

Formazione universitaria e informazione sul farmaco

di Giampaolo Brancolini

Questo il contenuto di un interessante articolo comparso sulla prima pagina de "Il Medico d'Italia", n.° 84 del 1° maggio 1992, nel quale si esaminano molto attentamente le carenze informative che accompagnano la vita professionale del medico, riconducibili - secondo l'autore Luciano Baldacci - a quella di formazione universitaria e a quella di informazione sui farmaci.

Per quanto riguarda la prima, si osserva che "lo studente comincia a ricevere le prime nozioni sui farmaci prima ancora di avere ricevuto conoscenze sufficienti della patologia cui essi sono indirizzati. Questo mancato collegamento fra teoria e pratica fa sì che le nozioni terapeutiche vengano apprese acriticamente senza, cioè, comprendere i criteri che servono da guida ad un loro corretto impiego. Infine, questo insegnamento, peraltro così carente, non ha neppure interessato tutti i medici che oggi ricettano. Se si pensa, infatti, che la maggior parte delle innovazioni terapeutiche più valide sono avvenute in questi ultimi 20 anni e che la maggior parte dei farmaci più utile è comparsa sul mercato in quest'ultimo decennio è ovvio che soltanto chi si è laureato in questo lasso di tempo ha potuto riceverne le informazioni sufficienti".

Nè d'altronde, e qui veniamo al secondo tipo di carenza, le informazioni che il medico riceve durante l'attività professionale, sono tali da colmare qualsiasi lacuna. Informazioni sostanzialmente riconducibili a quelle industriali, a quelle derivanti dalla prescrizione dello specialista e dell'esperto, o dalla lettura delle riviste specializzate, o, infine, a quelle provenienti dall'informazione pubblica tramite il Bollettino d'informazione sui Farmaci. Il quale raggiunge circa un terzo dei Medici e non pare a Baldacci, così come è concepito, di grande utilità professionale. Così come è poco utile alla formazione e all'informazione del medico, la prescrizione dello specialista e dell'esperto in mancanza di "una diffusa consuetudine per una corretta collaborazione fra medico generale e consulente specialista". Ed anche perchè esiste la cattiva abitudine da parte di alcune aziende che, "per facilitare la prescrizione di alcuni farmaci, magari più difficili ed innovativi, da parte del medico generale, si rivolgono a specialisti del settore di interesse del farmaco per ottenere una prescrizione a ricaduta. E' una consuetudine che alla lunga non paga, sia perchè gli specialisti e gli esperti non sono poi così tanti per cui diventano portavoce di più farmaci simili, sia perchè questa prescrizione trascritta, non supportata da precisi ed assimilati criteri terapeutici, cade facilmente.

Anche la stampa specializzata non è in grado di allargare le conoscenze del medico che, piuttosto, viene infastidito dal carattere sempre più aggressivo e promozionale di certe pubblicazioni, sempre meno ricche di

elementi formativi veri e propri.

In tali condizioni, sottolinea Baldacci, in assoluta mancanza di alternative, l'informazione industriale è quella più utilizzata. "Si tratta, purtroppo, più di una informazione rivolta alla promozione dei farmaci che di una informazione che serve a rendere il medico in grado di compiere consapevolmente le sue scelte. Del resto lo scopo dell'industria è quello della promozione dei nuovi farmaci messi in commercio piuttosto che far conoscere realmente il farmaco, le modalità d'uso, i rischi, le incertezze, le precauzioni, tutto quello insomma che è essenziale per un corretto impiego.

I canali specificamente utilizzati dall'industria per far pervenire al medico i messaggi informativi sui farmaci sono essenzialmente due:

1-il materiale illustrativo a stampa (dèpliant e inserti)

2-gli informatori medico scientifici (IMS) o tecnico scientifici (ITS) - o meglio ancora *informatori scientifici del farmaco (ISF)*, n.d.r.-.

Per quanto riguarda le comunicazioni stampa, secondo Baldacci, "più che un'informazione rispondente a criteri scientifici, basata su dati clinici e sperimentali che il medico dovrebbe poter valutare criticamente, si tratta molto spesso di pubblicità che si avvale dei soliti criteri della ripetitività e della tecnica di presentazione del messaggio. L'aspetto più grave è che, in certi casi, il messaggio pubblicitario, anzichè essere trasparente, viene accuratamente mascherato sotto la veste di una informazione scientifica".

In quanto poi agli informatori scientifici, secondo l'articolista, essi rappresentano una "enormemente fitta rete di professionisti che incontrano il medico con una media annua di quattro visite, ma in alcuni casi con ritmi più ravvicinati. Rappresentano per l'industria il veicolo informativo più importante (segue a pag. 16)

ILLINGUAGGIO DEI FARMACI

Prosegue con successo il 2° ciclo di Conferenze

9.5.92 - Genova - Ist.to Farmacologia
Prof. Giovanni Brambilla
"Terapia antitumorale: il ruolo dei farmaci"

20.6.92 - Venezia - Ateneo Veneto
Prof. Cesare Dal Palù
"I farmaci nelle malattie cardiovascolari"

18.7.92 - Crotone - Costa Tiziana Hotel
Prof. Marcello Marchetti
"La normativa dell'informazione sui farmaci"

19.9.92 - Siracusa - Palazzo Vermexio
Prof. Paolo Preziosi
"Medicine alternative"

3.10.92 - Perugia - Centro "L.Bazzucchi"
Prof. Tito Berti
"Il significato clinico del monitoraggio dei farmaci"

17.10.92 - Trieste - Dip. Scienze Chimiche
Prof. Giorgio Abraham
"Il linguaggio dei farmaci"

21.11.92 - Pisa - Ist.Cav.di S.Stefano
Prof. Gian Battista Cassano
"Psicofarmaci e nuova classificazione delle nevrosi"

12.12.92 - Potenza - Osp.Reg.S.Carlo
Dr. Gadi Schoenheit
"Informazione sui farmaci: scenari del futuro"

la bussola

Medico - farmaco: un sinergismo necessario, ma spesso disatteso fin dal momento della formazione universitaria. E' il tema dell'editoriale.

Le massime Istituzioni della Repubblica hanno celebrato a Roma il centenario della **Farmacopea Ufficiale Italiana**. Il servizio a pagina 4.

Il farmacologo **Carlo Manfredi** prosegue la sua collaborazione con un articolo su ASA e Sindrome di Reye.

E' iniziato il secondo ciclo di Conferenze su "Il linguaggio dei farmaci". Le sintesi degli interventi di **Giovanni Brambilla** (Genova, 9 maggio) e di **Cesare Dal Palù** (Venezia, 20 giugno) sono alle pagine 7 e 8.

Lettere al Direttore

Pellicola
penna
(in tipografia)

E CHI CAMBIASSE STRADA !!??

Farmindustria, Sindacati, Ministero della Sanità concordano ormai che il co-marketing s'ha da fare, s'ha da mantenere, anzi s'ha da rafforzare esportandolo anche in Europa. E' un modo aberrante di "sostegno" all'Industria Farmaceutica italiana condannata in tal modo a rimanere anche in futuro a rimorchio delle multinazionali dotate di una ricerca efficiente; è un modo tranquillo e definitivo per affermare che il farmaco è un bene di consumo come un detersivo o un elettrodomestico!

Che senso ha, con queste premesse, parlare di severe regole deontologiche e di codici di autoregolamentazione per l'industria farmaceutica e per gli ISF?

Che senso ha per gli ISF ricercare rapporti professionali con la classe medica che consentono di definire l'informazione scientifica un Servizio per il medico e per il cittadino?

Che senso ha per l'ISF mantenere un rapporto di dipendenza con l'Azienda, un orario di lavoro, uno stipendio fisso, mansioni limitate al rapporto "scientifico" con la classe medica?

Ed in effetti, non avendo senso queste cose grazie al marketing e al co-marketing, cosa sta avvenendo nella attuale realtà lavorativa dell'ISF? Lo riassumo brevemente per sommi capi:

1-presentazione alla classe medica di decine di prodotti che riguardano solo patologie ad ampio settore (per es. cardiovascolare) già sature di prodotti nient'affatto obsoleti ed a più basso costo;

2-presentazione alla classe medica di prodotti identici dotati solo di nome diverso (e talvolta stranamente anche di prezzo diverso!);

3-un'accurata "politica degli investimenti", tesa ad assicurarsi la prescrizione di un certo numero di medici grazie a "favori" di più svariata natura, di cui rimangono tracce evidenti in fatture di "consulenza" a vario titolo, "donazioni", "strumenti" più o meno professionali, gite più o meno "scientifiche", cene di rappresentanza, incontri pseudo-scientifici etc. etc.;

4-incentivazioni che ormai costituiscono in alcuni casi vere e proprie provvigioni che giungono a raddoppiare lo stipendio, anche se rimangono aleatorie ed incontrollabili per l'ISF;

5-una classe medica, in particolare quella più sana e più numerosa (minimamente fatta oggetto di "gratificazioni" e comunque più refrattaria a suddetti metodi) che, avvertendo la visita dell'ISF non più come "servizio" alla sua professionalità, ma come "occupazione" del proprio tempo, comincia a pensare di farsi pagare questo tempo "occupato" dall'industria farmaceutica e comincia a formulare proposte di "gettone di visita": gettone giallo = visita di 5 minuti = Lire X, gettone rosso = visita di 10 minuti = Lire Y, etc. etc., oppure fa calare le saracinesche dei propri ambulatori all'ingresso degli ISF ed escogita le limitazioni più impensate alle loro visite sempre più numerose e sempre più inutili.

Ma, in queste condizioni, a questo attuale

Informatore "Scientifico" del Farmaco non converrebbe farla finita con queste etichette false ed ipocrite e chiamarsi Rappresentante dell'Industria Farmaceutica, continuando peraltro a comportarsi pressoché nello stesso modo attuale ma esigendo il trattamento economico e sociale dei Rappresentanti?

