

**COOPERAZIONE: DIBATTITO APERTO
SU APRILEONLINE**

Cosa è meglio per i Sudanesi?

Angelo Stefanini,

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica,
Università di Bologna, 24 ottobre 2006

Gino Strada annuncia il progetto di costruzione di un ospedale cardiocirurgico in Sudan. Una scelta controversa, che merita l'apertura di una discussione sulla coerenza, efficacia e sostenibilità di un progetto di costruzione di un costoso presidio ad alta tecnologia in un paese poverissimo di infrastrutture sanitarie e non, di personale medico specializzato e di know-how tecnologico.

Questa mattina mentre uscivo di casa ho intravisto su RAINews24 una intervista a Gino Strada sul progetto di costruzione di un ospedale cardiocirurgico che Emergency sta portando avanti a Kartoum, Sudan. Una sua frase mi ha particolarmente colpito: «È ora che la smettiamo di mandare nel terzo mondo aiuti da terzo mondo». L'implicazione ovvia è che gli interventi di assistenza sanitaria primaria sono di ordine inferiore, roba di seconda scelta, da terzo mondo appunto, rispetto a quelli di alta tecnologia che soltanto i paesi ricchi possono permettersi. «Anche i cardiopatici poveri dell'Africa, diceva Strada, hanno diritto di accesso alla cardiocirurgia.»

La notorietà di Emergency è senza dubbio dovuta non soltanto alla indiscutibile bravura e al coraggio del suo fondatore, ma anche alla capacità che possiede di lanciare potenti e provocatori messaggi ad un pubblico troppo spesso indifferente e lento ad elaborare autonomamente fatti e realtà che sconvolgono il mondo. Gino Strada è ormai assunto al rango di celebrità mediatica che divide acutamente l'opinione pubblica in due schieramenti posizionabili con qualche approssimazione a sinistra (in suo favore) e a destra (contrario alle sue posizioni) dello spettro politico.

Tuttavia anche in alcuni settori del popolo che

finora lo ha sostenuto fin dalle prime apparizioni pubbliche si sta diffondendo la sensazione che questo personaggio sia ormai divenuto un «mostro sacro» con cui non è più possibile dialogare criticamente nemmeno «da sinistra» pena l'esclusione mediatica. Il suo prestigio è ormai tale che le sue scelte tecniche, anche quando esse esulano dall'ambito delle sue specifiche competenze, sono difficilmente sottoponibili a vaglio critico. Ne è esempio il progetto di costruzione di un ospedale cardiocirurgico in Sudan.

Ciò che appare discutibile è come la fama personale di chirurgo di guerra e leader indiscusso di una organizzazione specializzata in emergenze, come è appunto Emergency, possa accreditare Gino Strada a rifiutare un aperto dibattito sulla ragionevolezza, coerenza, scientificità, efficacia e sostenibilità di un progetto di costruzione di un ospedale ad alta tecnologia ed estremamente costoso in un paese poverissimo di infrastrutture sanitarie e non, di personale medico specializzato e non, e di *know-how* tecnologico e non.

Le risorse per questo progetto provengono da offerte e donazioni private di varia natura e in particolare di una quantità di persone che credono in Emergency e nella visione del suo leader. Gino Strada si trova quindi a gestire una considerevole somma di denaro che i donatori hanno versato a favore del popolo e dei bambini africani, in particolare del Sudan. Questi ultimi rappresentano i veri beneficiari di una tale catena di solidarietà.

Fa parte del comune buon senso che quando si offre un aiuto, quando si fa un regalo, si debba cercare di soddisfare un bisogno o un desiderio del ricevente, anche se poi spesso il donatore viene inevitabilmente influenzato nella scelta dai propri gusti e dalle proprie preferenze personali. Si potrebbe tuttavia, in modo abbastanza perverso, argomentare che quanto più il singolo donatore mette di tasca propria tanto più egli si possa sentire legittimato a dare priorità ai propri gusti e preferenze personale. Nel caso in cui però il denaro per acquistare il dono venga da una quantità variegata e difficilmente stimabile di persone, la definizione

di un criterio comune di scelta diventa ovviamente cogente e ineludibile. Esiste infatti una profonda responsabilità di chi gestisce ingenti somme destinate all'aiuto allo sviluppo (sanitario o no) siano esse raccolte attraverso campagne di solidarietà private, come nel caso di Emergency, o attraverso la tassazione generale come per la cooperazione bilaterale, multilaterale e per molti progetti di ONG. Tale responsabilità deve portare ad un'ovvia trasparenza nella gestione corrente dei fondi ma anche e soprattutto nella scelta del tipo di intervento da finanziare.

