

In un contesto dominato dal marketing industriale e professionale e da una comunicazione sanitaria asimmetrica e a senso unico, fondata unicamente sulle «buone notizie», fonte di potere, si inducono nella popolazione attese sproporzionate rispetto all'efficacia dell'impresa medico-sanitaria, che superano ogni ragionevole evidenza.

Gianfranco  
Domenighetti

## Medicalizzazione della vita, comunicazione sanitaria e conflitti di interesse

Questo articolo è in parte la rielaborazione di un testo dell'autore pubblicato sul numero 26 della rivista *Janus* (Roma, 16 giugno 2007).

I sistemi sanitari «universali» sono sistemi complessi dominati dall'offerta. È infatti quest'ultima che omologa la domanda che potrà quindi beneficiare di un accesso a prestazioni e a servizi il cui costo sarà poi socializzato.

Ogni sistema sanitario è pure caratterizzato da interessi molto spesso contrapposti tra gli attori implicati (pazienti-cittadini, fornitori di prestazioni, produttori di tecnologia, amministratori, politici). Inoltre, dal lato dell'offerta, l'attività sanitaria è dominata dalla complessità, dall'incertezza, dall'asimmetria dell'informazione, dalla qualità poco o non misurabile, dai conflitti di interesse, dall'autoritarismo e dalla opacità delle decisioni, mentre, dal lato della domanda, da preferenze individuali e sociali orientate verso un sempre maggior benessere psicofisico spesso riconducibile ad attese di efficacia dell'impresa medico-sanitaria che superano ogni ragionevole evidenza. Queste ultime sono in larga misura indotte dai media e dagli opuscoli «informativi» prodotti dai servizi.

Ne consegue che emettere informazioni medico-sanitarie verso la società civile, in particolare se «buone notizie», significa acquisire e/o mantenere «potere».

È pure indispensabile sottolineare che oltre ai classici attori che operano su questo mercato (utenti-pazienti/fornitori di prestazioni e servizi/assicuratori, enti pubblici) ve n'è uno, generalmente «innominato», rappresentato dai produttori di tecnologia medico-sanitaria, cioè dall'industria, in particolare quella farmaceutica.

Obbiettivi, espliciti e legittimi, di quest'ultimo attore sono essenzialmente l'espansione dei mercati e la crescita dei profitti. La strategia utilizzata è quella di influenzare i regolatori, i prescrittori, i cittadini e i pazienti tramite politiche sovente aggressive di marketing e di lobbying largamente fondate sull'informazione e la comunicazione diretta o indiretta che pongono spesso questi attori in situazioni di conflitto di interessi.

La medicalizzazione della società

Un famoso «incipit» sul *British Medical Journal* del 13 aprile 2002 se-

gnalava che «si possono fare molti soldi se si arriva a convincere i sani che in realtà sono degli ammalati»<sup>1</sup>. Già nel 1976, in un'intervista a *Fortune*, il CEO della «Merck Sharp and Dohme», Henry Gadson osservava che «il mio sogno è fare farmaci per le persone sane». Oggigiorno il suo desiderio si è ampiamente realizzato. Ancor prima, nel 1929, Jules Romains fa dire al dottor Knock, nell'omonima commedia, «un sano non è altro che un malato che non sa di esserlo».

Oggigiorno Big Pharma ha esteso la propria influenza a tutti i settori della società. È cosa assai nota, anche se meno presso il grande pubblico, che l'industria, in particolare quella farmaceutica, condiziona pesantemente la prescrizione medica, la ricerca, le riviste scientifiche, la formazione continua dei medici, i media, le associazioni dei pazienti, gli organi di controllo e, tramite il lobbying, la politica<sup>2</sup>. Meno noto è invece il fatto che le vere «innovazioni» terapeutiche, e non solo in campo farmaceutico, sono state, negli ultimi vent'anni, assai scarse<sup>3</sup>.

La rivista indipendente *Prescrire* ha evidenziato che dal 1981 al 2005 sui 3335 nuovi farmaci messi sul mercato francese, solo 7 (0,21%) hanno rappresentato un progresso terapeutico «maggiore» e 78 (2,34%) un progresso «importante» (con alcuni limiti) mentre gli altri erano sostanzialmente delle copie o farmaci senza nessun interesse clinico o perfino dannosi<sup>4</sup>.

