

Disciplina dell'attività di informazione scientifica sui farmaci Riconoscimento giuridico della professione

SI DEL SENATO

Il giorno prima dello scioglimento delle Camere, l'Aula di Palazzo Madama ha approvato a larghissima maggioranza il DDL 770 ed altri collegati

Grazie

Gli aspetti più significativi

Nostra foto

Elena Marinucci
Sottosegretario alla Sanità

Il testo di legge relativo al riconoscimento giuridico della professione di ISF ed alla regolamentazione del servizio di informazione scientifica sui farmaci ha percorso la parte più difficile ed impegnativa del suo cammino, essendosi lasciato alle spalle buona parte dell'iter parlamentare.

(segue a pag. 2)

Infatti il 29 gennaio u.s. il Senato ha

Nostra foto

Maria Pia Garavaglia
Sottosegretario alla Sanità

Pubblichiamo, qui di seguito, la circolare inviata dal Presidente de Rita a tutti gli Organi statuari dell'Associazione per evidenziare gli aspetti più significativi dei singoli articoli del testo del Disegno di Legge approvato dal Senato.

A parte ne riproduciamo il testo integrale (pagg. 19 e 20).

Disciplina dell'attività di informazione scientifica sui farmaci Riconoscimento giuridico della professione di ISF

Il 29 gennaio 1992 il Senato ha approvato il Disegno di Legge, che disciplina l'attività di informazione scientifica sui farmaci, riconoscendo, sotto il profilo giuridico, la nostra professione.

La fine anticipata della legislatura non ha consentito che il suddetto provvedimento raggiungesse l'Aula di Montecitorio in tempo utile per essere approvato anche dalla Camera dei Deputati, che sarà però tenuta a farlo alla riapertura del nuovo Parlamento.

Vediamo dunque, insieme, cosa prevede il Disegno di Legge del 29 gennaio 1992:

L'art. 1 specifica in maniera chiara e

completa cosa deve intendersi per attività di informazione scientifica sui farmaci, prevedendo altresì che i soggetti designati a svolgere la stessa, nell'ambito delle proprie competenze e sotto il controllo del Ministero della Sanità, sono le UU.SS.LL. e le aziende farmaceutiche.

Nostra foto

Francesco De Lorenzo
Ministro della Sanità

L'art. 2 definisce l'attività dell'ISF in maniera altrettanto chiara e completa.

professione di ISF è necessario essere

L'art. 3 prevede che, per esercitare la

(segue a pag. 2)

la bussola

L'approvazione in Senato del disegno di legge sul riconoscimento giuridico entra a far parte della nostra storia. In questo numero riportiamo il testo integrale, la vicenda parlamentare e il nostro commento.

Il primo ciclo de "Il linguaggio dei farmaci" si è concluso con le conferenze di G.L. Gessa ("Tra soma e psiche" - Cagliari, 30.11.91) e di F. Aiuti ("AIDS: i farmaci e le immunodeficienze" - Salerno, 14.12.91). Ma l'iniziativa non si è conclusa: è allo studio il programma per il 1992. Ne parliamo a pagina 11.

Sindacato autonomo? Ne ripareremo sul prossimo numero.

(dalla prima pagina)

Gli aspetti più significativi

iscritti in apposito Registro Nazionale, al quale gli interessati potranno accedere, a regime, solo se in possesso di un diploma di laurea in discipline mediche, biomediche o chimico-farmaceutiche, se cittadini italiani o di uno Stato membro della CEE e se non hanno riportato condanne penali passate in giudicato. Tutti gli oneri connessi alla tenuta del Registro Nazionale sono coperti attraverso l'imposizione di speciali diritti a carico degli iscritti.

L'art. 4 afferma la responsabilità dell'ISF per quanto attiene i contenuti orali dell'informazione, designa lo stesso quale unico soggetto autorizzato alla consegna ed al ritiro delle schede di monitoraggio dei farmaci, vieta lo svolgimento da parte dell'ISF di altre professioni sanitarie o parasanitarie, nonché di attività commerciali inerenti alle specialità medicinali.

Gli artt. 5 e 6 impongono che il materiale informativo di cui si avvale l'ISF debba essere preventivamente vagliato ed autorizzato dal Ministero della Sanità.

L'art. 7 stabilisce che i campioni gratuiti di specialità medicinali possano essere distribuiti solo entro i due anni successivi alla loro registrazione e solo su richiesta scritta del medico. Ricorda inoltre che i campioni sono soggetti alla normativa del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (idoneità igienico-sanitaria dei locali adibiti alla loro conservazione, etc.).

L'art. 8 prevede l'istituzione di una Commissione tecnica per l'informazione scientifica sui farmaci, cui viene demandato il compito della compilazione e tenuta del Registro Nazionale degli ISF, nonché quello dell'accertamento delle infrazioni commesse dagli ISF e dalle aziende farmaceutiche rispetto a quanto disposto dalla Legge.

L'art. 9 stabilisce che, nella prima applicazione della Legge, l'iscrizione al Registro Nazionale degli ISF - indipendentemente dal possesso del titolo di studio di cui all'art. 3 - è consentito anche a coloro che risultino essere in possesso di diploma di scuola media superiore, nonché a coloro che, sprovvisti anche di questo titolo, risultino esercitare l'attività di ISF da data anteriore al 31 dicembre 1981 (e ciò in ossequio a quanto già previsto dal D.M. 23 giugno 1981).

Abbiamo dunque creato tutte le premesse affinché la nostra attività possa quanto prima realizzarsi con piena dignità giuridica, consentendo di perseguire e concretizzare, nell'immediato, la dignità

Foto pag. 814
Dep. e Sen.

Siro Zanella

nel lavoro.

Il provvedimento approvato dal Senato, infatti, precisando il ruolo degli ISF, colma una grossa lacuna circa il loro rapporto con le industrie farmaceutiche e ne qualifica la professionalità.

Il largo consenso che esso ha ricevuto in questo ramo del Parlamento, il significato delle dichiarazioni di voto espresse dalle diverse parti politiche, costituiscono la migliore premessa perché possa diventare rapidamente Legge della Repubblica.

Nel pregarVi di volere informare di quanto sopra tutti i Colleghi, Vi auguro buon lavoro e Vi porgo i miei migliori saluti.

Angelo de Rita

Foto pag. 552
Dep. e Sen.

Guido Bernardi

(dalla prima pagina)

Grazie

approvato il disegno di legge già passato al vaglio della XII Commissione Igiene e Sanità lo scorso maggio.

Non possiamo nascondere la nostra soddisfazione per il conseguimento di questa ulteriore tappa necessaria per raggiungere l'approvazione definitiva, soprattutto se pensiamo che, senza la chiusura anticipata della legislatura, avremmo sicuramente coronato gli sforzi finora sostenuti per concretizzare, con un provvedimento legislativo, le legittime aspettative della categoria. Dunque ce l'abbiamo fatta all'ultimo tuffo! E il merito va equamente diviso tra l'Associazione, per la tenacia e l'ostinazione con cui ha sempre promosso opera di sensibilizzazione ad ogni livello attraverso l'impegno di tutto l'Esecutivo Nazionale, ed i Parlamentari di quasi tutti i gruppi politici cui va il nostro caloroso ringraziamento per avere approvato, nell'Aula di Palazzo Madama, la "nostra legge"; nostra, sia ben chiaro, perchè scaturita dalle nostre necessità e voluta dall'impegno dell'Associazione, non certo in senso lobbistico o corporativo.

Un grazie di cuore dunque, a tutti quei politici che hanno voluto compiere un atto che risponde soltanto all'esigenza di riconoscere e regolamentare "ope legis" un servizio che coinvolge la collettività. Questa legge, tra l'altro, definisce per la prima volta in maniera chiara, precisa e completa, l'oggetto, l'attività, lo status giuridico, i doveri ed i diritti di una categoria demandata ad operare in un settore così delicato come quello che investe la salute. Proprio per questo un grazie particolare a tutti quei politici che si sono dimostrati leali, onesti e affidabili. Leali perché capaci di mantenere gli impegni assunti, onesti perché disinteressati, affidabili perché sono riusciti a far procedere le nostre speranze in quel labirinto tortuoso e pieno di trabocchetti che è il Parlamento. Per queste considerazioni siamo fiduciosi che la prossima XI legislatura dimostri la stessa sensibilità nell'affrontare e risolvere definitivamente un aspetto insoluto del nostro vivere sociale, finora pervaso solo dal desiderio frenetico di una crescita quantitativa e non qualitativa che ha ingenerato spesso confusione, disfunzioni e talvolta corruzione.

Crediamo che il riconoscimento giuridico della professione di ISF e la regolamentazione del servizio di informazione scientifica sia un doveroso atto di giustizia e di responsabilità nei confronti dei cittadini, e non può non identificarsi e tradursi nella crescita civile e morale del Paese.

Relazione di apertura del Sen. Perina e dichiarazioni di voto

Questo il diario integrale dei lavori del 29 gennaio nell'Aula di Palazzo Madama

Onorevoli Senatori - La disciplina della informazione scientifica, svolta dalle industrie farmaceutiche relativamente alle specialità medicinali poste sul mercato, costituisce un tassello molto importante nel complesso mosaico del mondo sanitario.

La sua regolamentazione è esplicitamente prevista dall'articolo 31 della legge n.833 del 1978 che, al primo comma, recita: "Al Servizio sanitario nazionale spettano compiti di informazione e di controllo sull'attività di informazione scientifica delle imprese titolari delle autorizzazioni alle immissioni in commercio di farmaci."

E' risaputo che l'informazione scientifica rappresenta lo strumento attraverso il quale le industrie farmaceutiche sviluppano le vendite dei prodotti, presentandone le caratteristiche al medico, al fine di ottenere le prescrizioni ai pazienti. In tale attività coesistono, accanto ad aspetti informativi, anche momenti prettamente persuasivi che si muovono solo con il fine del consumo, anche in assenza di una effettiva necessità. La presenza di questa doppia componente impone l'intervento della autorità pubblica, sia per controllare il contenuto del messaggio e le caratteristiche di chi lo trasmette (cioè degli informatori), sia per attivare canali indipendenti di informazione. Non appare particolarmente difficile controllare il contenuto scritto dei messaggi inviati ai medici; più difficile è invece controllare il messaggio trasmesso ai sanitari tramite l'informatore propandagandista. Questa figura professionale ha infatti assunto nel tempo un ruolo preminente fino a rappresentare il vero confine intorno al quale ruota l'intero sistema. Da ciò deriva la necessità di rendere certi e definiti la natura giuridica del rapporto fra industria e informatore, il contenuto dei messaggi ed il profilo professionale degli addetti al settore.

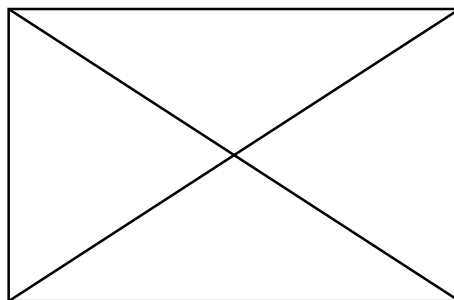
Foto pag. 578
Dep. e Sen.

Antonio Cariglia

Foto pag. 724
Dep. e Sen.

Francesco Perina, Relatore

Il presente disegno di legge definisce appunto (**articolo 1**) l'informazione scientifica con lo scopo dichiarato di assicurare un corretto uso del farmaco. Sempre l'articolo 1, al comma 2, attribuisce l'atti-



ività di informazione oltre che alle industrie anche alle unità sanitarie locali. Il controllo sull'attività di informazione scientifica è attribuito al Ministero della Sanità (art. 1, comma 3).

L'**articolo 2** definisce l'attività dell'informatore scientifico del farmaco, che deve tra l'altro essere un laureato in discipline bio-mediche o chimico-farmaceutiche.

L'**articolo 3** istituisce il registro nazionale degli informatori scientifici del farmaco e impone l'obbligo, ai fini dell'esercizio della professione, di iscrizione al registro stesso. Non è un albo nazionale di una nuova professione, ma costituisce comunque un punto di certezza che consente all'autorità competente di individuare e di raggiungere tutti gli operatori del settore con notizie finalizzate alla loro continua responsabilizzazione in ordine alla professionalità ed alla competenza degli iscritti. La tenuta del registro è affidata ad una commissione tecnica per l'informazione scientifica.

Nello stesso art.3 sono previste le condizioni per l'iscrizione dei singoli al registro nazionale.

L'**articolo 4** è fondamentale nell'attri-

buzione delle responsabilità oggettive dell'informatore scientifico, che, essendo l'unico autorizzato alla consegna ed alla illustrazione delle schede sui farmaci, autorizzate dal Ministero della Sanità, non potrà né dare informazioni divergenti, né esercitare professioni sanitarie e tantomeno attività commerciali inerenti i medicinali.

L'**articolo 5** inquadra e specifica il "materiale informativo" di cui potrà avvalersi l'informatore scientifico: esso dovrà attenersi agli stampati approvati dal Ministero della Sanità, con indicazioni chiare sulle caratteristiche farmacologiche, cliniche e tossicologiche del principio attivo.

A tale fine (**articolo 6**) i titolari delle imprese dovranno trasmettere per l'autorizzazione, al Ministero della Sanità, le copie integrali del materiale informativo sui singoli principi attivi.

Viene altresì (**articolo 7**) formalizzato in maniera specifica l'uso e l'assegnazione dei campioni di specialità medicinali.

L'**articolo 8** prevede l'istituzione, con decreto del Ministero della Sanità, di una Commissione tecnica per l'informazione scientifica del farmaco, che avrà l'obbligo di tenere il registro nazionale degli informatori, di accertare infrazioni, proporre censure o sospensioni, controllare tutte le vaste attività di questo campo essenziale (anche se per molti versi sconosciuto) nel vasto sistema sanitario. Seguono le norme transitorie

Foto pag. 699
Dep. e Sen.

Luigi Meriggi

Riportiamo le dichiarazioni di voto dei Senatori Ricevuto, Ferraguti, Boato e Moltisanti, fatte in Senato nel corso della seduta del 29 gennaio 1992, per l'approvazione del Disegno di Legge che ci riguarda

Sen. Giovanni Ricevuto (PSI)

Partendo dalla premessa che una corretta politica sanitaria inizia con una adeguata prevenzione e conoscenza e che pertanto è indispensabile una approfondita informazione sulle proprietà dei farmaci ed un continuo aggiornamento, dobbiamo ritenere urgente e necessario sancire dal punto di vista legislativo la qualifica di coloro che a tali compiti sono proposti.

Oggi, l'aggiornamento del medico viene per gran parte assicurato, per quanto concerne la conoscenza dei farmaci, attraverso il colloquio con l'informatore scientifico, al quale, già dal Decreto Ministeriale del 23 giugno 1981, è stato richiesto di collaborare con il Ministero della Sanità attraverso anche eventuali suggerimenti.

Dato pertanto il ruolo ormai acquisito ed importante svolto dall'informatore scientifico del farmaco a favore degli operatori del settore sanitario e di conseguenza alla collettività, è evidente come non si può più oltre negare a questo operatore sanitario il diritto ad un riconoscimento professionale ben definito. A tal fine il Gruppo socialista ritiene urgente e necessaria la approvazione del DDL, così come raccomandato dalla XII Commissione Igiene e Sanità, a tutela di una categoria di lavoratori il cui impegno, negli anni passati, è stato di grande utilità - e lo sarà ancora di più nell'immediato futuro - per la corretta informazione scientifica sui farmaci ed il cui ruolo non può essere snaturato da eventuali interessi di parte.

Sen. Isa Ferraguti (PDS)

Il Gruppo Comunista-PDS aveva inizialmente manifestato alcune preoccupazioni per il fatto che la normativa all'esame del Senato sembrava poco rispondente alle indicazioni contenute nella legge n.833 del



Isa Ferraguti

1978, che affidava al Servizio sanitario nazionale il compito di fornire informazioni scientifiche sui farmaci e di controllare la produzione delle industrie del settore. Nel corso dell'esame in Commissione sono state fugate alcune perplessità, poichè, in particolare, è stata precisata chiaramente la distinzione fra informazione scientifica sui farmaci e quella di pubblicità.

Permangono tuttavia alcune carenze soprattutto sotto il profilo della formazione professionale degli informatori medico-scientifici e si rende comunque necessaria una più incisiva azione finalizzata alla verifica dell'efficacia dei prodotti farmaceutici.

Il provvedimento, comunque, dovrebbe contribuire alla riduzione del numero degli informatori medico-scientifici, qualificandone la professionalità.

Per questi motivi, il PDS si asterrà nella votazione del provvedimento auspicando peraltro, così come sollecitato più volte dalla Associazione di categoria degli Informatori Scientifici del Farmaco, che esso possa essere ulteriormente migliorato anche in prospettiva della revisione della normativa comunitaria in materia.



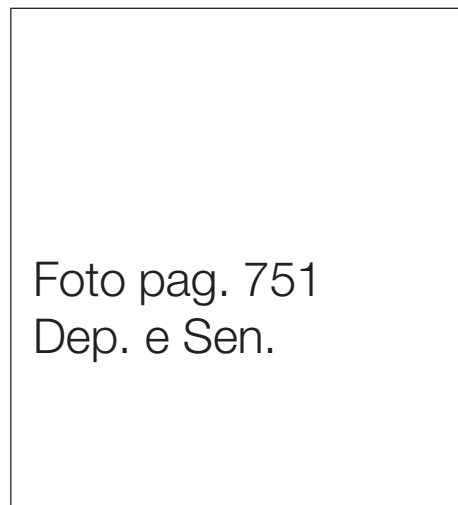
Marisa Moltisanti

Sen. Michele Boato (Verdi)

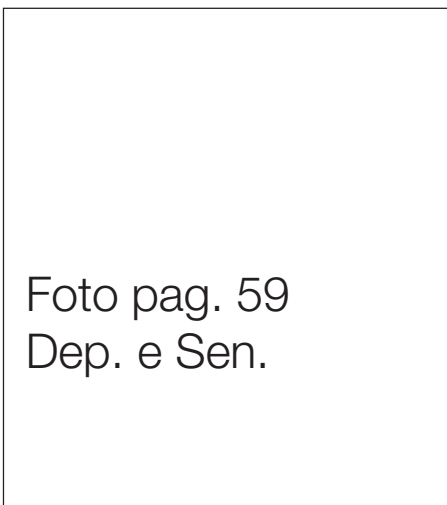
Nel riconoscere l'importanza del provvedimento in votazione, rileva però la persistenza di talune carenze del testo che giustificano serie riserve; annuncia pertanto l'astensione dei Senatori Radicali e Verdi, precisando che non si tratta di voto contrario, bensì di una posizione che vuole stimolare un maggiore impegno alla Camere dei Deputati.

Sen. Marisa Moltisanti (MSI-DN)

"Signor Presidente, signor Sottosegretario, rappresentanti del Governo, colleghi Senatori, il compito di controllo sull'attività di informazione scientifica è affidato, dalla legge n. 833 del 1978, al Servizio Sanitario Nazionale. Quella normativa non poteva escludere, nè eliminare la categoria degli Informatori, che, con prevalenza positiva, ha rappresentato nel tempo una importante rete di aggiornamento di formazione e di informazione verso tutti i medici. Progressivamente l'informatore è andato assumendo uno spessore tecnico-scientifico e di serietà in linea con quello di tipo europeo. Era dunque necessario che questi operatori ottenessero la dignità di un riconoscimento normativo con l'istituzione del registro nazionale. Noi riteniamo che ciò sia molto limitativo nella considerazione del nostro partito che, grazie al lavoro soprattutto del Senatore Signorelli, ha presentato un disegno di legge che, articolando il ruolo e le caratteristiche degli informatori scientifici, li pone nella condizione di essere collocati in un albo nazionale professionale e per il quale il Movimento Sociale Italiano si è battuto in sede di Commissione Sanità. I tempi ristretti non ci hanno permesso di insistere sulla nostra proposta che riteniamo più articola-



Giovanni Ricevuto



Michele Boato

lata ed organica. Ci auguriamo di riprendere l'argomento nella XI legislatura. Per non nuocere ulteriormente a quest'abenerita categoria di professionisti, che da troppo tempo attende un inquadramento giuridico, esprimo il voto favorevole anche a nome del Gruppo del MSI-DN."

Nostra foto

Ferdinando Signorelli

Foto pag.
Dep. e Sen.

