

IL CONSUMISMO SANITARIO: ASPETTI ANTROPOLOGICI, SOCIOLOGICI E CULTURALI

**Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale 2006-2009 – Regione Piemonte*

Abstract

INTRODUZIONE. Per consumismo sanitario si intende l'uso di prestazioni sanitarie senza chiare indicazioni ma in realtà questo fenomeno non è caratterizzato esclusivamente dall'inappropriatezza degli interventi medici ma anche da altre due componenti: l'ipermedicalizzazione della vita quotidiana e tutto quell'insieme di comportamenti che lasciano intendere che la salute sia percepita come una qualunque merce di consumo.

Le ripercussioni di questo atteggiamento non sono meramente economiche ma riguardano soprattutto la qualità dell'assistenza dal momento che i medici di famiglia hanno indicato tra le principali cause di burn out non tanto l'aumento del carico di lavoro ma gli atteggiamenti consumistici del paziente.

Il punto di partenza di questo lavoro è la seguente domanda: il consumismo sanitario è solo frutto delle abili operazioni di marketing delle aziende farmaceutiche che alimentano i cosiddetti bisogni indotti oppure il mercato dei prodotti e dei servizi sanitari ha così successo perché trova terreno fertile in società e culture già orientate in senso consumistico?

Pur non pretendendo di dare una risposta definitiva a tale domanda l'obiettivo di questa tesi è valutare quali siano gli elementi che contribuiscono a determinare il consumismo sanitario nelle attuali società industrializzate.

MATERIALI E METDODI. Si è utilizzato come strumento di analisi il modello co-relazionale proposto per la valutazione di qualunque fenomeno socio-sanitario da Ardigò e Cipolla che riassume la complessa interazione fra diversi elementi a più livelli riconducibili a 5 categorie: la *natura esterna*, ovvero l'ambiente di vita in cui risiedono gli eventuali agenti patogeni; il *soggetto* cioè l'individuo come risultato del sistema antropologico e culturale di riferimento che influenza la sua concezione di salute e malattia; la *natura interna*, ovvero il corpo come entità biologica e psicosomatica e il modo in cui esso viene percepito; il *sistema sociale* e infine il *complesso sanitario* che comprende il ruolo dei medici e dell'industria farmaceutica.

Per l'analisi di ciascuna di queste 5 componenti del fenomeno socio-sanitario in studio si è fatto ricorso a testi di sociologia della medicina e delle professioni, di antropologia medica, nonché a saggi sulla malattia, sul *disease mongering* e sulla società dei consumi.

RISULTATI. Per quanto riguarda la *natura esterna* bisogna riconoscere che il cambiamento delle condizioni abitative, lavorative e alimentari a cui si è assistito nell'ultimo secolo ha condotto alla cosiddetta transizione epidemiologica, cioè al passaggio da una maggior prevalenza di malattie infettive e carenziali a una maggior prevalenza di malattie cronico-degenerative: questo, insieme all'aumento della vita media nei Paesi industrializzati ha prodotto un cambiamento oggettivo nei bisogni di salute che ha determinato un aumento della spesa e delle richieste sanitarie.

L'utilizzo dei servizi sanitari, tuttavia, risente anche di fattori antropologici e culturali (*soggetto*); la malattia in Occidente ha perso, fortunatamente, il significato punitivo che le veniva attribuito in passato ma l'affrancamento dai significati magici o religiosi e l'imporsi di un approccio

secolare e scientifico alla malattia rischia comunque di eccedere nella pretesa di classificare tutti comportamenti umani in normali/patologici. Inoltre la secolarizzazione del nostro tempo si esprime anche in un sempre più scarso ricorso a rituali collettivi o religiosi per la gestione dell'incertezza legata alla sofferenza e alla malattia, presenti invece in maniera massiccia nelle civiltà rurali. La visita medica, da un punto di vista antropologico, rappresenta una delle poche forme ancora usate di rituale che permettono di gestire l'ignoto.

Anche il modo di percepire il corpo (*natura interna*) è cambiato nel corso della storia: la medicina è la disciplina che, a partire dal '500, si è appropriata progressivamente del corpo umano che viene concepito non più come un mero contenitore dell'anima, inoltre l'affermarsi di una visione del corpo come macchina e della malattia come guasto, rafforzata dal positivismo ottocentesco e in ultimo dagli enormi progressi della medicina e dallo studio dell'essere umano in maniera sempre più quantitativa e riduzionistica (cioè l'identificando la malattia nelle alterazioni che hanno sede in un organo, un tessuto, nella cellula e infine nelle strutture subcellulari e genetiche) hanno creato l'illusione che la medicina sia una scienza esatta capace di spiegare, da sola, l'origine di ogni disturbo e di poter risolvere e prevedere ogni cosa. Inoltre la possibilità di vedere dentro il corpo con tecniche diagnostiche sempre più sofisticate senza dover violare la barriera costituita dalla pelle, di sostituire parti del corpo con protesi o organi di altre persone, portano sempre più ad avere dubbi circa la differenza tra *self* e *non self*, quanto mai accresciuti nella nostra società virtuale, anche dalla possibilità di comunicare con gli altri attraverso estensioni del proprio corpo (cellulari, TV, computer) con un accrescersi delle relazioni incorporee che alimentano l'ansia dei confini (*boundary anxiety*) cioè la percezione che un'identità così poco definibile sia estremamente vulnerabile e suscettibile di invasione da parte di possibili fonti di malessere invisibili (*germism*) come virus, inquinanti, radiazioni.

Ecco allora che una maniera efficace di gestione del terrore nei confronti dei "rischi invisibili" è rivolgere l'attenzione su piccole aree della vita su cui si può esercitare il controllo tra cui la cura del corpo attraverso ciò che nell'immaginario comune è identificato con il concetto di salute.

Per quanto riguarda il *sistema sociale* bisogna considerare che condizioni di scarso supporto sociale, molto diffuse nelle società industrializzate, correlano con maggiori tassi di consultazione del medico, mentre un forte supporto sociale correla con una buona salute e una migliore capacità delle persone di far fronte alla malattia. Inoltre a partire dagli anni '80-'90 si è assistito al passaggio dall'epoca moderna basata sui valori materialisti (sicurezza fisica, economica, adeguata alimentazione) a quella post-moderna fondata sui valori post-materialisti che esaltano la realizzazione di sé attraverso l'autonomia, l'individualismo, l'introspezione, la realizzazione della propria personalità. Dove i valori materialisti sono garantiti, quindi, la realizzazione di sé avviene attraverso la soddisfazione immediata dei desideri, i consumi, la collezione di sensazioni ma questo provoca l'assottigliamento del senso di appartenenza a una comunità e produce stati di disagio non inquadrabili e non risolvibili secondo lo schema meccanicistico organo-malattia-farmaco. Questo disagio trova consolazione nella ricerca di comunicazione e relazione che viene espressa soprattutto al medico di famiglia oppure ai terapeuti alternativi che offrono maggiori opportunità di ascolto.

Infine il ruolo del *complesso sanitario* che si inserisce su un contesto sociale e culturale così definito. Se da un lato l'industria farmaceutica utilizza strategie di marketing che hanno l'obiettivo di promuovere sul mercato i loro prodotti talvolta sconfinando nella vera e propria promozione di malattie tra pazienti e professionisti sanitari (*disease mongering*), dall'altro bisogna riconoscere il ruolo rivestito dai medici nel consumismo sanitario. Di per sé il solo sottoporsi a visita medica implica un'alta probabilità di ricevere una prescrizione o un'indicazione a un trattamento o a un esame e questo dipende dalla norma decisionale ma anche dalla paura di essere accusati di inerzia, poi a seconda dell'esperienza e della scuola di pensiero di ciascun medico si è orientati in senso più attendista o interventista.

Rispetto a questa situazione di partenza oggi intervengono anche altri 2 fattori che influenzano il numero di prescrizioni mediche: le pressioni delle case farmaceutiche direttamente sui medici e la medicina difensiva, fattori che implicano entrambi un aumento dei costi e delle prescrizioni

CONCLUSIONI. In conclusione il consumismo sanitario è il risultato di un aumento delle necessità oggettive di prestazioni sanitarie, della secolarizzazione che ha cambiato i concetti di salute e malattia e il ricorso ai rituali, della concezione meccanicistica del corpo con le ansie e le aspettative prodotte dai progressi tecnologico-scientifici, dell'influenza dell'industria farmaceutica, dei cambiamenti sociali e dell'attitudine prescrittiva dei medici.

Uno dei modi migliori per arginare questo fenomeno è una medicina di famiglia di qualità, che, secondo la definizione WONCA protegga il paziente da esami inutili e potenzialmente dannosi attraverso un approccio olistico, che tenga conto del contesto socioculturale del paziente e che abbia la capacità di decidere, sulla base di questo e delle evidenze scientifiche disponibili quando è il caso di prescrivere esami o farmaci o piuttosto indirizzare il paziente verso una soluzione non farmacologica al disagio di volta in volta presentato.

1.INTRODUZIONE

Per *Consumismo Sanitario* si intende *l'uso di prestazioni sanitarie senza chiare indicazioni*, come suggerito dal documento stilato dai Medici di Medicina Generale e Animatori di Formazione della Regione Toscana il 20 gennaio 2009.¹ Questa definizione sembra far riferimento meramente all'inappropriatezza degli interventi medici ma, in realtà, l'espressione *Consumismo Sanitario* comprende anche fenomeni quali *l'iper-medicalizzazione* della vita quotidiana e un insieme di comportamenti che lasciano intendere che la salute possa essere trattata come qualunque altra merce di consumo.

Nella pratica quotidiana della Medicina Generale ci si imbatte spesso in situazioni in cui si ha la percezione che il paziente tratti il medico come il commesso di un negozio che deve essere pronto ad assecondare i desideri del cliente come fossero dei diritti inviolabili anziché delle opportunità (es. pretesa di visita domiciliare o di esami costosi prima ancora che sia il medico a stabilirne la reale necessità).

L'ambulatorio, in questi casi, da luogo di consultazione e cura diventa luogo di consumo al pari di un supermercato: atteggiamenti e frasi ricorrenti come “mi faccia fare tutti gli esami” oppure “già che sono qua...” lasciano al medico la sensazione di essere un dispensatore di assaggi gratuiti in un reparto di gastronomia piuttosto che un professionista preparato a gestire la salute dei suoi assistiti e a curarne le malattie.

Il tradizionale rapporto medico-paziente sembra trasformarsi, infatti, in un rapporto più simile a quello tra negoziante e consumatore: il comportamento del paziente assume le caratteristiche del *consumismo* nella sua accezione più ampia, ovvero *l'identificazione della felicità personale con l'acquisto, il possesso e il consumo continuo di beni materiali, generalmente favorito dall'eccessiva pubblicità*.²

Gli elementi caratteristici del *consumismo* si riscontrano, ad esempio, quando il paziente-consumatore dimostra di non essere soddisfatto finché non ha ottenuto i trattamenti o le prestazioni sanitarie richieste (soddisfazione derivante dall'acquisizione di beni) soprattutto se gratuite, disponibili o se ne ha sentito parlare da conoscenti e *media* (pubblicità).

Altro aspetto del *consumismo sanitario* è l'*iper-medicalizzazione* della vita quotidiana, ovvero la richiesta di cure per condizioni che in altri contesti sarebbero considerate normali eventi della vita che potrebbero trovare conforto piuttosto nella religione, nella filosofia, nell'arte o semplicemente in un periodo di riposo ma che sempre più spesso sembrano non poter essere affrontabili senza il ricorso a farmaci, trattamenti medici, sedute psichiatriche ecc.

A questo, paradossalmente, contribuiscono i progressi stessi della medicina che alimentano aspettative enormi circa le sue possibilità di curare qualsiasi cosa, anche i tormenti esistenziali o i disturbi tollerabili: l'illusione diffusa è che esista un rimedio per ogni disagio (che pertanto non risulta più né accettabile né sopportabile) e che debba essere il medico a farsi pienamente carico della malattia, mentre il paziente risulta sollevato da ogni responsabilità.

Il termine *iper-medicalizzazione* è stato spesso utilizzato come sinonimo di *espansionismo medico*, cioè un tentativo della professione medica di accrescere il suo potere di controllo sulla società attraverso la produzione di malattie (*iatrogenesi*) come sostenuto da autori quali Freidson e Illich³. Pur riconoscendo il contributo dei professionisti sanitari all'incremento di richieste improprie (specialmente nell'ambito della cosiddetta *medicina difensiva*), simili teorie che attribuiscono unicamente ai curanti le responsabilità di un fenomeno in realtà complesso appaiono piuttosto radicali e ingenerose soprattutto alla luce del fatto che sovente sono i medici stessi ad essere danneggiati da tali comportamenti. Un recente studio del Royal College of General Practitioners sullo stress e il *burn-out* dei Medici di Famiglia inglesi evidenzia, infatti, che i medici indicano come principali cause di stress non tanto "l'aumento del numero di

richieste” da parte dei pazienti ma piuttosto le loro “richieste inappropriate” e “le crescenti aspettative su ciò che i medici possono risolvere”. Inoltre i medici di Famiglia lamentano il fatto che i pazienti siano diventati come dei consumatori che hanno delle pretese sempre maggiori quali un orario di ambulatorio esteso, un accesso immediato e scarso rispetto per i professionisti della salute.⁴

Negli ultimi 15 anni al concetto di *espansionismo medico* si è affiancato quello di *disease mongering* (“promozione di malattie”), cioè il complesso sistema di *marketing* sostenuto dall’industria farmaceutica che, attraverso la spinta all’allargamento dei confini di una malattia o addirittura l’invenzione di nuove entità nosologiche, porta ad includere un numero sempre più ampio di persone nella categoria dei “malati” che potenzialmente potrebbero utilizzare i farmaci su cui le aziende hanno investito.⁵

Al di là delle considerazioni socio-culturali su tale fenomeno, l’impatto economico del *consumismo sanitario* può essere descritto valutando l’andamento delle prescrizioni: nel 2004 in un Paese come gli Stati Uniti si è stimato che più del 44% degli abitanti assumesse almeno un farmaco prescritto da un medico e il 16.5% almeno tre; nel periodo 1988-1994 queste percentuali erano rispettivamente del 39% e 12%. Per quanto la spesa farmaceutica costituisca 1/10 della spesa sanitaria è questa la voce che sta crescendo più rapidamente di altre come dimostra il fatto che tra il 1998 e il 2004 è aumentata del 15% all’anno.⁶

Allo stesso modo in un Paese provvisto di un sistema sanitario pubblico come l’Italia possiamo osservare che la spesa farmaceutica è aumentata negli ultimi anni, in particolare quella a carico del Servizio Sanitario Nazionale (fatte salve le deflessioni dovute all’introduzione di misure di controllo e governo delle prescrizioni) con il raggiungimento di un picco nel 2001 (+32.7%

rispetto all'anno precedente)(Fig.1).⁷ In realtà l'incremento è osservabile per l'intera spesa sanitaria alla quale i farmaci contribuiscono per il 12.6% (Fig.2 e 3).⁸

Una possibile spiegazione di un simile aumento di spesa può derivare dal fatto che la moderna medicina occidentale impiega tecnologie più costose di un tempo, soprattutto nella diagnostica strumentale. Tuttavia uno studio condotto negli Stati Uniti nel 1977 evidenzia come la mortalità sia diminuita del 50% nella prima metà del '900 stabilizzandosi su valori simili a quelli attuali intorno agli anni '50, epoca in cui la spesa sanitaria ha cominciato ad aumentare vertiginosamente (Fig.4):⁹ una spesa così alta appare quanto meno sproporzionata se confrontata con il minimo guadagno in termini di salute ed è legittimo domandarsi quale sia la reale necessità di molti trattamenti medici costosi.

Osservazioni di questo tipo stanno generando sempre più frequentemente opinioni critiche nei confronti del *consumismo sanitario* specialmente nell'ambito della professione medica.¹

Le preoccupazioni che questi medici hanno per una spesa sanitaria sempre più elevata derivano da motivazioni di tipo etico, connesse soprattutto alla necessità di tutelare la salute del cittadino. A fronte di un crescente deficit economico, infatti, spesso si ipotizzano soluzioni governative che minerebbero i principi di *equità, solidarietà ed universalità*¹⁰ sui quali si fonda attualmente il nostro Sistema Sanitario Nazionale e dato che è stato dimostrato che le diseguaglianze socio-economiche producono inevitabilmente differenze nello stato di salute^{3,6,11} il collasso di un sistema pubblico quale quello attuale non farebbe che acuire l'impatto negativo sulla salute degli svantaggi socio-economici. Inoltre l'eccessivo ricorso ad accertamenti anche nei casi in cui questi non sono indispensabili aumenta il problema delle liste d'attesa e soprattutto riduce le possibilità di effettuare esami con una certa sollecitudine nei casi in cui è davvero necessario.

A questo punto non resta che valutare quali elementi contribuiscono a creare un simile aumento dei consumi sanitari: l'attribuzione di responsabilità solamente alle aziende farmaceutiche potrebbe essere riduttivo perché non tiene conto del contesto sociale e culturale in cui esse agiscono. In altre parole la questione aperta è: sono sufficienti le abili strategie di *marketing* delle case farmaceutiche a creare i cosiddetti *bisogni indotti* e a trasformare il modo di affrontare la malattia o piuttosto il mercato di prodotti e servizi sanitari ha così successo perché trova terreno fertile in società e culture in cui i concetti di salute e malattia sono già orientati in senso *consumistico*?

Pur senza pretendere di dare una risposta definitiva a un quesito apparentemente insolubile, questo lavoro si pone l'obiettivo di analizzare gli elementi che contribuiscono ad alimentare il *consumismo sanitario* al fine di individuarne i possibili rimedi. A tale scopo si valuteranno le responsabilità dell'industria farmaceutica e dei professionisti sanitari ma soprattutto gli aspetti sociali, antropologici e culturali che costituiscono il contesto entro il quale tale fenomeno si sviluppa.

2.MATERIALI E METODI

La scelta di analizzare gli aspetti sociali, antropologici e culturali del *consumismo sanitario* deriva dal fatto che il Medico di Medicina Generale si confronta quotidianamente con questi elementi nel corso del suo lavoro, caratterizzato proprio per la cura del paziente nella sua globalità e nel suo contesto.

In questo lavoro si analizzerà l'influenza sulla medicalizzazione della vita quotidiana da parte della classe medica attraverso le opere di Eliot Freidson,¹² uno dei principali riferimenti nello studio della sociologia della medicina e delle professioni, e da parte dell'industria farmaceutica attraverso l'opera più rappresentativa sul *disease mongering* di Ray Moynihan e Alan Cassels.⁵ Inoltre si prenderanno in considerazione gli elementi che contribuiscono a determinare i concetti di salute e malattia e il ricorso a trattamenti sanitari come emerso dalla lettura di opere di antropologia medica,⁶ sociologia della medicina^{3,12,13} nonché da saggi sulla malattia¹⁴ e sulla società dei consumi.¹⁵

L'analisi del *consumismo sanitario* può essere condotta applicando uno strumento (modello *correlazionale*) proposto da sociologi della salute quali Ardigò e Cipolla per la valutazione di qualunque fenomeno socio-sanitario e che riassume la complessa interazione fra diversi elementi a più livelli (Fig.5).³

I determinanti di salute e malattia e il ricorso più o meno elevato a trattamenti medici secondo questo schema, dipendono da:

- NATURA ESTERNA: è l'ambiente fisico in cui risiedono gli agenti patogeni.
- SOGGETTO: inteso come *ego* (centro di intenzionalità) e *social self* (identità eterocostituita), ovvero l'individuo come risultato del sistema culturale a cui appartiene.

- NATURA INTERNA: corpo umano inteso come entità biologica e psicosomatica.
- SISTEMA SOCIALE: ogni rete comunicativa durevole tra individui, istituzioni e ruoli sociali con un sistema condiviso di valori, norme e linguaggi.
- A questi si può aggiungere un elemento centrale che interagisce con tutti i precedenti, cioè il COMPLESSO SANITARIO inteso come sistema istituzionale delle cure che comprende la *classe medica* (e sanitaria in generale) e il mondo delle *aziende farmaceutiche*.³

A questo punto si possono considerare le connessioni tra i diversi determinanti:

- Connessione 1 (NATURA ESTERNA-NATURA INTERNA). La malattia come conseguenza di agenti patogeni esterni al corpo è un concetto che si è modificato col tempo in seguito al progresso delle conoscenze e al contesto socio-culturale. Mentre per gli antichi la natura esterna era “continuamente operosa per mantenere l’equilibrio omeostatico” (*medicus curat, natura sanat*), con l’illuminismo è diventata “pericolosa” perché fonte di agenti patogeni. L’organizzazione delle cure dovrà modificarsi per rispondere alle nuove esigenze (relazione 1a) come nel caso del passaggio da una maggior prevalenza di malattie infettive (XIX secolo) a quella di patologie cronico-degenerative. L’organizzazione delle cure, a sua volta, inciderà sulla natura interna della persona attraverso strategie dirette al suo miglioramento fisico (relazione 1b).
- Connessione 2 (SOGGETTO-SISTEMA SOCIALE). Si riferisce ai condizionamenti sociali e culturali che forniscono il senso per l’interpretazione della malattia e la conseguente scelta del percorso terapeutico. Anche qui si possono individuare due aspetti: l’influenza politica del sistema sociale nel modellare il suo sistema di cura (relazione 2a) e il potere (o l’impotenza) del soggetto da solo nell’incidere sul complesso sanitario (relazione 2b).

- Connessione 3 (NATURA ESTERNA-SISTEMA SOCIALE). Il sistema sociale, sempre a partire dall'illuminismo, sviluppa un apparato scientifico che contrasta i pericoli infettivi della natura esterna.
- Connessione 4 (SOGGETTO-NATURA INTERNA). Riguarda le prassi di cura e supporto relazionali o auto-gestite (gruppi di mutuo-aiuto, autocura etc.).
- Connessione 5 (SISTEMA SOCIALE-NATURA INTERNA). Con lo stabilizzarsi della società industriale i rischi patogeni si spostano dalla natura esterna all'organizzazione della società: condizioni abitative e lavorative diventano fonti patogene per l'individuo.
- Connessione 6 (NATURA ESTERNA-SOGGETTO). Riguarda la crescente preoccupazione per le tematiche ecologiche.³

I determinanti principali del *consumismo sanitario* saranno presi in esame attraverso l'applicazione di questo modello di analisi.

3.RISULTATI

3.1. LA NATURA ESTERNA: COME LE MODIFICAZIONI AMBIENTALI INFLUENZANO I BISOGNI DI SALUTE E IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI.

Per *natura esterna* si intende l'ambiente in cui vivono gli individui che può essere causa di patologie. Le modificazioni ambientali rivestono un ruolo decisivo nel determinare la prevalenza maggiore o minore di alcuni tipi di malattie e questo è particolarmente evidente se si confrontano i dati epidemiologici di regioni che presentano diverse condizioni di sviluppo oppure se si valutano le modificazioni di prevalenza nello stesso Paese nel corso del tempo.

L'influenza di migliori condizioni di vita sulla salute è particolarmente evidente se si confronta l'aspettativa di vita alla nascita tra Paesi economicamente sviluppati e Paesi in via di sviluppo (Fig. 6):¹⁶ in Europa si è assistito, nel corso del ventesimo secolo, ad un allungamento della vita media di 28 anni che ha fatto passare l'aspettativa di vita alla nascita da una media di 45 anni a 73 anni e sembra essere destinata ad aumentare.¹⁷ Questo significa che un numero sempre maggiore di persone raggiunge l'età avanzata, quando è più probabile che si manifestino patologie croniche.¹⁸

Sebbene queste modificazioni siano attribuibili in parte a cambiamenti comportamentali, socio-culturali e ai progressi in campo medico, i fattori ambientali sono in buona misura tra i principali responsabili. La diminuzione di incidenza di malattie infettive trasmissibili come il colera, ad esempio, è il risultato dello sviluppo di sistemi fognari, dell'utilizzo di acqua pulita, di dispositivi appropriati per lo smaltimento dei rifiuti e del miglioramento delle condizioni abitative.

Il progresso, tuttavia, porta con sé altre problematiche: l'uso eccessivo di automobili, la sedentarietà e la minore socializzazione tra individui che vivono in un contesto urbano piuttosto

che rurale, il tipo di alimentazione seguita, l'aumento del numero di industrie, l'uso crescente di pesticidi e fertilizzanti, lo smaltimento dei rifiuti in discarica o mediante inceneritori, l'esposizione a radiazioni ionizzanti ecc. comportano un aumento di malattie croniche come il diabete, le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie croniche (asma e BPCO) e i tumori.¹⁸

Il passaggio da una maggior prevalenza di malattie infettive acute e deficit nutrizionali ad una maggior prevalenza di malattie croniche non trasmissibili è una caratteristica della modernizzazione e dei Paesi con elevato livello di sviluppo; questo cambiamento prende il nome di *transizione epidemiologica* e i principali indicatori di queste modificazioni sono le variazioni di mortalità e morbidità¹⁸ (Fig. 7).¹⁹

La mortalità per malattie croniche, nei Paesi ad alto reddito, ha superato quella per malattie trasmissibili che rappresentano, invece, la principale causa di morte nei Paesi a basso reddito (Fig.8).²⁰

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che nella Regione Europea il 77% del carico di malattia (espresso in DALYs: Disability Adjusted Life Years) sia determinato dalle malattie croniche.²¹

In Tab.1²¹ sono elencate le principali cause di decessi e carico di malattia dovuti a malattie croniche in Europa. È interessante notare come tra queste il maggior carico di malattia sia dovuto alle malattie cardiovascolari che, sebbene abbiano tassi di mortalità stabili (probabilmente per la riduzione degli eventi fatali), presentano ancora un'elevata morbidità¹⁸ e un carico di malattia 11 volte superiore rispetto a quello complessivo provocato da AIDS, tubercolosi e malaria.²¹

I disturbi neuropsichiatrici hanno un carico di malattia quasi paragonabile alle malattie cardiovascolari e i tumori maligni sono al terzo posto.

Ci si aspetta che un soggetto affetto da una malattia cronica acceda più frequentemente di altri ai servizi sanitari: basti pensare al numero di esami richiesti dal *follow-up* di un soggetto diabetico, ai farmaci necessari per controllare i fattori di rischio di un cardiopatico, al numero di accessi ambulatoriali di un paziente depresso con somatizzazioni.

Questi pazienti gravano a lungo sui servizi di cura e assistenza e in effetti il 70-80% delle spese sanitarie sono stanziato proprio per le patologie croniche.²¹

Per quanto riguarda l'analisi degli aspetti legati alla *natura esterna* si può concludere che le modificazioni ambientali cui sono andati incontro i Paesi industrializzati, pur migliorando complessivamente la salute (intesa come aumento dell'aspettativa di vita alla nascita) hanno prodotto cambiamenti oggettivi nei bisogni di salute che comportano un maggior assorbimento di risorse e un maggior ricorso ai servizi sanitari che giustifica in parte l'aumento complessivo di spesa per la salute.

3.2. IL SOGGETTO: ASPETTI ANTROPOLOGICI E CULTURALI DELLA MALATTIA.

Gli aspetti legati al *soggetto* sono fondamentalmente le influenze culturali che hanno contribuito a formarlo come individuo in merito ai concetti di salute e malattia nonché ai comportamenti conseguenti al percepirsi malato.

La cultura è l'insieme di idee, concetti, regole e significati che sottendono il modo in cui i membri di una società vedono il mondo, si mettono in relazione tra di loro, con l'ambiente che li circonda e ne fanno emotivamente esperienza; il modo di percepire e reagire alla malattia e il tipo di cure ricercate dal soggetto sono materia di studio dell'antropologia medica che può aiutare a comprendere perché la medicalizzazione della vita quotidiana sia una caratteristica delle società Occidentali.⁶

3.2.1. LA TRIADE *DISEASE, ILLNESS E SICKNESS*: CONFRONTO TRA GRUPPI CULTURALI NEL MODO DI INTENDERE LA MALATTIA.

Che il concetto di malattia sia strettamente legato agli aspetti sociali e antropologici è noto da tempo come evidenziato dalla teoria di Twaddle (che risale al 1968) sulle tre dimensioni della malattia (*Disease, Illness e Sickness*), oggi ampiamente riconosciuta sia in antropologia medica che in sociologia della salute.

Con *Disease* si intende la malattia così come viene rappresentata dal modello bio-medico, ovvero come un “guasto organico oggettivamente misurato”, un’alterazione della fisiologia che comporta una riduzione delle capacità fisiche e/o una ridotta aspettativa di vita.

L'*Illness* è lo stato di sofferenza o disagio che colpisce l'individuo; consiste, quindi, nella percezione soggettiva di uno stato di salute alterato (dolore, disagio, debolezza etc.) che in genere spinge a chiedere aiuto.