Tutta questa abbondante pseudo-innovazione ha quale unico scopo l'ottenimento o l'estensione dei brevetti che garantiranno prezzi elevati dei farmaci a carico dei servizi sanitari. La loro diffusione sarà garantita, senza rigorose valutazioni di efficacia e di efficienza, tramite le abituali pratiche di marketing presso i medici che, grazie alla prescrizione, giustificheranno l'omologazione della presa a carico del costo da parte degli assicuratori e/o dei servizi sanitari nazionali.

Ma le strategie che mirano alla medicalizzazione della vita degli individui e della società sono altre. Oggigiorno la costruzione sociale delle malattie sta per essere sostituita dalla loro costruzione industriale.

Questa dinamica è sostenuta e promossa:

- dalla sistematica revisione al ribasso delle soglie che definiscono «il patologico» per tutta una serie di fattori di rischio diffusi (ipertensione, ipercolesterolemia, diabete ecc.), il che tende a trasformare milioni di individui oggi «soggettivamente» sani in persone «oggettivamente» ammalate. Un recente studio<sup>5</sup> mostrava ad esempio che estrapolando sulla popolazione norvegese le raccomandazioni delle linee guida della Società Europea di Cardiologia sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica, nessun uomo di età superiore ai 40 anni poteva ancora essere considerato a basso rischio (!). Queste ed altre linee guida, abbondantemente sponsorizzate dall'industria, che mirano a lottare contro i cosiddetti «fattori di rischio» (trasformati così in vere e proprie malattie) implicano una medicalizzazione farmaceutica di massa il cui denominatore, in rapporto all'anonimo individuo che ne trarrà un eventuale beneficio (NNT), tenderà a crescere con l'abbassamento della soglia. Da qui l'interesse economico evidente per l'indu-

<sup>1</sup> R. Moynihan, I. Heath, D. Henry, «Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering», *BMI*, 2002, 324, pp. 886-91.

<sup>2</sup> M. Bobbio, *Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Medici e industria*, Einaudi, Torino, 2004; R. Smith, «Curbing the influence of the drug industry: a British view», *PLoS Medicine*, 2005, 2(9), e241 (<http://medicine.plosjournals.org>); R. Smith, «Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies», *PLoS Medicine*, 2005, 2(5), e138 (<http://www.plosmedicine.org>); R. Smith, «Lapses at the New England Journal of Medicine», *JR Soc Med*, 2006, 99, pp. 380-2; M. Angell, *The truth about the drug companies*, Random House, New York, 2004.

<sup>3</sup> J. Le Fanu, *The rise and fall of modern medicine*, Abacus, London, 2004.

<sup>4</sup> Les Palmarès *Prescrire* 2005. *Prescrire* 2006, 26 (269), pp. 84-87.

<sup>5</sup> L. Getz, J. A. Sigurdsson, I. Hetlevik, A. L. Kirkengen, S. Romundstad, J. Holmen, «Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the Norwegian HUNT 2 population according to the 2005 European guidelines: modelling study», *BMI*, 2005, 351 (7516), pp. 551-54.

rMH	9	Gennaio-Marzo	2009	Gianfranco Domenighetti Medicalizzazione della vita, comunicazione sanitaria e conflitti di interesse
-----	---	---------------	------	--

