esperti dell'associazione suddetta sostengono, in un loro opuscolo, che oltre al testosterone e all'estrogeno anche altri ormoni potrebbero servire a combattere la scomparsa della giovinezza.

La somministrazione di DHEA (androsterone) dovrebbe far aumentare la libido e la sensazione di benessere. L'androsterone abbasserebbe la colesterolemia, favorirebbe la riduzione del tessuto adiposo e aumenterebbe la capacità di concentrazione.

Stando al suddetto opuscolo, la somministrazione di melatonina contrasterebbe l'azione dei radicali liberi, aumenterebbe le capacità di difesa dell'organismo ed eliminerebbe gli stati d'animo depressivi.

Infine il consumo di ormoni della crescita dovrebbe dare impulso alla rigenerazione delle cellule, migliorare l'elasticità del tessuto connettivo, far aumentare la libido e rafforzare il sistema immunitario.

Sembrano tutte affermazioni plausibili, ma in esse c'è qualcosa che non convince. Non esistono preparati a base di

ormoni, vitamine, antiossidanti, interventi chirurgici e neppure cambiamenti di stile di vita che siano in grado di influire in maniera scientificamente dimostrabile sul processo d'invecchiamento.

Il punto della situazione, sconcertante ma biologicamente corretto, è stato fatto non molto tempo fa da Jay Olshansky della University of Illinois di Chicago, insieme ad altri importanti ricercatori americani che lavorano nel campo della gerontologia. I 51 esperti hanno voluto mettere in guardia la gente contro le false promesse ammannite dalle industrie che parlano di fonte dell'eterna giovinezza: «La gente deve sapere che, in base alle conoscenze scientifiche di cui finora disponiamo, nessuno dei prodotti oggi messi in vendita è adatto a rallentare, arrestare o addirittura eliminare il processo naturale d'invecchiamento. Alcuni dei metodi presentati come efficaci possono essere addirittura pericolosi». I ricercatori fino a oggi non sono riusciti a trovare un indicatore in grado di misurare il declino dell'organismo, né per quanto riguarda gli animali né per quanto riguarda gli uomini: le lancette dell'orologio dell'invecchiamento non sono state ancora scoperte. Senza punti di riferimento affidabili i profeti della medicina contro l'invecchiamento non possono sapere se la loro azione avrà una qualche efficacia²¹.

Il meccanismo della vita biologica, una volta che si è messo in moto, procede inevitabilmente verso la sua distruzione. Ernie del disco, articolazioni dell'anca che si spezzano, rughe, cataratte, emorroidi, ma anche proteine che si modificano e geni che subiscono mutazioni: tutti questi fenomeni sono espressione di una trasformazione certo spiacevole, ma naturale. Nel corso dei decenni le parti piccole e grandi del nostro corpo subiscono una quantità di lesioni accidentali: invecchiare vuol dire proprio questo. Fin da quando siamo

giovani sono all'opera nel nostro organismo sostanze e organi che cercano di porre rimedio al suo continuo deterioramento, ma prima o poi non riescono più a venire a capo di certe imperfezioni. È una tragedia a cui non si sfugge.

Quando arriva la vecchiaia, il funzionamento delle cellule, dei tessuti e degli organi si fa limitato: i muscoli e le ossa si riducono e perdono la loro compattezza, la vista e l'udito calano, la pelle diventa rugosa e i tempi di reazione si fanno più lenti. Inoltre è più facile contrarre malattie quali cardiopatie, morbo di Alzheimer, tumori o colpi apoplettici. I gerontologi che lavorano nell'équipe diretta da Jay Olshansky dichiarano nel loro appello:

Va però detto che queste malattie sono soltanto fenomeni concomitanti, e che non possono essere messe sullo stesso piano del processo d'invecchiamento in sé. Infatti anche se un giorno si riuscissero a curare con successo le malattie tipiche dell'invecchiamento, che oggi sono le principali cause di morte nei paesi industrializzati, non per questo si sarebbe eliminato il processo d'invecchiamento. Al posto delle odierne malattie ce ne sarebbero altre che colpirebbero le persone anziane. E alla fine l'invecchiamento provocherebbe sicuramente il collasso di certe funzioni fisiologiche, come ad esempio la circolazione sanguigna.

Dal 1840 in poi nei paesi industrializzati la speranza di vita è in continua crescita, al ritmo di tre mesi ogni anno. Da questo dato gli scienziati dell'Istituto Max Planck per la ricerca demografica di Rostock deducono che il limite biologico della vecchiaia non è ancora stato raggiunto. Forse nel 2060 la speranza media di vita sarà di 100 anni²².

Ma gli abitanti dei paesi ricchi non vivono più a lungo perché invecchiano in modo diverso rispetto a un tempo,

bensì perché conducono una vita diversa rispetto a quella dei loro predecessori. Nel loro mutato modo di vivere hanno grande importanza il benessere, i farmaci, l'alimentazione e soprattutto l'igiene.

Non esistono invece geni che determinino la durata della vita. L'evoluzione favorisce i geni che arrecano dei vantaggi alla riproduzione e con essa alla trasmissione del materiale genetico. Quello che succede a un individuo dopo la fase della riproduzione e dell'allevamento della prole non dipende più dai meccanismi selettivi dell'evoluzione. È vero che l'invecchiamento è influenzato da molti caratteri ereditari, ma si tratta soltanto di effetti indiretti: non esiste un «gene della vecchiaia». Dal punto di vista dell'evoluzione è un caso che gli individui abbiano una speranza di vita di 70 anni e oltre. I gerontologi fanno notare che questa realtà ha conseguenze drammatiche per la medicina: «Poiché non esiste un programma genetico relativo all'invecchiamento e alla morte, il processo d'invecchiamento non dà la possibilità di intervenire nei suoi confronti come si fa con una malattia».

Neppure facendo del moto e alimentandoci in maniera sana riusciamo a evitare di invecchiare. Sebbene l'attività sportiva e un'alimentazione equilibrata ci consentano di evitare certe malattie permettendoci di vivere meglio e più a lungo, non sono tuttavia in grado di scongiurare definitivamente la vecchiaia.

¹ Comunicato stampa della Schuster Public Relations & Media Consulting del 30 ottobre 2002.

² R. Kirby (a cura di), *Männerheilkunde*, Huber, Bern 2002.

³ Opuscolo *Fragen und Antworten* delle case farmaceutiche Kade/Besins e Solvay Arzneimittel, senza data.

- ⁴ Comunicato stampa della ditta Jenapharm, marzo 2003.
- ⁵ *Report of National Institute on Aging Advisory Panel on Testosterone Replacement in Men*, «The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism», n. 86, 2001, pp. 4611-4614.
- ⁶ Documento consensuale *Der alternde Mann*, «Reproduktionsmedizin», n. 16, 2000, pp. 439-440.
- ⁷ J. Groopman, *Hormones for Men*, «New Yorker», n. 31, 2002.
- ⁸ S. von Eckardstein, E. Nieschlag, *Therapie mit Sexualhormonen beim alternenden Mann*, «Deutsches Ärzteblatt», n. 97, 2000, pp. 3175-3182.
- ⁹ J. Blech, *Neue Leiden alter Männer*, «Der Spiegel», n. 16, 2003.
- ¹⁰ Comunicato stampa della ditta Jenapharm del dicembre 2002.
- ¹¹ Groopman, *Hormones for men* cit.
- ¹² *Report of National Institute* cit.
- ¹³ A. Morales, B. Lunenfeld, *Androgen Replacement Therapy in Aging Men with Secondary Hypogonadism*, «The Aging Male», n. 4, 2001, pp. 151-162.
- ¹⁴ P. Snyder, *Effect of Testosterone Treatment on Bone Mineral Density in Men Over 65 Years of Age*, «The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism», n. 84, 1999, pp. 1966-1972.
- ¹⁵ Fonte: un opuscolo dedicato ai medici con istruzioni su come dedurre le spese pubblicato dalla Kade/Besins e dalla Solvay Arzneimittel, senza data.
- ¹⁶ G. Stockinger, *Viagra für den ganzen Körper*, «Der Spiegel», n. 29, 2000.
- ¹⁷ G. Kolata, *Testosterone Use Prompts Concern Among Doctors*, «New York Times», 22 agosto 2002.
- ¹⁸ A. Brown, N. Comer-Calder, *The Unstoppable Power of the Male Menopause*, «Observer», 24 marzo 2002.
- ¹⁹ I. Owens, *Sex Differences in Mortality Rate*, «Science», n. 297, 2002, pp. 2008-2009.
- ²⁰ S. Moore, K. Wilson, *Parasites as a Viability Cost of Sexual Selection in Natural Populations of Mammals*, «Science», n. 297, 2002, pp. 2015-2018.
- ²¹ J. Olshansky, *Die Mär vom Jungbrunnen*, «Spektrum der Wissenschaft», n. 8, 2002.
- ²² Fonte: «Der Spiegel» n. 21, 2002.

Capitolo 9

Quando volete

*Il pene non ubbidisce per niente
agli ordini del suo signore.*

Leonardo da Vinci

Le cose vanno bene. Almeno per quei 17 milioni e più di uomini che a partire dal 1998 hanno sperimentato il miracolo del Viagra. Quella pillola celeste di forma ottagonale serve a combattere l'impotenza meglio di qualsiasi altro rimedio usato in precedenza. Ogni secondo vi sono quattro uomini nel mondo che assumono quel farmaco. Il richiamo è forte: per la prima volta è possibile eliminare i disturbi dell'erezione con una semplice pillola. È sufficiente ingerirla al momento giusto, circa mezz'ora prima di un rapporto sessuale.

«Mia moglie diceva che ero diventato come Tarzan», ricorda Alfred Pariser di Los Angeles, che oggi ha 62 anni ed è stato uno dei primi uomini a beneficiare degli effetti del farmaco. Oggi è felice, ma un tempo, dal giorno in cui gli era stata asportata la prostata, era impotente. Allora si è sottoposto con altri pazienti a un test clinico che prevedeva l'assunzione del Viagra, ed è riuscito di nuovo ad avere un'erezione.

Ma il Viagra, come pure i suoi nuovi concorrenti Cialis della ditta americana Lilly Icos e Levitra della Bayer, sono molto più che semplici preparati chimici adatti a provocare l'erezione del pene. Questi farmaci hanno cambiato il mondo. L'industria legata alla pornografia, tanto per citare un esempio di cui non si può non parlare, ha subito una vera e propria rivoluzione. Sono lontani i tempi in cui i protagonisti dei film pornografici avevano bisogno di lunghe pause tra una ripresa e l'altra o dovevano ricorrere a controfigure per i primi piani. «Spesso ormai si interrompe la ripresa di un film soltanto per ritoccare il trucco, per andare in bagno o per prendere un caffè», informa la «Deutsche Presse-Agentur» da San Fernando in California, la roccaforte dell'industria americana legata alla pornografia.

E gli scienziati che studiano l'anatomia debbono alla pillola che accresce la potenza sessuale la possibilità di accedere a conoscenze che prima sembravano impossibili da ottenere. Infatti soltanto in seguito all'assunzione del Viagra un uomo ha potuto introdurre il suo membro nella vagina di una donna – dopo che entrambi i partner sono stati inseriti nel condotto di un tomografo computerizzato (di 50 cm di diametro collocato al livello del bacino) – e rimanere immobile per 12 secondi dopo aver raggiunto il culmine del piacere. Le fotografie molto nitide degli organi genitali dei due individui, hanno dato una risposta soddisfacente a una domanda che da sempre ci si poneva: come avviene esattamente l'accoppiamento tra uomo e donna?

Esso avviene grazie a un sorprendente piegamento del membro maschile. Alcuni ricercatori dell'Università di Groningen hanno infatti constatato che il membro si piega verso l'alto e si inserisce come un boomerang nella vagina¹.

Occorre poi dire che il Viagra amplia il repertorio a disposizione della medicina riproduttiva. Infatti, proprio durante i rapporti sessuali che si hanno a scopo riproduttivo, molti uomini non riescono a essere all'altezza della situazione. «Si sentono come animali da riproduzione», spiega un urologo dell'Università di Giessen. «Allora io do loro una pillola di Viagra, e tutto va a posto.»

Il Viagra, il preparato che a tutt'oggi costituisce il culmine nel campo della ricerca farmaceutica, ha cambiato il mondo. L'uso di questa pillola ha trasformato l'attività sessuale delle persone, almeno per quanto riguarda gli uomini, in una pratica che ciascuno può espletare avvalendosi della ricetta del medico. Molti uomini non reggono a un'attività sessuale di questo genere. Dal 1998, da quando cioè il Viagra è stato introdotto sul mercato, soltanto in Germania almeno 30 uomini che ne hanno fatto uso sono rimasti «secchi», per dirla con le parole usate dal quotidiano berlinese «Taz». In tutto il mondo si contano fino a oggi più di 600 decessi. Significativa è stata la morte di Sani Abacha, un militare che tempo fa era a capo di una dittatura in Nigeria. L'8 giugno del 1998, alle quattro del mattino, il cinquantatreenne generale, che aveva fatto uso smodato di Viagra, è deceduto al culmine di un'orgia a cui avevano preso parte tre prostitute indiane.

L'industria farmaceutica non trova per niente ridicolo tutto ciò: troppo importanti sono gli affari che possono essere fatti con i molti milioni di uomini impotenti che pare ci siano sulla faccia della terra. Fino all'inizio del 2003 il Viagra ha dominato il mercato e nel 2001 ha realizzato un utile di un miliardo e mezzo di dollari. La Pfizer, che produce il Viagra, è diventata la più grande casa farmaceutica del mondo.

Il successo straordinario del Viagra ha provocato in tutto un settore dell'industria farmaceutica lo scatenarsi di una

specie di competizione finalizzata alla ricerca. Nel 1998 la prima pillola capace di aumentare la potenza sessuale prodotta al mondo è stata probabilmente percepita come una brezza leggera e inebriante. In seguito però si è scatenata una specie di tromba d'aria: per lo meno 20 nuovi preparati per curare l'impotenza maschile hanno superato la fase di sperimentazione e quella di omologazione nei laboratori di diverse case farmaceutiche. A partire dal 2003 sono già sul mercato i primi esemplari di questi prodotti di seconda generazione. Si tratta di sostanze create per agire direttamente nei corpi cavernosi del pene come fa il Viagra, ma in modo più efficace, rapido e duraturo³.

La casa farmaceutica americana Lilly Icos ha introdotto sul mercato una pillola di forma ovale chiamata Cialis, il cui effetto dura molto a lungo. Essa può servire a chi la usa per tutto un fine settimana.

Inoltre un gruppo di 20 biologi e chimici ha realizzato per la ditta tedesca Bayer, nel tempo record di due anni, una sostanza che ha un principio attivo molto simile a quello del Viagra, ma che promette di essere ancora più efficace di quest'ultimo. La Bayer, unitamente al colosso dell'industria farmaceutica Glaxo Smith Kline, ha messo sul mercato in tutto il mondo il Levitra, la sua pillola color albicocca. Tutte queste case farmaceutiche vogliono ottenere grossi utili sfruttando il mito secondo il quale soltanto un'erezione perfetta consente all'uomo di sentirsi normale.

Il sesso come esercizio obbligatorio

Il clamore suscitato dal Viagra ha portato alla ribalta l'urologia, un settore della medicina finora poco noto. Questa

disciplina, che ancora poco tempo fa curava soprattutto i calcoli alla vescica, i dolori renali e i problemi legati alla prostata, sta vivendo una vera e propria fioritura da quando si occupa di sesso.

Uno degli esperti che più ha voce in capitolo in questo campo è Irwin Goldstein, un urologo titolare della cattedra di medicina sessuale alla Boston University (anche negli Stati Uniti c'è un dipartimento che si occupa specificamente di questi problemi). A metà degli anni '80 Goldstein e i suoi colleghi hanno liberato l'impotenza dalla dipendenza della psicologia. Da allora questo disturbo è curato in laboratorio e non più sul divano dello psicanalista.

«Non abbiamo niente contro la psicologia», chiarisce Goldstein. «Ma da un certo momento in poi tutto ciò che riguarda il sesso è una questione meccanica. L'uomo ha bisogno di una sufficiente rigidità dell'asse longitudinale perché il suo pene possa raggiungere le labbra della vulva.»

Il nostro urologo quindi dice di essere in grado di far rizzare un pene afflosciato più o meno nello stesso modo in cui un astronauta rimetterebbe in sesto la sua navicella spaziale guasta. «Io sono un ingegnere», continua Goldstein, che in effetti all'università in cui insegna collabora col dipartimento di astronautica per studiare possibili rimedi contro i disturbi dell'erezione. «Posso applicare ai problemi di cui mi occupo tutte le leggi dell'idraulica.»³

Un tempo i medici predicavano la continenza e la morale: cinquant'anni fa erano ritenuti «normali» soltanto i rapporti sessuali convenzionali all'interno del matrimonio. Fino a prima della seconda guerra mondiale le donne incinte non coniugate potevano essere fatte ricoverare a tempo indeterminato in un manicomio. Orientamenti sessuali diversi da quelli ritenuti normali erano di competenza dei neurologi.

Nella prima edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* pubblicato nel 1952, l'omosessualità è descritta come una vera e propria malattia che necessita di cure. Fino agli anni '70 del secolo scorso, per gli omosessuali erano previste cure ormonali oppure la castrazione.

Oggi esperti di biomeccanica, farmacologi e medici mettono nuovamente le mani sulla vita sessuale delle persone, anche se in modo completamente diverso. Adesso prescrivono ai loro pazienti una cura che prevede l'attività sessuale svolta regolarmente come una componente essenziale della loro salute, non importa se abbiano o meno voglia di praticarla. «Fino a pochissimo tempo fa si consigliava ai pazienti la continenza e la moderazione. Ora invece è loro consentito di raggiungere il massimo del piacere sessuale», si stupiscono Graham Hart e Kaye Wellings, due ricercatori britannici. Essi dicono che la castità è vista come «il nuovo comportamento anomalo» e diventa così un caso clinico per gli inventori di malattie⁴.