A questo punto ci si imbatte necessariamente in una questione quanto mai familiare a chi si occupa di salute internazionale: qual è il modo «migliore» di spendere i soldi a disposizione per aiutare i paesi poveri a migliorare la propria salute? Quali interventi vanno privilegiati per ottenere il massimo del risultato di fronte alla inevitabile asimmetria tra disponibilità limitata delle risorse, da una parte, e bisogno potenzialmente infinito, dall'altra? È una domanda che turba il sonno non soltanto di chi si occupa di cooperazione sanitaria internazionale, ma anche ai vari livelli di allocazione delle risorse in un servizio sanitario nazionale come il nostro in Italia. Quanto assegnare alle cure ospedaliere, quanto ai servizi di base sul territorio e quanto alla prevenzione delle malattie o alla educazione sanitaria? Gli economisti si sono addirittura sbizzarriti a calcolare quanta salute per una determinata popolazione è possibile acquistare con un dollaro variamente speso. Ciascun tipo di intervento ha una sua razionalità, un suo costo e un suo risultato atteso in termini di «guadagno in salute» per una intera popolazione. In termini tecnici si parla di «costo di opportunità»: qual è il costo dei benefici di cui siamo costretti a privarci scegliendo di impiegare le risorse in un determinato modo e non in un altro? Non c'è dubbio che il denaro investito nell'assistenza sanitaria di base dà risultati estremamente superiori in termini di vite risparmiate che quello speso in ospedali di alta tecnologia. Il caso di Cuba è paradigmatico con tassi di mortalità e aspettativa di vita simili a

quelli di paesi enormemente più ricchi.

Gino Strada tuttavia sposta il problema: non si tratta più, dice, di calcolare QUANTI ammalati possiamo salvare con le risorse a disposizione, ma CHI riusciamo a strappare da morte certa, come i bambini cardiopatici che sarebbero probabilmente abbandonati a se stessi dagli stessi complessi calcoli di costo-beneficio, costo-efficacia e costo-utilità di economisti e programmatori.

Tuttavia, un ragionamento del genere sarebbe giustificato soltanto se:

- ▶ 1. la comunità donatrice fosse adeguatamente informata delle problematiche di salute in Sudan/Africa e sulle possibili opzioni a disposizione per intervenire (ad esempio, che con le stesse risorse ma utilizzando altri interventi sarebbe possibile salvare un numero di vite 10-100 volte superiore);
- ▶ 2. in possesso di tale conoscenza i donatori decidessero comunque di legare la propria offerta alla costruzione di un ospedale cardiocirurgico;
- ▶ 3. la comunità beneficiaria, comunque definita, decidesse autonomamente che il modo preferito (secondo criteri che la stessa comunità identifica) di utilizzare l'aiuto è di costruire l'ospedale;
- ▶ 4. la comunità locale e/o il Governo sudanese e/o la comunità internazionale fossero pienamente consapevoli e accettassero di farsi carico dei costi futuri (sia economici che sociali) a cui andranno incontro e i tempi del loro coinvolgimento sia nella gestione medica e organizzativa sia nel finanziamento delle attività;
- ▶ 5. l'accessibilità dei servizi offerti dal nuovo ospedale fosse assicurata equamente a chi effettivamente ne avrà bisogno a prescindere dalle possibilità economiche, dalla distanza geografica;
- ▶ 6. il Sudan disponesse di un sistema di identificazione e filtro diagnostico degli ammalati operabili costituito da una rete adeguata di strutture sanitarie di base, con personale competente e un minimo di attrezzature, e inoltre di un sistema di riferimento/trasferimento dagli ambulatori

periferici fino all'ospedale e viceversa, che potesse assicurare un adeguato follow-up ai pazienti operati;

- ▶ 7. infine, l'intervento aiutasse la popolazione ad assumere un maggiore controllo sulla propria vita e sulla propria salute, sviluppando in loro la fiducia nella capacità collettiva di risolvere i propri problemi, rafforzando il potere decisionale dei membri più deboli della comunità e facilitando i cambiamenti strutturali necessari ad ottenere un miglioramento durevole della propria salute.

Rifiutare un confronto onesto su questi quesiti suscitati dal progetto di Emergency significa assumere l'atteggiamento di quel funzionario di un governo africano che affermava: «*We don't know if it works but we know what's good for you*» («Non sappiamo se funziona, ma sappiamo cosa va bene per te»).

Cosa è meglio per i Sudanesi? Emergency risponde

Gino Strada,
25 ottobre 2006

«Gino Strada annuncia il progetto di costruzione di un ospedale cardiocirurgico in Sudan»: lo ha scoperto il Prof. Angelo Stefanini, del Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica della Università di Bologna, con un leggero ritardo, per la verità, visto che la decisione di Emergency (non di Gino Strada!) di costruire tale Centro – il Centro Salam di Cardiocirurgia a Khartoum – è stata presa più di due anni fa.