Io vedo che nessuno ha da ridire né in senso morale né in senso commerciale quando il rappresentante della Ditta X, produttrice dei beni di largo consumo chiamati A,B,C,D etc., entra nel negozio dove il titolare, sistemati i clienti acquirenti, gli dedicherà, se vorrà, il suo tempo per conoscere i prodotti, gli sconti, gli omaggi, le campagne che la Ditta di quel rappresentante è in grado di fornirgli!

Certo che il Rappresentante ha un'occupazione a rischio se non è bravo commercialmente parlando, ma gli ISF sono a rischio anche attualmente dato il loro numero esorbitante e l'"accettazione" da parte della classe medica!

Il problema forse è un altro. Saranno contenute le nostre Aziende Farmaceutiche di venire allo scoperto e dichiarare che il farmaco è un bene di consumo come i detersivi, con la differenza però che i farmaci li deve acquistare e pagare lo Stato?

Sarà contento il cittadino quando saprà che quel farmaco gli è stato prescritto al posto di quell'altro perché il trattamento che l'Azienda Farmaceutica A riserva al suo Medico è migliore di quello che gli riserva l'Azienda Farmaceutica B?

Giunti a questo punto, poi, sarà facile spingersi oltre e privatizzare tutto il mondo della sanità!! I pazienti che economicamente potranno, si cureranno, gli altri diranno preghiere!!

Ci dicono che in Giappone e negli Stati Uniti si fa così! Perché non provare anche in Italia?

Dopo tutto, se la malattia è un mercato, se il Farmaco è un bene di consumo come un detersivo, che male ci sarebbe?

Non ci resta che MEDITARE E MEDITARE BENE, perché una cosa è certa: "così non potrà continuare a lungo, anzi per me siamo arrivati al capo-linea e altre strade devono essere esplorate!"

Marco Colligiani
Presidente Sez. AIISF - PT

Anche questa volta non possiamo non condividere le amare considerazioni del collega Colligiani. Ed i vari non-sensi evidenziati nella lettera hanno forse un senso ben preciso che accomuna, purtroppo, Farmindustria, Sindacati, Ministero della Sanità, anche se ognuno con motivazioni diverse, in un disegno lungimirante di lento e progressivo abbandono del welfare-State, destinato ad essere

spazzato via dall'impetuoso vento che spira dalla nuova Europa. Ma l'aspetto più aberrante di questi non-sensi è la falsa determinazione delle Istituzioni di regolamentare e disciplinare il settore con leggi, decreti, circolari e, dulcis in fundo, codici deontologici con la consapevolezza che tali misure, puramente formali, resteranno, nella sostanza, inapplicate.

Questo atteggiamento sprezzante delle varie componenti del mondo della Sanità ci ricorda, nel suo aspetto ludico, il "roll-playng" che adottano le Aziende per il nostro addestramento, con una piccola differenza: che qui si sta giocando sulla pelle dei cittadini. E con il costo della recita a carico dell'assistito.

La notizia della morte del collega Leone Melloni mi rattrista molto ma non mi sorprende.

Anzi, sto aspettando di peggio! E quindi trovo strano che l'articolista si chieda il perché di questa morte esemplare.

Non si guarda attorno?

Vede forse facce di gente soddisfatta, contenta, fra i suoi colleghi?

Al contrario, io vedo attorno a me soltanto manifestazioni di disagio e di sofferenza. I colleghi giovani, dopo poco tempo che sono entrati nel nostro ambiente, si adattano rattristiti, augurandosi di finirli al più presto. Conosco persone di 40 anni che contano gli anni che li separano dalla pensione! Gli anziani contano i mesi, le settimane ed i giorni.

Mi chiedo se questo sia un modo di vivere. Tra le tante tesi di laurea discusse in questi anni, ne conosco una sola che riguarda gli informatori scientifici e si intitola: "Una professione potenzialmente patogena".

Naturalmente, mi aspetto che i soliti fra noi che non accettano la realtà, si inalberino dicendo che quanto scrivo non è vero. Mentre invito costoro a farsi visitare da uno psichiatra, confermo che la grande nemica degli informatori è la depressione. Stress e depressione sono la realtà del nostro lavoro, oggi. E sono completamente gratuiti, perché l'attuale modalità di lavoro è assolutamente superflua. La frequenza di visite che noi dobbiamo sostenere è unica al mondo. Le condizioni di vita e di traffico nelle quali ci troviamo ad operare sono ugualmente unici. I rapporti con i medici e coi pazienti sono ai limiti della esasperazione reciproca, per la mancanza di una regolamentazione degli accessi agli ambulatori ed agli ospedali. Regolamentazione che qualsiasi società civile, se è civile, naturalmente si dà. E la gazzarra che ne consegue, anche se non porta ancora manifestazioni di violenza generalizzata, tuttavia ferisce nell'intimo, lasciando segni indelebili ancorché non chiaramente percepibili a livello di coscienza. E ciò è ancor peggio! E' evidente che in queste condizioni chi più ne risente è quella persona, seria e sensibile, che ha una

coscienza individuale e professionale da difendere. E quando dico professionalità intendo soprattutto la coscienza delle esigenze della collettività, che nel nostro caso acquista la inequivocabile immagine di chi soffre, di chi ha bisogno di un intervento perchè sta male.

Né sul versante dei rapporti interni alle aziende il quadro cambia. Stipendi sempre più insufficienti a garantire una vita familiare dignitosa, mentre l'ISF è costretto giornalmente, per il tipo di lavoro, a confrontarsi con realtà economiche assolutamente sproporzionate rispetto alle sue. E' inoltre costretto, diciamo una buona volta, ad assistere ad un discreto giro di quattrini all'interno del quale a lui non rimangono nemmeno le briciole. In compenso, le richieste aziendali sono sempre più pressanti, senza un attimo di respiro, perchè la logica consumistica vuole così, potendo contare su un numero di soddisfazioni irrisorie, e di tipo economico e di tipo morale.

Per gli ISF non esiste che in misura esigua una possibilità di carriera che, anche se di facciata, pure consente a molti quella banalissima immagine di "uomo in carriera". (Vedi esercito)

Lo stress lavorativo che molti riconoscono a managers ed a professionisti rampanti, viene in parte compensato dalle soddisfazioni di un aumento di carriera che oltre a dare il piacere del comando, consente anche soddisfazioni economiche di un certo rilievo; e per il professionista, la soddisfazione del successo professionale, della considerazione dei vicini e dei clienti si accompagna alle notevoli soddisfazioni di carattere economico.

Nel caso dell'ISF, lo stress si accompagna solo all'insoddisfazione economica.

Non c'è nulla di peggio che sentirsi come invischiati in una situazione dalla quale, comunque ci si muova, non si riesce ad uscire.

La soddisfazione professionale, è spesso una valvola di sfogo che consente ritmi di lavoro assolutamente impensabili.

Similmente l'attività creativa.

Qui, in questo lavoro, come gestito oggi dai reparti di marketing delle aziende farmaceutiche italiane, la caratteristica più saliente è la mancanza di tutto quanto dà consistenza umana ed umanistica ad una esistenza dedicata al lavoro. E ciò mentre d'oltre oceano, attraverso le tante pubblicazioni che ci giungono sulla moderna gestione delle "forze umane", ci arrivano in continuazione messaggi subentranti sull'importanza di "vivacizzare" il rapporto, dando soddisfazioni più o meno tangibili alle esigenze più nascoste della natura umana. Perchè, se qualcuno non lo sa occorre dirglielo, un ISF facendo il tipo di lavoro che fa, basato sulla promozione ma non sulla vendita e non avendo quindi una rappresentazione "concreta" del proprio interesse nel momento in cui lavora, si trova in una situazione simbolica ricca di elementi di appartenenza alla propria azienda. Se così non fosse, se cioè non esistesse una salda identificazione col proprio "gruppo", non avrebbe quella determinazione che sola può portare a convincimento il proprio "cliente", in questo caso il medico. Quindi la delusione e la frustrazione sono maggiormente negative quando l'informatore si accorge di essere "tradito" dalla propria azienda, che invece fa solo i propri interessi. E spesso non è nemmeno l'azienda che fa i propri interessi, ma il singolo dirigente o una cordata di dirigenti, i quali sacrificano cinicamente la base per loro fini di danaro o di

potere.

Potrei continuare a lungo su questo argomento, sul quale stiamo lavorando da tempo; che conclusione trarre per il momento?

L'unica soluzione possibile, per salvarsi, è quella di adottare tutti i sistemi che servono per salvaguardare la professionalità. Solo la difesa ad oltranza della professionalità, tutelata dalle leggi dello Stato, permette di tutelare contemporaneamente anche la salute che pur essendo, a parole, tutelata dallo Stato e visto che si tratta di noi stessi, sarebbe bene ci abituassimo finalmente a prendere in considerazione.

Giorgio Vitali

Roma 23 maggio 92

Giorgio Vitali torna sulla tragica morte del collega Leone Melloni con la lettera che pubblichiamo ed il cui contenuto ci pare di poter condividere se gli togliamo molte delle vigorose sottolineature, tipiche del piglio ribollente con il quali Vitali è solito esternare il proprio modo di sentire. Non a caso, infatti, pur di fronte alla morte, finora considerata il limite estremo di ogni male, egli scrive "di aspettarsi di peggio", sorpreso che l'articolista non sia del suo stesso evidente avviso.

Quanto poi al giro di quattrini nel quale spesso siamo invischiati da parte aziendale, Vitali si lamenta perchè agli ISF attori "non restano nemmeno le briciole". Per quanto mi riguarda, se ho ben capito l'antifona, tengo a sottolineare che, quand'anche fossi costretto a portare questo tipo di acqua al mulino di qualcuno, sarei ben felice di uscirne perfettamente asciutto. Magari un pò meno ricco fuori, ma estremamente meno povero dentro.