L'urologo Hartmut Porst fa parte di una élite di medici che curano i disturbi di natura sessuale con metodi nuovi. Il suo ambulatorio al Neuer Jungfernstieg di Amburgo lavora a pieno ritmo, e nel suo schedario si trovano i nomi di centinaia di pazienti che vengono a farsi visitare da tutta la Germania. Usando questi pazienti come cavie, Porst compie la maggior parte delle sue ricerche relative all'efficacia e alla sicurezza dei farmaci che accrescono la potenza sessuale e delle pillole che procurano il piacere. Ricercatori provenienti da tutto il mondo sottopongono al giudizio di questo medico i loro prodotti più innovativi.

Visitiamo l'ambulatorio di Porst in un giorno di febbraio del 2002: gli uomini che fanno da cavia per i suoi esperimenti hanno ingerito una sostanza attiva prodotta da una ditta

giapponese, che dovrebbe far nascere il desiderio sessuale direttamente nel cervello. Gli uomini sono in tutto 14, giacciono a letto nudi e stanno guardando dei film pornografici in videocassetta. La sostanza che hanno ingerito comincia a fare effetto dopo circa 30 minuti e il dottor Porst inizia la sua visita: «Forse qui si sta svegliando qualcosa...». Con mosse brusche, il medico solleva la coperta gialla sotto la quale è coricato Johannes I., un uomo magro di 58 anni, che ha indosso solo un paio di calzini e che sogghigna con aria imbarazzata. «Ah, ecco...», borbotta Porst che, dopo aver annotato qualcosa sulla cartella clinica, si affretta verso il letto successivo. Alla fine del suo giro dice soddisfatto: «Ho visto un paio di ottime erezioni».

Niente da dire: assistere alle visite del dottor Porst non è cosa di tutti i giorni. Queste visite sono tuttavia necessarie per poter creare nuovi farmaci in grado di combattere i disturbi sessuali. «In nessun altro campo della medicina si fa tanto come in quello della ricerca di nuovi rimedi atti a curare i disturbi sessuali», dichiara il dottor Porst. «Stiamo vivendo la seconda rivoluzione sessuale.»

Viagra per la donna

Ma non sono stati certo uomini insoddisfatti quelli che hanno gettato le basi di questa rivoluzione. Sono piuttosto i ricercatori delle case farmaceutiche e gli esperti di marketing che si ingegnano per dare l'impressione che la frustrazione sessuale sia un fenomeno molto diffuso e curabile. Di più, sembra che abbiano improvvisamente scoperto che il calo del desiderio sessuale sia una realtà che riguarda molto anche le donne: si dice che il 43% delle donne adulte soffra di

questo disturbo. Lo scetticismo al riguardo appare più che giustificato: il numero sorprendentemente alto di donne interessate al fenomeno rappresenta per l'industria un affare da miliardi di dollari.

«Il bisogno di trovare un rimedio per risvegliare la libido nella donna è enorme», afferma il ricercatore americano Perry Molinoff. Egli fa esperimenti con una sostanza chiamata PT-141, la quale sembra agisca direttamente sui centri nervosi che si trovano nel cervello. Quindi le ostriche, lo champagne, i vibrator e il lume di candela saranno ben presto superati come mezzi con cui arrivare al piacere, dichiara esultante Molinoff: «Il PT-141 è la prima sostanza finora conosciuta che sembra sia in grado di suscitare la concupiscenza nella donna».

Molinoff intende introdurre quanto prima sul mercato il supposto afrodisiaco avvalendosi della collaborazione della casa farmaceutica Palatin Technologies di Edison (New Jersey). Il primo prodotto messo in vendita sarà uno spray nasale. Il ricercatore americano assicura che i test eseguiti su quattro macachi e i primi esperimenti clinici compiuti su 16 donne che si sono fatte iniettare il PT-141 in una narice hanno dato risultati soddisfacenti. Mentre le donne alle quali era stata somministrata la sostanza guardavano dei film erotici, minuscole apparecchiature misuravano il flusso del sangue che passava attraverso la loro vagina. Confrontando le reazioni di queste donne con quelle di altre 16 alle quali era stato iniettato in una narice un preparato diverso dal PT-141, si poteva notare che effettivamente in quelle a cui era stata somministrata la sostanza in questione il flusso sanguigno era più consistente.

Il PT-141 ha sull'organismo lo stesso effetto della melanotropina, un ormone presente nel nostro cervello. Tra le mol-

te caratteristiche di questo ormone vi è quella di favorire l'abbronzatura della pelle quando ci si espone alle radiazioni dei raggi ultravioletti. Proprio per questo motivo i ricercatori della Health Sciences Center della University of Arizona si erano accorti degli effetti provocati dal PT-141: lo avevano somministrato come crema solare a uomini dalla pelle molto chiara, per stimolarne la pigmentazione.

Effettivamente gli uomini che avevano fatto uso del PT-141 hanno notato, ben presto e con piacere, che avevano ottenuto una bella abbronzatura, ma al tempo stesso hanno osservato il manifestarsi di sbalorditivi effetti collaterali, vale a dire erezioni impressionanti. Uno dei ricercatori che per pura curiosità si era spalmato sulla pelle un po' di quel gel aveva dovuto constatare che il suo pene era rimasto eretto per ben otto ore. Non desta quindi stupore il fatto che l'industria farmaceutica abbia subito dimostrato un grande interesse per quella crema solare: sembrava proprio che avesse scatenato la concupiscenza nel cervello delle persone che si erano sottoposte al test. «Si trattava evidentemente di una reazione psichica, che provocava tutta una serie di reazioni successive che partivano dal midollo spinale per giungere fino al basso ventre», spiega il dottor Mac Hadley, un farmacologo della University of Arizona.

C'è però un problema: se il PT-141 fa davvero «venire voglia di fare l'amore», questo prodotto creato per stimolare l'attività sessuale non potrebbe costituire un pericolo per chi lo usa? Perry Molinoff tende a sdrammatizzare: «Usata come spray nasale, la sostanza non agisce a lungo nel cervello. E la si adopererebbe soltanto nel periodo che precede immediatamente il coito». Attraverso la mucosa e la circolazione del sangue, il PT-141 arriva al cervello nel giro di pochi secondi. Molinoff spiega che le modalità d'uso devono essere studia-

te con cautela: «Qualcuno potrebbe mettere di nascosto una pillola nel drink di una signora, e la trasformerebbe in una ninfomane».

Non meno attivi sono i ricercatori della Pfizer, un gigante dell'industria farmaceutica, che stanno controllando se il Viagra da loro prodotto sia efficace anche nel caso di donne non facilmente eccitabili. La Pfizer ha testato la sua pillola su un campione di donne inglesi in occasione di esperimenti mai resi pubblici, il cui esito peraltro non dev'essere stato positivo. In questo settore parecchie case farmaceutiche stanno sperimentando almeno una dozzina di preparati con test clinici di vario tipo: si producono pillole, creme, gel e spray nasali di ogni genere per risvegliare il desiderio delle donne.

Non vi sono dubbi: i ricercatori delle case farmaceutiche sognano di poter ripetere con le donne l'enorme successo economico che hanno avuto con gli uomini grazie al Viagra e simili. Il lavoro preliminare necessario per assicurarsi tale successo non ha luogo soltanto nei laboratori, ma anche e soprattutto nei convegni e nei congressi. Infatti per poter commercializzare i loro prodotti le case farmaceutiche necessitano prima di tutto di un quadro clinico chiaramente definito: una sindrome che si possa idealmente collegare a determinate caratteristiche.

La scoperta della donna refrattaria al piacere sessuale

Da tempo ormai le case farmaceutiche si sono messe all'opera: da alcuni anni hanno regolarmente sponsorizzato congressi e convegni, nel corso dei quali sono state definite con precisione le caratteristiche di una malattia ben precisa, che è stata chiamata disfunzione sessuale femminile. Per il

settore industriale di cui ci occupiamo tale malattia giunge proprio a proposito, visto che pare che quasi la metà delle donne adulte ne sia affetta.

Tuttavia si è scoperto che l'eccezionale diffusione di questa sindrome non era altro che un'operazione studiata a tavolino. La «nascita della disfunzione sessuale femminile è l'ultimo e più eclatante esempio di come l'industria farmaceutica sappia sponsorizzare la creazione di una malattia», ha scritto Ray Moynihan sul «British Medical Journal». «Un gruppo di scienziati che ha stretti legami con le case produttrici di farmaci collabora con colleghi che lavorano nell'industria farmaceutica, al fine di creare e definire una nuova categoria di malattie. Va poi detto che tutta questa attività è pianificata in convegni che per lo più sono sponsorizzati da industrie che sono in competizione tra loro per la produzione di nuovi farmaci.»⁵

La malattia delle donne ha visto la luce nel 1997 in una conferenza sulle disfunzioni sessuali tenutasi in un albergo di Cape Cod, negli Stati Uniti. In un successivo convegno svoltosi a Boston nell'ottobre dello stesso anno, è stata definita con maggior precisione la presunta sindrome del rifiuto del sesso: il convegno si è tenuto a porte chiuse ed è stato sponsorizzato da alcune case farmaceutiche. Dei 19 esperti che in seguito hanno pubblicato i risultati di quel convegno, tenutosi alla stregua di un complotto, ben 18 avevano legami con l'industria. Inoltre il documento finale, redatto con l'accordo di tutti i partecipanti, ha avuto il sostegno finanziario di otto case farmaceutiche. Infine va ricordato che gli stessi medici che hanno partecipato al convegno hanno fondato un «Forum per la funzione sessuale femminile», che a sua volta ha tenuto a Boston conferenze sponsorizzate da più di 20 case farmaceutiche. Tra i promotori delle conferen-

ze c'era anche Irwin Goldstein, l'urologo americano che vorrebbe curare le disfunzioni sessuali usando le tecniche di un meccanico. I suoi legami con l'industria farmaceutica sembrano essere molto stretti. Per sua stessa ammissione egli è al servizio «praticamente di ogni industria farmaceutica» come portavoce e consulente. Tanto per citare un caso, nel dicembre del 2002 è stato tra i protagonisti di un simposio sulla potenza sessuale tenutosi ad Amburgo e sponsorizzato dalla Bayer e dalla Glaxo Smith Kline⁶.

La disfunzione sessuale femminile aveva fatto parlare di sé già nel 1999, quando sulla rivista specializzata «Jama» erano stati pubblicati i risultati di un'inchiesta sull'argomento, secondo la quale il 43% delle donne fra i 18 e i 59 anni d'età dichiarava di essere insoddisfatto della propria vita sessuale. Era un numero enorme di pazienti. La notizia è diventata ben presto di dominio pubblico e quasi tutti i media l'hanno ripresa acriticamente, dandole ancora maggiore risalto⁷.

In seguito, tuttavia, si è scoperto che due dei quattro autori della ricerca avevano avuto legami con la casa farmaceutica Pfizer. Ancora più grave è stato scoprire che il metodo usato dai ricercatori, tutti sociologi della University of Chicago, era stato molto poco affidabile. È infatti emerso che essi avevano estrapolato la cifra di 43 donne su 100 insoddisfatte della loro vita sessuale, da una serie di dati rilevati addirittura sette anni prima dell'inizio della ricerca. In quell'occasione a 1500 donne erano state poste alcune domande riguardanti il modo in cui avevano vissuto la loro sessualità nel corso dell'anno precedente. In particolare era stato loro chiesto se avessero notato, per un periodo di oltre due mesi, la comparsa di almeno uno di sette sintomi, tra cui l'assenza di desiderio sessuale, la paura di non riuscire a corrisponde-

re alle aspettative del partner o la sensazione di non avere la vagina sufficientemente lubrificata. I sociologi di Chicago hanno considerato affette da disfunzione sessuale le donne che avevano dichiarato di aver notato la comparsa di anche solo uno dei sintomi succitati. E questo è il modo migliore per trasformare i problemi di una persona sana in disturbi di una persona malata.

Ma un modo di ragionare ispirato al buon senso non può accettare atteggiamenti del genere. È ormai noto da tempo che l'assenza di desiderio sessuale è strettamente legata allo stress, alla stanchezza e allo stato d'animo in cui si trovano i due partner. In determinati momenti della vita l'assenza di desiderio sessuale è normale e salutare. John Bancroft, ricercatore e direttore del Kinsey Institute della Indiana University, mette in guardia contro il pericolo di trarre conclusioni affrettate. Dice che presentando le difficoltà che si possono riscontrare in campo sessuale come se fossero disturbi funzionali, si finisce per incoraggiare i medici a «prescrivere medicinali atti ad alterare la funzione sessuale, mentre si dovrebbero prendere in esame altri aspetti della vita della donna».

Dobbiamo dire che le critiche di Bancroft non sono rimaste del tutto inascoltate: infatti i sociologi di Chicago hanno fatto marcia indietro. Edward Laumann, il responsabile del gruppo di ricercatori, ha ammesso che molte delle donne che erano state oggetto della loro inchiesta e che facevano parte di quel 43% che si era dichiarato insoddisfatto della propria vita sessuale erano «assolutamente normali». E – udite, udite! – molti dei loro problemi non erano altro che una «risposta del tutto appropriata dell'organismo alle provocazioni e allo stress».

Sappiamo tuttavia che se un giorno la tanto decantata pillola per *lei* dovesse essere messa sul mercato, la disfunzione

sessuale femminile diventerebbe in un batter d'occhio una malattia diffusissima.

Questo almeno ci insegna l'esempio del Viagra. Da quando questo prodotto è stato messo sul mercato, la diagnosi di «disfunzione erettile» è stata formulata con molta maggior frequenza rispetto a prima. In Gran Bretagna, ad esempio, il numero di diagnosi si è triplicato⁸.

Le persone normali si trasformano in amanti insaziabili

È vero che oggi molti uomini che soffrono di impotenza osano andare dal medico, perché sanno che finalmente li può aiutare. Molti di questi sono gravemente malati: vi sono ad esempio pazienti operati di prostata, diabetici, nefropatici, arteriosclerotici e ipertesi. Va detto, d'altro canto, che il Viagra ha modificato i comportamenti sessuali delle persone: molti uomini che in realtà sono sani sperano di trasformarsi in amanti insaziabili grazie alla pillola che accresce la potenza sessuale. Hanno l'impressione che la capacità di godere concessa loro dalla natura possa essere moltiplicata, viste le alternative che la chimica ci mette a disposizione. I ricercatori inglesi Graham Hart e Kaye Wellings osservano in proposito: «Molti che fino a oggi avevano considerato normale e accettabile la loro libido sono insoddisfatti della vita sessuale che conducono»⁹.

Le case farmaceutiche che producono rimedi per aumentare la potenza sessuale attizzano ancora di più i desideri degli uomini. Da un lato attirano nuovi clienti con annunci pubblicitari sull'impotenza, pardon, sulla disfunzione erettile, oppure con questionari a cui gli interessati possono rispondere protetti dalla discrezione garantita da Internet.

«Fatti da solo il tuo test» esorta la Lilly, «e parlane poi col tuo medico»¹⁰.

Dall'altro lato non cessano di presentare l'impotenza come una malattia molto diffusa e al tempo stesso pericolosa. «I disturbi dell'erezione sono frequenti e debbono essere presi sul serio. Ne è affetto circa il 50% degli uomini tra i 40 e i 70 anni d'età», sostiene la Pfizer¹¹. Un'affermazione del genere può risultare fuorviante. Infatti il Massachusetts Male Aging Study, con una ricerca eseguita su un campione di 1300 uomini, ha dimostrato che la disfunzione erettile è totale soltanto nel 10% dei casi; nel 25% si tratta di una disfunzione «moderata» e nel 17% dei casi di una disfunzione soltanto «minima».

Altre indagini che forniscono cifre molto più basse relative all'impotenza vengono spesso passate sotto silenzio. Un'inchiesta condotta in Germania su un campione di 4500 uomini tra i 30 e gli 80 anni d'età, la Cologne Male Survey, ha rivelato che il 19,2% dei soggetti interpellati (età media 52 anni) denuncia difficoltà di erezione. E da un'altra inchiesta condotta in Italia risulta che tra gli uomini di età inferiore ai 39 anni soltanto il 2% lamenta che a volte non basta voler avere una vita sessuale soddisfacente per riuscire a ottenerla. È anche evidente che l'impotenza si fa più frequente con l'età¹².

Tuttavia la Pfizer, nei suoi annunci pubblicitari, presenta uomini giovani e sani, con l'evidente intenzione di trovare nuovi acquirenti per i suoi prodotti. Qualche tempo fa era comparsa, in alcuni annunci, l'immagine dell'ex senatore americano Bob Dole, che a 74 anni dichiarava di soffrire d'impotenza. Ma dall'inizio del 2000 la casa farmaceutica ha optato per una fascia più giovane di potenziali acquirenti, e ha scelto come uomo immagine per le sue campagne pub-

blicitarie il quarantatreenne campione automobilistico Mark Martin, molto popolare negli Stati Uniti. Sul cofano della sua Ford Taurus e sulla sua tuta campeggia la parola magica: «Viagra». Anche negli annunci pubblicati sui giornali la ditta ha deciso di usare un tono più disinvolto. Nelle foto si vede ad esempio un bell'uomo sui 40 anni che con aria imperpertinente chiede: «Pensi di essere troppo giovane per usare il Viagra?»¹³.

Sembra essere nell'ordine naturale delle cose che uomini ancora abbastanza giovani e in forma assumano farmaci per aumentare la loro capacità erettile. «Tutto ciò che ha a che vedere con il sesso fa sicuramente tendenza», constata il dottor Hartmut Porst, un urologo di Amburgo. Acquistare prodotti che potrebbero essere venduti solo dietro presentazione di ricetta medica non costituisce un problema. Tramite Internet è possibile ordinare il Viagra e prodotti simili senza doversi sottoporre a una visita specialistica. Il dottor Porst dice che «non si può impedire a uomini sani di assumere farmaci per avere un'erezione che li soddisfi».

