

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI – CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI

Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale
Triennio 2010 - 2013

DOTT. SSA SERENA MARCOLLA

IPERMEDICALIZZAZIONE E DISEASE
MONGERING. LA PERCEZIONE DEI MMG
TRENTINI.

Relatrici: Dott. ssa Norma Sartori
Dott. ssa Rosanna Odorizzi

INDICE

1. Introduzione.....	4
1.1 L'ipermedicalizzazione.....	5
1.2 Il Disease Mongering.....	10
2. Obiettivi della tesi.....	18
3. Materiali e metodi.....	19
3.1 Il Focus Group.....	19
3.2 Disegno dello studio.....	22
4. Risultati.....	24
4.1 Il ruolo dei medici.....	24
4.2 Il ruolo della società.....	28
4.3 La spinta economica e il ruolo dei mass media.....	35
4.4 Il ruolo del Sistema Sanitario.....	38
4.5 Influenza dell'ipermedicalizzazione sul rapporto medico-paziente.....	41
4.6 Esempi di ipermedicalizzazione e Disease Mongering nella pratica quotidiana.....	44
4.7 Proposte per affrontare il fenomeno dell'ipermedicalizzazione.....	50
5. Conclusioni.....	55
6. Bibliografia.....	61

The World Health Organization's famous definition of health as "complete physical, psychological and social wellbeing" is achieved only at the point of simultaneous orgasm, leaving most of us unhealthy most of the time.

Imre Loeffler

1. INTRODUZIONE

Dal momento in cui ho abbandonato quella campana di vetro che è l'ambiente universitario per entrare nel mondo più reale dell'ambulatorio di medicina generale, mi ha colpita la percezione che le persone hanno della salute e il modo con cui si rapportano alla medicina.

L'inizio del corso di formazione in medicina generale e dell'attività lavorativa è coinciso con il mio ritorno da un periodo di volontariato in Africa, che mi aveva segnata profondamente. Questa esperienza ha contribuito molto ad alimentare le mie riflessioni sulla società e sulla medicina occidentale.

Trovo che l'aspettativa collettiva della gente riguardo alla salute e il malessere dei medici che ne sono travolti ogni giorno rientrano in un fenomeno preoccupante del quale prendere consapevolezza e da affrontare con un buon giudizio critico.

1.1 L'IPERMEDICALIZZAZIONE

La medicalizzazione della vita è un fenomeno ormai radicato all'interno della società contemporanea ed in crescente e preoccupante espansione.

Essa consiste nella trasformazione di eventi fisiologici o di lievi disturbi in condizioni mediche da trattare. Il confine tra salute e malattia a volte può essere molto sottile e processi fisiologici come la nascita, l'invecchiamento, la sessualità, la tristezza, la morte ben si prestano ad essere medicalizzati.

Nel corso degli anni la classe medica, oggetto di pressione da parte dell'industria farmaceutica, ha rivestito un ruolo importante in questa progressiva medicalizzazione. Sull'onda dell'entusiasmo per le nuove scoperte scientifiche e per le nuove tecnologie i medici non hanno saputo anticipare le conseguenze del processo che si stava innescando davanti ai loro occhi. Come una reazione a catena esso si è amplificato sfuggendo loro di mano; quando i primi medici hanno cominciato a prenderne coscienza, il fenomeno aveva già permeato l'intera società. I medici si sono dunque ritrovati ad essere essi stessi vittime della macchina da loro creata. Una macchina nata per promuovere la salute, che si è rivelata invece generatrice di malessere e insoddisfazione.

La Nemesis Medica

Il termine "medicalizzazione" si diffuse negli anni '70 attraverso l'opera di Ivan Illich, autore della prima critica radicale della medicina moderna.

Nel suo saggio profetico *Nemesis medica* Illich analizza l'epidemia di medicalizzazione attraverso il triplice concetto di iatrogenesi. Oltre alla iatrogenesi clinica, che consiste nei danni derivanti dai trattamenti medico-chirurgici, esistono infatti una iatrogenesi sociale e una culturale.

La iatrogenesi sociale è la trasformazione delle persone in consumatori di medicina, espropriandole della propria salute:

“La iatrogenesi sociale agisce quando la cura della salute diventa un articolo standardizzato, un prodotto industriale; quando ogni sofferenza viene ospitalizzata e le case diventano inospitali per le nascite, le malattie, le morti; quando la lingua in cui la gente potrebbe fare esperienza del proprio corpo diventa gergo burocratico; o quando il soffrire, il piangere e il guarire al di fuori del ruolo di paziente sono classificati come una forma di devianza.”

Illic sostiene che la morte, il dolore e la malattia sono parte integrante della vita. La iatrogenesi culturale consiste nella distruzione della capacità collettiva e individuale di fare fronte autonomamente ad essi:

“Tutte le culture tradizionali derivano la loro funzione igienica da questa capacità di dotare l'individuo dei mezzi che gli permettono di tollerare il dolore, di comprendere l'infermità o la menomazione e di dare un senso all'ombra incombente della morte [...] La medicalizzazione dà luogo a un prolifico programma burocratico basato sull'idea che non occorra affatto che ciascuno affronti personalmente il dolore, la malattia, la morte [...] La civiltà medica è pianificata e organizzata allo scopo di sopprimere il dolore, eliminare la malattia e annullare il bisogno di un'arte di soffrire e di morire [...] considerati come disfunzioni dalle quali le popolazioni vanno liberate per mezzo di strumenti istituzionali.”

“La fragilità, l'individualità e le connessioni dell'uomo, vissute consciamente, fanno dell'esperienza del dolore, della malattia e della morte una parte integrante della sua vita. La capacità di fare fronte a questo trio in maniera autonoma è fondamentale per la sua salute. A misura che intervengano altri nella gestione della sua intimità egli rinuncia alla propria autonomia e la sua salute non può non deperire. Il vero miracolo della medicina moderna è di natura diabolica. Consiste nel far sopravvivere non soltanto dei individui ma intere popolazioni a livelli di salute personale estremamente bassi. La nemesi medica è il feedback negativo di un'organizzazione sociale che, partita con

l'intento di migliorare e uguagliare le possibilità per ognuno di salvaguardarsi autonomamente, ha finito per distruggerle.”

L'epidemia di prevenzione

Un aspetto rilevante della medicalizzazione è la prevenzione.

Dagli arbori della medicina fin quasi ai giorni nostri i medici si sono occupati di curare singoli individui malati. Solo negli ultimi decenni si è diffuso il concetto di curare gruppi di individui sani che hanno maggiori probabilità di ammalarsi. Questa trasformazione ideologica però è avvenuta senza un'adeguata riflessione sulle sue possibili conseguenze.

E' opinione comune che la miglior cura sia la prevenzione, ma questo è valido soprattutto nell'ottica di popolazione e non del singolo individuo. Il paradosso della prevenzione infatti consiste nel fatto che un trattamento che offre benefici alla comunità spesso porta un modesto vantaggio al singolo.

Il progressivo ampliamento del concetto di malattia e la trasformazione del fattore di rischio in equivalente di malattia fanno sì che il confine tra prevenzione e cura sia sempre più indistinto. Mano a mano che aumenta il numero di persone sottoposte ad esami e trattamenti, aumenta anche l'esposizione ai relativi danni iatrogeni.

Essere classificato come malato porta con sé diversi benefici: la comprensione degli altri, lo sgravio dai doveri, le facilitazioni economiche. Chi trova una diagnosi spesso trova una spiegazione confortante al proprio malessere, il capro espiatorio di tutti i mali, una forma di deresponsabilizzazione rispetto alla propria svogliatezza. La diagnosi in breve diventa l'alibi inattaccabile dietro cui nascondersi.

A questo riguardo Illic profetizzava:

“In una società morbosa prevale l'idea che una cattiva salute definita e diagnosticata è infinitamente preferibile a qualunque altra etichetta negativa o al non avere etichetta alcuna [...] Sono sempre più le persone che nel

subcosciente sanno di essere stanche e di stare male per le mansioni che svolgono e per la passività dei loro svaghi, ma vogliono che gli si smentisca e gli si dica che la malattia fisica le esonera da ogni responsabilità sociale e politica. Vogliono che il loro medico funga da avvocato e da prete.”

La diagnosi può creare anche molti problemi. Oltre vortice di esami e trattamenti, con i relativi danni iatrogeni, in cui risucchia la persona, la diagnosi è un marchio a fuoco che segna indelebilmente l'immagine e la coscienza che la persona ha di sé.

Negli screening insorgono i falsi positivi, gli effetti fisici derivanti dal disagio provocato dal procedimento diagnostico, così come gli effetti psicologici in persone che, in molti casi, cominciano a sentirsi malate semplicemente per l'esperienza del trattamento ed dell'esame.

Una medicalizzazione eccessiva dei fattori di rischio ha portato ad una vera trasformazione culturale nella popolazione: i sani diventano sani preoccupati di ammalarsi o pseudo-malati stigmatizzati da qualche fattore di rischio.

“La medicalizzazione della prevenzione diventa così un altro grande sintomo di iatrogenesi sociale. Essa tende a trasformare la mia responsabilità personale per il mio futuro in gestione del mio essere da parte di qualche agenzia. Solitamente il pericolo rappresentato dai comuni accertamenti diagnostici è temuto ancora meno di quello derivante dalle terapie ordinarie, anche se i danni di ordine sociale, fisico e psicologico inflitti dalla classificazione medica sono altrettanto ben documentati. [...] Quando un veterinario diagnostica l'indisposizione di una vacca, di solito non influenza il comportamento del paziente; quando invece un dottore fa la diagnosi ad un essere umano lo influenza. [...] L'etichetta medica può proteggere il paziente da una pena solo sottoponendolo a un interminabile trattamento educativo, terapeutico e discriminatorio, che gli è inflitto nel suo presunto interesse.”

“La diagnosi aggrava lo stress, stabilisce un'incapacità, impone inattività, concentra i pensieri del soggetto sulla non-guarigione, sull'incertezza e sulla

sua dipendenza da futuri ritrovati medici: tutte cose che equivalgono a una perdita di autonomia nella determinazione di sé. Inoltre isola la persona in un ruolo speciale, la separa dai normali e dai sani ed esige sottomissione all'autorità di un personale specializzato. Quando tutta una società si organizza in funzione di una caccia preventiva alle malattie, la diagnosi assume allora i caratteri di un'epidemia.”

Si innesta un circolo vizioso. Più i pazienti e i parenti chiedono, più i medici si sentono in dovere di offrire; ma più i medici prospettano soluzioni straordinarie, più i pazienti pretendono ulteriori soluzioni. La medicina non ha più limiti; la migliore cura è fare sempre qualcosa.

“Frei lebt wer sterben kann”

Karen Blixen

La mia Africa

1.2 IL DISEASE MONGERING

Su questo terreno si è sviluppato il Disease Mongering, letteralmente commercializzazione delle malattie.

Il primo episodio di Disease Mongering risale alla fine del 1800 con l'invenzione del Listerine, originariamente un antisettico chirurgico. In breve tempo il Listerine passò ad essere venduto come detergente per pavimenti, trattamento per la gonorrea e infine collutorio. A questo punto si era giunti ad una cura; ora serviva una malattia. Cominciò dunque la promozione del Listerine come trattamento dell'alitosi, condizione prima pressoché ignorata. La pubblicità fu così pressante che lo scrittore Henry James definì questi imbonitori come Nostrum-Mongers. E suo fratello, lo psicologo William James dichiarò che *“gli autori di queste pubblicità dovrebbero essere considerati nemici pubblici senza mostrare loro pietà”*.