Dottore carissimo, Don Ciccio mi manda!

di Giampaolo Brancolini

Meditime dell'11 giugno scorso, riporta una notizia strepitosa. Udite gente e preparatevi!

Secondo il professor Arthur Gibson dell'Università di Cambridge, definito dal Daily Telegraph uno dei maggiori esperti inglesi del crimine, "duecento grandi industrie del ramo farmaceutico sarebbero nelle mani di una organizzazione eurocriminale controllata dalla mafia italiana. Secondo Gibson, questo sindacato del crimine ha una facciata rispettabile, con interessi in istituti finanziari a Londra, in Svizzera e soprattutto in Italia.

Le industrie chimiche e farmaceutiche, perdono ogni anno 20.000 miliardi di lire per l'attività del sindacato eurocriminale che controlla raffinerie, fabbriche, imprese di trasporti".

L'articolista di Meditime, Giuseppe Pezzolla, conclude asserendo che "se la tesi del professor Gibson fosse apprezzata e seguita dalla stampa italiana, forse l'opinione pubblica e gli sforzi investigativi potrebbero essere meglio orientati verso la comprensione di un fenomeno macroscopico che va ben al di là dei semplici scandali delle fustelle false".

Aggiungerei che se gli sforzi investigativi fossero davvero sforzi e non sporadici interventi attivati dalla casualità di uno scandalo, visto il marciame nel quale diguazza il mondo del farmaco, tutti i giorni che Dio mette in terra le indagini approderebbero a qualche risultato concreto. Basterebbe, ad esempio, che quel certo zelo, che ha preso le mosse dai semplici scandali delle fustelle false, non si spegnesse subito dopo, per avere un altro affare delle dimensioni di tangentopoli, continuando infatti a

scoperchiare avelli ci si accorgerebbe che tutti puzzano allo stesso modo.

Ma torniamo alla scoperta del professor Gibson. Si può stare certi che la cosa, se vera, attecchirà sul nostro fertile terreno e darà frutti insperati. Si capillarizzerà finemente ed andrà ad irrorare di robusta linfa mafiosa il mondo del farmaco già preparato, da anni di attente concimature, ad una semina del genere.

Un certo marketing non dovrà più forgiare "uomini come levrieri, spinti alla corsa da qualunque cosa si muova, sia essa un camice bianco o l'agitare di una carota premio". Gli basterà costruire automi in coppola e baffetti ai quali si schiuderanno le porte della prescrizione con la semplice, irrifutabile formula: "Dottore carissimo, Don Ciccio mi manda ...!"

Ed anche stavolta, forse, tutto il male non sarà venuto per nuocere. L'inderogabile volere "degli amici che contano" varrà ad imporre fra le aziende, che nel frattempo non saranno state fatte sparire, un livello di disonestà che, se non altro, sarà uguale per tutti, evitando le discrepanze che oggi fanno la differenza. Discrepanze che ci danno da pensare, quando vediamo i risultati premiare, nell'economia, chi più meriterebbe la sanzione penale.

Nel caso che il parere sopra espresso sia valso uno sgarbo e mi abbia pertanto guadagnato l'applicazione di una carica esplosiva, tengo a far sapere, ora che sono in tempo, che gli amici onoreranno il mio ricordo non con fiori ma con opere morali.

CENTENARIO FARMACOPEA ITALIANA

Esattamente cento anni fa, nel maggio del 1892, nasceva la prima Farmacopea Ufficiale del Regno d'Italia.

Da allora, si sono succedute altre otto edizioni, fino alla IX, attualmente in vigore, pubblicata nel 1985.

Ovviamente un evento di tale portata non poteva passare sotto silenzio ed a Roma, in maggio, c'è stata una solenne celebrazione sotto l'alto Patronato della Presidenza della Repubblica Italiana, con il Patrocinio del Consiglio dei Ministri, del Ministero della Sanità, del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica. Il mondo del Farmaco, ovviamente, ha incentrato le tematiche trattate dai vari oratori:

Alberto Oliviero, Direttore dell'Istituto di Psicologia e Psicofarmacologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche ha parlato sul tema: "IL FARMACO SULLA FRONTIERA DELLA CULTURA MODERNA".

Antonio Brenna, Direttore dell'Istituto di Economia Sanitaria, ha trattato: "LA RILEVANZA DEL FARMACO NEI SISTEMI ECONOMICI MODERNI".

Piero Sensi, Vice-Presidente della Società Italiana di Scienze Farmaceutiche, ha parlato su: "LA RICERCA FARMACEUTICA INDUSTRIALE IN ITALIA: EVOLUZIONE STORICA E RISULTATI".

Silvio Hénin, Membro della Segreteria del Gruppo Italiano dei Documentalisti dell'Industria Farmaceutica, ha trattato il tema: "INFORMAZIONE PER L'INNOVAZIONE".

Alberto Giotti, Ordinario di Farmacologia dell'Università di Firenze e Giancarlo Jommi, Direttore del Dipartimento di Chimica Organica e Industriale dell'Università di Milano, hanno parlato su: "CONTRIBUTO DELLA RICERCA FARMACEUTICA ALL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA".

La celebrazione si è conclusa con una Tavola Rotonda alla quale hanno partecipato Maria Pia Garavaglia, Claudio Cavazza, Francesco Antonio Manzoli, Duilio Poggiolini e Sandro Spinsanti.

Riportiamo, per i lettori di Algoritmi, l'interessante articolo di Giovan Battista Marini Bettolo, apparso sul Programma delle Manifestazioni del Centenario, nel quale viene dato un quadro preciso della Farmacopea Italiana:

"Ritengo che, a parte coloro che operano nel settore farmaceutico, non siano molti che hanno un'idea precisa di cosa sia una farmacopea moderna, e di cosa essa sia stata in passato.

Va ricordato che il farmaco, per le sue proprietà di curare e prevenire le malattie, è stato sempre tutelato da precise leggi e norme dell'autorità statale, in particolare per tutto ciò che riguarda la sua genuinità, la sua qualità e la sua corretta conservazione e dispensazione. In Italia simili elementi normativi risalgono addirittura al 1224, data dell'editto di Melfi dell'imperatore Federico II.

Queste norme, insieme ai metodi di preparazione, sono state oggetto (anche come eredità della affermata "materia medica" greco-romana) di raccolte di descrizioni di medicamenti, della loro preparazione e del loro impiego, realizzate ad opera dei singoli

studiosi ed anche di colleghi di esperti. A tali testi, l'Autorità pubblica poteva dare un riconoscimento giuridico formale, rendendoli così "ufficiali". Il primo esempio di testo ufficiale, nel nostro Paese, è il Ricettario Fiorentino del 1498. A questo seguirono numerose altre opere - elettuari, antidotari, farmacopee - che fin dall'etimo richiamavano la preparazione dei farmaci. Il contenuto delle farmacopee, nei secoli, ha sempre rispettato le conoscenze scientifiche dei tempi.

Con una scienza in rapidissima evoluzione, si manifestò l'esigenza di mantenere sempre aggiornate le farmacopee.

L'Unità d'Italia portò, fin dalla Proclamazione del Regno nel 1861, all'abolizione delle numerose farmacopee dei diversi Stati della penisola, in favore della Farmacopea Torinese. Con Roma capitale, nel 1870, venne però adottato anche il Codice Farmaceutico Romano, opera pubblicata nel 1868 e quindi moderna, che si distingueva per il suo contenuto di alto livello scientifico.

Bisognò comunque attendere ben ventidue anni, da allora, perchè il Regno d'Italia realizzasse la sua prima Farmacopea Ufficiale. Essa deriva dalla legge sull'Igiene e Sanità pubblica del 1881 (per l'esattezza, era la numero 5849 del 22 dicembre 1881), che prescriveva l'obbligo per ogni farmacista di detenere in farmacia una copia della farmacopea e di osservarne le prescrizioni.

L'opera fu realizzata da una commissione formata da docenti ed esperti: Molenschott, Cocconi, Corradi, Guareschi, Tacconi, Vitali e de Cesaris. Nella prefazione, essi illustrano i criteri seguiti per la compilazione: "fu eliminato gran numero di medicamenti

descritti in vecchie farmacopee che oggi sono del tutto abbandonati e sostituiti da rimedi di più sicura composizione e migliore efficacia" e quindi si è "...adoperata parsimonia nell'introdurre rimedi nuovi accettando solo quelli che sembravano avere ottenuta la sanzione dell'esperienza". Sono criteri eccellenti, accettabili anche oggi, sia pure in un contesto ben diverso.

Da allora il rinnovamento delle farmacopee è costante e continuo, dovuto al progresso scientifico e allo straordinario successo della farmacologia e della chimica: ormoni, vitamine, sulfamidici, antibiotici, antistaminici, immunosoppressori, sieri e vaccini. Le Commissioni per l'aggiornamento della Farmacopea Ufficiale, susseguite durante questo secolo in tale impegno, hanno aggiornato non solo la lista dei farmaci, ma hanno anche elaborato metodi di analisi più precisi e questo per garantire la qualità dei medicamenti.

Questo ha portato a una profonda modificazione dei contenuti e degli scopi della farmacopea, che da ricettario è divenuta un codice di qualità del farmaco, strumento oggi indispensabile ai produttori, ai distributori e ai controllori per assicurare la sicurezza, l'efficacia e la qualità dei medicamenti

PUBBLICITA' SILVESTRI

(in tipografia)

Carlo Manfredi

in tipografia)

*Prosegue la collaborazione di Carlo Manfredi,
medico e farmacologo, con il nostro giornale*

Acido acetilsalicilico e Sindrome di Reye

La Sindrome di Reye (RS) (1) colpisce prevalentemente bambini di età inferiore ai 15 anni e si manifesta con una encefalopatia acuta ad evoluzione rapida, spesso mortale, accompagnata da degenerazione grassa dei visceri in particolare del fegato.