La *Sickness*, infine, è il modo in cui gli altri interpretano la malattia dell'individuo; è l'etichetta sociale che identifica il malato quando viene ritenuto tale.³

Ciascuna delle tre dimensioni risente delle influenze culturali:

- il *Disease*, cioè l'aspetto più oggettivo della malattia, può essere diverso in culture diverse; il medico, a cui spetta l'attribuzione della diagnosi, è a sua volta parte di un sistema culturale di riferimento che influenza la classificazione delle malattie.

L'epidemiologia, che è la specialità medica più vicina alla valutazione del *disease* piuttosto che dell'*illness*, risente di queste differenze culturali come evidenziato da studi che dimostrano quanto gli psichiatri americani diagnosticassero più frequentemente la schizofrenia rispetto ai loro colleghi inglesi.

La diagnosi di malattie psichiatriche, del resto, è quella che più risente delle influenze culturali: si pensi al cannibalismo rituale tra gli abitanti di una piccola area della Nuova Guinea (la cui osservazione, peraltro, ha permesso di capire i meccanismi di trasmissione del *kuru*, una malattia degenerativa del cervello a trasmissione prionica) che è un comportamento considerato normale da quella popolazione perché in linea con la loro cultura, i loro costumi e rituali ma sarebbe considerato segno di malattia mentale se questo comportamento fosse adottato da un soggetto nato e vissuto in Europa o in America.⁶

- Allo stesso modo l'*Illness*, cioè la percezione di malattia, risente di fattori culturali e sociali. Le persone che si rivolgono ad un medico lo fanno quando provano un sintomo preoccupante in quanto possibile espressione di malattia, ma la definizione di cosa costituisce un sintomo

anomalo che richiede l'attenzione e il trattamento di un medico (o di altre figure che possono offrire aiuto) è strettamente dipendente dal sistema socio-culturale di riferimento.

Una ricerca condotta in Pakistan negli anni '80 mostrò i motivi dello scarso uso della terapia reidratante orale da parte delle madri di bambini con diarrea: alcune di loro consideravano la diarrea (che era molto comune in quest'area) come una fase normale della crescita del bambino e non come una malattia, altre la consideravano la manifestazione di uno spirito malevolo (*jinn*) per cui ricorrevano a rimedi tradizionali o a guaritori locali.

D'altra parte anche la percezione del dolore come sintomo di malattia cambia a seconda del contesto socio-culturale e del significato assunto da questo sintomo.

Se il dolore viene visto come una punizione divina per un comportamento peccaminoso la vittima può non voler ricercare un sollievo: fare esperienza del dolore senza lamentarsi diventa una forma di espiazione o, in alternativa, questa persona può richiedere i trattamenti medici più dolorosi (iniezioni, interventi chirurgici etc.). Quando il dolore viene visto come il risultato di una trasgressione morale la risposta può essere una penitenza auto-imposta oppure la preghiera piuttosto che la consultazione di un medico.

Questa visione allargata del dolore è comune nelle società non-Occidentali dove i trattamenti medici volti a dare sollievo sono visti come incompleti e insoddisfacenti. Nelle società più tradizionali il legame tra dolore fisico e gli aspetti sociali, morali e religiosi della vita quotidiana è più diretto e influenza strettamente il modo in cui le persone percepiscono la propria salute.⁶

La cultura di riferimento influisce non solo sulla percezione di malattia ma anche sui comportamenti conseguenti: Zborowski ha sottolineato, attraverso i suoi studi antropologici, come le aspettative culturali di un gruppo e l'accettazione del dolore come una normale parte della vita determinano se questo sarà visto come un problema clinico che richiede una soluzione di tipo medico.

L'attitudine nei confronti del dolore è acquisita precocemente nella vita a seconda della famiglia e della comunità in cui si cresce e tende a cambiare nel tempo man mano che le nuove tecnologie e i metodi di controllo del dolore si rendono disponibili.

Le ricerche condotte da Zborowski hanno evidenziato, ad esempio, come il dolore da travaglio di parto fosse sia atteso che accettato dalle donne che vivevano in Polonia, mentre negli Stati Uniti l'analgesia veniva richiesta molto più frequentemente. Inoltre gli studi di questo antropologo dimostrano come la diversa educazione dei bambini tra gruppi etnici o religiosi diversi possa condizionare l'attitudine nei confronti del dolore da adulti.

In uno studio del 1952 svolto negli Stati Uniti Zborowski descrisse come i genitori appartenenti ad alcuni gruppi etnici e religiosi fossero iper-protettivi nei confronti dei figli, mostrando attenzioni eccessive nei confronti della loro salute, sport, giochi, litigi etc. I bambini di questo gruppo venivano spesso ammoniti di evitare di prendere freddo, di fare attenzione a non farsi male giocando, di evitare i conflitti con i coetanei etc. e ogni volta che piangevano i genitori erano pronti a prestare loro attenzione e consolarli. Nella prospettiva dell'antropologo questi genitori alimentavano nei bambini un'eccessiva consapevolezza del dolore e di altri sintomi anomali così come un'eccessiva ansia per il significato di questi sintomi.

All'opposto, le famiglie protestanti della *Vecchia America* tendevano a essere meno protettive, tanto che ai bambini si prospettava la possibilità che si facessero male durante i giochi o lo sport e gli veniva insegnato a non correre dalla mamma per ogni piccola cosa.

Quando, da adulti, queste persone soffrivano di un dolore fisico severo lo esprimevano in maniera più distaccata, meno drammatica rispetto ad altri perché avevano acquisito nell'infanzia una visione ideale di come ci si aspetta che le persone debbano reagire alle difficoltà, diversa da quella dei bambini che si attendevano un'immediata consolazione.

In maniera simile Zola nel '66 evidenziò come la reazione al dolore di un gruppo di Italo-Americani era estremamente teatrale, all'opposto del comportamento stoico degli Irlandesi-Americani che forse assumevano questo atteggiamento come meccanismo di difesa nei confronti dell'opprimente senso di colpa che caratterizza la cultura irlandese rurale.⁶

- La *Sickness* è l'identità sociale del malato. È il problema di salute di un individuo così come gli altri lo definiscono riferendosi alle attività sociali di quell'individuo.³

Una dimostrazione di quanto anche questa dimensione della malattia sia diversa tra le varie culture deriva dall'osservazione di come nelle società Occidentali sia impensabile un'assistenza diversa da quella medica per situazioni quali la nascita, l'infanzia, la vecchiaia che in altri contesti sono considerate normali tappe della vita.⁶

Se si prende in considerazione la vecchiaia si può notare come una condizione che noi consideriamo devastante come la demenza senile in altre culture non è vista come un importante problema di salute pubblica. La perdita di memoria e delle funzioni cognitive, la regressione e la scarsa autosufficienza costituiscono una prospettiva terribile nella nostra società, mentre in culture Orientali come la Cina e l'India molti di questi aspetti sono considerati segni attesi o comprensibili dell'invecchiamento al punto che i comportamenti anomali dell'anziano sono tollerati anziché essere visti come qualcosa di anormale che richiede un trattamento medico.

Questo dipende in parte dal fatto che nelle società rurali o tradizionali gli anziani godono di un rispetto maggiore in quanto depositari di storie, tradizioni, rituali, usi e costumi mentre nelle società Occidentali che enfatizzano la bellezza, la giovinezza, la produttività, l'individualismo, l'autonomia e l'autocontrollo la vecchiaia coincide con la perdita delle capacità produttive e significa perdita di posizioni nella scala sociale. Questo comporta che gli anziani vengano considerati talora come un fardello, uno spreco di risorse se non addirittura come parassiti improduttivi.

Inoltre anche la coesione sociale incide sul modo di intendere la *sickness*: se Americani ed Europei agiscono e si percepiscono come entità distinte ed autonome molti Indiani si percepiscono e agiscono innanzitutto in funzione dei legami con altre persone con cui sono interdipendenti, tanto che in India l'Alzheimer non è considerata una malattia dell'individuo ma la conseguenza del declino della famiglia tradizionale estesa e supportante a causa dell'urbanizzazione e dell'industrializzazione.⁶

3.2.2. LA MALATTIA COME METAFORA.

Un modo efficace di mostrare come il significato assunto dalla malattia sia strettamente influenzato dal contesto storico-culturale è analizzare la produzione letteraria delle varie epoche per rendersi conto di quanto la malattia stessa diventi a sua volta una metafora utilizzata per spiegare i fenomeni sociali. Questa operazione viene effettuata da Susan Sontag nel suo *Malattia come metafora*¹⁴ da cui sono tratte, in gran parte, le argomentazioni di questo paragrafo.

Nella cultura Occidentale la malattia ha assunto significati diversi nel corso della storia: nell'Iliade è vista come punizione divina, possessione demoniaca o risultato di cause naturali. Per i greci la malattia poteva essere gratuita o meritata (per una colpa personale, una trasgressione collettiva o un delitto di qualche antenato): l'*Edipo Re* di Sofocle si apre con la pestilenza che si abbatte sulla città di Tebe come punizione divina per la colpa di Edipo; nell'Iliade la peste che colpisce il campo acheo è frutto dell'ira di Apollo indirizzata a punire l'arroganza di Agamennone che si è rifiutato di restituire al padre la bella prigioniera Criseide.²² Con il Cristianesimo si impongono concezioni più moralistiche della malattia: l'esperienza medievale della peste era saldamente legata a concetti di inquinamento morale che spesso portava a cercare un capro espiatorio estraneo alla comunità colpita (fra il 1347 e il 1348

nell'Europa colpita dalla peste si ebbero massacri di ebrei che cessarono appena l'epidemia finì).¹⁴

In seguito si opera una più stretta corrispondenza tra il significato della malattia e la vittima: la malattia diviene un castigo giusto e appropriato per il peccatore (si veda la peste del 1630 che colpisce provvidenzialmente il malvagio Don Rodrigo nei *Promessi Sposi*) oppure un cammino doloroso attraverso il quale è possibile raggiungere la salvezza.

Nell'Ottocento, che raccoglie i frutti della razionalismo e del laicismo illuministico del secolo precedente, la connotazione spirituale della malattia viene sostituita dall'idea che essa esprima il carattere del paziente e che possa essere, quindi, combattuta tramite la volontà (Schopenhauer: "volontà come entità capace di piegare le forze ribelli del corpo").

La malattia viene fatta corrispondere alla personalità del paziente: la tubercolosi viene ritenuta una malattia dovuta ad un eccesso di passione che colpisce i poeti romantici, gli spericolati e i sensuali (John Keats, Mimì nella *Bohème* muoiono di tisi, un protagonista della *Montagna incantata* spiega che "i sintomi della malattia non sono altro che una manifestazione mascherata della potenza dell'amore"), mentre il cancro è ritenuto una malattia della passione insufficiente o frustrata che colpisce persone sessualmente repressi, inibiti, privi di spontaneità, incapaci di esprimere la collera. Il cancro di Napoleone viene interpretato come reazione alla sconfitta politica e alla brusca fine della sua ambizione mentre quello di Freud viene visto come la punizione per una vita di rinuncia agli istinti (sebbene questa teoria sia clamorosamente smentita dal fatto che anche un poeta passionale come Rimbaud morì di cancro).

La psicologia degli inizi del '900 rappresenta, dunque, una forma di spiritualità sublimata: un modo laico e apparentemente scientifico di affermare il primato dello *spirito* sulla materia. La realtà materiale della malattia ha una spiegazione psicologica con Groddeck che nel *Libro dell'Es* dichiarava come nella tbc "muore solo chi vuol morire, colui per il quale la vita è

divenuta insopportabile” e la promessa di un temporaneo trionfo sulla morte è implicita in gran parte del pensiero psicologico iniziato con Freud e Jung.

Questo pensiero, che apparentemente affranca la malattia da un giudizio religioso-moralistico, in realtà è un atteggiamento ancora più punitivo che getta completamente la colpa sul malato e lo incoraggia a credere che ci si ammala perché (inconsciamente) lo si desidera e che ci si può curare attraverso la forza di volontà. Si tratta di teorie pericolose poiché caricano sul paziente il peso della malattia e ne indeboliscono la capacità di comprendere la gamma di cure mediche spingendolo, implicitamente, a evitarle dato che si ritiene che il trattamento dipenda dalla capacità (già compromessa o indebolita) del paziente di amare se stesso.

Sebbene queste teorie siano state ampiamente rivedute nel tempo, un riflesso del significato punitivo assunto dalla malattia nel corso del tempo si ha ancora, secondo la Sontag, nell’uso che si fa della malattia come metafora. La malattia diventa una metafora nel momento in cui la si identifica con una paura radicata (corruzione, decadimento, debolezza, contaminazione) e successivamente la si usa in maniera simbolica, aggettivale per indicare cose altrettanto orribili. Si proietta, cioè, sulla malattia ciò che si pensa del male e successivamente si proietta sul mondo la malattia arricchita di significati.

Nel Medioevo il lebbroso era un soggetto sociale nel quale diventava visibile la massima paura dell’epoca: la corruzione, il decadimento; ancora adesso in Francia una facciata di pietra che cade a pezzi è detta *lépreuse*. La peste e le malattie epidemiche erano una diffusa metafora del disordine sociale (Machiavelli cita la tbc come malattia il cui progresso può essere fermato se diagnosticato in fase iniziale, come le crisi sociali possono essere controllate dal l’arte del governo).

L’immaginario legato a tubercolosi e cancro incarna, rispettivamente, le minacce del capitalismo iniziale del secolo scorso e dell’economia più consumistica della nostra epoca. Se i valori

positivi del *protocapitalismo* erano la capacità di risparmio, la disciplina, la limitazione delle spese, la tbc (che era considerata malattia dovuta a un eccesso di passioni e di energia che si consumavano in fretta) viene descritta con immagini che riassumono il comportamento negativo dell'*homo economicus* ottocentesco (consunzione, deperimento, sperpero di energie). Oggi, invece, che il capitalismo avanzato richiede espansione, speculazione, consumi infiniti, appagamento irrazionale dei desideri, il cancro (che viene visto come simbolo di energia repressa) incarna il comportamento negativo dell'*homo economicus* novecentesco: sviluppo sregolato, incoerente (è il tumore che possiede energia sottraendo al paziente la possibilità di consumare o spendere). Il cancro rappresenta, dunque, nell'epoca moderna, il simbolo della minaccia più grave per l'ordine economico e la produttività, il nemico al quale la società è disposta a muovere guerra, tanto che anche il linguaggio relativo alle terapie si infarcisce di termini militari (lotta al cancro, chemioterapia come guerra, bombardamento radioterapico etc.). Una volta proiettate sulla malattia le paure contemporanee, il passo successivo è l'utilizzo di metafore di malattia per descrivere i fenomeni politici e in qualche modo questo significa attribuire una colpa e prescrivere una punizione, legittimando anche scelte radicali (Hitler accusava gli ebrei di "provocare una tubercolosi razziale nelle nazioni", il Watergate venne definito "un cancro vicino alla presidenza che sta crescendo", Israele è stato additato spesso dal mondo arabo come il "cancro del Medio Oriente").

Tutto questo, conclude la Sontag, contribuisce ad attribuire alla malattia una connotazione morale per fatto che nel XX secolo abbiamo perso il linguaggio religioso o filosofico per parlare del bene e del male, pertanto utilizziamo troppo facilmente metafore di malattia per spiegare il male "radicale" o "assoluto". Questo ha un duplice effetto: nella società tende ad incoraggiare il fanatismo ma soprattutto contribuisce ad alimentare la mistificazione di malattie come il cancro come entità invincibili la cui diagnosi equivale a una sentenza di morte, il che spiega perché la malattia rappresenta una delle principali ansie del nostro secolo.¹⁴

3.2.3. LA GESTIONE DEL MALESSERE ATTRAVERSO I RITUALI.

Come suggerito da alcuni esempi riportati nei precedenti paragrafi, i diversi modi di interpretare e affrontare la malattia riflettono la cultura di riferimento .

La depressione è un esempio di come una determinata condizione sia considerata meritevole di intervento medico nella cultura Occidentale mentre viene trattata diversamente da altre civiltà.

Uno studio condotto in India nel 2001 su 80 pazienti, ai quali era stata fatta diagnosi di depressione secondo i criteri dell'International Classification of Disease (ICD-9), aveva evidenziato come l'85% di questi presentava somatizzazioni (dolori, astenia, perdita di appetito e disturbi del sonno) piuttosto che tristezza o depressione. In un'indagine successiva il 90% dei pazienti ammetteva di avere sintomi affettivi ma solo un quarto del campione indicava la tristezza come il sintomo più disturbante. Questi pazienti attribuivano la loro condizione ad aspetti delle loro vite personali e sociali come le preoccupazioni familiari, conflitti interpersonali, problemi economici, sessuali, lo *stress* etc. e coloro che si recavano da un medico per questo motivo risultavano insoddisfatti dal trattamento, lamentandosi del fatto che il medico si limitava a prescrivere farmaci senza indagare gli aspetti sociali o personali. Questo perché nell'esperienza di queste persone che possiedono una concezione olistica dell'individuo la depressione non è meramente un'entità nosologica ma un'alterazione dello stato psicologico che dipende dalla rete di relazioni interpersonali, sociali e dalle condizioni di vita del soggetto.

In America Latina, sia nelle aree rurali che in quelle urbane, una condizione caratterizzata da tristezza, inappetenza, insonnia, perdita di interessi, scarsa cura di sé ecc. che in Occidente verrebbe etichettata e curata come depressione, viene definita *susto* (perdita dell'anima) ed è ritenuta essere causata dall'incapacità di soddisfare le aspettative di familiari o amici e da circostanze stressanti che provocano il distacco dell'anima dal corpo. In questi casi la cura è

demandata a un guaritore non medico (il *curandero*) che attraverso massaggi, frizioni e saune incoraggerà l'anima a ritornare nel corpo.⁶

Le teorie su ciò che causa un determinato fenomeno e su come trattarlo, del resto, cambiano a seconda della cultura di riferimento: in alcune comunità africane la malattia è ascritta all'invasione di spiriti maligni; una spiegazione simile è comune anche nel mondo islamico (malattia come risultato della possessione spiritica di un *jinn*) al punto che la richiesta di cure, in questi casi, viene rivolta ad un santone, guaritore, sciamano o leader religioso piuttosto che a un medico.

In altre situazioni la causa della malattia è ritenuta una magia prodotta da altre persone: è il caso dei riti *voodoo* o simili che si incontrano in America Latina, Africa, Australia e Caraibi ma che erano concetti comuni anche nelle società preindustriali (*malocchio*, malefici compiuti da streghe) per cui la cura è comunque demandata a guaritori popolari.

Teorie simili sull'origine della malattia si possono riscontrare tuttora in alcuni ambiti delle società industrializzate attuali: è il caso dei Cristiani Scienziati americani che ritengono che la malattia sia la punizione divina per un comportamento peccaminoso o per non aver vissuto in maniera sufficientemente spirituale e che la guarigione derivi dalla fede e non dalla scienza medica.⁶

In molti casi, nella nostra società, le spiegazioni *profane* (si intende per profano il sistema di riferimento non medico) sulle cause di malattia sono una combinazione di modelli tradizionali e teorie scientifiche moderne: l'equivalente dell'elemento sovrannaturale è il fato, il destino, la sfortuna, l'atto divino etc., mentre tra gli elementi naturali che causano malattia si ritiene che intervengano una combinazione di elementi esterni (*germi*) e fattori climatici che alterano l'equilibrio interno (“debolezza”, “aver preso freddo”, “colpo d'aria”, “camminare scalzi” etc.).

Nelle società industrializzate, a seconda di quali siano le credenze del *profano* sull'origine della malattia, egli cercherà soluzioni in ambito *spirituale* (soprattutto in aree rurali è comune il ricorso a ministri di culto, chiaroveggenti, “donne illuminate”) o *secolare*; nell'ultimo caso la domanda di cure può essere rivolta alla medicina tradizionale oppure al sistema di *cure alternative* che comprende discipline più o meno riconosciute in ambito scientifico (omeopatia, agopuntura, osteopatia, fitoterapia, riflessologia etc.).

Nel 1981 si stimava che in UK il 2.5% della popolazione ricorresse a cure non convenzionali nel corso dell'anno (mentre il 72% della popolazione aveva richiesto l'intervento di un medico di famiglia nel corso dell'anno), ma si tratta di un settore in crescita: se nel 1989 in UK si contavano 15.000 professionisti di medicine complementari, nel 1995 il loro numero era 50.000, il 60% in più rispetto ai medici di famiglia. Le medicine complementari vengono scelte se il paziente condivide con il terapeuta il modello esplicativo sull'origine e la cura di una malattia ma il ricorso a questo tipo di cure è preferito, talvolta, anche per la maggior dimensione rituale di queste terapie.⁶

In effetti i rituali sono comportamenti ripetitivi che non hanno conseguenze immediate ma un effetto simbolico che permette a un gruppo sociale di gestire le incertezze che minacciano il suo mondo. In situazioni di disagio e sofferenza i rituali forniscono un modo standardizzato di spiegare e controllare l'ignoto. In una situazione di estremo dolore, come un lutto, il rituale (funerale, sepoltura, vestiti neri) fornisce un modello da seguire che serve a ridurre l'ansia e l'incertezza e in qualche modo aiuta a ristabilire un senso di continuità con la propria vita.

In molte società non industrializzate, come si è visto, la malattia di un individuo è considerata un evento sociale, talvolta il risultato di una stregoneria generata da conflitti interpersonali e che minaccia la coesione e la continuità di tutto il gruppo: dal momento che è interesse dell'intera comunità risolvere la causa della malattia sono frequenti rituali collettivi che, attraverso la loro

funzione catartica, forniscono sollievo in situazioni di disagio e sofferenza e ristabiliscono l'armonia delle relazioni tra gli esseri umani e tra questi e la natura.

Nelle società industrializzate si ricorre meno a questo genere di riti collettivi per gestire gli eventi avversi: anche la malattia è considerata un evento individuale per cui l'atto medico rappresenta un rituale circoscritto a due individui attraverso il quale si può controllare lo stato di ansia e incertezza prodotto dalla sofferenza.⁶

La visita medica è una forma di rituale poiché si svolge in un tempo e un luogo ben definiti (ambulatorio, ospedale), è governata da regole implicite ed esplicite di comportamento e si svolge secondo una sequenza ordinata di eventi (dare il nome alla segretaria, aspettare in sala d'attesa, essere chiamati dal medico, scambiarsi saluti formali, iniziare la consultazione, essere visitati dal medico, ricevere una prescrizione) e include oggetti che assumono un significato simbolico (lettino, fonendoscopio, camice bianco, otoscopio, sfigmomanometro, computer, diafanoscopio, laurea appesa alla parete, siringhe etc.) perché rappresentano segni dell'appartenenza del medico ad una professione ufficialmente in grado di curare, che ha il potere di usare la scienza e la tecnologia a beneficio del paziente. I simboli della scienza medica, quindi, hanno la stessa funzione degli strumenti usati dai guaritori di società non Occidentali (piante, talismani, minerali, testi sacri, statuette etc.) che rappresentano le potenti forze curative (divinità, antenati, spiriti etc.) usate nell'ambito di pratiche curative più tradizionali. La diagnosi stessa è una forma di assicurazione perché dare un nome a un malessere è un modo di trasformare l'ignoto in qualcosa di conosciuto e riduce l'ansia e l'incertezza del paziente.

In qualche modo, dunque, con il progressivo declino della religione nelle società Occidentali e i crescenti successi della medicina, aumentano le aspettative nei confronti del medico a cui si chiede di essere contemporaneamente un esperto in problemi etici, un giudice, un confessore oltre che un curante. In altre parole la medicina rappresenta sempre più la risposta secolarizzata e

razionale agli eventi avversi che un tempo erano gestiti dal sistema religioso: il medico viene spesso visto come “un prete secolare nel tempio della scienza”.⁶

3.2.4. LA MEDICINA COME SISTEMA MORALE.

A riprova di quanto detto nel paragrafo precedente, si pensi a come le problematiche morali dell'epoca contemporanea siano espresse sempre più in termini medici piuttosto che religiosi: in un contesto più secolarizzato come quello moderno i concetti di peccato o immoralità e salvezza sembrano essere sostituiti sempre più spesso dall'idea di malattia, malessere e salute.

Se fino a qualche tempo fa il giudizio morale su alcuni comportamenti (bere alcolici, fumare, avere rapporti sessuali a rischio, mangiare in maniera irregolare) faceva parlare di *vita dissoluta*, oggi la sospensione del giudizio caratteristica della medicina permette di raggruppare gli stessi atteggiamenti sotto l'espressione *stili di vita insalubri*.

Gli eccessi alimentari o la sedentarietà, ad esempio, verrebbero considerati *peccati capitali* (gola, pigrizia o accidia) in una cultura dominata dal sistema religioso, mentre la medicina permette di riconcettualizzare questi comportamenti come *disordini del comportamento alimentare*, *sovrappeso*, *obesità*: la medicina condanna questi stili di vita ma la punizione si compie in questo mondo anziché nell'aldilà. Allo stesso modo l'alcolismo, la tossicodipendenza, il comportamento antisociale che venivano considerati comportamenti peccaminosi o criminali sono passati sotto il dominio della medicina o della psichiatria, cioè se prima erano definiti *bad behaviours* (comportamenti moralmente o socialmente poco accettati) ora si considerano *mad behaviours* (comportamenti dovuti a malattia mentale).⁶

Come sostiene Friedson: “Se nel XIX secolo l’istituzione medica era ancora debole e umile di fronte alla maestosità della legge e della religione, con lo sviluppo della scienza medica un numero sempre maggiore di comportamenti umani sembrò essere originato da cause specifiche sulle quali la preghiera, le scelte dell’individuo e la volontà avevano scarso potere, mentre le scoperte mediche consentivano di risolvere con successo tali problemi”. L’autorevolezza sempre maggiore della scienza medica consentì, quindi, di estendere le definizioni mediche di devianza ad aree di comportamento precedentemente sotto la tutela della religione o della legge.¹²

In effetti il DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*), prodotto dall’American Psychiatric Association ha inserito 106 categorie di malattie psichiatriche dalla sua prima pubblicazione (1952) al 1994 quando la quarta edizione, DSM-4, includeva 357 categorie diagnostiche. Sebbene molte di queste categorie siano frutto del miglioramento degli strumenti diagnostici e dei progressi delle conoscenze in ambito psichiatrico, la mancanza di confini precisi tra la normalità e la malattia mentale rischia di indurre alla medicalizzazione dei comportamenti umani ordinari. Questo è successo, ad esempio, con l’omosessualità che negli USA era inizialmente considerata un crimine, poi classificata tra le malattie mentali nell’edizione del DSM del 1952 e infine eliminata dal DSM nel 1973.⁶

Nonostante questi rischi, il vantaggio della collocazione di alcuni comportamenti sotto la sfera di competenza della medicina è l’affrancamento di alcune malattie da atteggiamenti punitivi, il che permette al paziente di ricevere cure anziché giudizi o punizioni.

L’etichetta di malattia, in realtà, può avere un duplice significato a seconda del ruolo conferito al malato dalla società a cui appartiene: da un lato può avere un effetto discriminatorio (si pensi allo stigma di alcune malattie mentali, dell’HIV o al peso che certe diagnosi come il cancro comportano) ma dall’altro esonera l’individuo dalle responsabilità (il medico legittima quella forma di “devianza involontaria” che è la malattia). Sebbene non tutte le malattie siano esenti da

una condanna morale da parte della società, si tende comunque a considerare legittimo lo stato soggettivamente indesiderato e socialmente indesiderabile di devianza temporanea che è la malattia a patto che il malato collabori attivamente con il medico per uscire dalla sua condizione.³

In una società come quella attuale che esalta la produttività, il giudizio morale sul malato si esprime non tanto sulle proprie responsabilità per aver causato la sua condizione quanto sulla volontà di volersi curare.¹² Questo dipende dal fatto che quando viene posta una diagnosi la persona acquisisce un *sick role*, cioè la possibilità di rimanere a casa dal lavoro, di essere esonerato dalle sue responsabilità e di essere curato: il medico, quindi, essendo autorizzato a etichettare l'individuo come malato e ad emettere certificati di malattia può fornire l'“assoluzione” dal “peccato” di non aver adempiuto agli obblighi imposti dalla società.³

3.2.5. RIDUZIONISMO, SPECIALIZZAZIONE E MEDICINA QUANTITATIVA.

Fatte queste considerazioni, si può estendere ai successi in campo scientifico l'analisi dei motivi per cui nelle società Occidentali si tenda a delegare sempre più alla medicina la gestione di problematiche che in altre culture o in altri tempi erano considerate di pertinenza della famiglia, della società, della religione.