Nel 1923 venne rappresentata per la prima volta in Francia la commedia di Jules Romains *“Il dottor Knock, ovvero il trionfo della medicina”*, opera quasi profetica nella sua lungimiranza. E' la storia di un giovane medico, il dottor Knock che subentra al medico condotto di Saint Maurice, trasferitosi in città a causa degli scarsi guadagni realizzati nel villaggio. In pochi mesi Knock, il cui motto è *“Coloro che si credono sani sono solo malati che non sanno di esserlo”*, attraverso un'agguerrita campagna di sensibilizzazione lo trasformerà in un paese di malati.

Il fenomeno del Disease Mongering è stato descritto per la prima volta nel 1992 da Lynn Payer, fisiologa, giornalista e scrittrice. Nel suo libro *Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies and Insurers are making you feel sick* la Payer definisce il Disease Mongering come il tentativo di “convincere

persone sane di essere malate o persone leggermente malate di essere molto malate”.

Esso consiste nell’espansione delle malattie trattabili allo scopo di aprire il mercato a nuovi prodotti, in altre parole trasformare i sani in malati consumatori di farmaci. Dunque una promozione commerciale camuffata da campagna d’informazione sanitaria.

Si tratta di diffondere ansia e timori rispetto alla salute, per poi proporre l’acquisto del farmaco come un risolutore del problema. Si basa quindi sullo sfruttamento sia della paura dilagante verso la malattia e la morte, sia della fede nel progresso scientifico e nell’innovazione.

L’uomo ha sempre tenuto a bada la paura del dolore e della morte grazie alla speranza in una vita ultraterrena. La salvezza quindi doveva essere dopo la morte. Oggi la crisi generalizzata della fede ha reso la morte più definitiva e di conseguenza la salvezza deve essere vissuta a tutti i costi in questa vita.

Nell’opinione comune, alimentata dai mass media, sembra che l’organismo umano sia una macchina soggetta a incepparsi di continuo senza la costante vigilanza dei medici e l’uso continuo di farmaci; i mezzi di informazione non citano mai la naturale capacità di autoguarigione dell’organismo.

Il punto di partenza è quindi la creazione di un bisogno di cura, da soddisfare poi con l’immissione sul mercato di un farmaco.

Il mercato dei farmaci, come qualsiasi libero mercato, si basa su tre punti:

- l’uomo è eternamente insoddisfatto e i suoi bisogni sono insaziabili; paradossalmente questa insoddisfazione cresce proporzionalmente al benessere economico.
- nel libero mercato questi bisogni possono essere soddisfatti attraverso l’esercizio della libera scelta, sentita come costruzione della propria identità; la trasformazione da malato a consumatore è quindi vissuta dall’individuo come un rafforzamento.
- l’innovazione deriva dalla libera concorrenza tra le industrie, che risulta essere dunque lo stimolo maggiore al progresso medico e farmacologico.

Il vantaggio che le case farmaceutiche hanno rispetto alle altre industrie è la motivazione etica in nome della quale possono giustificare il loro operato (“doing good while doing well”).

Le compagnie farmaceutiche agiscono in collaborazione con gruppi di medici, associazioni di pazienti e compagnie di pubbliche relazioni al fine di promuovere queste idee al pubblico e ai politici, spesso attraverso l’uso massiccio dei mass media.

La malattia e la sofferenza sono una forte attrazione per i mass media. Malattie sconosciute, epidemie dilaganti, medici ignoranti, cure miracolose infatti sono buoni ingredienti per le storie drammatiche che i media amano tanto.

Nonostante gli unici Paesi sviluppati dove sia permessa la pubblicizzazione di farmaci non da banco diretta ai consumatori siano gli USA e la Nuova Zelanda, gli altri Paesi non sono immuni dall’influenza delle campagne di marketing, anche se mascherate spesso da campagne informative, nelle quali il farmaco non è menzionato ma le persone vengono invitate a “consultare il proprio medico”.

La priorità di molti governi è assicurare un’economia di mercato e quindi le politiche sociali come la salute pubblica vengono ad essere subordinate ad essa. Di conseguenza molte campagne informative sono sottoscritte dai reparti marketing delle case farmaceutiche anziché da organizzazioni che abbiano come scopo primario la salute pubblica.

Dal farmaco alla malattia

Anni prima della vendita di un prodotto si comincia a creare un terreno favorevole al lancio commerciale. Una volta che i dati delle ricerche cliniche preliminari dimostrano un certo grado di efficacia e di tollerabilità e l’assenza di importanti effetti indesiderati si passa a diffondere la coscienza di malattia: vengono organizzati congressi scientifici rivolti a specialisti nei quali opinion leader illustreranno i meccanismi biologici e i potenziali pericoli di una

sottovalutazione di sintomi abbastanza comuni; parallelamente quegli stessi esperti si riuniranno allo scopo di stabilire come diagnosticare la malattia e le società si prepareranno a occuparsi dell'argomento emergente. Quando il terreno è abbastanza fertile è il momento di coinvolgere i medici di medicina generale, creare siti internet e informare i mass media, ai quali verrà assegnato il compito di spiegare ai profani che un semplice disturbo molto diffuso è in realtà un problema serio, rassicurando però che è in arrivo una soluzione efficace.

Fondamentale importanza riveste dunque la diffusione di una coscienza di malattia. Ciò avviene attraverso diverse fasi:

- tavole di discussione con opinion leader riconosciuti;
- linee guida di buona pratica;
- news letter ai medici;
- programma di sostegno ai pz;
- associazioni di malati.

L'economista svizzero Gianfranco Domenighetti ha individuato tre piani sui quali agisce il Disease Mongering:

-Quantitativo: consiste nella revisione dei parametri che definiscono la frontiera del "patologico" per numerose condizioni medico sanitarie, quali per esempio ipertensione, ipercolesterolemia o diabete.

-Temporale: consiste nella promozione di pratiche di screening la cui efficacia è incerta oppure non ancora dimostrata (ad esempio l'utilizzo del marker tumorale Ca 19.9 per l'identificazione precoce del cancro al pancreas).

-Qualitativo: consiste nella trasformazione in condizioni medico-sanitarie di situazioni che dovrebbero far parte della normalità della condizione umana .

Esistono quindi diverse strategie per creare una malattia, basate tutte sull'ampliamento dei limiti della patologia e sulla restrizione di quelli della fisiologia. Le variabili generalmente sono disposte lungo un continuum. La medicina tuttavia tende a dividere questo continuum in normale o patologico. La definizione di malattia quindi è spesso arbitraria e può essere manipolata

ciclicamente per allargare il mercato farmaceutico, dato che un rischio minimo esiste sempre anche sotto la soglia.

a. Trasformazione di processi ordinari in patologici

CALVIZIE In corrispondenza del lancio sul mercato australiano della finasteride (Propecia), il farmaco della Merck contro la calvizie, i giornali cominciarono ad occuparsi di questo argomento. Un articolo sull'*Australian* faceva riferimento ad uno studio secondo il quale il problema toccava un terzo degli uomini con un potenziale grave impatto sulla loro vita di relazione, peraltro senza accennare al fatto che tale studio era stato finanziato dalla stessa Merck. Pur senza fare una pubblicità diretta la compagnia ha continuato a promuovere la calvizie come un problema medico con l'avvertimento "See your doctor".

MENOPAUSA, SINDROME PREMESTRUALE, GRAVIDANZA Si tratta di eventi fisiologici della vita di una donna che ben si prestano ad essere medicalizzati.

b. Trasformazione di sintomi lievi in malattie serie

SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE E' un esempio di come un disordine funzionale, fastidioso ma benigno, possa essere reinquadrato come una malattia seria da etichettare e trattare farmacologicamente.

c. Trasformazione di problemi personali o sociali in problemi medici

FOBIA SOCIALE Nel 1997 mentre la Roche promuoveva il suo antidepressivo Aurorix (moclobemide) per il trattamento della fobia sociale, la sua compagnia di pubbliche relazioni rilasciò un comunicato stampa secondo il quale più di un milione di australiani avrebbe sofferto di fobia sociale, una grave condizione curabile con gli antidepressivi. La promozione del farmaco si basò anche sulla collaborazione con un'associazione di pazienti, la

Obsessive Compulsive and Anxiety Disorders Foundation of Victoria, e il finanziamento di una conferenza sulla fobia sociale.

DISFUNZIONE SESSUALE In molti casi il calo del desiderio è una risposta fisiologica a situazioni di stress o problemi relazionali; il riduzionismo biologico rischia invece di focalizzare l'attenzione sul piano medico.

d. Trasformazione di fattori di rischio in malattie

OSTEOPOROSI E' un processo fisiologico legato all'età e rappresenta uno dei tanti fattori di rischio di fratture. Essa è stata dapprima reinterpretata come malattia, per poi darne una diagnosi strumentale che conferisce obiettività, ma stabilisce una soglia quantitativa necessariamente arbitraria. Infatti il criterio diagnostico posto dall'OMS, secondo cui la densità ossea normale sarebbe quella della giovane donna di razza caucasica è controverso e aumenta esponenzialmente il numero di soggetti da trattare per scongiurare una singola frattura. La prevenzione delle fratture (endpoint primario) viene ridotta esclusivamente al rinsaldamento delle ossa (endpoint secondario), limitando inoltre la molteplicità dei possibili interventi (supplementi di calcio e vitamina D, attività fisica) ai soli farmaci.

DIABETE, DISLIPIDEMIE e IPERTENSIONE Si tratta di importanti fattori di rischio per l'instaurarsi di una malattia conclamata, ma vengono di fatto etichettati come malattie. Inoltre si assiste ad un costante abbassamento della soglia di diagnosi per queste condizioni, al punto che negli ultimi anni si è assistito a una vera e propria epidemia.

e. Distorsione della prevalenza di un problema medico per aumentarne la portata

DISFUNZIONE ERETTILE Se la distribuzione del Viagra si fosse limitata alla disfunzione erettile di origine organica, sarebbe stato un modesto affare per la Pfizer. Andava quindi ridefinita la prevalenza di questo disturbo. Nel sito della Pfizer compare "more than 50% of men over 40 have some degree

of ED". Anche se il sito non dà referenze una possibile fonte sarebbe il Massachusetts Male Aging Study, uno studio osservazionale condotto in Massachusetts tra il 1987 e il 1989 in uomini tra i 40 e i 70 anni, dal quale è stato estrapolato che il 52% della popolazione statunitense maschile in questa fascia di età soffre di ED.

Secondo una pubblicità australiana il 39% degli uomini soffrirebbe di disfunzione erettile. La percentuale si riferisce all'abstract di uno studio, la cui versione completa rivela che in questo 39% erano compresi anche gli uomini con problemi solo occasionali e che l'età media di coloro che presentavano disfunzione erettile completa era 71 anni.

Per trasformare il Viagra in un lifestyle drug, la pubblicità è riuscita a trasmettere il messaggio che chiunque, a qualunque età, qualunque sia la gravità del suo disturbo e qualunque sia il problema che lo causa, può usare un piccolo aiuto.

ADHD Essendo questo un disturbo che colpisce la performance scolastica gli insegnanti hanno un ruolo chiave nella diagnosi di questo disturbo, responsabilità che accorda loro anche il DSM-IV; di conseguenza le compagnie farmaceutiche indirizzano le loro mire su di loro oltre che sui medici.