In genere segue di pochi giorni una malattia infettiva virale, più spesso influenza, specie di tipo B, e varicella.

Già nel 65 fu messa in relazione con l'assunzione di acido acetilsalicilico (Asa). Il sospetto fu poi confermato e reso più fondato all'inizio degli anni ottanta, ma solo nel 1986 vennero prese decisioni operative al riguardo, a testimonianza della difficoltà di definire un rapporto causa-effetto sicuro nel campo delle reazioni avverse ai farmaci (2).

EPIDEMIOLOGIA

L'incidenza attuale della SR è stata stimata in 0,5-0,8 casi/100.000/anno nella popolazione di età infantile ed adolescenziale di entrambi i sessi. L'età più colpita è quella fra i 6 mesi e i 15 anni (picco a 6 anni), ma sono stati segnalati anche rari casi fra gli adulti (3,4).

Dal 1963 al 1982 sono stati riportati negli USA circa 2.000 casi (da 200 a 550 per anno) con una mortalità che è passata negli ultimi anni dall'80 al 20%. Nel 30-60% dei sopravvissuti residuano dei danni psichiatrici permanenti, ma non è descritta l'insorgenza di epatopatie croniche. Recentemente negli USA c'è stata però una riduzione del 50% dei casi di SR che ha coinciso con un calo delle vendite di Asa in preparazioni pediatriche da 600 milioni nel 1980 a circa 200 milioni nell'89 (5). Questo fenomeno è indicativo della sempre maggior consapevolezza del rischio connesso con l'uso di tali preparati nei bambini affetti da varicella o da forme "influenzali".

Nell'88 i casi riportati negli USA furono solo 20, con tendenza ad interessare prevalentemente adolescenti che si automedicano con Asa. L'incidenza della SR mostra un andamento epidemico stagionale in relazione alle recrudescenze invernali di malattie respiratorie virali, specie di influenza, mentre i casi sporadici, collegati prevalentemente con la varicella, sono distribuiti durante tutto l'arco dell'anno. In Europa la SR sembra più rara che in America e dal 1986 sono state adottate misure dissuasive contro l'uso dell'Asa come antipiretico in pediatria. Tutte le confezioni pediatriche di Asa sono state ritirate dal commercio in Inghilterra, mentre in Italia sono dispensabili solo su presentazione di ricetta medica.

MANIFESTAZIONI CLINICHE

La SR ha un decorso bifasico: dopo una malattia febbrile delle prime vie aeree (90% circa dei casi) o varicella (5-7% dei casi), si ha un periodo di 5-7 giorni di apparente guarigione seguito da un improvviso manifestarsi di gravi sintomi specifici di un inte-

ressamento encefalico. Questi comprendono cefalea intensa con vomito profuso, prolungato ed incoercibile, sonnolenza, stato confusionale, disorientamento, delirio e agitazione seguita da sopore profondo.

Possono quindi comparire convulsioni, spasmi tetanici, opistotono, coma da edema cerebrale massivo e morte (6). Nel lattante la sintomatologia iniziale, vomito compreso, è sfumata o fuorviante, mentre quella successiva può comportare convulsioni seguite direttamente dal coma. Sono possibili emorragie gastrointestinali conseguenti al danno epatico e, nell'età scolare, segni di interessamento pancreatico (diarrea grassa, violenti dolori epigastrici).

Il coma, presente nei suoi diversi gradi, evolve in genere in rigidità decorticata (arti superiori ed inferiori estesi ed intraruotati), con perdita dei riflessi cefalici ed osteotendinei (6).

Il quadro neurologico della SR si suddivide in 5 stadi successivi (tab.1) che offrono un'idea della drammaticità del quadro clinico e della rapida evoluzione fino al danno cerebrale permanente ed irreversibile. L'exitus può subentrare dopo 4-60 ore dall'inizio della sintomatologia. Quando la compromissione dello stato di coscienza non supera lo stadio I si ha in genere un recupero completo entro pochi giorni, mentre lo stadio III rappresenta la fase più critica perché l'eventuale passaggio a quella successiva è difficilmente reversibile (4). E' presente epatomegalia con segni di insufficienza epatocellulare acuta (iperammoniemia e ipoprotrombinemia) e di citolisi (ipertransaminasemia). Nel 50% dei casi, in genere quelli più gravi e di età inferiore ai 2 anni, è presente ipoglicemia. Una ipoprotrombinemia resistente alla vitamina K ed associata ad una ammoniemia superiore a 100 microgrammi/dl sono elementi predittivi di un decorso più sfavorevole (6).

Nonostante il danno epatico, non c'è ittero e, nelle fasi più avanzate della malattia, la funzionalità epatica migliora. Il liquido cerebrospinale presenta un netto aumento della sua pressione.

Istologicamente nella SR si riscontra una grave steatosi epatica (microsteatosi panlobulare), steatosi tubulare renale, edema cerebrale e degenerazione neuronale encefalica. La microscopia elettronica permette di apprezzare alterazioni strutturali dei mitocondri nelle cellule dei tessuti colpiti.

ETIOPATOGENESI

Il danno mitocondriale comporta una ridotta attività (spesso inferiore del 50% del valore normale) degli enzimi epatici intramitocondriali come l'ornitina carbamiltransferasi (OCT), la carbamilfosfatotransferasi (CPS) e la piruvato deidrogenasi. L'iperammoniemia consegue a ridotta attività dell'OCT e della CPS, due enzimi che intervengono nel ciclo dell'u-

rea, responsabile dello smaltimento dell'ammoniaca (4, 6). L'ipoglicemia deriva dalla inibizione del ciclo di Krebs e della gliconeogenesi e dalla ridotta beta-ossidazione degli acidi grassi che determina un maggior consumo di glucosio.

La steatosi nei vari tessuti è dovuta alla mancata ossidazione degli acidi grassi che vengono pertanto esterificati a trigliceridi che si accumulano determinando degenerazione grassa. L'accumulo intraepatocitario riflette anche l'interferenza con la dismissione dei grassi conseguente alla ridotta sintesi di apoproteine per le VDL.

Tabella 1

Stadio I

- letargia, vomito insistente
- risposta corretta agli stimoli verbali
- esame neurologico negativo

Stadio II

- agitazione intensa
- delirio alternato a sopore
- confusione
- midriasi reattiva
- iperreflessia tendinea
- reazione al dolore presente

Stadio III

- coma, rigidità decorticata
- iperventilazione

Stadio IV

- coma, decerebrazione
- midriasi fissa
- riflessi oculo-vestibolari abnormi o assenti

Stadio V

- coma
- paralisi flaccida
- areflessia
- pupille non reagenti
- assenza di respirazione spontanea
- EEG isoelettrico

La patogenesi della SR può risultare dall'interazione di fattori genetici ed ambientali innescati dall'incontro virus-ospite e modificata da alcuni agenti esogeni quali sostanze tossiche, micotossine e farmaci (3,8) (tab. 2). Il virus non possono essere la causa unica della SR data la rarità della malattia rispetto alla frequenza delle virosi

(segue a pag. 6)

dalla pagina 5

Acido acetilsalicilico e sindrome di Reye

implicate, il non costante riscontro di anticorpi verso i virus interessati, l'eccezionale isolamento degli stessi nei tessuti dei soggetti venuti a morte e la rarissima evenienza di epidemie familiari (3). Alcuni studi hanno correlato l'insorgenza di SR con l'aflatossina, prodotta dal micete *Aspergillus flavus*, che può inquinare i raccolti di soia e di riso, causando una intossicazione simile a quella della SR. Naturalmente il ruolo della aflatossina va circoscritto ai Paesi a maggior consumo di riso e sottoposti alla possibile contaminazione da parte del micete, come ad es. la Thailandia (6).

Lo stesso dicasi dell'ipoglicina, tossico dell'uripe akee, il cui infuso viene usato come bibita e che causa la malattia del vomito della Giamaica (3).

Vi sono inoltre dei difetti congeniti marginali del metabolismo (tab.2) come il deficit congenito di carnitina in cui si verificano spontaneamente episodi simil-Reye.

Tabella 2

Tossici

- aflatossina
- ipoglicina A
- insetticidi
- amiodarone
- valproato

Difetti congeniti del metabolismo

- deficit di AcilCoA-deidrogenasi
- deficit sistemico di carnitina
- organico acidurie
- difetti del ciclo dell'urea

E' stato proposto che l'Asa ed il virus agiscano danneggiando i mitocondri preferibilmente in soggetti geneticamente predisposti. Nel deficit parziale di carnitina, ad es., il sistema metabolico di detossificazione collegato a questa sostanza finirebbe per essere sovraccaricato e saturato dalla presenza dell'Asa che ha un'affinità molto elevata per la glicina che ne rappresenta un componente aminoacidico (7). Fattori genetici potrebbero abbassare la soglia di tossicità dell'Asa in presenza della malattia virale, dato che non in tutti i casi di SR sono stati riscontrati tassi di salicilemia tossici, oppure rallentare il metabolismo del farmaco che prolungherebbe la sua emivita serica con possibili effetti tossici di sommazione.

CORRELAZIONI EPIDEMIOLOGICHE TRA ASA E SR

I primi studi retrospettivi caso-controllo che hanno stabilito un'associazione epidemiologica tra Asa e SR non sono stati pienamente convincenti a causa del numero relativamente modesto dei pazienti esaminati, della mancanza di test diagnostici specifici per la sindrome (notare che la biopsia epatica, esame molto importante per porre diagnosi, spesso non può essere eseguito nella fase acuta a causa della grave ipoprotrombinemia) che rende in molti casi incerta la diagnosi, della difficoltà nella determinazione della salicilemia e della scarsa significatività delle differenze riscontrate.