Giovanni Azzaretti

**Dalla "Gazzetta del Sud" del 31 gennaio '92 riportiamo un brano dell'articolo
SI DEL SENATO ALLA LEGGE
voluto dal suo Direttore Nino Calarco**

Nostra foto

Giuseppe Gallupi

....."E' un prestigioso successo dell'Associazione Italiana Informatori Scientifici del Farmaco ed in quanti in essa credono; infatti l'AISF è stata l'unica organizzazione in Italia a preoccuparsi della professionalità e della dignità di tutti gli informatori scientifici e nello stesso tempo della regolamentazione del servizio. E' stata una lunghissima battaglia che ha quasi collassato nel tempo sia gli informatori che parte della classe politica che in questa battaglia si sono mossi con insistenza e perseveranza. Ciò è stato consentito proprio sul filo di lana di una legislatura che sta per spirare. Un contributo importante è venuto, perchè l'obiettivo di una regolamentazione fosse raggiunto, dal Dr. Giuseppe Gallupi, Vice-presidente nazionale dell'Associazione degli Informatori Scientifici del Farmaco.

Nella prossima legislatura si ripartirà da questa legge e la Camera dei Deputati, dove già esistono convergenti proposte di legge di tutti i gruppi politici, avrà sicuramente una opportunità in più per licenziare in maniera conclusiva una legge che non costa niente in termini economici allo Stato e che allo stesso, ma soprattutto ai cittadini, dà certezze".

IN VISTA DEL TRAGUARDO

di Elena Marinucci

Per il Governo e in particolare per il Ministero assume crescente importanza la questione della formazione di quanti a diverso titolo operano nel campo della Sanità. Così come sempre maggiore attenzione si è inteso riservare alla trasparenza e alla corrispondenza dei titoli professionali alle attività svolte. Nel settore del farmaco, a proposito del quale va detto che molti sono i pregiudizi, ma indiscutibilmente molti anche i problemi, è certamente prioritaria la questione relativa a una corretta informazione. E così come è importante che i pazienti siano adeguatamente informati dai medici sull'utilizzazione qualitativa e quantitativa dei diversi prodotti, allo stesso modo è fondamentale che una vasta e completa informazione arrivi al medico. Su questo tema per anni si è dibattuto sostenendo che la "formazione permanente", la continua riqualificazione del medico anche per quanto attiene alla innovazione in campo

farmaceutico dovesse essere esclusivamente istituzionale. Più pragmaticamente da altri si è sostenuto che, fermo restando il ruolo del Ministero, delle Università, delle Regioni e delle USL, altre sono e possono essere le fonti dell'informazione. Un ruolo da non sottovalutare è certamente svolto dai convegni e dai congressi delle diverse società e associazioni delle professioni sanitarie, quando sono - come ormai richiede la legge - di alta qualificazione. Un ruolo insostituibile lo svolgono gli "Informatori Scientifici", professionisti autorevoli il cui prestigio - come correttamente la loro associazione ripete da anni - va avvalorato con una normativa che stabilisca titoli di studio, metodi e forme dell'informazione e che soprattutto consenta attraverso la creazione di un Albo, agli stessi Informatori Scientifici di esercitare un autocontrollo, come è diritto e dovere di tutte le professioni riconosciute.

Con l'approvazione da parte del Senato

Nostra foto

Elena Marinucci

di un apprezzabile testo legislativo, si è percorsa la prima parte di una strada: il traguardo potrà e dovrà essere raggiunto nei primi mesi della prossima legislatura.

Cagliari 30 novembre 1991: prosegue con successo l'iniziativa FARMINDUSTRIA-AIISF

"Tra soma e psiche"

Questo il tema trattato dal Prof. Gian Luigi Gessa

I recettori della follia.

"L'amfetamina produce i suoi effetti centrali attraverso la liberazione di dopamina". "I neurolettici sono antagonisti dei recettori della dopamina".

Il linguaggio esoterico di questi due paragrafi nasconde uno dei più affascinanti e inquietanti misteri delle neuroscienze: la dopamina è il comune denominatore dell'azione di un farmaco, l'amfetamina, che può provocare i sintomi della schizofrenia e della mania, e dei neurolettici, i farmaci usati per sopprimere tali sintomi quando si presentano nella malattia "naturale".

Perchè il lettore, non specialista, possa comprendere il significato di questi concetti è opportuno spiegare il significato di psicofarmaco, di recettore e di neurotrasmettitore.

Le cellule del cervello, i neuroni, comunicano fra loro attraverso sostanze chimiche chiamate neurotrasmettitori o neuromediatori. I neurotrasmettitori sono sintetizzati nel neurone, immagazzinati in vescicole e "liberati" nella sinapsi a seguito dell'impulso nervoso. La sinapsi è il piccolo intervallo fra la terminazione nervosa di un neurone e la superficie del neurone adiacente. Il neurotrasmettitore liberato nello spazio sinaptico interagisce con un sito specializzato del neurone "bersaglio" chiamato recettore. Il recettore è una proteina che può essere metaforicamente rappresentata come una "serratura" fatta apposta per una "chiave", e solo per quella; la molecola del neurotrasmettitore. Una definizione più estesa di recettore include oltre al sito di riconoscimento per il neurotrasmettitore anche le proteine che partecipano all'esecuzione del messaggio da esso impartito, ad esempio, quelle che formano un canale ionico, che può aprirsi o chiudersi, quelle del sito di riconoscimento del "modulatore (cioè della molecola che favorisce o ostacola l'azione del neurotrasmettitore), i "secondi messaggeri", ecc. Ma più comunemente il termine recettore è ristretto al sito di riconoscimento del neurotrasmettitore: il sito con il quale quest'ultimo reagisce.

Farmaci: falsi neurotrasmettitori.

I neuroscienziati si sono posti da tempo una domanda importante: "se i neuroni comunicano tra loro attraverso sostanze chimiche e queste sono responsabili delle risposte funzionali, è pensabile che quando una sostanza chimica esogena, uno psicofarmaco, produce le stesse risposte funzionali, agisca sostituendosi fraudolentemente al farmaco endogeno, il neurotrasmettitore?".

Ad esempio, quando il Valium mitiga

l'ansia, sta agendo perchè ha preso il posto nella sinapsi di un ansiolitico endogeno, un "endovalium"? Così quando l'eroina produce euforia e sopprime il dolore lo fa perchè si sostituisce a un'eroina endogena, sintetizzata dai neuroni del nostro cervello? Quando la cocaina o l'amfetamina ci fanno sentire invincibili lo fanno perchè simulano nel cervello il neuromediatore dell'aggressività, dell'insonnia, della paranoia?

Da tempo, esistevano evidenze farmacologiche, biochimiche, elettrofisiologiche, comportamentali, funzionali in senso lato che gli effetti dei più

classici psicofarmaci erano dovuti ad una loro interferenza con l'azione di specifici neurotrasmettitori. Ma la prova più convincente che gli psicofarmaci producono il loro effetto interferendo fraudolentemente con l'azione dei neurotrasmettitori, è stata la dimostrazione che nel cervello sono presenti recettori specifici per i più classici psicofarmaci.

(segue a pag. 8)

Gian Luigi Gessa

Nostra foto

Fondatore e oggi Direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'Università degli Studi di Cagliari, il prof. Gian Luigi Gessa è considerato uno dei massimi esponenti della ricerca neurofarmacologica italiana.

Le sue ricerche si sono concentrate soprattutto sullo studio dei recettori alla dopamina come bersaglio per farmaci antipsicotici clinicamente efficaci, sul ruolo della dopamina mesolimbica nella dipendenza alcolica, sul controllo del comportamento sessuale da parte di neuroamine e neuropeptidi, sul controllo della sintesi della serotonina da parte del triptofano plasmatico libero per finire con lo studio dello sbadiglio sia nella sua localizzazione cerebrale che nella sua induzione da parte di neuropeptidi endogeni.

Animatore culturale instancabile, oltre ad avere fondato la Società Italiana di Tossicodipendenze, di cui è anche Presidente, a Gessa si deve la nascita di una vera e propria scuola di farmacologia a Cagliari che nel giro di un ventennio porta a sviluppare una intensa attività di ricerca testimoniata da un lungo elenco

di interventi a congressi internazionali e pubblicazioni comparse in riviste scientifiche italiane e straniere.

E' ancora un Istituto molto piccolo quello di Cagliari quando nel 1958 Gessa inizia a lavorare con William Ferrari, dal 1946 Direttore dell'Istituto, per andare poi nel '60 presso il "Laboratory of Chemical Pharmacology" del National Institute of Health di Bethesda (Mariland-USA). Inizia così la stretta collaborazione con lo scienziato Bernard Beryl Brodie, il "maestro", come ricorda Gessa, che ancora oggi permette a studenti e ricercatori dell'Istituto di avere con il Laboratory di Bethesda un "canale privilegiato" per stage di ricerca ed esperienze di specializzazione.

Dal '65 al '67 e dopo altri tre anni di permanenza a Bethesda, dal '70 all' '87 in qualità di Direttore dell'Istituto di Farmacologia di Cagliari, Gessa sviluppa e consolida l'attività dell'Istituto che sotto la sua guida assume una fisionomia definitiva, sia come numero e livello di pubblicazioni scientifiche e di collaborazioni di ricerca, sia come rapporti internazionali e organizzazione di congressi passando da una a dieci docenze di ruolo cui si aggiungono un nutrito stuolo di associati, ricercatori, dottorandi, specializzandi e borsisti.

Nel 1987 lo sviluppo dell'attività di ricerca e l'ampliamento delle prospettive culturali e scientifiche della neurofarmacologia portano l'antico Istituto di Farmacologia a trasformarsi in Dipartimento di Neuroscienze che, titolato al nome di Bernard Brodie, rappresenta attualmente uno degli esempi più felici di ricerca e attività formativa universitaria del nostro Paese.

Salerno 14 dicembre 1991: si chiude il primo ciclo di conferenze su "Il linguaggio dei farmaci"

"AIDS: i farmaci e le immunodeficienze"

Questo il tema trattato dal Prof. Fernando Aiuti

Introduce brevemente i lavori il nostro presidente A. de Rita e dopo l'intervento del sindaco, che porta il saluto e l'apprezzamento per l'iniziativa - suoi personali e dell'amministrazione - il dottor Marini, vice presidente della Farmindustria, rileva come in particolare questa drammatica patologia dovrà far sì che l'industria farmaceutica ponga sempre maggiore attenzione al rapporto tra medico e ammalato. Fondamentale si conferma il ruolo degli informatori scientifici, essendo essi l'anello di congiunzione tra la patologia in generale ed il medico: "con il vostro lavoro - sostiene Marini rivolgendosi agli ISF in sala - potete far diventare migliore il mondo dei farmaci".

A questo punto ha la parola il prof. Aiuti, che preannuncia per la sua relazione - dato il livello di preparazione dell'uditorio - un taglio non divulgativo ma propriamente scientifico. Precisa subito che l'AIDS è caratterizzata da 3 fasi. La prima dura alcune settimane, ha connotazioni simili alla mononucleosi e può anche non evidenziarsi. La seconda può durare da 3 a 12 anni, può anch'essa essere silente (i portatori possono non sapere di essere sieropositivi) o manifestarsi con ingrossamento delle ghiandole del collo e delle ascelle. La terza è la fase conclamata, con insorgenza di tumori o di infezioni opportunistiche e a questo punto la malattia è irreversibile e progressiva.

Il parametro fondamentale che oggi definisce lo stadio, l'evoluzione della malattia è il

numero di Linfociti T4/mmc

quando questo è < 200 la malattia viene considerata conclamata. In passato ci sono stati gli ottimisti ad oltranza e le Cassandre; oggi la cosa migliore è convincersi che si può prevenire in parte la fase conclamata cercando di intervenire nella fase precedente (ARC), quella delle sindromi correlate, quando il numero di Linfociti T4 è compreso tra 500 e 200. Non esiste infatti un farmaco che riesca a debellare il Virus HIV una volta che questo si è insediato nella cellula ospite: a questo punto vi permane a vita e chi ha un grave difetto immunitario e diventa sieropositivo è destinato a morire in 4 anni mentre chi ha un sistema immunitario ancora funzionante può andare avanti a lungo.

Sulla dinamica dell'AIDS sappiamo

che la fase iniziale è seguita dalla formazione di anticorpi: nel portatore si ha cioè, inizialmente, replicazione virale con conseguente produzione di anticorpi che porta a ridurre la replicazione virale. Il virus, quindi, si modifica sfuggendo al controllo immunitario in quanto gli anticorpi non lo riconoscono più; aumenta allora il nuovo ceppo del virus. Il portatore a questo punto può trasmettere questo nuovo virus e nel nuovo portatore si ha lo stesso iter precedente.

Oggi si cerca di ridurre la replicazione virale e di aumentare la protezione anticorpale. In questo tentativo, i linfociti distruggono con il virus quei linfociti T4 che lo contengono e si realizza così l'autodistruzione propria della malattia autoimmune. Questa è la grande difficoltà che si profila anche dal punto di vista terapeutico.

L'obiettivo generale è mettere a punto terapie dotate possibilmente di bassa tossicità a lungo termine, in grado di inibire la replicazione del virus così da rendere l'infezione da HIV una patologia cronica ma

trattabile, che non influisca in modo significativo sulla qualità e l'aspettativa di vita dei malati. Queste le possibilità:

- 1) Terapia antivirale
- 2) Terapia delle infezioni opportunistiche
- 3) Terapia delle neoplasie
- 4) Terapia della immunodeficienza
- 5) Vaccini

Prendiamo ora in considerazione alcuni aspetti patogenetici: Il virus fa aderire le cellule l'una all'altra e fonde la membrana; si formano grossi agglomerati (cellule multinucleate) che poi scoppiano. L'uso di farmaci antivirali è importante perché attaccandosi al virus gli impediscono di legarsi alle cellule ospiti. Il virus HIV si va a instaurare nel citoplasma, dove si ha la trascrizione del RNA in DNA; l'AZT (zidovudina) interviene sostituendo la base idrossilica e impedendo la replicazione del DNA. Questo farmaco ha una sua efficacia anche se va tenuto presente che deve entrare nelle cellule e che può essere tossico e può indurre resistenza virale;

(segue a pag. 10)

Fernando Aiuti

Nostra foto

Direttore della Cattedra di Allergologia e Immunologia Clinica e della Scuola di Specializzazione in Allergologia all'Università di Roma "La Sapienza", il prof. Fernando Aiuti è oggi in Italia tra gli scienziati che stanno guidando a livello nazionale la lotta contro l'Aids sia dal punto di vista della ricerca medico-clinica che delle iniziative socio-sanitarie.

Nato l'8 giugno del 1936 ad Urbino e laureatosi nel '61 a Roma, il prof. Aiuti arriva, dopo una lunga carriera accademica con numerosi soggiorni all'estero (Università di Lovanio, Leiden e Stoccolma), alla docenza nell'80 prima come professore straordinario di Allergologia e Immunologia Clinica e poi nell'83 come ordinario. Impegnato fin dal '61 nella ricer-

ca sugli aspetti clinici e immunologici delle malattie infettive, approfondisce soprattutto l'immunologia del feto e del neonato sviluppando ricerche sulle immunodeficienze primitive, gli ormoni timicie l'immunoterapia per arrivare nell'82 alla prima identificazione in Italia di un caso di Aids. Da allora tutta l'attività del prof. Aiuti si indirizza nel campo della ricerca e dell'organizzazione dell'assistenza socio-sanitaria per combattere la più grave epidemia del nostro secolo.

Nel 1983 identifica il primo caso pre-Aids a Roma e fra l'84 e l'85 individua e documenta i tossicodipendenti come "popolazione a rischio" di Aids e la tossicodipendenza e l'eterosessualità come primaria via di infezione della sindrome.

Membro di numerose società e accademie medico-scientifiche sia italiane che straniere, il prof. Aiuti è diventato nel '77 esperto per le immunodeficienze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (contribuendo alla nuova classificazione delle stesse) e nell'86 Presidente dell'European Group for Primary Immunodeficiencies.

dalla pagina 6

Nostra foto

Angelo de Rita e Gian Luigi Gessa

La scoperta dei recettori di diversi psicofarmaci è stata resa possibile dall'uso di molecole altamente radioattive. Si è visto che la molecola radioattiva del farmaco si lega a proteine localizzate sugli stessi neuroni sui quali si ritiene che lo psicofarmaco produca i suoi effetti. Sono stati individuati nel cervello i recettori dell'eroina, della cocaina, del Valium, dei neurolettici, dei principali antidepressivi, ecc.

Semplificando, la tecnica dell'identificazione dei recettori consiste nell'omogeneizzare un pezzetto di tessuto nervoso, per isolare in tal modo le proteine, incluse quelle dei recettori, dalle altre strutture. Alla frazione proteica dell'omogenato si aggiungono le molecole radioattive del farmaco in esame (ad esempio quelle dell'eroina, dei neurolettici, del Valium, ecc.) e, infine, l'omogenato viene versato su un filtro a maglie così strette che trattengono le proteine, incluse quelle dei recettori, ma lasciano passare le piccole molecole dei farmaci o dei neurotrasmettitori, a meno che queste molecole non si "aggancino" ai recettori: in questo caso vengono trattenute dal filtro.

E' chiaro che questi recettori non sono lì per ricevere quegli psicofarmaci, ma per essere stimolati da specifici neurotrasmettitori. Di alcuni recettori ai farmaci era noto in precedenza il neurotrasmettitore naturale, di altri, come per quello dell'eroina, il neurotrasmettitore endogeno venne scoperto successivamente al farmaco, per altri recettori, come per quello del Valium, la vera natura del neurotrasmettitore naturale non è stata ancora chiarita.

Quando Salomon Snyder e la sua allieva Candice Pert individuarono il Santo Gral dei recettori, quello dell'eroina, si scatenò una gara tra i più prestigiosi laboratori per individuare il vero neurotrasmettitore di quel recettore. Come è noto quella gara fu vinta da un anziano ricercatore, Hans

Kosterlitz e il suo giovane allievo, John Hughes, in un oscuro laboratorio di Aberdeen, in Scozia. Essi arrivarono per primi a scoprire le enkefaline, i messaggeri del piacere, dell'euforia, dell'estasi.

Al termine di questa lunga introduzione dobbiamo aggiungere che un farmaco può legarsi al suo recettore e attivarlo, cioè modificando la configurazione

spaziale della proteina nello stesso modo di come fa il neurotrasmettitore, in tal caso il farmaco si chiama agonista. Al contrario, un farmaco può legarsi al recettore ma essere incapace di attivarlo. In questo caso, si dice in termini tecnici, che il farmaco ha affinità per il recettore ma non ha attività intrinseca: "La chiave si infila nella serratura ma non è in grado di farla operare". Un farmaco con queste caratteristiche si chiama antagonista poichè impedisce al neurotrasmettitore naturale di legarsi al suo recettore e quindi ne impedisce l'azione.

Ora è, finalmente, possibile decodificare il significato del secondo paragrafo di questo articolo. "I neurolettici sono antagonisti dei recettori della dopamina", se è vero, come è vero, che tutti i farmaci usati nel trattamento della schizofrenia e della mania hanno in comune la capacità di bloccare i recettori della dopamina, la logica, importante conclusione di questa scoperta è:

1) che la dopamina è responsabile di quei sintomi della schizofrenia e della mania che vengono soppressi dai neurolettici;
2) che nel nostro cervello abbiamo un neurotrasmettitore in grado, in certe condizioni, di scatenare i sintomi di quella psicosi.

Il meccanismo d'azione dell'amfetamina, il farmaco del primo paragrafo di questo articolo, è quello di "liberare" un eccesso di dopamina nello spazio sinaptico. Infatti l'amfetamina assomiglia al neurotrasmettitore ma non abbastanza da ingannare il recettore della dopamina, ma è sufficientemente simile alla dopamina da prendere il posto nelle

terminazioni nervose e "cacciarla" nello spazio sinaptico.

Questo meccanismo può spiegare il fatto che l'amfetamina possa, in certe condizioni, produrre sintomi della mania e della schizofrenia indistinguibili da quelli della malattia "naturale", ma indica anche che la dopamina gioca un ruolo importante nel veicolare l'effetto gratificante dell'amfetamina, così come pure quello di altri farmaci d'abuso.

La dopamina: il neurotrasmettitore del movimento e delle emozioni.

La dopamina è il neurotrasmettitore impiegato da differenti popolazioni o sistemi neuronali. Nell'ambito delle problematiche oggetto di questo articolo considererò soltanto il sistema nigro-striatale ed il sistema meso- limbico.

Il primo è costituito da una "famiglia" di neuroni che hanno il corpo cellulare in un'area del mesencefalo chiamata "Substantia Nigra" ed inviano i loro assoni ad innervare una zona del cervello chiamata corpo striato. La dopamina di questi neuroni controlla il movimento ed il tono muscolare. I farmaci che bloccano i recettori della dopamina in quest'area, provocano gli stessi disturbi neurologici presenti nel morbo di Parkinson, una malattia dovuta alla degenerazione dei neuroni dopaminergici del sistema nigro-striatale. Il sistema meso- limbico comprende neuroni che originano in un'area del mesencefalo chiamata area ventro-tegmentale e che innervano diverse aree cerebrali appartenenti al sistema limbico.