DISFUNZIONE SESSUALE FEMMINILE Secondo uno studio pubblicato su JAMA nel febbraio 1999 la prevalenza di questo disturbo nelle donne tra i 18 e i 59 anni sarebbe stata del 43%. Questa percentuale derivava da un sondaggio di sette domande proposto nel 1992 a 1500 donne; se la donna rispondeva affermativamente a una delle domande veniva considerata affetta da disfunzione sessuale.

SINDROME DELLE GAMBE SENZA RIPOSO La diagnosi prevede la presenza dei seguenti quattro criteri: bisogno urgente di muovere le gambe, insorgenza o peggioramento dei sintomi a riposo, sollievo durante il movimento, interferenza con il sonno. Nella promozione di questa malattia i media hanno avuto un ruolo fondamentale. Nel 2003 la GlaxoSmithKline lanciò una campagna informativa, all'interno della quale venivano presentati i primi risultati di uno studio sull'utilizzo del ropinirolo (precedentemente

approvato per il Parkinson); seguì una conferenza stampa intitolata “Un nuovo sondaggio rivela che un disturbo comune ma ancora misconosciuto, la sindrome delle gambe senza riposo, tiene svegli gli Americani di notte”, in riferimento ad uno studio finanziato dalla stessa casa farmaceutica. Nel 2005 la FDA approvò il ropinirolo.

2. OBIETTIVI DELLA TESI

Durante questi tre anni di corso, la frequenza degli ambulatori di medicina generale e dell'ambiente ospedaliero, come l'esperienza diretta nell'ambito della continuità assistenziale, mi hanno dato la possibilità di osservare e vivere personalmente il fenomeno della medicalizzazione e del Disease Mongering. Confrontandomi con i colleghi, mi sono resa conto del malcontento che esso provoca in molti medici, i quali sembrano sentirsi impotenti di fronte al dilagare di questa epidemia.

Ho perciò sentito il bisogno di approfondire questo argomento. Credo infatti che la medicalizzazione sia un problema da affrontare senza indugi: oltre a non essere economicamente sostenibile per nessun Sistema Sanitario, essa sta minando le fondamenta della buona pratica medica e sfibrando il rapporto medico-paziente, in quanto lo rende soggetto alle regole del libero mercato.

Obiettivo della mia tesi è quindi valutare, nell'ambito della realtà trentina, la percezione che hanno i medici di medicina generale della medicalizzazione della società e in particolare del Disease Mongering, cogliendo le eventuali proposte per affrontare questo problema.

Per svolgere la mia ricerca ho ritenuto opportuno utilizzare un metodo di tipo qualitativo, nello specifico il Focus Group. Questa tecnica infatti, oltre a indagare le opinioni dei partecipanti, permette anche un confronto tra gli stessi, dal quale possa emergere un'idea di gruppo.

3. MATERIALI E METODI

3.1 IL FOCUS GROUP

Il focus group (FG) è uno strumento classico della ricerca qualitativa. La ricerca qualitativa si differenzia da quella quantitativa sotto diversi aspetti: si tratta di una metodica deduttiva basata sull'osservazione empatica e non scientifica; la partecipazione del ricercatore con la propria soggettività è un elemento che contribuisce ai risultati, mentre nella metodica quantitativa il ricercatore deve astenersi da ogni partecipazione soggettiva. La rappresentatività del campione che analizza non è statisticamente significativa e i risultati ottenuti vengono presentati, non attraverso tabelle, bensì per mezzo di brani di testi e di interviste e delle loro interpretazioni; si tratta infatti di una ricerca che risponde al *come* e al *perché* e non al *quanto*.

Il FG una tecnica di rilevazione basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone condotta da un moderatore secondo una traccia più o meno strutturata che stimoli i partecipanti ad approfondire un argomento. Inizialmente il FG è stato utilizzato nel campo del marketing ma si è presto diffuso ad altri ambiti, tra cui quello sanitario.

Durata

La durata di un FG varia a seconda dei partecipanti e delle interazioni che si creano tra loro ma dovrebbe essere compresa tra l'ora e mezza e le due ore.

Il numero dei FG non viene determinato a priori ma dipende dalla saturazione dell'argomento, l'ultimo FG sarà quello che non aggiunge informazioni ai precedenti. Quando il FG è l'unico strumento di ricerca si consiglia un numero minimo di tre, mentre nelle ricerche in cui il FG è solo uno degli strumenti è sufficiente anche uno.

Partecipanti

Il numero di partecipanti al FG è compreso solitamente tra 6 e 10 in modo da confrontare idee diverse permettendo allo stesso tempo di esprimersi a tutti. Allo stesso modo il gruppo deve essere abbastanza omogeneo da non creare disparità e abbastanza eterogeneo da permettere lo scambio di idee. I partecipanti vengono reclutati su base volontaria perché è fondamentale un atteggiamento collaborativo.

Traccia

La traccia consiste in una breve serie di domande aperte e può essere più o meno strutturata a seconda del tipo di discussione che si intende ottenere. Una traccia provvisoria viene utilizzata nel primo FG di prova ed eventualmente modificata secondo i temi emersi. L'ordine degli argomenti affrontati va dal generale al particolare e le domande sono raggruppate in domande introduttive, centrali e conclusive.

Moderatore e assistente

Il ruolo del moderatore è introdurre l'argomento e le regole del FG e condurre la discussione, evitando le divagazioni e favorendo una buona interazione tra i partecipanti. L'assistente aiuta il moderatore nell'organizzazione dell'incontro e durante la discussione prende appunti sui temi più importanti e sulle dinamiche di gruppo.

Registrazione dei dati

Gli incontri vanno registrati su supporto audio per poi essere sbobinati e trascritti letteralmente.

Analisi dei dati

L'analisi dei dati ottenuti con un FG può essere condotta su più livelli, ed in particolare analisi contenutistico-informativa, analisi relazionale, analisi tecnico- operativa.

Indipendentemente dalla metodica utilizzata, ciascuna forma di analisi dovrebbe essere comunque:

- sistematica: Occorre lavorare sulle trascrizioni integrali delle registrazioni, impiegando anche le osservazioni raccolte dall'assistente;
- verificabile: Ogni fase dovrebbe essere documentata ed ispezionabile; è importante la tracciabilità dei dati;
- chiarificatrice: L'analisi dovrebbe portare a risposte precise ai bisogni conoscitivi da cui si era partiti, aumentandone la comprensione o evidenziandone le ambiguità riscontrate
- comparativa: Confronta i dati sia dentro i gruppi sia tra i gruppi per generare un sistema di codifica;
- contenere spiegazioni alternative: il ricercatore dovrebbe lasciare spazio a spiegazioni alternative.

Il processo richiede cinque tappe fondamentali:

- Familiarisation: familiarizzazione dei dati attraverso l'ascolto delle registrazioni, la lettura delle trascrizioni, la lettura delle osservazioni annotate dall'assistente. In questa fase si realizza una visione dell'intervista nella sua interezza e cominciano ad emergere i grandi temi;
- Identifying a thematic framework: identificazione dello schema tematico, annotando a margine idee o concetti emersi dal testo e iniziando a sviluppare blocchi concettuali.
- Indexing: vengono vagliati i passaggi sotto forma di espressioni di testo, scegliendo le più significative; le citazioni vengono poi evidenziate e riordinate;
- Charting: Le citazioni vengono estrapolate dal loro contesto e riorganizzate all'interno del contenuto tematico organizzato;
- Mapping and interpretation: I dati vengono analizzati in modo da dare un senso generale alle citazioni individuali. Si produce in tal modo una descrizione narrativa delle principali informazioni emerse, con la trascrizione diretta delle citazioni più salienti e l'interpretazione dei dati.

3.2 DISEGNO DELLO STUDIO

Per la realizzazione dello studio sono stati organizzati cinque FG. Il primo incontro è stato con i medici della Val di Cembra, i successivi a Mezzolombardo, Trento, Tione e Bolzano.

Il reclutamento dei MMG è avvenuto tramite un primo contatto telefonico nel quale si accennava al progetto e si indagava l'interesse dei medici al riguardo; al primo approccio ha fatto seguito una e-mail, nella quale si illustrava brevemente l'argomento e si proponevano alcune date per l'incontro; un'ulteriore telefonata di conferma è avvenuta il giorno previsto per il FG.

Gli incontri sono stati condotti da un moderatore, che si è occupato poi della sbobinatura e dell'analisi dei dati, accompagnato da un osservatore.

I partecipanti sono stati sei nel primo FG, sei nel secondo, sette nel terzo, sei nel quarto e sei nel quinto.

Ogni discussione è stata preceduta da una breve presentazione del moderatore, dell'osservatore e dei partecipanti e dalla spiegazione delle regole del FG da parte del moderatore.

Al termine di ogni discussione è stato offerto ai partecipanti un piccolo rinfresco.

Nei FG è stata utilizzata una traccia semi-strutturata, che è stata leggermente semplificata dopo il primo FG di prova.

La traccia consisteva in una breve serie di domande aperte:

- Cos'è l'ipermedicalizzazione per voi?
- Percezione personale dell'ipermedicalizzazione : nella società / nel proprio lavoro
- Da dove è nata l'ipermedicalizzazione?
- Che effetti ha l'ipermedicalizzazione?
- Come influisce sul rapporto col paziente e sulla gestione della salute del pz?
- Cos'è il Disease Mongering?
- Esempi personali di Disease Mongering
- Proposte per fare fronte all'ipermedicalizzazione e al disease mongering.

Gli incontri sono stati registrati su supporto audio e le registrazioni sono state successivamente sbobinate e trascritte. Le trascrizioni sono state poi rilette individuando gli argomenti più rilevanti e che si ripetevano più spesso. E' stato dunque possibile individuare i blocchi concettuali fondamentali, secondo i quali i testi iniziali delle trascrizioni sono stati scomposti e ricomposti. Tali blocchi concettuali sono stati poi analizzati e i dati estrapolati sono stati quindi interpretati nel testo finale, nel quale sono state riportate le citazioni più significative delle trascrizioni.

4.RISULTATI

4.1 IL RUOLO DEI MEDICI

Dalla riflessione che è stata proposta in tutti i FG sull'origine del fenomeno dell'ipermedicalizzazione sono emersi numerosi fattori. In questo scenario gli attori principali risultano quindi essere i medici, i pazienti e la società in generale, il sistema sanitario, le case farmaceutiche insieme alle aziende produttrici di presidi sanitari e i mass media.

In tutti i gruppi è emerso il ruolo rivestito dalla classe medica.

I partecipanti infatti hanno dato un'interpretazione storica personale del fenomeno, secondo la quale l'entusiasmo per le nuove scoperte e le nuove tecnologie ha indotto dapprima nei medici una grande fiducia nelle proprie potenzialità e successivamente nelle persone la percezione della medicina come una scienza infallibile.

“E’ cominciato con le nuove scoperte, con i nuovi farmaci, con le nuove tecnologie e tutti i medici erano entusiasti di queste cose e da questo è nato tutto un sistema di media che enfatizzava queste cose e che quindi la gente ha assorbito. E da questo è nata una richiesta ulteriore. Però penso che sia cominciata da noi. Dall’entusiasmo.”

“Il paziente è più vittima secondo me che non autore, nel senso che in questi trent’anni di fiorire di medicina che guarisce tutto, è entrato in questo ordine di idee, il benessere è una cosa che oggi come oggi si può pretendere perché ci sono le misure, ci sono le medicine per cui un qualcosa comunque si può fare, si può risolvere rapidamente il tuo problema.”