«Una scelta controversa – prosegue Stefanini – che merita l'apertura di una discussione sulla coerenza, efficacia e sostenibilità di un progetto di costruzione di un costoso presidio ad alta tecnologia in un paese poverissimo di infrastrutture sanitarie e non, di personale medico specializzato e di know-how tecnologico». Bene. Se ne discuta allora, ma seriamente. Evitando ad esempio illazioni gratuite, del tipo «In alcuni settori del popolo che

finora lo (Gino Strada, ndr) ha sostenuto fin dalle prime apparizioni pubbliche si sta diffondendo la sensazione che questo personaggio sia ormai divenuto un «mostro sacro» con cui non è più possibile dialogare criticamente nemmeno «da sinistra» pena l'esclusione mediatica». Da dove viene questa convinzione? Dal Prof. Stefanini e qualche amico suo che improvvisamente si autodefiniscono «un settore» di chi sostiene Emergency? O si tratta di un dato controllabile, rilevato da una indagine metodologicamente corretta?

«Ciò che appare discutibile è come la fama personale di chirurgo di guerra e leader indiscusso di una organizzazione specializzata in emergenze, come è appunto Emergency, possa accreditare Gino Strada a rifiutare un aperto dibattito sulla ragionevolezza, coerenza, scientificità, efficacia e sostenibilità di un progetto di costruzione di un ospedale ad alta tecnologia ed estremamente costoso in un paese poverissimo di infrastrutture sanitarie e non, di personale medico specializzato e non, e di know-how tecnologico e non». Rifiutare un aperto dibattito? Stefanini scuserà tutti noi di Emergency se prima di decidere di dar vita al Centro Salam non lo abbiamo consultato. Ma si dà il caso che all'interno della nostra organizzazione ci siano teste pensanti, in grado di valutare perfettamente tutti gli elementi sopra citati e anche altri, sui quali egli sorvola, ad esempio l'universalità dei diritti umani. Il dibattito sul progetto Salam ha coinvolto la struttura di Emergency e le migliaia di volontari che la compongono.

«Il suo prestigio (sempre di Gino Strada, ndr) è ormai tale che le sue scelte tecniche, anche quando esse esulano dall'ambito delle sue specifiche competenze, sono difficilmente sottoponibili a vaglio critico». Tralasciamo commenti sulle mie specifiche competenze cardiocirurgiche, certamente non paragonabili a quelle del Prof. Stefanini. Aggiungo solo che la validità scientifica e l'impatto sanitario del progetto Salam sono state approfondite con istituzioni mediche e scientifiche sia italiane sia internazionali. Qualche nome? L'Università di Harvard di Boston e il Centro De Gasperi di Milano, ad

esempio. O ancora, parlando di cardiocirurghi, dicono qualcosa al Prof. Stefanini i nomi dei professori Magdi Yacoub, Alessandro Pellegrini e Lucio Parenzan, solo per citare alcuni degli esperti coinvolti nel progetto?

«Le risorse per questo progetto provengono da offerte e donazioni private di varia natura e in particolare di una quantità di persone che credono in Emergency e nella visione del suo leader. Gino Strada si trova quindi a gestire una considerevole somma di denaro che i donatori hanno versato a favore del popolo e dei bambini africani, in particolare del Sudan».

Eh no, qui proprio non ci siamo. Non mi stupisce, tanto meno mi preoccupa, che si possano avere idee diverse dalle nostre. Quello che però è inaccettabile e offensivo – anzi quello che io trovo semplicemente una mascalzonata – è l'insinuazione che Emergency abbia in qualche modo «distratto fondi» dei sostenitori per un progetto che gli stessi non condividono e su cui non erano informati. Emergency, a differenza di altri, non chiede soldi *«per il Sudan»* (per usare una sua espressione) né per altri Paesi.

Emergency ha sempre chiesto di sostenere specifici progetti, tra cui, esplicitamente, anche quello di dare vita al Centro Salam.

«La responsabilità di chi gestisce ingenti somme destinate all'aiuto allo sviluppo (sanitario o no)... deve portare ad una ovvia trasparenza nella gestione corrente dei fondi ma anche e soprattutto nella scelta del tipo di intervento da finanziare» afferma Stefanini. Due concetti molto giusti.

È esattamente quello che Emergency fa con la massima trasparenza. Innanzitutto nella gestione dei fondi. Se il Prof. Stefanini ha affermazioni contrarie da diffondere al riguardo, non deve fare altro che scriverle apertamente: potremmo così incrementare i nostri fondi aggiungendovi quelli che deriverebbero da un'azione legale nei suoi confronti.

Quanto alla *«trasparenza nella scelta del tipo di intervento da finanziare»* vorrei ricordargli che in febbraio è stata perfino lanciata (coinvolgendo giornali e televisioni) una campagna di sottoscrizione *«per costruire in Africa un ospedale cardiocirurgico gratuito»*, non a caso denominata *«Diritto al cuore»*. Più chiaro e trasparente di così. Quanto al resto dell'articolo

del Prof. Stefanini – una specie di decalogo su come Emergency (e altri) dovrebbero pensare e costruire i propri progetti – preferiamo lasciare questi argomenti alle sue lezioni universitarie.