I recettori della dopamina localizzati nel sistema limbico controllano funzioni psichiche come l'umore, le emozioni e l'affettività, la motivazione, il desiderio, l'autocritica, lo stato di allerta. Un bombardamento eccessivo di questi recettori da parte della dopamina sarebbe responsabile dei sintomi positivi della schizofrenia (deliri, allucinazioni, disturbi del pensiero logico, ecc.) e della mania

Nostra foto

La sala della conferenza

(aggressività, grandiosità, euforia, ecc.). Esiste inoltre una convincente evidenza sperimentale che la dopamina del sistema mesolimbico trasmetta l'effetto gratificante dei farmaci d'abuso (cocaina, eroina, alcol, nicotina). Il blocco di questi recettori provoca anedonia, diminuzione della motivazione, della tensione emotiva, dell'aggressività, della vigilanza, etc..

Molteplicità dei recettori della dopamina

Da tempo i clinici avevano potuto osservare che vari neurolettici differiscono fra loro nella capacità di produrre effetti extrapiramidali (cioè di deficit di dopamina nello striato). A parità di potenza antipsicotica, certi neurolettici, come l'aloiperidolo, producono effetti neurologici di tipo parkinsoniano, mentre altri, come la clozapina e il sulpiride, ne sono privi. Viceversa, anche tra i farmaci dopamino-agonisti, usati nel trattamento del morbo di Parkinson, esistono delle differenze nella capacità di produrre sintomi psicotici.

Per spiegare queste differenze si è ipotizzato che i recettori della dopamina preposti al controllo del movimento e quelli che controllano le attività psichiche non siano esattamente uguali e che certi farmaci possano bloccare o stimolare preferenzialmente gli uni e non gli altri. Questa ipotesi sostenuta inizialmente da ipotesi biochimiche, farmacologiche, elettrofisiologiche e comportamentali è stata validata in modo inconfutabile da recenti ricerche con tecniche di biologia molecolare. Infatti attraverso queste tecniche è stato possibile clonare i geni che codificano i recettori di differenti neurotrasmettitori e si è potuto dimostrare l'esistenza di differenti geni che codificano differenti categorie di recettori della dopamina. Finora sono state caratterizzate 5 differenti categorie di recettori, denominati D1, D2, D3, D4 e D5. Attraverso nucleotidi che codificano tali recettori è stato possibile definire la sequenza degli aminoacidi delle proteine di ciascun recettore e caratterizzare esattamente la struttura molecolare delle sue proteine. La molteplicità di recettori può sembrare una contraddizione rispetto alla definizione di recettore: "il sito di una proteina modellato

per riconoscere quella molecola e non altre, come la serratura riconosce la sua chiave". Tuttavia la spiegazione di questo apparente paradosso è che la molecola della dopamina, così come quelle degli altri neurotrasmettitori, è flessibile e può modellarsi su siti di riconoscimento leggermente differenti fra loro.

La specificità per una o un'altra categoria di recettori viene assicurata soprattutto dal fatto che il neurotrasmettitore viene liberato in quella sinapsi nella quale è presente quella determinata categoria di recettore e non un'altra, mentre la specificità di un farmaco è dovuta al fatto che, essendo solitamente una molecola rigida, esso "ingrana" preferenzialmente o selettivamente in una categoria di recettori e non in un'altra.

Della numerosa famiglia di recettori della dopamina quelli di tipo D2 e D3 rivestono particolare interesse. Mentre i recettori D2 sono ugualmente rappresentati nello striato e nel sistema limbico, i recettori D3 sono concentrati in diverse aree del sistema limbico (tubercolo olfattorio, nucleo accumbens, isole di Calleja e ipotalamo) e sono quasi assenti nello striato.

I classici neurolettici, quelli che danno disturbi extrapiramidali, hanno 10-20 volte maggiore affinità per i recettori D2 che per quelli D3, mentre i neurolettici atipici, quelli che non producono effetti extrapiramidali (sulpiride, tioridazina e clozapina) bloccano in modo pressoché analogo i recettori D2 e D3.

Tali risultati suggeriscono che gli effetti extrapiramidali dei neurolettici dipendono dal blocco preferenziale dei recettori D2, mentre l'effetto antipsicotico è dovuto al blocco dei recettori D3 o al blocco combinato ed equilibrato dei due tipi di recettori. Con l'isolamento dei geni dei recettori D2 e D3 è possibile esprimere i recettori in vitro, in cellule che normalmente non li contengono, modellare e studiare su questi recettori purificati differenti molecole capaci di bloccarli o di stimolarli

*un impegno
per il futuro di tutti*

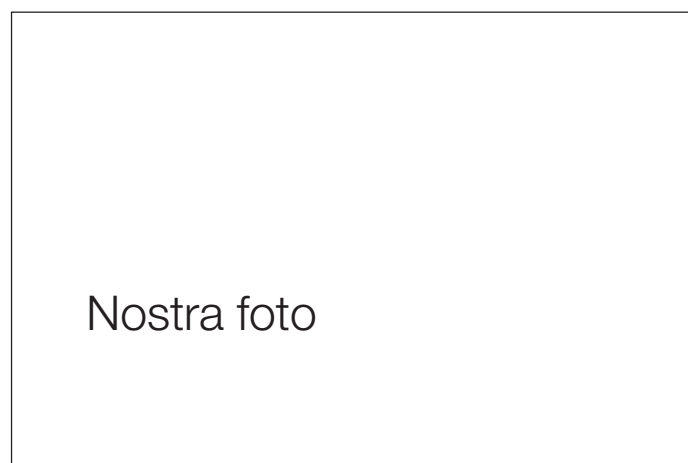


*al di là
del nostro particolare*

selettivamente.

Attraverso tali studi si arriverà presto a costruire antagonisti con grande attività antipsicotica, senza effetti collaterali di tipo parkinsoniano, o molecole di agonisti con attività antiparkinsoniana senza effetti psicomimetici.

Poiché, come si è visto, la dopamina ha un ruolo così importante nel controllo del movimento, delle attività psichiche e dei meccanismi della gratificazione, conoscere i suoi recettori e disporre di farmaci che li bloccano o li stimolano significa conoscere meglio i meccanismi alla base dell'attività psichica. Perciò non mi ha sorpreso vedere un articolo sulla dopamina, nel *Nouvel Observateur* di settembre del 1990, un giornale che si occupa di solito di politica e di arte.



Gian Luigi Gessa, Angelo de Rita e Fiorella Frattini

RECETTORI AGLI PSICOFARMACI

Farmaco	Neurotrasmettitore
Morfina	Enkefaline-endorfine
Neurolettici	Dopamina
Antidepressivi	Serotonina
	Noradrenalina
	Dopamina
Nicotina	Acetilcolina
Benzodiazepine	?
Cocaina	Dopamina
	Noradrenalina
Delta-9-tetraidrocannabinolo (Marijuana)	?

(dalla pag. 7)

l'AZT rallenta l'effetto del virus per 2 o 3 anni, poi compare la resistenza. Tutto ciò non deve indurre a non usare il farmaco nonostante i suoi effetti sulla replicazione cellulare, le anemie e leucopenie che può provocare, tanto più che è stato osservato come gli effetti collaterali diminuiscano abbassando il dosaggio. Per questo, e visto che la malattia progredisce tanto meno quanto prima si usano questi farmaci, oggi si tende a iniziare la terapia antivirale in fasi più precoci. Certo, con pro e contro, perché da un lato, con dosi più basse e minori effetti collaterali si può ridurre la replicazione virale presente già nella fase precoce e si può inoltre combattere le infezioni dei precursori o di cellule "carrier", dall'altro, si possono selezionare ceppi resistenti del virus ed indurre accumulo a livello muscolare con aumento della tossicità a lungo termine. D'altra parte sotto quest'aspetto sappiamo che i ceppi resistenti - di fatto - non si riscontrano frequentemente nella fase iniziale della malattia e il loro numero è inversamente proporzionale al livello di integrità del sistema immunitario. Da uno studio multicentrico (Cooper D., Moroni M., Aiuti F.) pubblicato su AIDS in agosto e settembre '91 risulta che l'associazione AZT + Acyclovir consente di aumentare la sopravvivenza dei malati di AIDS anche se non si sa bene il perché (sinergismo?).

Altro farmaco, che è stato usato per la prima volta nel Sarcoma di Kaposi, è l'Interferone. E' stato visto che nell'AIDS, l'associazione AZT + Interferone A dà migliori risultati dell'AZT da solo, agendo i due farmaci a due diversi livelli.

Altre associazioni usate in terapia sono: AZT + DDC, AZT + DDI, AZT + DDC + DDI, AZT + CD4, AZT + Inibitore delle proteasi. Esiste anche un altro farmaco, che è un immunostimolante, il GMCSF, che paradossalmente, pur aumentando di norma la replicazione virale, può risultare utile in associazione all'antivirale perché, in questo caso, fa diminuire - di fatto - la

replicazione virale mentre potenzia le difese immunitarie.

Non siamo ancora in grado di dire se è meglio l'alternanza o l'associazione delle terapie. Quello che comunque deve far scattare un intervento terapeutico è il numero di linfociti T4 qualora sia < 500.

I medici dispongono di esami sierologici e immunologici, che però non sono ancora entrati nell'uso comune; di qui la necessità, anche da parte degli informatori, di sensibilizzare il medico che presto potrà disporre anche di un kit diagnostico in grado di vedere quante coppie di genoma HIV sono presenti.

Non va dimenticato che il malato di AIDS muore per le infezioni opportunistiche ed è quindi importante l'uso di farmaci che le affrontino per prolungare - quanto meno - la sopravvivenza. La strategia terapeutica futura è in sostanza la combinazione di farmaci che agendo a livelli diversi non entrano in competizione tra loro ma si potenziano.

Le previsioni sono che nei prossimi 5 anni ci saranno in Italia fino a un massimo di 22.000 casi di AIDS e fino a un massimo di 80.000 casi di ARC. Tutti questi pazienti dovrebbero essere controllati in centri appositi ogni 3 mesi. Dei 40.000 soggetti che oggi presentano un numero di linfociti T4 < 500, non più di 5.000 prendono farmaci. La prima ragione è che è difficile farli andare nei centri perché molti sono tossicodipendenti o hanno paura di essere riconosciuti; la seconda sta nella difficoltà di comunicazione tra le strutture, le comunità di recupero dei tossicodipendenti da una parte ed i centri ospedalieri dall'altra; non c'è la cultura della prevenzione e cura di questa malattia perché molti medici pensano, purtroppo, che sia tutto inutile; alcuni farmacisti hanno comportamenti scorretti arrivando a non tenere i farmaci necessari.

Il compito degli informatori è quello di sensibilizzare i medici all'uso dei farmaci adatti.

La malattia è multidisciplinare e richiede l'intervento dell'infettivologo, del radiologo, del dermatologo, dello psicologo, dell'oncologo, del gastroenterologo etc. In particolare la psicoterapia di sostegno è importantissima: dopo la prima fase di disperazione e ottundimento è indispensabile l'intervento medico per l'inserimento dei

" AIDS: I farmaci e le immunodeficienze "

Nostra foto

Fernando Aiuti

pazienti nella società (la malattia dura in media 9 anni!)

Occorre una collaborazione interdisciplinare di tutti, anche delle aziende farmaceutiche: se, quando dispongono di un nuovo farmaco, non lo facessero sperimentare solo in America ma anche in Italia, farebbero aumentare le possibilità di successo della ricerca scientifica italiana.

CONVEGNO SULL'AIDS

Anche il Sud Italia manifesta il suo impegno nella lotta contro l'AIDS con il Convegno "Infezione da HIV ed AIDS oggi" - Clinica e Diagnostica per immagini, in programma a Palermo dal 27 al 30 aprile, presso il Centro Congressi "Palazzo Gamma".

Noti ed illustri infettivologi come i Prof. ri Moroni, Rondanelli, Guzzanti, Chioldo, Visco, Ortona ed altri, nonché radiologi come i Prof. ri Galli, Cardinale, Carella, De Maria, e Rotondo, si riuniranno a Palermo, in occasione del Convegno, che sarà rivolto a medici, ricercatori ed operatori sanitari, allo scopo di dare un aggiornamento valido sia sotto il profilo scientifico che su quello pratico sulla patologia, nonché di fare il punto sulla Diagnostica per immagini, indispensabile per un corretto inquadramento nosologico dei diversi quadri clinici che scaturiscono dall'immunodeficienza. Per informazioni contattare:

Segreteria Organizzativa
O.R.M.srl Via G Lanza di Scalea
1350 - PALERMO tel. 091-
671.5000

Nostra foto

Fernando Aiuti e Angelo de Rita

"IL LINGUAGGIO DEI FARMACI"

Secondo ciclo di conferenze sull'informazione scientifica sui farmaci

Farindustria e Associazione ne preparano la realizzazione

Farindustria e AII SF, mentre scriviamo, sono all'opera per la messa a punto del secondo ciclo de " Il Linguaggio dei Farmaci" sull'onda del successo di cui hanno goduto le prime sei conferenze. Un successo legato in parte all'oculatezza con la quale sono stati scelti temi e relatori - nomi di chiara fama che hanno contribuito a riempire le aule - ma anche alla voglia degli Informatori di essere sempre più preparati. Curiosamente, ora che la spinta commerciale prevale sulla informazione scientifica, il desiderio di cultura si fa più evidente. Forse per reazione o, più verosimilmente, per il bisogno di difendere in qualunque modo la propria dignità continuamente minacciata.

"Guarda Medico, ti regalo borse e viaggi, pago cene e desinari perchè il mio stipendio dipende anche dall'imboccare o meno certe scorciatoie verso la tua prescrizione, ma potremmo intenderci ben diversamente. E con maggiore soddisfazione per tutti e due. Potremmo colloquiare anzichè annoiarci reciprocamente sull'eco del mio monologo: di fronte a te sta un professionista serio, preparato che, in definitiva, può aiutarti a lavorare meglio ". Comun-

que sia, prima che il discorso ci porti lontano, nel presentare questo secondo ciclo di conferenze (al quale auguriamo almeno lo stesso successo che ha arriso al primo) vale la pena rammentare gli scopi che sono all'origine del progetto. L'intento principale è quello di riqualificare l'informazione scientifica sul farmaco. Se mai non fosse ancora chiaro, la nostra categoria, cui peraltro si riconosce il ruolo indispensabile di anello della catena che collega il farmaco al medico e quindi al malato, vive un clima più di diffidenza che di interesse. La ragione principale risiede nell'eccessivo peso che il messaggio commerciale ha rispetto a quello scientifico. Ecco allora che le due Associazioni chiamate in causa, giocano l'unica carta possibile per riaprire una partita quasi perduta, per riguadagnare la nostra credibilità e con questa anche quella dell'industria. Intendiamoci, il sistema più spiccio per conseguire fine morale e credibilità sarebbe che gli associati si attenessero ai principi dei rispettivi Codici deontologici. Ma una cosa, purtroppo, sono le Associazioni e un'altra gli Associati. Nè, d'altronde, le due Associazioni - e tanto meno la nostra-

possono imporre azioni di polizia o comunque repressive. Il malandrino è così libero di fare e di disfare, screditando la categoria.

"Il linguaggio dei farmaci" nasce allora per creare attorno alla figura dell'ISF un movimento d'opinione, mediato dai mass-media richiamati da argomenti di grande attualità e nomi di prestigio. Movimento teso alla riconquista del favore e della cognizione da parte di un pubblico che poco conosce o male interpreta la funzione di informatore scientifico del farmaco. Come nella precedente edizione, le conferenze avranno cadenza periodica e verranno distribuite su gran parte del territorio nazionale, coprendo in maniera più omogenea possibile quelle provincie che non hanno ospitato nessuna delle conferenze del 1° Ciclo.

Anche per il 1992 Algoritmi preannuncerà il calendario completo.

FRAPONTEMENTE

Progetto di riabilitazione psichiatrica, formazione, informazione

Il Dipartimento di Salute Mentale dell'Ospedale S. Camillo di Sacile (Pordenone) ha varato un progetto per sensibilizzare l'opinione pubblica sul problema dei residui manicomiali e sulle difficoltà di integrazione e reinserimento sociale dei portatori di handicaps psichici.

Il progetto, intitolato emblematicamente "Frapontemente" prevede un'esperienza riabilitativa dai contenuti creativi ed espressivi con l'aiuto e la guida dell'artista Mario Alimede tramite l'istituzione di un "laboratorio", allestito all'interno del reparto ospedaliero, cui accedono unitamente ai lungodegenti del reparto stesso anche altri pazienti cronici esistenti nel territorio. Nel "laboratorio" si sta attualmente sviluppando la prima fase del progetto durante la quale i pazienti approntano un certo quantitativo di disegni destinati, in un secondo tempo, ad una mostra di pittura, alla quale parteciperanno anche gli allievi di alcune scuole medie del comprensorio del sacilese ed un numero ristretto di pittori friulani noti al pubblico.

La seconda e fondamentale fase del progetto, sostenuto dal Comune di Sacile, dall'Amministrazione provinciale di Pordenone e da altre istituzioni ed enti, prevede la costruzione di parti di un Ponte in materiale plastico e carta che saranno successivamente assemblate.

Formato il Ponte, esso sarà posto sul fiume Livenza nella prima decade del mese di maggio. Il Ponte collegherà in modo simbolico il giardino del reparto con il centro della città di Sacile.

La costruzione e l'installazione del Ponte rappresenterà visivamente l'ideale desiderio di superare le barriere, di riunirsi alla gente della città, di vincere le divisioni che la mente opera tramite la rimozione e il pregiudizio, relegando l'utente psichiatrico nel ghetto.

Frapontemente si pone come progetto dai contenuti altamente sociali. L'iniziativa centrale della costruzione del Ponte avrà alcune manifestazioni collaterali. La prima, già indicata, sarà la mostra di pittura. E inoltre: un programma

di educazione sanitaria da svolgere nelle scuole del territorio e che prevede un itinerario didattico, incontri, visite guidate alle strutture ospedaliere; l'allestimento di un ciclo di proiezioni cinematografiche (previste fra aprile e maggio prossimi) sul tema della diversità e delle barriere in collaborazione con Cinemazero di Pordenone; l'organizzazione di un Convegno nazionale (nella prima decade di maggio) sul tema dei residui manicomiali che si concluderà con la formulazione di una proposta finalizzata al superamento della lungodegenza psichiatrica. E' previsto anche uno spettacolo musicale, all'interno del parco del padiglione psichiatrico.

L'esperienza di FRAPONTEMENTE sarà riunita in un libro.

Ludovica Cantarutti (PN)

Se prendiamo una vacca grossa e grassa e le accomodiamo ai capezzoli una combriccola di mungitori abbiamo un'immagine abbastanza calzante di quello che è (o che è stato) il mercato del farmaco e delle aziende che vi fanno capo. Qualche gomitata, qualche spintone ma il clima generale è quello di estrema allegria; l'erba verdeggia anche quando tutt'intorno si comincia a sentire puzzo di crisi. Pompa te che pompo anch'io, la vacca, miracolosamente, seguita ad ingrassare e a riempire i secchi di quanti nel frattempo si sono accodati nell'opera di mungitura. Dunque il mercato tira, si dilata e compensa l'acrescentevoracità di quanti ne vogliono una fetta. A tutti i costi e con qualunque mezzo. Poi il vento gira e spinge la carestia anche nel nostro podere; l'erba non è più tanto verde e la vacca insecchisce, o per lo meno smette di ingrassare. Il mercato del farmaco si contrae ed affronta l'Europadel'93 investì dimesse. La cattiva gestione del Paese non ha risparmiato nessun settore; anche il nostro ha dovuto buscarne. Cosa succederà d'ora in poi, come si calmeranno i forti appetiti dell'industria farmaceutica che individua incolmabili perdite in ogni ragionevole diminuzione di profitto o, più direttamente, che riflessi avrà su di noi ISF questa regressione?