Si può dire che le paure, le ansie e le incertezze con cui l'uomo si è sempre confrontato sembrano trovare sempre più spesso risposta in campo medico. Del resto il positivismo sviluppatosi dalla metà del XIX secolo in poi, grazie all'esaltazione del metodo scientifico in opposizione alle teorie astratte, ha costituito il substrato culturale in cui si son verificate le scoperte più rilevanti in campo medico: grazie alla teoria microbica (1857) elaborata da Pasteur e avvalorata dall'*antisepsi* mediante disinfezione con acido fenico di Lister (1865) e dalle scoperte

e dai postulati di Koch (il bacillo della tubercolosi viene scoperto da lui nel 1882, anche grazie al perfezionamento del microscopio) è possibile dimostrare inequivocabilmente l'eziologia dei processi infettivi. Contemporaneamente, in quell'epoca, Mendel pubblica i suoi studi di genetica (1865), nel 1895 Röntgen scopre i raggi X e si elaborano i primi strumenti che permettono di vedere dentro il corpo (oftalmoscopio di Helmholtz, otoscopio di Ménière, laringoscopio di Czermack e un primo rudimentale esofagoscopio messo a punto da Kussmaul su un ingoiatore di spade). Il XX secolo è stato caratterizzato da una numero ancora maggiore di successi scientifici a cominciare dall'era antibiotica inaugurata dalla scoperta della penicillina da parte di Fleming (1929), passando attraverso le scoperte sulla doppia elica di DNA e il meccanismo di traduzione dell'informazione genetica, lo sviluppo di tecniche chirurgiche sempre meno invasive grazie all'applicazione delle fibre ottiche, i trapianti d'organo, le biotecnologie che permettono di utilizzare farmaci più selettivi etc.²²

L'affinamento delle conoscenze ha comportato anche la tendenza al *riduzionismo*, cioè all'identificazione della malattia con un organo o una struttura alterata anziché con un'alterazione dell'omeostasi dell'intero organismo. L'approccio riduzionistico alla malattia ha radici nell'ottocento, quando la localizzazione delle malattie viene individuata dapprima negli organi (Morgagni), poi nei tessuti (Bichat), quindi nella struttura delle cellule (Virchow) e oggi nelle alterazioni di microstrutture cellulari determinate da mutazioni genetiche identificabili in variazioni nella sequenza dei nucleotidi del DNA.²²

Un così rapido e ampio sviluppo delle conoscenze ha comportato, allo stesso tempo, la necessità di frammentare la medicina in settori sempre più specialistici che si occupano di un solo apparato, di un organo o addirittura di una sola malattia (tra i cardiologi, ad esempio, c'è chi si specializza nella cura delle aritmie, chi si occupa dell'emodinamica, chi esegue e valuta gli

ecocardiogrammi etc.): con l'eccezione del medico di famiglia, dell'internista e dell'epidemiologo che si occupano globalmente dell'individuo nel suo contesto, la tendenza attuale della medicina è l'approccio *specialistico* a una regione corporea piuttosto che al paziente nel suo complesso.⁶

Un altro aspetto tipico della medicina moderna è la cosiddetta *medicina quantitativa*: la salute o la malattia sono sempre più definiti facendo riferimento a parametri fisici e biochimici misurabili (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, livelli di emoglobina e di elettroliti, numero di globuli bianchi etc.). Per ogni misura esistono dei *range* numerici che permettono di classificare l'individuo tra i sani o i malati a seconda che la misurazione dei suoi parametri sia compresa o meno nell'intervallo di riferimento.

Questo ha portato a creare un nuovo gruppo di pazienti definiti *pazienti di carta* che corrispondono alle alterazioni visibili nelle radiografie, nei referti delle risonanze magnetiche, nelle stampe degli esami di laboratorio, o negli elettrocardiogrammi spesso senza che il paziente avverta alcuna alterazione del suo stato di salute (*disease senza illness*).⁶

Secondo alcuni autori questa tendenza alla definizione oggettiva, misurabile di malattia è sempre frutto del pensiero positivistico di fine '800: tutto sarebbe cominciato con l'invenzione dello sfigmomanometro da parte di Scipione Riva Rocci nel 1896. Si può far risalire a quel momento l'introduzione del modo di pensare quantitativo nel campo della malattia che oggi si è talmente radicato nella cultura Occidentale che concludere una visita senza aver misurato la pressione sembra quasi impensabile: è come se il medico non avesse fatto il suo dovere.⁹

In effetti il clima scienziatista di fine '800 ha favorito l'affermazione della "misura della malattia" come fondamento della pratica clinica volto ad integrare (se non, in alcuni casi, a sostituire) l'anamnesi e la semeiotica: la concezione di Bernard e Virchow di malattia come stato naturale diverso dalla salute per grado e non per qualità implica che tra fisiologia e patologia vi sia un

continuum graduato, misurabile. Sempre in quel clima storico si affermano l'invenzione del termometro clinico (da parte di Wunderlich, 1855-1877) che permette di vedere la febbre non più come un sintomo ma come indizio da misurare, e gli studi di *antropometria* (in Italia portati avanti da Achille De Giovanni, 1838-1916) che più si avvicinano ad un approccio matematico allo studio dell'uomo. È da allora che i fenomeni medico-biologici cominciarono a essere misurati in modo matematico (dagli allievi di Ludwig), in forma di grafici e numeri (dagli allievi di Marey) acquistando aspetti di precisione sempre maggiore, quasi di verità, al punto che la medicina da scienza empirica assume, agli occhi di molti, il ruolo di scienza esatta.²²

Oggi l'eredità di questo approccio quantitativo alla medicina si riscontra nella definizione delle malattie sulla base di soglie numeriche che definiscono il confine tra salute e malattia. Ne è un esempio il diabete (termine coniato nel I sec. d.C. che significa "attraversare": *dia*=attraverso; *baino*= vado, in riferimento allo scorrere dell'acqua poiché il disturbo più evidente è l'eccessiva produzione di urina). Per fortuna oggi si fa diagnosi di diabete prima che il paziente arrivi a manifestarlo con la poliuria (almeno il diabete di tipo II) grazie alla possibilità di misurare i livelli di glucosio nel sangue e se è vero che tra la normalità e la patologia esiste un *continuum* di misure biologiche è anche vero che per definire il confine tra queste due condizioni si deve stabilire una "soglia di intervento" oltre la quale è indicata una certa azione (dieta, assunzione di farmaci). Come per altre convenzioni umane, anche le soglie che definiscono le malattie subiscono modificazioni nel corso del tempo in base allo sviluppo delle conoscenze e proprio il fatto che i confini della malattia non sono netti ma sfumati dovrebbe essere sufficiente a considerare la medicina non in maniera dogmatica ma come una disciplina che procede misurando la malattia in termini probabilistici.²³

Anche l'abitudine a considerare prevenzione l'esecuzione di esami e visite mediche è il prodotto del pensiero scientifico moderno. Horace Dobell, medico britannico dell'800, esperto in tubercolosi, si convinse che la malattia conclamata è preceduta da "stati di ridotta salute" individuabili attraverso visite periodiche e meticolose su persone apparentemente sane. Nel 1861 lanciò una campagna per convincere i medici ad effettuare questi controlli periodici e a inizio '900 il movimento così creatosi prese corpo in Europa e in America dando origine a visite scolastiche, campagne contro la tubercolosi sino ai programmi per la diagnosi precoce dei tumori. Successivamente le compagnie assicurative si impadronirono dell'idea e proposero visite periodiche allo scopo di escludere i falsi sani e di ridurre la mortalità degli assicurati. Lo stesso calcolo economico fu effettuato dalle grandi imprese industriali e con la seconda guerra mondiale i controlli sulle reclute confermarono la possibilità di scovare un gran numero di anomalie nascoste attraverso questo sistema. Con il *boom* economico, infine, si diffuse il mito del *check up* che tuttora è presente nell'espressione "dottore mi faccia fare tutti gli esami" che evoca l'illusione, creata negli anni '50 e '60, che analisi periodiche a tappeto siano garanzia di benessere. Negli anni '70 si cominciò a rilevare che chi fa periodicamente tanti esami si ammala e muore allo stesso modo di chi non li fa e allo stato attuale si è dimostrato che solo pochi test sugli adulti sani e senza fattori di rischio sono utili ai fini della prevenzione e della diagnosi precoce (mammografia, Pap-test, misurazione della pressione e del colesterolo).⁹

Dunque i rapidi progressi verificatisi in campo medico nel corso dell'ultimo secolo hanno generato inevitabilmente un crescendo di aspettative che spiega in parte la fiducia riposta nella medicina sulla possibilità di curare ogni aspetto della vita umana.

Come si è visto, inoltre, la tendenza della medicina moderna al *riduzionismo*, all'*iperspecializzazione* e alla *quantificazione* induce aspettative illusorie sulle possibilità infinite

della scienza e questo alimenta spesso richieste inappropriate da parte dei pazienti che in qualche modo occorre regolamentare.

Queste caratteristiche della medicina occidentale (in contrasto con la visione olistica dell'individuo tipica delle discipline mediche orientali)⁶ costituiscono allo stesso tempo una risorsa (perché un singolo medico non può conoscere tutti gli aspetti tecnici, eziologici, prognostici e terapeutici di tutte le malattie conosciute, perciò è indispensabile poter far riferimento a specialisti che quotidianamente si occupano di approfondire un settore particolare), ma anche un limite in assenza di un professionista capace di fare una sintesi unitaria a una rete di procedure e interventi altrimenti incoerente e dispersiva.

3.3. LA NATURA INTERNA: LA PERCEZIONE DEL CORPO E DEL SÉ NELLE SOCIETÀ OCCIDENTALI.

Le concezioni della malattia e della morte, come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, sono state influenzate dalla filosofia, dalla teologia, dalla biologia etc. ma a sua volta il pensiero medico contribuisce a definire un nuovo modo di concepire sé stessi e il proprio corpo.

Il progresso delle conoscenze scientifiche, lo sviluppo e l'applicazione delle tecnologie e alcune pratiche mediche in uso hanno generato, come si è detto fino ad ora, aspettative crescenti nei confronti della medicina che, in Occidente, si caratterizza per alcuni aspetti che possono contribuire a incrementare la medicalizzazione della vita quotidiana. Tra questi:⁶

- Separazione mente/corpo
- Visione del corpo come macchina e della malattia come guasto
- Specializzazione
- Riduzionismo

È interessante ripercorrere le tappe storiche che hanno condotto ad un modello biomedico così caratterizzato.

Nel II sec. d.C. la teoria pneumatica di Galeno si fondava sull'idea che il pneuma, cioè il “soffio” circolasse nelle arterie e che il sangue servisse meramente ad arricchirlo per portarlo al cervello, sede dell'anima razionale, cioè l'elemento che distingue l'uomo dagli animali e dai vegetali per trasformarsi in *pneuma-psychikon* che i nervi distribuiscono nei muscoli e negli organi di senso. L'organismo era considerato, quindi, un sistema autoregolativo, un'omeostasi. Successivamente si prestò più attenzione alla salute dell'anima piuttosto che a quella dell'involucro corruttibile che è il corpo (del resto la salute, *salus*, coincideva con la salvezza dell'anima).

È soltanto con l'Umanesimo e il Rinascimento (XV secolo) che la medicina si "appropria" del corpo dell'uomo sottraendolo alla concezione di mero contenitore dell'anima: in questo periodo, infatti, le forti contestazioni che affievoliscono il potere religioso portano a sostituire il culto del Dio Padre con il culto del Figlio (anche nelle arti fioriscono immagini di un Cristo umanizzato dotato di un corpo martoriato e sofferente): da qui la legittimazione religiosa allo studio del corpo da un punto di vista medico e lo sviluppo rigoglioso dell'anatomia ("la medicina strappa progressivamente alla teologia lo studio dell'uomo")³ con le bolle papali *de cadaverum sectione* emanate da Sisto IV e Clemente VII che rimuovevano gli impedimenti alla dissezione anatomica dei cadaveri.²²

L'atto di nascita della medicina scientifica moderna può essere datato 1628 con la pubblicazione dell'*Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* in cui l'inglese William Harvey elabora la teoria della circolazione del sangue procedendo attraverso argomentazioni logiche supportate da dimostrazioni oggettive.³ Si arriva a capire che il sangue viene spinto nelle arterie dal cuore e che fa ritorno a questo attraverso le vene: le arterie non sono più tubi conduttori di aria (pneuma o spirito vitale) ma parte di un sistema meccanico-idraulico al centro del quale si trova il cuore come forza propulsiva. Si fa strada, così, sulla scorta della filosofia di Cartesio (tra i principali artefici dell'immagine dell'uomo come macchina costituita da materia *in movimento*) la concezione meccanicistica del corpo.²²

Con il XIX secolo il fisiologo Claude Bernard arriva a concepire la specificità dell'organismo vivente con la sua stabilità: al mutare delle condizioni ambientali lo stato interno dell'organismo muta per mantenere la stabilità dell'ambiente interno (*milieu intérieur*) a differenza di quanto fa la materia inorganica (es. se esposta al caldo l'acqua evapora, mentre il corpo umano si adopera per mantenere una temperatura costante). Si sviluppa così il modello biomedico oggi dominante: la medicina ha a che fare con casi clinici a cui applica la conoscenza che ha prodotto sulla base di procedure scientifiche fondate su osservazioni, verifiche, sistematizzazioni generali.³

Il pensiero medico dominante vede la malattia come un guasto organico del “corpo-macchina” che può essere riparato da un intervento chirurgico o farmacologico. Cartesianamente si considerano un corpo (*res extensa*) e una mente (*res cogitans*) tra i quali non c’è interazione. La medicina, dunque, si occupa del corpo o della mente quando deviano dal loro comportamento normale a causa di meccanismi alterati che possono essere riparati. Questo concetto è stato rafforzato dalla *teoria dei germi* di Pasteur che sembrava confermare il fatto che la malattia derivasse da un fattore singolo che altera il funzionamento dell’organismo vivente.³

A riprova di quanto il concetto di corpo come macchina sia radicato nelle società Occidentali si pensi alle metafore utilizzate da medici e pazienti per spiegare alcune condizioni, mutate da modelli idraulici, meccanici o elettrici: “il cuore non pompa adeguatamente”, “esaurimento nervoso”, “necessità di riposare per ricaricare le batterie”, “corrente elettrica che attraversa i nervi”. In alcuni casi questo linguaggio riflette l’idea che i *profani* hanno delle corrette funzioni corporee come di flussi di varie sostanze che devono essere sempre presenti all’interno di cavità o tra l’organismo e l’esterno affinché si possa conservare la salute (es. cibo, sangue, aria, mestruazioni, feci, urine). Questo spiega alcune paure popolari in merito all’arresto di questi flussi, soprattutto nelle generazioni più anziane: l’arresto del flusso mestruale genera ansia, il catarro in eccesso deve essere espulso, la costipazione viene vista come pericolosa perché interpretata come un blocco dell’intestino per cui le feci ristagnano e possono diffondere contaminando il sangue con le loro tossine (la qual cosa spiega il largo uso di lassativi auto-prescritti per mantenere l’intestino “pulito”).⁶

L’organismo viene visto come un’automobile che può funzionare adeguatamente solo se rifornita di carburante (da cui la richiesta di integratori, vitamine, sostanze energizzanti etc.) e alcune parti del corpo sono viste come le parti del motore che si possono guastare rendendo necessaria una riparazione o la sostituzione.

Del resto le pratiche mediche correnti rinforzano questa idea: i trapianti, gli *stent*, gli interventi chirurgici che correggono malformazioni, l'utilizzo di farmaci per coprire una produzione endogena insufficiente (insulina, ormone tiroideo, ormone della crescita etc.), la dialisi, i *pace-makers*, il polmone artificiale, l'incubatrice, le protesi etc. se da un lato alterano l'immagine corporea contemporanea generando confusione nell'idea di *self* e *non-self*, dall'altro alimentano l'idea di un corpo-*cyborg* in cui si realizza la fusione tra corpo e macchina e generano aspettative irrealistiche sulle possibilità infinite dei trattamenti medici.⁶

La concezione del corpo come macchina e della malattia come guasto rinforza la tendenza alla *specializzazione* e al *riduzionismo*: data l'importanza di conoscere il corpo e il suo funzionamento è utile frantumarlo nelle sue parti per studiarlo alla perfezione.

In effetti gli specialisti conoscono perfettamente il settore che studiano ed applicano il loro sapere tecnico alla parte che non funziona (*riduzionismo*) ma difficilmente riescono a collocarla nell'insieme: un numero elevato di figure professionali interviene a curare aspetti diversi e particolari della stessa persona focalizzando l'attenzione sulla parte e assolutizzando la malattia a discapito del malato. In questo modo si perde una visione più complessiva e olistica dell'uomo e si tende a sminuire l'importanza delle influenze ambientali e sociali sulla malattia per focalizzarsi cartesianamente sugli aspetti biologici che spiegano il cattivo funzionamento di varie parti del corpo.³

Tra gli anni '40 e '70 del '900 si è verificata quella che, dopo la *teoria dei germi* e lo sviluppo degli antibiotici, è probabilmente tra le più importanti rivoluzioni del pensiero scientifico, cioè lo sviluppo della biologia molecolare e, in particolare, della genetica. La doppia elica di DNA scoperta da Watson e Crick nel 1953 è diventata, non a caso, una delle immagini-icona dell'era moderna e grazie all'uso del microscopio elettronico, della cristallografia e dei traccianti radioattivi le diagnosi mediche sono sempre più spesso legate ad anomalie riscontrate a livello

cellulare, biochimico, genico o molecolare, talvolta correggibili con farmaci selettivi che il pubblico apprende attraverso i media o internet.

Queste scoperte hanno avuto un impatto notevole sulla percezione di sé e del proprio corpo perché ha condotto a quella che viene definita *geneticization*, ovvero la pretesa di spiegare qualunque aspetto della vita umana riconducendolo ad una diversità genetica anziché a influenze culturali, educative, ambientali, socio-economiche. Questa tendenza si sovrappone con il *riduzionismo* e la considerazione del corpo come macchina che sono alla base del più ampio fenomeno di medicalizzazione della vita quotidiana.⁶

Il genoma, cioè l'intero patrimonio genetico di un individuo, viene spesso concepito come il nucleo ontologico di un soggetto che ne definisce i tratti distintivi, la sua individualità e l'appartenenza ad una data specie. In un'epoca secolarizzata, cioè, il genoma è diventato "l'equivalente secolare dell'anima" con una modificazione di ciò che si intende con *persona* da quando si concepisce prioritario il controllo da parte dei geni anziché da parte della mente. Questa idea è alla base del *determinismo genetico* che in maniera meccanicistica enfatizza l'influenza dei fattori genetici sul comportamento umano, l'intelligenza, la sessualità e la salute fisica e mentale sottovalutando gli aspetti psicologici, culturali e ambientali che costituiscono l'identità di un essere umano.

Se si vede l'essere umano come predeterminato dal suo patrimonio genetico si indebolisce l'idea di autonomia e libero arbitrio ed il risultato può essere un approccio fatalistico alla vita o, al contrario, si ripongono eccessive aspettative nella scienza e nella tecnologia che offrono la speranza di modificare un destino predeterminato grazie all'ingegneria genetica.

Esasperando il determinismo genetico il corpo viene visto come una mera fonte di informazioni, (i geni di un individuo costituiscono l'informazione che viene decodificata attraverso l'RNA per

produrre le proteine che sono alla base del funzionamento dell'organismo), come un software che può eventualmente essere modificato da medici e scienziati.⁶

L'utilizzo di metafore mutate dal campo della tecnologia informatica non è un caso: queste si sono aggiunte, recentemente, alle metafore tradizionali che spiegano il funzionamento dell'organismo come un sistema idraulico, elettrico o meccanico. L'uso crescente dei computer, in effetti, sta influenzando il modo di percepire se stessi e il proprio corpo nelle società industrializzate: la mente viene spesso concepita come un processore e un archivio informatico. In questo modello i pensieri, le idee, la creatività, la memoria e la personalità sono visti come software nascosti nell'hardware del cervello: la malattia mentale o i comportamenti anomali sono allora concepiti come alterazioni curabili "resettando" e "riprogrammando" il cervello.

Nell'era dei computer si tende ad enfatizzare sempre più le proprietà cognitive del cervello (memoria, ragionamento, calcolo) con la conseguente tendenza a stigmatizzare e temere più di ogni altra cosa le malattie che compromettono queste funzioni (es. Alzheimer).

Allo stesso tempo il computer è spesso percepito come un *second self*, un secondo cervello esterno al corpo con funzioni avanzate di memoria, calcolo, logica al punto che la perdita del computer o dei dati in esso contenuti può essere traumatica per alcuni individui, come fosse un danno cerebrale permanente o uno stroke e i responsabili di questi danni devastanti non a caso sono chiamati virus, evocando la paura del contagio che minaccia l'integrità dell'uomo-macchina come della sua estensione: il computer.⁶

L'impiego crescente delle tecnologie in campo medico ha modificato, dunque, la percezione dei confini del proprio corpo e del limite tra *self* e *non-self* producendo non solo discussioni etiche ma anche ansie e paure che poi la medicina è tenuta a sedare.

Quanto si è detto fino ad ora a proposito della concezione del corpo come macchina, del riduzionismo e della medicina quantitativa è confermato dall'utilizzo diffuso di strumenti che permettono di individuare un'alterazione del funzionamento fisiologico interna all'organismo. L'invenzione dei raggi X nel 1895 e quella dell'elettrocardiografo nel 1928 hanno permesso di localizzare in maniera accurata le sedi dei processi patologici. In particolare la diagnostica per immagini sempre più sofisticata (Tomografia computerizzata, Risonanza Magnetica, Ecografia etc.) e le fibre ottiche hanno reso il corpo "trasparente": l'interno dell'organismo è visibile quanto l'esterno senza dover violare la barriera costituita dalla pelle.

Anche altri progressi in campo medico, del resto, portano a concepire se stessi in maniera sempre meno vincolata ai confini definiti dalla pelle e da ciò che racchiude: i trapianti d'organo (in uso dal 1954, primo trapianto di rene e 1967, primo trapianto di cuore), anche per il valore simbolico da sempre attribuito ad alcuni organi come il cuore (visto universalmente come sede delle emozioni, del coraggio, dell'amore, della volontà e della personalità) creano nuovi tipi di "fratellanza" e connessioni tra le persone e possono creare un senso di parziale immortalità per il donatore (malgrado la sua morte, i suoi organi continuano a vivere in un'altra persona) oppure una frammentazione dell'idea di sé nel ricevente che accoglie parti del corpo di un'altra persona. Allo stesso modo la fecondazione *in vitro* e la possibilità che l'oocita o gli spermatozoi siano di un donatore oppure che la gestazione sia portata avanti da una madre "surrogata" sottintende la possibilità di "prendere in prestito" parti del corpo da altre persone. Questo influenza decisamente l'immagine corporea e le idee sui confini del sé oltre che sulla maternità (che può arrivare a coinvolgere tre donne diverse: la madre genetica, la madre che porta avanti la gravidanza e partorisce, la madre che cresce il bambino).

Oltre che i limiti spaziali la modernità mette in discussione anche i limiti temporali dell'essere umano (con i conseguenti dibattiti etici ancora aperti): da quando è possibile vedere ecograficamente il feto in utero l'identità sociale del bambino può precedere di qualche mese la

sua nascita biologica; all'opposto la morte sociale dell'individuo (segnata dal lutto e dall'impossibilità di interazione tra la persona e i suoi familiari) può talvolta precedere la morte biologica (intesa come cessazione di ogni funzione vitale) ad esempio nei casi di coma in cui l'individuo viene tenuto in vita da sistemi di supporto artificiali.⁶

Il dissolvimento delle barriere fisiche è ancora più evidente se si considera l'impatto delle tecnologie impiegate nella vita quotidiana, non solo in campo medico: la radio e la televisione sono diventate "estensioni" del corpo e del sistema nervoso centrale, permettendo di sentire e vedere eventi che si manifestano a migliaia di chilometri di distanza. Allo stesso modo il computer, le telecomunicazioni e internet costituiscono un nuovo organo sensoriale che consente di raccogliere informazioni e scambiare messaggi con persone in tutto il mondo, talvolta perdendo coscienza del proprio corpo che può essere proiettato sul computer come un'identità accessoria, virtuale, immateriale. La stessa natura dei *social network* comporta la costituzione di gruppi caratterizzati da confini imprecisi i cui membri possono entrare o uscire in ogni momento senza che gli altri sappiano se sono ancora "presenti" o "in ascolto".

Questa comunicazione "incorporea" può contribuire ad alimentare l'"ansia dei confini" (*boundary anxiety*), ovvero la percezione che i confini tra sé e gli altri e tra i vari gruppi sociali siano insicuri con la conseguente paura dell' "invasione" da parte di possibili fonti di malessere. Questo terrore si manifesta frequentemente, nelle società Occidentali, nei confronti di gruppi etnici provenienti da altri Paesi (immigrati, rifugiati) oppure si presenta nell'ansia di non riuscire a separare la vita lavorativa e quella domestica. Ma la manifestazione più importante di questa concezione "porosa" del sé è il senso pervasivo di vulnerabilità per cui il corpo è visto come soggetto alla penetrazione di radiazioni invisibili, inquinanti, "germi" o cambiamenti climatici che configurano scenari apocalittici (*germism*). L'attribuzione di responsabilità della malattia a forze esterne di cui il proprio corpo è vittima va di pari passo con l'attribuzione, soprattutto tra i giovani, della responsabilità delle proprie sventure ad altri (genitori, insegnanti, partner, stato): la

malattia diventa allora un concetto sociale che esprime le ansie relative all'incapacità di avere relazioni sociali serene, soprattutto nelle città sovraffollate.

Per gestire il terrore crescente nei confronti dei “rischi invisibili” (e quindi l'ansia generata da aree della vita sulle quali non si ha controllo) le persone rivolgono le loro attenzioni su piccole aree della vita che invece possono essere sottoposte a controllo: vestiti, automobile, casa, relazioni personali e soprattutto sulla cura del corpo, le diete e le cose che nell'immaginario comune sono associate al concetto di salute (ad es. fare gli esami).⁶

Il corpo, quindi, diventa fondamentale per riacquistare controllo e per affermare la propria identità minacciata da confini così labili: il corpo allora viene curato attraverso l'adozione di determinati regimi dietetici, terapeutici, igienici, cinetici che cambiano a seconda del contesto culturale. L'imperativo di inizio anni '70 era la *magrezza*, quindi la *forma* (fine anni '70), la *performance* (*yuppismo* degli anni '80) e infine *forza ed energia* legate a prestazioni ginniche, *scatto e flessibilità* per arrivare all'*equilibrio esoterico-meditativo*, attributi caratteristici di molte immagini degli anni '90. Il corpo viene curato, dunque, affinché anche esteriormente sia veicolo di significati: in ambienti elitari (soprattutto negli USA) un corpo pingue viene visto come indice di disordine morale perché solo chi non è capace di controllarsi esagera con l'alimentazione e ingrassa. Per la prima volta in Occidente sono i poveri ad essere grassi: chi non è in grado di controllare se stesso non è ritenuto capace di poter raggiungere posizioni di prestigio nelle quali si debbano gestire le azioni di altre persone. Allo stato attuale viene esaltata la necessità di avere un corpo flessibile, agile, capace di adattarsi alle circostanze (*fitness* infatti deriva da *to fit*: adattare, adattarsi). Un corpo snello e ben curato anche nell'abbigliamento è segno di capacità di spesa economica e culturale: il portatore di un corpo “bello” è qualcuno che sa come consumare.³ Mantenere una buona forma fisica significa mantenersi pronti a recepire e assorbire stimoli, essere capaci di consumare ciò che la società dei consumi ha da offrire: il corpo

postmoderno è un recettore di sensazioni ed esperienze. La presenza di questa attitudine è considerata benessere (*fitness*), mentre la mancanza di tali capacità è identificata con la debolezza, la svogliatezza, l'apatia verso gli stimoli, l'indifferenza, la depressione.¹⁵

In una società così legata alla necessità di controllare il proprio corpo per esorcizzare le paure è comprensibile che le malattie più temute siano quelle che minacciano questa possibilità di controllo, tra queste la demenza e il cancro.