«Rifiutare un confronto onesto – conclude nel suo articolo Stefanini – su questi quesiti suscitati dal progetto di Emergency significa assumere l'atteggiamento di quel funzionario di un governo africano che affermava: «We don't know if it works but we know what's good for you» («Non sappiamo se funziona, ma sappiamo cosa va bene per te»). Siamo sempre disponibili al confronto, esattamente a condizione che sia «onesto». E il suo modo di confrontarsi, caro Prof. Stefanini, non ci pare proprio appartenga a questa categoria.

Riteniamo invece che sia stato onestissimo il confronto con le autorità sanitarie dei 10 Paesi africani coinvolti nel progetto, con cui abbiamo avuto ripetute e approfondite discussioni. Sicuri che la cosa la stupirà, le comunichiamo che la risposta pressoché unanime che abbiamo ricevuto alla nostra proposta è stata:

«Finalmente, qualcuno che pensa che anche i cittadini africani abbiano diritto alle stesse cure di quelli dei paesi ricchi».

Emergency continuerà a far funzionare il suo Centro di Pediatria in Sudan (oltre 13.000 bambini curati nei primi dieci mesi di attività), e ad aprirne di nuovi nello stesso Sudan e nei Paesi confinanti. Ancora una volta, Stefanini ci scuserà se non lo consulteremo sul dove come e quando.

E presto Emergency darà *«l'annuncio»* che il Centro Salam è ormai terminato e che si inizia l'attività chirurgica.

Quando, probabilmente tra un altro paio d'anni, ne verrà a conoscenza anche il Prof. Stefanini, ne riparleremo. Per ora ci scusiamo se non possiamo discutere con lui tutte le questioni di *«ragionevolezza, coerenza, scientificità, efficacia e sostenibilità»* del progetto. Non ne abbiamo il tempo. Come si dice nel popolo di Emergency, *«abbiamo da lavorare»*.

Le priorità di chi opera per la Sanità globale

Angelo Stefanini,
27 ottobre 2006

Innanzitutto mi scuso con Gino Strada, ed eventualmente con gli altri lettori che come lui non avessero compreso il senso del mio discorso, per non essere stato sufficientemente chiaro. Vorrei quindi affermare nel modo più esplicito come la mia richiesta di trasparenza non contenesse affatto insinuazioni di «distrazione di fondi» e tanto meno di disonestà di chi li gestisce, ma la sollecitazione ad un aperto dibattito, non soltanto all'interno di Emergency ma in tutto il mondo della cooperazione internazionale, sui criteri di intervento sanitario nei paesi poveri. Del Progetto Salam non metto in discussione la «validità scientifica», ma la sua razionalità in funzione dell'obiettivo che, mi pare, intende raggiungere: l'equità. Mi chiedo ad esempio quali siano i criteri secondo i quali debbano essere i cardiopatici, piuttosto che, a caso, i malati di insufficienza renale o epatica, ad avere gli stessi diritti ad essere operati, così nei paesi poveri come in quelli ricchi. Ripeto, non è mia intenzione mettere in dubbio né l'onestà né la professionalità di Gino Strada, chirurgo di guerra. Il mio timore è che il suo messaggio che non posso non condividere pienamente («tutti debbono godere degli stessi diritti») venga interpretato come «viviamo in un mondo in cui nonostante sia possibile operare tutti i bambini cardiopatici, ciò non avviene». Questo è palesemente falso. Non è possibile con le risorse sia private che pubbliche attualmente a disposizione assicurare l'accesso alla cardiocirurgia a tutti i bambini cardiopatici del mondo. E questo vale non solo per i paesi poveri ma anche per quelli ricchi o ricchissimi, vedi primo fra tutti gli Stati Uniti. Che cosa si può fare allora? Una risposta, sottoscritta e avallata da tutti i paesi membri della Organizzazione Mondiale della Sanità, ovvero da tutti i paesi del mondo, l'abbiamo da tempo: si trova nella Dichiarazione di Alma Ata del 1978 che propone una strategia

chiara e articolata, detta Primary Health Care (PHC, Assistenza Sanitaria Primaria). Il fatto che tale strategia non sia mai stata attuata, se non da paesi come Cuba (che ne ha raccolto abbondanti benefici come dimostrano i suoi indicatori sanitari), ha ragioni storiche e politiche che qui non è il caso di elencare, ma è dovuto soprattutto alla opposizione dell'establishment medico-scientifico (con l'appoggio economico della Banca Mondiale) che non ha mai visto di buon occhio la promozione di interventi «di base» (opposti all'alta tecnologia). Tanto è vero che è riuscita a spacciare tale strategia, denigrandola con ogni mezzo, come «roba per sottosviluppati». La PHC non è affatto «medicina di seconda scelta» né tanto meno da lasciare ai poveri, ma l'approccio globale prioritario per migliorare la salute del mondo, Nord e Sud, proposto e accettato da tutti i governi quasi trent'anni fa. Proprio in questi ultimi mesi sono usciti articoli su prestigiose riviste scientifiche (*Nature*, 21 luglio 2005; *International Journal of Epidemiology* 2006, 35:817-24; *Lancet* 19 marzo 2005) che, osservando i successi ottenuti da Cuba, si chiedono perché il mondo ricco esiti ancora nell'imitare un tale esempio. E provano anche a darne timide risposte che lascio a chi vorrà leggerli.