stria di medicalizzare in modo epidemico i fattori di rischio poiché essi garantiranno un consumo giornaliero di farmaci che avrà fine solo con il decesso dei consumatori. Tra i 9 membri della «conferenza di consenso» che ha definito (abbassandole) le nuove soglie per il trattamento dell'ipercolesterolemia facendo così passare da 13 a 36 milioni il numero di cittadini americani eleggibili al trattamento<sup>6</sup>, solo uno di essi non aveva conflitti di interesse con l'industria farmaceutica<sup>7</sup>. Il *New York Times* del 20 maggio 2006 rivelava che il panel che ha definito le nuove soglie dell'ipertensione aveva ricevuto 700 000 dollari da tre società farmaceutiche produttrici di antiipertensivi (Novartis, Merck e Sankyo). Va rilevato che la medicalizzazione dei fattori di rischio comporta un cambio di paradigma dell'agire medico tutt'altro che trascurabile. Infatti essa promuove l'abbandono della misura e della verifica dei risultati dell'intervento medico su un paziente unico e «certo» per trasferire l'azione terapeutica verso il trattamento di probabilità anonime il che impedirà di verificare se l'intervento o la prescrizione abbiano avuto successo. Abbassare all'infinito il tasso di colesterolo in prevenzione primaria sembra essere diventata l'ossessione culturale dei paesi industrializzati nonostante che fondati dubbi sull'efficacia delle nuove linee guida siano stati avanzati anche da prestigiose riviste di medicina<sup>8</sup>. Riducendo i rischi potenziali dei sani si distoglieranno in un futuro prossimo mezzi e risorse per la cura di coloro che sono effettivamente ammalati. Perché, infine, da noi si deve ridurre il tasso di colesterolo dei sani mentre nel sud si lasciano morire senza cure gli ammalati di Aids?

– dalla generalizzazione della diagnosi «precoce» (screening, check-up, biotecnologie ecc.), pratica oggi percepita dalla popolazione come garanzia di guarigione se non di prevenzione dall'insorgenza di questa o di quella morbilità. Un recente sondaggio (2006) che abbiamo condotto in Italia ha mostrato come l'80% dei cittadini è dell'opinione che sia sempre utile fare degli esami per sapere in anticipo se si ha oppure no una malattia, contro solo il 17% che correttamente rispondeva «solo in certi casi».

È sorprendente constatare l'entusiasmo popolare per i check-up e gli altri servizi di diagnosi precoce<sup>9</sup>. Ad esempio negli USA il 50% delle donne che hanno perso il collo dell'utero a seguito di isterectomia totale continua a sottoporsi al test per la diagnosi precoce del tumore al collo dell'utero<sup>10</sup> e in altri paesi europei la situazione non è diversa. Studi hanno mostrato come il 60% della popolazione sia perfino disposta a sottoporsi al test per la ricerca precoce del tumore (praticamente incurabile) al pancreas<sup>11</sup>, oppure che l'80% delle donne italiane credono che il sottoporsi regolarmente alla mammografia eviti o riduca il rischio di ammalarsi in futuro di cancro al seno<sup>12</sup>. Probabilmente il marketing industriale e mediatico ha fatto sì che nel pubblico la capacità di porre una diagnosi precoce sia ormai divenuto sinonimo di guarigione assicurata<sup>13</sup>. I check-up, gli screening e i test diagnostici di massa hanno molto spesso la capacità di sovrastimare l'incidenza di morbilità «inconsistenti» oppure di anticipare una diagnosi senza che poi vi sia un reale beneficio in termini di sopravvivenza<sup>14</sup>. Recentemente lo studio sull'efficacia della TAC spirale nella prevenzione della mortalità per tumore al polmone ha mostrato che, sebbene l'indagine precoce abbia anticipato oltre il 90% delle diagnosi di tumore al polmone, la mortalità è risultata identica a quella del gruppo di controllo che non era stato sottoposto allo screening<sup>15</sup>. Anche per lo screening mammografico l'anticipo della diagnosi senza benefici di sopravvivenza a 10 anni concerne il 93-94% delle donne ultracinquantenni a cui è stato diagnosticato un tumore al seno, mentre quelle che beneficeranno della diagnosi precoce saranno, a seconda delle fonti, da 0,5 a 2 donne (su 1000 e su 10 anni) alle quali sarà allontanato il decesso<sup>16</sup>.