“Se all’inizio c’era l’entusiasmo giustificato per la scoperta di questi farmaci, si è allungata anche la vita, magari poi c’entrava più l’alimentazione, le fognie e quelle quattro cose lì più che non gli interventi medici, però insomma un

qualcosa ci può essere stato fino a un certo punto nella prevenzione. Poi è sfuggito di mano..”

Molti partecipanti hanno inoltre fatto cenno alla medicina difensiva, giustificando il surplus di esami e terapie con la paura di possibili conseguenze medico-legali.

“Una colpa è nostra, la paura della denuncia”

“..dietro a questo c'è più la preoccupazione medico-legale che il buon senso”

“A me è venuta in mente istintivamente la medicina difensiva, un medico tende a ipermedicalizzare anche per evitare di incorrere..”

“Il medico dall'altra parte invece fa tutto un discorso diverso, si tutela e fa una medicina difensiva intensificando accertamenti ed esami che a volte sono completamente inutili, anche se il medico tante volte lo sa già però è costretto tra virgolette in certi momenti e in certe situazioni a farlo.”

“E poi c'è una cosa per la quale devo fare un'autocritica che coinvolge invece noi che siamo troppo accondiscendenti. Per due ragioni, un po' per l'impostazione della convenzione, un po' perché siamo costretti a effettuare una medicina difensiva.”

Come emerge dall'ultimo paragrafo, alcuni medici hanno anche considerato il rischio che i propri pazienti si rivolgano ad un altro medico come un fattore che può spingere ad ipermedicalizzare.

“...il paziente avendo il bastone tra le mani e tu essendo pagato per numero, può benissimo cambiarti per cui ci sono delle scelte...”

Tuttavia c'è stato chi ha manifestato il proprio disaccordo su questo punto.

“Non credo che noi prescriviamo per non perdere i pazienti.”

La maggior parte dei medici intervistati afferma di ricorrere talvolta ad esami e terapie adeguandosi alla corrente per stanchezza e rassegnazione.

“..alla quarantunesima volta che lo vedi pur di liberartene cos'è che non gli faresti fare, cioè capiamoci, tutti sappiamo cosa è giusto e cosa è sbagliato ma sputargli in un occhio non puoi, l'ulcera ti è già venuta, te la sei curata e ti è ritornata, arriva un momento in cui cediamo, ma siamo presi per disperazione. Questo è l'errore, arrivare a lavorare per disperazione senza più amore, io vedo persone e in quel momento mi irrigidisco, io mi rendo conto che non sono un bravo medico perché sono fortemente prevenuta ma come faccio a non esserlo?”

“Noi ce la mettiamo tutta per cambiare un po' le cose, ma quando uno non ci riesce cosa fa, si adegua.”

“Molte volte mi chiedo il ruolo che abbiamo avuto noi medici, soprattutto noi MMG quando non abbiamo più avuto controlli, quando abbiamo seguito l'onda acriticamente e abbiamo smesso di chiederci la famosa domanda 'Perché?'.”

Inoltre il ricorso ad esami e terapie non strettamente necessari può essere anche una strategia occasionale di autodifesa del medico.

“Non è che l'esame fa guarire però farlo fa tirare il fiato anche al medico, perché bisogna tener conto anche del benessere del medico, che viene anche assalito.”

Alcuni partecipanti hanno infine preso in causa il vantaggio economico che può derivare ad una certa categoria di medici dall'ipermedicalizzazione.

“Forse la classe medica un po’ di mea culpa se la dovrebbe fare nel senso che i media avranno contribuito a disseminare la cosa ma qualcuno ai media gliel’ha detto che in gravidanza bisogna fare ottomila esami, la menopausa, le allergie, il check-up... Non credo che i media sarebbero stati in grado da soli di fare una cosa del genere, da qualcuno sono stati imboccati. Probabilmente c’è sotto un discorso economico, la famosa pleora di medici, ognuno doveva ritagliarsi il suo spazietto.”

“...c’è un’ipermedicalizzazione anche dovuta a [...] interessi medici di avere più clienti.”

4.2 IL RUOLO DELLA SOCIETA'

Uno dei temi più presenti nei FG è stato quello del mutamento che si è verificato nella società negli ultimi anni.

Tutti i partecipanti hanno denunciato l'incapacità delle persone di gestire la propria salute, che viene delegata al medico con una scarsa partecipazione personale e la richiesta di soluzioni immediate ad ogni problema.

“Secondo me c'è una completa deresponsabilizzazione adesso dell'individuo sul proprio benessere. Cioè ogni problema deve avere una soluzione farmacologica, una diagnosi clinica, un esame di laboratorio [...] E poi la richiesta di una risposta immediata a qualsiasi malessere, hai male da tre giorni, devi avere il benessere il giorno immediatamente successivo. E questa è una spinta spaventosa da cui non se ne viene fuori. Io comincio ad essere veramente stufo di trattare pazienti che non fanno niente per sé in prima persona, che demandano al medico, al farmaco, alla diagnosi la soluzione dei loro problemi.”

“Il cittadino non è più responsabile del proprio benessere, demanda sempre a qualcun altro [...] Vuole da te sempre la risposta immediata a un problema che è sempre fuori da sé.”

“...pazienti che vogliono una soluzione subito, non c'è la capacità di aspettare [...] quindi questa grande richiesta di una soluzione rapida al problema.”

“...se uno aveva mal di pancia prendeva l'antidolorifico e aspettava un attimo, al giorno d'oggi nessuno aspetta più e vorrebbe che i sintomi in quattro e quattr'otto venissero eliminati dal farmaco invece che aspettare il decorso naturale.”

“Devi essere come un mago pronto a tirar fuori dal cilindro la soluzione giusta per ogni situazione.”

Per quanto riguarda la deresponsabilizzazione del paziente e il ricorso a facili soluzioni in diversi FG si è ripetuto l'esempio degli stili di vita.

“Ma non dicono ‘Se l’avesa fumà de men, se l’avesa magnà de men...’ no ‘Se avesse fatto l’esame...’ ”

“E poi è più facile la medicina che cambiare stile di vita perché se gli dici ‘Devi calare, non devi mangiare’ preferiscono alla fine arrivare alla pastiglia.”

Sembra che sia andata persa negli ultimi anni quella cultura tradizionale che permetteva alla gente di gestire autonomamente le problematiche minori senza ricorrere al medico.

“Io credo che ci sia stato un cambiamento della società [...] nel senso che una volta molte patologie venivano risolte nell’ambiente familiare, quindi c’era anche una cultura familiare del saper curare le cose piccole, questa cosa è andata un po’ persa.”

“La gente si reca dal medico anche per delle banalità, poca capacità gestionale di problemi semplici rispetto a qualche anno fa quando la gente per un mal di testa si prendeva la famosa aspirina se non era allarmata da altri sintomi premententi...”

Un aspetto rilevante che è emerso dalle discussioni è il bisogno di assistenza e rassicurazioni manifestato dai pazienti.

“Tre quarti delle cose che mi chiedono i pazienti sono cose che ho già sperimentato in momenti della vita in cui non avevo una laurea in medicina e le ho vissute come situazioni accettabili, fastidiose, che mai più avrebbero

suscitato in me il desiderio di un approfondimento, di un inquadramento, di una soluzione dovuta, rapida e a tutti i costi. E quindi ancora oggi faccio fatica a mediare tra quello che è una richiesta non tanto di salute ma di rassicurazione, come se non dovessimo mai star male, mai morire, mai rischiare, mai avere un qualcosa che si avvicini lontanamente alla vita.”

“L’altro giorno una mia paziente ha preso l’appuntamento “Volevo informarla di quello che ho fatto” e mi ha spiattellato lì sette otto accertamenti tutti normali [...] questa aveva proprio bisogno di un confronto.”

“Io credo che si possa sintetizzare tutto nel bisogno di assistenza più che di salute”

Questo implica il ricorso al medico anche per problemi non strettamente legati alla sfera medica.

“...quell’ansia legata all’invecchiamento, che vedi che la vita ti sfugge e la strada si fa più stretta, questo è il discorso culturale e antropologico, il senso della fine della vita è percepito lontano. Anche gli anziani sono nettamente peggiorati dal punto di vista del capire, a volte resto sorpreso, dovrebbero avere il concetto della parabola esistenziale e invece mi rendo conto di no. Ormai il medico deve risolvere i problemi dell’esistenza non tenendo conto che la vita ha un termine.”

“Trent’anni fa a chi veniva in mente di andare a raccontare certe cose al medico?”

“Però adesso è scandaloso se il medico non ti aiuta in queste situazioni, ormai questo è il messaggio che è passato ‘Vai dal medico quando ti molla la morosa’.”

“E’ anche sparita la figura del prete. Al medico di base viene chiesto un po’ di tutto...se uno deve fare il mutuo in banca viene dal medico a chiedere cosa ne pensa...c’è sempre meno gente che ascolta i bisogni degli altri quindi diventiamo anche assistenti sociali.”

Cecil Helman, nel suo articolo *The Culture of General Practice*, *British Journal of General Practice* August 2002, 620-621, rileva questa tendenza attuale, che induce il medico ad assumere un ruolo sempre più poliedrico:

“In questa situazione [...] l’attuale medico di medicina generale [...] ha spesso molti e contraddittori ruoli: non soltanto come scienziato medico ma anche come educatore, sacerdote, estetista, rappresentante del governo, ricercatore, consulente matrimoniale, psicoterapista, amico, parente, consigliere finanziario, antropologo molto intimo con la comunità locale, con i dialetti e con la composizione etnica...”

In tutti i FG è emerso come nella popolazione sia presente un’attenzione e una preoccupazione verso la salute che fino a pochi anni fa non c’erano.

“Io lo vedo più come un disagio sociale, un buontempo della società, una volta uno aveva da pensare al lavoro e alla famiglia, non aveva tempo di pensare alla salute e stava bene e non poteva ammalarsi. Adesso c’è più tempo per pensare alle malattie.”

“Ci sono sempre più persone che soffrono di malesseri, non di malattie, e lo dimostra il fatto che quotidianamente nei nostri ambulatori c’è qualche persona che porta determinati sintomi che se siamo frettolosi una ricetta e via, se abbiamo un po’ più di tempo, stiamo ad ascoltare, ci mettiamo un po’ in sintonia con questa persona magari questa esce ‘Non è così grave quello che ho’, non ha la ricetta in mano quindi non viene medicalizzato il suo disturbo, non viene farmacologizzato e le si spiega che fa parte di un momento che sta vivendo [...] E’ la gente oggi a sentirsi più malata e non lo

è, non sto dicendo che non siano aumentati i casi di IMA o di cancro, sto parlando di quella fetta di pazienti che non possiamo dire che sono malati, hanno solo dei malesseri legati al modo di vivere di oggi. Oggi la gente è molto attenta, si confronta.”

“Questo secondo me è anche il dare un nome alle malattie, trenta quarant’anni fa non è che uno moriva di tumore, moriva di...moriva e basta. Quindi il dare un nome, una connotazione alla malattia ‘Ha avuto un tumore, se avesse fatto questo...’. Le persone di questo parlano molto, parlano in sala d’aspetto, al bar, in piazza...invece che parlare del tempo parlano della salute e poi danno un nome alla malattia, cosa che un tempo non c’era.”

“Credo che siamo veramente stati spinti verso un bisogno che non avevamo e che non abbiamo, creando in noi un’ansia che credo qualche anno fa non esistesse, un’ansia legata al fatto che ‘Sicuramente anch’io ho una malattia, non so quale ma devo comunque andare a cercarla, a scoprirla e a curarla soprattutto’.”