Riprendendo le tesi della Sontag, si può dire che il cancro incarna, nella società moderna, quanto di più temibile, orribile, disgustoso esista: non solo perché rappresenta la ribellione oltraggiosa di un gruppo di cellule all'ordine che si cerca di perseguire attraverso l'adozione di stili di vita sani, ma avere un tumore viene ritenuto vergognoso anche perché colpisce parti del corpo di cui, nell'epoca dell'estetica e della cosmesi, è imbarazzante riconoscere l'esistenza (colon, vescica, mammella, prostata etc.). Nell'ambito dei tumori, poi, esiste una sorta di gerarchia per cui un cancro ai polmoni viene ritenuto meno vergognoso di un tumore rettale, mentre la leucemia (che non comporta una mutilazione chirurgica come i tumori solidi) sta assumendo il ruolo rivestito un tempo dalla tbc nell'800: da un lato un flagello che comportava consunzione, mancanza di energia ma insieme un simbolo di raffinatezza, delicatezza perché identificata come malattia dei polmoni (o, nel caso della leucemia, del sangue), organi strettamente collegati all'immaginario popolare di respiro, spirito, vita.¹⁴

Una conferma a quanto detto fino ad ora proviene dal 33° rapporto annuale sulla situazione del Paese stilato dalla fondazione CENSIS nel 1999 che ha evidenziato come già da 10 anni i concetti di salute e malattia stiano cambiando tra gli italiani con la "crescente propensione ad attribuire una rilevanza sanitaria anche a quei malesseri e quei disagi più lievi, legati all'immagine corporea e a insicurezze personali, tradizionalmente non inclusi nel campo di

intervento della medicina e della cura (oltre 4 persone su 10 vanno dal medico per malattie poco gravi ma fastidiose o per malesseri derivanti da piccole paure o insicurezze)”.²⁴

L'utilizzo crescente delle tecnologie nella pratica clinica quotidiana, dunque, ha da una parte amplificato in maniera irrealistica le aspettative nei confronti di quanto la medicina può risolvere, ma dall'altra ha generato incertezze sulla definizione di cosa è una persona e dei suoi confini con la conseguente produzione di ansie e paure che cercano comunque sollievo in ambito medico. Tutto questo, insieme alla specializzazione e al riduzionismo caratteristici della medicina moderna non può che aumentare il ricorso agli esami e agli interventi medici nell'illusione di trovare una spiegazione oggettiva al disagio e una soluzione per ogni problema.

3.4. IL SISTEMA SOCIALE.

La decisione di consultare un medico non dipende semplicemente dalla presenza o assenza di problemi medici (la cui definizione, come abbiamo visto fino ad ora, dipende da aspetti antropologici e culturali oltre che dall'immagine corporea dell'individuo) ma è fortemente influenzata da fattori sociali e psicologici.

Una *review* inglese pubblicata nel 1996²⁵ ha analizzato in dettaglio l'impatto dei fattori socioeconomici e demografici sui tassi di consultazione in medicina generale.

Non esiste una relazione precisa tra i bisogni di salute e il carico di lavoro del Medico di Medicina Generale; molte persone malate non consultano il medico e le modalità di consultazione sono influenzate da fattori psicologici e sociali indipendentemente dalla presenza o assenza di problemi di salute.

Avere un sintomo di malattia non si traduce automaticamente in una richiesta di cure: solo una piccola proporzione di persone che fa esperienza di sintomi chiede l'aiuto del medico di famiglia. La probabilità di consultare un medico dipende da fattori demografici (età, sesso, etnia) ma anche da fattori psicologici e socioeconomici.

Per quanto riguarda i fattori demografici la distribuzione dei tassi di consultazione ha una forma a "U" dato che sono i bambini e gli anziani a richiedere più spesso l'intervento del medico (con tassi di consultazione annuale pari a 5.1 per i maschi e 4.8 per le femmine nella fascia di età 0-4, 2.1 per i maschi e 4.2 per le femmine nella fascia di età 16-44 e 5.6 per i maschi, 5.4 per le femmine nella fascia degli over 74).

Nella fascia di età 16-44 sono le donne a consultare più frequentemente il medico, probabilmente a causa delle necessità legate a contraccezione e gravidanza.

Tra i fattori socioeconomici l'appartenenza a una classe sociale svantaggiata si associa con un maggior tasso di consultazione dei medici di famiglia rispetto alle classi sociali più elevate specialmente per quanto riguarda le malattie gravi (Odd Ratio = 1.3 per le donne e 1.5 per gli uomini) e le malattie mentali (OR = 1.6 per le donne e 1,8 per gli uomini) e questo in parte è spiegato dalla maggiore morbidità e mortalità delle classi deboli.

In tutti i gruppi socioeconomici i malati cronici hanno i più alti tassi di consultazione ma se si escludono i malati cronici si vede che i disoccupati tendono a consultare il medico più frequentemente di altri e questo effetto è particolarmente evidente tra chi ha appena perso il lavoro. Questo dato è coerente con il riscontro di un aumento della morbidità per problemi medici significativi in seguito alla chiusura di una fabbrica. I maggiori tassi di consultazione tra i disoccupati si devono probabilmente sia ad un aumento di malattia che ad una minore capacità di gestire autonomamente i sintomi come conseguenza di uno stress psicologico e tensioni familiari.

Tra gli altri aspetti socioeconomici che correlano con una maggiore consultazione del medico vi è anche il tipo di abitazione: vivere in affitto correla con maggiori tassi di consultazione. A prima vista questo potrebbe sembrare scontato dato che le classi sociali più svantaggiate difficilmente vivono in case di proprietà, ma in realtà controllando tutti i fattori socio demografici si vede che vivere in affitto o in casa di proprietà è una variabile indipendente che predice la probabilità di consultazione meglio della classe sociale.

Infine sono importanti la rete sociale e il contesto familiare dell'individuo, non solo perché incidono sulla possibilità di ammalarsi ma soprattutto perché influenzano il modo di reagire alla malattia. Si è visto che i soggetti che rispondono alla malattia recandosi dal medico di famiglia sono spesso membri delle cosiddette *sick families* che si contraddistinguono per alti tassi di consultazione e questa caratteristica può essere trasmessa da una generazione all'altra.

Le reti sociali di riferimento di un individuo (che comprendono amici e parenti) hanno un'influenza notevole sulla decisione di consultare o meno un medico. Si è stimato che ogni volta che una persona consulta il medico di famiglia ha già consultato almeno 11 *profani* (non professionisti) tra amici e parenti. Tra questi il ruolo principale è svolto dalle donne che costituiscono il fulcro della gestione familiare e la principale fonte di consigli informali prima di arrivare al medico di famiglia. In particolare le madri, specialmente nel campo della salute dei bambini, forniscono consigli riguardanti la definizione e la gestione della malattia, l'auto-cura e sull'opportunità o meno di consultare un medico.²⁵

L'utilizzo dei servizi sanitari è il culmine di un processo sociale attraverso cui il soggetto che si ritiene malato viene a contatto con le istituzioni mediche. La struttura della comunità non professionale di riferimento influenza il ricorso al medico perché organizza il processo di riconoscersi malati spingendo il paziente verso l'ambulatorio o allontanandolo da esso.

In base alla tipologia del sistema di riferimento profano è possibile prevedere la misura in cui si farà ricorso ai servizi professionali.

Un primo tipo di sistema di riferimento è quello che possiede una cultura notevolmente diversa da quella medica e che si presenta con una struttura molto estesa e compatta. In questo tipo di organizzazione le persone possono essere riluttanti a usare i servizi dei professionisti e possono preferire, invece, guaritori non medici verso i quali hanno fiducia. Il ricorso al medico sarà limitato a poche persone socialmente isolate o per le quali l'utilizzo di rimedi tradizionali è stato fallimentare.

Il secondo tipo è simile al primo per cultura ma si differenzia per la minor coesione sociale che permette all'individuo di scegliere di ricorrere al medico anche se la cultura di riferimento spingerebbe verso curanti non professionali: la struttura sociale più limitata lascia al soggetto maggiore autonomia decisionale.

Il terzo tipo è l'opposto del primo e si riscontra quando la cultura della comunità è molto simile a quella medica e la struttura di riferimento è debole. Il paziente, in questo caso, è solo nel prendere le decisioni e sarà guidato solo dalla propria limitata esperienza e dalle sue convinzioni. Dato che le sue conoscenze e la sua valutazione dei sintomi sono molto simili a quelle del medico è probabile che tenda a curarsi da solo per problemi per i quali ritiene di avere sufficienti competenze e, in caso di fallimento, si rivolgerà al medico e non a guaritori locali.

Infine la situazione in cui è estremamente improbabile il ricorso a professionisti non medici è quella in cui la struttura di riferimento sia estesa e compatta e culturalmente vicina alla professione: è questa la categoria che più spesso interpellerà i medici anziché guaritori non professionali.¹²

In Tab.2 si riassume come la congruenza tra cultura di riferimento e cultura professionale e la coesione del gruppo sociale influenzino il maggiore o minore ricorso ai servizi sanitari.

La rete sociale di supporto, quindi, costituisce un fattore di predizione importante sulla probabilità di consultare un medico: pazienti con una rete sociale sviluppata consultano il medico meno frequentemente. Un forte supporto sociale, infatti, correla con una buona salute e con una migliore capacità delle persone di far fronte alla malattia.

Si è visto che, ad esempio, gli adulti vedovi o divorziati richiedono più spesso l'intervento del medico rispetto ai single o alle persone sposate, forse perché hanno perso parte della rete sociale di supporto, altri hanno rilevato un maggior tasso di consultazione tra i bambini di mamme single ma in realtà entrambi questi rilievi devono essere confermati.

Quello che sicuramente emerge da questi studi è che la consultazione del medico di famiglia è condizionata non solo dalla presenza o meno di malattia ma anche da fattori che influenzano le modalità di percepirla e affrontarla come riassunto sinteticamente in Fig.9.²⁵

Questo schema evidenzia come l'utilizzo dei servizi sanitari non dipenda solo dalla morbidità ma anche dalla disponibilità e accessibilità dei servizi, dalla propensione individuale a utilizzarli e dalla percezione di avere sintomi che richiedano l'aiuto di un medico. I fattori socioeconomici e demografici incidono sulla probabilità che una persona ha di ammalarsi ma anche sulla sua capacità di percepire e affrontare la malattia che dipendono dal contesto sociale, familiare, culturale e da fattori psicologici che hanno a che fare con la percezione di vulnerabilità, con la severità percepita dei sintomi, con la sensazione di poter controllare la propria salute (*locus of control* esterno o interno), con la fiducia nell'efficacia delle cure e con la capacità di far fronte a eventi di vita stressanti (si è visto che i pazienti che consultano più spesso il medico, i *frequent attenders*, sono quelli che riescono a gestire meno bene gli eventi negativi della loro vita e che riportano più frequentemente lo stress come causa di malattia).²⁵

La decisione di consultare un medico, dunque, è una procedura complessa presa in esame anche da sociologi della salute.¹² Tutto inizia con la percezione di un sintomo che nella maggior parte delle volte non viene portato all'attenzione di un professionista: la prima reazione generalmente è l'attesa o il tentativo di autodiagnosi con la conseguente adozione di rimedi semplici quali il riposo, farmaci da banco o cambiamenti di alimentazione. In questa fase il soggetto può richiedere l'aiuto dei familiari che possono suggerire nuove cure o consigliare di rivolgersi a un medico. Se non si va dal medico e i sintomi persistono si ricorre ai consigli di amici, vicini, parenti e colleghi di lavoro che esprimono la loro opinione nell'ambito di conversazioni ordinarie sulla salute.

Nella maggior parte dei casi i sintomi spariscono per cui non si arriva nemmeno a consultare il medico: quanto maggiore è il tempo che intercorre tra la prima percezione del problema e il momento in cui il medico viene contattato, tanto maggiore è la probabilità che i sintomi siano

ambigui e tollerabili e che siano portati all'attenzione del solo sistema di riferimento non professionale (il cosiddetto sistema *profano*).

Quello che per un soggetto costituisce un sintomo di malattia è in genere determinato da due caratteristiche: la novità rispetto a una condizione precedente e la misura in cui il sintomo interferisce con le attività quotidiane. Se, ad esempio, una persona ha avuto una poliomelite che ha causato una leggera paralisi della gamba un leggero zoppicare non costituisce, per lei, un sintomo. Se invece non si è mai zoppicato e improvvisamente non si è più in grado di camminare bene si individuerà un possibile sintomo di malattia. Allo stesso modo una persona abituata a tossire non considererà la tosse un sintomo che valga la pena di riferire al medico.¹²

Sembra, quindi, che coloro che vivono in una società in cui i problemi fisici definiti patologici sono estremamente comuni siano talmente abituati ad essi che difficilmente li porteranno all'attenzione di un medico poiché sono meno propensi a considerarsi malati.

Uno studio sull'America rurale degli anni '50 rivelava che meno elevata era la classe sociale, minore era la tendenza a considerare una serie di sintomi sufficientemente gravi da richiedere l'attenzione del medico.

Allo stesso modo uno studio classico degli anni '60 condotto negli USA evidenziava come i membri delle classi sociali più elevate usualmente si recavano dal medico per risolvere un mal di schiena persistente, mentre i membri delle classi sociali più svantaggiate vedeva il mal di schiena come "qualcosa di innocuo e inevitabile che fa parte della vita e non merita di essere portato all'attenzione del medico". Allo stesso modo uno studio scozzese degli anni '80 evidenziò come le madri di bambini appartenenti alle classi più povere non definivano malati i loro figli, anche se avevano sintomi fisici anomali, se questo non interferiva con le attività quotidiane abituali.

Questa definizione funzionale di malattia, comune tra le classi meno agiate, dipende probabilmente dal fatto che per loro è necessario lavorare anche se si sentono male e dal fatto che le aspettative nei confronti delle cure mediche sono più basse.⁶

A questo punto il riscontro di maggiori tassi di consultazione tra le classi sociali più svantaggiate nella *review* inglese si spiegherebbe con un cambiamento nella concezione del benessere e nella struttura sociale di riferimento delle classi più povere verificatosi tra gli anni '80 e '90.

Negli anni '60 il diverso modo di concepire la malattia a seconda della struttura della società è stato efficacemente analizzato da Parsons.¹² Se in passato la devianza era definita in termini religiosi, oggi i concetti di salute e malattia acquistano rilievo alla luce dei valori americani. In altre parole se si considera la società indiana in cui si esalta la purezza spirituale la devianza è rappresentata dal sottrarsi ai riti religiosi; in Inghilterra il valore dominante è l'osservanza della legge per cui la devianza è l'illegalità; in Unione Sovietica si esaltava l'impegno del cittadino a fare il proprio dovere a beneficio dello stato e il raggiungimento di una meta collettiva era più importante della capacità di successo individuale al punto che la devianza era considerata l'opposizione al regime. Negli Stati Uniti il sistema di valori pone l'accento sull'*attivismo* (cioè la tendenza a sottomettere l'ambiente anziché adattarsi ad esso), la *temporalità* (ovvero il perseguimento di scopi pratici di tipo secolare piuttosto che gratificazioni mistiche o estetiche) e lo *strumentalismo* (cioè l'assenza di una meta precisa per cui il raggiungimento di un obiettivo viene di volta in volta definito da scelte di opportunità). In questo contesto l'apice della scala di valori è costituito dal successo universalmente riconosciuto per cui la salute è la condizione fondamentale per svolgere i propri compiti e ruoli in maniera adeguata. In questa prospettiva la devianza è la malattia, perché costituisce una diminuzione delle capacità di un individuo di riuscire.¹²

Al di là dei confronti trasversali fra diverse società degli anni '60, oggi il consumismo sanitario è frutto della modificazione dei concetti di salute e benessere a cui si sta assistendo negli ultimi anni. Questo ha a che vedere con la trasformazione che ha investito tutte le società Occidentali con il passaggio dalla società industriale a quella post-industriale o, come più spesso si dice, dalla società moderna a quella post-moderna. Il cambiamento in corso investe gran parte dei fenomeni sociali, compreso quanto ruota intorno al tema della salute e del benessere.

Una società viene considerata moderna se persegue primariamente lo scopo di assicurare ai suoi componenti il massimo benessere possibile ma il benessere di individui e famiglie viene concepito secondo il modello del fruitore del massimo consumo possibile: ancora oggi i sondaggi di opinione indicano come l'idea di benessere sia la cosa più importante della vita nelle società industrializzate e i principali indicatori di sviluppo sono indicatori economici di redditi e consumi.¹³

Il principale cambiamento delle società Occidentali, secondo le tesi di Inglehart, deriverebbe da uno sviluppo economico elevato, alti livelli di istruzione e benessere in generale che hanno prodotto un superamento della priorità accordata ai valori materialisti (sicurezza fisica ed economica, nutrizione etc.) a favore dei valori post-materialisti che invece esaltano l'autonomia individuale, l'introspezione, la realizzazione della propria personalità.

Contemporaneamente la tendenza ai consumi esasperati, la cultura dello sballo, una vita fatta di esperienze superficiali, provvisorie (anche a causa della crisi di occupazioni stabili a favore della "flessibilità") e l'eccessiva attenzione a se stessi porta ad abbandonare l'idea che il benessere dipenda da una vita stabile, fatta di relazioni significative e solidaristiche con gli altri.

Si affacciano, in questo contesto, i tassi elevati di alienazione sociale, ansie, rotture, abbandoni che si traducono in un concetto di malessere come area di sofferenza ancora non riconosciuta e

catalogata come malattia che raccoglie soprattutto disagi di natura sociale, psicologica e psicosomatica.¹³

Questa sensazione di disagio e incertezza risultano particolarmente evidenti nelle nuove generazioni: un'indagine condotta in Italia nel 1998 nell'ambito della terza WVS (World Value Survey) su circa 1000 studenti universitari e i loro genitori (1700) compresi nelle fasce di età 18-29 e oltre 40, messa a confronto con le indagini precedenti (WVS 1981 e 1993-95) riflette lo scenario che caratterizza il nostro Paese e molti altri Paesi Europei. Quel che emerge da queste ricerche è una diffusa sensazione di malessere che colpisce entrambe le generazioni. Le crisi della scuola, della famiglia, la precarietà del lavoro, i rischi connessi alla globalizzazione sono fonte di disagio e incertezza. I giovani stanno sperimentando nuovi modelli di moralità, matrimonio, procreazione, educazione, carriera che comportano un modello flessibile di identità e di autorealizzazione. Tutto questo porta a una valutazione più negativa e alla delegittimazione dell'autorità in genere (istituzioni, politica, sistema educativo e professionale) in virtù dell'autodeterminazione sulle scelte di vita in cui è accettabile solo un minimo condizionamento esterno.¹³

Una rappresentazione grafica di quanto affermato fino ad ora si ha in Fig. 10 e 11²⁶. In Fig.10 si possono osservare le differenze tra i valori dominanti in diverse aree geografiche: sull'asse delle ordinate è rappresentata la dimensione dei valori tradizionali *versus* i valori secolari-razionali. Le società che si collocano vicino al polo dei valori tradizionali attribuiscono grande importanza alla religione, alla famiglia tradizionale con forti legami genitori-figli, al nazionalismo, al rispetto dell'autorità, all'insegnamento dell'obbedienza e respingono l'idea di divorzio, aborto, eutanasia e suicidio. Le culture vicine al polo dei valori secolari-razionali, invece, attribuiscono meno importanza ai valori suddetti.

La dimensione dei valori materialisti e post-materialisti è invece rappresentata sull'asse delle ascisse dove i valori materialisti sono quelli connessi alle necessità di sopravvivenza e quelli post-materialisti all'autodeterminazione individuale. I popoli collocati vicino ai valori materialisti sono quelli che accordano la priorità alla sicurezza fisica ed economica. Le società più sviluppate, in cui gli individui delle ultime generazioni sono cresciuti in condizioni politiche più stabili e condizioni economiche più vantaggiose per cui i beni necessari per la sopravvivenza sono garantiti, si collocano vicino al polo dei valori legati all'autodeterminazione: enfasi sulle libertà civili e politiche (con richiesta di partecipazione alle decisioni economiche e politiche), difesa dell'ambiente, libertà di espressione, autodeterminazione, fiducia nel prossimo, tolleranza nei confronti delle minoranze ed educazione dei figli incentrata su tolleranza e immaginazione anziché sul lavoro duro.

In Fig. 11 si evidenzia come il passaggio da valori tradizionali e materialisti a valori più secolari e post-materialisti sia in gran parte legato allo sviluppo economico, alla modernizzazione e ai processi di crescita democratica che hanno condotto all'indebolimento dei valori tradizionali che enfatizzavano il ruolo della comunità a favore dei valori di autodeterminazione individuale e libertà di scelta.

Tuttavia, gli ostacoli alla realizzazione di sé si riscontrano anche nelle società più evolute in senso post-moderno. L'assottigliamento del senso di appartenenza ad una comunità, l'exasperazione della ricerca personale del benessere attraverso la realizzazione immediata dei desideri, la collezione di sensazioni, la spinta al consumo come scopo principale della vita e la flessibilità che implica la mancanza di obiettivi di lunga durata (perché tutto può cambiare con grande facilità) sono alla base di un generale senso di incertezza e malessere che pervade le società industrializzate ma che dipende anche dal funzionamento delle istituzioni socio-politiche.

Se si valuta la percezione del benessere inteso come soddisfazione personale per la propria vita, il proprio status, le opportunità e le scelte effettuate si vede che gli italiani, rispetto agli altri Paesi occidentali, non dichiarano un alto livello di benessere individuale. Le indagini condotte dal '73 al '98 in Europa mostrano come il benessere percepito dagli italiani (in risposta a domande del tipo: “in generale lei quanto è soddisfatto nel complesso della sua vita? Molto soddisfatto, ragionevolmente soddisfatto, non molto soddisfatto o del tutto insoddisfatto?”) si colloca sui livelli inferiori. La percentuale di persone che si dichiaravano “molto soddisfatte” della propria vita era del 65% tra i danesi e arrivava al 10% degli italiani nel 1998, con un *trend* modestamente in crescita negli ultimi 30 anni (Fig.12).¹³

Anche le pratiche sociali che si muovono attorno al mondo della salute sono orientate nel senso dell'esaltazione dell'individualità e includono oggi i movimenti di cura del corpo e della mente attraverso la riscoperta di sé e l'equilibrio con il mondo che spesso sono raggruppabili nell'ambito del fenomeno *new age*. Si tratta di movimenti che propugnano un benessere tutto incentrato sull' “io” enfatizzando i suoi aspetti biologici, psicologici ed estetici esaltando la cura e la guarigione attraverso la realizzazione individuale come una nuova “religione del sé”.

Anche nel campo della salute si sta assistendo alla sostituzione del complesso valoriale dominante di tipo materialista (centrato sui bisogni sostentativi, protettivi) con un complesso di valori più attento agli aspetti della qualità di vita, relazionali, espressivi ed estetici. Si tratta di un orientamento verso il pluralismo comportamentale che valorizza la spinta alla scelta autodeterminata dei comportamenti da adottare piuttosto che all'adozione di prescrizioni imposte dall'autorità professionale. In questo contesto fioriscono le terapie “alternative” che offrono vie di fuga al disagio di vivere spesso non coperto dalla medicina convenzionale che si distingue per la progressiva specializzazione e tecnologizzazione.

Il paradigma tecnologico-specialistico della medicina moderna è in grado di soddisfare i bisogni del malato quando la malattia è ben individuabile e curabile applicando il modello organo-malattia-farmaco ma non può rispondere al bisogno di cura di un disagio o una sofferenza più sottile e sfumata che non è classificabile in una malattia ben precisa. Si tratta di situazioni che non costituiscono ancora una malattia codificabile ma non sono più salute intesa come “completo stato di benessere psico-fisico-sociale e non solo assenza di malattia” secondo la definizione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità del 1978. Questi stati di malessere, tensione e squilibrio rispetto a componenti cruciali della vita materiale, sociale e affettiva degli individui vengono portati, di solito, all’attenzione del medico di famiglia che spesso costituisce l’unico presidio di risposta e controllo sociale.

Questi stati di non-salute e non-malattia, quindi, non possono essere affrontati secondo gli schemi classici di intervento della medicina moderna meccanicistica perché non è individuabile un “guasto organico” riparabile con gli strumenti diagnostici tradizionali. La gestione di queste situazioni, quindi, viene demandata al medico di famiglia, sia perché rappresenta la prima opportunità di incontro con un professionista della salute, sia perché, conservando un maggior approccio olistico alla persona e al suo contesto rispetto allo specialista, rappresenta una possibile risposta al malessere indefinito. Oltre al medico di medicina generale, le figure professionali più coinvolte nella gestione di questi stati di malessere poco definiti sono i rappresentanti delle *medicine non convenzionali*: se la medicina positivista tradizionale risponde ai bisogni materialisti di sicurezza, protezione e sostentamento, la *medicina alternativa* sembra rispondere meglio ai nuovi bisogni post-moderni di comunicazione, relazione, appartenenza.

Il paziente cerca nei terapeuti non convenzionali ascolto e comprensione e sembra trovarli dato che il tempo dedicato in media ai propri pazienti è di 14,5 minuti a visita per il medico di famiglia, 25 minuti per il medico ospedaliero e 33 minuti per il medico omeopata.

La componente psicologica diventa, quindi, una componente relazionale, segno che il consumatore cerca una relazione più profonda, qualcuno che lo ascolti di più. Non è un caso che le *terapie alternative* si siano sviluppate soprattutto nelle aree industrializzate del Nord Italia dove i processi di terziarizzazione hanno frantumato le aggregazioni produttive della società industriale erodendo gli spazi di relazione sociale offerti dalla vita di gruppo e in cui è maggiore la diffusione dei valori post-materialisti.¹³

Anche nel campo della salute, quindi, la tendenza è la ricerca di soddisfazione non tanto dei bisogni materialisti (sicurezza, nutrizione, benessere fisico) ma piuttosto di quelli post-materialisti (benessere psichico legato alla realizzazione personale e alla relazione con gli altri) e gli stati di malessere derivanti dalla mancata autorealizzazione spingono a cercare l'aiuto di professionisti che in qualche modo possano compensare, attraverso la relazione e l'ascolto, questa insoddisfazione.

In realtà le richieste rivolte alla medicina dipendono molto dall'immagine culturale di salute intesa come una serie di azioni da mettere in opera per mantenere al meglio il proprio equilibrio fisico e psicologico. Un'indagine condotta a Parma nel 1996 su 250 cittadini adulti di età compresa tra i 25 e i 70 anni e perciò descrittiva di una realtà limitata del centro-nord ha evidenziato come esistano diversi profili nella concezione di salute che conducono a scegliere un determinato tipo di cure piuttosto di altre.

Il profilo più rappresentato nel campione è quello definito *relazionale-familiare* che raccoglie i valori legati alla sicurezza e alla famiglia e prevede, per il raggiungimento di un buono stato di salute, le seguenti prescrizioni comportamentali in ordine di importanza:

- Avere una famiglia stabile e serena
- Avere una vita affettiva soddisfacente
- Avere una situazione economica sicura

Secondo questo profilo la salute è tranquillità e calore, mentre la malattia è ansia e solitudine. Questo concetto di salute è condiviso in maniera trasversale da maschi e femmine, da persone sposate o single ed è leggermente più presente tra gli adulti rispetto ai giovani sebbene anche tra questi ultimi sia diffuso e consolidato. Per quanto riguarda le professioni sono pensionati, dirigenti e casalinghe a condividere di più questo profilo che è diffuso soprattutto tra chi possiede un'alta pratica religiosa.

Il rapporto con la medicina dei soggetti che condividono un'immagine di salute legata alla rassicurazione delle relazioni familiari e della sicurezza economica sembra essere diretto soprattutto nei confronti della medicina convenzionale piuttosto che verso le medicine alternative. Per quanto riguarda l'auto-cura vengono privilegiati i ricostituenti anche se è scarsa la propensione ai rimedi "fai da te". Coloro che aderiscono a questa immagine di salute trovano nel medico di famiglia la principale fonte di informazioni e indicazioni per tutto ciò che riguarda la cura e la salute.

Il secondo profilo è quello che propugna un'idea di salute legata al rendimento fisico e che può essere denominato delle *tre "s"* (sesso, sole, sport). Le prescrizioni considerate fondamentali per avere una buona salute sono:

- Avere molto tempo libero
- Fare sport
- Vivere a contatto con la natura
- Avere una vita sessuale soddisfacente

Si tratta di un concetto di salute molto simile al modello "californiano" che si è sviluppato a partire dagli anni '80 con la concezione di un corpo agile e magro, modellato dal *fitness*, e dalle diete, contemporaneamente alla caratterizzazione del grasso e del sovrappeso che diviene il simbolo dell'incapacità di autocontrollo.

Anche questo profilo è trasversale tra i due sessi ma sembra essere più diffuso tra i ceti operai, tra i disoccupati, con livello di istruzione inferiore alla maturità e, in generale, tra i ceti medio-bassi. Questo si spiega con il fatto che queste persone ritengono che il proprio lavoro lasci spazi e tempi troppo scarsi da dedicare a queste pratiche di salute. L'accettazione di questo modello è inversamente proporzionale alla pratica religiosa degli intervistati ma sembra correlare con fedi "alternative" nell'astrologia o in altro genere di superstizioni.

Per quanto riguarda il rapporto con la medicina questi soggetti fanno un ampio uso di integratori alimentari (a base minerale, di erbe etc.) e la fonte utilizzata per la scelta delle cure sono i medici non convenzionali, gli specialisti e i terapeuti non medici.