Certamente la lotta sul campo si farà ancora più dura. Dovremo sgomitare non poco per rimanere attaccati alla nostra fetta di torta mentre altri l'assalteranno con la veemenza di chi, magari, si sente minacciato nel posto di lavoro. D'altronde l'industria non vuole briciole neppure quando ha investito briciole in ricerca, nemmeno quando dispone di briciole di prodotti. La peggiore ipotesi industriale, anche in clima di recessione, non contempla il solo consolidamento di fette di mercato acquisite. Dal grande carosello degli indici di penetrazione, delle quote di mercato, dei progressivi e di tutti gli altri dati (maneggiati con abilità funambolesca) appare evidente, irrinunciabile, improcrastinabile, imprescindibile, vitale la necessità di rosicchiare qualcosa a qualcuno. Come? Semplicemente sfruttando al meglio i suggerimenti aziendali ed applicandoli con determinazione. Perché, ad esempio, non lavorare per obiettivi? Perché non scegliere, in questa ottica, un certo numero di sanitari sui quali operare in un certo modo? Perché non fare, che so, una bella selezione di una cinquantina di medici con caratteristiche particolari (potrebbero essere giovani, bellocci, con grossa clientela, magari non prescrittori)

e convincerli a segnare il farmaco ZIP. Se ogni ISF dell'azienda ZAP, mettiamo siano cento, riuscirà a farsi prescrivere cinque scatole di ZIP per medico e per ciclo, basterà il logico artificio di portare a 10 i cicli per avere un totale di 250.000 ZIP per ZAP. Il discorso fila, non fa una grinza ma non tiene conto che l'evidenza matematica del conteggio è alla portata delle, supponiamo, altre 20 aziende che hanno un prodotto uguale o simile allo ZIP. Basta la successiva, semplice moltiplicazione per ottenere dei numeri che, confrontati con le effettive capacità del mercato, risultano del tutto orfani di ragione. Intanto tutte le altre aziende, con farmaci diversi dallo ZIP, premeranno in direzioni diverse ma tutti gli sforzi convergeranno sul medico. Il quale, ormai da tempo, soffre questa pressione ed appronta, per difendersi, strategie diverse ma tutte, evidentemente, di rigetto. Su queste pagine, puntualmente, abbiamo segnalato le prese di posizione dei singoli Ordini dei Medici man mano che ci pervenivano. Possiamo pertanto affermare che l'intera Italia medica, isole comprese, non ne può più dei nostri queruli messaggi promozionali: è chiaro a tutti, meno che alle aziende che su quelli fondano le loro speranze economiche, che il medico non accetta più di *niiattn visite all'annn da narte di oanqueruli* messaggi promozionali: è chiaro a tutti, meno che alle aziende che su quelli fondano le loro speranze economiche, che il medico non accetta più di quattro visite all'anno da parte di ogni singolo marchio, che vuole come unico referente l'informatore di zona e che pertanto non gradisce la presenza contemporanea di due o più persone. Cionondimeno, quotidianamente, il volere del padrone di casa non viene rispettato, quel volere oltre che legittimo anche avallato dal rispetto delle Circolari Ministeriali in materia e sostenuto da quanto esplicitato ai punti 2.1 4 e 5.5 de "I principi generali" del Codice Deontologico della Farmindustria stessa.

Da qualche parte allora si tenta la carta economica. Data l'evidenza del messaggio commerciale, che non ha nessuna parentela con quello scientifico, il medico decide di farsi pagare il tempo che l'industria gli sottrae. Cambiano le tariffe e le

modalità di pagamento, ma la sostanza rimane quella: il medico ne ha piene le scatole, non ne può veramente più. Ed allora abbiamo la richiesta sgarbata del Dr. Carlo Matteo Adami al quale risposi sul numero precedente, quella del Dr. Riccardo Grossi di San Giuliano Milanese che prevede un gettone di 20.000 lire per 15 minuti di colloquio previo appuntamento trimestrale, ed infine quella molto sensatadi un gruppo di medici empolesi, il cui contenuto mi sento di condividere in pieno.

Intendiamoci, non che ritenga l'iniziativa la migliore o l'unica possibile, ma certamente costituisce un segnale e l'apprezzo come tentativo di arginare il malcostume dell'iperfrequenza. Malcostume che danneggia l'intera categoria come immagine, turba il rapporto con il medico, trasforma l'informazione in spot pubblicitario, cresce e si sviluppa in un clima di concorrenza sleale. Ecco la proposta dei medici empolesi: Nel 1990 abbiamo cercato di regolare l'accesso degli informatori all'ambulatorio stabilendo che ogni informatore aveva a disposizione 4 accessi per anno. Per motivi vari il tentativo è completamente fallito. Nel 1991 il rapporto medico-informatori si è ancora più complicato. Molte aziende hanno duplicato o addirittura triplicato le loro linee o hanno previsto un informatore per un singolo farmaco. La registrazione degli accessi negli ultimi 4 mesi dell'anno hanno fatto notare come alcune aziende prevedono passaggi ogni 45 giorni. Concludendo, sempre meno informazione e sempre più pubblicità in un campo così delicato come il consumo del farmaco. Partendo dalla considerazione che 4 passaggi per anno sono più che sufficienti per fare una corretta informazione, riteniamo *che quelle aziende che vogliono, per loro esigenze pubblicitarie, prevedere più di 4 passaggi all'anno presso di noi possono farlo solo dopo avere versato un contributo di f. 50.000 (a mezzo bollettino postale) a favore di enti (che provvederemo a segnalare successivamente) che svolgono la loro attività presso quelle popolazioni che non solo non possono soddisfare i bisogni farmaceutici indotti, ma non hanno nemmeno i farmaci essenziali.* (Nedo Mennuti, Attilio Amico, Remo Borchi, Andrea Cantini)

Quanto seguiranno a fare finta di nulla? In fondo a questo panorama vediamo ancora ISF con le maniche rimboccate. Come sempre. Ma sia ben chiaro, solo per tirare avanti la solita carretta, non certo per fare a cazzotti con gente che, oltretutto, ha un monte di ragioni.

Lettere al Direttore

Pellicola
penna

Una lettera provocatoria...ma non troppo

Caro Direttore,
ho letto con attenzione l'articolo di Valeriano Formis e della collega M.L. Elli e devo dire che l'ho trovato stimolante. Così per la prima volta scrivo ad Algoritmi. Quanto segue è volutamente un po' provocatorio, nel senso che mi piacerebbe che altri scrivessero sull'argomento dicendo la loro.

Io non mi sono mai sentito rappresentato da nessun sindacato, di conseguenza non ho mai ritenuto opportuno iscrivermi. Anzi, ho sempre percepito una velata ostilità nei nostri confronti da parte dei sindacati tradizionali. Siamo un terzo degli addetti al settore farmaceutico ma nei contratti siamo rappresentati da trafiletti e note a piè di pagina. E' di questi giorni (pare, si dice, non garantisco) il nostro riconoscimento giuridico. Ora, dopo anni di disinteresse, potremmo acquistare peso anche per i vecchi sindacati. Io invece propongo questo: un Sindacato Autonomo, che ci rappresenti in modo autonomo, non CGIL, CISL, UIL etc., ma un sindacato che in sede di rinnovo contrattuale si presenti con la forza di chi rappresenta un terzo degli addetti.

Come giungere a questo obiettivo?

Una modifica dello Statuto ci porterebbe ad avere fin da subito il nostro Sindacato, o sono un povero ingenuo?

Andrea Meggiorin

La mia iscrizione al sindacato risale al momento del massimo dissenso da parte del sottoscritto per l'operato del sindacato stesso. Infatti solo in quel momento compresi che se avessi avuto qualcosa da dire, da proporre o da contestare l'avrei potuto fare solo dall'interno dell'organizzazione. Dal di fuori, infatti, la mia voce non avrebbe avuto la possibilità di essere ascoltata, sarebbe caduta nel vuoto. Quindi non sono d'accordo sui motivi della tua non iscrizione. Sono invece d'accordo con Mimmo Brunni quando nel suo articolo (che ti invito a rileggere con attenzione) "Una proposta... da discutere" (Algoritmi n.° 6, dic.91) propone "di cominciare col verificare la nostra volontà, contandoci. Ci si può contare in maniere diverse, ma la più valida rimane quella di sottoscrivere un documento: una tessera, per esempio". Quanto poi al Sindacato Autonomo, idea per certi versi affascinante, ritengo che potrebbe avere significato quando i numeri gli dessero ragione, visto che sono i numeri (intesi come contrapposizioni di

forze) a pesare nel corso delle trattative. Che ce ne faremmo di un sindacato, autonomo quanto si vuole, ma rappresentato da quattro gatti? O ritieni sufficiente una dichiarata autonomia a garantire le iscrizioni?

Allo stato attuale delle cose, considerata anche la corsa contro il tempo, ritengo preferibile "lo sforzo comune per ricavare un congruo spazio all'interno del CCNL, nel quale realizzare la definizione di tutto ciò che è specifico degli ISF. "Spazio" che si può immaginare come un capitolo specifico nel quale definire riferimenti certi su:-

- formazione e aggiornamento professionale
- organizzazione del lavoro
- orario di lavoro-retribuzione
- diritti sindacali."

Comunque, ripeto, l'argomento di per sé è interessante: ne abbiamo parlato in Consiglio Nazionale, ne ripareremo di certo in sede di Congresso.

I lettori di Algoritmi saranno puntualmente informati.

I tentennamenti di un Capo-Area

Sono un Capoarea iscritto dal 1977 all'AIISF. Quest'anno però ho deciso di rimandare il mio rinnovo sulla base di alcuni chiarimenti che desidererei avere sulla effettiva politica dell'Associazione nei riguardi della funzione che mi trovo a ricoprire.

In sintesi, perchè dovrei riconoscermi in una Associazione che si interessa della mia figura solo quando ci sono da evidenziare presunti compiti di "controllo" dell'attività dell'ISF? Perchè dovrei riconoscermi in una Associazione che, nonostante per Statuto debba rappresentare tutti coloro che svolgono un'attività di informazione scientifica sui farmaci, stipula accordi con gli Ordini dei Medici in cui, richiamandosi implicitamente al ruolo di "controllore" dei Capiarea, si fa divieto ai medesimi di accedere, in contemporanea all'ISF di zona, all'ambulatorio, sottintendendo come solo l'ISF possa considerarsi il referente aziendale per il medico?

Forse che la soluzione auspicata dall'Associazione è quella dell'eliminazione di

una figura intermedia nell'ambito dell'organizzazione del lavoro di informazione scientifica sui farmaci?

E se così non è, non è forse il caso di rivedere atteggiamenti e modi di operare dell'Associazione, almeno a livello periferico, onde evitare possibili spaccature all'interno della categoria, non potendosi, permanendo questa politica, sentirsi rappresentati da questa Associazione tutti coloro che come me operano nell'ambito dell'attività di informazione sui farmaci con il ruolo di Capoarea?

27.4.92 lettera firmata

La nostra professione, per quanto singolare, non differisce essenzialmente dalle altre: pertanto accoglie buoni e cattivi professionisti ad ogni livello. L'AIISF non discrimina e tutela l'interesse di tutti gli iscritti, qualunque ruolo essi svolgano. Statutariamente e quindi per sua precisa volontà. Tant'è vero che recentemente esponenti dell'Associazione, in un incontro con la FULC, hanno configurato l'esigenza di definire, in occasione della

prossima revisione dell'intesa FULC-Farmindustria del luglio '88, il ruolo delle figure intermedie, arricchendone la professionalità di contenuti che vadano ben oltre la pur necessaria funzione di controllo.

Escludo dunque che questa sia stata la prima ispiratrice dei discussi cartelli che, in qualche ambulatorio, vietano l'ingresso simultaneo di due referenti aziendali, cartelli invece sicuramente suggeriti dalla Circolare Parodi del 9.3.87 ai Presidenti degli Ordini provinciali dei medici che sull'argomento recita:"Il Comitato Centrale ha rilevato come sia invalso l'uso da parte di alcune imprese farmaceutiche di inviare presso il medico, contemporaneamente due o più informatori di cui uno in veste di ispettore o di "apprendista". Il Comitato ha dichiarato inammissibile tale pratica in quanto il medico non può essere coinvolto né nelle forme di controllo del lavoro degli informatori, controllo che le singole aziende potranno e dovranno svolgere in altro modo, nè essere coinvol-

Chi è l'informatore Scientifico del Farmaco? Un dipendente o un libero professionista, una "piaga" per il medico o un prezioso consigliere, oppure una sua vittima?

“GP NEWS”

INTERVISTA ANGELO DE RITA

“L'informatore scientifico del farmaco - dice De Rifa - è un lavoratore ad alta qualificazione professionale, che svolge, secondo le direttive aziendali ed in armonia con le normative vigenti, attività di informazione scientifica presso i medici, illustrando loro le caratteristiche farmacologiche e terapeutiche dei farmaci, al fine di assicurarne il corretto impiego, riferendo all'azienda le osservazioni registrate nell'uso degli stessi, che emergono dal colloquio con gli operatori sanitari. Pur traducendosi, alla fine, in un atto di vendita (la prescrizione) è chiaro che l'attività degli informatori ha anche un preciso significato sociale, che non dovrebbe farci considerare né “piaghe” né “vittime”, ma certamente collaboratori del medico (preziosi o meno, non sta a noi dirlo). Per quanto riguarda i rapporti di lavoro con le aziende farmaceutiche, circa il 90% degli ISF sono titolari di un rapporto subordinato e a tempo pieno. Come contratto nazionale (industrie chimiche) siamo inquadrati al livello C, compreso nell'area Quadri, che è composta da lavoratori che svolgono funzioni direttive e/o specialistiche di ampia responsabilità o rilevante importanza per l'azienda; vi appartengono quadri e impiegati direttivi. Chi si avvicina a questo lavoro, per i primi sei mesi è inquadrato al livello D. Il salario è previsto in base a tabelle contrattuali fissate dal CCNL nel novembre 1990.

D - Come sono inquadrati gli altri informatori? Esistono per loro contratti di agenzia? Quanto guadagnano?

R - “Il rimanente 10% degli ISF ha un rapporto di lavoro di tipo provvigionale, proprio come gli agenti di vendita; e in molti casi lavora per aziende che si limitano solo a commercializzare farmaci. La maggior parte di questi colleghi, pagati a provvigione, sono spesso di una certa età ed hanno maturato esperienze ed un regime previdenziale che suggeriscono loro di non cambiare. Tuttavia, rispetto all'agente di vendita vero e proprio, hanno dei grossi handicap. Un agente vero acquisisce ordini e l'azienda da cui dipende emette fattura con copia all'agente; sull'importo gli viene riconosciuta e corrisposta una provvigione. Ma nel nostro settore, nella

maggior parte dei casi, all'ISF agente non viene trasmessa nessuna copia delle singole fatture. Inoltre, a questi colleghi vengono imposti gli stessi obblighi degli ISF a rapporto subordinato, come ad esempio le relazioni sulle visite ai medici. Per di più le spese sostenute per l'attività non sono rimborsate, in quanto non previste contrattualmente. Gli ISF, comunque, qualsiasi rapporto di lavoro abbiano, guadagnano sostanzialmente le stesse cifre.

D - Nel vostro lavoro viene privilegiata soprattutto la quantità o la qualità delle visite al medico? R -

“Purtroppo la professionalità degli ISF è valutata più in base a quanto ogni ISF riesce a produrre (o meglio risulta produrre) che a come ci riesce. L'orario di lavoro è definito, ad esempio, sulla base del numero di medici che riusciamo a visitare ogni giorno. Alcune aziende stabiliscono preventivamente questo numero, altre lo fanno definire al responsabile di zona. Certo, più un'azienda fa ricerca e colloca prodotti innovativi sul mercato, più persegue un proprio codice di comportamento maggiore è il suo interesse ad elevare la qualità dell'informazione che offre:

D - Com'è il rapporto con il medico?

R - “Bisogna anzitutto dire che non è scritto da nessuna parte che il medico sia obbligato a riceverci. Ma non esistono neppure limiti al numero degli accessi che un medico può consentire in un giorno, oppure alla frequenza delle visite allo stesso medico nel corso dell'anno. La maggioranza delle aziende continua a pressare l'informatore affinché si faccia accettare in qualsiasi caso. Noi, però, siamo sempre di più ed in ambulatorio torniamo sempre più spesso. Ora molti medici hanno incominciato a reagire, in quanto spesso il numero degli informatori presenti supera quello dei pazienti. Come Associazione, e di concerto per il momento con gli Ordini dei Medici, abbiamo cercato di trovare delle soluzioni e così ogni ambulatorio può indicare limitazioni sul numero degli informatori che ogni giorno possono accedere oppure sulle modalità di accesso. A Firenze, ad esempio, abbiamo tre tipi di regolamentazione: a) Non possono accedere allo studio più di quattro informatori al giorno, che hanno

il compito di registrarsi su un cartello esposto nella sala d'attesa, venendo ricevuti tra un paziente e l'altro; b) Una sorta di spazio preferenziale per gli informatori. 11 medico “organizzato” può decidere di dedicare loro, nel complesso e ad esempio, 30 minuti al giorno. Ma se uno degli informatori capita in quello studio con un messaggio interessante, quei 30 minuti possono anche esaurirsi in un solo colloquio; c) Accede un informatore ogni 2 o 3 pazienti senza altri limiti. Ma allora al terzo ISF può accadere di passare tutta una giornata in un ambulatorio!”

D - Quanti medici vedete ogni giorno?

R - In media 8-9 tra domiciliari ed ospedalieri, ma questo numero può variare molto in funzione delle zone di attività e delle crescenti difficoltà operative incontrate quotidianamente dall'ISF.

D - Tra l'azienda e i propri infamatori esiste un filo diretto?

R - Il rapporto con l'azienda avviene sostanzialmente per il tramite di una figura professionale intermedia, per lo più presente a livello regionale, che ogni azienda definisce nella maniera più disparata: ispettore, area-manager, coordinatore, capo-zona, capo-regione, ecc.. Questa figura, relativamente all'area di cui è responsabile, a nostro avviso dovrebbe organizzare, addestrare, perfezionare, coordinare e quindi guidare l'organizzazione periferica, al fine di conseguire gli obiettivi di informazione

e di promozione perseguiti dall'azienda. E ciò, ovviamente, nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti in tema di in formazione scientifica sui farmaci, di tutela della li&& e della dignità dei lavoratori ISF, nonché nel rispetto delle politiche aziendali, che alle suddette norme dovrebbero ispirarsi. La parte più evidente dell'attività di questa figura professionale, agli occhi degli informatori e dei medici, risulta per9 essere quella di controllo dell'attività degli ISF. Mediamente quattro giorni su cinque affianca, a turno, gli informatori del gruppo, viaggia in auto con loro e visita con loro i medici. E se il medico capisce che uno controlla e l'altro è controllato, finiamo per sentirci a disagio in tre, con tutto ciò che ne consegue.

" D - Cos'è cambiato rispetto a vent'anni fa, quando la professione era agli albori?

R - Gli informatori sono diventati tanti. Il loro numero è passato da **1 1.000 a 22.000** in pochi anni, anche perché è comparso il co-marketing, che pone moltissimi **ISF** in contrapposizione fra loro, quasi fossero odiati fratelli, che informano sulle proprietà della stessa molecola pur avendo questa nomi commerciali diversi e dovendo, comunque, ognuno, produrre il massimo dei risultati. Ricordo inoltre che una ventina di anni fa un informatore operava su una intera provincia di medie dimensioni, mentre adesso quella stessa zona viene suddivisa in più microaree affidate ciascuna ad un informatore diverso.

" D - In conclusione?

CONVENZIONE COMIT

L'Ufficio sviluppo della Banca Commerciale Italiana, a seguito intese intercorse con la nostra Tesoreria nazionale, comunica le condizioni che l'Istituto riserva attualmente agli Associati AIISF:

-tasso	8.50% senza minimo di cifra
-tasso debitore	14.50%
-spese tenuta conto:	30.000 fisse annue
-libretto assegni:	un da 10 assegni gratuito all'accensione del conto
-scoperto di	sino a 3.000.000 solo per chi dispone degli emolumenti in c/c
-tessera Bancomat:	gratuita
-pagamento	franco commissioni se domiciliate
-crediti personali:	prestiti oitenibili in tempui brevi al tasso del 14,50% + 1% commissione annua
-casa:	da 20 a 500 milioni (entro il 75% del valore dell'immobile) per l'acquisto, la costruzione o la ristrutturazione di immobili.