Successivamente un'ulteriore studio caso-

controllo condotto da Hurwitz et al. (8) ha evidenziato una forte relazione fra Asa e SR.

Sono stati infatti coinvolti nello studio 16 centri di pediatria degli USA ed inclusi 30 pazienti la cui diagnosi di SR era sottoposta alla conferma ad opera di un apposito gruppo di esperti e 145 controlli confrontabili per età, sesso, razza e precedente malattia virale (infezione respiratoria, varicella o diarrea).

I controlli erano ulteriormente suddivisi in 4 sottogruppi a seconda della provenienza: dallo stesso ospedale dei casi, dal Pronto Soccorso, dalla scuola o selezionati a random. I risultati hanno evidenziato il trattamento con Asa in 28 dei 30 casi (93%), contro 66 su 145 controlli (46%).

Lo studio concludeva che il Rischio Relativo (RR) di comparsa di SR associata all'uso di Asa in bambini affetti dalle malattie virali dette e di età media di 11 anni era pari a 16,8.

Anche un secondo studio (9), interrotto a causa della difficoltà di reperire nuovi casi di SR legata alla riduzione dell'incidenza della sindrome verificatasi nel frattempo, concludeva, sia pure su di un numero di associazioni inferiore al previsto, in favore della significatività dell'associazione.

E' stata inoltre rilevata (10) una relazione tra dose di Asa e rischio di SR. Dosi più elevate di Asa somministrate durante la malattia virale antecedente sono associate con un rischio maggiore di SR, ma anche per basse dosi il rischio aumenta di sette volte.

Si deve notare però che gli studi caso-controllo, gravati dalla possibilità di errori sistematici nella selezione dei casi e dei controlli, permettono di dimostrare l'associazione tra fattori stabilendone altresì la forza, la cui entità cresce con l'aumentare del RR, ma non sono conclusivi circa il nesso causale.

Sta di fatto che, pur aumentando la probabilità di SR nei soggetti trattati con Asa durante le malattie virali a rischio, la sindrome non si verifica in tutti i soggetti esposti, pertanto l'Asa non può essere causa sufficiente, e non tutti i casi di SR hanno nella loro anamnesi l'assunzione di Asa, per cui l'Asa non è causa necessaria, potendosi manifestare la sindrome anche senza che il paziente sia esposto al farmaco. Solo studi prospettici con gruppi di controllo adeguati e comparabili ed il miglioramento delle capacità diagnostiche potrebbero dirimere il dubbio.

Tuttavia, allo stato attuale ciò non è proponibile perché, sebbene una relazione causa-effetto non sia stata stabilita con certezza, l'uso di Asa nella varicella o nell'influenza è inopportuno e pertanto non sarebbe etico un trial che si proponesse l'assegnazione casuale dei soggetti affetti dalle virusi in questione a due gruppi di trattamento di cui uno con Asa.

CONCLUSIONI

La SR ci ricorda una volta di più che è necessario approfondire continuamente le nostre conoscenze sui meccanismi di azione dei farmaci, anche di quelli "vecchi", perché la farmacologia clinica non consta di un corpo definito una volta per sempre di nozioni, ma rappresenta un divenire continuo che ridisegna ininterrottamente il profilo rischio/beneficio di un farmaco. Proprio l'Asa è paradigmatico in tal senso se pensiamo alla sua più recente indicazione come

antiaggregante piastrinico a dosi assolutamente non paragonabili a quelle analgesiche o antipiretiche o antireumatiche ed al rischio di SR che va ad aggiungersi agli effetti collaterali già noti da tempo. Quindi, indipendentemente dal farmaco, non si deve mai intraprendere un trattamento farmacologico senza considerare adeguatamente il rapporto rischio/beneficio. Nella fattispecie, l'uso di antipiretici non è scevro di rischi indipendentemente dall'implicazione dell'Asa nella patogenesi del SR, si pensi alle agranulocitosi da dipirone o all'effetto epatotossico senza dose-correlato del paracetamolo, e quindi il loro impiego va sempre riservato a quei casi nei quali il controllo dei sintomi risulti realmente necessario (ipertermia eccessiva, storia di convulsioni febbrili, intensa cefalea e/o disturbi della cenestesi) perché non va dimenticato che l'antipiresi non è sempre un'operazione utile, dato che l'ipertermia contribuisce alla difesa dell'organismo dall'infezione.

In conclusione, per ridurre il rischio di SR, l'Asa non dovrebbe essere somministrata ai bambini o agli adolescenti affetti da varicella o da sindromi respiratorie virali, specie l'influenza.

L'alternativa può essere rappresentata dal paracetamolo per il quale non è stata finora mostrata alcuna associazione con la sindrome di Reye.

Naturalmente questa scelta non può essere fatta acriticamente perché nessun farmaco è totalmente esente da rischi.

Bibliografia

- 1 - REYE RDK et al., Lancet ii: 749, 1963
- 2 - DUKES MNG Antipyretic analgesics, in Dukes MNG Side effects of drugs annual 11, Elsevier, Amsterdam, 1987, pag. 79
- 3 - CALVANI M Reye, syndrome di, EMI, USES vol 13, col 1261, 1986
- 4 - BALISTRERI WF, Reye syndrome, in BEHRMAN RE Ed: Nelson Textbook of pediatrics 14 th ed WB Saunders Co, Philadelphia 1992, pag. 1020
- 5 - ARROWSMITH JB et al., Pediatrics, 79, 858, 1987
- 6 - RAMPOLLO et al., Il Polso 15.12.89, pag. 39
- 7 - Editorial, LANCET, ii, 429, 1987
- 8 - HURWITZ ES et al., N Engl J Med, 313, 849, 1985
- 9 - HURWITZ ES et al., JAMA 257, 1905, 1987
- 10 - PINSKY PF et al., JAMA 260, 657, 1988

Genova 9 maggio 1992: inizia il 2° ciclo di conferenze su "Il linguaggio dei farmaci" **"Terapia antitumorale: il ruolo dei farmaci"**

il tema trattato dal Prof. Giovanni Brambilla

Dopo avere passato in rassegna i vari chemioterapici attualmente in uso classificandoli e suddividendoli a seconda del loro meccanismo d'azione, tra farmaci con interazione diretta con il DNA (come gli agenti alchilanti che gli si legano con legame covalente e gli intercalanti che invece di legarsi si frappongono fra le due reti del DNA) e quelli che invece non hanno interazione diretta con il DNA ma sono pur sempre inibitori della proliferazione cellulare (come gli antimetaboliti ed i veleni del fuso mitotico),

mero totale passerà a 10^7 cellule (10 milioni).

Ora, come si è visto nel modello sperimentale, se una sola cellula è in grado di riprodurre il tumore, valutando i numeri di cui sopra, è facile intendere come le recidive siano così frequenti. Oltretutto la risposta immunitaria dell'ospite verso le cellule tumorali è molto modesta (non uccide più di 100.000 cellule) e viene ulteriormente ridotta dai farmaci antineoplastici che sono tutti immunodepressori. Si comprende, dunque, come le possibilità di guarire un paziente con un solo farmaco antitumorale siano molto modeste.

Altro concetto importante è che quasi tutti i farmaci usati, agiscono in particolare su cellule in proliferazione (cioè che si dividono). E' noto che le cellule si dividono seguendo un certo ciclo che si ripete:

in mitosi), mentre si ha scarso successo nei tumori solidi (carcinomi) in cui le cellule in ciclo sono poche.

Un altro problema per la terapia antitumorale è che spesso i tumori non sono monoclonali, cioè non hanno solo un tipo di cellule, ma più sottopopolazioni eterogenee fra loro per morfologia, per cariotipo, per velocità di crescita, per sensibilità ai chemioterapici, per capacità di riparare il DNA lesa ecc., ecc.

Altro grave problema - sottolinea Brambilla - è quello della resistenza. Infatti le cellule tumorali diventano resistenti ai chemioterapici (così come succede negli agenti infettanti verso gli antibiotici) perchè la cellula ammalata è in grado di attivare meccanismi di difesa aumentando, ad esempio, la sintesi dell'enzima che il chemioterapico colpisce, aumentando la sua capacità di riparare il DNA lesa, aumentando i processi di detossificazione ecc., ecc. In taluni casi si verifica anche la resistenza contemporanea a più chemioterapici perchè il trattamento chemioterapico amplifica un gene che codifica la sintesi di una proteina che è importante per il trasporto delle sostanze tossiche dall'interno all'esterno della cellula.

Si comprende allora la scarsa efficacia del trattamento, quando le cellule abbiano acquisito il modo di estrarre il medicamento dal loro interno. In definitiva sappiamo che solo un 5% delle forme neoplastiche possono essere curate con successo facendo uso di soli chemioterapici, i quali, in tutti i casi, servono ad impedire lo sviluppo di micrometastasi dopo l'asportazione chirurgica del tumore (causa critica delle recidive, ad esempio, del tumore della mammella), o comunque servono a ridurre masse tumorali troppo voluminose per essere asportate dal chirurgo (terapia neoadiuvante).

(segue a pag.9)

nostra foto
(pellicola da fare)

nostro diagramma
(pellicola da fare)

Una cellula in mitosi, che si divide nelle due cellule figlie, dà origine ad una cellula che va in una fase G1 (fase che precede la sintesi del DNA), poi entra nella fase S (fase di sintesi del DNA, fase in cui agiscono la maggior parte dei chemioterapici), poi rientra in G2 ed infine ritorna in mitosi (M) e si ridivide in due cellule. Queste, o rientrano in G1, e quindi riprendono il ciclo, oppure una parte di queste entra in una fase di quiescenza G0, nella quale possono rimanere anche a lungo e nella quale sono molto resistenti all'azione dei chemioterapici.