“Io vedo che gli anziani fanno i corsi della terza età e i temi sempre richiesti sono la patologia reumatica...Che uno a settanta ottant’anni non metta dentro degli argomenti un po’, chissà il significato della vita, la storia, ma che voglia sapere sempre la dermatite [...] Uno che a ottantacinque anni pensi così tanto alla salute e non pensi ad altre robe... A me fa un po’ di senso quello che vuol fare la lastra, la TAC per un po’ di artrosi a ottant’anni.”

“C’è anche il fattore Cancro con cui dobbiamo combattere adesso perché siccome è una patologia diffusa tutti associano dolore, disturbo con questo fattore, di modo che tutti pensano che con questi esami costosi si riesca a individuarlo precocemente.”

Di conseguenza le persone sono anche più informate e attente alla prevenzione.

“La gente andava meno dal medico dai, non faceva tante prevenzioni.”

“...il giovane che ogni anno viene con la faccia da figo da me e mi dice ‘Dotor i fente tuti i controlini?’ ”

“Tu hai mai provato a dire a un ultraottantenne ‘Scolta nonno perché l’è ancor drè che ‘l tol le statine a otantazine anni? Ma cosa gliene frega delle statine a questa età qua?’ ”

“L’altro problema è quando la gente è informata, vengono qui con i fogli di internet.”

“Magari il paziente conosce il problema anche più di te perché ti dice ‘Dottoressa sono andato su internet’ a te ti si rizzano i capelli e dici ‘Magari è sulla strada giusta e magari no’ quindi di informazioni ce ne sono tante e anche la pubblicità sulle cure sanitarie viene presa ‘Perché non lo posso fare anch’io?’.”

“A me lascia stupita il fatto che molti si arroghino il diritto di essere in grado di giudicare semplicemente perché consultano qualche foglio di internet.”

“Il paziente attraverso tutte le informazioni che riceve dai media, in maniera scoordinata e che spesso non riesce a interpretare, richiede accertamenti...”

Inoltre molti partecipanti hanno accennato al fatto che la salute e l’assistenza sanitaria al giorno d’oggi vengano percepiti come un diritto scontato.

“...diventa un diritto acquisito ‘Ho diritto ai miei esami annuali e non me li deve toccare nessuno’.”

“E’ cambiata anche la percezione del diritto alla salute ‘lo ho diritto di stare bene subito, io non posso stare male neanche un giorno’.”

“C’è gente che fa cinque esami il tal giorno, poi deve farli per qualche altra cosa, dico ‘Guardi li ha fatti cinque giorni fa, non li mettiamo’, no vuole rifarli perché c’è scritto lì e ha diritto a farli e se tu non li fai stai cercando di risparmiare su di lei.”

E’ stata anche segnalato un abbassamento nella soglia di sopportazione che le persone hanno nei confronti dei disagi fisici e psicologici e la tempestiva ricerca di rapidi rimedi.

“C’è una esagerazione su tutto quello che riguarda l’età fertile della donna, ragazzine che a quattordici anni prendono la pillola perché hanno mal di pancia, il mal di pancia l’abbiamo sopportato tutte, è che oggi non c’è la capacità delle persone di tollerare di non stare propriamente bene.”

Alcuni partecipanti si sono soffermati sull’eccessiva fiducia che molte persone ripongono nella scienza medica, come se al giorno d’oggi esistesse una soluzione ad ogni problema. I mass media rivestono un ruolo rilevante nella diffusione di questa illusione.

“Secondo me l’ipermedicalizzazione deriva anche da un’ansia diffusa verso tutto. La vita si è allungata ed è come se uno sperasse di vivere in eterno. Ogni volta che parlo con le persone ho l’impressione che pensino che al mondo d’oggi, con le risorse che ci sono nel 2013, facendo cinquantamila esami uno previene sicuramente la morte.”

“E l’immortalità è lì a portata di mano.”

“Te la mettono giù come se ogni cosa possa essere risolta ‘Vai dallo specialista, basta il tale esame, basta il tale farmaco’.”

4.3 LA SPINTA ECONOMICA E IL RUOLO DEI MASS MEDIA

In tutti i FG è emersa l'idea che una componente fondamentale nel processo di ipermedicalizzazione sia quella economica.

“C'è tutta un'industria che deve vendere, deve trovare livelli sempre più diffusi, che si può intervenire prima...”

“Deve crearli gli ammalati se vuole vendere i prodotti no?”

“Credo che sia un problema banalmente economico. Siamo una società consumistica e dobbiamo anche consumare il bene sanità.”

“Io credo che ci sia stato un cambiamento della società sotto una spinta economica prevalentemente [...] e nel contempo c'è stata una spinta economica a vendere sempre di più per cui c'è un martellamento dei cittadini da parte delle industrie farmaceutiche o da qualsiasi altro venditore di farmaci o materiali o prestazioni, dall'altro lato c'è un martellamento sulla classe medica [...] Quindi io penso che la cosa più eclatante sia questa spinta economica a indurre bisogni nelle persone.”

E' stato chiaramente denunciato in tutti i FG il ruolo svolto dai mezzi d'informazione, che secondo i partecipanti sono stati utilizzati per diffondere nella popolazione il bisogno di salute e il messaggio che essa sia un bene di consumo di cui rivendicare il diritto.

“Il paziente oggi non è informato, il problema è che il più delle volte è informato in maniera sbagliata, una cattiva informazione dettata dal bisogno di spingere le persone verso i canali del business fatti passare come prevenzione. Attorno alla salute gira un business che, se una volta era quello

dei farmaci, adesso forse è quello della para medicina e della pseudo prevenzione.”

“Sicuramente c’è stata una parte dei mezzi d’informazione che di questo ha approfittato e ha detto ‘Pazienti riprendetevi il vostro diritto!’ ma in maniera sbagliata perché questo va a minare alla fine anche il rapporto di fiducia tra medico e paziente.”

“E’ che forse è più facile cavalcare una paura, stimolare un cambiamento di abitudine è molto difficile, cavalcando una sua paura uno ti segue più facilmente.”

“L’ipermedicalizzazione è stato un fatto culturale ma pilotato benissimo tramite i mass media.”

“Secondo aspetto quello della grande pubblicità all’uso dei farmaci [...] e la preoccupazione che nasce da questo, perché la pubblicità crea ansia.”

“La gente è bombardata da messaggi di salutismo.”

“Ogni volta che mi capita di vedere la pubblicità, quei cinque sei spot pubblicitari, due sono o di farmaci o di pubblicità progresso, molto tra virgolette.”

“Sono i mass media, in TV ci sono spesso programmi di approfondimento medico, alla radio. Al mattino io mi alzo e c’è l’annuncio che alle undici e venti ci sarà l’intervento del professor Vattelapesca sul problema urologico...”

“... sono più pubblicizzate anche le morti giovanili, fanno un sacco di film in TV, c’è un sistema che è molto improntato al giorno d’oggi più che sulla salute sulla malattia. Se invece di fare programmi di questo tipo facessero

programmi felicemente di prevenzione guardando il lato positivo 'Stai a dieta [...]non perché così non ti viene, ma perché così rimani più attivo'..."

4.4 IL RUOLO DEL SISTEMA SANITARIO

Un altro tema che è stato toccato nei vari FG è stato quello del ruolo che il Sistema Sanitario ha avuto nella diffusione di questa richiesta pressante di salute.

Da un lato i partecipanti hanno ricordato come negli anni passati lo Stato abbia elargito a piene mani l'assistenza sanitaria, abituando così i cittadini a considerarla un bene scontato.

“Lo Stato ha progressivamente diseducato i suoi cittadini [...] C'è stato un tempo che era mutuabile anche l'Amaro Giuliani quindi pensate come lo Stato ha abituato i nostri pazienti.”

“...bisogna scendere nel discorso della malasanià che è esistita fino a qualche anno fa, nel senso della cattiva gestione del denaro pubblico. Io mi ricordo ai tempi di De Lorenzo io ero incinta e c'era un'esenzione unica che durava nove mesi e tutti i mesi se voleva la donna si faceva tutta una batteria di esami compreso il colesterolo del quale al ginecologo non gliene può interessare di meno. Potevi fare tutto, anche l'Enterogermina era mutuabile. Lì si è passati dallo sperpero a dire ‘Stiamo affondando in un mare di debiti’.”

Inoltre i partecipanti considerano l'accessibilità e la gratuità dei servizi, e della Medicina Generale in particolare, come un fattore di svalutazione e di abuso da parte della popolazione.

“ C'è anche quell'aspetto, che la medicina generale è gratis.”

“All'Orvea ti metti in fila e paghi, qua vieni e chiedi e pretendi [...] Quello che non costa niente non vale niente, noi non costiamo niente quindi non valiamo niente.”

“La coscienza la crei pagando purtroppo, ma non il singolo medico, il sistema.”

“Noi siamo troppo accessibili, se come succede in Francia di qua di là, se ci fosse la possibilità di mettere un freno, tu vai dodici volte l’anno dal medico.”

“E’ anche il Sistema Sanitario che ti permette di fare tante cose senza pagare o pagando poco con tempi in Trentino molto brevi, per cui la gente è più portata a fare esami o visite.”

“Il tutto a tutti probabilmente non funziona.”

Qualcuno ha accennato alla mancanza di un ruolo educativo da parte del Sistema Sanitario sia nei confronti della classe medica che della popolazione.

“Quant’è che si spende in statine e quant’è che si investe a far capire alla gente come mangiare?”

“La colpa la hanno i programmatori dell’igiene pubblica di vedere quali sono effettivamente gli interventi utili a salvaguardare la salute [...] [la colpa] di chi ci educa è di non spiegarci nelle varie malattie quali sono gli esami e di continuare a rifare i protocolli [...]I programmatori dovrebbero rendere razionale il nostro lavoro.”

E’ emerso infine il tema della crisi economica, percepita da alcuni come un’occasione di svolta e razionalizzazione.

“Adesso che stiamo tornando indietro perché non ci sono più risorse facciamo una fatica boia a fare il percorso inverso.”

“Ben venga la crisi perché è una necessità e comincia a tagliare i rami che non erano produttivi [...]La crisi economica in questo senso è una benedizione perché almeno essenzializza le necessità.”

”Però il sistema si sta avvitando su se stesso. Io penso che una delle prime cose che scompariranno sarà proprio il SSN.”

“Si è passati dallo sperpero a dire ‘Stiamo affondando in un mare di debiti’. Però chiaramente non si poteva dal fare trenta esami ogni mese per la donna gravida non restringere facendo dei protocolli perché non potevi prima dare tutto e poi togliere tutto. E’ un’esagerazione anche adesso secondo me tutto quello che fa una donna in gravidanza però probabilmente si andrà restringendo sempre di più. E’ la risposta al troppo benessere che c’è stato fino a qualche anno fa.”

“... ci hanno aiutato dicendoci ‘Solo queste patologie godono di...’ però siamo stati aiutati sennò vai a negare tu la MOC alla signora che viene dal ginecologo ‘Mi ha detto di fare la MOC’ e invece le puoi dire ‘Non puoi. Te la paghi’.”

4.5 INFLUENZA DELL'IPERMEDICALIZZAZIONE SUL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

In tutti i FG è emersa l'importanza che ha un rapporto di fiducia nell'educazione del paziente e nel grado di medicalizzazione a cui viene sottoposto.