Servizio Borsa, quello delle Casette di sicurezza ed il Servizio Sviluppo sono a disposizione degli Iscritti per qualsiasi loro esigenza.

dicembre 1991

R - *Io credo ci sia ancora molto spazio per una profonda evoluzione professionale della nostra attività. In questa direzione si è rivelato estremamente significativo l'intervento operato il 29 gennaio scorso dal Senato con l'approvazione di un Disegno di Legge che disciplina l'attività degli ISF e ne riconosce giuridicamente la professione. L'informatore non deve perciò limitarsi a rimanere la figura di Yes-Man, come molte aziende*

vorrebbero, ma deve essere un professionista in grado di capire e di porgere al medico informazioni sempre più corrette ed approfondite. C'è da augurarsi che la classe medica ci sostenga in questo percorso. "

Associazione per la Salute della Donna

Tumori femminili. Meno paura, più controlli

A Roma, importante simposio

L'Associazione per la Salute della Donna, fondata nel maggio del 1989, ha come scopo l'organizzazione di iniziative destinate alla promozione e alla difesa della salute delle donne. La più recente di queste si concretizzata Roma il 18 gennaio 1992 in un seminario dal titolo Tumori femminili- Meno paura, più controlli". Detto seminario, al quale hanno partecipato chiarissimi studiosi quali il Prof. Umberto Veronesi, Direttore dell'Istituto Tumori di Milano ed il Prof. Alberto Costa, Direttore della Scuola Europea di Oncologia, ha richiamato l'attenzione sul fatto che il cancro, oggi come oggi, può essere validamente contrastato dalla prevenzione e dalla diagnosi precoce. Attualmente, per le donne, la prima causa di morte per tumori & il carcinoma della mammella. Nel nostro

Paese esso provoca 10.000 morti ogni anno, pari al 20% di tutti i decessi per tumore nel sesso femminile. Ciononostante, i grandi passi in avanti della medicina preventiva e della ricerca epidemiologica, nonché i progressi terapeutici consentono oggi di guarire il 50% delle pazienti. In questa ottica risulta importante stimolare sempre di più la prevenzione e fare sì che le strutture sanitarie dispongano di attrezzature valide per la diagnosi precoce. Fondamentale, a questo fine, che medici generici e specialisti si adoperino a combattere la paura e la disinformazione che concorrono a ritardare la diagnosi del cancro, intervenendo sulle loro pazienti affinché effettuino regolari, periodici controlli sullo stato di salute. Come in altre occasioni, anche in Questa 1'Associazione ha

Promosso un'azione tendente a raggiungere il maggior numero di donne : Il Manifesto Europeo per la lotta contro i tumori al seno si propone come obiettivo finale di raggiungere il milione di firme. Grazie alla collaborazione dei coordinamenti femminili di UIL, CISL, e CGIL nonché all'AGI FAR, Associazione di giovani Farmacisti, il Manifesto & in distribuzione fin dai primi giorni dell'anno ed ha già raccolto molti consensi. Alla manifestazione ha partecipato anche la Senatrice Elena Marinucci, sempre molto attenta ai problemi delle donne.

**Associazione
per la Salute della Donna**
Viale **Gorizia 00198** Roma - Tel.06/
70450346

Dalle Sezioni

ANCONA

Nel mese di agosto è deceduto improvvisamente il nostro Collega Carlo Bechis.

La Sezione, interpellata l'Assemblea degli iscritti, ha deciso di aprire una sottoscrizione a favore della famiglia dello scomparso. Grazie alla generosità dei colleghi si è potuto raccogliere una discreta somma che è stata consegnata dal Presidente sezionale alla moglie ed ai figli dello scomparso, in occasione delle festività natalizie.

AREZZO

Dato il buon successo ottenuto nel 1990, la Sezione ripropone l'accordo con l'Hotel Cote d'Or che permette a tutti gli ISF ed ai loro parenti di beneficiare di uno sconto del 10% sul prezzo normalmente praticato.

L'Hotel Cote d'Or è a Villamarina di Cesenatico (uscita Gatteo Mare sulla superstrada Rimini-Ravenna) a 100 m. dal mare e nel prezzo comprende:

- Buffet a colazione con scelta tra affettati, dolci, succhi di frutta;
- pranzo e cena a scelta su ordinazione;
- saltuari intrattenimenti con orchestre locali;
- sala a disposizione con televisione, giochi di carte e intrattenimenti vari;
- bar Cote d'Or;
- entrata alla spiaggia ed uso delle cabine.

PREZZI PER PERSONA

Maggio, Giugno, Settembre

£ 38.000 meno 10%

Luglio, Agosto (dal 26 al 31)

£ 45.000

Agosto (dal 1 al 25)

£ 55.000

Per eventuali informazioni si prega di telefonare all'Hotel Cote d'Or (Sig. Alvaro PACI) - tel. 0547/86128 oppure al collega Stefano BIGIARINI - Tel. 0575/559127.

BOLZANO

Il direttivo della Sezione è riuscito a conseguire con successo i due obiettivi che si era prefissato di raggiungere nel corso del 1991.

In primo luogo, la divulgazione della realtà dell'informazione scientifica sui farmaci e dell'AIISF presso gli organi pubblici per meglio definire l'immagine e l'attività dell'ISF e per avviare un progetto di collaborazione con le stesse Autorità Sanitarie culminato con un incontro con l'Assessore provinciale della Sanità.

In secondo luogo il miglioramento dei rapporti con l'Ordine provinciale dei medici che ha promosso un'iniziativa finalizzata a valutare la possibilità di una regolamentazione dei rapporti fra AIISF e Medici della provincia attraverso un sondaggio effettuato tramite questionario. I risultati si sono concretizzati nella delibera che di seguito riportiamo:

"Il consiglio dell'O. d. M. e degli Odontoiatri della Provincia di Bolzano, nella seduta del 16.09.1991, preso atto dei risultati del referendum sui rapporti Medico-ISF"

delibera

1) *Le visite degli ISF presso gli studi medici non devono superare le 4 visite annuali, eccezione fatta per una 5° visita in caso di ammissione nel Prontuario Farmaceutico di nuove molecole.*

2) *In riferimento alla tendenza attuale di suddividere, all'interno di una stessa Azienda, due o più linee, si richiede che ogni linea presenti molecole differenziate.*

3) *Non sono gradite visite contemporanee di due o più dipendenti della stessa Azienda di cui uno in veste di ispettore.*

4) *Non sono accettate indagini statistiche telefoniche, ambulatoriali o a mezzo posta sugli orientamenti prescrittivi del medico".*

COMO

Il Consiglio Direttivo dell'O.d.M. ,nella seduta del 2.4.1991, presa visione delle Circolari N° 22 del 9.3.87 della FNOMCeO e N° 800/IS 145 del 18/3/89 del Ministero della Sanità, ha deliberato di stabilire i criteri atti ad una migliore regolamentazione del rapporto professionale fra Medici e ISF nel seguente modo:

1) *Le visite degli ISF sono accettate nel numero massimo di 4 nell'anno solare.*

2) *Non sono accettate visite contemporanee di due dipendenti della stessa Azienda, a meno che non si tratti della presentazione del nuovo Informatore di zona.*

3) *Non sono accettate indagini statistiche sugli orientamenti prescrittivi del medico effettuate attraverso Società di ricerca di mercato o direttamente dall'in-*

dustria farmaceutica per telefono o per mezzo postale.

COSENZA

La Sezione ha pubblicato l'elenco dei colleghi (iscritti e non) che operano nella provincia e del quale riproduciamo la copertina.

Oltre all'elenco degli ISF in ordine alfabetico per nome e per azienda, esso riporta, tra l'altro, il testo dell'accordo stipulato in data 19.7.1991 tra la Sezione e il locale Ordine dei Medici.



MILANO

Le Sezioni MI Est e MI Ovest hanno promosso per il 29 febbraio 1992 alle ore 14.30 una Assemblea dibattito sul tema:

L'informazione scientifica sul farmaco e tutela della salute del cittadino

L'assemblea- tenutasi presso i locali di via S.Vittore, 49 Milano - ha visto l'intervento dell'on. Maria Pia Garavaglia, Sottosegretario alla Sanità. Sui lavori contiamo di tornare nel prossimo numero.

RAVENNA

Il 13 dicembre 1991 l'Assemblea Sezionale ha provveduto a rieleggere il proprio Direttivo che attualmente risulta così composto:

Presidente-Luigi Ghiselli
Vicepresidente-Angelo Bruno
Vicepresidente-Renzo Gambi
Vicepresidente-Lina Lopez
Vicepresidente-Andrea Manzoli
Segretario-Daniele Tramonti
Tesoriere-Daniele Nanni
Collegio Sindaci e Proviviri
Presidente-Giancarlo Biffi
Componente-Paola Ballanti
Componente-Bruno Ballardini
Supplente-Giovanni Pirini
Supplente-Massimo Pirini.

Al nuovo organico gli auguri di buon lavoro da parte di Algoritmi.

Il Direttivo sezionale ha provveduto a fare arrivare ai propri iscritti lo Statuto, il Regolamento interno e le Norme Deontologiche associative.

Dalla Sezione ci arriva il simpatico racconto:

Antichi Farmaci ed Antichi Colleghi

Sotto la protezione della Dea Meditrina, antica divinità celtica, patrona delle operazioni farmaceutiche, a fianco del medico, nell'antica Roma, operavano una serie di personaggi legati in maniera diversa al mondo dei farmaci.

Prima di tutto è bene sapere che il medico vero e proprio, pur avendo una certa conoscenza dei procedimenti, non preparava personalmente le medicine. Attigua alla iatreia, il vero e proprio ambulatorio, vi era un'altra sala in cui gli apprendisti medici, usando le cosiddette sostanze semplici, preparavano vari galenici. Le sopracitate sostanze semplici provenivano dal mondo minerale, ma soprattutto vegetale

*Esse erano preparate dai farmacotribi o farmacoteuti (veri e propri farmacisti) nell'apoteca, l'antica farmacia. Le materie prime, a loro volta, erano fornite dai rizotomi, specializzati nella ricerca di tuberi e radici e dagli erbolai, cercatori di erbe. I pazienti, spesso ingenui e creduloni, si fidavano molto di più dei farmacotribi che dei medici, nonostante l'arte della sofisticazione fosse allora molto diffusa, come tramanda Galeno. Come ho sempre pensato, anche in questo caso, la storia non ci insegna niente di nuovo; cambiano i tempi, le tecnologie e le mode, ma la testa degli uomini farnetica sempre nello stesso modo. Sicuramente anche voi conoscerete orde di furbi che trascurando i suggerimenti di quel "ciarlatano" del loro medico si sono poi rivolti fiduciosissimi ad un qualsiasi pomposo erborista che non ha esitato a vendere loro, a carissimo prezzo, qualche miracolosa brodaglia magnificata come supremo scacciadolori universale ed in realtà responsabile, al più, di una bella dissenteria torrenziale. I medici potevano benissimo recarsi dai farmacotribi per procurarsi le sostanze semplici, ma spesso esse venivano presentate a domicilio dai nostri antichi colleghi: i **Circulatores** (o **Circuitores**).*

Essi erano provvisti di numerose scatolette con sportellini incernierati che potevano essere di legno, di metallo, di avorio o di osso. Sul coperchio recavano il nome della sostanza ed a volte la figura della pianta da cui veniva estratta e spesso vi erano raffigurati anche Esculapio o il suo simbolo, il serpente.

I farmaci più usati erano le pillole (generalmente si trattava di sonniferi), molto più antichi di quanto non si pensi e particolarmente graditi dai pazienti del tempo. Esistevano anche due tipi di collirio: quello liquido, simile ai nostri, da usarsi in gocce, oppure quello solido da stemperare nell'acqua fino a formare un composto denso da applicare, lasciare agire per un certo tempo e rimuovere. Infine, cito come curiosità l'eclegma, un tipo di farmaco che oggi non esiste più. Si trattava di un bastoncino di legno spalmato di miele impastato con sostanze semplici che il pazien-

te doveva leccare.

SAVONA

L'Amministratore straordinario della VII U.S.L. Ligure "del Savonese", invia al Presidente della Sezione la seguente lettera: **Facendo seguito agli incontri intercorsi, Le comunico che, quando verranno completati i lavori di asfaltatura in programma all'interno dell'area ospedaliera, sarà possibile concedere ai Collaboratori Scientifici l'autorizzazione a parcheggiare le proprie vetture nello spazio antistante i magazzini (avancorpo della fabbrica ospedaliera). Per facilitare l'ingresso nell'area ospedaliera e all'interno delle Divisioni e Servizi, si ritiene che, nell'ambito della collaborazione esistente, e considerata la normativa vigente, sarebbe opportuno che tutti i Collaboratori Scientifici fossero muniti di apposito "pass" personale recante il simbolo della Vostra Associazione, il nominativo dell'interessato, se possibile la sua fotografia, ed il nominativo dell'Azienda/Società di appartenenza.**

SASSARI

Il giorno 6 gennaio si è svolto un incontro di calcio fra la squadra dell'AIISF e quella dell'Ordine dei Medici di Sassari allo scopo di raccogliere fondi a favore dei profughi Croati.

TRIESTE

La Sezione, dal marzo scorso, dispone di una sede sociale che permetterà al Consiglio una maggiore operatività ed un punto di riferimento per i Colleghi.

In collaborazione con le Sezioni di Udine e Pordenone ha provveduto a pubblicare l'elenco regionale degli iscritti ad uso dei Colleghi e dei Medici.

Infine, ha raggiunto un accordo con l'O.d.M. di Trieste per regolamentare la frequenza di accesso degli ISF negli ambulatori, nell'intento di meglio disciplinare, con una normativa uniforme, le visite dei medesimi.

Non doveva accadere

La tragica fine di un collega

Nostra foto

giusto quale era Leone, bastare l'onore offeso, l'amor proprio avvilito a decretare la propria condanna a morte?

Noi non siamo in grado di dirlo, nè Leone può aiutarci nè può, ormai aiutare se stesso.

Non possiamo neppure, nè vogliamo in questa sede, addentrarci in giudizi perchè il sentimento offeso ci impedirebbe di essere sereni e questo, forse, non lo vorrebbe nemmeno la Signora Luciana che riesce, anche nelle accorate lettere che ci ha inviato, ad esporre fatti senza infliggere condanne. Chi scrive non sarebbe altrettanto sereno.

A conclusione di questa vicenda resta l'incolmabile vuoto di affetti nella famiglia; la mancanza di un punto di riferimento per i colleghi della Sezione di Udine che lo avevano eletto Presidente del Collegio dei Sindaci e Probiviri per le sue qualità morali; la perdita di un prezioso collaboratore per i Medici che lo rammentano come "professionista serio, competente, vero signore nel rapporto di lavoro".

Il Giornale del Medico Pratico, conclude un trafiletto che ricorda la figura di Leone Melloni, con queste parole: "Sarà sempre con noi nel lavoro e nella vita di tutti i giorni, esempio oggi raro di unione di professionalità ed umanità".

Alla Signora Luciana ed ai figli Andrea e Luca, tramite Algoritmi, il conforto della comprensione, della solidarietà e della vicinanza dei colleghi di tutta Italia.

Leone Melloni, collega di Pozzuolo (UD), dopo 19 anni di lavoro duro, riconosciuto dall'azienda con premi, coppe e targhe che la moglie, Signora Luciana, conserva gelosamente, all'improvviso cessa di godere il favore aziendale. Al punto che una raccomandata prima, ed un telegramma poi, gli annunciano e confermano l'avvenuto licenziamento. Quando due funzionari della Ditta convergono a casa di Leone per espletare le pratiche inerenti al fatto, qualcosa si rompe dentro di lui. Come un animale braccato, si isola e si uccide. Ha 47 anni, è in perfetta salute fisica e mentale e gode la stima di quanti lo conoscono.

Cosa mai può essere successo dentro di lui se neppure la coscienza dell'immenso dolore che segnerà la vita della moglie e dei figli vale a fermare la sua mano? Quale molla sarà scattata in lui in quel terribile istante? Può, anche in un uomo



Due libri di Gaetano Cantisani

Non c'è dubbio che gli ISF svolgano un tipo di attività che, più di altre, riversa su di loro un notevole carico di stress. Forse per questo, nel necessario tentativo di non fondere anticipatamente, molti di loro hanno trovato la valvola di scarico di un hobby e lo coltivano con tale passione che, non difettando agli ISF una buona cultura di base, spesso riescono ad eccellere in questa loro attività tanto da farne degli esperti di settore. In tanti anni di attività ho avuto modo di conoscere un bravissimo numismatico, un apprezzato archeologo, un grosso esperto della pittura dell'800 oltre ad un numero imprecisato di bravi meccanici, carrozzieri e aggiustatutto. Non sono mancati neppure coloro che scrivono e Gaetano Cantisani, collega di Potenza, è uno di questi. In Redazione sono pervenuti un paio di suoi libri, pubblicati dalla Rocco Fontana, Editore in Matera, e mi viene fatto di parlarne su Algoritmi perchè li ho letti con piacere. In altre occasioni, per qualche collega o medico, ho propriamente recensito i loro scritti (ovviamente a livello di opinabilissimo parere personale sui contenuti e la forma delle loro opere) ma per Cantisani, visto l'argomento che tratta, la cosa mi riuscirebbe estremamente difficile. Infatti, nel primo libro **"PROVERBI DEL POTENTINO"**, Cantisani raccoglie frasi e sentenze della sua terra per cui posso soltanto segnalare che il lavoro è stato fatto bene. I proverbi sono divisi per argomento, (l'Autore, nel riportarli, si è attenuto strettamente alla parlata del popolo, prescindendo da motivazioni di ordine toponomastico dialettale e da ipotesi etimologiche dei vocaboli), tradotti in italiano e seguiti da un breve commento interpretativo dell'Autore. Ne risulta così una facile, piacevole lettura anche per chi - come il sottoscritto - diversamente non capirebbe un acca della parlata potentina. Sono d'accordo con Cantisani quando, a proposito del suo libro, scrive in prefazione: "Il lettore potrà trovare un tesoro di lingua schietta nella sua enunciazione ed una raccolta di utili insegnamenti. Lo si può ritenere un valido manuale di prudenza pratica, del vissuto quotidiano, della vita pubblica e privata".

Vediamo qualche esempio.

A proposito di AFFETTI, PASSIONI, VOGLIE a pagina 7 leggiamo:

Lu prim'anno, core a core;

lu sicondo culo a culo;

l'ati anni, 'nu cavice n'gulo.

il primo anno (di matrimonio) cuore a cuore;

il secondo culo contro culo;

gli altri anni, calci in culo.

Segue il commento di Cantisani, ma l'interpretazione è così ovvia che la lascia-

mo alla meditazione di ognuno ed al pratico riscontro di molti.

A pagina 10, a proposito di ADULAZIONI, LODI, LUSINGHE, troviamo:

Lengua ca unge e dente ca punge.

Lingua che unge, dente che punge.

Più avanti leggiamo:

Ogni sande 'mbrucissione vole cannele e devuzione.

Ogni Santo in processione vuole candele e devozione.

A proposito dell'AVARIZIA:

L'avare è come u puorche: è bbuone doppe muorte.

L'avaro è come il maiale: è buono dopo la morte.

Ancora, sul tema del LAVORO:

Pa' zappa pecche pane s'pappe; 'u pipi s'arpepe e a panze s'arrappa.

Con la zappa poco pane si mangia, il pene si ritrae e la pancia si rattroppisce.

Annota Cantisani: Con il lavoro di zappa c'è poco guadagno, diminuisce la voglia di sesso per effetto dell'eccessiva stanchezza, la pancia si rattroppisce (fa le pieghe) per mancanza di cibo.

Sulla SOLIDARIETA'....

Meglie 'n'aiute ca ciende cunziglie

Meglio un aiuto che cento consigli

Sulla BUONA E MALA FAMA:

Chi semene spine, n'adda caminà scavize

Chi semina spine non deve camminare scalzo

Sul COSTUME:

'U malamende s'accocchia cu fetende

Il delinquente si accoppia col fetente

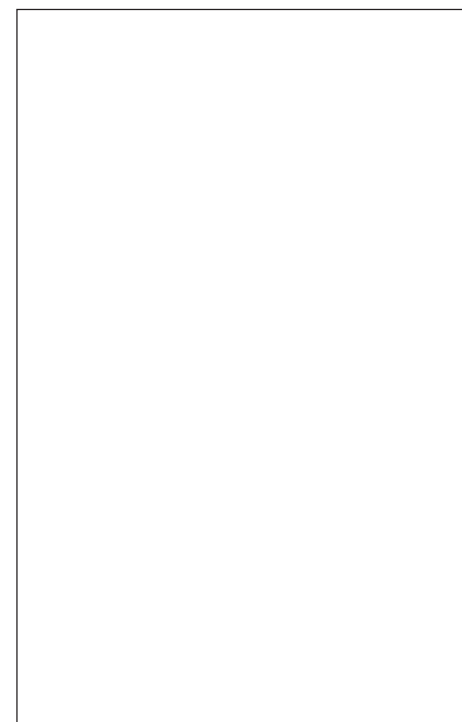
Segue la chiosa del bravo Cantisani ma anche stavolta non la riportiamo essendo l'evidenza del fatto ancora più lampante di quella dei....cavice n' gulo.

L'altro libro sempre per i tipi di Rocco Fontana ha per titolo:

"LAURENZANA;FATTI PERSONE IMMAGINI E COSTUMI" ed è un omaggio dell'autore alla sua antichissima città natale le cui origini si fanno risalire a tempi antecedenti a quelli della colonizzazione greca dell'Italia meridionale.

Al di là dell'efficace ricerca storica del Cantisani, mi pare che il testo sia riservato ad un numero di lettori più ristretto rispetto a quello di coloro che possono gustare i "Proverbi del Potentino".

L'argomento infatti è abbastanza "intimo" ed anche se spazia molto (nello sviluppo delle sue 280 pagine ci offre cenni e curiosità storiche, storia e cronaca recente, Laurenzana e la Religione, riporta poesie dei tre Poeti della città, parla dell'artigianato; mestieri e attrezzi ecc.,ecc.),



rimane pur sempre circoscritto all'interesse locale, e di quanti, in qualche modo, gravitano attorno alla sua antica cultura.