Condivido pienamente le preoccupazioni di Gino Strada per il perverso doppio standard nella salute applicato al Nord e al Sud del mondo; ne ho scritto anche in modo approfondito (*Tropical Medicine and International Health*, novembre 1999). Credo che la ricerca dell'equità dovrebbe essere il principio comune di chi opera in sanità e per la salute sia a livello globale che locale. Tale ricerca, a mio parere, deve seguire una scala di priorità cominciando con l'assicurare a tutti i bambini del mondo la possibilità di superare indenni (cioè vivi) le cause principali, responsabili del maggior numero di morti, che mietono milioni di vite ogni giorno. Queste cause di morte sono proprio quelle diarree e polmoniti che il sito

http://www.emergency.it/dirittoalcuore/salam_xche.php accantona come problemi di second'ordine. Un tale approccio di PHC, ritengo, dovrebbe essere attuato anche nei paesi ricchi

dove lo sbilanciamento delle risorse sanitarie su ospedali superspecialistici e alta tecnologia, a spese della prevenzione e dell'assistenza sanitaria di base, continua a far sì che questa ingiustizia rimanga irrisolta.

Per concludere, una precisazione: non sono, ahimé, un professore ma un semplice ricercatore non più giovane (anzi decisamente attempato per tale ruolo) che non ha fatto carriera, oltre che per i suoi demeriti personali, anche perché ha trascorso buona parte della sua vita professionale in ospedali rurali africani in zone simili al Sudan (Nord Uganda) dove per un decesso per insufficienza cardiaca valvolare ne avvengono cento per diarrea, polmonite e malattie infettive varie. Da specialista in cardiologia quale ero in Italia prima di partire per l'Africa, ho sentito, scontrandomi con i problemi del posto, la necessità di concentrarmi dove l'efficacia del mio intervento, in termini di vite salvate, poteva essere molto superiore: la sanità pubblica fatta di PHC e prevenzione.

Prescrizione per denominazione comune internazionale (DCI) e conflitto di interessi

Introdurre nella normativa farmaceutica l'obbligo per il medico di prescrivere il principio attivo o di indicare nella ricetta la facoltà, per i pazienti di acquistare un farmaco generico a più basso costo, sostituibile a quello prescritto. Lo chiede l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato al Governo e al Parlamento, in una segnalazione approvata nella riunione del 9 novembre 2006.

Finanziamento, da parte delle imprese farmaceutiche, delle spese di viaggio e di ospitalità in occasione di corsi, convegni, congressi e visite ai laboratori e ai centri di ricerca aziendali

DATI GENERALI articolo (L.287/90)

21- Attività di segnalazione al Parlamento e al Governo, 22- Attività consultiva

SEGNALAZIONE/PARERE mercato (523)

Commercio al dettaglio di prodotti farmaceutici, medicali, di cosmetici e di articoli di profumeria (G) COMMERCIO ALL'INGROSSO E AL DETTAGLIO destinatari Senato della Repubblica.

Camera dei Deputati

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ministro della Salute

Testo Segnalazione/Parere

Nell'esercizio dei poteri di cui agli articoli 21 e 22 della legge 10 ottobre 1990, n. 287, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato intende segnalare alcune distorsioni che emergono a livello nazionale nel finanziamento, da parte delle imprese farmaceutiche, delle spese di viaggio e di ospitalità in occasione di corsi, convegni, congressi e visite ai laboratori e ai centri di ricerca aziendali, di cui al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219.

Al riguardo, la letteratura in tema di conflitto di interessi in medicina elenca tra i casi sintomatici di conflitto potenziale il finanziamento di convegni in località esclusive con ospitalità dei convegnisti a carico dell'industria farmaceutica. Tale conflitto è peraltro generato da una più vasta tela di relazioni tra ricerca scientifica, farmacologia, prevenzione e cura, industria farmaceutica.

L'ospitalità ai convegnisti a carico del settore produttivo certamente non esaurisce l'argomento del conflitto di interessi in medicina, ma costituisce un aspetto di non trascurabile rilevanza che è bene mettere sotto osservazione e disciplinare anche al fine di evitare distorsioni della libera concorrenza.

L'Autorità, in linea generale, considera meritorie le iniziative compatibili con il corretto funzionamento del mercato volte a neutralizzare le conseguenze del conflitto di interessi sopra descritto, anche nell'ottica di favorire risparmi nella spesa farmaceutica. È chiaro che la soluzione del problema va cercata prima di tutto sul terreno etico e nell'aumento delle risorse pubbliche da destinare alla ricerca scientifica. Anche sul piano concorrenziale, l'impatto economico del conflitto di interessi non è di poco conto se si pensa alle possibili distorsioni a favore delle industrie che spendono di più in

finanziamenti di iniziative scientifiche e convegnistiche.