Non ci si deve dunque meravigliare se gli esperti di marketing si dicono fiduciosi. Fino all'inizio del 2003, quando il Viagra era praticamente l'unico prodotto in vendita, il giro d'affari dei farmaci destinati ad accrescere la potenza sessuale si aggirava in Germania attorno ai 50 milioni di euro all'anno. Ma con l'introduzione sul mercato dei concorrenti del Viagra – Cialis e Levitra – e con le campagne pubblicitarie lanciate dalle rispettive case produttrici, il giro d'affari dovrebbe crescere ancora di molto. Gli esperti di mercato pensano a una cifra che va dai 150 ai 200 milioni di euro all'anno.

Al tempo stesso cresce la pressione sulle casse malattia tedesche affinché coprano le spese sostenute per i farmaci de-

stinati ad aumentare la potenza sessuale. A Stoccarda un pensionato di 72 anni con problemi di erezione ha intentato un'azione legale contro la cassa malattia locale dopo che questa si era rifiutata di rimborsargli le spese sostenute per il Viagra. Una sentenza emessa nel dicembre del 2001 dal tribunale sociale del Baden-Württemberg gli ha dato ragione. Agli impiegati pubblici affetti da diabete le spese sostenute per l'acquisto del Viagra devono essere rimborsate dallo Stato: questo è quanto è stato deliberato da una sentenza pronunciata nell'aprile del 2003 dal tribunale amministrativo della Baviera. Il pensionato sosteneva che l'attività rientra nei bisogni fondamentali della persona, per la cui soddisfazione la cassa malattia è tenuta a intervenire. I problemi di erezione gli erano stati causati dal diabete da cui era affetto e il suo medico gli aveva prescritto il Viagra. La sua cassa malattia si era rifiutata di rimborsargli la spesa che aveva sostenuto per acquistare il prodotto, per cui egli ha intentato una causa che è durata quattro anni e alla fine l'ha spuntata. Le casse malattia temono ora di dover sborsare milioni di euro per pagare spese di questo tipo.

Il coito a spese della cassa malattia diventerebbe ancora più probabile se si potessero trovare nuove indicazioni per le pillole del sesso. Ed è proprio quello che alcuni esperti hanno intenzione di fare: il Viagra non dovrà più servire soltanto per curare i disturbi dell'erezione, ma anche per salvaguardare la salute del pene in senso lato. L'antesignano di questo cambiamento di rotta è nuovamente l'urologo Irwin Goldstein. «Se vuoi essere ancora sessualmente attivo fra cinque anni, prendi ogni sera un quarto di pillola», ha detto questo medico durante una manifestazione organizzata a New York dalla Pfizer. A suo dire, il Viagra preso quotidianamente prolunga la durata delle erezioni notturne,

mantenendo così attiva la funzione delle cellule muscolari lisce nei corpi cavernosi. Non disponiamo però ancora di prove scientifiche che giustifichino una profilassi a base di Viagra¹⁴.

Leonore Tiefer, una psicoterapista della New York University specializzata in problemi sessuali, ha detto che il tentativo fatto di recente dall'industria farmaceutica di aumentare i propri profitti con la produzione di nuovi farmaci per curare l'impotenza le appare «pressoché grottesco»¹⁵. La dottoressa, una femminista dichiarata, si sente inorridire al pensiero che un giorno non lontano uomini e donne si uniranno sessualmente stimolati dai farmaci. Assisteremo a flirt tra persone anziane che portano su di sé i segni inequivocabili del logoramento. «Presto la vagina di una ventenne trapiantata in una donna di 60 anni dovrà vedersela con l'esuberante erezione di un uomo della sua stessa età», profetizza la Tiefer. «Non so se gli organi genitali dei due partner riusciranno a sopportare l'esperienza».

Resta tuttavia una magra consolazione: le nuove pillole del piacere e della potenza sessuale causeranno indirettamente molti casi di morte indolore, la cosiddetta *mors in coitu*. Il pene, questo «simbolo in sé venerando» come lo definisce il filosofo Friedrich Nietzsche, è infatti un'ottima cartina di tornasole dello stato di salute dell'uomo. Chi lo sente fiacco e inerte può essere colpito facilmente da un infarto cardiaco o da un colpo apoplettico. E chi, dopo anni di rinuncia e grazie al contributo di farmaci che accrescono la potenza sessuale, ricomincia di colpo a fare sesso, corre il rischio di passare in un amen dal colmo del piacere al paradiso.

- ¹ W. Schultz et al., *Magnetic Resonance Imaging of Male and Female Genitals During Coitus and Female Sexual Arousal*, «British Medical Journal», n. 319, 1999, pp. 1596-1600.
- ² J. Blech, *Die zweite sexuelle Revolution*, «Der Spiegel», n. 7, 2002.
- ³ Stiftung Deutsches Hygiene-Museum (a cura di), *Sex - vom Wissen und Wünschen*, Hatje Cantz Verlag, Ostfildern-Ruit 2001.
- ⁴ G. Hart, K. Wellings, *Sexual Behaviour and its Medicalisation: in Sickness and in Health*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 896-900.
- ⁵ R. Moynihan, *The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction*, «British Medical Journal», n. 326, 2003, pp. 45-47.
- ⁶ *Ivi.*
- ⁷ E. Laumann et al., *Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors*, «JAMA», n. 281, 1999, pp. 537-544.
- ⁸ J. Kaye, J. Hershel, *Incidence of Erectile Dysfunction and Characteristics of Patients Before and After the Introduction of Sildenafil in the United Kingdom: Cross Sectional Study with Comparison Patients*, «British Medical Journal», n. 326, 2003, pp. 424-425.
- ⁹ Hart, Wellings, *Sexual Behaviour and its Medicalisation* cit., pp. 896-900.
- ¹⁰ www.lilly-pharma.de, accesso del 1° marzo 2003.
- ¹¹ www.der-gesunde-mann.de, accesso del 1° marzo 2003.
- ¹² Tutte le cifre sono tratte da J. P. Pryor, *Editorial*, «BJU International», n. 88, 2001, p. 3.
- ¹³ M. Petersen, *Advertising - Pfizer, Facing Competition from Other Drug Makers, Looks for a Younger Market for Viagra*, «New York Times», 13 febbraio 2002.
- ¹⁴ R. Moynihan, *Urologist Recommends Daily Viagra to Prevent Impotence*, «British Medical Journal», n. 326, 2003, p. 9.
- ¹⁵ Leonore Tiefer ha condotto una campagna contro la disfunzione sessuale femminile, vedi www.fsd-alert.org.

Capitolo 10

I geni diventano destino

La sequenza è solo l'inizio...

J. Craig Venter

La nascita dell'Homo geneticus è stata annunciata ufficialmente il 26 giugno 2000 alla Casa Bianca di Washington. È stata un'incoronazione imperiale, con tanto di incenso, fanfare e tripudio di musiche. Il presidente americano Bill Clinton e il primo ministro britannico Tony Blair, in collegamento via satellite da Londra, si sono presentati al mondo circondati da scienziati di chiara fama. Clinton ha detto che l'umanità ha in mano una nuova chance, senza dubbio la più importante e straordinaria tra tutte quelle di cui può disporre. Essa darebbe agli uomini la possibilità «di comprendere la lingua con cui Dio ha creato la vita».

Clinton parlava del genoma dell'uomo, vale a dire del complesso dei cromosomi la cui sequenza, costituita da tre miliardi di elementi (coppie di basi), veniva proprio allora resa nota quasi del tutto. Gli scienziati poterono lavorare alla realizzazione del progetto del genoma umano impiegando una grande quantità di denaro proveniente dalle tasse. Questo perché avevano promesso ai politici e ai cittadini che quella sequenza di cromosomi avrebbe migliorato la salute

degli uomini, e assicurato che il codice del DNA avrebbe offerto la possibilità di curare in modo innovativo i mali ereditari e le molte malattie la cui origine è, in parte, genetica.

In quel giorno di giugno del 2000 non sono state certo lesinate le promesse. Clinton si è congratulato con Blair, perché la speranza di vita di suo figlio, che era appena venuto al mondo, si sarebbe accresciuta di 25 anni. Inoltre il Presidente degli Stati Uniti prevedeva che negli anni a venire sarebbero stati vinti il morbo di Alzheimer, il morbo di Parkinson, il diabete e il cancro. Il genoma di cui era stata resa nota la scoperta avrebbe migliorato la vita di tutti gli uomini della terra.

Intanto si possono acquistare i primi prodotti che favoriranno il raggiungimento di questo risultato. Si tratta di test genetici per tutti, che a quanto si dice ci permetteranno di vivere più sani.

«La conoscenza del genoma», spiega la biologa Rosalynn Gill-Garrison, «può aiutare le persone a capire qual è l'alimentazione più adatta per loro e il tipo di vita più sano». La ricercatrice americana, che lavora per la ditta Sciona, ha creato il primo test genetico acquistabile al supermercato. Il prodotto si chiama *You & Your Genes* (Tu e i tuoi geni), analizza nove geni e dovrebbe assicurare una «vita più lunga e più sana». Quelli che lo acquistano sono individui non affetti da malattie, ma che credono alle promesse dell'industria della salute.

La ditta Sciona propone a tutti lo screening genetico reticolare, che può essere fatto al telefono, su Internet e, a partire dalla primavera del 2002, addirittura nelle filiali della Body Shop in Gran Bretagna. Proprio questa catena di negozi di cosmetici, presente in tutto il mondo e che condanna gli esperimenti fatti sugli animali esaltando il riciclaggio, fa da apripista al nuovo tipo di medicina. La Body Shop assicura

che uno «screening assolutamente nuovo» del patrimonio genetico garantisce «una collaborazione proficua tra organismo e nutrizione». Chi acquista il test genetico deve compilare un questionario con domande relative alle sue abitudini alimentari, alle bevande che consuma e alle sigarette che fuma, poi massaggiarsi per un minuto l'interno della bocca con un bastoncino d'ovatta fornito dalla ditta. A operazione avvenuta, circa 2000 cellule dell'organismo del cliente resteranno appiccicate al bastoncino, che poi verrà spedito alla Sciona in un tubetto di plastica.

La Sciona ha aperto uno stabilimento nella zona industriale di Havant, una città dell'Inghilterra meridionale, e il Ministero britannico del commercio e dell'industria le ha conferito lo Smart Award, un premio prestigioso riservato a chi opera nella ricerca. Nei nuovi laboratori i tecnici dell'azienda ricavano il patrimonio genetico dai campioni di cellule inviati da coloro che hanno fatto il test. Poi i geni così individuati vengono riprodotti milioni di volte. In seguito, grazie a una speciale tecnica che fa uso dei colori, si è in grado di riconoscere quali siano le varianti genetiche di ogni persona testata. Dopo alcune settimane il cliente riceve per posta i risultati dell'analisi con il suo «profilo genetico».

Se dipendesse dalla Sciona, potremmo acquistare quanto prima anche nei negozi americani e degli altri paesi d'Europa il suo kit per questo tipo di screening, che costa 120 sterline. La dottoressa Gill-Garrison, responsabile per la ricerca della ditta, è intenzionata ad aumentarne il giro d'affari. Su Internet si è già costituito un mercato internazionale praticamente impossibile da controllare. Oltre a ditte inglesi e americane, vi sono già due aziende tedesche che tramite Internet vendono kit per analisi genetiche. Questo tipo di operazioni commerciali è vietato ai medici, poiché la legge proibisce loro di fare

pubblicità per test previsionali. Paradossalmente il divieto non è valido per chi non è medico, per cui una signora laureata in ingegneria può gestire da Berlino, tramite Internet, la ditta Gentest 24, che opera nel settore delle analisi genetiche. Dopo aver pagato una cifra che va dai 500 ai 1600 euro, il cliente fa pervenire alla ditta suddetta un suo campione di saliva. La Gentest 24 lo fa analizzare in un laboratorio berlinese specializzato nel campo del DNA, che individua una serie di caratteristiche genetiche del cliente. Pare che il controllo effettuato stabilisca quanto sia elevato per il cliente il rischio di ammalarsi di Alzheimer, tumore al seno, tumore al colon, osteoporosi, disturbi che ostacolano la coagulazione del sangue e varie malattie del ricambio. Vi è poi il Centro per la diagnostica individuale con sede a Francoforte sul Meno, specializzato nell'accertare eventuali predisposizioni genetiche all'infarto cardiaco, all'obesità, alla tossicomania, ai disturbi legati alla menopausa e all'ipertensione. La diagnostica per una «valutazione del rischio eventuale di contrarre malattie dell'invecchiamento» costa al cliente 653,61 euro. Il centro suddetto è abile nel convincere la gente che i test genetici sono una misura preventiva, come lo è la rinuncia al fumo: «Solo chi conosce i rischi a cui va incontro può prevenirli»¹.

Ricordiamo poi la ditta americana Neuromark Diagnostics, specializzata nella ricerca dei caratteri ereditari che si dice siano collegati a tossicomania, depressioni, coazione alimentare, stati d'ansia e iperattività. Al cliente vengono forniti i risultati delle analisi di un certo numero di suoi geni (da 20 a 50), considerati determinanti per valutare quale sarà il suo futuro stato di salute. Una possibilità di previsione del genere sarebbe straordinaria, se non fosse di pertinenza esclusiva dei ciarlatani. Il funzionamento del nostro organismo è troppo complesso per poter essere previsto con un chip genetico.

Dubbia è anche la qualità del prodotto che la Sciona vende ai suoi clienti. Le informazioni che la ditta fornisce si basano infatti sul presupposto che la combinazione di geni di cui ciascun individuo è dotato sia unica e irripetibile. Ma all'incirca una coppia di basi ogni mille si differenzia da un individuo all'altro, il che significa tre milioni di anomalie su un totale di tre miliardi di elementi.

Questa molteplicità in campo genetico è un'utile eredità che dobbiamo all'evoluzione, poiché assicura all'*Homo sapiens* buone prospettive di sopravvivenza, ad esempio nella lotta contro gli agenti patogeni nocivi. Nel patrimonio genetico dell'uomo si trovano nascoste molte di queste differenti possibilità, che i biologi chiamano *polimorfismi*. Esse possono essere legate alle circostanze più diverse riguardanti la vita dell'organismo. Ad esempio un certo polimorfismo fa sì che alcune persone digeriscano gli asparagi con un processo di digestione del tutto particolare, che dopo che la verdura è stata consumata può essere percepito con l'olfatto. Infatti l'urina di quelle persone avrà un odore particolarmente acre.

Dopo che è stato controllato il «profilo genetico» di un cliente, gli esperti della Sciona preparano una relazione fatta su misura per lui. In base all'analisi del patrimonio genetico che è stata eseguita, vengono forniti al cliente determinati consigli su come alimentarsi. Tali consigli però, se considerati con attenzione, si rivelano essere nient'altro che sciocchezze formulate in termini pseudoscientifici. Il test genetico *You & Your Genes* analizza nove geni che hanno una funzione specifica nei processi messi in atto dall'organismo per rielaborare le sostanze nutritive contenute negli alimenti. Ma poiché vengono analizzati solo sei geni che hanno a che fare con lo smaltimento di sostanze tossiche, già la statistica ci dice che per quanto riguarda questo ambito occorre quasi sem-

pre mettere in conto la possibilità di errori. Tuttavia la Sciona sostiene che gli enzimi chiave «lavorano a velocità che non possono essere quelle ottimali per eliminare le sostanze tossiche dal vostro organismo». Le argomentazioni alquanto generiche fornite dalla ditta si concludono con consigli che in pratica valgono per ciascuno di noi. Ad esempio si raccomanda di evitare di consumare carne bruciata, oppure si consiglia di mangiare molta verdura.

Anche altre raccomandazioni della Sciona sono piuttosto banali, come ad esempio quelle che suggeriscono l'uso di compresse di vitamina o il consumo di frutta in abbondanza. La ditta consiglia anche di evitare il fumo e di moderare l'uso di alcolici. La dottoressa Gill-Garrison ammette che quanto da lei detto non è particolarmente originale. «Non è che manchino le buone raccomandazioni», dice. «Ma probabilmente le nostre vengono seguite più di altre perché si basano su test individuali. Noi siamo stati i primi a dire a un singolo individuo che cosa gli fa bene in base all'analisi dei suoi geni.»

Ma è proprio questa affermazione a essere priva di fondamento. Anche se dalle analisi effettuate dalla Sciona risulta che un gene funziona soltanto parzialmente, non per questo possiamo dire che la salute generale di un individuo sia compromessa. «Le presunte ripercussioni sulla salute dei polimorfismi che sono stati analizzati non sono assolutamente provate», osserva il professor Peter Propping, un genetista dell'Università di Bonn. La Sciona si basa sull'analisi di nove geni, ma vi sono centinaia di segmenti di patrimonio genetico che hanno una loro funzione nel processo di ri-elaborazione delle sostanze nutritive da parte dell'organismo. E dev'essere ancora scoperto il modo in cui avviene un'interazione così complessa. «Non sappiamo ancora con precisione

in che modo i geni e la nutrizione siano collegati tra di loro», dice lo scienziato britannico Roland Wolf della University of Dundee. A ciò va aggiunta l'enorme influenza che ha sulla salute l'ambiente in cui si vive.

Non ha senso che la Sciona analizzi il gene della *deidrogenazione aldeidica*, presente nell'organismo di molti abitanti dell'Asia in una variante pressoché inattiva. Infatti l'organismo in cui si trova l'enzima difettoso sperimenta molto presto quali sono le conseguenze provocate dalla sua presenza. Basta una modesta quantità di alcol a far sì che nel corpo dell'individuo in questione si accumuli una sostanza nociva che causa un'intossicazione i cui sintomi sono eritemi, senso di stordimento e tachicardia.