Ecco perchè, attualmente, con questi farmaci siamo in grado di curare molte leucemie acute infantili (tutte le cellule sono

Giovanni Brambilla e Giuseppe Gramuglio

il professor Brambilla fa osservare che un notevolissimo contributo alla ricerca nel settore, giunge dall'America alla fine degli anni '50. Proprio allora, infatti, venne scoperto che una sola cellula di un certo tipo di leucemia murina, se iniettata, era in grado di riprodurre il tumore nell'animale da esperimento, che moriva dopo 11 giorni. Si appurò con precisione che dopo 4 giorni le cellule malate erano 500, 2.000.000 dopo otto giorni ed un miliardo (equivalenti in peso ad un grammo di tumore) dopo 11 giorni e tale quantità uccideva il ratto. Disporre di un modello sperimentale così preciso valeva, per la prima volta, a potere stimare con precisione l'efficacia di un farmaco antitumorale. Infatti, dal calcolo dei giorni di sopravvivenza dell'animale infettato, al quale era stato iniettato l'antitumorale, si poteva calcolare il numero di cellule malate che il farmaco stesso era in grado di uccidere. Si vide così che il migliore antitumorale, alle dosi massime tollerate, era in grado di uccidere, indipendentemente dal loro numero, una frazione costante di cellule neoplastiche, frazione pari al 99,999%. (Cinetica di primo ordine)

Dal punto di vista clinico, se un paziente con una leucemia diffusa ha complessivamente un chilogrammo di cellule tumorali (pari a 10^{12} , ovvero mille miliardi di cellule), il farmaco, alle dosi massime tollerate, ne eliminerà sempre il 99,999% per cui il nu-

Giovanni Brambilla

nostra foto
(pellicola da fare)

Nato a Genova il 10 giugno 1930, il prof. Giovanni Brambilla si laurea presso l'Università degli Studi della stessa città in Medicina e Chirurgia nel '54. Intraprende l'attività

accademica, e nel '57 diventa assistente volontario, nel '61 assistente straordinario, nel '65 assistente ordinario e nel '68 aiuto dell'Istituto di Farmacologia. Dopo l'acquisizione della libera docenza in Farmacologia (nel 1962), e la specializzazione in Ematologia Clinica e di Laboratorio (1967), Giovanni Brambilla diventa professore incaricato di Farmacologia nel 1968, ordinario nel '75 e dal '77 Direttore dell'Istituto di Farmacologia dell'Università di Genova.

Nella sua lunga carriera di ricerca ha pubblicato oltre 200 studi scientifici soprattutto sulla chemioterapia antineoplastica, sulla immunodepressione e sulla genotossicità.

Attualmente è anche socio della Società Italiana di Farmacologia, della Società Italiana di Tossicologia, della Società Italiana di Cancerologia, della Society for Free Radical Research e della American Association for Cancer Research.

Venezia 20 giugno 1992: prosegue l'iniziativa FARMINDUSTRIA - AIISF "I farmaci nelle malattie cardiovascolari"

il tema trattato dal Prof. Cesare Dal Palù

Il professor Dal Palù inizia il suo discorso tracciando un'ampia panoramica sui fattori di rischio della patologia principale che è quella dell'aterosclerosi e delle coronaropatie. Fra questi, l'ipertensione arteriosa risulta essere quello in più stretta correlazione con gli eventi coronarici e con le complicanze aterosclerotiche in genere. In questo settore, i progressi della farmacologia hanno avuto lo sviluppo più clamoroso in questi ultimi anni. Infatti rammenta Dal Palù - non sono lontani nè i tempi in cui l'iperteso moriva perchè non c'era modo di curarlo, nè quelli dell'intervento demolitore sul simpatico con risultati, per certi versi disastrosi, anche se positivi nel ridurre la pressione arteriosa. Poi ci fu l'avvento dei saluretici, con la reserpina. Da allora i gruppi farmacologici si sono moltiplicati, tanto che oggi, nella congerie di farmaci in commercio può risultare difficile un corretto orientamento. In ordine cronologico appaiono dunque i saluretici e la reserpina, poi i beta-bloccanti, la clonidina e l'alfa-metil-dopa quindi i calcio-antagonisti, gli ace-inibitori ecc., ecc.

L'orientamento della terapia antiipertensiva era basato sulla "regola della scaletta", al cui primo gradino si trovavano i diuretici e la reserpina, poi, via via, si associavano gli altri farmaci fino ad arrivare ai ganglioplegici che però mostravano effetti indesiderati molto importanti. Oggigiorno la "scaletta" non ha più senso, perchè al primo gradino figurebbero tanti di quei farmaci da rendere la scelta assai difficile e le associazioni sempre più complesse. Queste infatti costituiscono, un notevole problema d'approccio terapeutico. Dal Palù si dichiara abbastanza favorevole a quelle precostituite perchè realizzate da esperti di settore, in grado di valutare al meglio effetti e dosi dei farmaci componenti, anche se ritiene preferibile, quando possibile, l'uso di un solo farmaco. La scelta del gruppo farmacologico, evidentemente, spetta al medico ed alle sue conoscenze specifiche che l'ISF è in grado di aumentare, sempre che sia un buon informatore e non abbia paura ad illustrare anche gli effetti collaterali che sono anzi il segnale dell'attività di un farmaco. Un calcio-antagonista, esemplifica Dal Palù, che non dia qualche fenomeno di rushing o un pò di edema periferico è sicuramente un farmaco inattivo, essendo quegli effetti legati al suo meccanismo d'azione.

Gli antiipertensivi moderni hanno il pregio di essere meglio tollerati e di avere potenzialità più vaste rispetto a quelli di un tempo, perchè intervengono su un altro fattore di rischio importante che è l'aterosclerosi e, in un certo senso, su una delle conseguenze dell'ipertensione che è lo scompenso di cuore. Infatti gli ace-inibitori, i calcio-antagonisti e, per certi versi, i beta-bloccanti intervengono, sia pure con meccanismi d'azione diversi, sullo sviluppo della malattia della parete arteriosa, interferendo con alcuni di quei meccanismi che portano allo sviluppo della placca. Quindi da queste classi di farmaci, oltre ad una dimostrata azione antiipertensiva, ci possiamo aspettare anche una certa azione antiaterosclerotica. Parlando di aterosclerosi, oltre che di ipertensione, bisogna anche parlare di lipidi che costitui-

scono un altro importante fattore di rischio, con valore predittivo per gli eventi coronarici. Fortunatamente la farmacopea si è arricchita di farmaci in grado di ridurre sia l'ipercolesterolemia (farmaci che intervengono a livello della sintesi del coenzima HMG CoA reductasi), sia l'ipertrigliceridemia (fibrati), quest'ultima particolarmente elevata nel nostro Paese dove vino e farinacei contribuiscono ad innalzare i valori. Altra classe di farmaci usati per correggere le dislipidemie è costituita dalle resine le quali, però, in Italia hanno avuto scarsa applicazione per la nostra intolleranza verso rimedi che comportino pesanti effetti collaterali (notevoli disturbi digestivi, nel caso delle resine). Ovviamente tutti questi farmaci sono stati testati ed ancora sono allo studio per quello che riguarda la loro azione sullo sviluppo della placca coronarica e carotidea che, in ogni caso, risulta rallentato da un abbassamento dei valori di colesterolemia. Allo stato attuale di conoscenze, questi farmaci sembrano essere più convincenti

nella prevenzione secondaria che in quella primaria. Pare infatti assodato che una drastica riduzione della colesterolemia, in chi è già stato colpito da infarto, porti ad una netta diminuzione del reinfarto o della morte. E' invece meno sicuro quello che avviene nella popolazione "sana", cioè con valori di colesterolemia un pò più elevati della norma e con segni di aterosclerosi, ma che non ha ancora avuto un evento coronarico. Lo studio epidemiologico in prevenzione secondaria, d'altronde, è molto più facile e più predittivo che non quello in prevenzione primaria essendo che, nel primo caso, si dispone di un campione già selezionato (tutti i soggetti in studio, hanno avuto un evento).

Quando poi dall'aterosclerosi passiamo all'evento, dobbiamo parlare del trattamento della coronaropatia in atto (angina pectoris, infarto).

Anche in questo campo si sono registrati progressi notevoli. I nitroderivati mantengono intatta la loro efficacia; oggi sappiamo

Cesare Dal Palù

nostra foto

(pellicola da fare)

dell'International College of Angiology e del Board della Lega Mondiale dell'Ipertensione (WHL), è stato per tre anni nel Board del "Council of Epidemiology" della Società Internazionale di Cardiologia.

Primo presidente della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa, il prof. Cesare Dal Palù presiede attualmente la Lega Italiana per l'Ipertensione Arteriosa, dirige il Centro Regionale di alta Specializzazione per l'Epidemiologia e Prevenzione delle malattie Cardiovascolari ed è stato responsabile della linea ipertensione nel sottoprogetto "Malattie Cardiovascolari" del CNR e del sottoprogetto "Malattie Cardiovascolari" dal 1989 al 1992.

Autore di circa 350 pubblicazioni prevalentemente su temi di cardiologia, dal 1970 l'attività scientifica del prof. Dal Palù e della sua Scuola si indirizza soprattutto verso lo studio dell'ipertensione arteriosa (di particolare rilievo gli studi svolti sugli atleti), della cardiopatia ipertensiva, dei rapporti tra ipertensione ed aterosclerosi occupandosi, tra i primi in Italia, di epidemiologia cardiovascolare. Di recente sono stati approfonditi due importanti studi: sul monitoraggio continuo "unrestricted" cruento e incruento, della pressione arteriosa e sulle modificazioni miocardiche e della parete arteriosa conseguenti allo stato ipertensivo, realizzato su animali da esperimento e con ricerche in vitro su culture cellulari.