È interessante notare che in assenza di un'informazione esplicita, esaustiva e comprensibile sui benefici, gli eventi avversi e le incertezze della

diagnosi precoce, quest'ultima costituisce una «gabbia» logica che conduce a decidere che «è sempre meglio fare l'esame». Infatti, se farò l'esame e il risultato sarà positivo potrò sempre dirmi che ho fatto bene a farlo perché avrò così la possibilità di iniziare la cura in anticipo e questa sarà più efficace; se il risultato sarà negativo (o falso positivo) avrò ancora fatto bene a fare l'esame perché ora sarò rassicurato; se invece non dovessi fare l'esame e poi mi ammalo avrò fatto male a non farlo. Quindi in ogni caso la scelta di sottoporsi alla diagnosi precoce sarà da preferire. Anche se dovessi decidere di chiedere un parere al medico, quest'ultimo, per cautelarsi verso l'incertezza, darà con grande probabilità un avviso positivo. Eppure, contrariamente all'opinione comune e dominante, una delle scelte più difficili è proprio quella di decidere se sottoporsi oppure no a una diagnosi precoce e per quali tipologie di morbilità<sup>17</sup>.

In un futuro prossimo la generalizzazione della diagnosi precoce che sarà resa possibile grazie all'ingegneria genetica darà ad ognuno la possibilità di essere trasformato subito dopo la nascita in un «ammalato». Quello che ci fa ammalare, titolava il *New York Times* del 2 gennaio 2007, è soprattutto un'epidemia di diagnosi.

– dallo statuto di «malattia» vieppiù attribuito a condizioni che fanno parte del normale processo biologico della vita. Non a caso il *British Medical Journal* ha pubblicato una «Classificazione Internazionale delle Non-Malattie» che contabilizza oltre 200 condizioni reputate a torto come malattie<sup>18</sup>. Fra queste la menopausa, l'osteoporosi, la fobia sociale, il colon spastico, la sindrome di «fatica cronica», la cellulite ecc.

L'influenza dell'industria e i conflitti di interesse sono presenti anche allorché si tratta di definire se una data situazione o condizione di vita debba, oppure no, essere elevata alla dignità di «malattia», il che consentirà poi l'assunzione da parte dei sistemi assicurativi o nazionali di salute dei costi delle prescrizioni e dei trattamenti. Infatti, un recente studio dell'Università del Massachusetts ha denunciato la sponsorizzazione da parte dell'industria farmaceutica del panel di psichiatri incaricato di aggiornare il DSM-IV, cioè l'elenco delle condizioni psichiche che meritavano di essere omologate come vere e proprie malattie<sup>19</sup>.

Paradossalmente i servizi sanitari spendono miliardi per lottare con-

- <sup>6</sup> J. Abramson, J. M. Wright, «Are lipid lowering guidelines evidence-based?», *The Lancet*, 2007, 369, pp. 168-69.
- <sup>7</sup> S. M. Grundy, J. I. Cleeman, C. N. Bairey Merz, H. B. Brewer, L. T. Clark, D. B. Hunnigake, *et al.*, «Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program adult treatment panel III guidelines», *Circulation*, 2004, 110, pp. 227-59.
- <sup>8</sup> J. Abramson, J. M. Wright, *op. cit.*
- <sup>9</sup> L. M. Schwartz, S. Woloshin, F. J. Fowler Jr, H. G. Welch, «Enthusiasm for cancer screening in the United States», *JAMA*, 2004, 291, pp. 71-78; G. Domenighetti, «Ben sarebbe folle chi quel che non vorria trovar cercasse» (editoriale), *Occhio Clinico*, 2005, 11, pp. 6-7.
- <sup>10</sup> B. E. Sirovich, H. G. Welch, «Cervical cancer screening among women without a cervix», *JAMA*, 2004, 291, pp. 2990-95.
- <sup>11</sup> G. Domenighetti, R. Grilli, J. Maggi, «Does provision of an evidence-based information change public willingness to accept screening tests?», *Health Expect*, 2000, 3, pp. 145-50.
- <sup>12</sup> G. Domenighetti, B. D'Avanzo, M. Egger, F. Berrino, T. Perneger, P. Mosconi, M. Zwahlen, «Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries», *Int J Epidemiol*, 2003, 32, pp. 816-21.
- <sup>13</sup> G. Domenighetti, «Ben sarebbe folle...», *op. cit.*
- <sup>14</sup> W. C. Black, H. G. Welch, «Advances in diagnostic imaging and overestimations of disease prevalence and the benefits of therapy», *N Engl J Med*, 1993, 328, pp. 1237-43; H. G. Welch, S. Woloshin, L. M. Schwartz, «Skin biopsy rates and incidence of melanoma: population based ecological study», *BMJ*, 2005, 331 (7515), pp. 481-84.
- <sup>15</sup> P. B. Bach, J. R. Jett, U. Pastorino, *et al.*, «Computed tomography screening and lung cancer outcomes», *JAMA*, 2007, 297, pp. 953-61.
- <sup>16</sup> P. C. Götzsche, M. Nielsen, «Screening for breast cancer with mammography», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 4; A. Barrat, K. Howard, L. Irwig, *et al.*, «Model of outcomes of screening mammography: information to support informed choices», *BMJ*, 2005, 330, pp. 936-38.
- <sup>17</sup> H. G. Welch, *Should I be tested for cancer?*, University of California Press, Los Angeles, 2004.
- <sup>18</sup> R. Moynihan, I. Heath, D. Henry, *op. cit.*; R. Smith, «In search of "non-disease"», *BMJ*, 2002, 324, pp. 883-85.