In tal senso, misure volte a favorire la concorrenza tra imprese e il confronto tra farmaci equivalenti sono senz'altro preferibili a interventi che inducano le imprese a riduzioni concertate del finanziamento delle spese di viaggio e di ospitalità in occasione di corsi, convegni, congressi e visite ai laboratori e ai centri di ricerca aziendali. Ciò almeno fino a quando l'intervento sulle risorse pubbliche nel settore interessato non sarà adeguato alla bisogna.

L'Autorità auspica pertanto un intervento legislativo volto ad introdurre nella normativa farmaceutica l'obbligo per il medico di prescrivere o il principio attivo ovvero di indicare nella prescrizione la facoltà di acquistare un farmaco a più basso prezzo sostituibile a quello prescritto (resta la possibilità per il medico di specificare, per motivi clinici, la non sostituibilità del farmaco). In tal modo, la scelta del farmaco, che attualmente ricade sul medico, sarebbe trasferita al farmacista e al consumatore finale che ne verrebbe consigliato (al riguardo, si ricorda che in passato l'Autorità, con segnalazione del 1° giugno 2005 [Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal servizio sanitario nazionale (AS300), in Boll. 22/2005], aveva già suggerito, per i farmaci non rimborsabili) – (fascia C) – (con prescrizione medica, di inserire nella normativa all'epoca segnalata l'obbligo per il medico di prescrivere solo il principio attivo). Tale misura risulterebbe assai efficace al fine di ridurre gli effetti del conflitto di interessi in medicina determinato dal finanziamento da parte delle imprese farmaceutiche delle spese di viaggio e di ospitalità in occasione di corsi, convegni, congressi e visite ai laboratori e ai centri di ricerca aziendali, e avrebbe anche il pregio di favorire la concorrenza fra farmaci, incentivando l'utilizzo dei farmaci generici o, in ogni caso, di quelli a più basso costo, facilitando nel contempo la riduzione della spesa farmaceutica.

Alla luce delle suddette considerazioni, l'Autorità confida nell'accoglimento di tali osservazioni ed auspica che il Governo ed il Parlamento riesaminino le normative vigenti e in corso di formazione in materia farmaceutica, al fine di

perseguire l'obiettivo della riduzione degli effetti del conflitto di interessi in medicina e tenuto conto dei principi posti a tutela della concorrenza.

Il Presidente*

Antonio Catricalà

*Autorità garante della Concorrenza e del Mercato, Antitrust.

Il Consiglio d'Europa su diritti umani, disabilità e bambini

Conferenza su "Diritti Umani – Disabilità – Bambini: verso uno strumento internazionale per i diritti dei disabili – il caso particolare dei bambini disabili". Atti della conferenza. 2006, 300 pagine, 30 euro.
<http://book.coe.int/sEN/recherche.php>

Troppe persone disabili, soprattutto bambini, continuano ad essere sottoposte a isolamento, stigma, esclusione sociale, perché vivono in istituzioni speciali. La conferenza organizzata dal Consiglio d'Europa a Strasburgo (8-9 novembre 2004) ha passato in rassegna gli strumenti a disposizione del Consiglio d'Europa per promuovere e proteggere i diritti dei disabili; in particolare, ha messo a fuoco il diritto dei bambini disabili di crescere in famiglia e in comunità. Le cento e più persone che hanno partecipato alla conferenza, 34 fra membri e osservatori di Stati del Consiglio d'Europa, hanno mostrato con chiarezza che il sostegno dei diritti dei bambini disabili all'interno di una struttura non discriminatoria "dal paziente al cittadino" interessa tutta l'Europa. La Conferenza avrà quindi un seguito grazie ad un gruppo di esperti del Piano d'Azione del Consiglio d'Europa per promuovere i diritti e la piena partecipazione dei disabili alla società: "migliorare la qualità della vita delle persone disabili in Europa (2006-2015)"; preparerà raccomandazioni e linee-guida per riportare i bambini disabili in famiglia; promuoverà azioni di politica comunitaria e aiuterà le famiglie a prendersi cura dei bambini disabili a casa.

Campagna di sensibilizzazione per l'epatite C

COMUNICATO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

L'Associazione EpaC Onlus ha organizzato una "campagna informativa" di massa a proposito dell'epatite C, con il supporto di un'azienda farmaceutica che produce il farmaco alla base della terapia della malattia. Appresa la notizia tramite i comunicati stampa e le notizie riportate sul sito web di EpaC¹, le associazioni scientifiche dei Medici di Medicina Generale firmatarie esprimono la loro ferma contrarietà nel merito e nel metodo, per i seguenti motivi:

- ▶ 1. le condizioni di rischio per il contagio dell'epatite C, nelle quali è proponibile un accertamento dell'eventuale infezione anche in soggetti senza segni né sintomi, sono molto limitate e non giustificano una campagna rivolta a tutta la popolazione (si vedano ad esempio la conferenza di consenso sull'epatite C tenuta a Roma il 5-6 maggio 2005 presso l'Istituto Superiore di Sanità², la posizione del National Screening Committee inglese, e le raccomandazioni della U.S. Preventive Services Task Force);
- ▶ 2. nei comunicati stampa di EpaC si equiparano a condizioni di rischio tutte le modalità teoriche di trasmissione dell'infezione, come "interventi odontoiatrici, interventi invasivi in ospedale, pratiche di piercing, tatuaggi, agopuntura" e anche l'utilizzo, in generale, di "tutti gli oggetti di uso sanitario o domestico che possono provocare ferite anche lievi, come forbici, rasoi, spazzolini e tagliaunghie, se non opportunamente sterilizzati". A ciò si aggiunge perfino la suggestione che "in alcuni pazienti HCV-positivi, vi possono essere sintomi psichici come annebbiamento mentale e problemi di memoria". Affermazioni di questo genere sono inaccettabili in una campagna informativa di massa per la genericità del messaggio, per l'evidente possibilità di fraintendimento (si pensi solo agli anziani

con problemi di memoria) e perché suggeriscono chiaramente che *chiunque* si debba considerare a rischio di aver contratto l'infezione, portando alla logica conclusione che uno screening dell'epatite C non possa che essere generalizzato e ripetuto;

- ▶ 3. poiché ogni messaggio informativo va identificato in ciò che di fatto viene recepito dai destinatari, prima di intraprendere campagne informative generalizzate – posto che siano utili, e non è questo il caso – si dovrebbe avere una precisa cognizione dei modi in cui le informazioni di argomento medico possono venire interpretate da persone di varia competenza e cultura. Questo implica un forte senso di responsabilità e scrupolo professionale da parte dei medici, ma iniziative di ampia portata dovrebbero sempre essere concordate tra tutti i soggetti implicati, incluse le istituzioni, perché il Servizio sanitario sostiene comunque tutti i costi degli interventi indotti; inoltre dovrebbero avere una ragionevole documentazione di efficacia ed essere prive di conflitti di interesse;
- ▶ 4. da ultimo, è professionalmente scorretto avviare una campagna che indirizzi un numero di persone potenzialmente molto elevato ai medici di famiglia, senza neppure aver chiesto il loro parere, impegnando risorse professionali su iniziative a dir poco dubbie e confezionate in modo da risultare del tutto prive di selettività.

La Medicina Generale intende anche esprimere da un punto di vista complessivo la sua più viva preoccupazione per le cosiddette campagne di sensibilizzazione che vengono continuamente proposte al pubblico sulle più svariate patologie. Il fenomeno, negli ultimi anni sempre più dilagante, si basa di regola su consolidate strategie di marketing: solitamente l'iniziativa nasce da società scientifiche specialistiche o da associazioni di pazienti, col supporto più o meno occulto di sponsor con importanti interessi commerciali collegati alla malattia di cui si tratta (per lo più aziende farmaceutiche). Dichiarando di voler sensibilizzare il pubblico su un problema

di salute che sarebbe sottovalutato, le notizie sono quindi presentate in termini allarmistici, con lo scopo di far sentire potenzialmente malati anche i sani e di aumentare così il numero di potenziali utilizzatori del prodotto (farmaco, prestazione specialistica, intervento diagnostico, screening, ecc.). Varianti appena un po' più raffinate suggeriscono di rivolgersi al medico di famiglia, che comunque non sarà in grado di opporre resistenze, indipendentemente dalle proprie convinzioni, specie se il numero di persone che si rivolgeranno a lui sarà abbastanza alto.

Tali strategie di informazione sanitaria rivolte alla popolazione generale sono prive di documentazione di efficacia rispetto agli obiettivi dichiarati, mentre è certo che, per quanto oramai largamente inflazionate, possano funzionare come strumenti di marketing. Difficilmente le campagne raggiungono i soggetti a rischio che non abbiano già avuto un inquadramento del loro problema, mentre le persone meno "sensibilizzate" sono presumibilmente refrattarie tanto ai consigli del medico quanto alle suddette campagne. Il risultato più sicuro è perciò quello di creare un ingiustificato allarme o un "eccesso di sensibilizzazione" in chi è già ampiamente e talvolta ossessivamente preoccupato dai potenziali problemi di salute in cui potrebbe incorrere. Infine, i messaggi che vengono divulgati sono non di rado tendenziosi, scorretti o fuorvianti, e non riflettono in modo rigoroso le consolidate conoscenze scientifiche.