Nella primavera del 2000 una delegazione della Human Genetics Commission, un organismo di controllo britannico, ha ispezionato i laboratori della Sciona che da poco erano stati inaugurati e in un suo rapporto ha scritto quanto segue: «Non siamo a conoscenza di studi scientifici affidabili che dimostrino che un cambiamento di dieta avvenuto sulla base della dotazione genetica di una persona abbia effetti sulla sua salute»².

Alcuni studiosi tedeschi mettono in guardia dalla tendenza oggi così diffusa a sottoporsi a screening. «Non sono altro che sciocchezze e non hanno alcun valore», dice il professor Peter Propping. «È riprovevole che un test genetico come quello della Sciona venga messo in commercio.» Anche i manager della Body Shop hanno dovuto ammettere che effettivamente le cose stavano così, tant'è vero che nel giro di pochi mesi hanno tolto il test genetico in questione dagli articoli in vendita nei loro negozi.

Ma anche da un altro punto di vista il test genetico You & Your Genes lascia perplessi. In una quota della popolazione

che va dal 20 al 40% si trovano le varianti genetiche analizzate e ritenute difettose. Di conseguenza gli esperti che eseguono i test trovano da cinque a sei di queste variazioni genetiche nell'organismo della maggior parte delle persone su cui i test vengono eseguiti. Statisticamente perciò nessuno, stando alla Sciona, è in possesso di un patrimonio genetico perfetto. Ciò significa che, stando al suddetto test, la maggioranza della popolazione non è geneticamente sana.

Finora, comunque, i test genetici non hanno ancora prevenuto alcuna malattia. Hanno anzi ottenuto l'effetto opposto, hanno cioè contribuito a far aumentare il numero delle persone che si sentono minacciate da malattie, visto che molti di coloro che pur non lamentando disturbi di alcun genere si sottopongono ai test genetici vengono considerati malati.

«La nostra società si trova in pieno processo di genetizzazione», constata il filosofo olandese Henk ten Have.

Quale parte del vasto processo di medicalizzazione attualmente in corso, la genetizzazione rappresenta una nuova definizione dell'individuo secondo i concetti del DNA, una nuova lingua che descrive e interpreta la vita e il comportamento umano in base a un vocabolario genetico fatto di codici, schemi, segni, predisposizioni e caratteristiche genetiche, e introduce una nuova concezione genetica della malattia, della salute e dell'organismo umano.³

Un referendum sui geni

I test genetici riescono a far luce soltanto su alcune malattie. Al giorno d'oggi ne possono essere diagnosticate grazie ai test genetici circa 280, ma il loro numero è destinato a cre-

scere rapidamente⁴. Lo studio dei geni consente di avere a disposizione prognosi sicure riguardo a molte malattie ereditarie, soprattutto per quelle causate dalle imperfezioni di un singolo gene. Un difetto apparentemente minimo può causare i più gravi sintomi e magari la morte. Nel caso delle malattie cosiddette monogene i test genetici possono stabilire con chiarezza chi è malato e chi non lo è. È perciò possibile non solo prevedere i rischi che una persona correrà in futuro, ma anche intervenire sui rischi di ammalarsi che le generazioni future correranno, usando lo strumento della visita prenatale e dell'aborto selettivo. Si ritiene che le malattie monogene siano circa 5000. Fortunatamente sono poco diffuse tra la popolazione e «rappresentano solo una quota che va dal 2 al 3% del totale delle malattie», stando a quanto sostengono Günter Feuerstein e Regine Kollek, due sociologi della medicina di Amburgo⁵.

Quanto più si studia il genoma umano, tanto più gli scienziati applicano la diagnosi genetica al caso di malattie che solo in piccola parte sono condizionate dai geni. Tra queste vi sono il cancro e le malattie cardiocircolatorie. Tra le cause di queste malattie, oltre all'influenza dell'ambiente, occorre considerare una quantità di geni molto elevata; si tratta quindi di malattie poligene. Ricordiamo che a partire dal 1982 sono stati scoperti più di 20 geni che sono importanti per il trasporto dei grassi nel sangue. Il turbamento del rapporto esistente tra questi geni potrebbe favorire la calcificazione patologica dei vasi sanguigni. Ancora più complessa si presenta la situazione nel caso dei tumori: i ricercatori hanno scoperto più di 60 cosiddetti proto-oncogeni. Nel caso in cui questi geni vengano modificati da una mutazione, possono trasformare una cellula sana in una cellula tumorale maligna.

Anche nel caso di altre malattie poligene quali il diabete, il morbo di Alzheimer o la trombosi venosa, negli scorsi anni gli studiosi hanno rintracciato la presenza nell'organismo di una quantità di geni la cui funzione spesso è poco nota o addirittura sconosciuta. Questa componente genetica di malattie molto diffuse è riscontrabile in diversi campioni, che sono distribuiti in maniera quanto mai irregolare nel pool genico della popolazione e che di per sé non rappresentano un grosso fattore di rischio relativamente alla possibilità di contrarre tali malattie⁶. È vero che sulla base di questi campioni gli studiosi sperano di poter arrivare a formulare prognosi sicure sul rischio di contrarre le malattie succitate, va però detto che per raggiungere tali risultati dovranno tenere nel dovuto conto le influenze ambientali.

In realtà, però, i test genetici non sono ancora in grado di chiarire quando una malattia poligena si manifesta e quale sarà il suo decorso, anche se case farmaceutiche che lavorano sui geni come la Sciona e la Gentest 24 inducono a pensare il contrario. Visto però che le varianti poligene sono così diffuse tra la popolazione, sembra che il grosso affare sia dietro l'angolo. Case farmaceutiche come la Roche e la Novartis collaborano con imprese minori del settore della biotecnologia che stanno realizzando test innovativi⁷.

Il controllo dei geni fornisce (quando le fornisce) informazioni puramente statistiche sui rischi che l'uso dei nuovi prodotti comporta. Ci si muove nel campo delle probabilità, e le cose si fanno complicate, perché da un lato è possibile sapere molto poco su coloro che ai test sono risultati «positivi», e dall'altro le notizie che vengono diffuse possono far nascere grandi aspettative nella gente. Un test genetico per i tumori ereditari al seno e alle ovaie molto diffuso negli Stati Uniti, ci fornisce un esempio significativo al riguardo. La ca-

sa farmaceutica americana Myriad Genetic Laboratories che vende quel test, si rivolge con la sua pubblicità direttamente alle donne: «Ci sono casi di tumori al seno o alle ovaie nella tua famiglia? Puoi ridurre i rischi di contrarre la stessa malattia. Noi possiamo aiutarti».

Effettivamente con un test genetico del costo di circa 2500 euro si può accertare se nell'organismo di una donna è presente uno dei due geni tumorali BRCA1 o BRCA2. Il test però non consente di prevedere se la presenza di uno di questi geni porterà effettivamente all'insorgere della malattia. Le donne che risultano positive al test devono decidere se farsi asportare preventivamente o meno le ovaie o entrambi i seni. Diverse donne negli Stati Uniti e anche alcune in Germania hanno deciso di farsi operare, sebbene risulti che il 45% delle donne nelle quali è presente il gene del tumore al seno e l'80% di quelle in cui è presente il gene del tumore alle ovaie non siano poi colpiti dalla malattia tumorale.

I geni possono riservare sorprese anche nel caso di malattie ereditarie studiate con cura. Per quanto riguarda la malattia ereditaria più diffusa nei paesi dell'Europa centrale, la mucoviscidosi, detta anche fibrosi cistica, una quota che va dal 3 al 5% delle persone in cui sono presenti i suoi caratteri ereditari non la contrae.

Le future ricerche sul genoma umano ci faranno conoscere migliaia di variazioni genetiche, e i medici saranno indotti a presentarle come caratteristiche abnormi, indesiderate e patologiche. Tutto ciò aprirà prospettive quanto mai allettanti per gli inventori di malattie.

Gli scienziati inglesi David Melzer e Ron Zimmern mettono in guardia dalla tentazione di classificare le persone come «sane» o «malate» in base alle loro caratteristiche genetiche. «La genetica, poiché dimostra che il genoma di ciascun

individuo è differente da quello di tutti gli altri e che tutti in un certo senso siamo individui "abnormi", ci costringe in fondo a considerare in modo nuovo il concetto di normalità in quanto tale»⁸.

Siamo convinti che, anche se il profilo genetico di un individuo può indurre a pensare diversamente, dovrebbero essere considerate malattie soltanto quelle condizioni che danneggiano o mettono in pericolo la salute di quell'individuo. Esempio di un fenomeno organico che può essere chiaramente diagnosticato ma che non è nocivo per chi ne è affetto è la cosiddetta sindrome di Gilbert. In chi ne è affetto si verifica la presenza di un tasso elevato di enzimi epatici in caso di stress. Il genoma umano ha in sé molte varianti che, come la sindrome di Gilbert, possono interessare lo studioso, ma non comportano conseguenze negative per la salute delle persone che ne sono affette. In un articolo pubblicato dalla rivista scientifica «Science», la dottoressa Larissa Temple, un medico canadese, mette in guardia dal rischio di considerare pazienti solo in base al loro profilo genetico persone che non presentano disturbi particolari: «Fintantoché non è provato che una mutazione comporta un rischio ben determinato che può avere conseguenze dannose per la salute, gli individui in cui tale mutazione si manifesta non dovrebbero essere considerati malati».

In futuro gli studiosi troveranno sicuramente nel patrimonio genetico dell'uomo un'enorme quantità di varianti minime. Stabilire le conseguenze dannose che queste potrebbero avere e valutare in modo adeguato i rischi che potrebbero comportare sarà un compito molto difficile, forse impossibile da realizzare⁹.

Quasi tutte le anomalie della natura – ad esempio i lobi auricolari più grossi del normale – sono distribuite con una

certa uniformità tra la gente e molte volte non si notano neppure. Quando poi sono riconducibili a sintomi, questi a loro volta si presentano in maniera più o meno evidente a seconda delle persone: i geni non hanno confini definiti. Per distinguere tra persone «malate» e «sane» in questo *continuum* regolato dalla natura, i medici usano applicare criteri arbitrari che, come spesso accade in medicina, dipendono dalle mode. «Col passare degli anni è invalsa l'abitudine di ampliare i confini della diagnostica e della cura», osservano David Melzer e Ron Zimmern, ricercatori dell'Università di Cambridge. Di conseguenza sempre più persone che presentavano sintomi di poco conto e livelli di rischio poco elevati sono state inserite nella categoria dei «malati».

Melzer e Zimmern affermano che la medicina moderna ha incrementato questa tendenza: certi test relativi ai caratteri genetici (*marker*) che «per mezzo secolo e più non determinano alcun sintomo, potrebbero diventare i nuovi modelli di un processo di medicalizzazione affrettato. Potrebbe cioè accadere che a un fenomeno venga applicata l'etichetta di "malattia" prima che risulti con chiarezza se per esso esistono una prevenzione o una cura adeguate»¹⁰.

Il genoma diventa così un fattore di rischio, e a maggior ragione la diagnosi non conosce più limiti: una persona sana è una persona il cui patrimonio genetico non è stato esplorato, o non lo è ancora stato in maniera sufficientemente approfondita. Le diagnosi genetiche, anche se dal punto di vista scientifico non danno alcuna indicazione o ne danno troppo poche sul futuro stato di salute di una persona, possono essere usate intenzionalmente per appioppare a quella persona l'etichetta di malato. Ovviamente, chi è supposto essere affetto da una qualche tara, corre il rischio di essere danneggiato nei rapporti con le assicurazioni e con i datori di lavoro.

In Germania le assicurazioni sulla vita e sulle malattie del settore privato hanno dichiarato, in un comunicato da esse redatto, che almeno fino al 2006 non chiederanno ai loro clienti di fornire loro gli esiti di test genetici, e neppure di essere informate sugli esiti di eventuali test già effettuati. Però la rinuncia all'impiego dei test è valida soltanto per un importo assicurativo non superiore a 250.000 euro. Per importi più elevati gli esiti dei test dovranno essere messi a disposizione delle assicurazioni.

I geni inducono a trarre conclusioni errate

Se consideriamo come stanno attualmente le cose negli Stati Uniti, ci rendiamo conto di quanto sarebbe importante in Germania regolamentare con una legge sull'ingegneria genetica una questione così delicata. Negli Stati Uniti vi sono almeno sei ditte che sottopongono a screening i loro dipendenti per verificare se reagiscono in modo particolare a determinate sostanze tossiche con le quali potrebbero venire a contatto lavorando. I soggetti particolarmente sensibili vengono licenziati. Inoltre sempre negli Stati Uniti non sono state assunte per determinati lavori persone nel cui organismo era presente il gene della cosiddetta anemia falciforme, anche se le persone con quella caratteristica erano sane. Se le due versioni del gene subiscono una mutazione, nel sangue del soggetto in questione circolano globuli rossi che in caso di carenza di ossigeno possono raggomolarsi in grumi falciformi. Negli anni '70 l'aeronautica militare americana ha posto un limite all'ammissione nella propria accademia di persone sane che, anche se portatori di quel carattere genetico, non denunciavano sintomi particolari. Tali soggetti veni-

vano assunti dalle compagnie aeree commerciali soltanto come personale di terra e in nessun caso come steward e meno che mai come piloti. La discriminazione riguardava quasi soltanto cittadini statunitensi di colore, poiché nei neri la suddetta variante genetica è frequente in una percentuale superiore alla media. Dopo reiterate proteste le limitazioni sono state abolite¹¹.

Probabilmente nei prossimi anni verranno scoperte nel patrimonio genetico dell'uomo parecchie altre varianti, che porteranno ad altre false conclusioni e discriminazioni. Quando però le persone vengono a conoscenza dell'esistenza di presunte disfunzioni nel loro genoma, esse si sentono invadere dalla paura e perdono la voglia di vivere. «L'esito di un test che stabilisce l'esistenza di un rischio statisticamente più o meno certo appare come un'ipoteca che grava sulla vita di una persona sana», osservano gli esperti Günter Feuerstein e Regine Kollek. Col numero delle diagnosi genetiche cresce anche il numero delle persone che non sono in grado di interpretare i risultati dei test e che vengono lasciate sole con la loro paura. «La crescente consapevolezza del fatto che il manifestarsi di quasi tutte le malattie è legato anche a fattori genetici identificabili avrà precise ripercussioni in campo sociale», osserva il genetista Jörg Schmidtke dell'Università di Hannover. La «disfunzione del patrimonio genetico» diventerà una «disfunzione della persona tout court».

Sappiamo benissimo che ci si può ammalare e si può anche morire improvvisamente di una grave malattia. A causa di un test genetico che dà esito positivo, magari eseguito a fini speculativi, questa eventualità in genere rimossa si trasforma in una minaccia grave da cui non ci si riesce più a liberare. Abbiamo quindi a che fare con una nuova categoria

di persone: i «malati sani», o coloro che «non sono ancora malati».

Nel prossimo futuro l'assistenza di questa nuova categoria di pazienti diventerà una realtà costante del sistema sanitario, soprattutto perché i test genetici saranno utilizzati su scala sempre più vasta. Questo fenomeno apre all'industria farmaceutica la prospettiva di un mercato particolarmente allettante. Obiettivo di tale industria è la creazione di farmaci per persone che non presentano sintomi di alcun genere, pur avendo un genoma irregolare. Persone che a causa dei geni presenti nel loro organismo sembrano particolarmente soggette al rischio di infarto cardiaco, potrebbero essere persuase ad assumere quotidianamente una compressa di aspirina allo scopo di diluire il sangue. Ad altre che invece si pensa abbiano predisposizione ad ammalarsi del morbo di Alzheimer, verrebbero prescritti a scopo puramente profilattico dei farmaci per rafforzare la memoria. Un tempo la medicina preventiva aveva il compito di tenere lontana la gente dal sistema sanitario, nell'epoca della diagnosi genetica invece è la medicina preventiva che fa sì che la gente se ne avvalga.

Un esempio di come la ricerca genetica favorisca già oggi la medicalizzazione è fornito da una malattia relativamente frequente, l'emocromatosi. I manuali dicono che questa malattia ereditaria colpisce una persona su 400. Chi ne è affetto non lamenta disturbi particolari, ma nel suo organismo si deposita un eccesso di ferro che può causare conseguenze a lungo termine quali la cirrosi epatica, il diabete e l'insufficienza cardiaca. Se le persone affette da questo male venissero a conoscenza per tempo del loro problema, si potrebbe evitare l'eccessivo accumulo di ferro nel loro organismo e i danni a esso collegati grazie a regolari prelievi di sangue.

Con un'indagine di massa finora unica compiuta in Germania, la Cassa malattia dei commercianti di Hannover ha sottoposto a screening 6000 suoi assicurati, per verificare quanti di essi fossero affetti da emocromatosi. Sappiamo tuttavia che si ammala meno dell'1% delle persone in cui il gene di questa malattia ha subito una mutazione. Perciò il test dell'emocromatosi individua «più un rischio genetico che non una malattia», osserva Wylie Burke della University of Washington di Seattle. Possiamo quindi dire che chi cura un malato trasforma 99 persone sane in malati sani¹².

Il dottor Feuerstein, un sociologo della medicina di Amburgo che studia le ripercussioni che i test di controllo del patrimonio genetico hanno sulle assicurazioni sanitarie, dice che in futuro si dovranno affrontare spese molto ingenti al riguardo: «In futuro tantissime persone che non lamentano disturbi saranno trasformate in pazienti. Dal punto di vista finanziario sarebbe una follia cominciare a curare le persone fin dagli anni della loro giovinezza, somministrando loro farmaci di ogni genere». Se così si facesse, i test genetici potrebbero causare la rovina delle casse malattia pubbliche.