“Influisce nella misura in cui io so creare una relazione col paziente che può ottimizzare le varie spinte, però bisogna prendersi del tempo, bisogna sacrificare anche tanta pazienza [...] Lo strumento che abbiamo a disposizione è proprio la pazienza e riuscire a creare un rapporto ottimale, perdersi del tempo e con chi è ragionevole si ottengono anche dei risultati, sennò l'unica è adeguarsi.”

“Ma pochi pazienti e quelli giovani meno degli altri capiscono l'importanza del rapporto personale col medico, tanti ti utilizzano.”

“Poi siccome non hai costruito un rapporto di fiducia se dici no va dall'altro medico.”

“Forse è partito dal cambiamento che c'è stato nel rapporto medico-paziente che non si è evoluto in maniera corretta.”

“Sempre si riconduce a un rapporto di relazione col paziente. Quando tu gli dai le motivazioni e riesci ad accattivarti la sua fiducia, quando questo paziente ti crede alla fine secondo me, ci metterai più tempo, farai ambulatori lunghissimi, però qualcosina riesci a fare.”

“C'è un grande impiego di tempo sicuramente perché è più facile fare l'impegnativa. [...] Dopo se tu li abitui in un certo modo e cominci a fare dei ragionamenti col tempo riescono a capirle le cose, ma poi ci sono sempre gli

ossi duri che con quelli si rischia la ricusa o che ti revocano loro. Però vedo che la maggior parte delle persone, se tu gli spieghi facendogli capire che tu non hai degli interessi ma l'interesse è suo e della collettività, riescono a capire.”

“Con un paziente con cui ho un rapporto di fiducia sicuramente ipermedicalizzo meno.”

A proposito dell'importanza della relazione col paziente qualcuno ha accennato alla necessità a cui talvolta il medico si trova di fronte di scendere a compromessi col paziente, pur di non incrinare questo rapporto.

“Ci sono delle cose che andrebbero a minare il rapporto medico-paziente per cui bisogna proprio mediare.”

“...credo che il problema più grosso, anche partendo da evidenze fortissime, sia farle entrare in testa ai pazienti senza perdere il rapporto, perché tante volte ti tocca prescrivere per non rovinare il rapporto, con alcuni lo fai a priori perché sai che puoi star lì anche otto ore a spiegarglielo e non viene fuori niente.”

Tuttavia secondo alcuni partecipanti un buon rapporto di fiducia talvolta non è sufficiente a gestire le richieste di alcuni pazienti.

“E' logorante da un punto di vista relazionale [...] Lì non c'è buona relazione che tenga con i pazienti.”

“Allora io ho perso mezz'ora ad ascoltarlo, a visitarlo e non ha una mazza. Un paziente a cui ho dedicato negli ultimi dieci anni, per problemi di natura ortopedica, ore e ore per cui sicuramente non è uno che l'ho visto poco ma nonostante questo la richiesta deve essere immediata.”

“Però succede che quando tu ci perdi tempo, magari anche mezz’ora per far capire l’assurdità di una richiesta o comunque cerchi di spiegargli che non è un problema, non è una malattia, cosa succede? Cambia medico.”

4.6 ESEMPI DI IPERMEDICALIZZAZIONE E DISEASE MONGERING NELLA PRATICA QUOTIDIANA

Alla richiesta di definire il concetto di Disease Mongering la maggior parte dei partecipanti non ha saputo rispondere. Solo alcuni conoscevano già l'argomento e sono stati in grado di darne una definizione più o meno corretta.

“Curare le malattie inesistenti.”

“Il mercato induce a trattare patologie che non sono patologie.”

“Il Disease Mongering è inventare nuove malattie definendo dei criteri diagnostici per delle patologie che fino a quel momento non sono note, ma che vanno a individuare situazioni più parafisiologiche che non stati patologici veri e propri.”

“Mi sembra di aver capito che sono quelle malattie inventate, studiate a tavolino per trovare poi una terapia.”

“Si ha il farmaco e si crea la malattia.”

“Sì ci sono situazioni non di malattia ma di disagio costruite intorno a un farmaco che si è deciso di vendere.”

E' stato quindi chiesto ai partecipanti di presentare degli esempi di ipermedicalizzazione e Disease Mongering riscontrati nella propria pratica clinica.

Alcuni argomenti si sono ripetuti in quasi tutti i FG.

Tra questi la lombalgia:

“Quando ti viene per il mal di schiena che ha settant’anni. Allora va bene cosa può avere se ha mal di schiena, l’artrosi. Gli fai la radiografia e non gli basta perché poi ti rompe e arrivi alla risonanza. La risonanza magari ti dice che ha un po’ di bulging, che gli fai? Cos’è cambiato nella tua terapia dal primo giorno che ti è venuto col mal di schiena a dopo tre mesi con la risonanza?[...]Ma questo perché, siccome tu lo mandi dal fisiatra per il mal di schiena, il fisiatra senza una risonanza non lo tratta, allora tu gli prescrivi la risonanza che sai già quello che ti dirà, oppure va dal massaggiatore privato eccetera che non può prescriverla e il giro è sempre quello, ritorna e ti dice ‘El m’ha dit de far la risonanza’ oppure ‘l la fa tutti la risonanza’, ma sono l’unico imbecille che non gliela fa fare la risonanza? Tu gli prescrivi la risonanza, sai già i risultati, sai già che stai buttando quattrini, tempo, risorse, tra l’altro per un risultato terapeutico nullo perché te ne faccio anche cinque risonanze se poi è quello il percorso che mi porta a una terapia valida ma l’artrosi, l’ernia discale, le sciatalgie...”

“Tutti fanno la risonanza per la sciatalgia, che nessuno viene mai operato, cosa mi interessa se ho l’ernia di qua o di là, la terapia è sempre quella.”

L’osteoporosi:

“Neanche l’osteoporosi, l’osteopenia.”

“C’è stato un grosso business sull’osteoporosi, questo l’abbiamo vissuto tutti, io l’ho vissuta con la nota 79, sarà stato dieci anni fa che c’è stato il boom, adesso si torna indietro...”

“...quella maledetta osteoporosi, c’è un parlare sui giornali femminili in cui si cerca di creare questa malattia per poi assumere un farmaco che va assunto per tutta la vita.”

“Dieci anni fa nessuno parlava di osteoporosi.”

“L’osteoporosi spaventa molto, l’idea che puoi fratturarti e non essere più...è una condizione parafisiologica ma diventa una delle forme di malattia.”

“Recentemente c’è stata la pubblicità di questa MOC al tallone.”

Il disagio psicologico:

“Io mi trovo a disagio quando magari si dovrebbero prescrivere degli antidepressivi per delle cose fisiologiche, naturali come il lutto oppure situazioni lavorative, perché siamo in un momento particolare, la gente perde il lavoro oppure non ci sono soldi quindi ci sono dei problemi che prima effettivamente non c’erano e che facciamo? Prendiamo l’antidepressivo, andiamo dallo psichiatra?”

“Il lutto. L’ultimo DSM è stato molto criticato perché contiene patologie che non sono patologie.”

“Non solo il lutto, anche la delusione sentimentale va curata.”

Anche la salute della donna viene considerato un campo particolarmente soggetto ad essere medicalizzato, dall’età fertile fino alla menopausa.

“Un esempio di ipermedicalizzazione che sta molto cambiando è la gravidanza, che è un periodo in teoria dove la donna è nel massimo del suo benessere, è una fase fisiologica.”

“La gravidanza non è più un fatto naturale ma è assolutamente patologica.”

“La curva da carico di glucosio.”

“Il TSH.”

“La fecondazione assistita.”

“Adesso esce il DSM V dove la sindrome premestruale è una patologia che va trattata con la fluoxetina.”

“Pensa alle TOS che sono state date per anni, poi quando è venuto fuori che aumentava il rischio di K mammella sono sparite di colpo.”

Un altro ambito in cui i medici concordano si stia assistendo ad un'eccessiva medicalizzazione è quello delle intolleranze alimentari:

“La pancia gonfia è il mio incubo.”

“Ma un aumento grosso rispetto a venti trent'anni fa è quello delle allergie e delle intolleranze.”

“Quello delle intolleranze alimentari è un capitolo della medicina di cui non sappiamo ancora niente. Per cui si sono inventati questi test che se vai in dieci farmacie diverse ti danno dieci risultati diversi e a un certo punto la gente comincia a eliminare. Se escludiamo il morbo celiaco e l'intolleranza al lattosio c'è ben poco di scientifico.”

“Anche la moda del glutine. Insomma se le transglutaminasi mi dicono ‘Ok mi dispiace sei intollerante al glutine’, ma che comunque tutti siamo ipernutriti di carboidrati e che questi effettivamente diano un po' di disbiosi, un po' di gonfiore... mangiane meno ma non c'è la necessità di andare a fare indagini, la fai una volta la transglutaminasi, o è sì o è no, poi se c'è una familiarità la ripeterai...”

In quasi tutti i FG i partecipanti si sono lamentati dell'eccesso di esami richiesti dai colleghi oncologi nel follow-up del paziente oncologico.

“Mettiamo un paziente che ti viene dall'oncologia, ogni sei mesi ti viene con ventiquattro esami che io devo prescrivere, sempre il colesterolo...”

“Quelle dell'oncologia che ogni volta divento... Mi viene in mente la cloremia, voi avete mai trovato una cloremia fuori posto? [...] Tutti i miei oncologici tutti hanno dentro il Cl, che vadano per la prostata, per il seno, per l'utero c'è dentro Cl, P tutti uguali.”

“... i nostri colleghi oncologi che ogni anno che fanno il follow up ti mandano... Ma fai un emocromo, i marcatori, una VES, gli enzimi epatici ma non serve fare tutto quello che fate, il fosforo e il calcio ma a cosa servono? [...] Secondo me hanno dei modelli prestampati che non toccano mai e vanno bene per tutti. Su questo non si valutano le eccessive spese da parte dei nostri legislatori?”

Nei vari FG sono poi emersi, anche se con minore frequenza, altri argomenti. La disfunzione sessuale maschile:

“E' il Viagra! Prima hanno inventato il Viagra e hanno anche fatto la pubblicità in televisione con il beneplacito del Ministero. [...] Prima non c'era niente ma dopo che hanno inventato il farmaco...”

“L'ultimo è eclatante, il Priligy. Un banale SSRI che viene spacciato come la panacea e l'informatore ti tappezza la sala d'aspetto. E poi vengono e ci credono. Un problema che non è mai venuto a galla, che sì e no nell'arco della mia carriera ho avuto cinque casi in cui sono venute le mogli molto rispettose.”

La diverticolosi:

“Un'altra situazione può essere la diverticolosi che, sì è una patologia, però adesso iniziano ad esserci persone che ogni mese fanno il ciclo di mesalazina, rifaximina, perché?”

“La diverticolosi non è una malattia, è una condizione che può diventare malattia ‘Facciamo in modo che non diventi diverticolite’, ma magari quello la diverticolite non ce l'avrebbe mai in tutta la sua vita.”

L'ipercolesterolemia:

“Mi vengono in mente le statine. Proprio oggi una signora di ottantacinque anni mi ha chiesto se prendere le statine.”

“Sono tutte patologie nuove, una volta le statine non c'erano quindi del colesterolo si parlava meno.”

La patologia ortopedica:

“Una delle branche in cui è stata ipermedicalizzata la popolazione è stata l'ortopedia. Io tutte le spalle operate che ci sono adesso che non sempre finiscono bene, tutte queste pulizie del ginocchio che non sono altro che l'anticamera della protesizzazione, tutte queste anche che vengono fatte in età molto giovanile...io sto vedendo dei danni da chirurgia ortopedica.”