Il profilo *introspettivo* è quello più vicino ai movimenti *new age*; si tratta di una concezione di salute incentrata sul sé inteso come spirito, psiche e corpo (con una prevalenza dei primi due, al contrario del profilo delle tre "s"). Gli elementi che compongono questo profilo sono:

- Saper ascoltare il proprio corpo
- Conoscere la propria psiche e avere cura del proprio spirito
- Essere capaci di curarsi da soli

Si tratta di un profilo più rappresentato tra le donne che non tra gli uomini, trasversale per fasce di età ma che sembra essere diffuso soprattutto tra le casalinghe. Il grado di istruzione dei soggetti che aderiscono a questa immagine di salute è, come nel caso precedente, inferiore alla maturità, mentre la religiosità di queste persone è abbastanza alta.

Il rapporto con la medicina per le persone che condividono questo profilo di salute è diretto verso le medicine non convenzionali ma spesso si tratta di soggetti che non si rivolgono a nessun medico, proprio per l'enfasi sulla capacità di curarsi da soli (in genere con erbe o integratori alimentari).

Il profilo *tradizionale-espansivo* fornisce una versione fisiologica della salute, legata al cibo e alla quantità:

- Mangiare abbondantemente
- Mangiare ciò che più piace
- Non affaticarsi sul lavoro

Si tratta di un'immagine di salute legata alla cultura della scarsità materiale e della cultura agricola o della prima industrializzazione che caratterizza le generazioni più anziane e meno istruite che si rivolgono alla medicina convenzionale per il minor tempo possibile.

Il profilo tradizionale-difensivo, invece, è dominato dalla convinzione che la cautela, l'informazione e la tendenza ad evitare i pericoli (fumo, alcool) preservino un buono stato di salute:

- Essere sempre bene informato in campo medico
- Evitare le situazioni pericolose per la salute
- Non bere e non fumare

Si tratta di un atteggiamento che vede ciò che viene dall'esterno negativo e pericoloso per la salute con la tendenza ad astenersi dagli eccessi e dai contatti.

Questo atteggiamento è più evidente nelle donne, soprattutto nella fascia di età superiore ai 50 anni, tra i livelli di istruzione più bassi e tra chi ha un alto livello di pratica religiosa o che crede in fedi alternative come l'astrologia (atteggiamento rituale e superstizioso verso l'ignoto).

In ambito medico questi soggetti ricorrono prevalentemente alla medicina convenzionale pur non chiedendo lunghi tempi di visita e le scelte di auto-cura sono in genere guidate dall'erborista o dal farmacista.

Infine il profilo definito integrazione medica è quello che porta a scegliere sempre più spesso le cure non convenzionali anche se non rifiuta la medicina ufficiale, ma anzi tende a integrarla con terapie diverse:

- Non affidarsi unicamente alla medicina ufficiale
- Fare spesso cure disintossicanti di tipo naturale e cure ricostituenti

- Curarsi con erbe e prodotti naturali e integrare l'alimentazione con prodotti biologici

L'integrazione tra medicina convenzionale e terapie alternative riguarda ormai il 27% dei pazienti ed è diffusa in particolare tra i giovani, gli studenti (specialmente universitari) mentre trova minor successo tra chi è già laureato o riveste mansioni di tipo dirigenziale. Questo atteggiamento è diffuso soprattutto tra quanti ritengono che il proprio lavoro lasci spazi più che sufficienti al riposo, tra coloro che hanno fatto almeno una settimana di vacanza in più rispetto ad altri durante l'anno e che poggia sul valore simbolico di "natura" oltre che sulla dicotomia naturale/artificiale. I soggetti che condividono questo orientamento utilizzano di solito integratori a base di erbe, si rivolgono sia alla medicina convenzionale che alle terapie alternative e sono coloro che attribuiscono la massima importanza alla lunghezza della visita.

In sostanza gli anziani esprimono concetti di salute tradizionali legati alla presenza di beni materiali e alla cautela, mentre i più giovani presentano orientamenti culturali che si possono identificare nei valori post-materialisti (autorealizzazione, edonismo, estetica) che, nell'ambito della salute, si traducono nella tendenza a privilegiare scelte dirette alla cura del corpo (cultura "californiana" della forma fisica, inseguimento dell'eterna giovinezza nel suo aspetto fisico ed esteriore, esaltazione della sessualità, dello sport e del tempo libero) o all'introspezione e all'attenzione per la propria realizzazione psicologica e spirituale. Entrambi questi atteggiamenti sono orientati favorevolmente verso le medicine non convenzionali e il fatto che siano distribuiti trasversalmente nei vari gruppi sociali e nei due sessi (la prevalenza di un profilo in alcune categorie professionali o in uno dei due sessi è minima) è un aspetto tipico delle società post-moderne fondate sul consumo e sulla costruzione individuale degli stili di vita, a volte anche contraddittori.¹³

In sostanza si può dire che la transizione verificatasi nelle società post-moderne da valori tradizionali e materialisti legati alla sicurezza fisica ed economica a valori post-materialisti di

autorealizzazione personale, autonomia e introspezione, contemporaneamente al verificarsi di condizioni che limitano queste possibilità di realizzazione individuale non fanno altro che moltiplicare le ansie e le incertezze già ampiamente determinate dalle trasformazioni sociali in atto (urbanizzazione e tendenza all'individualismo, scarsa coesione sociale, minacce provenienti dalle crisi economiche ecc.). Gli stati di disagio e malessere derivanti dalla mancata autorealizzazione spingono a cercare l'aiuto di professionisti che in qualche modo possano compensare, attraverso la relazione e l'ascolto, questa insoddisfazione e spesso il medico di medicina generale è il primo professionista chiamato in causa in questo processo.

3.5. IL COMPLESSO SANITARIO.

Il complesso sanitario è al centro del modello utilizzato per l'analisi del consumismo sanitario perché allo stesso tempo influenza ed è influenzato da tutti i fattori esaminati fino ad ora come rappresentato in Fig.5: sarà organizzato in modo tale da poter rispondere adeguatamente alla necessità di curare prevalentemente le malattie croniche (relazione con la natura esterna), influenzerà il modo di intendere salute e malattia ma contemporaneamente subirà le pressioni di una società che chiede sempre più alla medicina di risolvere le inquietudini legate ai cambiamenti socio-culturali (relazioni con il soggetto, la natura interna e il sistema sociale). Non resta che esaminare, quindi, il contributo apportato dalla professione medica e dall'industria farmaceutica al fenomeno del consumismo sanitario.

3.5.1. IL RUOLO DELL'INDUSTRIA FARMACEUTICA E DEI *MEDIA*.

L'industria farmaceutica fornisce ogni giorno strumenti molto validi per la cura delle persone ed è impegnata costantemente nell'elaborazione di nuove strategie efficaci e sicure per il miglioramento della salute. Grazie alla ricerca farmaceutica possiamo, ad esempio, effettuare terapie ormonali sostitutive evitando i rischi infettivi legati all'estrazione di queste sostanze da cadavere, possiamo contare su una gamma di antibiotici capaci di combattere le infezioni più insidiose, su farmaci in grado di alleviare le sofferenze e su molecole sempre più selettive nel modificare un meccanismo fisiopatologico alla base di una malattia.

Pur attribuendo alle industrie farmaceutiche meriti notevoli occorre, tuttavia, riconoscerne anche i limiti, tra cui quello fondamentale di essere vincolate, in quanto aziende, a esigenze di profitto e, di conseguenza, alla necessità di produrre prodotti che possano essere “piazzati sul mercato”.

Le strategie di *marketing* studiate dall'industria farmaceutica sono esaminate dettagliatamente da libri come “*Farmaci che ammalano*”⁵ da cui sono tratti, dove non altrimenti specificato, i dati e le argomentazioni di questo paragrafo che costituiscono un esempio di quel fenomeno che prende il nome di *disease mongering* (letteralmente “promozione di malattie”).

Del resto un'industria con un fatturato annuo di 500 miliardi di dollari come quella farmaceutica non può che elaborare tecniche molto accurate per vendere i suoi prodotti, tra queste:

- Ingigantire o creare un problema
- Banalizzare le soluzioni
- Promuovere i prodotti disponibili

Al vertice delle strategie di *marketing* c'è il tentativo di modificare la percezione delle malattie al fine di aumentare il numero di potenziali utilizzatori dei prodotti farmaceutici disponibili che rappresentano una soluzione semplice e immediata per disturbi presentati come una minaccia terrificante per la vita delle persone.

In alcuni casi si creano nuove entità nosologiche per le quali è possibile utilizzare farmaci già esistenti. Un esempio emblematico di questa tattica è il *Disturbo disforico premestruale* (DDPM) che non viene nemmeno riconosciuto dall'*International Classification of Disease* dell'Organizzazione Mondiale di Sanità ed è oggetto di controversie tra gli stessi membri del comitato che lo hanno incluso in un'appendice del *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-IV), tra i disturbi “per i quali non esistono ancora prove sufficienti per giustificarne l'inclusione tra le categorie e gli assi ufficiali del DSM-IV”.²⁷ Nonostante questo, il DDPM viene riconosciuto come entità nosologica precisa dalla Food and Drug Administration (FDA) americana che ha autorizzato l'uso della fluoxetina e di altri antidepressivi per questa indicazione.

Secondo il DSM-IV la presenza di 5 o più dei sintomi elencati in Tab.3 per pochi giorni prima delle mestruazioni permetterebbe di etichettare una donna come affetta da un disturbo depressivo. Gli sbalzi d'umore, la tensione mammaria, la ritenzione idrica, l'irritabilità e la stanchezza che si verificano nei giorni che precedono le mestruazioni, e che pressoché qualunque donna ha sperimentato nel corso della vita, non sono più qualcosa di fisiologico ma un sintomo rivelatore di un possibile disturbo psichico: si instilla, così, nella mente dei professionisti e dell'opinione pubblica il sospetto che una buona quota di donne in età fertile sia malata.

La storia di questa nuova entità nosologica ha radici antiche: già negli anni '30 viene coniato il termine "tensione pre-mestruale". Negli anni '60 compare il concetto di "sindrome premestruale" (SPM) che è costituita da sintomi come ritenzione di liquidi, irritabilità, instabilità di umore etc. con più di 150 sintomi associati ma esistono talmente tante definizioni diverse di questa sindrome che qualunque donna può vedere nella SPM qualcosa di ciò che prova abitualmente. Nel 1987 compare per la prima volta, nel DSM-III-R, il disturbo disforico della tarda fase luteinica (LLPDD) nonostante i membri del comitato responsabile della revisione del DSM non fossero tutti concordi nella definizione di questo disturbo come entità a se stante. Nel 1993 il LLPDD viene sostituito con Disturbo Disforico Premestruale, voce che sarebbe rimasta nell'appendice del DSM come sindrome che richiedeva ulteriori ricerche. Alla fine del 1998 si tiene una "Tavola rotonda" sul DDPM a cui partecipano 16 esperti, un gruppo di funzionari dell'FDA e 4 rappresentanti di una nota casa farmaceutica produttrice di fluoxetina: entro 12 mesi da quell'incontro appare su una rivista medica un articolo che, riportando l'esito di quell'incontro, afferma che ora esiste un consenso scientifico sul fatto che il DDPM è un'entità clinica distinta. Questa pubblicazione conferisce credibilità alla malattia e basta a persuadere l'FDA ad approvare, a dicembre del 1999, la fluoxetina (il cui brevetto stava per scadere) per la cura del DDPM. Di lì a poco la molecola sarà lanciata sul mercato con un nome e una confezione

specifica per questa indicazione (Sarafem®), diversi da quella dell'identico antidepressivo più noto della stessa casa farmaceutica (Prozac®) e studiati su misura di un pubblico prettamente femminile (pillole rosa e lavanda, confezioni con girasoli e lancio di campagne pubblicitarie *ad hoc*).⁵ Attualmente i farmaci approvati dall'FDA per il Disturbo disforico premestruale sono: sertralina (Zoloft®), fluoxetina (Sarafem®) e paroxetina HCL (Paxil CR®).²⁸

Secondo l'American College of Obstetricians and Gynecologists almeno il 20-40% delle donne in età fertile presenta mensilmente almeno uno dei sintomi di Sindrome Premestruale (SPM), in genere in forma lieve e senza necessità di trattamento ma dal 2 all'10% delle donne in età fertile avrebbe una forma grave di SPM che è il Disturbo Disforico Pre-mestruale (DDPM).²⁹

A riprova di quanto l'esistenza stessa del DDPM e le cure proposte siano controverse si veda il comunicato emanato in proposito nel 2003 dall'EMA³⁰ (l'organo centrale europeo per la vigilanza sui farmaci) in cui si sollevano seri dubbi sull'esistenza del DDPM e si critica duramente la qualità delle prove cliniche delle società farmaceutiche che pretendevano di dimostrare i benefici degli antidepressivi (trial clinici durati troppo poco, selezione del campione non rappresentativo delle persone a cui sarebbe stato prescritto il farmaco, scarsa accuratezza dell'*outcome* misurato) con la conseguente mancata approvazione, in Europa, della fluoxetina per la cura del DDPM.

Se si esamina la letteratura medica si può notare come il concetto di Sindrome Premestruale sia una nozione essenzialmente occidentale dato che la maggior parte della ricerca medica è stata effettuata in Europa, Nord America e Australia: ciò significa che le donne di ogni angolo della Terra accusano tensione, irritabilità o ritenzione idrica prima delle mestruazioni senza per questo credere di aver bisogno di consultare un medico. Con questo non si vuole dire che non esistano donne per le quali il quadro di manifestazioni che accompagna le mestruazioni sia invalidante, né si vuole sminuire il lavoro di chi cerca di trovare una soluzione a questi problemi ma ci si pone il

dubbio che un insieme di sintomi debba essere necessariamente inquadrabile in una categoria nosologica e meriti banalmente un trattamento farmacologico. Probabilmente, come si è già detto in precedenza, questo dipende dalla necessità dei medici di dare delle definizioni operative a dei disturbi in modo tale da poter offrire delle soluzioni e dalla necessità dei pazienti di dare un nome a ciò che produce la loro sofferenza. Quello che lascia perplessi, però, è che per attribuire un'etichetta diagnostica, talvolta, siano sufficienti criteri così vaghi o comuni che permettono di includere sotto l'ombrello della malattia anche le normali esperienze della vita umana.

Le campagne promozionali messe in atto negli Stati Uniti dalle case farmaceutiche produttrici di antidepressivi, infatti, hanno mirato a pubblicizzare il disturbo disforico premestruale spingendo l'opinione pubblica a ritenere che normali esperienze di vita possano essere segno di una grave patologia ed esortandola a consultare un medico per questo. Si è trasmesso, inoltre, il messaggio che gli stati di tensione, irritabilità e frustrazione non dipendano da condizioni di vita alienanti, ritmi di lavoro elevati, conflitti coniugali o dalle responsabilità familiari che gravano spesso solo sulle donne ma dipendano esclusivamente da un deficit di serotonina correggibile semplicemente con l'uso di antidepressivi.⁵

Un caso come quello del DDPM mostra efficacemente come la pubblicità diretta al consumatore per i farmaci spinga le persone a trovare nella malattia la spiegazione di un disagio esistente e a chiedere al medico una soluzione farmacologica. I *budget* delle case farmaceutiche destinati a questo tipo di promozione sono raddoppiati da 1 miliardo di dollari nel 1997 a 2.5 miliardi di dollari nel 2001 (il 21% delle spese promozionali)³¹ ed evidentemente si tratta di una strategia piuttosto redditizia se si considera che questo sistema spinge i pazienti a trasformarsi in veri e propri consumatori che vanno dal medico come si va in un negozio a chiedere di acquistare un prodotto.

Un sondaggio dell'FDA sui comportamenti di medici e pazienti legati alla pubblicità di farmaci diretta al consumatore rivela, infatti, come questo tipo di promozione induca una maggior ricerca di informazioni: il 43% degli intervistati dichiara di essere stato spinto dalla pubblicità a cercare informazioni sulla salute in generale, sul farmaco e sulla malattia per cui è indicato e le fonti a cui si è rivolto sono principalmente il medico (89%), il farmacista (51%), libri (40%) e parenti, amici o conoscenti (38%).

Tra coloro che si recano dal medico il 33% chiede se esiste in generale un farmaco per il suo disturbo e tra questi il 29% chiede un farmaco specifico di una data marca.

Tra i pazienti che chiedono un farmaco in generale per il loro disturbo il 49% riceve una prescrizione, mentre il 41% riceveva consigli e indicazioni sullo stile di vita. Se i pazienti chiedono un farmaco di una data marca, invece, la percentuale di medici che lo prescrive è il 64% tra i medici di famiglia e 46% tra gli specialisti.³²

Si potrebbe pensare che questo genere di pressioni da parte dei pazienti sia esclusiva di Paesi nei quali è consentita, per i farmaci con obbligo di prescrizione medica, la pubblicità diretta al consumatore (nel mondo industrializzato solo Nuova Zelanda e Stati Uniti la consentono, in Europa la pubblicità dei medicinali è regolamentata dalla direttiva 92/28/CEE).³³

In realtà l'attitudine a consultare il medico per aspetti di vita sostanzialmente normali, le richieste di visite, esami o farmaci da parte dei pazienti senza alcuna indicazione razionale si verificano anche in Europa: a tale proposito è interessante valutare il ruolo dei *media* sulla percezione della malattia da parte dei pazienti, indipendentemente dagli interessi economici delle case farmaceutiche.

L'induzione alla consultazione del medico può provenire, infatti, anche dall'enfasi posta dai mezzi di comunicazione di massa su alcune condizioni e dal clima di ansia generato talvolta da titoli allarmistici. Una percezione di questo si è avuta recentemente a seguito del clima di terrore

creato dal propagarsi dell'influenza suina: un sondaggio della Federazione Italiana dei Medici di Famiglia rileva un aumento del 30% delle visite domiciliari e del 40% delle telefonate rispetto ai periodi precedenti.³⁴

Una dimostrazione più precisa di quanto i *media* influenzino il ricorso al medico è data dal confronto tra i tassi di consultazione per sindrome influenzale della stagione 2006/2007 rispetto agli anni precedenti.

In Italia la stagione influenzale 2004/2005 è stata una di quelle a maggiore impatto (insieme a quelle del 1999/2000 e 2002/2003) visti i dati di incidenza rilevati dall'Istituto Superiore di Sanità (il picco di incidenza è stato di 16 casi ogni 1000 abitanti) (Fig.13).³⁵ La stagione successiva l'incidenza è stata molto scarsa (circa 3 casi/1000 abitanti al picco di epidemia) e nella stagione 2006/2007 si è riscontrata un'incidenza pari a poco più della metà (9 casi/1000 abitanti) rispetto a quella del 2004/2005 (Fig.14).³⁶ Eppure i tassi di incidenza della malattia non sempre corrispondono ai tassi di consultazione presso i medici di famiglia. Se si confrontano i dati epidemiologici visti finora con i tassi di consultazione del medico di famiglia per sindrome influenzale si vede che la stagione 2006/2007 è stata contraddistinta da un tasso di consultazione per sindrome influenzale elevatissimo (più di 4000 visite/settimana) a fronte di un'incidenza di influenza modesta (circa 9/1000 abitanti), cioè un tasso di visite 3 volte superiore a quello della 2004/2005 che aveva avuto un'incidenza elevata (16 casi/1000 abitanti, circa il doppio) (Fig.15).³⁷

Se l'epidemia di influenza nella stagione 2006/2007 non è stata tra le più drammatiche allora c'è da chiedersi come mai tante persone sono state spinte a chiedere una visita medica per una sindrome influenzale che solo 2 anni prima veniva gestita probabilmente con rimedi casalinghi e un po' di riposo. Una possibile risposta si può ottenere esaminando gli argomenti preferiti dai giornali nel corso del 2005 e del 2006: se si analizza il periodo compreso tra gennaio 2005 e

settembre 2006 si vede come da settembre 2005 a marzo 2006 uno degli argomenti privilegiati dalla stampa nazionale e internazionale fosse l'influenza aviaria.³⁸ Tuttavia si può ipotizzare che le ripercussioni di un simile allarme non si siano verificate subito (sul tasso di consultazione per sindrome influenzale della stagione 2005/2006) solo perché quell'anno l'incidenza di influenza fu davvero molto bassa ma a quanto pare l'ansia di un possibile contagio di massa da parte di un virus letale sembra essersi manifestata la stagione successiva.

3.5.2. IL RUOLO DEI MEDICI E DEL SISTEMA SANITARIO.

L'effetto dei media, di internet e, in generale, il sempre maggiore accesso degli assistiti alle conoscenze mediche così come l'evoluzione socioculturale hanno modificato il tradizionale rapporto medico-paziente. L'asimmetria e il ruolo dominante del medico nel rapporto col paziente sono sempre più tenui: da almeno 20 anni, infatti, il rapporto medico-paziente si sta trasformando in senso sempre più negoziale. I bisogni del paziente di conoscenza e di gestione autonoma della propria salute lo hanno reso un soggetto che partecipa alle scelte di salute senza delegare le decisioni completamente al medico.

Gli aspetti positivi di condivisione e negoziazione delle scelte terapeutiche sono però controbilanciati da pressioni sul medico affinché prescriva gli accertamenti o le terapie di cui il paziente, spesso irrazionalmente, crede di aver bisogno.

È frequente, nel contesto della medicina generale, che l'assistito chieda esplicitamente di effettuare visite, accertamenti, ricoveri perché ne ha sentito parlare in televisione, sui giornali, perché si è documentato su internet o perché è stato consigliato da amici o conoscenti.

Una ricerca condotta nell'ASL di Brescia su 28131 prestazioni richieste dai medici di famiglia (escluse le prescrizioni di farmaci, terapie fisiatriche e le richieste di prestazioni non accolte dal medico curante) ha evidenziato che più della metà delle prestazioni effettuate dal medico erano

suggerite (il 12% dai pazienti, il 41% dagli specialisti) mentre il 47% era effettuato su iniziativa del medico di medicina generale. Tra le prestazioni sanitarie più richieste dagli assistiti prevalgono le visite specialistiche (48% soprattutto oculista, ortopedico, dermatologo, ginecologo, otorinolaringoiatra, cardiologo e urologo) mentre l'accesso in pronto soccorso costituisce la più frequente prestazione decisa autonomamente (31%). Tra gli accertamenti diagnostici indotti i più frequenti erano gli esami bioumorali (il 16% di quelli prescritti dal medico era suggerito dall'assistito), mentre tra gli accertamenti di diagnostica per immagini i pazienti hanno fatto richiesta soprattutto di mammografie, Rx rachide, Rx ginocchio o spalla, ecografia mammaria, ecografia addome, ecografia muscolo tendinea ed ecografia ginecologica (Fig.17).³⁹

Questi dati mostrano efficacemente come i medici possano avere un ruolo nel generare la domanda di prestazioni sanitarie o nel porre un freno.

Il medico di famiglia si colloca in una posizione cruciale nel porre un argine al consumo irrazionale di prestazioni sanitarie perché è il primo interlocutore del paziente e perché da lui dipende la prescrizione o meno di un accertamento o di un farmaco.

La richiesta esplicita da parte del paziente della terapia più adatta a sanare il proprio malessere o dell'esame diagnostico ritenuto più utile talvolta avviene con dinamiche simili a quelle del consumatore che sceglie di acquistare un prodotto in un supermercato. Questo è anche frutto dell'evoluzione dell'offerta e del sistema distributivo.

Con il passaggio dal negoziante tradizionale al supermercato il consumatore si trova solo di fronte alla merce e deve necessariamente acquisire autonomamente delle competenze in fatto di qualità dei prodotti e di servizi offerti, prima affidate esclusivamente al rapporto fiduciario con il negoziante. Questo si traduce in un atteggiamento più autonomo ed esigente nei confronti di produttori e distributori.

Nel campo della salute si sta verificando un meccanismo simile: la maggiore accessibilità alle informazioni in campo medico, la trasformazione socio-culturale che pone l'accento sui valori di autonomia, libertà e realizzazione individuale, la messa in discussione del ruolo delle autorità (comprese quelle istituzionali e professionali) e l'ampia offerta di servizi sanitari rendono il paziente sempre più esigente nei confronti del medico.¹³

Anche in ambito sanitario, infatti, sembra che la maggiore offerta, disponibilità e accessibilità dei servizi correli con maggiori tassi di utilizzo. Si è visto, ad esempio, che chi abita vicino all'ambulatorio del medico di famiglia consulta il medico con una probabilità maggiore rispetto a chi vive più lontano, sia per condizioni acute che croniche. Allo stesso modo si è visto che i pazienti che tendono a consultare il medico di famiglia molto spesso (i cosiddetti *frequent attenders*) sono più assidui nella frequentazione se il medico riceve con un sistema di accesso libero piuttosto che con un sistema di appuntamenti.²⁵

Nonostante la somiglianza, però, la differenza fondamentale tra l'uso di un prodotto commerciale e l'utilizzo di un servizio o di una prestazione sanitaria risiede nello status della professione medica che ha l'autorità di far riconoscere ufficialmente la necessità di un servizio e di scegliere il modo in cui erogarlo. "Le professioni, in generale, sono costituite da categorie di persone impegnate a tempo pieno a sviluppare la conoscenza e formulare codici di condotta applicabili a casi concreti. Il professionista riceve dallo stato il mandato ufficiale di applicare le sue conoscenze e le regole di azione al mondo circostante e questa autorità conferisce la facoltà di decidere se un problema esiste, quale è il suo carattere reale e come dovrebbe essere gestito."¹²

In questa prospettiva la responsabilità del medico nell'arginare o nell'alimentare il consumismo sanitario risiede in parte nella sua capacità di salvaguardare la sua professionalità dalle pressioni esterne.

Secondo Freidson è più facile che la tendenza al consumismo sia alimentata dai medici che operano sul territorio perché sono i primi professionisti ad essere scelti dai pazienti di loro iniziativa o perché indirizzati da altri *profani*. Secondo questa teoria il medico che lavora nell'ambito di una comunità dipende strettamente dal paziente per la sua sussistenza, pertanto si trova sovente a dover assecondare i pregiudizi e le richieste di quest'ultimo se vuole che ritorni e che magari indirizzi altre persone verso il suo ambulatorio.

Il medico che dipende dai pazienti sarebbe più "ricattabile" e quindi più incline ad accontentare i suoi assistiti prescrivendo gli accertamenti di cui il paziente pensa di aver bisogno, rimedi popolari come integratori e vitamine, antibiotici richiesti erroneamente per paura di non guarire da infezioni virali, sedativi ecc. Al contrario il professionista la cui pratica dipende dai colleghi, si mostra più sensibile al giudizio e ai bisogni di questi ultimi piuttosto che della gente comune, perciò tende a promuovere e applicare procedure cliniche approvate dalla professione anziché tecniche note e gradite ai pazienti.¹²

Questa analisi, frutto di osservazioni effettuate negli Stati Uniti negli anni '60, attribuirebbe quindi parte delle responsabilità dell'incremento di richieste di prestazioni alla tendenza del medico ad assecondare il paziente, tanto maggiore quanto maggiore è il grado di dipendenza del medico dai pazienti per la sua sussistenza economica.

In realtà anche quando il medico è in una posizione "privilegiata", quando cioè può prendere delle decisioni senza preoccuparsi di assecondare troppo il paziente, si può comunque verificare un eccesso di prescrizioni. È lo stesso Freidson a riportare i risultati di un'indagine del 1934 su 1000 bambini sottoposti ad osservazione medica allo scopo di stabilire la necessità di effettuare o

meno una tonsillectomia. Su 1000 bambini 611 furono sottoposti a tonsillectomia e 389 rimandati all'esame di altri medici: tra questi 174 furono sottoposti all'intervento e 215 esaminati da un altro gruppo di medici. Anche tra questi ultimi (che presentavano tonsille apparentemente normali) 99 furono ritenuti degni di essere sottoposti ad intervento. I restanti furono esaminati da un altro gruppo di medici che consigliò l'intervento a metà di essi. Questo indica che la pratica clinica da sempre è propensa ad un intervento attivo, probabilmente come conseguenza della norma decisionale: il fatto stesso che un paziente si sottoponga all'esame di un medico spinge il professionista a fare qualcosa e una delle principali ragioni per cui i medici dichiarano di aver prescritto un farmaco o un intervento sembra essere la paura di essere accusati di inerzia.¹²

Da questo punto di vista, quindi, il clima negoziale in cui si inserisce oggi il rapporto medico-paziente può essere talvolta un deterrente alla prescrizione di cure o interventi inutili da parte del medico.

La spinta del medico alla prescrizione, dunque, dipende dalla sua inclinazione ad assecondare le richieste improprie del paziente ma anche dalla sua attitudine a essere più "attendista" o "interventista" che a sua volta è riconducibile alla cultura di riferimento e all'esperienza clinica di ogni professionista.