Essere sani non è più sufficiente

A partire dal 1883 la prevenzione delle malattie ereditarie e l'eliminazione dei geni patogeni occupano un posto di rilievo nella scienza. In quell'anno l'inglese Francis Galton, un cugino di Charles Darwin, creò l'eugenetica e fondò a Londra il primo istituto a essa dedicata, il Galton-Laboratorium. Quello scienziato riteneva che gli inglesi non avessero le qualità intellettuali e fisiche necessarie per governare un impero che si estendeva in ogni parte del mondo. Con l'euge-

netica (da «nobile origine») egli intendeva incrementare le caratteristiche ereditarie della popolazione che si ritenevano più promettenti.

All'inizio del XX secolo l'eugenetica era una teoria molto popolare che aveva parecchi proseliti, soprattutto se si trattava di eliminare caratteri ereditari considerati poco lusinghieri. In Norvegia e in Svezia ci sono stati casi di sterilizzazione di alienati mentali, criminali e omosessuali. L'eugenetica ha fornito al governo tedesco la giustificazione per la discriminazione e il genocidio. Il 18 agosto 1939 in Germania è stato promulgato l'obbligo di denuncia dei neonati che avevano malformazioni. La Germania nazista doveva essere «ripulita» per molto tempo dalle persone portatrici di handicap. Negli Stati Uniti, fino agli anni '70, almeno 60.000 uomini e donne sono stati obbligati a farsi sterilizzare perché si supponeva fossero affetti da malattie ereditarie. Nel dicembre del 2002 il governatore dell'Oregon ha chiesto pubblicamente scusa perché nel suo Stato erano state sterilizzate contro la loro volontà più di 2600 persone.

La biologia moderna fa ritornare in vita la teoria eugenetica. I genetisti inglesi Gordon Ferns e David Galton affermano che l'eugenetica può ormai essere definita come «l'impegno della scienza a migliorare il genoma umano dal punto di vista sia qualitativo che quantitativo»¹³. Grazie alla conoscenza dei veri o presunti geni patogeni che oggi è possibile rintracciare nel patrimonio genetico delle persone, entrambi gli obiettivi dell'eugenetica possono essere perseguiti.

I caratteri ereditari considerati «negativi» vengono eliminati: vi sono persone che si vedono discriminate dal punto di vista biologico a causa delle loro caratteristiche genetiche. Per esse è molto più difficile trovare lavoro di quanto non lo sia per altri ed è più raro che facciano carriera. Trovano dif-

ficoltà a ottenere crediti bancari e a stipulare assicurazioni contro le malattie e sulla vita. E questi sono tutti fattori che limitano la loro possibilità di riprodursi.

I caratteri ereditari considerati «positivi» vengono invece incrementati: solo dopo un'accurata selezione genetica gli embrioni prodotti artificialmente possono essere impiantati nell'utero della donna. La tecnica del preimpianto, ancora vietata in Germania, è stata utilizzata all'estero da medici e genitori nel trattamento di circa 1000 bambini, quasi sempre per prevenire gravi malattie ereditarie. Presto la ricerca sarà estesa alle malattie poligene e alle anomalie.

A Chicago una donna di 30 anni, genetista di professione, ha sottoposto a un test mutazionale alcuni embrioni prima di introdurli nel suo utero con un processo di fecondazione artificiale; ciò per verificare se i figli che sarebbero potuti nascere avrebbero corso il rischio di contrarre prematuramente il morbo di Alzheimer. Quattro degli embrioni che non avevano subito mutazioni sono stati impiantati nella donna, e da uno di questi è nata una bambina. Se il test di cui sopra non fosse stato effettuato, la bambina avrebbe avuto il 50% di probabilità di trovarsi affetta da senilismo già a 40 anni d'età. Invece, grazie ai controlli fatti, la bambina è nata sana¹⁴.

In qualche raro caso, a un bambino non è più sufficiente avere i caratteri genetici sani per poter venire al mondo. Questo si verifica quando il neonato selezionato geneticamente deve anche servire da donatore d'organi. Il primo bambino che ha avuto questa sorte si chiama Adam Nash, ed è stato messo al mondo nell'autunno del 2002 per poter salvare la sorella. Già pochi secondi dopo la sua nascita, avvenuta in una clinica americana, i medici hanno prelevato il sangue dal suo cordone ombelicale e ne hanno introdotto un

certo numero di cellule nell'organismo della sorella. Per la piccola Molly, una bambina di sei anni affetta da anemia, la donazione di sangue fattale dal fratello ha costituito un rimedio portentoso, visto che questo era l'unico tipo di trasfusione da lei tollerabile.

Il neonato che ha salvato la sorella non è stato inviato dal cielo, ma è stato scelto da un genetista. Adam è stato concepito in provetta insieme a una dozzina circa di embrioni. I medici hanno sottoposto quegli embrioni a un test genetico, che Adam ha superato positivamente. Poiché le caratteristiche dei suoi tessuti si adattavano in maniera ottimale a quelle della sorella, la madre ha portato a compimento la sua gravidanza e lo ha messo al mondo, come figlio e come donatore d'organi.

«Abbiamo varcato un confine che in precedenza non era mai stato oltrepassato», ha detto in quell'occasione Jeffrey Kahn, un esperto di bioetica della University of Minnesota. «Abbiamo compiuto una scelta in base a caratteristiche che favoriscono non il bambino che deve nascere, ma un'altra persona.» È l'inizio di una nuova era? In effetti Manfred Stauber, della clinica ginecologica dell'Università di Monaco di Baviera, teme che la produzione «di bambini sempre più adatti alle nostre esigenze possa diventare effettivamente una prassi abituale»¹⁵.

Adam, che sta crescendo benissimo in Colorado, è il precursore di una medicina ancora sconosciuta: i geni del suo organismo vanno bene per lui e al tempo stesso servono a un'altra persona. Egli è perciò qualcosa di più di un semplice individuo sano.

¹ Le pagine Internet delle ditte si trovano ai siti www.gentest24.de e www.gen-untersuchung.com (Centro per la diagnostica individuale). Vedi anche H. Berth, *Entwicklung mit Risiken*, «Deutsches Ärzteblatt», n. 40, 2002, pp. 2599-2603.

² Citazione dal «Guardian» del 4 giugno 2002.

³ U. Wiesing (a cura di), *Ethik in der Medizin*, Reclam, Stuttgart 2000.

⁴ Una panoramica costantemente aggiornata sui test genetici disponibili si trova su Internet: www.geneclinics.org.

⁵ G. Feuerstein, R. Kollek, *Vom genetischen Wissen zum sozialen Risiko: Genodiagnostik als Instrument der Biopolitik*, «Das Parlament», n. 27, 2001; www.das-parlament.de/2001/27/Beilage/2001_27_005_5834.html.

⁶ D. Galton, G. Ferns, *Genetic Markers to Predict Polygenic Disease: a New Problem for Social Genetics*, «Q J Med», n. 92, 2002, pp. 223-232.

⁷ W. Burke, *Genetic Testing*, «New England Journal of Medicine», n. 347, 2002, pp. 1867-1875.

⁸ D. Melzer, R. Zimmern, *Genetics and Medicalisation*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 863-864.

⁹ E. Temple et al., *Defining Diseases in the Genomics Era*, «Science», n. 293, 2001, pp. 807-808.

¹⁰ D. Melzer, R. Zimmern, *Genetics and Medicalisation*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 863-864.

¹¹ Galton, Ferns, *Genetic Markers to Predict Polygenic Disease* cit., pp. 223-232.

¹² Burke, *Genetic Testing* cit.

¹³ Galton, Ferns, *Genetic markers* cit.

¹⁴ D. Josefson, *Doctors Successfully Screen Embryos for Gene Mutation Linked to Early Onset Alzheimer's*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, p. 564.

¹⁵ «Der Spiegel», n. 41, 2000.

Capitolo 11

L'utilità di essere malati

Se pagata, la gente si ammala.

Andrew Malleson

In un ospedale di Amburgo si è notata all'improvviso l'esistenza di una strana malattia. Risparmiava i ricoverati, le infermiere e i medici, colpiva soltanto le donne addette alle pulizie. Una dopo l'altra esse cadevano in depressione e non erano più in grado di lavorare.

La causa di una patologia così strana non era data da virus o bacilli. Era solo successo che la nuova direzione dell'ospedale aveva invitato le donne addette alle pulizie a lavorare di più e meglio. Qualche tempo dopo questo fatto, una di queste lavoranti si era fatta visitare dal suo medico, che l'aveva trovata affetta da una malattia psichica. Il nome di quel medico si era diffuso tra le colleghe della lavorante in questione come un microbo contagioso, e in poco tempo il numero di assenze giornaliere dal lavoro delle dipendenti dell'impresa di pulizie CleaniG era passato da 200 a 950 al mese.

La depressione collettiva che alcuni anni fa ha colpito le donne addette alle pulizie di quell'ospedale di Amburgo, ci fa capire che certe malattie esistono soltanto perché sono uti-

li. Ai medici procurano clienti, e alle persone che a essi si rivolgono giornate libere dal lavoro con tanto di certificato medico, risarcimento danni, pensione di invalidità e in più la qualifica di pazienti¹.

In genere malattie di questo tipo non sono che inezie, stati di salute che dal punto di vista organico non possono essere considerati patologici. È solo l'interazione tra pazienti, medici e giuristi che le trasforma in problemi sanitari che costano miliardi alla comunità. Nei paesi in cui per questo tipo di malattie non sono previste indennità, esse guariscono tranquillamente da sole oppure non esistono addirittura.

Il neurologo canadese Andrew Malleon cita come esempio paradigmatico di malattia utile, un conglomerato di stati di esaurimento riscontrabili soprattutto tra gli appartenenti al ceto medio dei paesi sviluppati². Tali stati di esaurimento non si possono guarire, ma si possono benissimo curare. La storia è iniziata nel 1869, quando un medico di New York ha diagnosticato per la prima volta una malattia chiamata nevrastenia. Si trattava di un disturbo ai funicoli nervosi che si diceva fosse visibile al microscopio, e che era causato dallo stress della vita moderna.

Ancor oggi si parla di questa malattia nei manuali di medicina, anche se dal punto di vista anatomico i danni che essa provocava non erano dimostrabili. Per essa era quindi necessaria una spiegazione diversa. Già nel 1934 venne postulata l'esistenza della sindrome da stanchezza cronica, che si diceva fosse trasmessa da virus sconosciuti. Da tale sindrome è derivata quella che attualmente si usa chiamare fibromialgia, che è ormai considerata una malattia ortopedica.

«Invece di guarire le malattie, la medicina ne produce di nuove», constata Malleon. Il neurologo canadese annovera tra queste malattie la sindrome da lesioni alle vertebre cervi-

cali, che anche in Germania si riscontra molto di frequente. I medici diagnosticano lesioni di questo tipo nell'80% degli incidenti automobilistici con danni alle persone; sono chiamate anche traumi da sbandamento e grazie a esse è possibile intascare un risarcimento che va da 500 a 800 euro. Ogni anno si contano 160.000 casi del genere.

È strano però che, mentre chi è vittima di incidenti automobilistici anche gravi di solito guarisce, per gli individui che subiscono un semplice tamponamento ci debbano essere così spesso conseguenze tanto serie. Infatti circa il 10% di tali persone resta invalido per il resto della sua vita e molte di esse non riottengono il loro posto di lavoro. «Questa gente esagera», dice Hermann Lemcke, un giudice della corte d'appello di Münster che si è occupato di questa sindrome per molti anni. «Casi del genere finiscono per avere costi elevatissimi per la società.»³

Possibili ripercussioni sulla nuca delle lesioni alle vertebre cervicali (cefalea muscolo-tensiva) non bastano a spiegare come mai tante persone abbiano potuto fare carriera come pazienti. Chi fa qualche giro sull'autoscontro al luna park espone il collo e il tronco a urti molto più forti di quelli che in genere subisce chi è vittima di un tamponamento. Tuttavia chi guida al luna park non lamenta lesioni alle vertebre cervicali.

Già qualche anno fa alcuni ricercatori tedeschi hanno dimostrato che il trauma da sbandamento può verificarsi anche senza che vi sia l'intervento di agenti fisici. Questi ricercatori hanno sottoposto 50 persone a un test, durante il quale hanno fatto loro credere che stavano subendo un tamponamento. Le persone prescelte venivano fatte salire a bordo di un'auto che, messasi in moto, percorreva in discesa una breve scarpata, mentre tutt'intorno si sentivano rumori simili a quelli provocati dall'urto di due veicoli. Contemporaneamente

neamente chi stava facendo il test poteva vedere lamiere ammaccate e vetri rotti. Passati tre giorni, il 20% delle persone che si erano sottoposte al test lamentava i disturbi tipici delle lesioni alle vertebre cervicali, a volte anche molto forti.

Ultimamente alcuni ricercatori hanno individuato una delle cause che possono provocare la sindrome da lesioni alle vertebre cervicali. Dicono che si tratta del collare che in genere porta chi è affetto da questa sindrome. L'Associazione tedesca di fisioterapia e medicina riabilitativa ha osservato che esso potrebbe effettivamente causare una cefalea muscolotensiva. Secondo detta associazione, i medici dovrebbero cessare di imporre ai loro pazienti questo arnese⁵.

Ma altri ricercatori hanno scoperto che un fattore di rischio ancora più grave è costituito dal pagamento dei risarcimenti. Possiamo citare l'esempio della Lituania, uno dei pochi paesi del mondo occidentale in cui ancora non sono previsti risarcimenti per la sindrome da lesioni alle vertebre cervicali, e in cui quindi la forma cronica di questa malattia non esiste. Alcuni neurologi dell'Università di Trondheim hanno interrogato 412 cittadini lituani che avevano subito incidenti automobilistici e non hanno riscontrato in essi nessun sintomo che facesse pensare alla sindrome da lesioni alle vertebre cervicali. Invece in Norvegia, paese più ricco della Lituania, vengono concessi risarcimenti per quella sindrome: 70.000 abitanti su quattro milioni e mezzo si considerano handicappati per quel motivo⁶.

I norvegesi che usufruiscono del risarcimento in questione, e le tante persone che sono nelle loro stesse condizioni negli altri paesi industrializzati, godono di quello che gli psicologi chiamano «vantaggio secondario procurato dalla malattia», per cui se ci si ammala le cose vanno meglio. A tutti costoro, infatti, sono forniti sussidi in denaro, farmaci costo-

si e cure dispendiose; in più hanno dalla loro la solidarietà del prossimo. Spesso quindi il malato è la persona che più conta in famiglia. Un prepensionato gode di maggiore considerazione di chi è disoccupato da molto tempo. Infatti in una società come la nostra basata sull'efficienza soltanto a chi è malato è consentito di non essere efficiente. Ma è vero anche il contrario: se la società e il mondo del lavoro non esigessero troppo dal singolo individuo, forse non vi sarebbero tante persone che cercano scampo nella malattia.

Per questo motivo però, capita spesso che le malattie siano viste come un'ancora di salvezza. Ecco allora che l'abbassamento dell'udito può impedire di portare a termine gli studi e il mal di schiena può diventare un ostacolo alla prosecuzione della carriera. Ursula Mayr, una psicologa bavarese, osserva: «Spesso si ha bisogno della malattia anche per giustificare il fallimento di qualche progetto ambizioso».

Da sempre le innovazioni tecnologiche sono causa di malattie⁷. Nel 1871 la Prussia è stato il primo paese al mondo a estendere la copertura assicurativa a tutti i dipendenti delle ferrovie, e subito si sono verificati tra i ferrovieri moltissimi casi di «malattia del treno». Alcuni medici hanno diagnosticato lesioni al midollo spinale che dicevano provocate dal semplice fatto di viaggiare in treno. La terapia messa a punto per curare quel male è stata l'immediato pagamento di un indennizzo.

In Inghilterra quando è stato introdotto l'uso del telegrafo, si è dovuta registrare una vera e propria epidemia del cosiddetto crampo del telegrafista. E un secolo dopo si è notato il verificarsi di casi della stessa malattia persino in Australia, anche se là la causa scatenante era stata l'uso della tastiera e del mouse dei computer. Nel 1983 il sistema sanitario australiano ha riconosciuto l'esistenza della malattia: le

ha dato il nome di *repetitive strain injury* (disturbi all'avambraccio e alla mano causati da reiterate reazioni allo stress) e ha pagato per essa alcuni indennizzi. Nel frattempo si era diffusa la voce che certe ditte produttrici di computer avevano esportato in Australia tastiere antiquate fuori norma.

La conseguenza della decisione presa dalle autorità sanitarie australiane è stata un'enorme diffusione della *repetitive strain injury* (RSI) in tutto il paese. La nuova sindrome, che nel linguaggio comune veniva chiamata «zampa di canguro», ha colpito innanzi tutto l'amministrazione pubblica: in alcuni uffici ne sono risultati affetti un dipendente su tre. In seguito ha interessato anche insegnanti, infermiere, addetti alle catene di montaggio e studenti.

«I pazienti lamentavano acuti dolori cronici alla nuca e al braccio, che causavano notevoli disagi», notava il reumatologo Geoffrey Littlejohn della Università di Melbourne. «L'Australia, un paese moderno, orgoglioso e forte, nella sua storia non aveva mai dovuto affrontare un problema così grave in campo sanitario.»

Tuttavia ulteriori ricerche hanno dimostrato che la causa di quella sindrome non era la RSI. A poco a poco i medici hanno capito che la malattia non era causata dal lavoro al computer. La maggior parte di quelli che se ne credevano colpiti si era semplicemente lasciata contagiare dall'isteria di massa, e molti degli altri che si ritenevano malati non trascorrevano molto tempo davanti al computer, erano soltanto degli psicolabili.

Subito i media hanno cominciato a parlare della «zampa di canguro» come di una semplice fissazione, da cui più nessuno voleva essere considerato affetto. Inoltre il governo australiano ha ridotto gli indennizzi per la RSI, e tutti sono tornati a vivere come sempre.