rMH	9	Gennaio-Marzo	2009	Gianfranco Domenighetti Medicalizzazione della vita, comunicazione sanitaria e conflitti di interesse
-----	---	---------------	------	--

tro la malattia mentre in realtà essi stanno creando milioni di ammalati supplementari e facendo a poco a poco scomparire le persone in buona salute<sup>20</sup>. Queste dinamiche avranno conseguenze maggiori sull'ansia e l'angoscia sociale nonché sulle capacità di finanziamento dei sistemi sanitari quindi sulla loro durabilità futura e sul mantenimento dell'«universalità» dell'accesso della forma che oggi noi conosciamo.

#### La comunicazione sanitaria

L'informazione e la comunicazione in materia medico-sanitaria è essenzialmente distribuita dai media e, subordinatamente, dai supporti informativi prodotti dai servizi sanitari. Tutti i sondaggi sulla fiducia pubblica verso le diverse professioni mostrano come la professione medica goda presso i cittadini del più elevato grado di credibilità, seguita dagli insegnanti e dai professori universitari. Il «privilegio» di avere i più bassi indici di credibilità spetta ai politici e, ultimi della graduatoria, ai giornalisti. Probabilmente proprio per questo motivo i giornalisti che si occupano di sanità utilizzano i medici in qualità di esperti per veicolare informazioni e notizie verso l'opinione pubblica. Tuttavia questi ultimi sono sovente non aggiornati, sottoposti all'influenza di vari conflitti di interesse e soprattutto sottoposti al giudizio della corporazione di appartenenza che abitualmente gradisce e preferisce, quando ci si rivolge «ai laici», i canti «corali» a quelli dei «solisti». Solo i «guru» nazionali o regionali di riferimento possono permettersi di uscire dal coro dando così il «la» su questo o quell'argomento a tutta la corporazione di riferimento.

Diverse analisi hanno evidenziato come i media (e gli opuscoli «informativi» prodotti dai servizi) costituiscano la principale minaccia ad un'informazione fondata sulle evidenze. Le caratteristiche principali delle informazioni e notizie relative alla scienza e alla pratica medica diffuse dai media sono quelle di essere:

- fondate esclusivamente sull'enfaticizzazione dei soli benefici delle pratiche e delle prestazioni (anche se essi sono solo potenziali),
- silenti circa i rischi, gli effetti non desiderati e le «incertezze», come pure
- silenti sulle eventuali controversie di tipo scientifico<sup>21</sup>,

il che equivale a diffondere verso i cittadini un «pensiero unico» di generale efficacia e onnipotenza, sovente intriso di conflitti di interesse di vario genere che mirano all'espansione dei consumi, dei mercati e dei profitti, al mantenimento o alla promozione del potere professionale e, in non pochi casi quando si promuovono screening e check-up, alla ricerca di soggetti con questa o quella morbilità da sottoporre a protocolli di studio in particolare di tipo oncologico.