Interessante, comunque, la ricerca del Cantisani: "I risultati ottenuti affascineranno alcuni e deluderanno altri. Se però, saremo riusciti a spargere il seme della ricerca storica su una Laurenzana "che è di tutti", ciascuno ha il dovere per sè e per i propri figli, di coltivare amorevolmente questa piccola pianta, aggiungendo, consigliando, collaborando".

Questo il messaggio che il collega Cantisani trasmette nelle ultime righe della sua prefazione a "LAURENZANA" e che il sottoscritto estende molto volentieri ai lettori di Algoritmi.

Errata Corrige

Il Tesoriere Lambelet ci scrive osservando che sul n° 5 sett/ott 91, al capitolo "USCITE" della voce Algoritmi anzichè £.32.526.060 (come da rendiconto finanziario distribuito in sede di Consiglio Nazionale) è stato scritto £.32.356.060 Rettifichiamo e ce ne scusiamo con il collega e naturalmente con i lettori.

*Disciplina dell'attività di informazione scientifica sui farmaci
Riconoscimento giuridico
della professione di informatore scientifico del farmaco*

DISEGNO DI LEGGE

Testo proposto dalla XII Commissione Igiene e Sanità al Senato
ed approvato a Palazzo Madama

Roma, 29 gennaio 1992

Art.1 (Attività di informazione scientifica sui farmaci)

1. La presente legge disciplina l'attività di informazione scientifica sui farmaci: per informazione scientifica sui farmaci si intende il complesso di informazioni relative alla composizione dei farmaci, alla loro attività terapeutica, alle indicazioni, alle precauzioni e alle modalità d'uso ed ai risultati degli studi clinici controllati relativi all'efficacia ed alla tossicità immediata e a distanza, desinato ai medici e ai farmacisti, avente lo scopo di assicurare un corretto uso del farmaco.

2. L'attività di informazione scientifica, di cui al comma 1, in conformità alle disposizioni di cui all'articolo 31 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ed all'articolo 6-bis del decreto del Ministro della sanità 23 giugno 1981, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 180 del 2 luglio 1981, come introdotto dall'articolo 6 del decreto del Ministro della sanità 23 novembre 1982, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 333 del 3 dicembre 1982, spetta, nell'ambito delle proprie competenze, alle unità sanitarie locali ed alle imprese farmaceutiche titolari della registrazione delle specialità medicinali e, in caso di prodotto provenienti dall'estero, anche alle imprese che le rappresentano in Italia, ai sensi dell'articolo 29 del regolamento approvato con regio decreto 3 marzo 1927, n. 478. La mera attuazione della informazione scientifica su una specialità medicinale può essere demandata all'impresa che, dalla documentazione depositata al Ministero della Sanità, risulta concessionaria per la vendita del prodotto su tutto il territorio nazionale e che sia comunque titolare di autorizzazione alla produzione di specialità medicinali, fermi restando gli obblighi e la responsabilità dell'impresa titolare della registrazione in ordine all'attività di informazione svolta dall'impresa concessionaria.

3. Il Ministero della Sanità, avvalendosi anche delle strutture del Servizio sanitario nazionale, esercita il controllo sull'attività

di informazione scientifica della imprese farmaceutiche e delle imprese concessionarie di cui al comma 2.

Art.2 (Definizione dell'attività dell'informatore scientifico del farmaco)

1. L'attività di informazione scientifica di cui all'articolo 1, comma 2, è svolta dagli informatori scientifici del farmaco.

2. L'attività dell'informatore scientifico del farmaco consiste nel portare a conoscenza dei medici e dei farmacisti le informazioni di cui all'articolo 1 e assicurarne il periodico aggiornamento. È altresì compito dell'informatore scientifico comunicare al responsabile dell'attività di informazione della struttura pubblica o dell'impresa per cui opera le osservazioni sulle specialità medicinali, che gli operatori sanitari segnalano anche a mezzo di schede di monitoraggio.

Art.3 (Registro nazionale degli informatori scientifici del farmaco)

1. È istituito il registro nazionale degli informatori scientifici del farmaco.

2. Per esercitare la professione di informatore scientifico del farmaco è necessario essere iscritto nel registro nazionale.

3. Per l'iscrizione nel registro nazionale è necessario:

- essere cittadino italiano o di uno stato membro della Comunità economica europea;
- non avere riportato condanne penali passate in giudicato;
- esser in possesso di un diploma di laurea in discipline bio-mediche o chimico-farmaceutiche.

4. Nel registro nazionale sono riportati per ogni nominativo i dati anagrafici, il domicilio, il titolo di studio, l'eventuale

ordine professionale di appartenenza, la qualifica professionale ed il tipo e la data di inizio del rapporto di lavoro con la struttura pubblica o l'impresa farmaceutica o concessionaria di cui all'articolo 1, comma 2.

5. Il registro nazionale è tenuto dalla Commissione tecnica per l'informazione scientifica del farmaco di cui all'articolo 8.

6. Tutti gli oneri connessi alla tenuta del registro nazionale sono coperti attraverso l'imposizione di speciali diritti a carico degli iscritti.

Art.4. (Ambito di responsabilità del- l'informatore scientifico del farmaco e incompatibilità professionali)

1. L'informatore scientifico del farmaco è responsabile dei contenuti dell'informazione orale che deve essere veritiera, precisa, completa e controllabile.

2. L'informatore scientifico del farmaco è l'unico autorizzato alla consegna ed al ritiro delle schede di monitoraggio dei farmaci, che devono essere preventivamente autorizzate dal Ministero della Sanità.

3. È fatto divieto all'informatore scientifico del farmaco di esercitare professioni sanitarie, parasanitarie e attività commerciali inerenti i medicamenti.

Art.5 (Materiale informativo)

1. Il materiale informativo di cui si avvale l'informatore scientifico del farmaco deve riferirsi esclusivamente e

(segue a pag.20)

dalla pagina 19

senza omissioni ai testi degli stampati approvati dal Ministero della Sanità ai sensi dell'articolo 6, senza che sia riportato alcun elemento grafico o enunciativo che non sia strettamente aderente al contenuto tecnico del prodotto nonchè alla documentazione in base alla quale è stata concessa la registrazione di un farmaco.

2. Il materiale informativo deve contenere indicazioni precise sulle caratteristiche farmacologiche e cliniche del prodotto in forma scientificamente documentata con relativa bibliografia attribuendo particolare evidenza alla tossicità, alle controindicazioni, alle avvertenze ed agli effetti collaterali.

3. Tutto il materiale di ausilio alla informazione scientifica deve essere preventivamente autorizzato dal Ministero della Sanità.

Art. 6. (Approvazione del materiale informativo)

1. In conformità a quanto previsto dall'articolo 5, è fatto obbligo ai titolari delle imprese farmaceutiche e concessionarie di cui al comma 2 dell'articolo 1 di trasmettere al Ministero della Sanità - Direzione generale del servizio farmaceutico, copia integrale del materiale informativo, prima del suo invio o consegna alle persone autorizzate a prescrivere o fornire medicinali.

2. Decorsi tre mesi dalla presentazione del materiale informativo ai sensi del comma 1 senza che il Ministero della Sanità ne deneghi l'impiego, esso si intende approvato e potrà essere trasmesso agli operatori sanitari.

Art. 7. (Distribuzione di campioni di specialità medicinali)

1. I campioni di specialità medicinali possono essere inviati o consegnati solo alle persone autorizzate a prescrivere medicinali, al fine di far conoscere le caratteristiche del medicamento e la relativa preparazione nella sua veste prescrittiva, alle seguenti condizioni:

a) Richiesta scritta del destinatario, datata e firmata dallo stesso, su proprio ricettario;

b) Identità assoluta fra il campione e le specialità medicinale, anche se in confezione ridotta rispetto a quella autorizzata, purchè terapeuticamente idonea;

c) Indicazione "campione gratuito-vietata la vendita" o altra analoga menzione,

da riportarsi sulle etichette esterne e interne ed in modo indelebile sulla fustella o bollino riportante il prezzo.

2. I campioni di specialità medicinali possono essere distribuiti soltanto entro i due anni successivi al rilascio dell'autorizzazione alla immissione in commercio e sono soggetti alla normativa del testo unico delle leggi sanitarie, approvate con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni e integrazioni.

3. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 non si applicano alle preparazioni farmaceutiche destinate alla sperimentazione clinica effettuata presso istituti universitari o ospedali.

Art. 8. (Commissione tecnica per l'informazione scientifica del farmaco)

1. Il Ministero della Sanità, con proprio decreto da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, istituisce una Commissione tecnica per l'informazione scientifica del farmaco composta da tre membri nominati tra i dipendenti del Ministero della Sanità aventi a qualifica di dirigente superiore.

2. La Commissione esercita le seguenti attribuzioni:

a) Compila e cura la tenuta del registro nazionale degli informatori scientifici del farmaco, potendo acquisire allo scopo tutte le informazioni ritenute necessarie dalle imprese farmaceutiche e concessionarie di cui al comma 2 dell'articolo 1;

b) Accerta le infrazioni alle disposizioni della presente legge, che l' informatore scientifico del farmaco abbia commesso nell'espletamento della propria attività, proponendo al Ministro della Sanità, a seconda della gravità del caso, la censura o la sospensione dell'attività per un periodo non inferiore a due mesi e non superiore ad un anno o, in caso di ripetute violazioni, la cancellazione dal registro nazionale;

c) Accerta le infrazioni alle disposizioni della presente legge che le imprese farmaceutiche o concessionarie di cui al comma 2 dell'articolo 1 abbiano commesso, proponendo al Ministro della Sanità, a seconda della gravità del caso, la censura o l'applicazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da lire 100 milioni a lire 300 milioni o, in caso di ripetute violazioni, la revoca della registrazione della specialità oggetto dell'informazione effettuata in violazione delle anzidette disposizioni. Ferma restando la proponibilità delle sopraindicate sanzioni, ove accerti che il

DISEGNO DI LEGGE

materiale informativo distribuito dalle imprese farmaceutiche o concessionarie di cui al comma 2 dell'articolo 1 non sia conforme alle informazioni ed alle documentazioni acquisite agli atti del Ministero della Sanità in sede di autorizzazione alla immissione in commercio della specialità medicinale o successivamente alla sua introduzione in commercio, la Commissione ne propone al Ministro della Sanità l'immediata cessazione della pubblicazione e della distribuzione.

3. Entro tre mesi dalla costituzione della Commissione, le imprese farmaceutiche e concessionarie di cui al comma 2 dell'articolo 1, sono tenute a comunicare alla Commissione i nominativi di coloro i quali esercitano alle loro dipendenze l'attività di informatori scientifici del farmaco. Le stesse imprese sono tenute, ogni sei mesi, ad aggiornare i dati forniti alla Commissione.

4. La partecipazione ai lavori della Commissione non può comportare la corresponsione di emolumenti di alcun tipo.

Art. 9. (Norma transitoria)

1. In sede di prima applicazione della presente legge l'iscrizione nel registro nazionale degli informatori scientifici del farmaco, indipendentemente dal possesso del titolo di studio di cui alla lettera c) del comma 3 dell'articolo 3, è consentita anche a coloro che siano in possesso del diploma di scuola secondaria superiore, nonchè a coloro che, sforniti di tale titolo di studio, esercitano l'attività di informatore scientifico del farmaco da data anteriore al 31 dicembre 1981.

2. Le domande per l'iscrizione nel registro nazionale ai sensi del comma 1 debbono essere presentate entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 10. (Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il telegramma del Ministro della Sanità e la lettera del Presidente della XII Commissione Igiene e Sanità al Senato

Caro Presidente, esprimo il mio più sincero apprezzamento per sostegno e azione svolta da Governo in occasione discussione proposta legislativa volta a disciplinare attività di informazione scientifica sui farmaci. Stop. La fine della legislatura non ha consentito purtroppo approvazione definitiva del provvedimento, che come sa ha visto vivo interesse e partecipazione mio Ministero. Stop. Sono certo tuttavia che nuovo Parlamento procederà celermente ad approvare provvedimento cui rilevanza è da tutti riconosciuta. Stop. In attesa incontrarla prossimamente a Firenze invio i miei più cordiali saluti.

Francesco De Lorenzo
5 marzo 1992



Sisinio Zito

Il disegno di legge che abbiamo approvato al Senato purtroppo non riuscirà a concludere il suo iter, ma ciò nonostante ritengo che costituisca un fatto molto importante per la Vostra categoria e per l'attività d'informazione medica in generale. Il largo consenso che esso ha ricevuto in questo ramo del Parlamento fa supporre che all'inizio della prossima legislatura si possa presentare una proposta analoga sostenuta dalle diverse parti politiche e capace di diventare rapidamente legge della Repubblica. Con questo spirito e in questa prospettiva mando a Lei e agli altri membri dell'Associazione i miei migliori saluti.

7 febbraio 1992

Sisinio Zito

Nella X Legislatura una significativa e costante attenzione ai problemi dell'informazione sui farmaci, superando posizioni conservatrici o interpretazioni riduttive, ci ha consentito di pervenire al primo importante successo della nostra categoria: l'approvazione in Senato del disegno di legge sul riconoscimento giuridico della professione di informatore scientifico del farmaco

IL LUNGO CAMMINO VERSO LA LEGGE

Dieci proposte di legge a Montecitorio e tre a Palazzo Madama presentate da esponenti dei vari partiti politici. Soprattutto da questi ci aspettiamo, nella prossima Legislatura, la conferma dell'impegno a portare a conclusione l'iniziativa intrapresa

Il primo a presentare, nel corso della IX Legislatura, una proposta di Legge relativa all'ordinamento della professione di informatore scientifico del farmaco, è stato Roberto Barontini. Forse perché ispirato da una particolare conoscenza del problema dovuta alla sua professione di medico; di sicuro perché convinto che il professionista ISF, configurato nella sua

proposta di legge, assieme ad una seria regolamentazione del servizio, avrebbero avuto come centro di interesse la tutela della salute pubblica.

Assente nella decima legislatura, si presenta capolista per il PRI alle prossime elezioni nella circoscrizione FI-PT.

l'informazione con la pubblicità.

L'articolo 1 del Disegno di Legge approvato recentemente dal Senato recepisce, nel contenuto e nella forma, quanto proposto dall'on.le Ceci a Bruxelles.

Si presenta candidata per il PDS al Senato nel collegio di Bari città.



Roberto Barontini

Sicuramente Adriana Ceci è uno degli esponenti politici europei più attivi nel settore medico sanitario.

Nel 1989 entra a far parte del Parlamento Europeo. Attualmente, dopo averne promosso la costituzione, riveste la carica di Presidente dell'Intergruppo Europa-Salute il cui scopo è quello di assicurare le migliori condizioni di salute della Comunità e di ridurre il dislivello nelle regioni più svantaggiate.

Interessata da anni ai problemi dell'informazione scientifica, ne ha allargato la discussione all'ambito europeo, dove ha introdotto importanti emendamenti alla proposta di direttiva CEE che identificava



Adriana Ceci

SENATO DELLA REPUBBLICA

DISEGNO DI LEGGE N. 770
d'iniziativa dei senatori

CARIGLIA, BONO PARRINO, BISSI,
DELL'OSSO, PAGANI

comunicato alla Presidenza
il 15 gennaio 1988

**Regolamentazione
dell'informazione scientifica sui
farmaci e della professione di infor-
matore medico-scientifico**

DISEGNO DI LEGGE N. 1124
d'iniziativa dei senatori

BERNARDI, NIEDDU, TOTH,
CHIMENTI, COVIELLO, PINTO,
COVELLO

comunicato alla Presidenza
il 15 giugno 1988

**Disciplina dell'attività
d'informazione medico-scientifica**

DISEGNO DI LEGGE N.1344
d'iniziativa dei senatori:

ZANELLA, PIZZOL, GEROSA,
PUTIGNANO, FOGU, GUIZZI,
SCEVAROLLI, AGNELLI Arduino, PIERRI,
ACHILLI, MARIOTTI, MARNIGA, SIGNO-
RI, SANTINI, FORTE, PIZZO, CASOLI,
ACONE, VISCA, RICEVUTO, MANCIA, e
PEZZULLO

comunicato alla Presidenza
il 6 ottobre 1988

**Ordinamento della professione
di informatore scientifico
del farmaco**

CAMERA DEI DEPUTATI

PROPOSTA DI LEGGE N. 1871
d'iniziativa dei deputati

ARMELLIN, AUGELLO, BALESTRACCI,
BARUFFI, BATTAGLIA Pietro, BISAGNO,
BONETTI, BONFERRONI, BORRA,
BORRI, BRUNETTO, CACCIA,
CAFARELLI, CARRUS, CASATI, COLO-
NI, COSTA Silvia, FIORI, FRASSON,
FRONZA CREPAZ, GELPI, GOTTARDO,
LATTANZIO, LATTERI, LUSETTI,
MELELEO, MENSORIO, NAPOLI,
NICOTRA, ORSENIGO, PATRIA, PERANI,
PERRONE, PIREDDA, PORTATADINO,
RABINO, RIGHI, RINALDI, ROJCH, RUS-
SO Vincenzo, SANTONASTASO,
SARETTA,

SILVESTRI, SINESIO, SODDU,

STEGAGNINI, TANCREDI, TEALDI, TOR-
CHIO, URSO, VAIRO, ZAMBON,
ZAMPIERI, ZANIBONI, ZOPPI

presentata il 12 novembre 1987

**Ordinamento della professione di
informatore scientifico del farmaco**

PROPOSTA DI LEGGE N. 1920
d'iniziativa del deputato

MARTINO

presentata il 19 novembre 1987

**Ordinamento della professione di
informatore scientifico del farmaco**

PROPOSTA DI LEGGE N. 1998
d'iniziativa del deputato

DIGLIO

presentata il 2 dicembre 1987

**Riconoscimento giuridico
della professione di informatore
scientifico del farmaco**

PROPOSTA DI LEGGE N. 2177
d'iniziativa dei deputati

NANIA, PAZZAGLIA, ALMIRANTE,
BERSELLI, RUBINACCI, PARIGI,
TASSI, ALPINI

presentata il 18 gennaio 1988

**Ordinamento della professione di
informatore scientifico del farmaco**

PROPOSTA DI LEGGE N.2213
d'iniziativa dei deputati:

DEL MESE, PISICCHIO, CURCI,
BRANCACCIO, BRUNETTO,
FARAGUTI, CAFARELLI,
DEGENNARO, CORSI

presentata il 21 gennaio 1988

**Ordinamento della professione
di informatore scientifico
del farmaco**

PROPOSTA DI LEGGE N. 2360
d'iniziativa dei deputati:

COLUMBU, LOI

presentata il 17 febbraio 1988

**Ordinamento della professione
di informatore scientifico
del farmaco**

PROPOSTA DI LEGGE N. 2451
d'iniziativa del deputato

SERVELLO

presentata il 9 marzo 1988

**Ordinamento della professione
di informatore scientifico
del farmaco**

PROPOSTA DI LEGGE N. 2532
d'iniziativa dei deputati:

CARIA, BRUNO Antonio, BRUNO Paolo,
CERUTTI, CIAMPAGLIA, CIOCIA,
FACCHIANO, MADAUDO, MANZOLINI,
MASSARI, NICOLAZZI, ROMITA

presentata il 29 marzo 1988

**Disciplina dell'attività
di informazione scientifica
ed istituzione di un albo nazionale
degli informatori scientifici**

PROPOSTA DI LEGGE N. 1646
d'iniziativa dei deputati

GARAVAGLIA, ANSELMI, ANDREOLI,
BARUFFI, BONFERRONI, CACCIA,
CAFARELLI, CASINI Carlo, FERRARI
Wilmo, DUCE, CIOCCI Carlo Alberto,
BIANCHI, CAMPAGNOLI, CAVIGLIASSO,
COSTA Silvia, DEGENNARO, FIORI,
FRONZA CREPAZ, GOTTARDO,
MENSORIO,
RABINO, RIGHI, RUSSO Vincenzo,
SARETTA, TEALDI, ZOPPI, AIARDI,
AMALFITANO, ANTONUCCI,
ARMELLIN, AZZOLINI, BALESTRACCI,
BATTAGLIA Pietro, BORRA,
BORTOLANI, BRUNETTO, BRUNI Fran-
cesco, CASATI, COBELLIS, COLONI,
FRASSON, GELPI, LATTANZIO,
MATULLI, MELELEO, MICHELI, NAPOLI,
NENNA D'ANTONIO, ORSENIGO,
PATRIA, PERANI, PIREDDA, RADII,
RAVASIO, REBULLA, RINALDI, ROJCH,
SINESIO, VAIRO, VISCARDI, VITI,
ZAMBON, ZAMPIERI, ZANIBONI

presentata l'8 ottobre 1987

**Norme concernenti
gli informatori scientifici**

PROPOSTA DI LEGGE N.4750
d'iniziativa dei deputati:

BENEVELLI, BARGONE, TAGLIABUE,
PEDRAZZI CIPOLLA, BERNASCONI

presentata il 12 aprile 1990

**Nuova regolamentazione delle attività
di informazione scientifica**

Dalla "Gazzetta del Sud" del 31 gennaio '92 riportiamo un brano dell'articolo
SI DEL SENATO ALLA LEGGE

Siro Zanella

Francesco De Lorenzo
Ministro della Sanità

Maria Pia Garavaglia
Sottosegretario alla Sanità

ALGORITMI - Gennaio-Febrero 1992

Pag. 25

ALGORITMI - Gennaio-Febrero 1992

Pag. 26

"GP NEWS"

Giovanni Azzaretti

L'argomento infatti è abbastanza "intimo" ed anche se spazia molto (nello sviluppo delle sue 280 pagine ci offre cenni e curiosità storiche, storia e cronaca recente, Laurenzana e la Religione, riporta poesie dei tre Poeti della città, parla dell'artigianato; mestieri e attrezzi ecc., ecc.), rimane pur sempre circoscritto all'interesse locale, e di quanti, in qualche modo, gravitano attorno alla sua antica cultura.