Allo stato attuale, però, intervengono ancora due fattori che influenzano il grado di prescrizioni mediche: la tendenza a prescrivere accertamenti con finalità cautelative, per paura di eventuali ripercussioni medico-legali dovute alla mancata richiesta di un esame (la cosiddetta *medicina difensiva*) e l'influenza delle case farmaceutiche sul medico.

Per quanto riguarda il primo aspetto, si parla di *medicina difensiva* quando si prescrivono visite, accertamenti o procedure allo scopo di evitare di essere accusati di *malpractice* (cattiva condotta per scarsa abilità o negligenza che provoca danni al paziente). È difficile quantificare il numero

di prescrizioni dovute alla medicina difensiva perché molti comportamenti tipici di questa attitudine sono entrati a far parte, inconsciamente, della pratica clinica quotidiana. Anche se si stima che appena l'8% delle procedure diagnostiche sia prescritto esplicitamente per il timore di essere sottoposti a contenziosi giudiziari, l'istituzionalizzazione di certi comportamenti difensivi porta il 79% dei medici a dichiarare di aver prescritto più esami del necessario e il 41% dei medici a dichiarare di aver prescritto farmaci più spesso del necessario.⁴⁰

Questo, paradossalmente, aumenta ancora di più la prescrizione di accertamenti a scopo cautelativo secondo un circolo vizioso che si spiega con le seguenti semplici osservazioni.

Si stima che in Italia si effettuino 70 milioni di indagini radiologiche ogni anno (con un incremento del 40% in 10 anni). Se anche si assumesse che il referto venga interpretato correttamente nel 99% dei casi (con un errore dell'1%) si avrebbero comunque 700000 referti errati. Questo non può che aumentare le denunce nei confronti dei medici (che negli ultimi 10 anni sono aumentate del 184%) e di conseguenza la reazione sarà chiedere più esami nell'illusione di evitare di essere accusati di *malpractice*.⁴¹

Il secondo elemento che, al di là delle dinamiche interne al rapporto medico-paziente, induce i medici ad aumentare le prescrizioni è costituito dalle pressioni esercitate dalle case farmaceutiche direttamente sui professionisti.

Le aziende farmaceutiche spendono ogni anno 25 miliardi di dollari in promozione e la porzione maggiore di questa cifra è destinata ai loro rappresentanti.⁵ Una *review* su 29 studi che si sono occupati degli effetti di questa promozione sui medici ha evidenziato che ricevere gli informatori farmaceutici si associa in maniera significativa con cambiamenti nella pratica clinica, con costi di prescrizione più elevati, una maggiore facilità a prescrivere farmaci nuovi e una minore inclinazione a prescrivere farmaci generici.

Ricevere regali e campioni si associa a un atteggiamento positivo nei confronti degli informatori e alla convinzione che essi non abbiano alcuna influenza sul proprio comportamento.

Infine la partecipazione a congressi o programmi di educazione continua in medicina si associa con un aumento delle prescrizioni dei farmaci che sponsorizzano questi eventi fino a 10 volte tanto rispetto a quanto si faceva prima di partecipare all'evento (Tab.4) e tutte queste associazioni sono dose-dipendente.⁴²

Alla luce di quanto detto finora si potrebbe pensare che la pratica clinica sia orientata in senso sempre più consumistico e sia irrimediabilmente condannata a perdere qualità a causa della tendenza dei medici ad asservirsi ai desideri dei pazienti (pena la minaccia di rivolgersi ad altri professionisti con conseguente perdita di clientela), dei colleghi (pena la minaccia di essere accusati di *malpractice*) e dell'industria farmaceutica.

In realtà, per fortuna, esistono indizi che confermano quanto, soprattutto nell'ambito delle cure primarie, una medicina di qualità destinata alla cura e all'educazione del paziente piuttosto che alla mera soddisfazione delle richieste improprie sia possibile.

L'uso efficiente delle risorse sanitarie e la protezione del paziente da esami e terapie inappropriate è una delle 11 caratteristiche della medicina di famiglia secondo la definizione europea del WONCA (World Organization of National College, Academies and Academic associations of General Practicioners/Family Physicians).⁴³

Il ruolo che il medico di famiglia svolge nel coordinare le visite specialistiche, gli accertamenti e le terapie necessarie e più appropriate per l'assistito è fondamentale per due motivi: un sistema sanitario in cui le cure primarie siano ben sviluppate da un lato protegge il paziente dagli effetti dannosi di accertamenti e terapie inopportuni e garantisce migliori indicatori di salute, dall'altro si associa a costi più contenuti.

I dati a supporto di queste affermazioni sono ampiamente forniti da docenti di sanità pubblica come Barbara Starfield che si sono occupati di studiare e confrontare i risultati economici e di salute di diversi sistemi sanitari.^{44, 45}

Da questi studi è emerso che i sistemi sanitari in cui le cure primarie sono più sviluppate hanno migliori indicatori di salute (minori tassi di basso peso alla nascita e mortalità post-natale, minori tassi di mortalità per tutte le cause e per asma, BPCO, polmoniti, malattie cardiovascolari e cardiache) anche dopo aver controllato i confondenti (caratteristiche della popolazione, consumo di alcool e fumo). Inoltre un buon sistema di cure primarie si associa alla riduzione dell'effetto avverso sulla salute legato alle disuguaglianze socioeconomiche ma l'aspetto più rilevante ai fini di questo lavoro sul consumismo sanitario è che un sistema sanitario in cui le cure primarie siano sviluppate si associa a minori costi sanitari. Al contrario un eccesso di specialisti si associa a maggiori costi senza che vi sia una migliore qualità delle cure.

Si è dimostrato, ad esempio, che la cura delle polmoniti acquisite in comunità è più costosa se gestita dagli specialisti piuttosto che dai medici di cure primarie, senza differenze negli *outcomes* di salute.⁴⁵ Nei Paesi in cui le cure primarie sono deboli, infatti, i costi sanitari sono elevati: negli Stati Uniti solo 1/3 dei medici si occupano di cure primarie (mentre negli altri Paesi industrializzati i medici di cure primarie sono circa la metà del totale).⁴⁴

L'impatto benefico delle cure primarie sui costi e sulla salute si deve a 6 meccanismi:⁴⁵

- *Equità e universalità delle cure.* La possibilità di accedere a un medico indipendentemente dal proprio status socioeconomico riduce gli effetti negativi sulla salute dovuti alle disuguaglianze.
- *Qualità delle cure.* Diversi studi hanno dimostrato che gli specialisti aderiscono alle linee guida meglio rispetto ai medici delle cure primarie. Questo comporta una migliore qualità delle cure da parte dello specialista per quanto riguarda la problematica specifica di ciascuna specialità. Tuttavia se si considerano *outcomes* di salute generici e non specifici di una

patologia si vede che i medici di cure primarie forniscono una qualità delle cure uguale se non superiore a quella degli specialisti perché si occupano del paziente nel suo complesso e gestiscono contemporaneamente più patologie dato che spesso hanno a che fare con pazienti con comorbidità.

- *Prevenzione.* Diversi studi hanno dimostrato che nelle aree geografiche in cui il rapporto tra medici di cure primarie e popolazione è maggiore si hanno minori tassi di fumatori, minore obesità, maggiore uso delle cinture di sicurezza, maggiore copertura vaccinale per l'influenza e maggiore diagnosi precoce di alcuni tumori (mammario, cervicale, colon-retto e melanoma).
- *Minore ospedalizzazione.* La capacità da parte dei medici di cure primarie di gestire i problemi di salute prima che diventino così gravi da richiedere l'ospedalizzazione è dimostrata da diversi studi. In Gran Bretagna, ad esempio, si è visto che un aumento del 15-20% della disponibilità di medici di famiglia si associa in maniera significativa a una riduzione di 14/100 000 ricoveri per patologie acute e 11/100 000 ricoveri per patologie croniche, anche dopo aver controllato i confondenti (area di residenza, classe sociale, etnia ecc.).
- *Maggiore efficienza delle cure.* Il medico di famiglia rappresenta il primo contatto del paziente con un medico ed è fondamentale nel decidere il percorso che l'assistito dovrà fare per risolvere il suo problema di salute. Si è dimostrato che un buon rapporto tra assistiti e medico di famiglia si associa in maniera significativa a un minor ricorso agli specialisti e al pronto soccorso. L'accessibilità e la continuità delle cure primarie, inoltre, si associano con una migliore *compliance*, minori tassi di ospedalizzazione e di accesso al pronto soccorso oltre che con un minor ricorso ad accertamenti e con minori costi sanitari e questo si deve al fatto che una maggiore conoscenza del paziente e l'approccio orientato alla persona caratteristici della medicina di famiglia permettono di identificare meglio i bisogni

inespressi da parte dell'assistito che talvolta sono di natura psicologica anche se presentati sottoforma di disagio fisico.

- *Riduzione degli interventi diagnostici e terapeutici inappropriati.* Diversi studi hanno dimostrato che un aumento del numero di specialisti non si associa a migliori *outcomes* di salute che, invece, sono migliori nei Paesi con cure primarie molto sviluppate. Si è valutato che 1/3 degli interventi medici e chirurgici non sia necessario e sebbene la letteratura scientifica non approfondisca l'argomento dei danni causati dalle cure inappropriate, si stima che negli Stati Uniti il 10% delle morti sia legato agli effetti avversi dei trattamenti medici. Negli USA, dove il numero di specialisti supera il numero di medici di cure primarie, gli effetti avversi degli interventi e degli errori medici è maggiore rispetto ad altri Paesi industrializzati (dove il numero di medici di cure primarie è circa la metà del totale). Questo si deve presumibilmente al fatto che laddove i pazienti si rivolgono allo specialista di propria iniziativa, senza prima consultare il medico di famiglia, rischiano di incorrere più facilmente negli effetti avversi di procedure mediche non necessarie. Gli specialisti, infatti, tendono a richiedere più accertamenti perché lavorano in un ambiente ospedaliero dove le persone hanno una più elevata probabilità di essere malate.⁴⁴

Un esame diagnostico, infatti, è molto più informativo per uno specialista che lo richiede in una popolazione ad alta prevalenza di malattia rispetto al medico di famiglia che lo richiede in una popolazione di soggetti a prevalenza più bassa. La *probabilità post-test* di malattia, infatti dipende dalla *probabilità pre-test* (a sua volta determinata dalla prevalenza di malattia) e dal rapporto di verosimiglianza (*Likelihood ratio*) e l'esecuzione di test diagnostici in una popolazione con bassa prevalenza di malattia può condurre più frequentemente a cure non necessarie dato che in una simile popolazione saranno più numerosi i falsi positivi (Fig.18); d'altro canto si è dimostrato che nel corso degli anni '90

all'aumento del numero di indagini (del 50-300%) è corrisposto un aumento di procedure terapeutiche.⁴⁶

È comprensibile, quindi, che gli specialisti tendano a richiedere esami più spesso dei medici di famiglia ma gli effetti sulla salute dei pazienti sono positivi solo se la popolazione di riferimento dello specialista è già stata selezionata da un servizio efficiente di cure primarie: in assenza di questo filtro il risultato è che verranno richiesti tanti esami su una popolazione fondamentalmente sana con un conseguente aumento della probabilità di effetti avversi e di falsi positivi.

Il ruolo del medico di famiglia nel limitare il ricorso ad accertamenti e visite specialistiche, dunque, è fondamentale non solo per il contenimento delle spese sanitarie legate all'approccio consumistico alla medicina ma è cruciale nella coordinazione tra i diversi professionisti al fine di garantire migliori risultati di salute per la cittadinanza.

4.DISCUSSIONE

Alla luce di quanto evidenziato fino ad ora si può concludere che il consumismo sanitario è un fenomeno che caratterizza le società occidentali industrializzate. Esso si compone di due aspetti: da un lato la *medicalizzazione* della vita quotidiana, ovvero la tendenza a considerare di pertinenza medica anche condizioni che in altri contesti storici e culturali sarebbero considerati normali; dall'altro la tendenza dei pazienti a considerare la medicina una merce di consumo come le altre, da cui derivano alcuni atteggiamenti tipici dei consumatori come la pretesa di ottenere un servizio sanitario come fosse un diritto inalienabile derivato dal fatto di essere un "acquirente" anche quando questo non sarebbe appropriato.

Tale fenomeno comporta un aumento della spesa sanitaria (che, se confrontato con il guadagno di salute inteso come riduzione della mortalità, appare sproporzionato) ma soprattutto costituisce una minaccia al sereno svolgimento della professione medica. Questo è particolarmente evidente tra i medici di medicina generale che, in quanto professionisti quotidianamente coinvolti nella gestione delle richieste improprie dei pazienti, indicano gli atteggiamenti consumistici dei pazienti tra le principali cause di *burn-out*.

Una parte rilevante dell'aumento dei costi e dell'utilizzo dei servizi sanitari, a onor del vero, è riconducibile alla cosiddetta *transizione epidemiologica*, cioè all'inversione di prevalenza tra malattie acute e croniche caratteristico dei Paesi industrializzati. Le trasformazioni delle condizioni di vita legate allo sviluppo economico (migliori condizioni abitative, lavorative, urbanizzazione, sviluppo di reti fognarie, cambiamenti nell'alimentazione ecc.) hanno prodotto un allungamento della vita media ma anche una maggiore prevalenza di patologie cronico-degenerative rispetto alle patologie trasmissibili e carenziali che, invece, rappresentano ancora la

più importante causa di morte nei Paesi a basso reddito. Questo si deve in parte all'aumento del numero di anziani (che con maggiore probabilità presentano patologie croniche) e in parte alle modificazioni degli stili di vita che caratterizzano i Paesi ad alto reddito. Considerando che le patologie croniche assorbono una porzione rilevante delle risorse, è evidente che una quota significativa dell'aumento complessivo dei costi sanitari è legata a cambiamenti oggettivi nei bisogni di salute verificatisi nei Paesi industrializzati.

L'utilizzo dei servizi sanitari, tuttavia, non risente soltanto delle modificazioni oggettive dei bisogni di salute ma è un atto che contiene gli elementi culturali impliciti nella visione della malattia, cioè la visione del proprio corpo, l'interpretazione del dolore e di altri sintomi e l'atteggiamento nei confronti della medicina moderna. A tale proposito si è visto che nel mondo Occidentale, in cui i valori dominanti sono l'autonomia, l'individualità, la produttività e l'accumulo o il consumo di beni ed esperienze, il corpo è considerato il mezzo principale per la realizzazione di sé nell'ambito di questo sistema di valori, mentre la malattia è vissuta come un oltraggio all'opportunità di auto-realizzarsi.

La malattia, dunque, ha perso nel corso del tempo il significato di manifestazione soprannaturale e divina attribuitole nel corso della storia ma ha conservato una certa connotazione "morale": quelli che in passato erano considerati comportamenti peccaminosi (*bad behaviours*), oggi rientrano nel novero dei comportamenti insalubri (*mad behaviours*) a dimostrazione di quanto, in un'epoca sempre più secolarizzata, i concetti di bene e male sono spesso trasposti in ambito medico sottoforma di concetti di salute e malattia.

La secolarizzazione del nostro tempo, inoltre, ha reso sempre più scarso il ricorso a rituali collettivi o religiosi per la gestione dell'incertezza legata alla sofferenza e alla malattia, presente

invece in maniera massiccia nelle civiltà rurali. La visita medica, da un punto di vista antropologico, rappresenta una forma di rituale utile a gestire l'incertezza che nelle culture industrializzate è rappresentata non solo dalla sofferenza ma anche da ansie e paure contemporanee legate all'indeterminatezza dei confini tra *self* e *non self*.

La velocità delle comunicazioni, i miglioramenti tecnologici e gli stessi progressi in ambito medico hanno, infatti, prodotto dubbi sui confini temporali e spaziali tra i corpi: l'utilizzo del computer come un'estensione del proprio corpo, così come la possibilità che alcuni organi siano sostituiti attraverso i trapianti o le protesi, aumentano l'illusione che la medicina abbia possibilità illimitate e allo stesso tempo acquiscono il senso di indeterminatezza dovuto all'assenza di confini netti tra sé e il resto del mondo. L'ansia dei confini legata allo scarso controllo che si ha su se stessi (*boundary anxiety*) si intreccia con la paura che un corpo così poco definito possa essere più vulnerabile nei confronti di patogeni invisibili altrettanto scarsamente controllabili (*germism*). A fronte di tali e tante incertezze la risposta comportamentale è suddividere la realtà in tanti settori su cui l'uomo può ancora esercitare il proprio controllo. Questo spiegherebbe l'aumentata attenzione che si riscontra nel mondo occidentale per la salute intesa come cura del corpo. Si può dire, quindi, che paradossalmente la scienza da un lato contribuisce ad aumentare l'incertezza e dall'altro è chiamata a dare risposte alle paure che anche essa genera.

Gli enormi progressi della medicina, d'altra parte, offrono l'illusione di poter controllare ogni aspetto della vita umana: la possibilità di vedere dentro il corpo con tecniche diagnostiche sempre più sofisticate, le accresciute possibilità terapeutiche e le conoscenze in campo genetico creano l'illusione che per ogni disturbo esista una spiegazione e una soluzione scientifica. Tuttavia queste aspettative, espresse spesso dai pazienti attraverso la richiesta di eseguire "tutti gli esami" sono deluse dall'impossibilità della medicina occidentale di dare una risposta ai

malesseri indefiniti. Il limite principale della medicina moderna è costituito, infatti, dalle sue attuali caratteristiche (visione del corpo come macchina, riduzionismo, tendenza alla specializzazione e medicina quantitativa) che, a loro volta, amplificano il ricorso agli accertamenti.

Contemporaneamente le trasformazioni sociali hanno condotto ad un superamento della priorità accordata ai valori materialisti (sicurezza fisica ed economica, nutrizione etc.) a favore dei valori post-materialisti (autonomia individuale, introspezione, realizzazione della propria personalità) ma la realizzazione di sé deve fare i conti con le opportunità offerte dal contesto in cui si vive che non sempre la rendono possibile. Questo stato di malessere spesso si traduce in una richiesta di ascolto e attenzione rivolta al medico di medicina generale o a terapeuti alternativi.

La decisione di consultare un medico, comunque, è strettamente influenzata dal contesto di riferimento del paziente e sembra essere favorita dal grado di congruenza tra sistema di riferimento *profano* e cultura medica ma anche da una scarsa coesione sociale che correla con ridotte capacità di affrontare gli eventi negativi della vita.

La probabilità di consultare un medico sembra aumentare, inoltre, se è disponibile e accessibile un ambulatorio nelle vicinanze del paziente e questo lascia pensare che la medicina sia trattata al pari di un'altra merce di consumo che sarà utilizzata in misura maggiore se aumenta la sua offerta sul mercato. La differenza rispetto all'acquisto di un prodotto commerciale, tuttavia, è che i servizi sanitari non sono acquisiti come merci in un supermercato ma sono dispensati e prescritti da un medico. Questo è il principale meccanismo di argine al consumo indiscriminato di accertamenti e terapie purché la professionalità del medico sia salvaguardata dalle pressioni che egli può subire.

Queste ultime derivano in parte dai pazienti, che sono a loro volta influenzati dalle strategie promozionali operate dalle case farmaceutiche (cosa particolarmente evidente nei Paesi in cui è consentita la pubblicità diretta al consumatore anche per i farmaci con obbligo di prescrizione), e dai *media* che spesso alimentano ansie e paure già determinate dalle incertezze legate all'epoca in cui viviamo.

Altre fonti di pressioni sui medici affinché prescrivano terapie sono quelle effettuate direttamente su di essi dalle aziende farmaceutiche e infine la spinta a richiedere esami può derivare dalla paura di essere accusati di *malpractice* che configura quel fenomeno noto come *medicina difensiva*.

Alla luce di tutto ciò si può dire che il consumismo sanitario non può essere considerato semplicisticamente come il risultato delle strategie di *marketing* delle aziende farmaceutiche né il frutto della tendenza alla medicalizzazione operata più o meno consapevolmente dalla professione medica. Si tratta, invece, di un fenomeno complesso a cui i medici e le industrie farmaceutiche contribuiscono in parte ma che trova terreno fertile nelle trasformazioni ambientali, economiche, sociali e culturali che si sono verificate nelle società Occidentali.

Una possibile soluzione alla tendenza a considerare la medicina come una merce di consumo e alla medicalizzazione non necessaria (e spesso dannosa) è offerta da un sistema sanitario in cui le cure primarie siano ben sviluppate e in cui il medico di medicina generale, stando alla definizione WONCA, si proponga come professionista capace di proteggere il paziente da esami inutili attraverso la coordinazione con gli specialisti e un approccio olistico, orientato alla persona e attento al contesto socioculturale (la Fig. 19 riassume le caratteristiche della medicina di famiglia secondo la definizione WONCA).⁴³

5.BIBLIOGRAFIA

1. www.nograziepagoio.it/Consumismo%20sanitario%20%20documento%20FIRMATARI.pdf ultimo accesso: 30/8/2009.
2. www.it.wikipedia.org/wiki/Consumismo ultimo accesso: 31/8/2009.
3. Maturò A. *Sociologia della malattia. Un'introduzione*. Franco Angeli, 2007.
4. Royal College of General Practitioners. Stress and General Practice. Febbraio 2005. *RCGP information sheet n.22*. www.rcgp.org.uk/pdf/ISS_INFO_22_FEB05.pdf ultimo accesso: 30/8/2009.
5. Moynihan R., Cassels A. *Farmaci che ammalano e case farmaceutiche che ci trasformano in pazienti*. Nuovi Mondi Media, 2005.
6. Helman C. *Culture, health and illness*. Hodder Arnold, 2007.
7. http://www.ministerosalute.it/resources/static/primopiano/213/figura1_2.pdf ultimo accesso: 1/9/2009.
8. www.ministerosalute.it/salaStampa/documenti/SF_1.xls ultimo accesso: 1/9/2009.
9. Cosmacini G., Satolli R. *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*. Editori Laterza, 2003.
10. http://www.camera.it/_dati/leg13/lavori/documentiparlamentari/indiceetesti/1/002/00000002.pdf ultimo accesso: 1/9/2009.
11. http://www.epicentro.iss.it/temi/politiche_sanitarie/diseg_economiche.asp ultimo accesso: 17/9/2009.
12. Freidson E. *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*. Franco Angeli, 2002.
13. Secondulfo D. *Trasformazioni sociali e nuove culture del benessere*. Franco Angeli, 2000.
14. Sontag S. *Malattia come metafora. Il cancro e la sua mitologia*. Einaudi 1979.
15. Bauman Z. *La società dell'incertezza*. Il Mulino, 1999.
16. <http://www.who.int/whr/maps/en/index1.html> ultimo accesso: 20/9/2009.
17. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?* September 2003. <http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf> ultimo accesso: 20/9/2009.
18. Wahdan M.H. The epidemiological Transition. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 1996; 2: 8-20. <http://www.emro.who.int/Publications/EMHJ/0201/02.htm> ultimo accesso: 19/9/2009.
19. http://www.quadernodiepidemiologia.it/epi/intro/mal_uom.htm ultimo accesso: 19/9/2009.

20. Organizzazione Mondiale della Sanità. *Prevenire le malattie croniche, un investimento vitale*. 2005. http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/oms_prevenire.asp ultimo accesso: 17/9/2009.
21. Organizzazione Mondiale della Sanità, Comitato regionale per l'Europa, cinquantaseiesima sessione. *Guadagnare salute. La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche*. 2006. <http://www.epicentro.iss.it/temi/croniche/croniche.asp> ultimo accesso: 17/9/2009.
22. Cosmacini G. *L'arte lunga – storia della medicina dall'antichità a oggi*. Laterza, 1997.
23. Vineis P., Satolli R. *I due dogmi. Oggettività della scienza e integralismo etico*. Feltrinelli, Milano, 2009.
24. Fondazione Censis. 33° rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese. 1999. <http://www.censis.it/277/280/339/570/573/577/content.asp> ultimo accesso: 25/10/2009.
25. Campbell SM and Roland MO. Why do people consult the doctor? *Family Practice* 1996; 13: 75-83.
26. <http://www.worldvaluessurvey.org/> ultimo accesso: 25/10/2009
27. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Text Revision quarta edizione italiana*. Masson, Milano, 2000.
28. <http://www.womenshealth.gov/faq/premenstrual-syndrome.pdf> ultimo accesso: 1/11/2009
29. Subhash C., Bhatia M.D. Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician*, Vol. 66, 2002; 7: 1239-48.
30. <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/referral/prozac/326303en.pdf> ultimo accesso: 1/11/2009
31. <http://www.farmacovigilanza.org/corsi/060430-05.asp> ultimo accesso: 3/11/2009
32. FDA .*Patients and Physicians attitudes and behaviors associated with DTC promotion of prescription drugs-summary of FDA Survey Research Results*. Final report, November 19, 2004.
33. D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 541. Attuazione della direttiva 92/28/CEE concernente la pubblicità dei medicinali per uso umano (2).Pubblicato nella Gazz. Uff. 11 gennaio 1993, n. 7.(2)
34. <http://www.lastampa.it/redazione/cmsSezioni/cronache/200911articoli/49016girata.asp> ultimo accesso: 3/11/2009
35. <http://www.iss.it/binary/iflu/cont/2007-2008.1226996075.pdf> ultimo accesso: 4/11/2009

36. http://www.ausl.mo.it/dsp/epi/pdf/seminari/2008/181208/vaccinazioni_passi_181208.pdf
presentazione studio PASSI 2007. Ultimo accesso: 4/11/2009
37. European Influenza Surveillance Scheme. *Annual report 2006-2007 influenza season*.
Utrecht, may 2008. http://www.iph.fgov.be/flu/eiss_annual_report_06-07.pdf ultimo
accesso: 4/11/2009
38. www.fimp.org/file/Influenza%20aviaria.ppt ultimo accesso: 4/11/2009
39. Baronchelli M., Belleri G., Ciolina G., Giori A., Loglio A. Cosa pretende l'assistito dal
medico? Ricerca sugli accertamenti diagnostici indotti dalla richiesta degli assistiti. *Occhio
Clinico* 2007; 4:25-27. <http://www.occhioclinico.it/cms/oc070425biblio> ultimo accesso:
5/11/2009.
40. Rapellino M. *La responsabilità medica in campo civile e penale - profili attuali*. Torino,
Maggio 2009. www.giustizia.piemonte.it/formazione_magistrati.aspx?file_allegato ultimo
accesso: 5/11/2009.
41. Associazione A.M.A.M.I. (Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente),
atti del IV congresso, 28/9/2008.
<http://www.associazioneamami.it/Pdf/fileni%20AMAMI%2025%20SETTEMBRE.pdf>
ultimo accesso: 5/11/2009.
42. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA*,
2000; 283:373-80.
43. EURACT-European Academy of Teachers in General Practice. *The European Definition of
General Practice/Family Medicine*. 2005.
[http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20famil
y%20medicine/Definition%202nd%20ed%202005.pdf](http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/Definition%202nd%20ed%202005.pdf) ultimo accesso: 8/11/2009
44. Barbara Starfield. The Primary Solution. *Boston Review*. 2005.
<http://bostonreview.net/BR30.6/starfield.php> ultimo accesso: 30/10/2009
45. Starfield B., Shi L., Macinko J. Primary Care Contributions to Health Systems and Health.
Milbank Quarterly, 2005; 83: 457-502.
46. Dorizzi R.M., Giavarina D., Venturini M. Presentazione del repertorio sull'efficienza
diagnostica degli esami di laboratorio. *Riv Med Lab – JLM*, 2001; 2: 106-12.

6.FIGURE E TABELLE

Fig.1. Andamento della spesa farmaceutica territoriale pubblica e privata nel periodo 1985-2003. L'incremento è particolarmente evidente per i farmaci a carico del SSN. Fonte: Ministero Salute.