Il fenomeno dell'autoamputazione ci fa capire come le malattie possano essere provocate anche dagli articoli pubblicati sui giornali, dalle leggi e dai regolamenti. Nel 1988 in Germania le assicurazioni hanno offerto ai medici una polizza particolare, in base alla quale la perdita di una qualunque parte del corpo poteva giustificare un'invalidità del 100%. Decine di medici non hanno esitato a tagliarsi un dito con segherle circolari, tosaerba, mannaie e cesoie per siepi. Nel 1995 le assicurazioni hanno revocato la validità della polizza e da allora il massacro è cessato⁸.

In Germania anche tra gli insegnanti sembrano allignare le malattie utili, tanto più che le condizioni del prepensionamento per malattia sono correlate all'importo della pensione. Nel 2001 la quota di inabili al lavoro tra i pensionati è arrivata al 64%. Proprio in quell'anno è stata introdotta una riforma che ha avuto come conseguenza tagli alle pensioni degli insegnanti⁹.

Nelle aziende che operano nel campo delle telecomunicazioni, ad esempio la Telekom, la Postbank e la posta, le malattie servono chiaramente a ridurre il personale in base a piani ben precisi. Pare ad esempio che negli anni '90, nella sede della Telekom di Leer nella Frisia orientale, decine di impiegati sani siano stati convinti a farsi dichiarare inabili al lavoro. In seguito la «Ostfriesen-Zeitung» ha rivelato il caso di uno di quegli impiegati che era andato anticipatamente in pensione a causa di forti dolori alla schiena e che poco tempo dopo era stato visto giocare a tennis¹⁰.

Il Pubblico Ministero del tribunale di Aurich intende dimostrare che almeno 60 dipendenti della Telekom sono stati letteralmente costretti dai loro superiori ad andare anticipatamente in pensione. Già nel 1999 ha mosso contro l'azienda l'accusa di sospetta frode, ma a tutt'oggi la causa non è ancora stata dibattuta.

Intanto il fenomeno dell'inidoneità al lavoro continua a dilagare tra i dipendenti della posta, della Postbank e della Telekom. La situazione si è fatta particolarmente grave nel 2001. In quell'anno circa 10.000 dipendenti delle aziende suddette sono andati in pensione, e nel 98% dei casi si è trattato di prepensionamenti per motivi di salute. Secondo gli ufficiali sanitari la maggior parte di quelle persone (2327 avevano meno di 45 anni) soffriva di malattie psichiche quali disturbi compulsivi e coazione, oppure di malformazioni alla struttura ossea.

Anche nel 2003 più del 90% dei dipendenti delle aziende che operano nel campo delle telecomunicazioni è andato anticipatamente in pensione per motivi di salute. Queste persone ricevono mensilmente una pensione pari al 75% del loro ultimo stipendio, e negli anni a venire graveranno di spese enormi il bilancio dello Stato.

Il dubbio che una parte di questo denaro vada a finire nelle tasche di persone che fingono di essere malate fa sì che i progressi compiuti dalla medicina non vengano apprezzati come si dovrebbe. I medici non parlano di simulazione, ma di aggravamento dei sintomi che le persone esagerano al fine di ottenere qualche vantaggio. Così il desiderio di andare in pensione diventa uno stato patologico che può effettivamente portare all'inidoneità al lavoro. La malattia ha un nome: nevrosi da pensione.

¹J. Blech, *Krankheiten, die der Himmel schickt*, «Der Spiegel», n. 32, 2004.

²A. Malleson, *Whiplash and Other Useful Illnesses*, McGill-Queen's University Press, Montréal-London 2002.

³Citazione da: «Der Spiegel», n. 34, 2004.

⁴G. Stockinger, *Schleudernde Kugel*, «Der Spiegel», n. 50, 2000.

⁵ Comunicato stampa dell'Associazione tedesca di fisiatria e medicina riabilitativa del luglio 2004.

⁶ *The Whiplash Debate*, «Canadian Medical Association Journal», n. 169, 2003, pp. 753-754.

⁷ Esempi e citazioni sono tratti da: Malleson, *Whiplash and Other Useful Illnesses* cit.

⁸ M. Evers, *Leben von der Substanz*, «Der Spiegel», n. 10, 1999.

⁹ A. Weber et al., *Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und Arbeitsmedizinische Aspekte*, «Deutsches Ärzteblatt», n. 13, 2004, pp. 850-859.

¹⁰ «Ostfriesen-Zeitung», 7 dicembre 1996.

Capitolo 12

Più sani di quanto si creda

Se la mettete in questo modo, nessuno può più essere malato.

Molière

Il fatto che ci interessiamo tanto alle malattie ci fa pensare che la nostra sorte sarà simile a quella degli abitanti di Saint Maurice, il villaggio di montagna in cui il dottor Knoch era medico. Alla fine resteranno sane soltanto le persone necessarie a curare il gran numero di malati che ci saranno. La Germania si sta già trasformando in un ospedale. Ogni giorno più di mezzo milione di tedeschi si trovano ricoverati in ospedale. Poco meno di 15 milioni – quasi un quinto della popolazione – sono curati ogni anno in una struttura ospedaliera. Se il cambiamento andrà avanti a questo ritmo, in futuro tutti in Germania lavoreranno nel sistema sanitario o saranno malati, oppure le due cose andranno di pari passo.

Il diffondersi della medicina in tutti i settori della vita individuale e sociale l'ha fatta diventare potente e influente come non mai tra le persone che vivono nei paesi industrializzati dell'Occidente. Il trionfo della medicina ha però portato a tre paradossi: in primo luogo i costi della sanità sono aumentati a dismisura, senza che si sia registrata in parallelo

una maggiore efficienza in campo sanitario. In secondo luogo i medici hanno perso le illusioni che avevano: il numero di quelli che si sono pentiti di aver scelto la professione medica è drammaticamente cresciuto. E infine va detto che per le persone comuni le cose non sono affatto migliorate, anzi, la gente si sente sempre più malata.

Primo paradosso: aumento ingiustificato dei costi

La sempre più accentuata medicalizzazione della vita fa sì che sia sempre più difficile finanziare i sistemi sanitari. Di anno in anno le spese delle assicurazioni sanitarie obbligatorie salgono a quote record: dai 97,6 miliardi di euro del 1991 ai 145 miliardi di euro del 2003. Soltanto in Germania vi sono 4,1 milioni di persone che lavorano nella sanità. Ciò significa che esse traggono il loro sostentamento dal fatto che altre persone sono o si credono malate.

La ricercatrice americana Lynn Payer sostiene che se la quantità di malattie esistenti nella nostra società fosse ben definita, la concorrenza tra le varie professioni che si occupano di sanità porterebbe a una medicina veramente capace di mettersi al servizio delle persone. «Tuttavia, poiché il concetto di malattia si basa su valutazioni politiche che sono facilmente soggette a variazioni» dice la Payer, «in fondo sono gli stessi enti previdenziali a poter esigere che il concetto di malattia venga modificato a loro vantaggio»¹. Conseguenza di ciò è il saccheggio del sistema sanitario a cui oggi stiamo assistendo.

In ogni caso se persone che sono sane si mettono a contendere le risorse disponibili a chi è davvero malato, il sistema solidaristico su cui si basano le assicurazioni sanitarie

obbligatorie va in crisi. La prescrizione di ormoni a donne che pensano di essere malate soltanto perché sono in menopausa costa alle casse malattia tedesche circa 500 milioni di euro all'anno. Quelle che fanno lievitare i costi della sanità sono le statine, i farmaci miracolosi che si dice riducano il rischio di contrarre malattie cardiocircolatorie. L'Associazione europea dei cardiologi si batte affinché esse continuino a essere prescritte. Se però si adottasse il programma di prevenzione proposto dall'associazione suddetta, le statine occorrenti, all'attuale prezzo di mercato di 19 miliardi di euro all'anno, avrebbero un costo pari a due terzi del budget previsto in Germania per i farmaci (32,4 miliardi di euro nel 2000)². Tuttavia la logica del nostro sistema sanitario si fonda sul fatto che a beneficiare dei fondi di finanziamento è il 20% della popolazione costituito da malati, e non il restante 80% di «malati sani». Le somme dilapidate per cure non necessarie potrebbero essere impiegate per altri scopi: per la cura di malattie gravi o per il miglioramento delle condizioni di lavoro negli ospedali. È vergognoso il modo in cui tanti medici si prendono cura di benestanti che non hanno un vero bisogno di essere assistiti, se si pensa che con il denaro speso in quel modo potrebbe essere salvata la vita di tanta gente che vive nei paesi in via di sviluppo, promuovendo l'igiene pubblica, favorendo l'accesso all'acqua potabile o dando impulso a campagne di vaccinazione.

Secondo paradosso: medici senza illusioni

Fare il medico ai nostri giorni è molto meno appagante di un tempo. Oggi un medico deve ritenersi soddisfatto se almeno ogni tanto gli riesce di visitare un paziente davvero mala-

to, al quale possa realmente essere d'aiuto. Almeno un paziente su due tra quelli che affollano il suo studio lamenta malattie la cui esistenza non può essere dimostrata. Le persone sane ma preoccupate e ansiose che gli inventori di malattie inducono ad andare a farsi visitare, non fanno che accrescere il carico di lavoro e il senso di frustrazione dei medici. Mentre l'industria della salute crea nella gente una sempre maggiore esigenza di cure e assistenza, i medici debbono gestire le scarse risorse di cui dispongono, visto che il loro budget non aumenta. Inoltre la medicalizzazione della società spinge la gente a scaricare sul medico le conseguenze di fenomeni sgradevoli della vita, quali la vecchiaia e il dolore. Spesso i medici sono visti come la causa della medicalizzazione della società, mentre ne sono in buona misura le vittime.

Il dottor Constantin Rössner, medico di base a Bad Neuenahr, dice di averne abbastanza di questo andazzo. Dopo aver letto su una rivista specializzata un articolo in cui si diceva che anche l'eccedenza di peso (anzi, l'adiposità) doveva essere riconosciuta come malattia, si è reso conto che il limite era stato oltrepassato. Ha preso carta e penna e ha scritto alla rubrica delle lettere al direttore della rivista suddetta, dicendo che, piuttosto, si sarebbe dovuto

tentare di dare una nuova definizione della salute, e tenerla ben distinta da quella delle malattie che meritano di essere curate. Vediamo invece che la medicina inventa malattie sempre nuove e incredibili («l'adiposità continua a non essere considerata una malattia»: che peccato!), mentre in realtà abbiamo a che fare con problemi di natura sociale. Dovremmo smettere di credere di essere onnipotenti ed essere più modesti, avremmo meno problemi. Facciamo come gli antichi egizi, per i quali una malattia era tale soltanto se erano in grado di curarla.³

Terzo paradosso: le persone sane sono preoccupate da morire

Si tratta del paradosso più eclatante della medicina moderna: quanto più uno Stato è ricco e quanto più denaro una società investe nel sistema sanitario, tanto più grande è la probabilità che i membri di quella società si sentano malati. In molti casi non è vero che la diagnosi precoce e la prevenzione delle malattie allunghino la vita, tante volte invece fanno aumentare il numero degli anni vissuti nell'ansia e nella tristezza. Il premio Nobel per l'economia Amartya Sen, ha svolto un'inchiesta sull'opinione che gli abitanti di due Stati dell'India hanno delle loro condizioni di salute e ha confrontato i dati rilevati al riguardo. Nel ricco Stato del Kerala non vi sono che pochi analfabeti e ognuno dei suoi abitanti va dal medico in media una volta all'anno. La speranza di vita di 74 anni è notevolmente alta, ma stranamente gli abitanti del Kerala stimano come poco buone le loro condizioni di salute.

Invece, per quanto riguarda lo Stato povero del Bihar, le statistiche dicono che in media gli abitanti raggiungono a malapena i 60 anni d'età, mentre soltanto un abitante su cinque ha accesso alle cure mediche. Tuttavia nel Bihar sono pochissime le persone che si sentono malate. Amartya Sen ritiene che la tendenza a occuparsi di disturbi di poco conto e maleseri vari sia collegata all'elevato livello culturale di una popolazione. A differenza di quanto succede nei paesi ricchi, l'opinione che gli abitanti dei paesi poveri hanno delle loro condizioni di salute è meno influenzata dalla «consapevolezza che esistono condizioni di salute curabili, che è possibile distinguere dalle condizioni "naturali" tipiche dell'esistenza»⁴.

In un mondo in cui la verità coincide con il modo in cui essa è percepita si vive meglio quanto meno ci si cura.

Malati per colpa della medicina

Le terapie non necessarie trasformano molte persone sane in malati cronici. In Germania ogni anno si viene a conoscenza di 40.000 errori compiuti dai medici nell'esercizio della loro professione, ma di essi appena 12.000 si rivelano essere errori che il medico ha compiuto mentre curava un malato. Molto spesso i farmaci si rivelano pericolosi. In Germania sono in vendita in farmacia 50.000 medicinali, anche se l'elenco dei farmaci indispensabili pubblicato dal WTO comprende soltanto 325 principi attivi⁵. Ogni anno in Germania muoiono 20.000 persone a causa dei farmaci che sono stati loro prescritti. Gli effetti collaterali dei farmaci sono la causa di un numero di ricoveri ospedalieri che va dal 2 al 10% del totale, il che porta a spese che ammontano a circa 500 milioni di euro. Uno studio realizzato negli Stati Uniti, rivela che gli effetti collaterali indesiderati dei farmaci rappresentano la quarta causa di morte nei paesi industrializzati in cui l'assistenza medica è all'avanguardia: dopo le cardiopatie coronariche, i tumori e i colpi apoplettici, ma prima delle polmoniti, del diabete e degli incidenti⁶.

Non è noto in che misura la moda attualmente in vigore di inventare malattie contribuisca a introdurre sul mercato l'incredibile quantità di farmaci di cui disponiamo. Possiamo però dire che l'assunzione contemporanea di diversi tipi di farmaci è ormai più una regola che un'eccezione. «È difficile da credere», scrive la «Münchner Medizinische Wochenschrift», «ma in effetti parecchi pazienti vengono curati con anche più di 60 sostanze fatte loro assumere nello stesso periodo»⁷. Si calcola che il 22% degli effetti collaterali registrati sia riconducibile all'assunzione incontrollata di troppi farmaci.

Più che sani

La medicalizzazione della vita fa sì che la gente non sia più soddisfatta del proprio corpo. Conseguenza di tale insoddisfazione è l'affermarsi di una medicina cosmetica, che non serve a curare i malati, ma a migliorare l'aspetto fisico delle persone sane. In America alcuni manager stanno preparando la strada a una chirurgia profilattica che sia in grado di porre rimedio ai vari inestetismi che affliggono la gente. La neurotecnica, la tecnica cioè che influenza il nostro cervello, prevede l'esistenza di una certa quantità di sostanze che possono portare all'ottimizzazione delle condizioni psicofisiche di un individuo. Il Prozac e le sue numerose imitazioni, che persone sane assumono nella speranza di riuscire a essere felici, non sono che il primo passo in questa direzione. Vi sono case farmaceutiche che studiano con molta attenzione la nostra psiche, alla ricerca di magagne che possano essere curate con i loro prodotti. Farmaci per curare la timidezza, la smemoratezza, la sonnolenza e lo stress vengono testati in studi clinici o sono pronti per essere messi sul mercato.

Questa tendenza a considerare curabile ciò che è normale la si può riscontrare nel caso dei bambini che hanno problemi nell'età dello sviluppo. I loro genitori e i pediatri si sentono quasi obbligati a curarli con ormoni della crescita. Molti infatti collegano l'esistenza in un bambino di problemi di crescita al rischio che egli possa essere sfavorito nello sviluppo psichico e nella vita sociale. Va detto però che questa tesi non può essere dimostrata scientificamente⁸.

Le ricerche che si stanno facendo sul «lieve peggioramento cognitivo» costituiscono un ulteriore esempio di come possa essere oggetto di terapia un comportamento normale. Col termine di «lieve peggioramento cognitivo» si intendo-

no i momenti di disattenzione e di smemoratezza che a volte compaiono nelle persone anziane. Case farmaceutiche americane come la Cortex Pharmaceuticals (California) e la Targacept (North Carolina) stanno attualmente facendo ricerche su una sostanza che si pensa abbia il potere di intervenire nei processi chimici del cervello e mantenere la memoria in buone condizioni⁹.

È possibile che alcuni ricercatori della Stanford University siano già riusciti a scoprire la pillola che rende più intelligenti. Essi hanno somministrato per 30 giorni consecutivi a nove piloti d'aereo un farmaco chiamato Aricept, che di solito viene usato per curare chi è affetto dal morbo di Alzheimer. Questo farmaco modifica i processi chimici del cervello, bloccando l'enzima detto acetilcolinesterasi. E questo è l'effetto che si è potuto verificare sui piloti: dopo aver assunto la sostanza, essi hanno superato alcuni test con il simulatore di volo decisamente meglio di altre volte. E hanno anche dimostrato di avere i riflessi più pronti di altri nove piloti impegnati negli stessi test a cui non era stato somministrato il farmaco suddetto. Ci si può chiedere se in futuro i campioni di scacchi e i premi Nobel potenzieranno la loro intelligenza con questi «cognitiveuticals».

E probabilmente la risposta sarà affermativa. Infatti già oggi vi sono non poche persone insoddisfatte del loro aspetto fisico e pronte a migliorarlo ricorrendo a interventi chirurgici e all'uso di farmaci. Anche se le anomalie fisiche sono immaginarie, chi crede di esserne colpito le sente come reali. Le presunte imperfezioni riguardano per lo più il viso, il seno e i genitali. Al riguardo i medici parlano di «malattia provocata dalla vergogna».