Autonomamente il prof. Dal Palù ha, infine, organizzato e diretto in Italia uno studio sui fattori di rischio in gruppi familiari di pazienti infartuati (1972-1974): uno studio epidemiologico - tuttora in corso - sull'ipertensione arteriosa e sui fattori di rischio nella popolazione anziana e uno sui fattori di rischio nella popolazione in età scolare.

Direttore della Cattedra di Clinica Medica e della 2a Scuola di specializzazione in Cardiologia dell'Università degli Studi di Padova nonché Prorettore della stessa Università dal 1987, il Prof. Cesare Dal Palù è considerato oggi uno dei maggiori esperti internazionali di cardiologia e patologie dell'apparato cardiovascolare.

Nato a Venezia nel 1923, si laurea nell'anno accademico 1945-1946, e dopo la specializzazione in cardiologia segue l'iter accademico che lo porterà nel 1968 a professore di ruolo di Patologia Medica all'Università a Trieste, dove fu anche preside dal 1970 al 1972. Nello stesso anno viene chiamato alla Clinica Medica II dell'Università di Padova (sede di Verona) e dal 1974 alla Clinica Medica I dell'Università di Padova (sede di Padova).

Già membro del Direttivo della Società Italiana per lo studio della Aterosclerosi e Vicepresidente della Società Italiana di Cardiologia, il prof Dal Palù fonda e presiede per primo il Gruppo Italiano di Epidemiologia e Prevenzione delle malattie cardiovascolari. Membro della Società Internazionale delle Ipertensione, della ISCF,

nostra foto Venezia

(pellicola da fare)

che assomigliano ad una sostanza che viene prodotta fisiologicamente dall'endotelio integro, con azione rilasciante sui vasi (Relaxing Factor, contenente, appunto, il gruppo nitroso). L'endotelio non integro invece, se stimolato, produce una sostanza con caratteristiche fisiologiche opposte (Contracting Factor).

I beta-bloccanti comportano il beneficio, sempre atteso nella terapia delle coronaropatie, di ridurre il consumo di ossigeno con una modesta azione inotropo-negativa che, in un certo senso, mette a riposo il cuore diminuendone, appunto, il consumo di ossigeno. (Proprio per questo vengono banditi dalla terapia i farmaci che mostrano un effetto inotropo-positivo).

L'approccio terapeutico nell'angina instabile, nell'angina a riposo, è completamente diverso. Infatti in questo tipo di patologia riveste grande importanza la formazione continua di piccoli trombi piastrinici che tendono ad occludere il vaso ed è in gioco anche una componente vasospastica. Ecco allora che in questo tipo di patologia vanno bene i calcio-antagonisti diidropiridinici, nonché gli antiaggreganti piastrinici, primo fra tutti l'Aspirina, sia in prevenzione primaria che secondaria. (La F.D.A. non accetta antiaggreganti piastrinici che non abbiano dimostrato di essere più efficaci dell'aspirina).

Quando invece il trombo è già formato (infarto miocardico), vengono usati i trombolitici, il cui avvento ha concorso a ridurre notevolmente la mortalità fra i colpiti da infarto (dall'11% all'8-9% di quelli in Unità Coronarica). Alla terapia trombolitica si ag-

nostra foto

(pellicola da fare)

Paolo Gottardi

giunge anche l'eparina; sta di fatto però che nel post-infarto è di regola l'uso di aspirina e, quando non ci siano specifiche controindicazioni, di beta-bloccanti.

Dal Palù conclude la panoramica didattica con un accenno allo scompenso di cuore (che può essere conseguenza di un infarto miocardico) ed alla miocardiopatia dilatativa post-infartuale.

Si fa osservare che è cambiato l'approccio alla terapia dello scompenso cardiaco anche se, in definitiva, si usano ancora molti dei vecchi farmaci. Il miocardio si scompensa in seguito a tante modificazioni fisico-chimiche e strutturali della miocellula. La terapia deve correggere queste anomalie bio-chimiche che, se in un certo qual modo, servono a mantenere la funzione cardiaca nel soggetto malato, portano con sé il germe dello scompenso. Ad esempio, l'ipertrofia miocardica nel soggetto iperteso è funzionale a mantenere l'attività cardiaca in chi ha una pressione elevata e quindi delle resistenze aumentate, ma quella comporta alterazioni strutturali, una ridotta riserva coronarica, che, alla lunga, portano allo scompenso. Tant'è vero che nella terapia dell'ipertensione si preferiscono quei farmaci che portano contestualmente alla riduzione dell'ipertensione ed anche alla riduzione dell'ipertrofia miocardica. Sappiamo che nello scompenso di cuore c'è, da un lato una attivazione del sistema renina-angiotensina-aldosterone e quindi del sistema adrenergico che tende a fare innalzare la pressione (quindi la resistenza che incontra questo cuore che già funziona precariamente è troppo elevata), dall'altro, il calo di flusso di sangue che arriva al cuore attraverso il sistema venoso è eccessivo. Oggi si tende a correggere farmacologicamente sia la riduzione del ritorno venoso, che l'aumento delle resistenze a valle, con l'uso del classico diuretico da un lato, ed il vasodilatatore dall'altro. Vanno bene soprattutto gli ace-inibitori che agiscono sul sistema renina-angiotensina-aldosterone e quindi indirettamente sul sistema adrenergico che, nello scompenso di cuore, sono massimamente attivati.

I digitalici sono ancora usati, sia pure con qualche perplessità, perchè è troppo bassa la soglia tra dose efficace e dose tossica ed

dalla pagina 7

Un fatto che limita il successo della chemioterapia, è che spesso viene fatta su pazienti debilitati, con compromissioni epatiche o renali, i quali non sono più in grado di tollerare la dose massima efficace, stante la tossicità dei farmaci usati. In tutti i casi, anche nei pazienti già metastatizzati, i chemioterapici servono a migliorare la qualità della vita.

Sull'andamento della durata della vita stessa alcuni studiosi si pronunciano negativamente ed asseriscono che sarebbe forse più corretto parlare di diagnosi precoce, legata ad un affinamento dei mezzi diagnostici, piuttosto che di aumentata sopravvivenza. Secondo loro rimane un interrogativo: la chemioterapia ha effettivamente aumentato, supponiamo, di due anni la sopravvivenza di un certo paziente, oppure il tumore gli è stato diagnosticato due anni prima?

Le prospettive terapeutiche, dunque, sono quello che sono: però sappiamo che in certi tipi di leucemie e di linfomi non Hodking si sono ottenuti lunghi periodi di remissione

nostra foto

(pellicola da fare)

Cesare Dal Palù

inoltre possono indurre aritmie anche mortali. A proposito delle aritmie e dei farmaci antiaritmici, Dal Palù sottolinea che questi sono di uso non semplice perchè essi stessi sono in grado di produrre aritmie anche molto gravi. Oggi pertanto, la filosofia è quella di trattare soltanto le aritmie minacciose o che rendano la vita impossibile, essendo preferibile sopportare extrasistolie o anche sporadiche tachicardie parossistiche, piuttosto che sottoporsi a terapie senz'altro molto rischiose.

Terapia antitumorale

dando fortissime dosi, chiaramente tossiche, di chemioterapici e poi procedendo al trapianto di midollo nel paziente. Allora sono allo studio dei protocolli per estendere questo tipo di trattamento anche nel carcinoma mammario, nel quale si potrebbero somministrare dosi di agenti alchilanti certamente mielotossiche (di per sé letali), con successivi trapianto midollare e somministrazione del fattore di crescita dei leucociti e dei monociti.

Recentemente sono state scoperte anche certe associazioni farmacologiche in grado di ridurre la tossicità dei chemioterapici, allargando così all'oncologo la finestra terapeutica.

Gli studiosi sono costantemente all'opera: la speranza continua.

Dalle Sezioni

GENOVA

Con una lettera del 29 maggio 92 indirizzata ai Primari ed ai Professori universitari dell'ospedale S. Martino, avente per oggetto "Informatori scientifici", il Direttore del Servizio Ospedaliero e Specialistico conferma la decisione di vietare l'ingresso ai vari padiglioni dell'ospedale agli informatori prima delle ore 14.

Apprendiamo dal quotidiano "Il Secolo XIX" del 12 giugno 92 che il contenzioso, su iniziativa della locale Sezione, è finito davanti al pretore.

LECCE

Per meglio regolamentare gli accessi degli ISF agli ambulatori, l'Ordine dei Medici della Provincia d'intesa con l'AIISF ha deciso di fissare a cinque il numero massimo di visite annue per ogni azienda farmaceutica in attività sul territorio.

All'uopo è stata approntata la scheda controllo che riproduciamo:

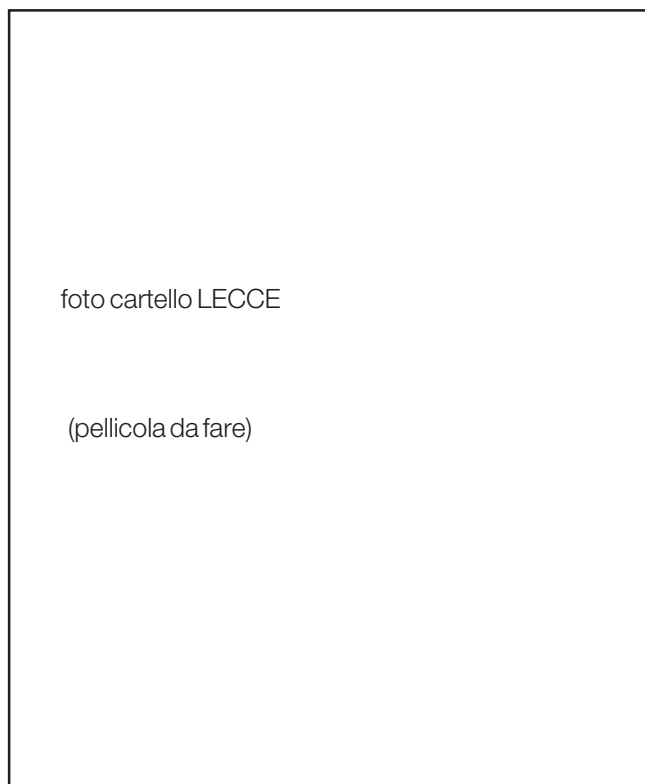


foto cartello LECCE

(pellicola da fare)

MASSA-CARRARA

Ci ha inviato il seguente comunicato:

L'AIISF di Massa - Carrara e la FIMMG provinciale, riunite per discutere i problemi dell'informazione scientifica e dei rapporti fra le due categorie ribadiscono la validità delle direttive contenute nel documento dell'Ordine dei Medici del luglio '90 che riportiamo integralmente.