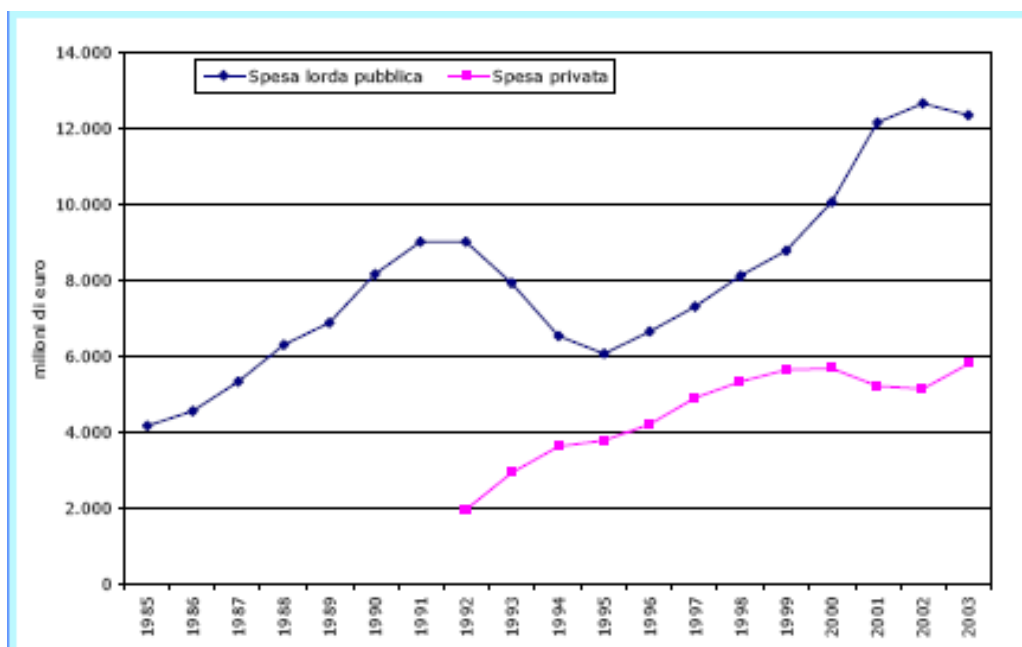


Fig.2. Trend della spesa del Servizio Sanitario Nazionale. Fonte: Ministero Salute.

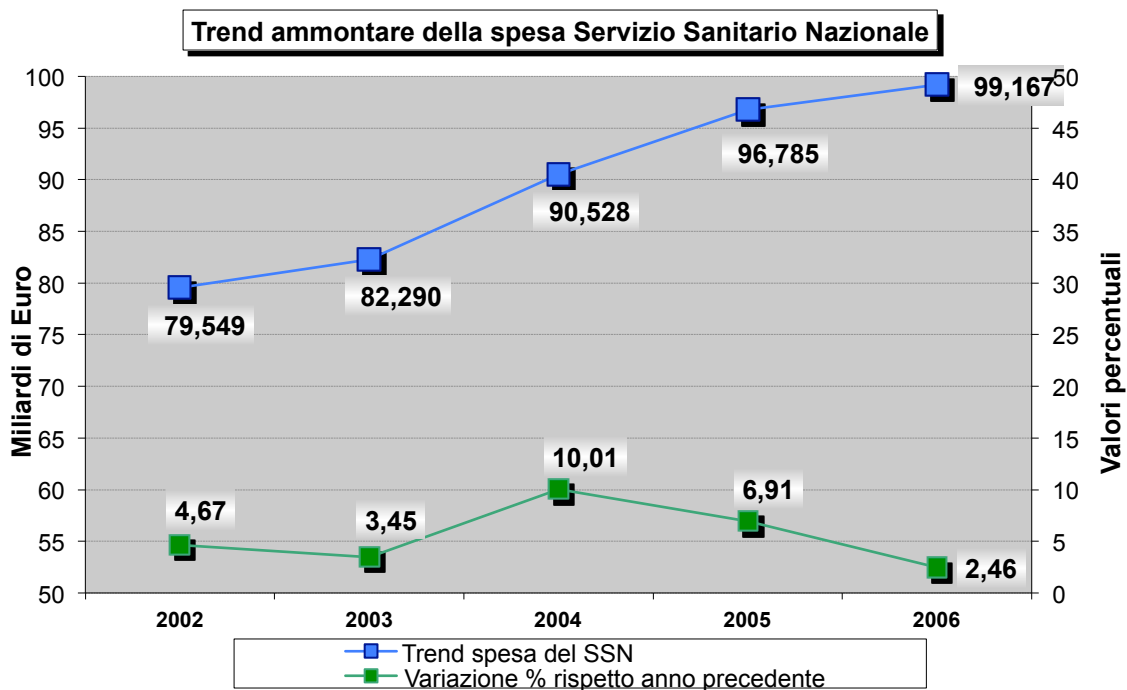


Fig.3. Distribuzione della spesa del SSN per funzioni di spesa anno 2006. Fonte: Ministero Salute.

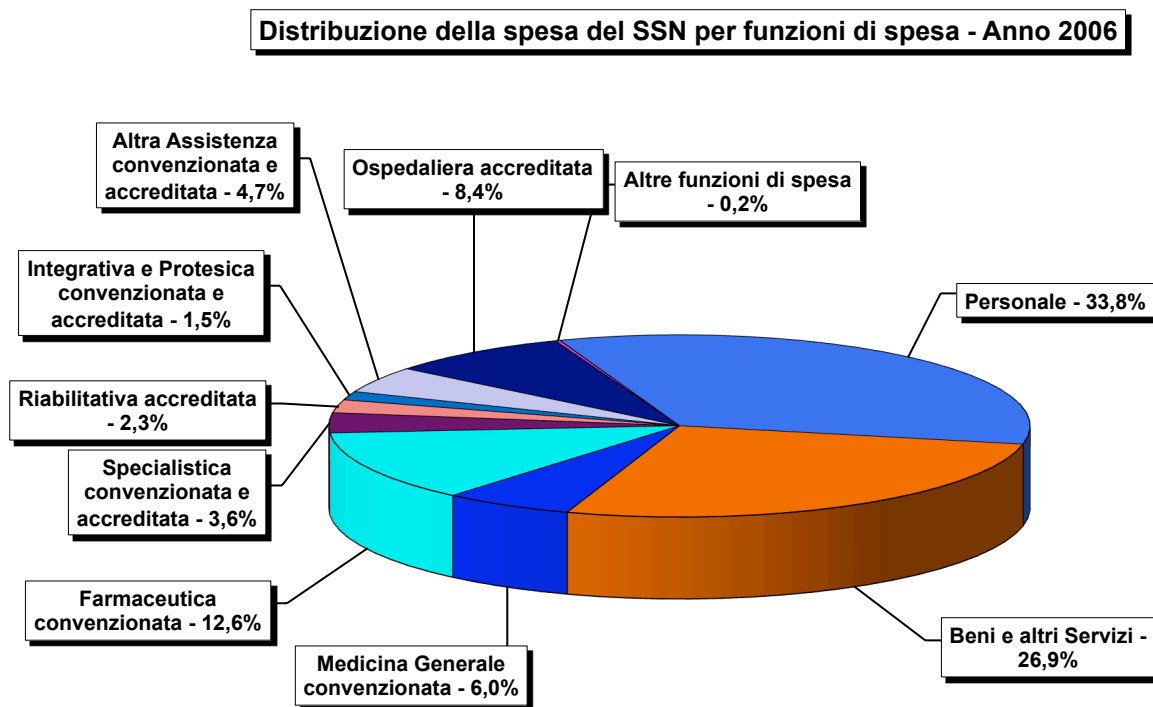


Fig.4. Andamento della mortalità per tutte le cause e percentuale del prodotto interno lordo speso per la sanità in USA. Modificato da Cosmacini G., Satolli R. *Lettera a un medico sulla cura degli uomini*. Editori Laterza, 2003.

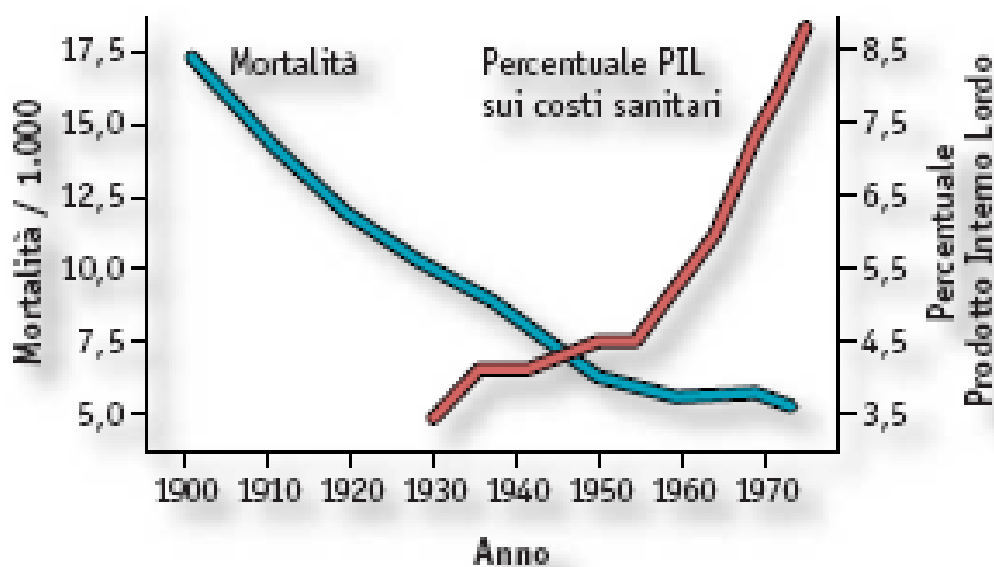


Fig. 5. Modello co-relazionale di interpretazione della salute. Modificato da: Maturo A. *Sociologia della malattia. Un'introduzione*. Franco Angeli, 2007.

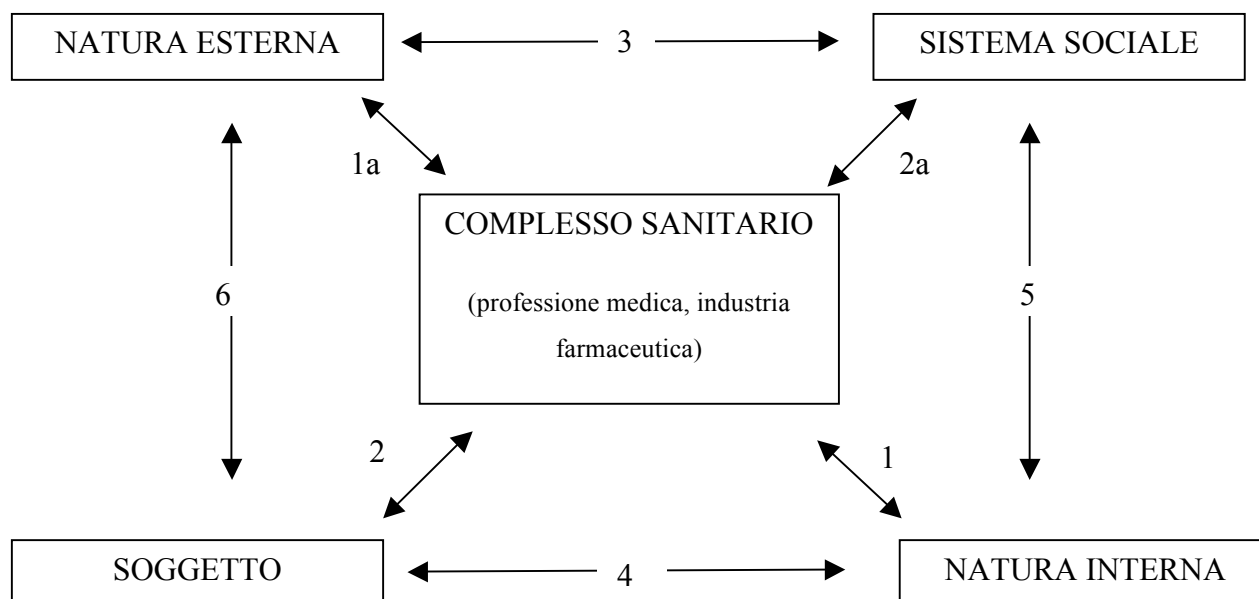


Fig. 6. Aspettativa di vita alla nascita nel 2003: confronto tra Paesi economicamente sviluppati e Paesi in via di sviluppo. Fonte: World Health Organization.

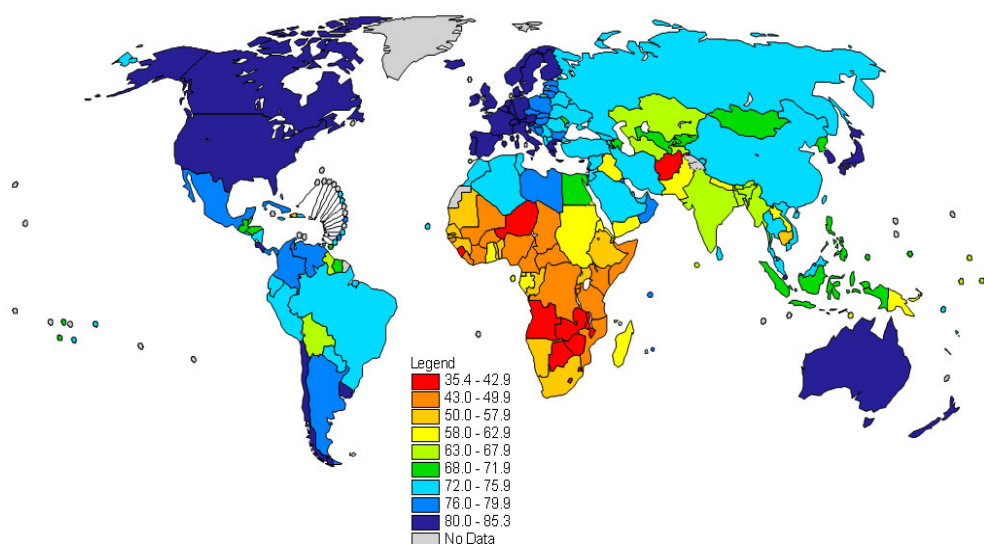


Fig.7. La transizione epidemiologica: passaggio da una maggior prevalenza di malattie infettive a una maggior prevalenza di malattie croniche.

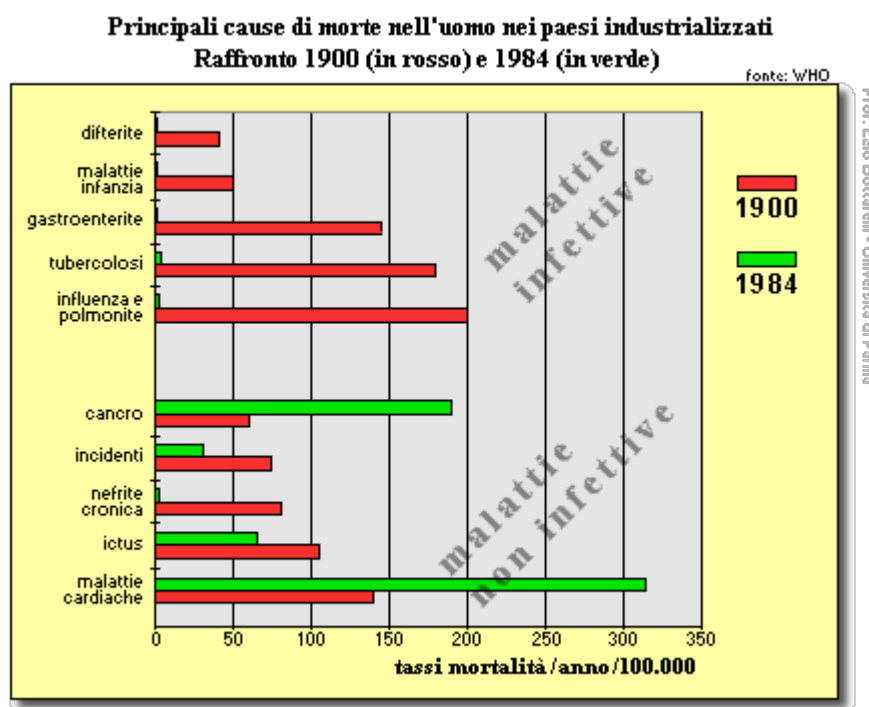


Fig. 8. Mortalità per malattie croniche e per malattie trasmissibili e carenziali. Confronto tra Paesi a basso, medio e alto reddito. Fonte: World Health Organization.

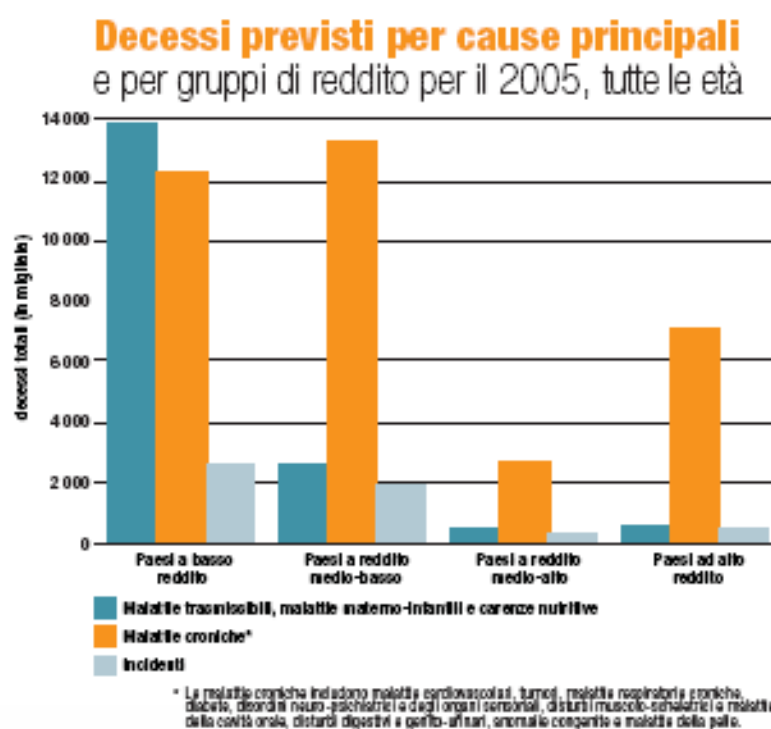


Fig. 9. Fattori che influenzano la richiesta di cure primarie. Da: Campbell SM and Roland MO. Why do people consult the doctor? *Family Practice* 1996; 13: 75-83.

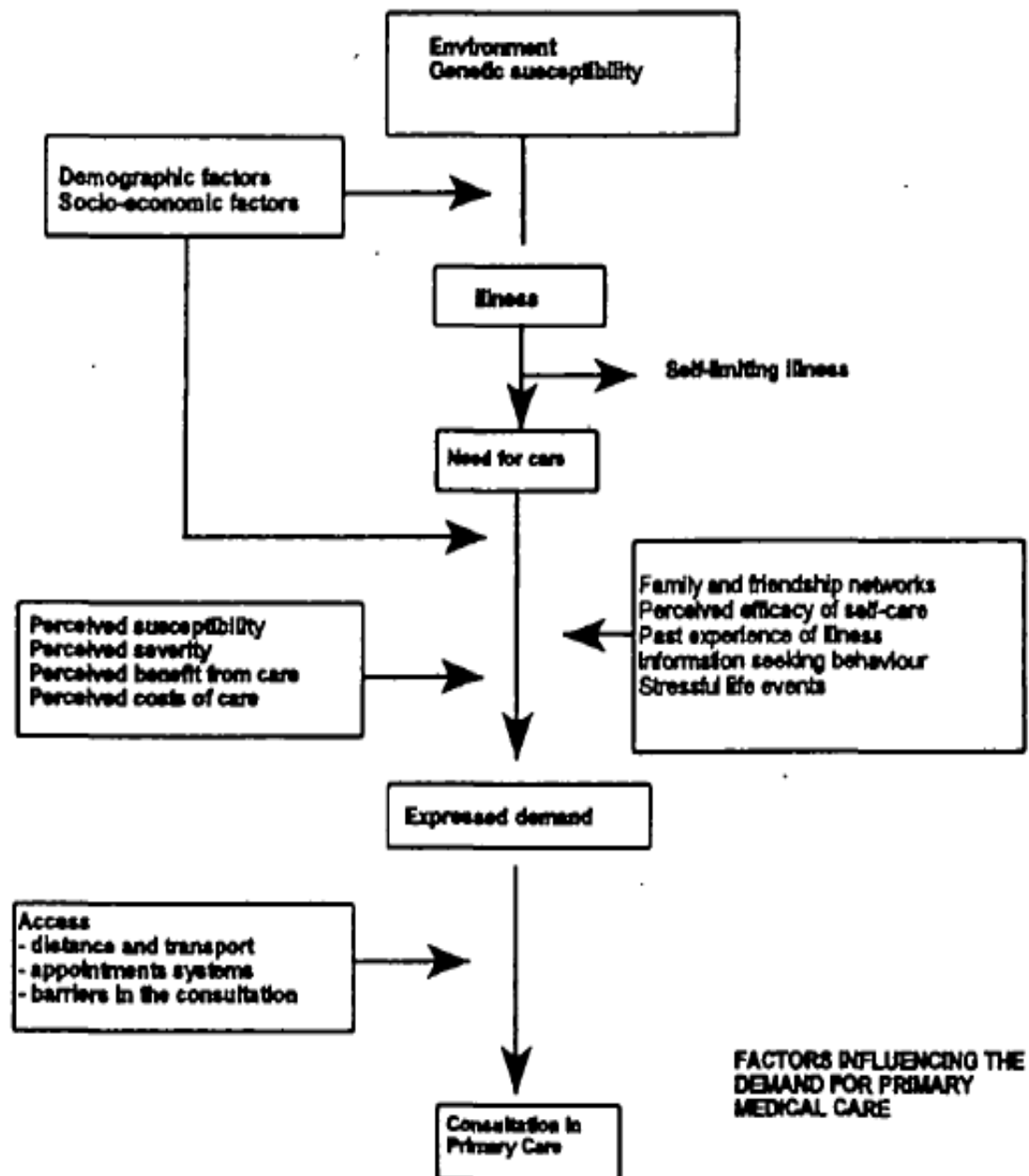


Fig. 10. La mappa di Wezel-Inglehart evidenzia i valori dominanti nelle diverse società tenendo presenti le due dimensioni: i valori secolari versus quelli tradizionali (sulle ordinate) e i valori post-materialisti versus quelli materialisti (sulle ascisse). (Ronald Inglehart and Christian Welzel, *Modernization, Cultural Change and Democracy*. New York, Cambridge University Press, 2005: p. 64, basato sul World Values Surveys) Fonte: <http://www.worldvaluessurvey.org/>

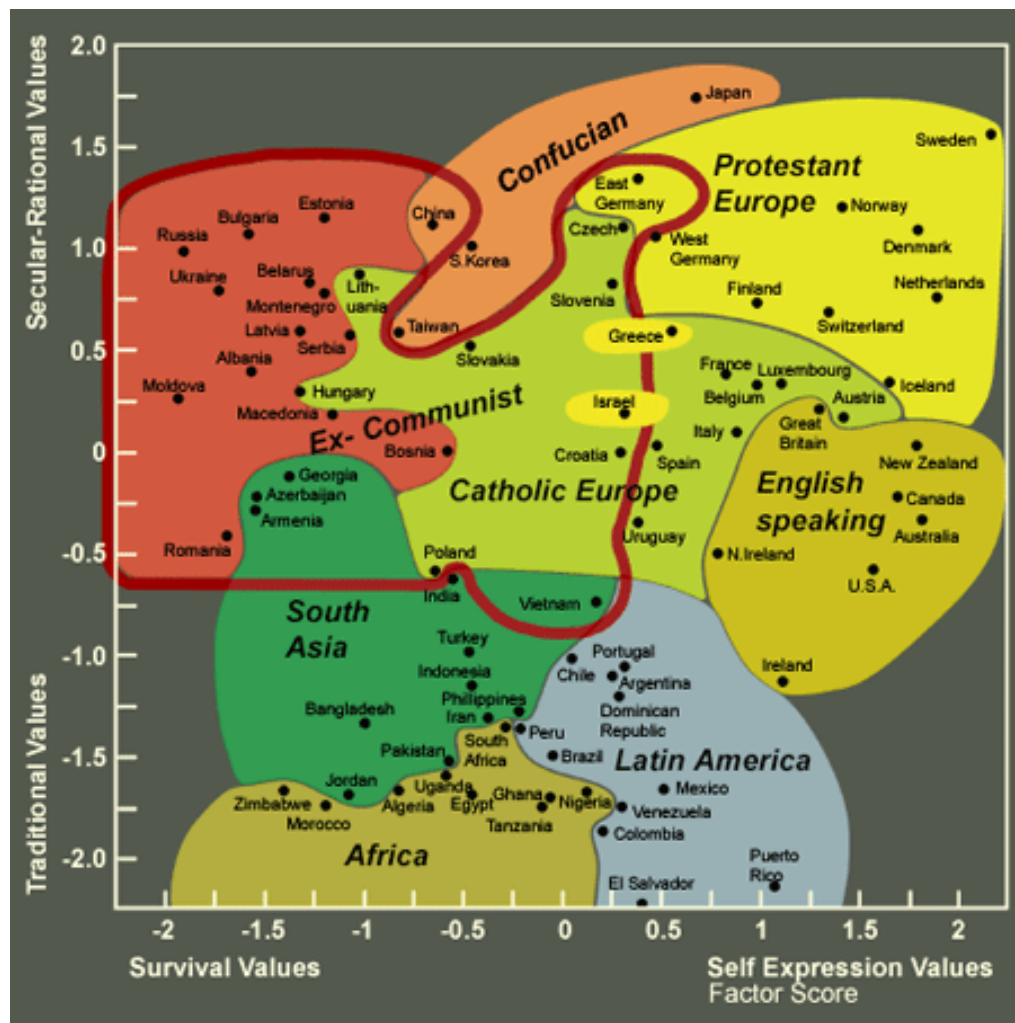


Fig.11. Il passaggio da valori tradizionali a valori secolari e da valori materiali a post-materiali è correlato allo sviluppo economico e alla crescita democratica di una società.
Fonte: <http://www.worldvaluessurvey.org/>

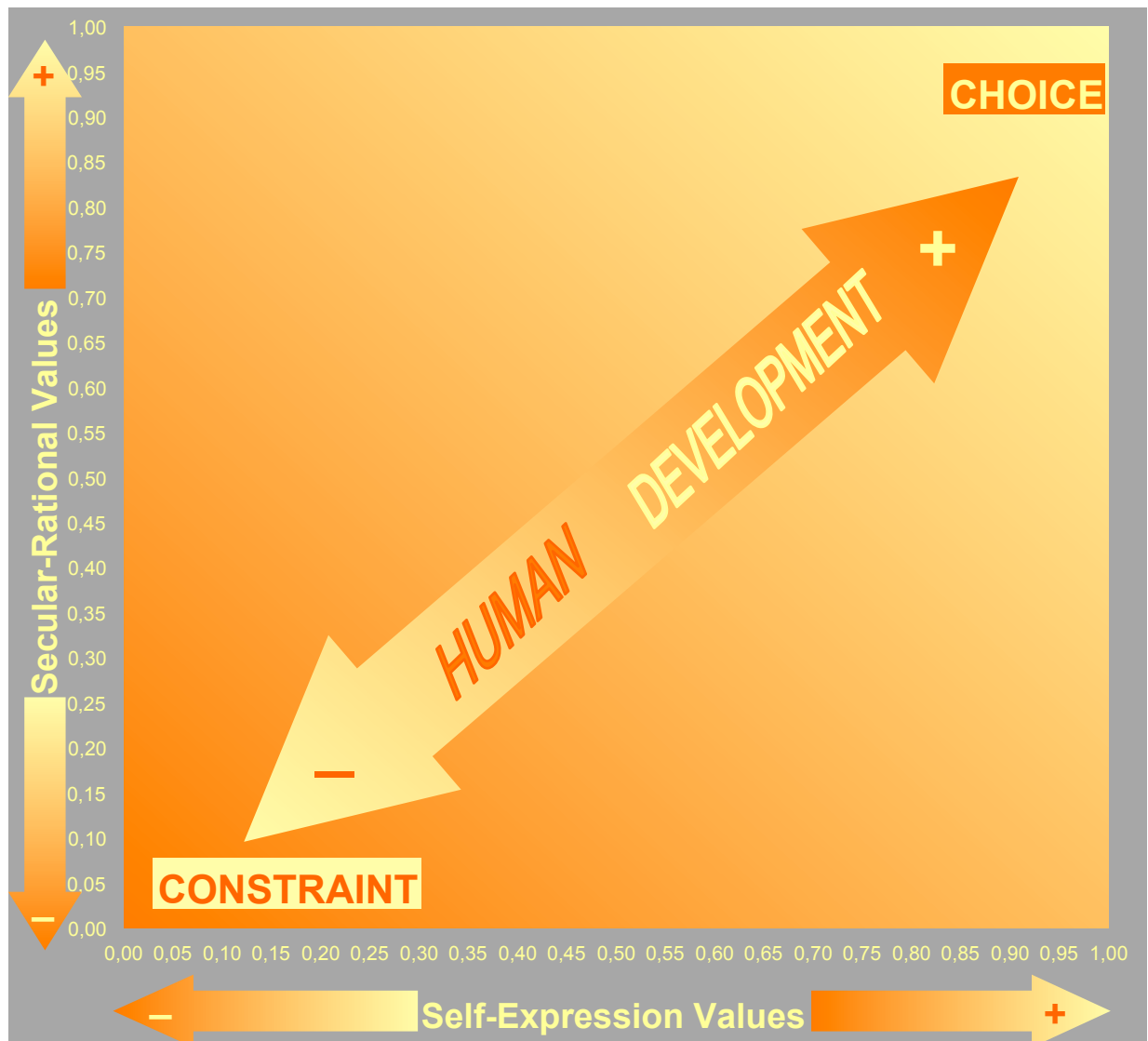


Fig.12. Differenze internazionali della soddisfazione di vita nel complesso, 1973-1998.
(Fonte: Eurobarometro, rilevazioni annuali, da Secondulfo D. *Trasformazioni sociali e nuove culture del benessere*. Franco Angeli, 2000).