La dottoressa Ruthild Linse, primario della clinica dermatologica del complesso ospedaliero Helios di Erfurt, dice:

«I segni visibili della vecchiaia, l'obesità, un fisico troppo gracile o la mancanza di capelli possono provocare in una persona un senso di vergogna più accentuato di quello che si prova quando ci si deve mostrare nudi». Colloquiando con i suoi pazienti, la dottoressa ha notato un «repentino aumento di persone con disturbi legati a malformazioni fisiche»: a suo parere il fenomeno va fatto risalire alle strategie di commercializzazione messe in atto dalle industrie cosmetiche e farmaceutiche. «Inoltre la grande attenzione che i media (riviste di moda, canali televisivi privati e Internet) hanno riservato alla cosmetologia dermatologica e alla messa in commercio di farmaci molto reclamizzati che favoriscono la crescita dei capelli, l'aumento della potenza sessuale e la diminuzione di peso hanno avuto come conseguenza un notevole aumento del numero dei pazienti che pensano di risolvere i loro problemi grazie alla cosmesi e hanno necessità crescente di essere curati», scrivono la dottoressa Linse e due suoi colleghi sul «Deutsches Ärzteblatt». In realtà secondo il parere dei medici buona parte di queste persone – il 23% – è affetta da problemi psichici.

Dalla voglia di vivere alla paura della vita

Pur di riuscire a migliorare il loro aspetto fisico, molti fanno qualsiasi sacrificio per procurarsi i farmaci più costosi o si affidano alla chirurgia estetica, ma i loro problemi non si risolvono. Molti non badano a spese pur di farsi rifare il naso, le orecchie, i seni o i fianchi, ma poi non sono soddisfatti dei risultati ottenuti. L'ultima novità per i maniaci della bellezza fisica è una sostanza batterica, la tossina del botulino, che agisce per un certo periodo di tempo sulle cellu-

le nervose dell'uomo. Grazie a questa tossina si possono eliminare le rughe dal viso e si può ridurre la quantità di sudore prodotta dall'organismo, ma solo per un dato periodo di tempo. Vi sono persone che vogliono a tutti i costi essere curate con la tossina del botulino, anche se la loro sudorazione è assolutamente normale. I dermatologi di Erfurt, di cui abbiamo parlato in precedenza, propongono addirittura l'introduzione di un nuovo quadro clinico, che dicono di aver diagnosticato all'incirca in uno su cinque dei loro pazienti: la «botulinofilia»¹⁰.

Questi e altri disturbi legati a malformazioni fisiche sono considerati una sottospecie di ipocondria. Sembra che in Germania, di questa paura morbosa della malattia soffra all'incirca dall'1 al 3% della popolazione. E sembra plausibile che le caratteristiche di questo male possano essere ritenute valide anche per una sua variante un po' meno grave. Gli psicologi Gaby Bleichhardt e Wolfgang Hiller dell'Università di Magonza hanno analizzato in una loro ricerca le condizioni di salute di 2000 cittadini tedeschi e sostengono di essere pervenuti a risultati interessanti: a loro parere, in Germania, il 7% della popolazione soffre di una «spiccata paura di ammalarsi». È evidente che la sempre maggiore medicalizzazione della vita accresce queste preoccupazioni e le moltiplica, fino a farle diventare una sindrome che necessita di cure mediche. Dalla voglia di vivere si passa alla paura della vita.

In inglese questa ossessione nei riguardi della salute è già stata definita con un termine specifico: *healthism*. Stando a quanto dice il medico inglese James Le Fanu, si tratta della «paura di rischi per la salute irrilevanti o inesistenti, paura che è stata indotta dalla medicina. In passato chi avesse sostenuto la legittimità di una simile paura sarebbe stato considerato – a ragione – un ciarlatano»¹¹.

Il fenomeno dell'*healthism* fa sì che le cause di tutti i problemi e le loro possibili soluzioni vengano cercate nell'individuo. Poiché l'individuo trasforma la salute in un ideale di vita, in una metafora che riassume in sé tutto il meglio dell'esistenza, l'*healthism* rafforza la convinzione che tutti gli sforzi che il singolo compie per salvaguardare il suo bene più prezioso, la salute, siano una questione che riguarda soltanto lui. In altri termini, si può dire che la responsabilità per i problemi e le malattie che possono riguardare l'individuo viene scaricata su di lui, mentre la politica e la società se ne lavano le mani.

Un esempio al riguardo è fornito dalla presunta epidemia di bambini ipercinetici. Se è vero che un milione di bambini che frequentano le scuole elementari – ma se fossero anche solo 100.000 le cose non cambierebbero – hanno difficoltà di concentrazione talmente elevate che provocano loro anomalie nel comportamento, è difficile credere che la causa di un simile fenomeno di massa debba essere ricercata soltanto nei bambini. È assolutamente inaccettabile la proposta di renderli più docili ricorrendo a psicofarmaci, senza che i motivi del loro comportamento abnorme vengano cercati nell'ambiente in cui vivono, vale a dire nelle famiglie e, in misura minore, nelle scuole materne ed elementari. Anche per quanto riguarda il gran numero di presunti malati per i quali i medici non sono in grado di diagnosticare alcuna malattia, ci si deve poter chiedere se la causa del loro malessere dev'essere ricercata solo in loro stessi. Sono le difese del singolo contro lo stress a essere troppo deboli, oppure è lo stress che permea la nostra vita che è diventato insopportabile per tante persone?

I poveri muoiono prima

È noto da tempo che lo stato di salute di una persona è condizionato in modo determinante dall'ambiente in cui vive. «Chi è povero è malato», scriveva Goethe. E la cosa è vera anche oggi: in Germania le probabilità di mantenersi in buona salute diminuiscono col diminuire del reddito. «I lavoratori dipendenti in confronto ai manager corrono un rischio tre volte maggiore di subire un infarto cardiaco», dice Johannes Siegrist, professore di sociologia all'Università di Düsseldorf. Da uno studio fatto in Germania sulla prevenzione delle malattie cardiocircolatorie su un campione di 10.000 persone, è risultato che nel quinto della popolazione tedesca che ha il reddito più basso si registra il doppio di casi di malattie cardiocircolatorie rispetto al quinto della popolazione con il reddito più elevato. La scienza parla di un «gradiente sociale» che divide la nostra società da una parte in un ceto elevato sano e dall'altra in due altri ceti, uno medio e l'altro basso, entrambi non in buona salute. Gli epidemiologi notano l'esistenza di questo fenomeno anche per quanto riguarda i casi di asma, diabete, adiposità, depressione ed ernia del disco¹².

Però Johannes Siegrist aggiunge che la vita poco salubre spiega solo in parte la differenza esistente tra i ceti per quanto riguarda le persone affette da malattie cardiocircolatorie. Egli sostiene che ciò è stato provato da molte ricerche nelle quali i gruppi di persone a rischio sono stati messi a confronto tra di loro. Uno dei risultati forniti da queste ricerche è che i fumatori ricchi vivono più a lungo di quelli poveri.

Ma perché le persone che appartengono ai ceti più bassi si ammalano più sovente rispetto alle altre di ipertensione, infarto cardiaco, apoplezia cerebrale o angina pectoris, se

le condizioni di vita sono più o meno sane per tutti, se l'assistenza sanitaria è la stessa e se neppure i fattori genetici contano?

Evidentemente il gradiente sociale è legato a processi biochimici, ad esempio alla distribuzione nell'organismo degli ormoni dello stress. Vi sono ricercatori che dicono di aver dimostrato con una serie di studi che il nostro organismo reagisce con processi biochimici alle difficoltà economiche e al disagio sociale. Una delle ricerche più qualificate è stata condotta in Svezia, e si riferisce al caso di alcuni operai il cui organismo, dopo che avevano perso il lavoro, si è messo a produrre in quantità superiore al normale ormoni della crescita, colesterolo, fibrinogeno e ormoni dello stress. Si tratta di modificazioni fisiologiche che favoriscono il restringimento patologico dei vasi sanguigni.

Siegrist dice che non sono soltanto la disoccupazione e la povertà a essere responsabili di questi processi biochimici, ma anche «il rapporto esistente tra la prestazione e la retribuzione. Chi lavora duramente per anni senza avere davanti a sé alcuna prospettiva di carriera o chi addirittura deve preoccuparsi per la conservazione del proprio posto di lavoro sembra essere più a rischio». A suo parere l'opinione prevalente tra i medici si limita a prendere in considerazione i classici fattori di rischio. Invece Siegrist pensa che «chi vuole prevenire le malattie deve capire anche la loro dimensione sociale»¹³.

Ma è proprio questa idea che fatalmente non trova credito nei progetti di chi inventa le malattie. Al contrario, il singolo è ritenuto responsabile delle proprie condizioni di salute. Per questo vengono stigmatizzate le persone che soffrono di certi disturbi, come dimostra l'esempio dei bambini ipercinetici. Il loro comportamento non è più tollerato, perché di-

sturba e sembra deviare dalla norma. Diminuisce la disponibilità ad accettare atteggiamenti diversi da quelli ritenuti normali: quanto più aumenta il numero delle diagnosi psichiatriche, tanto più diminuisce il numero dei comportamenti insoliti che la società è disposta a tollerare. Sono tempi duri per gli originali e per gli eccentrici.

In un prossimo futuro la tendenza a colpevolizzare le persone per le malattie da cui sono affette crescerà ancora, a causa delle maggiori conoscenze che la genetica permetterà di avere. Si presume che ogni individuo abbia nel suo genoma da tre a cinque possibilità di subire mutazioni che portano a una malattia ereditaria recessiva (il fenomeno si verifica soltanto se subiscono una mutazione tanto il gene materno quanto quello paterno). Probabilmente in un futuro prossimo verranno scoperti geni che provocano o favoriscono l'insorgere di determinate malattie in età avanzata. Tra questi vi saranno magari dei «geni della malattia», che si dirà facilitano l'adozione di comportamenti socialmente indesiderati. Secondo gli studiosi australiani Jacinta Kerin e Julian Savulescu ciò modificherà radicalmente il concetto che abbiamo di salute: «In questo modo la genetica potrà farci credere che in un certo senso siamo tutti "malati"»¹⁴.

La conseguenza forse più grave di questa moda ormai imperante di inventare malattie sarà data dal fatto che essa alimenterà la falsa convinzione che la salute è un bene che si deve acquistare. Processi fisiologici e momenti difficili della vita come la nascita, la sessualità, l'invecchiamento, la frustrazione, la stanchezza, la solitudine e la bruttezza vengono sempre più medicalizzati. La medicina non può risolvere questi problemi, essa si limita a distruggere la capacità che l'uomo ha di accettare i dolori, le malattie e persino la morte.

Al capolinea della vita c'è l'ospedale

«La vita in ospedale è amara», dice Gottfried Benn, medico e poeta. «Lì si muore senza tanti complimenti.» Oggi in Germania una persona su due muore in ospedale, la maggior parte di esse a causa di quello che un tempo era chiamato marasma senile. Alla luce dei lampeggiatori «vengono portate in ospedale persone molto anziane ormai morenti. È uno spettacolo davvero deprimente», dice Johannes Bolte, un medico dell'ospedale generale Altona di Amburgo. Poi tutto l'apparato della diagnostica prende a lavorare a pieno ritmo: i medici prelevano il sangue e l'urina ai pazienti e li introducono alla svelta nei tomografi tubolari computerizzati. Nessuno può sperare in una morte serena in ospedale¹⁵.

Il saggista Ivan Illich ha scritto:

La fragilità che la persona ha vissuto consapevolmente, la sua individualità e la sua dimensione sociale rendono l'esperienza del dolore, della malattia e della morte costituenti essenziali della sua vita. La capacità di far fronte autonomamente a questi tre fattori sta alla base della sua salute. Se diventa dipendente da una gestione burocratica della sua sfera individuale, la persona perde la propria autonomia. In realtà il miracolo che la medicina promette è un inganno diabolico. Esso consiste nel fatto che non soltanto gli individui, ma intere popolazioni vengono costrette a sopravvivere in condizioni di salute indegne della persona umana.¹⁶

Trent'anni fa l'analisi di Illich era ritenuta rivoluzionaria, oggi invece parti importanti dell'establishment medico riconoscono che le sue profezie si sono avverate. Nella sua *hybris* la medicina minaccia la salute dell'uomo. «Le spese

per cercare di combattere la morte, la sofferenza e la malattia sono enormi», constata il «British Medical Journal», «e da un certo punto in avanti ogni soldo speso in più non fa che rendere più difficile la soluzione del problema e annullare la capacità che l'uomo ha di venire a capo della situazione in cui si trova»¹⁷.

Anche se le possibilità della medicina si fanno sempre maggiori, è necessario porle dei limiti. È giunto ormai il momento di dare inizio a una profonda «demedicalizzazione». Sarebbe ingenuo sperare che l'industria della salute si assuma di propria iniziativa un impegno in questo senso. Anzi, non c'è niente che faccia pensare che le ditte del settore siano intenzionate a percorrere questa strada. «Al giorno d'oggi il mercato farmaceutico si preoccupa non tanto delle necessità della gente, quanto piuttosto delle condizioni grazie alle quali l'industria può ulteriormente incrementare i propri profitti», osserva il ricercatore londinese David Gilbert. «Gli obiettivi della politica sanitaria corrono il rischio di essere subordinati a quelli dell'industria farmaceutica.»¹⁸ E neppure dai seguaci del dottor Knock ci possiamo aspettare cose migliori. Protetti dalla libertà terapeutica, i medici inventano malattie a loro piacimento e continueranno a farlo.

Tuttavia esistono terapie grazie alle quali si può venire a capo della tendenza a inventare malattie oggi dominante. Qui di seguito presentiamo cinque proposte al riguardo.

1) Un'associazione britannica, il Nuffield Council in Bioethics, consiglia di ricorrere ai propri funzionari per controllare se sia in atto una «presunta medicalizzazione della popolazione sana»¹⁹. In effetti anche in Germania si è da tempo in attesa dell'istituzione di un organismo di controllo indipendente finanziato dal potere pubblico: una specie di fondazione autorizzata a testare le malattie. La fondazione, tra i

cui membri vi potrebbero essere anche persone che non hanno particolari competenze in campo medico, avrebbe il compito far conoscere quali sono le eventuali malattie inventate, farle depennare dall'elenco delle patologie per le quali le mutue forniscono assistenza e far pubblicare, preferibilmente su Internet, dossier comprensibili a tutti sui quadri clinici, le sindromi e i diversi disturbi. I medici, i giornalisti e soprattutto i cittadini avrebbero così accesso a informazioni obiettive.

2) Spesso le informazioni su malattie e terapie di cui disponiamo, si basano su ricerche poco obiettive che forniscono dati piuttosto scarsi. Solitamente tali ricerche vengono eseguite su un numero esiguo di pazienti, riguardano periodi di tempo piuttosto brevi e sono condizionate dalle case farmaceutiche. Non è vero che queste non sono tenute a fornire dati sulle conseguenze prodotte dall'uso prolungato dei farmaci e sui loro effetti collaterali. Molte ditte non spendono quanto dovrebbero per studi clinici approfonditi e preferiscono impiegare i fondi per il marketing. Si potrebbe pensare di finanziare questi studi con i capitali di un pool indipendente per la ricerca, al quale l'industria farmaceutica dovrebbe versare dei contributi in denaro.

3) Per i medici dovrebbe essere cosa normale seguire corsi d'aggiornamento organizzati da istituzioni non legate all'industria farmaceutica. Peter Schönhöfer, professore di farmacologia clinica e coeditore di «Arznei-Telegramm», invita i suoi colleghi medici a non fidarsi delle case farmaceutiche: «I medici sono troppo poco critici nei confronti della pubblicità con cui l'industria farmaceutica reclamizza i suoi nuovi prodotti. Credo che tra le riforme più urgenti per le facoltà di medicina ci sia la necessità di informare con precisione gli studenti sulle notizie non vere che le case farmaceutiche tendono a fornire»²⁰.

4) I legami finanziari esistenti tra le case farmaceutiche e i medici si sono fatti talmente stretti e talmente poco trasparenti da mettere in dubbio il buon nome e l'obiettività della medicina. È quindi giunto il tempo di regolare questi legami, rendendoli trasparenti. Ed è proprio tra i medici che sta nascendo una opposizione a questo rapporto troppo stretto con l'industria. Arne Schäffler, un medico di Kiefersfelden in Baviera, dice in proposito: «L'ultima cosa che noi medici possiamo augurarci è il diffondersi dello stereotipo generalizzato di una categoria professionale venale e facilmente corruttibile. Però una realtà del genere sta già prendendo piede»²¹. Il dottor Schäffler ha lavorato per un periodo come funzionario nella sezione marketing di un'impresa farmaceutica, ed è a conoscenza dei tentativi di manipolazione che vengono attuati in quel settore. Egli chiede che venga istituito un codice d'onore, un *codex of conduct*, che in Germania gli stessi medici si dovrebbero imporre tramite i loro organi di autogoverno. In questo codice dovrebbero essere registrati e motivati i rapporti che possono lecitamente intercorrere tra case farmaceutiche, medici e le donazioni che questi possono accettare dalle imprese. In genere dovrebbero essere resi noti tutti i rapporti finanziari esistenti tra le case farmaceutiche e i medici, con tanto di dati riguardo alle norme che li regolano, agli articoli pubblicati su riviste scientifiche, alle perizie compiute e ai comunicati stampa redatti.

5) La medicina responsabile conosce i suoi limiti e si astiene dall'intervenire in ogni circostanza e in ogni fase della vita umana. I medici critici propongono una loro ricetta contro la tendenza ormai diffusa a trattare le persone sane come se fossero malate. Propongono l'introduzione di una medicina sottoposta a controlli scientifici rigorosi: la cosiddetta medicina basata sull'evidenza. Se ad esempio un medico di fami-

glia volesse prescrivere una cura preventiva a una persona sana, dovrebbe essere tenuto a fornire a quella persona prove scientificamente valide in grado di convincerla che la cura suddetta la farà stare meglio. Heiner Raspe, dell'Istituto di medicina sociale della clinica universitaria di Lubeca, ritiene che l'introduzione di una medicina basata sull'evidenza sia necessaria al fine di rendere la scienza medica nuovamente credibile agli occhi della gente. «Il contratto tra società e medicina dev'essere riscritto su nuove basi»²². Ogni medico può facilmente contribuire a fare in modo che si ristabilisca la fiducia tra chi cura e chi usufruisce delle cure. Deve soltanto tenere conto di un assioma che per i medici è fondamentale: lasciare in pace le persone sane.