4.7 PROPOSTE PER AFFRONTARE IL FENOMENO DELL'IPERMEDICALIZZAZIONE

Al termine di ogni FG è stato chiesto ai partecipanti di avanzare delle possibili proposte per affrontare il fenomeno dell'ipermedicalizzazione.

C'è stato chi ha risposto con sarcasmo e rassegnazione che l'unica soluzione è andare in pensione o conformarsi alla corrente attuale.

“Avviarsi rapidamente alla pensione.”

“Adeguarsi.”

“Per me non c'è soluzione perché non c'è peggior sordo di chi non vuol capire. Se il paziente vuole l'esame e lo vuole subito e per lui è una priorità in quel momento è schermato, non c'è empatia, non c'è capacità di ascolto, c'è l'arroganza di capire tutto e la prepotenza di pretendere.”

“A livello culturale deve cambiare, da soli non ce la possiamo fare come medici.”

Tuttavia sono emerse anche proposte interessanti. Sembra che i medici ritengano che un primo passo fondamentale debba essere l'elaborazione di una strategia condivisa tra MMG che permetta alla categoria di agire in modo compatto e coerente.

“Secondo me c'è invece una strategia. Un ambito come il nostro in cui siamo un gruppo ristretto in un ambito territoriale definito, se riuscissimo ad avere, almeno su alcuni fronti non pretendo su tutti, ad avere assolutamente una strategia condivisa sulle patologie principali, sul colesterolo piuttosto che sulla gravidanza, su alcuni elementi che sono cruciali e riuscissimo ad essere

tutti concordi in modo che il messaggio di tutti otto fosse univoco questa sarebbe secondo me l'unica strategia, perché poi ci freghiamo perché siamo sempre soli e alla fine sei sfinito, ti sei rotto e gli prescrivi questo, gli fai fare quell'altro, ma se tutti concordassimo il paziente che non ha ricevuto la risposta che vuole da me, va da lei e non la riceve, va da lei e riceve la stessa risposta alla fine dirà 'Sono otto, da tutti otto ho sentito la stessa indicazione...' Forse non dico che domani cambia ma..."

"Qualcosa secondo me potrebbe cambiare più che altro in noi, nel senso che noi ci sentiremmo più forti visto che viene da una condivisione la cosa e io avrei anche in mente come...ognuno di noi legge una parte di letteratura indipendente...e discutiamo di clinica da questo punto di vista...quando escono delle linee guida, alle quali non è che ti puoi sottrarre...c'è sempre una possibilità di dire 'Insieme approfondiamo, andiamo a vedere'."

"Avremmo un'identità di veduta che ci rafforza."

"Quando ci si conosce è più semplice, se tutti danno quella risposta forse fra tre quattro volte questo smetterà di chiedere certificati assurdi."

"Se banalmente fossimo tutti d'accordo sulle cose da dire, già lì forse viaggiamo in un altro modo, nel senso che adesso se non gli dico di sì io trova qualcun altro che gli dice di sì, che può essere lo specialista, non arriviamo all'estremo di andare tutti d'accordo con gli specialisti che non ne veniamo più fuori, però banalmente uno può anche arrivare allo scontro definitivo e cambiare medico tanto a lui cosa gliene frega, prende e va da un altro e troverà quello che gli fa la malattia, gli esami. Se forse rispondessimo tutti almeno su alcune cose nello stesso modo, già lì cambierebbe un po' il discorso perché se siamo tutti d'accordo nel dire che la mammografia prima dei cinquant'anni, se non in casi selezionati per dei criteri ben definiti, non si fa, lo dico io, lo dici tu, lo dici tu, casca il palco se almeno noi siamo compatti."

“Se noi MMG avessimo una preparazione migliore su alcuni aspetti e avessimo una visione unitaria su alcune cose come si sta facendo con Frida e comunicare le posizioni prese, questo potrebbe essere ancora più utile. Il tuo lavoro lo fai nella prospettiva di anni e investi le tue risorse per formare e orientare le persone in un certo modo ma se hai una categoria che dice le tue stesse cose sarebbe lanciato meglio il sasso...Ti faccio un esempio, gli esami per la pillola alle ragazze, abbiamo fatto questo incontro con Frida che non serve farli, serve una buona anamnesi, escludere trombofilie in famiglia. Se tu gli dici ‘Abbiamo fatto un seminario con i colleghi della MG e si dicevano queste cose’, allora la capiscono in un altro modo, se ci fosse poi un bel fogliettino con scritto la cosa da portare allo specialista quello è uno scalino in più.”

“Credo che sarebbe importante [...] che ci fossero delle linee guida condivise della MG.”

Anche l’educazione del paziente, a cui si accennava già nel paragrafo 4.5 relativo al rapporto medico-paziente, risulta essere un elemento essenziale nella gestione più razionale della salute dei propri pazienti, che significa preservarli da un’eccessiva medicalizzazione ed evitare altresì inutili sprechi.

“Da un lato c’è il lavoro del singolo medico che è quello continuamente di battere il chiodo su quel punto lì e cercare di far capire al paziente che tu lo fai per il suo bene, però devi essere preparato e magari avere dei dati e saper trasmettere le informazioni.”

“...abbiamo il ruolo di educare le persone a capire cosa è patologico e cosa non lo è e ad auto medicarsi [...] E’ piuttosto difficile, si ottiene dopo anni di professione continuando a battere il tasto su alcune cose quindi l’educazione del paziente.”

“Nelle scuole bisogna cominciare a fare un po’ di informazione vera, la gente va su internet quindi se non c’è un’informazione corretta non ce la possiamo fare come categoria.”

Un tema molto sentito dai partecipanti è quello del rapporto con gli specialisti. I MMG sentirebbero il bisogno di migliorare la comunicazione con i colleghi in modo da garantire una condotta più omogenea.

“Manca il colloquio e la comunicazione personale, cioè io dovrei poter chiamare, lei specialista mi manda una sfilza di esami, io dovrei poter chiamare e dire ‘Ma cara collega devo proprio prescrivere tutto questo ben di Dio? Ha senso?’.”

“Il contatto risolve spessissimo.”

“Nella relazione con i colleghi perché non alzare il telefono invece di scrivere?”

Tra le soluzioni auspiccate dai partecipanti compare il radicale rimaneggiamento della Medicina Generale, con la creazione di associazioni di MMG che collaborino tra loro e con gli specialisti per gestire il percorso diagnostico-terapeutico in modo più razionale ed efficace.

“Comunque la soluzione secondo me ci sarebbe, ci sarebbe stata, quella di fare arrivare la medicina di base fino a un certo punto magari attraverso i gruppi.”

“Togliere il MMG personale [...] Tu a uno che viene sempre da te gli neghi, se ti mette l’orrendo dubbio, di fare tutto il possibile per dipanare i punti di domanda che lui ha rispetto alla sua condizione? Se invece viene la persona che conosci in modo superficiale ha il tecnico che in quel momento dovrebbe risolvergli il problema.”

“Un ospedale divisionale no? Un servizio spersonalizzato.”

“Faranno come in Canada per esempio, c'è il medico generalista che è un collettore dell'apparato di specialisti intorno, tu identifichi spedisce raccogli e concludi. Sarebbe una cosa bellissima. Sono i tempi che cambiano. Anche qui in questo studio si voleva fare una cosa del genere, si potevano raccogliere tre quattro specialisti di modo che riuscivi a fare un po' un percorso diagnostico e con una certa rapidità. Non è facile perché ci vuole la disponibilità di tanti e anche un apparato che ti sostiene.”

Infine è stata espressa la necessità di un intervento della classe dirigenziale, che permetta una maggiore razionalizzazione e uniformità nella gestione della salute della popolazione.

“Vogliamo fare gli esami del sangue di screening? Lo facciamo a quindici anni, a venticinque, a trentacinque, non vedo perché il giovanotto di trent'anni deve venire tutti gli anni a farsi una batteria di esami che non servono a niente.”

“...comincino a restringere un po' e rivedere questi protocolli, perché da una parte ce li impongono però possiamo anche non essere d'accordo, in modo che 'carta canta' e allora lì siamo tutti costretti a dire 'Guardi non è possibile, è brutto dirlo ma siccome questo esame è stato ritenuto inutile, se lei proprio si vuol prendere questo sfizio è come prendersi la Ferrari, la prenda ma se la paga, lo Stato le passa la Cinquecento'[...] loro restringano, così anche i signori ospedalieri vedono anche il loro campo d'azione un po' più ridotto [...] La gravidanza, anch'io son d'accordo che non si fanno tutti quegli esami, però allora le direttive devono venire anche dall'alto. 'Signora vuol fare quaranta ecografie nei nove mesi? Se le faccia ma se le paga, noi le diamo queste'.”

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

Aldous Huxley

5. CONCLUSIONI

Ho deciso di affrontare nella mia tesi il tema dell'ipermedicalizzazione perché è un argomento che trovo particolarmente attuale e prioritario. Mi interessava soprattutto capire come i MMG trentini percepissero questo fenomeno. In questo senso il metodo dei FG è stato molto utile perché mi ha permesso di entrare nel vivo della Medicina Generale, venendo in contatto con colleghi di più lunga esperienza.

Partendo dal presupposto che i medici che hanno accettato di partecipare agli incontri probabilmente hanno una sensibilità maggiore verso l'argomento rispetto ad altri colleghi, il mio campione, anche se involontariamente, è stato selezionato. Tuttavia ho potuto apprezzare una profonda consapevolezza del problema da parte dei MMG.

Nonostante ogni gruppo si sia soffermato più su un argomento rispetto ad un altro, dai FG è emersa una linea di pensiero piuttosto omogenea. Al contrario di quanto ci si sarebbe potuti aspettare, non ho notato differenze sostanziali tra i FG condotti in città e quelli condotti nelle zone più rurali, né tra le varie generazioni di medici. Fanno eccezione i medici che hanno appena acquisito la convenzione, i quali si sono mostrati meno rassegnati e più combattivi; inoltre sembrano avere una maggior consapevolezza della reale efficacia degli screening e una migliore dimestichezza con le linee guida.

Tutti i partecipanti sono apparsi consci del fatto che l'ipermedicalizzazione sia un fenomeno molto presente nella società attuale. Dai FG non è emersa solamente la consapevolezza, ma anche la viva preoccupazione che questo problema genera nei medici.

Ne *La Nemesi Medica* Illic dà una definizione molto calzante della salute e dei rischi insiti nell'ipermedicalizzazione:

“Un mondo in cui la salute è ottimale e diffusa è ovviamente quello dove l'intervento medico è ridotto al minimo e soltanto occasionale. Gli individui sani sono quelli che vivono in case sane con un'alimentazione sana in un ambiente parimenti adatto per nascere, crescere, lavorare, guarire, morire; sono sorretti da una cultura che favorisce l'accettazione consapevole di una limitazione demografica, della vecchiaia, del ristabilimento incompleto e della morte sempre incombente. La gente sana non ha bisogno se non di una minima interferenza burocratica per unirsi in matrimonio, fare figli, vivere la comune condizione umana e morire. La fragilità, l'individualità e le connessioni dell'uomo, vissute consciamente, fanno dell'esperienza del dolore, della malattia e della morte una parte integrante della sua vita. La capacità di fare fronte a questo trio in maniera autonoma è fondamentale per la sua salute. A misura che intervengano altri nella gestione della sua intimità egli rinuncia alla propria autonomia e la sua salute non può non deperire.”