L'approvazione in Senato del disegno di legge sul riconoscimento giuridico entra a far parte della nostra storia. In questo numero riportiamo il testo integrale, la vicenda parlamentare e il nostro commento.

Il primo ciclo de "Il linguaggio dei farmaci" si è concluso con le conferenze di G.L. Gessa ("Tra soma e psiche" - Cagliari, 30.11.91) e di F. Aiuti ("AIDS: i farmaci e le immunodeficienze" - Salerno, 14.12.91). Ma l'iniziativa non si è conclusa: è allo studio il programma per il 1992. Ne parliamo a pagina 11.

Sindacato autonomo? Ne riparleremo sul prossimo numero

IL TOCCASANA

di Oliviero Pianca

C'era una volta, molti anni fa, un farmaco appena nato chiamato Prip.

Nessuno però, dei grossi Soloni della medicina, per motivi espliciti e per altri reconditi, voleva prenderlo in considerazione.

Il nostro piccolo amico, fu quindi relegato in qualche sperduta farmacia di campagna.

Passarono nel tempo tosse ed influenze, mal di gola e bronchiti, otiti e sinusiti, ma nessuno si ricordò di lui.

Così, in un brutto giorno, all'arrivo di una nuova epidemia, che non aveva apparentemente timore della sua esistenza, il nostro amico scoppiò in un pianto diretto.

"E' la fine: neanche i veterinari si sono accorti della mia appartenenza al mondo dei medicinali....non servo proprio a nulla!"

Passarono ancora un paio di settimane ed incominciarono a filtrare notizie di improvvisi ricoveri in ospedale; tutto questo succedeva nelle grandi città e col passare dei giorni i casi si moltiplicarono. Il panico lentamente e poi sempre più velocemente incominciò a diffondersi. Processioni di parenti bussavano alle porte dei vari "baroni", per avere la soluzione del problema o al peggio qualche utile consiglio.

Un solo dato era certo: gli antibiotici conosciuti non funzionavano.

Le campagne che avevano sperato di restare lontane da quel pericolo, ora erano anch'esse sotto pressione.

In un piccolo paese il giovane sostituto Dr.Sperandio, non sapeva che pesci pigliare, soprattutto considerando che era alla sua prima esperienza ambulatoriale.

Il titolare infatti, Dr.Sapientini, se n'era andato a godersi una bella settimana bianca e lo aveva lasciato nei guai.

Così una sera, il giovane medico e il vecchio farmacista Sotuttoio, si trovarono per fare il punto della difficile situazione. Stavano evidentemente cercando di cavare il cosiddetto ragno da un buco quando, verso mezzanotte, entrò in farmacia Pierina, la nonna di Marcolino, chiamato così perché era il più simpatico e birichino del paese. In parole povere la donna disse che il suo nipotino prediletto stava molto male: che non ci fosse proprio nessun rimedio?

I due si guardarono negli occhi sconsolati sentendo la propria impotenza ed anche, in quell'occasione, l'inutilità di tanti anni di studi e sacrifici. Per non rimandarla indietro a mani vuote, il farmacista andò a cercare qualcosa che almeno migliorasse almeno in apparenza lo stato del piccolo Marco. Cerca di qua, rovista di là, la mano capitò sopra ad un prodotto del quale si era scordato l'esistenza: il Prip! Guardò meglio la scatola e scoprì che era una composizione particolare che nessuno aveva mai usato (per la verità di lì a pochi giorni sarebbe anche scaduto).

Lesse il foglietto illustrativo, scarno e

sintetico, che faceva balenare l'ipotesi, ovviamente assai remota di un diverso meccanismo d'azione.

Guardò scettico la ditta che lo produceva: era la Cavicchioli di Ozzera Inferiore!

In un'altra occasione, non l'avrebbe neanche dato al suo gatto, ma i tempi erano difficili e quindi...

La donna prese la scatola scolorita dal tempo, pagò e scomparve inghiottita dalla nebbia.

La mattina dopo un pallido sole inondò il paesaggio rendendolo un po' meno triste.

Quando il farmacista, di buon'ora, si recò al lavoro, trovò la Pierina alle spalle. L'uomo si voltò rassegnato ormai all'ennesimo insuccesso. Ed invece Marcolino stava sorprendentemente meglio: la febbre ed i vari disturbi erano del tutto spariti. Non credendo quasi alla notizia, corse subito dal giovane collega a portargli la buona nuova. Così si precipitarono entrambi dal bambino, che ora voleva mangiare la pastasciutta, quando fino al giorno prima non accettava neanche una tazza di latte caldo.

I due si consultarono e dissero:-"Presto, bisogna telefonare al viandante, no al viaggiatore o come diavolo si chiama"-

- "Informatore scientifico o qualcosa del genere"-ribattè il giovane medico.

- "E poi alla Cavatappi...no Cavicchioli che produce questo Prop, Prap, Trap...beh insomma quella cosa."-

Il telefono dell'ISF fu messo sotto pressione, ma nessuno rispondeva. -"Presto un telegramma, i pompieri, la polizia!"

- "Telefoniamo alla Cavicchioli!"-

- "Pronto Cavicchioli finalmente, dove accidenti eravate?"

Rispose la voce di un vecchietto che era il proprietario ed amministratore "unico", nonché direttore di marketing ed anche il biologo, scopritore della sostanza componente il nostro farmaco.

Una ditta familiare insomma, una di quelle, visti i tempi, dimenticate da tutti.

- "Siamo indaffarati, abbiamo ricevuto lo sfratto, ci accingiamo a traslocare e a sospendere tutta la produzione".

- "Ma siete pazzi, pare che la vostra formula funzioni contro questa epidemia: un bambino è salvo grazie al Prip".

- "Ah il Prip: dovevano pensarci prima! La produzione è ferma da tempo.

Sono andato tre anni fa a parlare personalmente col Prof. Immensi, ma non mi ha dato ascolto. Lui non credeva ai miei risultati e voleva fare personalmente una ricerca. Ma noi i fondi non li abbiamo e quindi tutto è caduto nel dimenticatoio.

"Ma dovete pur avere qualche scorta"

Pubblicità
Silvestri

stessa pellicola del n° Dic. 91

chiesero trepidanti gli interlocutori.

"Aspettate che chiedo al magazziniere: "Giovanni, c'è ancora qualche confezione di Prip?"

Questi, che era un uomo avveduto, prima di rispondere con un no secco, come avrebbe fatto la maggioranza, corse (si fa per dire, dato che aveva una gamba rigida) a vedere in quello che pomposamente si chiamava magazzino, ma che era in realtà la cantina. E - miracolo - tornò su con una scatola di Prip ancora valida.

"Presto - disse il farmacista - mandatecelo subito."

"Con cosa - gli fu risposto - non abbiamo certo i mezzi per mantenere un furgone, se lo volete venitevelo a prendere".

"Vogliamo, aspettateci, non traslocate!"

In paese intanto era tornato il titolare dell'ambulatorio, dottor Sapientini, che incominciava a mettere le mani avanti sulla casuale scoperta.

"Io l'avevo già prescritto una volta, ma tu - rivolgendosi al farmacista - mi avevi detto che ne eri sprovvisto."

"Sei stato tu che hai fatto scadere i pochi pezzi che avevo ordinato per prescrivere solo quell'altro farmaco, e sappiamo bene il perché..." ribatté Sotuttoio.

I due stavano per venire alle mani, ma Speraindio, il sostituto, li divise redarguendoli.

"Non è tempo di recriminazioni, ci sono pazienti che stanno male in tutto il mondo, quindi finitela. Rintracciamo piuttosto l'informatore."

Questi era il dottor Chiacchiera; la sua zona, che fortunatamente era stata ridotta da poco, comprendeva: Triveneto inclusa l'Istria una-tantum, Piemonte e Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria, Emilia, Toscana, Marche Umbria e Abruzzo. Da un po' non si faceva vivo nel paese perché la sua auto, una vecchia Moscovich a due tempi di seconda mano, era rotta e non si trovavano i pezzi di ricambio per ripararla.

Il nostro terzetto riuscì a scovarlo in casa all'ora di cena e lo scongiurò di trovare qualche confezione del farmaco. Chiacchiera riuscì, dopo paziente ricerca, a trovarne una altro scatolone: era il numero 19, l'ultimo che era stato prodotto.

Preso possesso di quella preziosa rarità, lo ringraziarono e gli promisero che nelle sue future visite avrebbe potuto accedere allo studio medico senza più fare la fila, della durata media di due ore e trentaquattro minuti.

Tornati al paese si trovarono di fronte ad una gran folla, con davanti a tutti il Professor Immensi che, battendo nervosamente il piede sul selciato, li aggredì verbalmente: "Come vi siete permessi di non avvertirmi di questa fondamentale scoperta?" e detto fatto gli strappò di mano una delle due scatole e col suo codazzo ripartì alla volta della città a bordo della sua sontuosa berlina. "Vi farò sapere qualcosa al più presto" esclamò.

Medici, chimici, biologi, farmacisti e tutti i tecnici di laboratorio del politecnico furono messi sotto torchio.

La risposta non si fece attendere a lungo! Sulla Cavallina Scozzesensis Viridans, il micidiale ceppo responsabile dell'epidemia - da pochi giorni isolato e classificato Gran Neutro, dato che non reagiva con le comuni sostanze che evidenziavano gli altri microorganismi - era attivo solo il Prip.

Alla fin fine non si capiva bene cosa esso fosse, dato che gli OH, i Cl ed i vari radicali sembravano esser stati messi dentro ad un frullatore e serviti dopo vari sbatacchiamenti. Ma una cosa era certa: funzionava in maniera ineccepibile!

Così l'umanità venne salvata grazie ad un piccolo e fino ad allora sconosciuto prodotto, messo a punto da una minuscola azienda farmaceutica, composta da poco più di quattro uomini...onesti.

Intanto, venuto a conoscenza di quella notizia, il Ministro della Sanità bloccò subito lo sfratto della Cavicchioli. Stanziò poi vari miliardi a fondo perduto per la costruzione di un grande stabilimento con, annessi, modernissimi laboratori di ricerca.

Il Professor Immensi, a sua volta, girava il mondo - congresso dopo congresso - a presentare l'eccezionale molecola, tirandosi dietro il suo scopritore dottor Cavicchioli.

Il dottor Chiacchiera, poi, si era addirittura comperato il fuoristrada e, come ispettore, girava per una sola regione, accompagnando giovani informatori neo-assunti.

Ovviamente gli ambulatori si spalancavano

al loro ingresso ed anche i colleghi ne traevano vantaggio non facendo più lunghe attese. I pazienti avevano finito per comprendere che "quella gente" era molto utile e li vedevano, così, sotto una nuova luce.

Infine il dottor Sapientini, il farmacista Sotuttoio ed il sostituto dottor Speraindio si erano consorziati e nel paese si stavano già scavando le fondamenta di una casa di cura, che sarebbe stata dedicata a qualche Santo.

Siamo così arrivati alla fine della nostra storia, che può insegnarci qualcosa:

"Bisogna perseverare sulla strada dell'onestà e della rettitudine: prima o poi i frutti di questi alberi arrivano a maturazione e sono sempre, indiscutibilmente, i migliori."

Una boccata d'aria

La redazione ha un computer. Che Dio glielo conservi, che il "Michelangelo" non glielo divori.

Questo giornale, primo numero del 1992, è stato interamente scritto e impaginato con il sussidio dell'informatica. Ne è risultato un lavoro più semplice del solito, meno noioso, in qualche caso divertente. L'apparecchio, anche nelle nostre rozze mani inesperte, si è dimostrato efficientissimo, docile, paziente al punto da perdonarci ripetute bischerate, sfizioso e tentatore.

E ci ha tentati al punto da non resistere allo sfizio di far respirare di più le pagine del nostro giornale. Forse è stata la voce dell'inconscio. Una voce ispirata dagli allarmanti segnali delle "centraline" disseminate nelle città (un orecchio fine percepirebbe distintamente: "Gentile passante, nell'intento di procrastinare la sua imminente scomparsa per definitiva carenza di qualcosa da inalare, ci permettiamo suggerirle, per il momento, di respirare a giorni alterni), una voce - dicevo - che ci ha suggerito di dare un po' di fiato alla nostra amatissima creatura. E così abbiamo tolto gli scritti dal litigioso pigia pigia delle cinque colonne, disperdendoli sul più vasto terreno delle tre colonne. Sinceramente ci pare che respirino meglio, che abbiano più aria.

Beati loro.

Se intanto, da qui al prossimo numero, non saremo tutti asfissati, ci piacerebbe sapere l'opinione dei nostri lettori o quanto meno quella dei superstiti a conforto e guida della superstite redazione.

REGISTRO EUROPEO PER INFORMATRICI SCIENTIFICI E FARMACEUTICI

Proposta di Risoluzione, conformemente all'articolo 63 del Regolamento
del Parlamento Europeo, presentata dall'On.Musccardini il 14.1.1992

Il Parlamento Europeo,

A) Considerato che l'attività d'informazione scientifica e farmaceutica ha ricevuto dalle stesse istanze comunitarie - quali la Commissione e la Commissione sanità del Parlamento Europeo - una definizione che prevede un'accresciuta professionalità e responsabilità da parte di chi opera in tale settore;

B) Considerato che la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica italiana ha già approvato un testo relativo alla regolamentazione di tale pro-

fessione, nel quale si prevede la configurazione giuridica della stessa, e un apposito Registro nazionale, previo soddisfacimento di condizioni inerenti titoli universitari e comportamenti deontologicamente corretti;

Chiede,

1) Che anche a livello comunitario venga istituito un Registro europeo per gli informatori scientifici farmaceutici, e la contemporanea emanazione di norme che ne regolino l'attività all'interno dello spazio economico europeo.

Nostra foto

IL BREVIARIO DI APELLE

di Giovanni Ciampi

Tra borse e sciacquoni

Voglio anch'io cimentarmi nel più frequentato degli sport nazionali, la dietrologia, nel tentativo di capire cosa spinga tanti colleghi ad osteggiare con tanta veemenza uno degli obiettivi emersi dal nostro Consiglio Nazionale, quello che, tra le varie forme di regolamentazione per l'accesso agli ambulatori, privilegia, almeno come orientamento di massima, il sistema delle visite su appuntamento.

Due sono le correnti di pensiero ostili a tale indirizzo finora emerse.

Alla prima appartengono gli stakanovisti della borsa (o delle borse, visto che qualcuno si è perfino specializzato nell'uso di una borsa da depositare a mò di testimone nella sala d'aspetto del dottor Rossi, mentre il furbacchione sta usando quella di scorta per introdursi nello studio del dottor Bianchi; talvolta si assiste alla penosa variante del capoarea che, con grande faccia tosta e superiore sprezzo del pericolo, resta a covare la borsa malandrina). Questi colleghi sembrano paventare soprattutto la riduzione della media-visite che gli appuntamenti provocherebbero, tanto da far pensare che in cuor loro lo scopo del nostro lavoro si riduca a 25 ore di impegno quotidiano per visitare ics medici moltiplicato per tre e quattordici, e boia chi molla (almeno fino all'infarto prossimo venturo).

Al secondo gruppo di pensatori appartengono, viceversa, quei colleghi che sembrano temere soprattutto una sciagura: il controllo aziendale. Nessuno lo ammette chiaramente, ma per uomini rotti ad ogni co-marketing, e per di più istruiti dai vari corsi psico-comunicazionali, è facile individuare il vero incubo che incombe sulle loro teste: come potrebbero continuare, nel regime di visite per appuntamento, ad uscire di casa avendo già visitato tre-quattro medici nel lasso di tempo tra la minzione e la rasatura, se è vero, come è vero, che un appuntamento mancato non può essere legittimato tirando la catenella dello sciacquone?

Ma esiste una terza via, perché il nostro lavoro abbia un futuro dignitoso: prevede il superamento di questi vizi infantili, basta con il martirio autoperpetrato in nome degli indici di penetrazione e basta con i medici visitati con la fantasia. La professionalità, vivaddio, la si dimostra durante il colloquio con il medico: è essenzialmente una questione di qualità.

Dopotutto, anche l'idraulico ormai viene a casa nostra su appuntamento. E non mi sembra una figura priva di stimoli produttivi.

ALGORITMI

**Periodico
dell'Associazione Italiana
Informatori Scientifici
del Farmaco**

Direttore Responsabile:
ANGELO DE RITA

Direttore:
GIAMPAOLO BRANCOLINI

Redattori:
Giovanni CIAMPI
Antonino DONATO
Giuseppe GALLUPPI
Renzo GAMBI
Valfredo PROCACCI
Paolo SIGNORINI

*Direzione, Redazione e
Amministrazione:*
Via Brunelleschi, 1
50123 Firenze - Tel. 055/284642

Impaginazione e grafica:
Riccardo LUCHI

Stampa:
Tip. LASCIALFARI
Via S. Egidio, Firenze

Gli scritti che giungono a questo giornale, comprese le lettere, saranno pubblicati firmati salvo diversa indicazione dell'autore; saranno comunque cestinati scritti anonimi o firmati con pseudonimi di cui il direttore non conosca l'identità. Ricordiamo infine che tutti gli articoli firmati esprimono l'opinione dell'autore e non necessariamente la linea dell'Associazione.

I farmaci antiinfiammatori non steroidei ed il danno renale

di Carlo Manfredi

L'importanza clinica ed epidemiologica degli effetti nefrotossici da farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) è emersa solo recentemente, data la scarsità dei sintomi e la natura prevalentemente funzionale del danno che è in genere prontamente reversibile alla sospensione del farmaco.

I FANS hanno in comune la proprietà farmaco-tossicologica di inibire la sintesi delle prostaglandine (PG), autacoidi derivati dall'acido arachidonico (AA) liberato dai fosfolipidi di membrana in risposta a stimoli di varia natura.

L'AA viene metabolizzato dalle cicloossigenasi renali prevalentemente a PGE₂ ed a prostaciclina (PGI₂) (8, 14).

La PGI₂, prodotta principalmente a livello corticale (glomeruli e cellule endoteliali dei vasi arteriosi), vasodilata le arteriole glomerulari e fa rilasciare il mesangio, aumentando così il flusso plasmatico renale (FRP) ed il filtrato glomerulare (FG).

La sintesi corticale di PGI₂ viene attivata dall'ischemia, dall'ostruzione ureterale, dall'angiotensina-II, dalla vasopressina, dalla bradichinina e dalle catecolamine (15).

La PGE₂, sintetizzata prevalentemente dai tubuli collettori e dalle cellule interstiziali midollari, regola la funzione midollare favorendo la natriuresi ed antagonizzando l'ormone antidiuretico (ADH).

Le PG renali incrementano anche direttamente la secrezione di renina agendo sulle cellule iuxtaglomerulari.

Nei soggetti sani l'inibizione indotta dai FANS della sintesi renale di PGI₂ non provoca, di solito, modificazioni apprezzabili del FRP e del FG, pertanto, nel normovolemico, la PGI₂ non è rilevante nella modulazione della funzione renale (9).

La funzionalità renale risulta invece criticamente dipendente dalla sintesi di PGI₂ quando aumentano gli stimoli vasocostrittori sul rene, come nelle condizioni di volume circolatorio inefficace, nelle quali la vasodilatazione renale PG-dipendente permette di mantenere un FRP adeguato.

Anche nel corso di malattie glomerulari croniche è stata dimostrata una ridotta sintesi renale di PGI₂ (14, 15).

Pertanto, in presenza di volume circolatorio inefficace o di nefropatie croniche, i FANS, inibendo la sintesi di PGI₂, provocano una riduzione acuta variabile dal 20 al 50% del FRP e del FG ed una ritenzione di Na e di liquidi per esaltazione del riassorbimento del cloro e per un potenziamento dell'azione dell'ADH (9, 12).