Il piacere prima dell'ansia

Non si tratta di minimizzare quelle che sono vere malattie. Chi soffre di una malattia va dal medico, di questo non si discute. Ma tutti coloro che non sono veramente malati dovrebbero stare attenti al pericolo che corrono di farsi raggirare dagli inventori di malattie. Già nel 1840 il medico Bernhard Hirschel scriveva: «È molto diffusa tra la gente la tendenza a curarsi da sola o a valersi dei servizi di coloro che danno a intendere di poter eliminare tutte le malattie grazie a rimedi universali»²³.

Oggi molte persone, soprattutto anziane ma anche giovani, si lasciano facilmente influenzare dal grande boom del complesso medico-industriale. Andare a farsi visitare dallo specialista serve a combattere la solitudine e la noia. Il dottor Bernard Lown dice che mettersi in contatto con l'industria della salute rappresenta una specie di socializzazione, che dà alla gente «il

piacere di avere qualcuno che ascolta con attenzione i problemi di cui gli si parla»²⁴. In effetti vi sono molte persone intelligenti che quando è in ballo la loro salute perdono la facoltà di ragionare correttamente, e sono quindi inclini a prendere per oro colato quello che dicono gli inventori di malattie. Per non cedere a questa tentazione è necessaria una buona dose di calma. Per fortuna vi sono dei medici che ai loro pazienti consigliano proprio di stare calmi. Ad esempio i dottori Petr Skrabanek e James McCormick scrivono quanto segue:

La vita stessa è una malattia sicuramente mortale, trasmessa sessualmente. Dev'essere gustata fino in fondo, ed esige per questo che si sappia mantenere un ragionevole equilibrio tra i rischi sopportabili e quelli che non lo sono. Poiché ottenere un tale equilibrio è una questione di discrezionalità, poco spazio è concesso al dogmatismo. La tendenza oggi così diffusa a occuparsi della salute è quanto mai dannosa, visto che i media richiamano continuamente la nostra attenzione sui pericoli a cui essa è esposta. Molti di questi pericoli sono estremamente rari, e il rischio che corriamo di subirne le conseguenze è altrettanto minimo. Viste come stanno le cose, si potrebbero benissimo ignorare tali pericoli.²⁵

Immaginate di essere sani e di non saperlo

Una minore credulità nei confronti di ciò che dicono i medici e una maggiore dose di scetticismo vi possono aiutare a capire quali sono le vostre condizioni di salute. Diagnosi e malattie non sono leggi di natura, ma si basano su convenzioni che sono state stabilite da chi ha interessi al riguardo. Farete bene a tenerlo presente quando sarete convocati a una

visita medica preventiva o quando vi sarà comunicato l'esito di una diagnosi, e non abbiate timore di chiedere al medico tutte le delucidazioni che riterrete necessarie.

Chi ha deciso che lo stato di salute che vi è stato diagnosticato è una malattia? Quali principi della scienza medica dimostrano che quello stato di salute vi nuocerà? E fino a che punto le misure che il medico intende adottare lo miglioreranno? Se 100 persone vengono sottoposte a una terapia, quante di esse ne trarranno vantaggio? Su quali prove scientifiche si basa la terapia che è stata loro proposta?

Internet riduce il potere dei medici e accresce le conoscenze dei pazienti. Vi sono persone malate di tumore che da tempo usano Internet per avere informazioni sulla loro malattia e sulle terapie più adatte a curarla. Si scambiano le notizie più importanti, si incoraggiano a vicenda inviandosi delle e-mail e informano il loro medico curante su quello che hanno scoperto navigando in rete. Non solo i malati che vogliono guarire, ma anche le persone sane che non intendono farsi passare per malate possono trovare informazioni valide su Internet (alle pagine 281 e 282 di questo volume si può trovare un elenco di banche dati e di motori di ricerca).

Disponendo di adeguate informazioni sul decorso naturale delle proprie condizioni di salute e sul succedersi delle varie fasi della propria vita, ci si potrebbe fare un'idea più precisa riguardo alle prescrizioni e alle norme che la scienza medica sforna a getto continuo. Va detto però che molte informazioni non sono ancora facilmente reperibili. Sarebbe perciò auspicabile che le autorità statali incoraggiassero e sostenessero le organizzazioni nate per la tutela dei consumatori, in modo da permettere loro di informare tempestivamente i cittadini sulle varie malattie e sul rischio che la vita venga medicalizzata.

Ma già adesso abbiamo la possibilità di prendere decisioni sulla nostra salute, e dovremmo avvalerci più spesso di questo diritto. Possiamo scegliere. Possiamo farci convocare dal medico, farci ricoverare, incidere, farci inoculare sostanze e curare con i raggi. Possiamo farci prelevare tessuti e liquidi organici, farci fare iniezioni, farci radiografare, misurare, salassare, pesare, ungere ed esaminare. Possiamo lasciarci esortare, consigliare, testare geneticamente, riempire di pillole, mettere a dieta e, come nel caso del dottor Knock, possiamo lasciarci introdurre termometri in tutti gli orifizi del nostro corpo.

Oppure possiamo fare un bello scherzo agli inventori di malattie. Possiamo sottrarci alle loro premure. In fin dei conti è malato soltanto chi accetta che lo dichiarino tale.

¹ L. Payer, *Disease-Mongers*, John Wiley & Sons, New York 1992.

² U. Popert, *Ouvertüre oder Abgesang?*, «Deutsches Ärzteblatt», n. 6, 2003, p. 302.

³ Lettera al direttore su «MMW-Fortschr. Med.», n. 46, 2002, p. 18.

⁴ A. Sen, *Health: Perception Versus Observation*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 860-861.

⁵ Situazione al 2002, vedi anche www.who.int/medicines.

⁶ R. Böger, *Wie wird die chronische Herzinsuffizienz heute tatsächlich behandelt?*, «Deutsche Medizinische Wochenschrift», n. 127, 2002, pp. 1764-1768.

⁷ «MMW-Fortschritte der Medizin», n. 25, 2002.

⁸ E. Gerharz, *Grössenwahn? Die psychosozialen Konsequenzen von Kleinwuchs*, «Deutsches Ärzteblatt», n. 14, 2003, pp. 925-928.

⁹ «The Economist», 25 maggio 2002.

¹⁰ W. Harth, *Lifestyle-Medikamente und körperdysmorphe Störungen*, «Deutsches Ärzteblatt», n. 3, 2003, pp. 128-131.

¹¹ J. Le Fanu, *Ascesa e declino della medicina moderna*, Vita e pensiero, Milano 2005.

¹² J. Blech, *Arme sterben früher*, «Die Zeit», n. 43, 1997.

- ¹³ G. Kaiser, *Die Zukunft der Medizin*, Campus, Frankfurt am Main 1996.
- ¹⁴ J. Savulescu, J. Kerin, *The «Geneticisation» of Disease Stigma*, «Lancet», n. 354, 1999, p. 16.
- ¹⁵ J. Blech, *Das Ende*, «Die Zeit», n. 30, 1997.
- ¹⁶ I. Illich, *Die Nemesis der Medizin, vierte überarbeitete Auflage*, C. H. Beck, München 1995.
- ¹⁷ R. Moynihan, R. Smith, *Too Much Medicine?*, «British Medical Journal», n. 324, 2002, pp. 859-860.
- ¹⁸ D. Gilbert et al., *Lifestyle Medicines*, «British Medical Journal», n. 321, 2000, pp. 1341-1344.
- ¹⁹ Nuffield Council on Bioethics, *Genetics and Human Behavior: the Ethical Context*, London 2000; si può leggere la relazione su Internet sul sito www.nuffieldbioethics.org.
- ²⁰ «Der Spiegel», n. 19, 2002.
- ²¹ Fonte: lettera al direttore su «Deutsches Ärzteblatt», n. 16, p. 1081.
- ²² H. Raspe, *Ethische Implikation der Evidenz-basierte Medizin*, «Deutsche Medizinische Wochenschrift», n. 127, 2002, pp. 1769-1773.
- ²³ Citazione da K. Bergdolt, *Leib und Seele*, C. H. Beck, München 1999.
- ²⁴ B. Lown, *Die verlorene Kunst des Heilens*, Suhrkamp, Stuttgart 2002.
- ²⁵ P. Skrabanek, J. McCormick, *Follie e inganni della medicina*, Marsilio, Venezia 2002.

Mi ha telefonato dopo che era stata pubblicata la prima edizione di questo volume e ora mi aspetta alla stazione centrale di Dortmund. Ha un piccolo sigaro all'angolo della bocca e tiene sotto il braccio tre raccoglitori in cui ci devono essere documenti riservati. Ha studiato medicina all'università, lavora da anni nel settore pubblicitario dell'industria farmaceutica e ha inventato la sindrome di Sissi di cui si parla alla pagina 17 di questo libro.

«All'inizio l'ho chiamata sindrome di Lady D», dice. Racconta che l'idea di inventare una malattia psichica di cui poteva aver sofferto la principessa Diana gli era venuta poco tempo dopo la morte di lei, avvenuta nell'agosto del 1997 in seguito a un incidente. Gli esponenti della ditta Smith Kline Beecham di Monaco di Baviera con cui era in contatto erano entusiasti dell'idea.

Ma i responsabili della sede centrale della Smith Kline Beecham in Gran Bretagna apparivano perplessi di fronte alla prospettiva di usare, come richiamo pubblicitario, il nome della defunta Lady D. D'altro canto quella di associare una malattia psichica a un personaggio importante deceduto era vista come una buona intuizione, capace di far vendere un numero maggiore di farmaci. Si doveva però pen-

sare a una persona diversa da Lady D. «In un primo tempo abbiamo preso in considerazione l'attrice Romy Schneider», ricorda il mio interlocutore, «ma poi abbiamo deciso di puntare su Sissi».

La prima mossa è quella di trovare medici che siano disposti dietro compenso a far conoscere la nuova malattia alla gente. Poco tempo dopo viene organizzato un primo convegno all'Hotel Son Vida di Maiorca (onorario: 2000 marchi tasse escluse). Il 7 ottobre 1998 la nuova malattia può essere presentata al pubblico: in una conferenza stampa all'Hotel Sacher di Vienna organizzata dalla ditta Smith Kline Beecham, alcuni neurologi dell'Università di Bonn e dell'Istituto psichiatrico Max Planck di Monaco di Baviera parlano di un «disturbo depressivo non ancora riconosciuto» chiamato sindrome di Sissi.

Ovviamente il farmaco previsto per curare la sindrome è il Seroxat della Smith Kline Beecham.

L'episodio che ho riportato, e che spiega in che modo la sindrome di Lady D sia diventata la sindrome di Sissi, è un tipico caso delle reazioni suscitate dal mio libro. Nessuna delle case farmaceutiche che ho menzionato si è messa in contatto con me, ma da parte dei medici ho ricevuto parecchie segnalazioni e molti consensi. Cito ad esempio il caso di una internista di Brema, che conferma l'esistenza di «una crescente tendenza a considerare patologici i passaggi difficili della vita». Nella lettera scrittami dice quanto segue riguardo al colesterolo: «Io stessa ho potuto rilevare soltanto una volta un tasso di colesterolo inferiore a 200 milligrammi. Si trattava del caso di un paziente alcolizzato che era molto dimagrito e che non mangiava da settimane». In molti casi i temi trattati in questo volume sono diventati argomento di conversazione tra un paziente e il suo medico. Un medico di

base di Lubeca mi scrive dicendomi che «nel suo libro ho trovato la conferma di molte mie convinzioni: lo tengo nella sala d'aspetto del mio studio».

Sulla cartolina inviata da un medico generico di Berlino-Wilmersdorf vi è scritto: «Finalmente! Consiglio ai miei pazienti la lettura del suo libro». Poco per volta anche le autorità cominciano ad adottare provvedimenti contro la medicalizzazione della vita. Ad esempio l'Istituto federale per il controllo dei farmaci e dei prodotti medicinali ha ridotto per due volte l'impiego della terapia ormonale. Vista la possibilità di rischi per la salute di cui da poco si è venuti a conoscenza (vedi cap. 7), d'ora in poi nei disturbi legati alla menopausa «dev'essere impiegata la dose di farmaci più bassa possibile per una terapia che duri il meno possibile» (la modifica dell'autorizzazione porta la data del 6 maggio 2004 ed è reperibile sul sito Internet www.bfarm.de). L'Agenzia europea dei farmaci (Ema) che ha sede a Londra ha addirittura eliminato una malattia dal proprio elenco: come rimedio contro la disforia premenstruale, era già stato autorizzato l'uso del Prozac in Austria, Grecia, Portogallo e Gran Bretagna. In seguito però, un comitato dell'Ema ha voluto approfondire la questione e nel giugno del 2003 ha stabilito che «la disforia premenstruale non è affatto una malattia riconosciuta ovunque in Europa» (www.emea.eu.int/pdfs/human/referral/326303en.pdf). E in effetti pochi mesi dopo la ditta che produce il Prozac ha chiesto ai medici britannici, con una circolare, di cancellare la disforia premenstruale dall'elenco delle indicazioni proprie di quel farmaco. Abbiamo quindi una malattia inventata in meno.

Qualche tempo fa anche l'uomo col piccolo sigaro che mi aveva parlato alla stazione di Dortmund si è visto togliere di mano la sindrome di Sissi da lui inventata. Mathias Berger,

presidente dell'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e neurologia ha detto che, dopo che l'esistenza della sindrome di Sissi era stata confutata, «essa è scomparsa rapidamente dalla scena» (la citazione è tratta dalla «Deutsche Presse-Agentur» del 22 ottobre 2003). Questi episodi dimostrano che le cose si possono cambiare: vale la pena che ognuno di noi lotti affinché la salute non scompaia.

Dodici domande per riconoscere le malattie «inventate»
e le terapie di cui è lecito diffidare

- 1) C'è un nome con cui indicare la mia malattia?
- 2) Esistono norme valide a livello internazionale per descrivere la diagnosi e la cura di questa malattia, e dove posso prenderne visione?
- 3) Esiste un test atto a individuare con sicurezza la mia malattia?
- 4) Per quale percentuale di persone sane questo test dà un esito positivo (patologico)? (Qual è la percentuale di esiti erroneamente ritenuti positivi?)
- 5) In quante delle persone che, sottoposte una prima volta a questo test, hanno avuto un esito positivo (patologico) con la ripetizione del test si è avuto un esito normale?
- 6) Per quale percentuale di persone colpite dalla detta malattia questo test dà un esito negativo (normale)? (Qual è la percentuale di esiti erroneamente ritenuti negativi?)
- 7) Quali conseguenze (complicazioni) comporterà per me questa malattia tra uno, due o dieci anni? (In quante persone su 100 che sono nelle mie condizioni compaiono tali conseguenze dopo uno, due o dieci anni?).
- 8) In quante persone su 100 che *non hanno* questa malattia compaiono queste complicazioni dopo uno, due o dieci anni?

- 9) Esiste una cura efficace per questa malattia?
- 10) In quante persone su 100 che sono nelle mie condizioni e che *hanno fatto* questa cura compaiono queste complicazioni della malattia dopo uno, due o dieci anni?
- 11) In quante persone su 100 che sono nelle mie condizioni e che *non hanno fatto* questa cura compaiono queste complicazioni della malattia dopo uno, due o dieci anni?
- 12) In quante persone su 100 che sono nelle mie condizioni compaiono complicazioni dipendenti da questa cura che non si sarebbero presentate se la cura non fosse stata fatta?

Indirizzi di carattere generale

Informazioni su determinate malattie e sui metodi di analisi e di cura sono disponibili sul sito del Ministero della Salute: www.ministerosalute.it. È invece dedicato ai medici il sito www.fimmg.org.

Informazioni accessibili a tutti e scientificamente fondate su medicina, cura e *health care* sono fornite dai collaboratori del settore sanità dell'Università di Amburgo: www.gesundheit.uni-hamburg.de.

Lo «Arznei-Telegramm» fornisce informazioni critiche e indipendenti su farmaci e terapie: www.arznei-telegramm.de.

Banche dati

Medline (Pubmed): www.ncbi.nlm.nih.gov.

www.amedeo.com

www.embase.com

Motori di ricerca

TRIP database: www.tripdatabase.com/index.cfm.

Sum search: <http://sumsearch.uthscsa.edu/searchform45.htm>.

Medicina basata sull'evidenza

Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze: www.gimbe.org.

Network tedesco della medicina basata sull'evidenza:

www.ebm-netzwerk.de.

Centro Cochrane Italiano: www.cochrane.it.

Iniziativa per Evidence-based Medicine di Ulma:

www.uni-ulm.de/cebm/.

NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York:

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/>.

Riviste mediche

www.freemedicaljournals.com.

British Medical Journal: www.bmj.com.

Journal of the American Medical Association: www.jama.com.

EBM-Online: <http://ebm.bmjournals.com>.

Informazioni sui farmaci

Centro Regionale per la Valutazione e Informazione sui Farmaci:

www.crevif.it

www.informazionisuifarmaci.it.

European Agency for the Evaluation of Medical Products:

www.emea.eu.int.

Food and Drug Association: www.fda.gov.

5 Ringraziamenti

7 Premessa

GLI INVENTORI DELLE MALATTIE

13 1. Guarigione senza limiti

37 2. Frottole della medicina

63 3. Una malattia chiamata diagnosi

85 4. La fiera dei rischi

107 5. La pazzia diventa una cosa normale

121 6. Una pillola a merenda

147 7. La sindrome da femminilità

177 8. Nuove malattie di uomini vecchi

199 9. Quando volete

219 10. I geni diventano destino

241 11. L'utilità di essere malati

251 12. Più sani di quanto si creda

275 Postfazione alla seconda edizione

279 Dodici domande per riconoscere le malattie
«inventate» e le terapie di cui è lecito diffidare

281 Indirizzi Internet