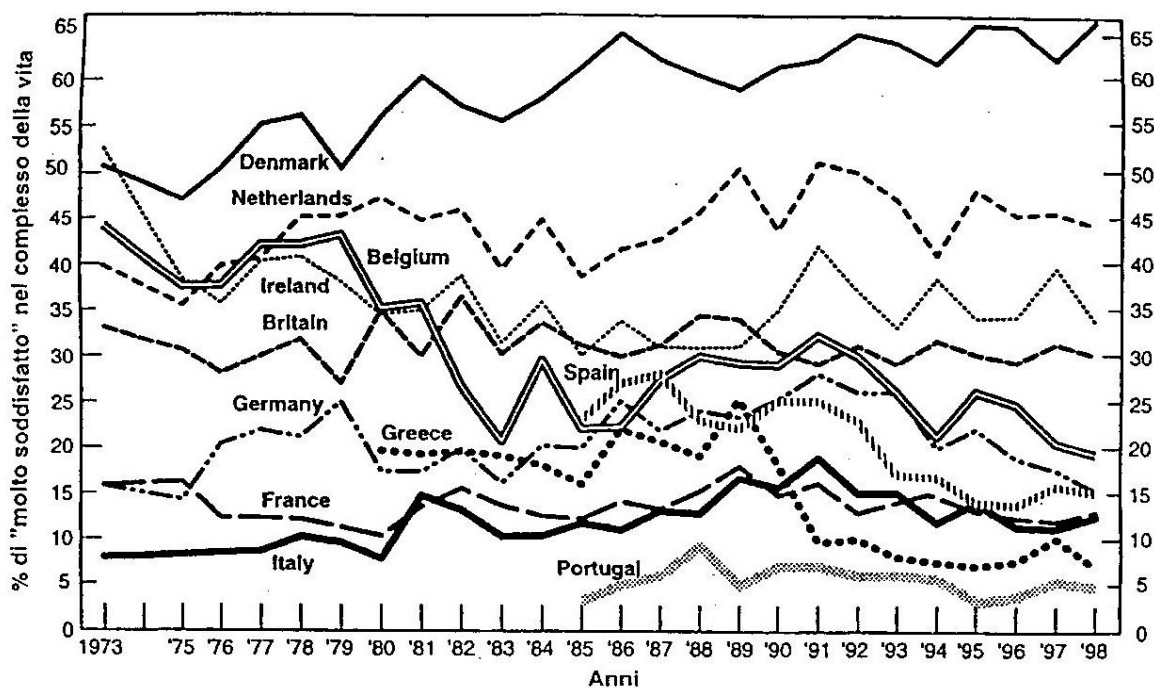


Fig.13. Andamento stagionale dell'influenza dalla stagione 1999/2000 alla stagione 2007/2008. Fonte: ISS-INFLUNET (rete italiana di sorveglianza influenza).

Incidenza dell'influenza dalla stagione 1999-00 alla 2007-08

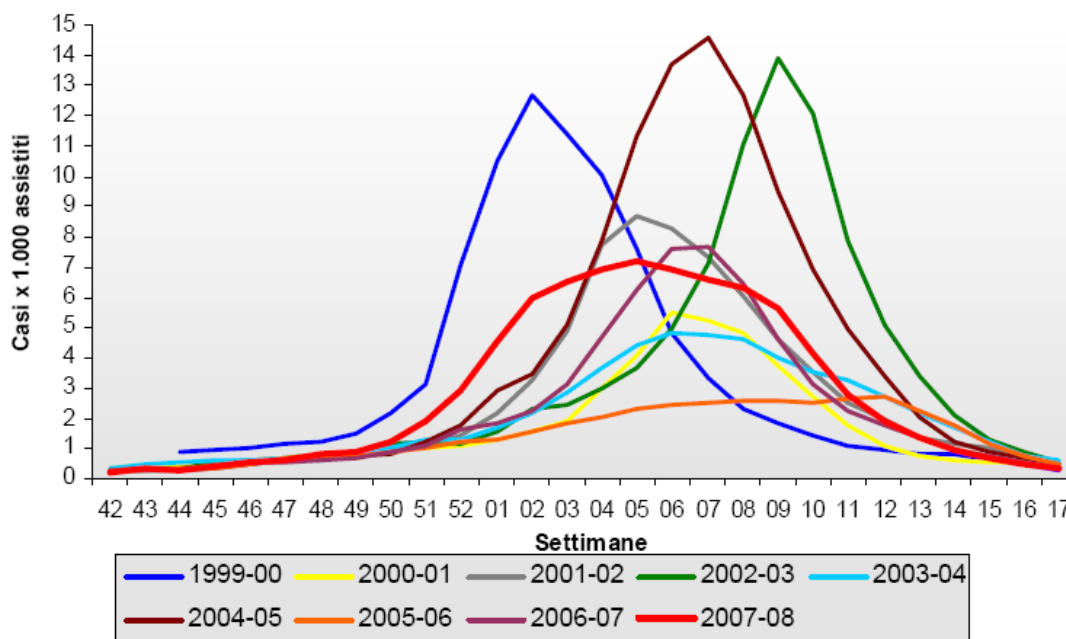


Fig.14. Incidenza dell'influenza in Italia dal 1999 al 2008. Fonte: studio PASSI 2007 (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

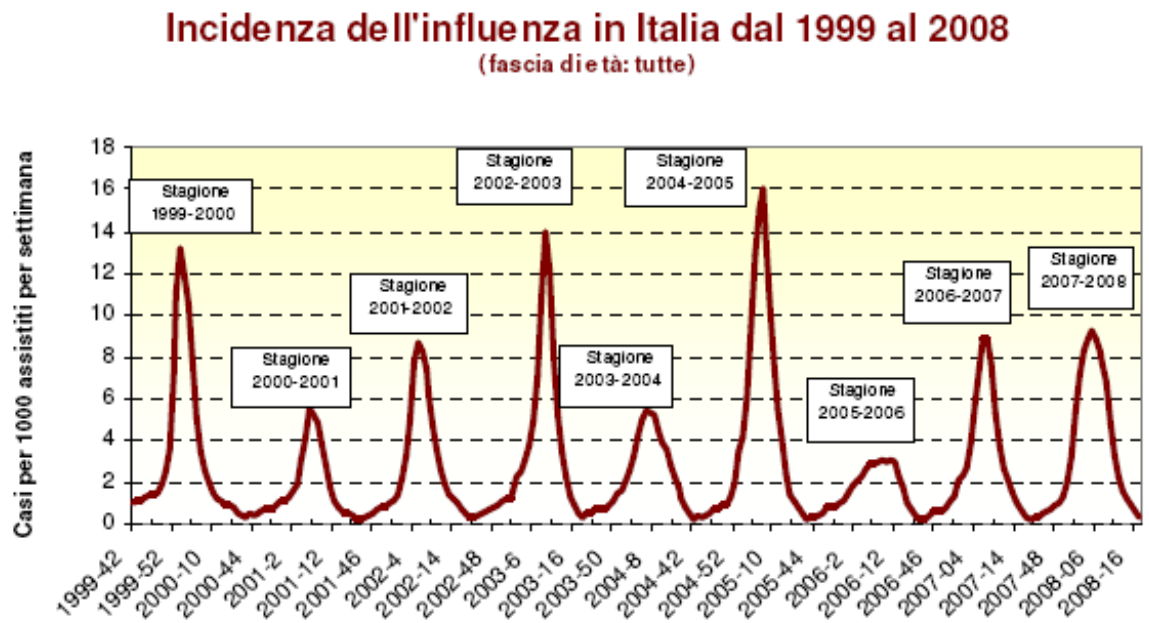


Fig.15. Tasso di visite per sindrome influenzale (ILI: Influenza Like Illness) dal 1996 al 2006. Fonte: European Influenza Surveillance Scheme. Annual report 2006-2007 influenza season. Utrecht, may 2008.

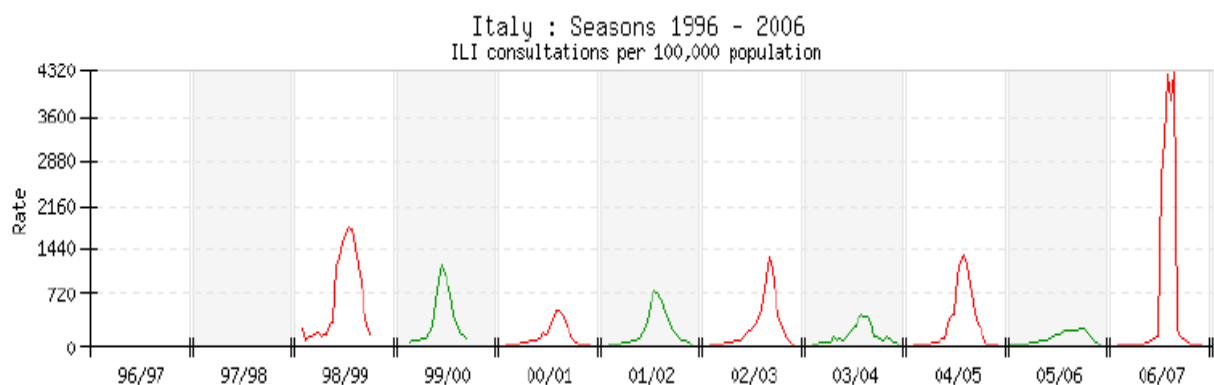


Fig.16. Articoli sull'influenza aviaria da gennaio 2005 a settembre 2006.
Fonte: www.fimp.org/file/Influenza%20aviaria.ppt ultimo accesso: 4/11/2009

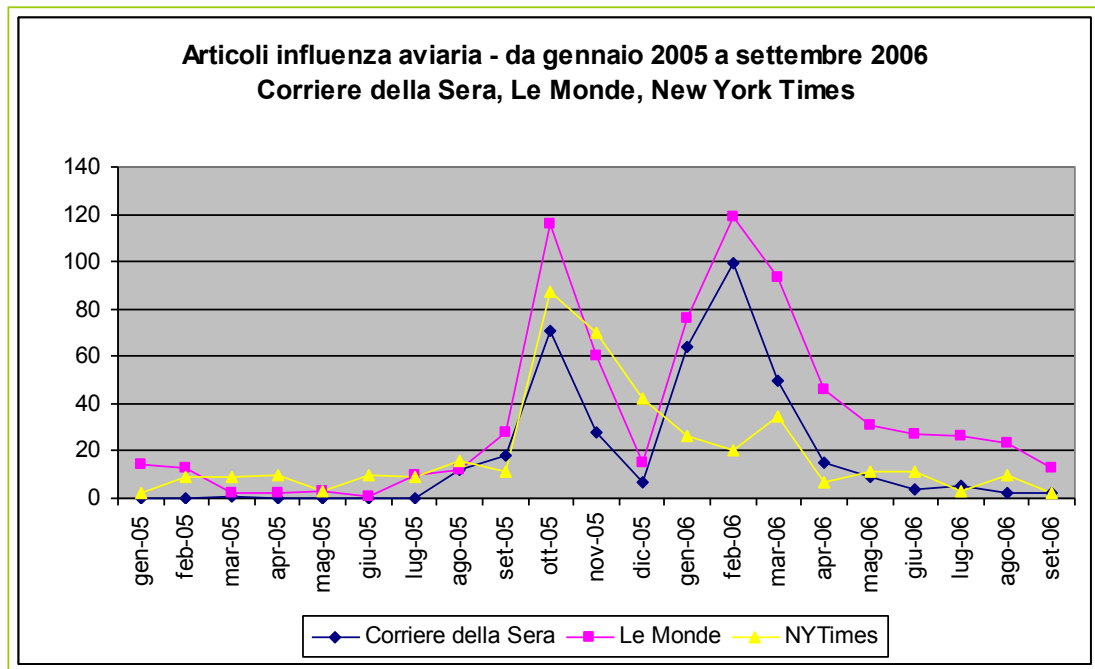


Fig. 17. Suddivisione degli accertamenti prescritti in medicina generale (grafico a sinistra) e delle prestazioni suggerite o svolte autonomamente dagli assistiti (grafico a destra).
Modificato da: Baronchelli M., Belleri G., Ciolina G., Giori A., Loglio A. Cosa pretende l'assistito dal medico? Ricerca sugli accertamenti diagnostici indotti dalla richiesta degli assistiti. Occhio Clinico 2007; 4:25-27.

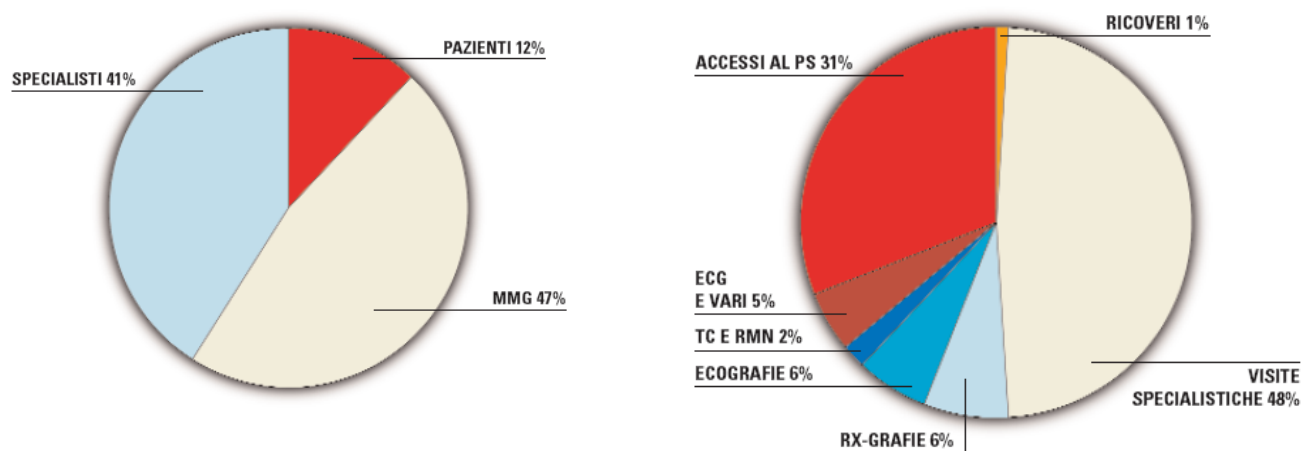


Fig.18. Effetto della prevalenza sulla predittività di un esame. In una popolazione con prevalenza di malattia del 75% il valore predittivo positivo dell'esame (cioè la probabilità che il paziente con esame positivo sia davvero malato) è del 96% con un numero di falsi positivi pari a 25 (caso A). Se la prevalenza è del 5%, invece, il valore predittivo positivo del test si abbassa al 32% e il numero di falsi positivi sale a 95 (caso B). Modificato da: Dorizzi R.M., Giavarina D., Venturini M. Presentazione del repertorio sull'efficienza diagnostica degli esami di laboratorio. *Riv Med Lab – JLM*, 2001; 2: 106-12.

CASO A		MALATTIA		
		PRESENTE	ASSENTE	
RISULTATO ESAME	POSITIVO	675	25	700
	NEGATIVO	75	225	300
		750	250	1000

CASO A:

Prevalenza: 75%

Sensibilità: 90%

Specificità: 90%

Valore Predittivo Positivo:

$$675/(675+25)=0.96$$

Valore Predittivo Negativo:

$$225/(75+225)=0.75$$

CASO B		MALATTIA		
		PRESENTE	ASSENTE	
RISULTATO ESAME	POSITIVO	45	95	140
	NEGATIVO	5	855	860
		50	950	1000

CASO B:

Prevalenza: 5%

Sensibilità: 90%

Specificità 90%

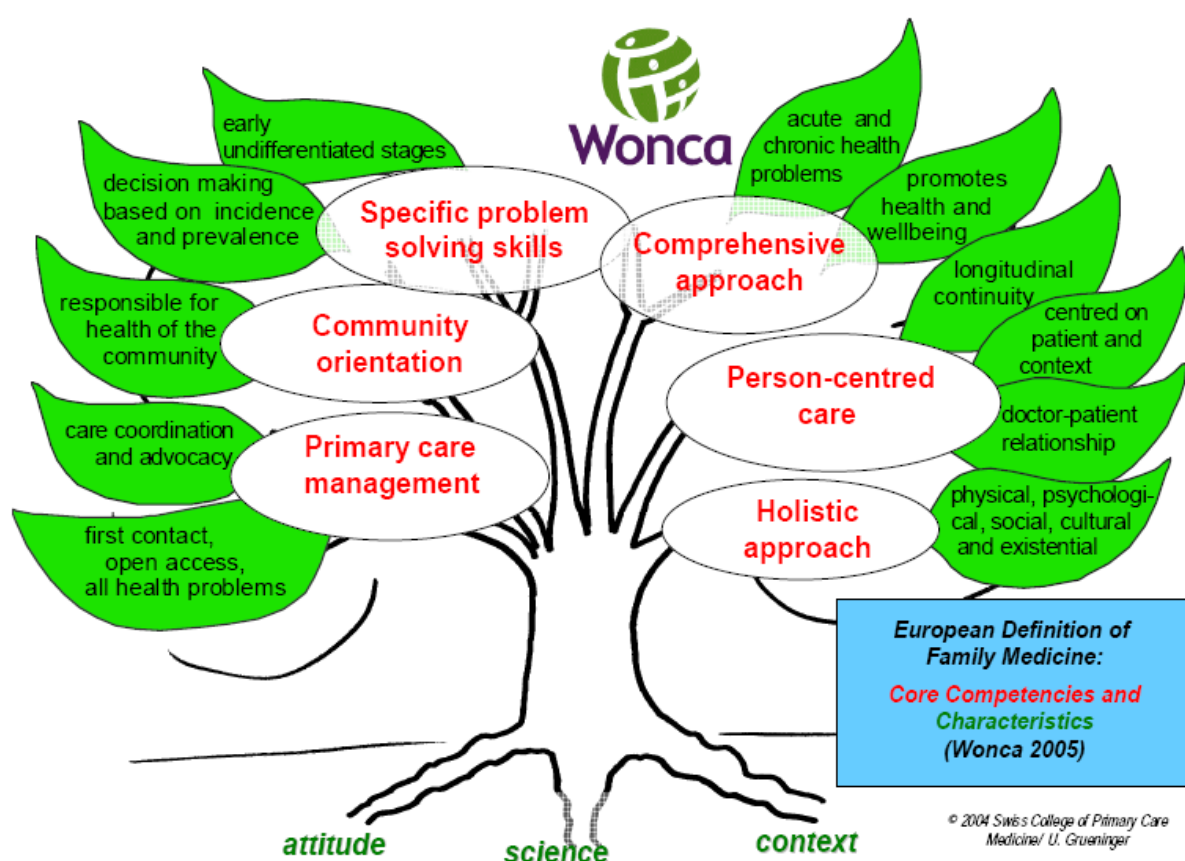
Valore Predittivo Positivo:

$$45/(45+95)=0.32$$

Valore Predittivo Negativo:

$$855/(5+855)=0.99$$

Fig.19. Il “WONCA tree” riassume le caratteristiche della medicina di famiglia secondo le definizioni WONCA. Fonte: EURACT-European Academy of Teachers in General Practice. *The European Definition of General Practice/Family Medicine*.2005.



Tab.1: Decessi e carico di malattia dovuti a malattie croniche nella Regione Europea dell'Oms per causa (stime 2005). Un Daly (Disability Adjusted Life Year) equivale a un anno di vita sana perso e viene calcolato come somma degli anni di vita persi per morte prematura (Years of Life Lost, YLL) e degli anni di vita vissuti con malattia piuttosto che in salute (Years Lost due to Disability, YLD). Fonte: World Health Organization.

Cause	Carico di malattia (migliaia di Daly)	% di tutte le cause	decessi (migliaia)	% di tutte le cause
malattie cardiovascolari	34.421	23%	5.067	52%
disturbi neuropsichiatrici	29.370	20%	264	3%
tumori maligni	17.025	11%	1.855	19%
malattie dell'apparato digerente	7.117	5%	391	4%
malattie respiratorie	6.835	5%	420	4%
disturbi degli organi di senso	6.339	4%	0	0%
malattie muscolo-scheletriche	5.745	4%	26	0%
diabete	2.319	2%	153	2%
malattie del cavo orale	1.018	1%	0	2%
totale delle malattie croniche	115.339	77%	8.210	86%
totale per tutte le cause	150.322		9.564	

Tab.2:utilizzo dei servizi medici al variare del sistema di riferimento non professionale. Modificato da: Freidson E. *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*. Franco Angeli, 2002.

Struttura di riferimento non professionale	Cultura non medica	
	Congruente con la professione	Non congruente con la professione
Coesione scarsa, carente	Utilizzo medio-alto	Utilizzo medio-basso
Coesione forte	Utilizzo massimo	Utilizzo minimo

Tab.3. Il disturbo disforico premenstruale (PMDD). Criteri diagnostici secondo il DSM-IV. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali Text Revision quarta edizione italiana*. Masson, Milano, 2000.

■ **Criteri di ricerca per il Disturbo Disforico Premenstruale**

A. Nella maggior parte dei cicli mestruali dell'anno precedente sono stati presenti cinque (o più) dei sintomi seguenti per la maggior parte dell'ultima settimana della fase luteinica, sintomi che iniziano ad attenuarsi entro pochi giorni dall'inizio della fase follicolare, e scompaiono nella settimana successiva alla mestruazione; inoltre almeno uno dei sintomi corrispondenti ai numeri 1, 2, 3 o 4:

- 1) umore marcatamente depresso, sentimenti di disperazione, o idee di autosvalutazione
- 2) marcata ansietà, tensione, sensazione di essere bloccata, o "sul filo del rasoio"
- 3) marcata labilità affettiva (per es., sentirsi improvvisamente triste o sul punto di piangere, oppure aumentata sensibilità alle frustrazioni)
- 4) rabbia o irritabilità marcate e persistenti, oppure aumento dei conflitti interpersonali
- 5) diminuito interesse verso le attività usuali (per es., lavoro, studio, amicizie, passatempi)
- 6) sensazione soggettiva di difficoltà a concentrarsi
- 7) sonnolenza, facile affaticamento, oppure rilevante mancanza di energia
- 8) cambiamenti marcati nell'appetito, iperalimentazione, o ricerca insistente di qualche cibo particolare
- 9) ipersonnia o insonnia
- 10) sensazione soggettiva di essere soverchiata o di perdere il controllo
- 11) altri sintomi fisici, come caduta o rigonfiamento delle mammelle, cefalea, dolore articolare o muscolare, sensazione di "gonfiore", aumento di peso.

Nota Nelle femmine mestruate, la fase luteinica corrisponde al periodo tra l'ovulazione e l'inizio della mestruazione, e la fase follicolare comincia con la mestruazione. Nelle femmine non mestruate (per es., quelle che hanno subito una isterectomia), l'individuazione delle fasi luteinica e follicolare può richiedere il dosaggio degli ormoni sessuali circolanti.

- B. L'alterazione interferisce in maniera rilevante nel lavoro o nello studio, oppure nelle attività sociali abituali o nei rapporti con gli altri (per es., evitamento delle attività sociali, diminuzione dell'efficienza e del rendimento sul lavoro o nello studio).
- C. L'alterazione non rappresenta semplicemente l'esacerbazione dei sintomi di un altro disturbo, come un Disturbo Depressivo Maggiore, il Disturbo di Panico, il Disturbo Distimico, o un Disturbo di Personalità (per quanto possa sovrapporsi a ciascuno di questi disturbi).
- D. I criteri A, B e C devono risultare confermati dalle registrazioni giornaliere comparative di almeno due cicli sintomatici consecutivi (la diagnosi può essere posta provvisoriamente in attesa di questo tipo di conferma).

Tab.4. Effetti dell'interazione tra medici e industria farmaceutica sulle prescrizioni.

Modificato da: Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA*, 2000; 283:373-80.

Table 4. Effect of Physician-Pharmaceutical Industry Interactions on the Practitioner ^a		
Interaction	Outcome	Findings
Interaction with PR	Attitude	Exposure to PR associated with positive perception of PR ($\beta = .638$; $P = .02$) (F); ²¹ perception of appropriateness of other interactions ($r = 0.706$; $P = .02$) (F) ²¹ Perceived support by PRs ($r = 0.384$; $P < .01$), ²⁶ the availability ($r = 0.30$; $P < .001$) and applicability ($r = 0.30$; $P < .001$) of PR information and of the PRs themselves ($r = 0.54$; $P < .001$), ²⁶ and receiving practical prescribing information ²⁶ associated with positive perception of PR (F)
	Formulary request	"Request made at suggestion of PR in the last year" (R, 4%; $P = .20$) ²⁶ Contact with PR associated with increased likelihood of request for PR's drug vs those who did not meet PR (OR, 3.4; 95% CI, 1.8-6.6), and vs request for other company's drug (OR, 4.9; 95% CI, 3.2-7.4) (F) ²¹
	Prescribing	Frequency of contact associated with change of practice (R, $r = 0.040$, $P = .003$; F, $r = 0.016$, $P = .003$), ²⁶ higher prescribing cost ($r = 0.155$; $P < .01$) (F), ²⁶ and rapid prescription of a new drug ($r = 0.35$; $P < .002$) (F) ²⁶ Relying on PR associated with decreased likelihood of prescribing generic by 66% (F) ²⁶ and less rational prescribing ($r = 0.195$; $P < .03$) (F) ²⁶
Gifts	Attitudes	Receiving a gift ²⁶ and number of gifts received ($r = 0.24$; $P < .04$) ²⁶ are associated with belief that PRs have no impact on behavior (F) Receiving high-relevance gifts is associated with positive attitude toward gifts (F) ²⁶
Samples	Attitudes	Positive attitude toward the PR (F) ²⁶
	Prescribing	Awareness, preference, and rapid prescription of a new drug ($r = 0.35$; $P < .002$) (F) ²⁶
Industry-paid meals	Formulary request	Increased likelihood of request for any drug ($r = 0.088$; $P = .03$) ²⁶ ; 8% of requesting physicians vs 3% of controls "occasionally" shared meals; 14% vs 1% "often" shared meals ($P < .01$) (F) ²¹
Conference travel	Formulary request	Increased likelihood of request for sponsor's drug (OR, 7.9; 95% CI, 1.1-55.6) vs controls who did not benefit (F) ²¹
	Prescribing	4.5- to 10-fold increase in preconference prescribing rate of sponsor drug (compared with 2.5- to 3.5-fold national rate increase) (F) ²¹
PR speakers	Knowledge	Learning of inaccurate information (only 26% able to identify inaccurate claims) (F) ²¹
	Prescribing	Appropriate treatment for complications of discussed illness (OR, 8.4; 95% CI, 2.1-38.5) (F) ²¹ Inappropriate treatment (higher cost, more invasive) for milder forms of the discussed illness (100% vs 79% of those not in attendance; $P = .03$) (F) ²¹
CME funding	Content	More frequent mention (2.5 to 3 times) of positive effects of sponsor's medication and negative or equivocal effects of competitor's ($P < .05$) (F) ²⁶
	Prescribing	Highest increase (5.5% to 18.7%) in the rate of prescription of the drugs made by the CME sponsor, while decrease or smaller increase in rate of competitor's drug ($P < .05$) (F) ²⁶
Honoraria	Formulary request	Increased likelihood of request for any drug ($r = 0.178$; $P = .003$), ²⁶ from those who benefit "occasionally" (OR, 4.0; 95% CI, 1.0-16.8) and "often" (OR, 29.1; 95% CI, 3.4-246.6) (F) ²¹ Increased likelihood of request for sponsor's drug vs controls who did not benefit (OR, 3.9; 95% CI, 1.2-12.7), and vs request for other company's drugs (OR, 2.2; 95% CI, 1.1-4.2) (F) ²¹
Research funding	Formulary request	Increased likelihood of request for any drug ($r = 0.102$; $P < .05$) ²⁶ ; 61% of requesting physicians vs 28% of controls benefited ($P = .002$) (F) ²¹ Increased likelihood of request for sponsor's drug (OR, 9.5; 95% CI, 2.6-35.7) vs controls who did not benefit (F) ²¹

^aCME indicates continuing medical education; PR, pharmaceutical representative; P, physicians; R, residents; S, students; OR, odds ratio; and CI, confidence interval.