Oggi giorno, ad eccezione dell'Iraq e di qualche altra sfortunata regione, si domina con la seduzione, e quale miglior seduzione di quella di rivolgersi a individui, che di regola preferiscono vivere piuttosto che morire, dicendo loro, magari dopo averli angosciati e resi ansiosi sull'ultimo problema di salute che potrebbe colpirli, «tranquilli stiamo lavorando per voi e la soluzione eccola qua!». Titoli quali «Assalto alle cellule per cercare l'immortalità», «Parti di ricambio su misura», «Il robot entra in circolo», «Con un esame del sangue tumori scoperti in anticipo», «Tumori, chiamatelo male guaribile», «Il biochip al Dna trova il tumore al polmone in anticipo»<sup>22</sup>, sono probabilmente devastanti.

Interessante è il modo in cui sono stati presentati ai lettori italiani i risultati di uno studio «epocale», pubblicato su *JAMA* nel luglio del 2002, che ha radicalmente modificato la presa a carico dei disturbi della menopausa tramite la terapia ormonale sostitutiva<sup>23</sup> e che ha prodotto negli USA, nei due anni successivi alla pubblicazione dei risultati, una diminuzione dell'8% dell'inci-

denza dei tumori al seno<sup>24</sup> quale conseguenza del crollo delle prescrizioni ormonali. L'informazione che la terapia ormonale sostitutiva aumentava significativamente l'incidenza del tumore al seno ha occupato giornalmente dal 9 al 17 luglio 2002 le pagine del *New York Times*. In Italia l'informazione è stata data dalla *Repubblica* del 20 luglio 2002 con un articolo dal titolo «Ormoni, l'inganno americano» e firmato da Umberto Veronesi che manifestava così il suo disappunto sui risultati di quello studio, risultati che costituivano un ostacolo maggiore alla continuazione di una sua ricerca che prevedeva la randomizzazione verso il tamoxifen o il placebo delle donne che seguivano una terapia ormonale sostitutiva (e che avrebbero dovuto continuare a seguirla per almeno 5 anni!). Ci si può a questo punto legittimamente chiedere quale sia stato il parere del comitato etico di riferimento (semmai c'è stato) sull'eticità della continuazione di un tale studio randomizzato dopo che i risultati della ricerca americana (riconfermati un anno dopo da un altro studio condotto su un milione di donne europee<sup>25</sup>) avevano evidenziato il rischio accresciuto di tumore conseguente alla terapia ormonale sostitutiva.

Altro esempio di rilievo sulla manipolazione informativa di cui sono oggetto i cittadini è come *la Repubblica* informava sui risultati del recentissimo studio che ha mostrato l'inefficacia della TAC spirale preventiva nel ridurre la mortalità per tumore al polmone<sup>26</sup>. Titolava l'illustre quotidiano del 7 marzo 2007 «Tumore al polmone, così si batte. Giulia Veronesi: con la diagnosi precoce operabilità al 90%». Anche solo leggendo il titolo il comune cittadino ne deduceva probabilmente che, vista «l'operabilità al 90%», il tumore al polmone identificato precocemente era guaribile in 9 casi su 10. Anche qui, come per la terapia ormonale sostitutiva, siamo in presenza di un evidente conflitto di interessi. Infatti i risultati dello studio americano sull'efficacia della TAC spirale creavano un ostacolo maggiore al reclutamento di pazienti per uno studio analogo condotto dall'Istituto Europeo di Oncologia di Umberto Veronesi.

#### Comunicazione istituzionale *versus* marketing industriale

La comunicazione istituzionale dovrebbe mirare a promuovere una migliore autogestione della salute e un accesso più consapevole ai consumi medico-sanitari da parte dei cittadini. Essa rimane lo strumento essenziale e di scelta poiché senza di essa non si raggiungerebbero i singoli e i gruppi in vista di un loro libero e autonomo *empowerment* nella direzione desiderata e nemmeno si potrebbe ipotizzare un riaggiustamento dell'asimmetria informativa esistente tra i produttori di tecnologia, i fornitori di servizi e prestazioni e i cittadini. Nel campo della promozione della salute e di un accesso più consapevole ai consumi medico-sanitari è tuttavia essenziale identificare chiaramente chi «emette» le informazioni nel senso che l'agente «emittente»