Dalle discussioni è risultato come l'ipermedicalizzazione sia legata a diversi fattori. I partecipanti hanno considerato in primis la responsabilità della classe medica e del sistema sanitario, unita al radicale mutamento che la società ha vissuto negli ultimi anni. Non meno importante l'aspetto economico legato all'ipermedicalizzazione, di cui beneficiano sia le case farmaceutiche che una parte della classe medica.

I mezzi d'informazione talvolta supportano la diffusione di messaggi di salute erronei, con importanti ripercussioni sulla società. Negli ultimi anni si è assistito infatti ad una progressiva distorsione del concetto di salute: essa è considerata sempre più un diritto acquisito per cui ogni problema deve avere una soluzione sicura e immediata; inoltre spesso le persone ricorrono all'intervento medico per disturbi banali, che in passato venivano risolti in ambito familiare o semplicemente sopportati. I media dunque sono corresponsabili di aver diffuso nella popolazione l'illusione di uno stato di salute ideale a cui ambire e con essa la paura delle malattie e il tabù della morte.

I partecipanti hanno concordato come questo concetto di salute si rifletta pesantemente sul lavoro del MMG e rischi di incrinare il rapporto con il paziente.

Nella nostra corsa verso questo ideale di salute sarebbe importante soffermarsi di tanto in tanto sulla valenza che la malattia può avere nella nostra vita. Come ricorda Bobbio ne *Il malato immaginato*:

“La malattia rappresenta una caratteristica della natura umana e può diventare l’occasione per recuperare il senso di sé e della vita, il rapporto con le persone che ci circondano e una dimensione emozionale.”

Anche per quanto riguarda il Disease Mongering, nonostante molti non conoscessero la parola, i medici hanno dimostrato di conoscere il concetto. Inoltre hanno portato parecchi esempi sia di Disease Mongering che di problematiche eccessivamente medicalizzate.

I temi che si sono ripetuti più frequentemente nei FG sono stati la gestione del dolore cronico, la lombalgia, la gravidanza, l’osteoporosi, le intolleranze alimentari, le dislipidemie e le varie forme di disagio psicologico.

Nell’articolo *Disease Mongering. Una malattia per ogni pillola* (SaluteInternazionale.info) di Fabbri, Bodini troviamo una sintesi significativa del fenomeno del Disease Mongering:

“Il Disease Mongering è una pratica insidiosa, che comporta il rischio di scelte terapeutiche inopportune e minaccia la sostenibilità economica dei nostri sistemi sanitari sottraendo risorse alla cura e alla prevenzione di patologie reali. Inoltre il Disease Mongering contribuisce a modificare la percezione della salute e della malattia, focalizzando l’attenzione esclusivamente su soluzioni esterne (farmacologiche o tecnologiche), anziché favorire una comprensione più ampia delle dinamiche coinvolte nella salute.”

In quasi tutti i FG i partecipanti si sono dimostrati pronti a presentare le loro proposte per affrontare il problema dell'ipermedicalizzazione. Quella maggiormente condivisa è l'elaborazione di una strategia comune della Medicina Generale, attraverso l'elaborazione di linee guida specifiche, che consentano ai MMG di lavorare in modo più coerente e razionale. Indispensabile risulta inoltre una buona preparazione clinica e la capacità di aggiornarsi, analizzando con senso critico la massa di informazioni scientifiche disponibili.

Da qui emerge quindi come sia ancora viva nella Medicina Generale la voglia e la disponibilità di rivestire un ruolo centrale nella gestione della salute della popolazione. Gli strumenti a nostra disposizione sono una preparazione seria e dinamica, una buona collaborazione con i colleghi che permetta una strategia comune e un rapporto di fiducia con il paziente da coltivare nel tempo.

Molto sentita è anche la difficoltà nella comunicazione con gli specialisti, che spesso viene a complicare il rapporto con i pazienti. Una linea di condotta più condivisa tra MMG e specialisti sarebbe auspicabile al fine di garantire una razionalizzazione del lavoro.

Infine alcuni partecipanti hanno concordato come un rimaneggiamento della Medicina Generale che si traduca nel potenziamento delle associazioni di MMG potrebbe migliorare la gestione della salute dei pazienti e il lavoro dei medici e ridurre al contempo gli sprechi. Questo concetto si riallaccia comunque alla solitudine dei MMG e al bisogno, espresso ripetutamente dai partecipanti, di trovare una linea di condotta comune alla MG.

Nell'articolo *Disease mongering*, Shankar P R, Subish P, Singapore Med J 2007; 48(4):275-280 viene sintetizzato efficacemente il ruolo che dovrebbero avere la classe medica e lo Stato nel fronteggiare il fenomeno del Disease Mongering:

“Il primo passo è il distacco dei medici dall'industria farmaceutica. I medici inoltre dovrebbero sviluppare la capacità di analizzare gli studi senza essere tratti in inganno dal modo in cui i dati vengono presentati. Al governo

dovrebbe competere la regolamentazione dei rapporti tra medici e case farmaceutiche e della pubblicizzazione dei farmaci, assicurando un'informazione scientifica indipendente.”

La consapevolezza del problema della ipermedicalizzazione e della necessità di affrontarla si sta rapidamente diffondendo nell'ambiente medico. Recentemente il WONCA ha proposto il concetto di Prevenzione Quaternaria. Essa consiste nell' identificazione dei pazienti a rischio di ipermedicalizzazione, per proteggerli da un eccesso di intervento, secondo il principio “primum non nocere”

I mezzi per realizzarla sono la Narrative Based Medicine e la Evidence Based Medicine. In primo luogo infatti è necessaria una solida relazione medico-paziente e la conoscenza delle sue aspettative, delle sue paure e dei suoi desideri. Inoltre una buona conoscenza dei valori predittivi degli esami e del rapporto rischio-beneficio dei trattamenti preventivi e terapeutici consente al medico di evitare interventi inutili.

Questa presa di coscienza attiva da parte della Medicina Generale fa sperare che nei prossimi anni si possa assistere ad una rivalutazione del concetto di salute e ad una svolta nella sua gestione.

6. BIBLIOGRAFIA

Ray Moynihan, Iona Heath, David Henry *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering* BMJ 2002;324:886-91

Pablo Alonso-Coello, Alberto Lopez Garcia-Franco, Gordon Guyatt, Ray Moynihan *Drugs for pre-osteoporosis: prevention or disease mongering?* BMJ 19 January 2008 Volume 336

Ray Moynihan *The making of a disease: female sexual dysfunction* BMJ Volume 326 4 January 2003

Richard Smith *In search of "non-disease"* BMJ Volume 324 13 April 2002

Ray Moynihan, Richard Smith *Too much medicine?* BMJ Volume 324 13 April 2002

Shankar P R, Subish P *Disease mongering* Singapore Med J 2007; 48(4):275-280

Ray Moynihan, David Henry *The fight against disease mongering: generating knowledge for action* PLoS Medicine April 2006 Volume 3 Issue 4 e191

Joel Lexchin *Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction* PLoS Medicine April 2006 Volume 3 Issue 4 e132

Christine B Phillips *Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD* PLoS Medicine April 2006 Volume 3 Issue 4 e182

Leonore Tiefer *Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance* PLoS Medicine April 2006 Volume 3 Issue 4 e178

David Healy *The latest mania: selling bipolar disorder* PLoS Medicine April 2006 Volume 3 Issue 4 e185

Kalman Applbaum *Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer* PLoS Medicine April 2006 Volume 3 Issue 4 e189

Iona Heath *Combating disease mongering: daunting but nonetheless essential* PLoS Medicine April 2006 Volume 3 Issue 4 e146

Steven Woloshin, Lisa M Schwartz *Giving legs to restless legs: a case study of how the media helps make people sick* PLoS Medicine April 2006 Volume 3 Issue 4 e170

Marina Maggini, Nicola Vanacore, Roberto Raschetti *Cholinesterase inhibitors: drugs looking for a disease?* PLoS Medicine April 2006 Volume 3 Issue 4 e140

Barbara Mintzes *Disease mongering in drug promotion: do governments have a regulatory role?* PLoS Medicine April 2006 Volume 4 Issue 3 e198

Richard Smith, Ian Roberts *Patient safety requires a new way to publish clinical trials* PLoS Medicine May 2006 e6

Ray Moynihan, Evan Doran, David Henry *Disease mongering is now part of the global health debate* PLoS Medicine May 2008 Volume 5 Issue 5 e106

Howard Wolinsky *Disease mongering and drug marketing* EMBO reports Vol 6 No 7 2005

E Doran, D Henry *Disease mongering: expanding the boundaries of treatable disease* Internal Medicine Journal 38 (2008) 858-86

B Starfield, J Hyde, J Gervas, I Heath *The concept of prevention: a good idea gone astray?* J Epidemiol Community Health 2008; 62:580-583

C. Helman *The Culture of General Practice* British Journal of General Practice August 2002; 620-621

Ivan Illich *La nemesi medica* Mondadori 1976

Jorg Blech *Gli inventori delle malattie* Lindau 2006

Marco Bobbio *Il malato immaginato* Einaudi 2010

Fritjof Capra *Il punto di svolta* 1982

<http://antonellarandazzo.blogspot.it/2008/09/il-marketing-delle-malattie-come-creare.html>

http://www.aiems.eu/files/quadrino_7.pdf

http://www.nograziepaggio.it/Non%20trasformiamo%20gli%20anziani%20in%20pazienti_Vittorio.pdf

<http://www.centrofrancescoredi.it/formazione/svolti/Corsi-regionali-per-Animatori-Formazione-Medicina-Generale/2009/2009-01-20-Consumismo-sanitario/Giustini.pdf>

http://www.partecipasalute.it/cms/files/03_Satolli_Disease_mongering.pdf

http://www.occhioclinico.it/cms/files/Medicina%20e%20potere%20Satolli_0.ppt#256,1,Medicina e potere: la definizione delle malattie

<http://www.cittadinanzattivapuglia.it/doc/nasce%20prima%20famaco%20o%20malattia.pdf>

<http://www.saluteinternazionale.info/2010/06/disease-mongering-una-malattia-per-ogni-pillola/>

<http://www.slowmedicine.it/pdf/9.%20Prevenzione%20quaternaria%20Primary%20care%202010.pdf>

L. Stagi *Il focus group come tecnica di valutazione. Pregi, difetti, potenzialità* Rassegna Italiana di Valutazione n.20 ott-dic 2000

M. Bloor et al *I focus group nella ricerca sociale* ed. Erickson 2001

Krueger RA *Focus groups. A practical Guide for Applied Research* Sage 1994 Thousand Oaks

S Corrao *Il focus group: una tecnica di rilevazione da ri-scoprire* 1999 "Sociologia e Ricerca Sociale", XX, 60, pp. 94-106

L Bovina *I focus group. Storia, applicabilità, tecnica* in Bezzi C. (a cura di), *Valutazione* 1998, Giada, Perugia, pp. 37-45.

Silvia Cataldi *Come si analizzano i focus group* 2009 Franco Angeli ed.

S. Corrao *Il focus group* 2002 Franco Angeli

J. Kitzinger *Introducing focus group* BMJ 1995; 311-29: 299-302

NC Oprandi *Focus group. Breve compendio teorico-pratico* 2000 Emme&erre libri

C. Albanesi / *focus group* 2004 Carocci

R.A. Krueger, M.A. Casey *Focus groups: a practical guide for applied research* (3rd Edition) 2000 Thousand Oaks, CA: Sage Publications