In base a queste considerazioni, la Medicina Generale:

- ▶ sollecita tutti i medici ad una seria riflessione critica sulle campagne di sensibilizzazione sanitaria, sulla loro reale utilità, e soprattutto sui possibili rischi implicati, in termini di medicalizzazione e di consumo inappropriato di risorse;
- ▶ auspica che vengano individuate strategie alternative per la diffusione di informazioni sui problemi sanitari meritevoli di interventi educativi (cercando un reale coinvolgimento informato dei soggetti a rischio);
- ▶ sottolinea la necessità che i contenuti scientifici dei messaggi diffusi siano

rigorosamente basati su solide conoscenze scientifiche, non si prestino a fraintendimenti o indebite estensioni e illustrino sempre i limiti, i pro e i contro degli interventi fattibili;

- ▶ auspica che le istituzioni, *in primis* il Ministero della Salute, si esprimano su iniziative che tendono ad orientare ampi strati della popolazione e ad incrementare il ricorso a tecnologie sanitarie (farmaci e test diagnostici), tanto più che l'amministrazione pubblica sostiene di fatto la gran parte dei costi indotti da tali iniziative;
- ▶ auspica l'istituzione di una Authority che faccia da garante per il cittadino sui contenuti e metodi delle iniziative proposte, e che si opponga a quelle che possono comportare più rischi che benefici.

Le Società Scientifiche della Medicina Generale
ACP (Associazione Culturale Pediatri)
AIMEF (Associazione Italiana Medici di Famiglia)
Assimefac (Associazione Scientifica Interdisciplinare Medici di Famiglia e di Comunità)
CSeRMEG (Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale)
EGPRN (European General Practice Research Network-Italia)
Metis/FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)
SIQuAS-VRQ (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria – Verifica e Revisione di Qualità)
Snamid (Società Nazionale di Aggiornamento Medico Interdisciplinare)
 Redazione di **Occhio Clinico** (Rivista di Medicina Generale)
 3/10/2006

NOTE BIBLIOGRAFICHE

1. Epac comunicato stampa 1° Ottobre:
www.epac.it/ott2006/comunicato_stampa_epac.pdf
2. Consensus Conference «Lo screening per infezione da virus dell'epatite C negli adulti in Italia», Istituto Superiore di Sanità. Roma, 5-6 maggio 2005:
www.pnlg.it/LG/013/013.pdf

Premio Albiate in forma

Progetto per la promozione della salute e di corretti stili di vita

Sito OMS Europa con elenco dei vincitori

www.euro.who.int/obesity/20060710_1

The award for promoting physical activity in the community was presented to the 'Albiate in Forma' Programme, Italy.

This is a very impressive small town programme with strong short term effects, as well as exceptional evaluation and documentation.

The award was received by Mr Fillippo Vigano, Mayor of Albiate.

Il progetto è stato pubblicato su: *Ricerca & Pratica* 2003; 19: 127-33; e 2006; 22: 184.

Dal 15 al 17 novembre 2006 si è svolta a Istanbul (Turchia) la "Conferenza ministeriale per il contrasto all'obesità", organizzata dall'Ufficio Europeo dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità): erano presenti i ministri della salute dei paesi membri dell'Unione Europea o loro rappresentanti.

Obiettivo della Conferenza è stato quello di richiamare l'attenzione della sanità pubblica sul problema, sottoporlo alle agende politiche e promuovere una collaborazione internazionale anche a livello di decisori e programmatori, fornire ai partecipanti le conoscenze e gli strumenti migliori per permettere loro di affrontare il problema nel proprio Paese e spingere così i governi a intervenire.

In occasione della conferenza, OMS Europa ha ricevuto 202 programmi di intervento contro l'obesità, provenienti da 35 Paesi.

Da una prima selezione di 32 progetti operata da un apposito Comitato scientifico, ne sono infine stati scelti 16 ritenuti di eccellenza, che hanno ricevuto un premio di pubblico riconoscimento durante apposita cerimonia nel corso della Conferenza stessa.

Fra i 16 progetti l'unico programma italiano premiato è stato "Albiate in forma - programma per la promozione della salute e di corretti stili di vita", predisposto e realizzato dal Comune di Albiate (Mi) in collaborazione con i medici di

medicina generale e i pediatri di famiglia, l'ASL Milano 3 di Monza e la Regione Lombardia, con la seguente motivazione "il premio va a un pregevolissimo programma di una piccola città, che ha prodotto importanti risultati a breve termine, corredato da eccezionale valutazione e documentazione".

L'importante riconoscimento conferma che il programma realizzato ad Albiate può costituire un importante stimolo e modello per la diffusione di pratiche efficaci di sanità pubblica.



Contents

ISDB Survey on INN

Use of INNs among members 2

Good professional practice

Think INN, prescribe INN, dispense INN 5

INNs and generics: different things 11

INN use: proposals for improvement 11

Bulletins Roundup 12

Primary research on INN issues

Prescribing drugs by INN 14

A survey on the place of INN in initial education 14

Editorial methods

Leaflets in favor of INN use 15

Common stem 16

Good sources

WHO INN website 17

RESTRICTED TO MEMBERS

News of ISDB

Executive committee meeting: minutes 18

Ongoing campaigns

Joint Declaration: Relevant Health Information for Empowered Citizens 19

ISDB survey on INN use: complete answers to the questionnaire 20

La newsletter ISDB è consultabile sul sito:
www.who.int/medicines/services/inn/ISDBNewsletter/INNs_Nov06_WhatsNew.pdf