<sup>19</sup> L. Cosgrove, S. Krinsky, et al., «Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry», *Psychoter. Psychosom.*, 2006, 75, pp. 154-60.  
<sup>20</sup> J. Galovart, «The last well person», *N Engl J Med*, 1994, 331, p. 206; R. Moynihan, A. Cassels, *Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All into Patients*, Allen and Unwin, Crows Nest NSW, 2005; N. M. Hadler, *The Last Well Person: How to Stay Well Despite the*

*Health-care System*, McGill-Queens University Press, Montreal, 2004.  
<sup>21</sup> A. Coulter, *Evidence based patient information*, *BMJ*, 1998, 317, pp. 225-26.  
<sup>22</sup> *Corriere della Sera*: alcuni titoli dal gennaio 2000 a marzo 2007.  
<sup>23</sup> J. E. Rossouw, G. L. Anderson, R. L. Prentice, et al., «Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal Women: principal results from the Women Health Initiative randomized controlled trial», *JA-*

*MA*, 2002, 288, pp. 321-33.

<sup>24</sup> P. M. Ravadin, K. A. Cronin, N. Howlader, et al., «The decrease in breast-cancer incidence in 2005 in the United States», *New Engl J Med*, 2007, 356, pp. 1670-74.

<sup>25</sup> AA.VV., «Breast cancer and hormone-replacement therapy in the million women study», *The Lancet*, 2005, 362, pp. 419-27.

<sup>26</sup> P. B. Bach, J. R. Jett, U. Pastorino, et al., *op. cit.*

rMH	9	Gennaio-Marzo	2009	Gianfranco Domenighetti Medicalizzazione della vita, comunicazione sanitaria e conflitti di interesse
-----	---	---------------	------	--

dovrà essere assolutamente insospettabile quanto a conflitti di interesse. Di conseguenza esso non potrà essere che l'attore almeno potenzialmente meno sottoposto alle pressioni degli interessi particolari e del mercato, cioè l'attore pubblico, e la comunicazione dovrà quindi essere di tipo «istituzionale». Se guardiamo tuttavia le risorse pubbliche destinate a tale scopo ci rendiamo immediatamente conto della loro «povertà» soprattutto se confrontata con le disponibilità di altri agenti e attori privati che fanno del marketing nella sanità con l'unico fine di espandere i mercati, accrescere i profitti oppure aumentare la loro considerazione o autorevolezza sociale.

Le undici più importanti case farmaceutiche hanno destinato nel 2004 circa 100 miliardi di dollari<sup>27</sup> per spese di marketing (contro circa il 50% per la ricerca e lo sviluppo) senza contare le somme che gli altri produttori di tecnologia medico-sanitaria hanno speso per convincere medici, associazioni di pazienti, media, opinione pubblica e la politica a investire nei loro prodotti. La salute pubblica ha ormai abbandonato il suo modello sociale di riferimento oggi sostituito da quello farmacologico fondato sulla prescrizione di statine, antiipertensivi, cerotti per la terapia contro il tabagismo e antidepressivi<sup>28</sup>. La prevenzione primaria, così ridefinita dall'industria farmaceutica, distoglie di fatto i governi dall'onere di occuparsi in modo significativo delle ineguaglianze di salute, della precarizzazione e dell'impatto delle politiche pubbliche sullo stato sanitario dei cittadini e dell'educazione sanitaria centrata sui fattori di rischio e di protezione delle malattie cronico-degenerative.

È quindi evidente che tecnologie povere e senza mezzi, come l'educazione sanitaria del cittadino, sono a rischio (se già non lo sono) di essere ridicolizzate dall'arroganza del marketing industriale che ha capito che si possono fare molti soldi dicendo e convincendo i sani che in realtà sono degli ammalati, aumentando così l'ansia e l'angoscia sociale che rappresentano l'incentivo di prima scelta nella promozione del consumismo.