Meccanismi più raramente implicati nella nefrotossicità da FANS e spesso agenti sinergicamente con l'inibizione delle cicloossigenasi renali sono la precipitazione di cristalli di urato e la tossicità tubulare diretta o immunomediata (6, 17).

SINDROMI RENALI ASSOCIATE ALL'USO DEI FANS

Insufficienza renale acuta funzionale o reversibile (IRF)

L'IRF è la forma più frequente di nefrotossicità da FANS. Fenacetina, indometacina, fenamati e fenopropene sono i farmaci più frequentemente chiamati in causa, ma la maggior parte dei FANS sembra potenzialmente in grado di produrre IRF, e pertanto nessun FANS può essere prescritto senza rischio (5, 17). L'IRF può colpire il 10% degli anziani in terapia con diuretici e costituisce il 30% di tutti i casi di insufficienza renale acuta.

L'IRF dipende dalla inibizione della sintesi di PG renali vasodilatatrici che determina ipoperfusione renale.

Nel corso di malattie croniche, quali lo scompenso cardiaco congestizio, la cirrosi epatica e la sindrome nefrosica, o in occasione di disidratazione da diarrea e/o vomito, o in seguito a terapia diuretica o a dieta iposodica, può verificarsi una riduzione del volume circolante effettivo con ipoperfusione renale che stimola in via riflessa la produzione di catecolamine e di renina-angiotensina che, a loro volta, inducono la sintesi corticale di PG che ne modulano e controbilanciano l'azione vasocostrittiva renale (6, 8). L'uso di FANS, inibendo la sintesi di PG, lascia invece del tutto incontrastata l'aumentata azione vasocostrittiva dei due sistemi vasoattivi neuromorali con conseguente ischemia e rapido decremento della funzione renale.

Nella cirrosi epatica, in particolare, la somministrazione di FANS può provocare una riduzione del FG a valori inferiori alla metà di quelli pretrattamento (14, 18).

Nelle nefropatie primitive in cui la residua funzionalità renale dipende criticamente dalla sintesi delle PG, l'impiego eventuale dei FANS porta ad un suo rapido deterioramento.

L'IRF da FANS esordisce in genere dopo 1-2 gg; dall'inizio della terapia a dosi elevate o dopo un incremento del dosaggio del farmaco o in seguito alla comparsa di variazioni della funzionalità cardiaca o renale.

A seconda dell'emivita dei vari FANS, lo steady state che consente l'inibizione massimale delle cicloossigenasi renali viene raggiunto in un tempo variabile da 1-2 gg. ad 1-2 settimane. Inoltre l'acido acetilsalicilico (ASA), che a differenza degli altri FANS si comporta da inibitore irreversibile dell'enzima, necessita di un tempo di recupero funzionale più prolungato (24-48 h) perché la cicloossigenasi deve essere sintetizzata de novo.

Il quadro clinico dell'IRF si manifesta con oliguria, aumento del peso corporeo, rapido incremento della creatinemia e della potassiemia. Abitualmente si tratta di una

condizione reversibile dopo 1-3 gg. dalla sospensione del farmaco. Tuttavia, in caso di nefropatia preesistente e se la riduzione del FRP si protrae troppo a lungo, l'ischemia renale può esitare in necrosi tubulare (8, 13).

Nefrite interstiziale acuta con glomerulopatia (NIA)

I farmaci più spesso coinvolti sono i derivati dell'acido indoloacetico (indometacina, sulindac e tolmetin) e dell'acido propionico (fenopropene e naprossene) (8, 12).

La NIA interessa prevalentemente soggetti nella sesta-settima decade di vita ed insorge dopo almeno 3 mesi di terapia con FANS, ma sono stati documentati casi esorditi dopo pochi giorni di terapia (2).

Nel 90% dei casi c'è insufficienza renale con flogosi interstiziale, nel 67% edemi da sindrome nefrosica e solo nel 16% (a differenza che nella nefrite interstiziale allergica "classica" indotta da meticillina) sono presenti manifestazioni di ipersensibilità. Le urine mostrano leucocituria sterile ed una intensa proteinuria, elemento chiave per la diagnosi (10).

Il quadro clinico e di laboratorio in genere regredisce dopo poche settimane dalla sospensione del farmaco ma la guarigione può ritardare di alcuni mesi così da rendersi necessario un periodo di emodialisi.

Se l'insufficienza renale è grave o non vi è tendenza alla guarigione spontanea dopo l'interruzione del FANS implicato, può essere praticato, in assenza di controindicazioni specifiche, un breve ciclo di terapia corticosteroidica con prednisone (1 mg/Kg/die) (13).

La presenza nell'interstizio renale di linfociti T citotossici ha fatto ipotizzare anche l'intervento di un disordine della immunità cellulo-mediata.

Il farmaco agirebbe legandosi a macromolecole endogene modificando così l'espressione di antigeni di superficie.

L'inibizione della cicloossigenasi favorirebbe la via alternativa lipoossigenasica con aumento di produzione di leucotrieni che amplificherebbero il processo infiammatorio e produrrebbero un danno glomerulare con aumento della permeabilità e conseguente proteinuria massiva.

Dato che la NIA sembra correlata alla presenza di specifici gruppi chimici propri delle classi di farmaci sopra ricordate, in presenza di indicazioni precise e indifferibili al loro impiego, si può ricorrere a FANS con caratteristiche molecolari differenti (17).

Necrosi papillare con nefrite interstiziale cronica

È la cosiddetta "nefropatia da analgesici" che è responsabile del 6% di tutte le insufficienze renali croniche di cui rappresenta

la causa iatrogena più comune.

La fenacetina è stata considerata per anni la causa principale, ma anche l'abuso di altri FANS come il paracetamolo (metabolita della fenacetina), l'ASA, il fenilbutazone, il fenoprofene e l'ibuprofene si associa ad un rischio non trascurabile di nefropatia cronica (8).

L'associazione ASA-paracetamolo può peraltro produrre danni maggiori ed una progressione più rapida della nefropatia (7,16).

La malattia si manifesta dopo anni di assunzione quotidiana di analgesici ed è più comune nelle donne nel corso della quinta decade di vita, nei portatori di nefropatia o di anemia a cellule falciformi e nei diabetici.

Questi pazienti, già a rischio per la patologia preesistente, non dovrebbero essere esposti a dosaggi elevati di FANS o a prolungati periodi di trattamento (8).

Il quadro esordisce con necrosi papillare cui segue atrofia corticale che progredisce fino all'insufficienza renale terminale.

Il meccanismo etiopatogenetico è da ricondursi alla ischemia midollare indotta da FANS in presenza di fattori favorevoli (età avanzata, malattie cardiovascolari, riduzione del volume circolatorio efficace), mentre per la fenacetina sembra determinante la sua metabolizzazione a paracetamolo p-fenetidina (4,6).

Il paracetamolo si accumula nella midollare raggiungendo la massima concentrazione nella papilla dove in parte viene coniugato ed inattivato, ed in parte ossidato a prodotti intermedi fortemente elettrofilici e/o a radicali liberi in grado di legarsi stabilmente alle macromolecole delle cellule di cui produce la necrosi. L'azione additiva dell'ASA sembra dovuta alla sua capacità di acetilare le proteine renali rendendole più sensibili al danno indotto da paracetamolo (11).

La diagnosi di "Nefropatia da analgesici" è difficile da porre a causa del suo decorso lungo e silente.

Nella fase precoce della malattia si può evidenziare solo una leucocituria sterile e una perdita della capacità di concentrazione e di acidificazione da parte del rene (2).

Di fronte ad un paziente che lamenta una colica ureterale con macro o micro ematuria e con una anamnesi farmacologica positiva per consumo abituale di analgesici deve essere tenuta presente la possibilità di una necrosi papillare.

La patogenesi della colica è legata all'impegno di frammenti della papilla necrotica lungo le vie urinarie la cui ostruzione favorisce anche l'insorgenza di infezioni.

Nel 40-50% dei pazienti, infatti, si riscontrano urinocolture positive e nel 50% e più dei casi si ha ipertensione arteriosa (10,11). Più tardivamente si verifica incremento della creatinemia e comparsa di proteinuria. La progressione della malattia può essere arrestata sospendendo l'assunzione del farmaco quando il danno non è ancora grave (11).

Iperpotassiemia

da

ipoaldosteronismo iporeninico

La comparsa di iperpotassiemia è stata più volte documentata durante somministrazione di indometacina e di ibuprofene ed è particolarmente temibile nel neonato trattato con indometacina per favorire la chiusura del dotto di Botallo (8).

Si manifesta iperkaliemia, ridotta attività reninica plasmatica, iperaldosteronismo e acidosi metabolica iperclorémica.

In genere sono più colpiti i soggetti con modesta compromissione della funzione renale e portatori di un ipoaldosteronismo iporeninico non manifesto.

L'inibizione della sintesi delle PG determina un blocco della produzione di renina PG-dipendente, con conseguente ridotta produzione di aldosterone (3).

Tuttavia per una completa espressione della malattia renale è necessario il concorso di altri fattori come ad esempio una disfunzione del nefrone distale che determini una relativa insensibilità agli effetti dell'aldosterone.

L'eventuale terapia concomitante con diuretici risparmiatori di potassio, con bloccanti, con ACE-inibitori o l'uso di succedanei del sale da cucina contenenti potassio, possono aggravare l'iperkaliemia indotta da FANS (3,13).

Resistenza all'azione di farmaci diuretici ed antiipertensivi

I FANS determinano una resistenza all'azione dei diuretici e degli antiipertensivi e interazioni con altri farmaci passibili di ripercussioni sulla funzionalità renale (tab.1). Il meccanismo più accreditato implica che i FANS riducono l'anatriuresi abolendo la vasodilatazione renale indotta dalla furosemide attraverso una aumentata sintesi di PG (3).

Inoltre i FANS potrebbero agire inibendo una ipotizzata azione natriuretica delle prostaglandine.

Una terza ipotesi invoca una competizione dei FANS con i diuretici per i meccanismi di trasporto degli acidi organici nel tubulo prossimale, limitando quindi la quantità del diuretico che raggiunge il suo sito di azione.

La somministrazione di FANS in soggetti normotesi o ipertesi non trattati può elevare la pressione solo minimamente, ma nei soggetti in trattamento antiipertensivo, i livelli di pressione sistolica e diastolica possono elevarsi di 5-15 mm Hg, con punte di 30-40 mm Hg.

L'attenuazione dell'efficacia antiipertensiva è stata dimostrata anche verso i b-bloccanti, i diuretici tiazidici e gli ACE-inibitori (4,5).

I meccanismi che spiegano questo effetto vanno ricercati nella ritenzione sodica, nell'aumento delle resistenze vascolari renali ed in una esaltata risposta alle catecolamine ed alla angiotensina-II da mancata modulazione prostaglandinica.

Aggravamento di una iponatremia

L'iponatremia è un effetto collaterale da FANS molto raro. Una iponatremia signifi-

cativa o un suo aggravamento può verificarsi nella deplezione di volume circolante o in situazioni di inappropriata secrezione di ormone antidiuretico (1).

CONCLUSIONI E ORIENTAMENTI PRATICI

In conclusione il danno renale è una complicanza piuttosto frequente della somministrazione di FANS e può portare a quadri clinici sia acuti che cronici che possono evolvere fino alla grave insufficienza renale. Le manifestazioni iniziali sono spesso estremamente sfumate, subdole e frequentemente misconosciute.

Tuttavia nella maggior parte dei casi le alterazioni sono totalmente reversibili se si individua il momento causale e si sospende precocemente il farmaco responsabile.

È estremamente importante, per una corretta terapia, l'esecuzione di una anamnesi farmacologica e clinica accurata ed una buona conoscenza dei singoli pazienti e delle varie condizioni di maggior rischio.

Una linea di condotta utile per prevenire la tossicità renale da FANS può essere seguita adottando i nove punti indicati nella tab.2 e monitorando il paziente secondo lo schema previsto nella tab.3.

BIBLIOGRAFIA

1 - ABBATE R. Le sindromi da inappropriata secrezione di ADH in Seminari di Medicina Interna, Punta Ala 1991, 73

2 - ADAMS DH, HOWIE AJ et AL. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and renal failure - Lancet i, 57, 1986

3 - BAILEY R. Reazioni renali indesiderate ai FANS - Adverse Drug React Bull 64, 253, 1988

4 - BISCARINI L., DEL FAVERO A. I Farmaci antinfiammatori non steroidei - Medicina 9, 249, 1989

5 - BROOKS PM, DAY RD. Non steroidal anti-inflammatory drugs. Differences and similarities - N Engl J Med 324, 1716, 1991

6 - DEL FAVERO A. Antiinflammatory analgesics and drugs used in rheumatoid arthritis and gout, in DUKES MNG, BEELEY L. Side effects of drugs annual 11 Elsevier Science Publ. B.V. 1987, 82

7 - DUBACH UC, ROSNER B et AL. An epidemiologic study of abuse of analgesic drug - N Engl J Med 324, 155, 1991

8 - HEINRICH WL, DIAMOND SM. Nephrology in WATKINS WD ET AL. Prostaglandins in clinical practice - Raven Press New York 1990 195-210

9 - INSEL PA. Analgesic-antipyretics and anti-inflammatory agents; drugs employed in the treatment of rheumatoid arthritis and gout,

in GOODMAN GILMAN A et AL - Goodman and Gilman's The pharmacological basis of therapeutics PERGAMON PRESS New York, 8 th Ed., 1990, 638

10- KINCAID-SMITH P. Effects of non-narcotic analgesic on the kidney Drugs 32 (suppl 4) 109, 1986

11- MASOTTI G et AL. Il danno renale da FANS in Seminari di Medicina Interna, Punta Ala, 1991, 301

12- MILANINO R, MARRELLA M et AL. Farmaci antiinfiammatori non steroidei. Basi Raz.Ter. XX, 359, 1990

13- MCFINNEYTD, Malattietubulointerstitiali e nefropatie da tossici in SMITH LH, WYNGAARDEN JB Cecil Trattato di Medicina Interna Piccin Padova, 1991, I, 732

14- OATES JA, FITZGERALD GA et AL. Clinical implications of prostaglandin and thromboxane A2 formation. N Engl J Med 319, 689-698 and 761-767, 1988

15- PATRONO C DUNN MJ. The clinical significance of inhibition of renal prostaglandins synthesis. Kidney Int. 32, 1, 1987

16- STOLLEY PD. The risks of phenacetin use - N Engl J Med 324, 191, 1991

17- VRHOVAC B. Anti-inflammatory analgesics and drugs used in gout in DUKES MNG Meyler's side effects of drugs 11 th ed. Elsevier Science Publ.BV 1988, 170

18- ZIPSER RD. Role of renal PG and the effects of NSAIDs in patients with liver diseases Am J Med 81 (suppl 2B), 95, 1986.

Tabella 2

STRATEGIE PER PREVENIRE LA TOSSICITA' RENALE DEI FANS

1- LIMITARE L'USO DEI FANS AI PAZIENTI PER I QUALI NON SONO SUFFICIENTI LE TERAPIE NON FARMACOLOGICHE O NON SONO DISPONIBILI FARMACI ALTERNATIVI MENO TOSSICI

2- CONSIDERARE LE MALATTIE PREGRESSE O IN ATTO CHE RENDONO IL PAZIENTE A RISCHIO DI EFFETTI TOSSICI DA FANS (VEDI TAB.47 ED EVITARE DOSI ELEVATE E/O TERAPIE PROLUNGATE

3- CONSIDERARE ATTENTAMENTE LA PRECEDENTE ESPOSIZIONE A FARMACI PER SVELARE REAZIONI IDIOSINCRAICHE (LA MAGGIOR PARTE DEI FANS MOSTRA IPERSENSIBILITA' CROCIATA)

4- VALUTARE LA POSSIBILITA' DI INTERAZIONI CON ALTRI FARMACI GIA' ASSUNTI DAL PAZIENTE (VEDI TAB.5)

5- SCEGLIERE IL FANS CON MINORE TOSSICITA' ED INIZIARE LA TERAPIA CON UNA DOSE BASSA, SOMMINISTRATA UNA

VOLTA AL GIORNO, QUINDI AUMENTARE GRADUALMENTE FINO A TROVARE LA DOSE MINIMA EFFICACE

6- EVITARE L'USO DI PIU' FANS CONTEMPORANEAMENTE PER IL RISCHIO DI MAGGIORI EFFETTI INDESIDERATI, SENZA AUMENTO DELL'EFFICACIA

7- SOSPENDERE IN CASO DI COMPARSA DI IPOKALIEMIA O DI SEGNI CLINICI E/O DI LABORATORIO DI COMPROMISSIONE DELLA FUNZIONALITA' RENALE

8- SOSPENDERE IL FANS NON APPENA NE E' CESSATA L'UTILITA'

9- IN ASSENZA DI RISULTATI TERAPEUTICI, NON PROSEGUIRE IL TRATTAMENTO OLTRE LE DUE SETTIMANE

Tabella 3

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE IN TERAPIA CON FANS

*** Prima dell'inizio della terapia:**

escludere che il p. assuma spontaneamente FANS sotto forma di prodotti da banco ad insaputa del medico

controllo della Pressione Arteriosa, del peso corporeo, della potassiemia e della creatinemia

*** Ripetere dopo una settimana e routinariamente per 3-4 volte l'anno**

*** Ripetere prima, se si verificano variazioni intercorrenti della funzionalità epatica e/o renale**

*** Avisare il paziente di riferire l'eventuale comparsa di:**

dolore alla schiena, oliguria, edema, variazioni del colore delle urine, aumento del peso corporeo

*** Ricordare la possibilità di reazione anafilattica**

informatori, controllo che le singole aziende potranno e dovranno svolgere in altro modo, nè essere coinvolto in forme di addestramento dei collaboratori dell'industria farmaceutica".....

Confesso di essere abbastanza sorpreso dal fatto che tu, come molti altri Area manager, attribuiate tanta importanza all'affiancamento. Mi pare che così finiate per svuotare di contenuti una funzione importante, dando troppo peso a quella che, si voglia o non voglia, ha più un intento fiscale che altro. E come tale è certamente la meno gradita e può anche stimolare qualcuno, nell'intento di scrollarsi il mastino di dosso, a ricordare al medico che esiste una certa Circolare Parodi.....

Sono tra l'altro convinto che tra le varie funzioni inerenti l'attività di Area manager quella di affiancamento, pur riconoscendole una sua validità nella fase di addestramento, in seguito è certamente quella di utilità minore e senz'altro la meno adatta a valutare chiunque, data l'assoluta spersonalizzazione di quei momenti e la certa inattendibilità dell'intervista che viene costruita in quell'occasione. Falsa come Giuda dal principio alla fine, falsa come contenuti (ven-

gono dette cose studiate per la circostanza, che non verranno più ripetute), falsa perché privata di ogni spontaneità (i due si impallano a vicenda, attenti ciascuno a recitare il proprio ruolo), falsa infine come tempi che si dilatano eccedendo il "normale" di due o tre volte. E questo, ovviamente, fa rizzare i capelli in testa al medico che, già torchiato a sufficienza dalla petulanza di certe aziende, all'apparire della strana coppia mette in preventivo una inutile perdita di tempo. In quell'occasione, se la memoria lo sostiene, rispolvera una certa Circolare Parodi.... e, a scanso di saetta, l'appiccica sull'uscio per una prossima volta.

Ritengo che salverebbe capra e cavoli una mediazione intelligente della faccenda. L'Area manager, il Capo zona, l'Ispettore o chi per essi, anche se pressato in questa direzione, deve essere in grado (perché ne ha facoltà) di filtrare gli input aziendali e decidere di volta in volta - anche consultandosi con l'ISF di zona che conosce i suoi polli - quando sia il caso di affiancarlo fin dentro l'ambulatorio o quando invece sia meglio per tutti che se ne stia fuori a fumare una sigaretta. Uno dei pochi

casi in cui il fumo non fa male, anche secondo i medici.

Se poi l'Area manager si identifica solo in quella funzione, se ritiene che il suo compito sia quello di fare il mastino, allora vuol dire che non ha capito un tubo del suo ruolo né di quello degli altri. Probabilmente un uomo del genere avrà alle spalle un passato di cattivo informatore, al presente interpreta male la sua funzione ispettiva e, se aiutato da una cattiva azienda, arriverà a svolgere anche peggio compiti superiori.

Beh, se tu fossi uno di questi - ma sono certo di no (come sono certo di tanti altri tuoi colleghi per i quali posso garantire) altrimenti non ci avresti scritto - è meglio che seguiti a ripensarci e poi non ti iscriva affatto. Altrimenti non potendo discriminarti, l'Associazione si troverebbe a difendere anche i tuoi interessi quando, credimi, non lo vorrebbe davvero.

Propaganda e facce toste