Per una politica sanitaria anche di tipo «culturale»

Un'ulteriore considerazione, più di fondo, è che, stante l'attuale scollamento tra medicalizzazione della vita (che eserciterà una pressione significativa sulla crescita dei costi, delle prestazioni e dei servizi) e risorse disponibili per il finanziamento dei sistemi sanitari, è indispensabile e urgente la messa in atto accanto alla classica politica sanitaria di tipo organizzativo-strutturale anche di una politica sanitaria di tipo culturale che miri appunto a combattere il consumismo e a ricondurre alla realtà dell'«evidenza» le attese smisurate e in larga misura indotte degli individui e della società verso l'efficacia dell'impresa medico-sanitaria. Una tale politica dovrebbe essere fondata sull'informazione istituzionale e centrata sulla comunicazione del rischio e sulla messa in evidenza dell'incertezza della medicina, dei conflitti di interesse e della «corruzione» soggiacenti<sup>29</sup>, in modo tale da creare un sano sospetto (o se si preferisce «un approccio scettico») verso l'efficacia a 360 gradi di tutto quanto proposto dal sistema e dal mercato<sup>50</sup>.

Il problema è che il successo di una tale politica sanitaria di tipo culturale in vista di una «deprogrammazione» della società civile richiederebbe la partecipazione entusiasta dei professionisti della sanità, il che non sembra essere, almeno fino ad oggi, per nulla evidente.

Conclusioni

Oggi giorno la comunicazione sanitaria diretta verso la società civile dovrebbe quindi anche, se non soprattutto, orientarsi verso una lettura critica della medicalizzazione della vita indotta direttamente o indirettamente dall'industria della tecnologia della salute. Non a caso il rapporto 2006 di

Transparency International<sup>51</sup> è tutto dedicato alla «Corruzione nel settore sanitario». Infatti, asimmetria informativa, complessità e incertezza danno ai produttori, ai fornitori e ai prescrittori di beni e servizi sanitari una rendita di posizione sconosciuta agli altri settori economici di largo consumo. Essa è in grado di manipolare le preferenze dei cittadini che, nella loro quasi totalità, preferiscono ovviamente vivere piuttosto che morire.

L'uso dell'e-health e di internet può o potrà aiutare il cittadino a «distinguere il grano dal loglio»?

Probabilmente già ora i giovani (più abili in informatica) nella misura in cui conoscono la lingua inglese e sono minimamente «letterati» al gergo medico-sanitario possono accedere a siti di qualità come ad esempio quelli prodotti dal National Health Service britannico o da altre agenzie pubbliche e, in Italia, dall'Istituto Mario Negri ([www.partecipasalute.it](http://www.partecipasalute.it)).

Sicuramente in un prossimo futuro internet e l'e-health saranno un potentissimo strumento di *empowerment* del cittadino-consumatore che tuttavia necessiterà, in particolare per il paziente, della verifica tramite la comunicazione interpersonale con un professionista della sanità. Tuttavia il confronto dialettico ne sarà probabilmente arricchito per tutte quelle situazioni dove l'urgenza non imporrà decisioni immediate. «Secondo Google sto benissimo» è una frase che, sempre più spesso, comincia a diffondersi<sup>52</sup>.

<sup>27</sup> M. Angell, *op. cit.*

<sup>28</sup> T. Blackmann, «Statins, saving life, and shibboleths», *BMJ*, 2007, 334, p. 902.

<sup>29</sup> Transparency International, *Global corruption report 2006: corruption in health systems*, Pluto Press, London, 2005; <http://www.transparency.org/p>

[publications/gcr/download\\_gcr](http://www.transparency.org/publications/gcr/download_gcr) (accessed 15 Dec 2006).

<sup>50</sup> G. Domenighetti, R. Grilli, A. Liberati, «Promoting consumer's demand for evidence-based medicine», *Int J Technol Assess Health Care*, 1998, 14, pp. 97-105.

<sup>51</sup> Transparency International, *op.*

*cit.*

<sup>52</sup> G. Domenighetti, R. Grilli, A. Liberati, *op. cit.*; H. Tang, Jh. Ng, «Googling for a diagnosis-use of google as a diagnostic aid: internet based study», *BMJ*, 2006, 335, pp. 1143-45.

rMH	9	Gennaio-Marzo	2009	Gianfranco Domenighetti Medicalizzazione della vita, comunicazione sanitaria e conflitti di interesse
-----	---	---------------	------	--