Si invitano i colleghi a non intraprendere iniziative personali non ispirate a tale accordo in attesa delle eventuali modificazioni che scaturiranno dal dibattito in corso all'interno delle rispettive organizzazioni.

Viene istituita una commissione paritetica composta da tre rappresentanti AIISF e tre FIMMG per verificare l'applicazione degli accordi e valutare le proposte innovative.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Massa - Carrara auspica che i rapporti tra classe medica e informatori dell'industria farmaceutica si svolgano nell'ambito di una corretta e reciproca collaborazione e nel rispetto della legislazione sanitaria vigente al fine di salvaguardare il decoro e la dignità professionale di entrambe le categorie.

Se è opportuno che ogni medico collabori per un adeguato servizio di informazione scientifica, è oltremodo auspicabile e doveroso il rispetto delle norme deontologiche che ispirano la figura e l'attività professionale del medico da parte degli informatori. Pertanto, in attesa di una legge che disciplini il settore, l'Ordine di Massa - Carrara auspica l'istituzione di un Ordine o Collegio professionale al quale dovrebbero essere iscritti obbligatoriamente tutti gli informatori scientifici del farmaco. Ciò consentirebbe di dialogare con questi operatori tramite organismi ordinistici che, in quanto tali sarebbero preposti a garantire - ed imporre - comportamenti eticamente e deontologicamente corretti.

Inoltre l'istituzione di un Albo - al quale dovrebbero accedere soltanto quanti fossero in possesso di adeguato titolo di studio a livello universitario (fatti salvi i diritti degli informatori oggi già inseriti) - sarebbe di ulteriore garanzia circa la competenza e professionalità dei collaboratori dell'Industria.

Ciò premesso sembra opportuno definire alcune direttive atte a regolamentare il rapporto medico - informatore alle quali i Colleghi iscritti al nostro Ordine devono uniformarsi.

1 - Visita contemporanea di due Informatori della stessa ditta: non è ammissibile ricevere due o più Informatori contemporaneamente di cui uno in veste di "ispettore" o di "supervisore", fatta salva la presentazione di un nuovo informatore. Il medico, infatti, non può né deve essere coinvolto in forme di controllo diretto o indiretto del lavoro degli Informatori.

2 - Più linee commerciali della stessa ditta: non è ammesso che Informatori diversi

di linee differenti della stessa azienda presentino gli stessi farmaci.

3 - Numero di visite effettuato da ogni singolo informatore: si ritiene opportuno limitare a quattro il numero annuo di visite ammissibili per ogni informatore con l'eccezione legata alla presentazione di nuovi prodotti.

4 - Crescente pressione su alcuni gruppi di sanitari: deve essere riprovata la prassi instaurata da numerose aziende farmaceutiche di far visitare dai propri Informatori solo alcuni medici ben precisi, trascurando i giovani Colleghi che hanno un numero inferiore di pazienti. Infatti la funzione di informatore è quella di informare adeguatamente ed indistintamente tutti i medici indipendentemente dalla loro situazione professionale.

5 - Informazione e propaganda: l'Informatore e le aziende devono evitare ogni forma di pressione commerciale ed il medico qualora ciò si verifici dovrà prontamente segnalarlo alla commissione deontologica

dell'Ordine dei Medici che provvederà in merito.

6 - Informatori e pazienti: il medico riceve preferibilmente un informatore ogni due pazienti salvo turno più favorevole per l'Informatore.

7 - E' ammesso un numero massimo di 4 Informatori per medico al giorno.

8 - Il medico deve rifiutare ogni qualsivoglia indagine di mercato tendente ad accertare le sue abitudini prescrittive e ad indagare sull'attività lavorativa degli Informatori.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Massa - Carrara.

MESSINA

Da "La Gazzetta del Sud" del 20 maggio riportiamo una recensione di Giuseppe Galluppi: "Dai tamarindi alle molecole moderne".

Abbiamo letto con grande interesse "Le officine della salute" un libro che Vittorio Alessandro Sironi, medico, ha scritto sulla storia del farmaco e dell'industria farmaceutica dall'Unità d'Italia fino al mercato europeo. La limitazione che Sironi si è imposta è data dal fatto che se avesse scritto tutto ciò che attiene alla storia della medicina almeno da Ippocrate (460 a.C.) ai giorni nostri sarebbe diventata un'opera ciclopica, certamente interessante, ma per certi aspetti dispersiva. Le malattie sono nate con l'uomo e l'uomo ha cercato di difendersi scegliendo le erbe dei prati, che furono le farmacie degli uomini primitivi. La storia del farmaco cominciò, se proprio vogliamo datarla, a Roma con Galeno. A lui si devono quei miscugli di droghe che portano, ancora oggi, il nome di "preparati galenici" e che fecero lievitare il numero dei farmaci di quel tempo.

Senza dubbio lo sforzo di Sironi è lodevole, almeno per due aspetti: perché nel nostro Paese, ma possiamo tranquillamente affermare anche in Europa, nessuno si era mai sognato di scrivere una storia del farmaco; in secondo luogo perché la storia dei farmaci, nelle sue varie componenti è parte cospicua della scienza, della medicina, della sanità, della società.

La "rivoluzione farmacologica", iniziata verso la fine dell'Ottocento, ha portato alla nascita di sostanze costruite nei laboratori (prodotti di sintesi) avviando la produzione farmaceutica verso l'industrializzazione. Un'industrializzazione operata, anche nel nostro Paese, da colossi multinazionali che ha indubbiamente portato dei vantaggi ma che rischia di vanificare le conquiste terapeutiche a causa del consumismo, qualche volta non giustificato. Il libro di Sironi, come lui stesso afferma "non è esente da limiti e manchevolezze". Noi vogliamo analizzarli questi limiti ma vogliamo prima dire che molti sono i meriti di questo storico della medicina, come lui si definisce, in ordine alle complesse problematiche dell'industria del farmaco in Italia. Un'industria che non è priva di colpe ma che non può, e non deve, essere colpevolizzata sempre

e comunque dai parolai per vocazione e che in buona misura straparano senza conoscere il problema.

Alcune cose scritte nel libro possono pure non essere condivisibili ma certamente non si può accusare Sironi di essere un uomo di parte. Ha cercato la collaborazione, per la stesura del suo testo, laddove i non addetti ai lavori o i professionisti del disfattismo collocano il marcio: all'interno della Farmindustria e presso aziende farmaceutiche di grosso, medio e piccolo calibro. E partendo da queste fonti, ma non soltanto da queste, ha costruito la sua storia. Con l'esperienza che gli discende dall'essere medico ma, soprattutto, servendosi dell'esperienza di Giorgio Cosmacini, che oltre ad essere medico è uno storico della medicina. Sironi riconosce che per realizzare, sperimentare e produrre i sieri e i vaccini su larga scala, verso la fine dell'800, gli scienziati dell'epoca lavorarono di concerto con le aziende farmaceutiche. Da allora ad oggi - e sono passati cento anni - le cose non sono cambiate. Il libro "Le officine della salute" è stato oggetto di una lunga ed amabile conversazione telefonica con Vittorio Sironi. Da addetti ai lavori abbiamo convenuto che tante cose nel settore farmaceutico (e su questo termine farebbero bene a riflettere tutti, senza escludere nessuno!) non vanno per il verso giusto: molto per la demagogia che permea la classe politica e spesso per la superficialità con la quale, da più parti, si guarda al problema. Spesso gli esperti sono tenuti lontani deliberatamente dai luoghi decisionali, proprio perché nella confusione e nel pressapochismo "ingrassare" è più facile.

Sironi, con il suo volume "Le officine della salute" (Laterza 270 pag. 45.000 lire) in buona sostanza sostiene proprio questo. E lo fa quando si celebra, in Italia, il centenario della prima farmacopea ufficiale dello Stato italiano, l'elenco dei prodotti medicinali riconosciuti efficaci dalla scienza. Possiamo essere d'accordo che una pletora di confezioni - non di farmaci - appesantiscono la farmacopea italiana, ma non siamo d'accordo con chi, qualunquisticamente addossa la colpa della spesa della Sanità al farmaco. Quanto costa una giornata d'ospedale? Quanto la degenza in questo o in quel reparto? Solo rispondendo a queste domande si può tracciare, ma non esaustivamente, un "bilancio economico del farmaco".

Le risposte a queste domande potrebbero essere sorprendenti se si desse ascolto ad uno studio del "New England Journal of Medicine" una sorta di "corte di cassazione" internazionale in tema di sanità. Lo studio affronta la spinosa questione della spesa sanitaria che Sironi affronta in una certa maniera nel suo libro. L'aumento del ticket ha contratto la spesa sui farmaci del 35% e, nello stesso tempo, ha fatto lievitare del 100% quella sui ricoveri ospedalieri con risultati devastanti per le casse dello Stato.

Diciamo che la storia del farmaco ha, comunque, un suo fascino. Il farmaco è una sorta di prisma - afferma Giorgio Cosmacini nella prefazione al libro - che scompone e riflette i vari aspetti della società. Sironi, con la sua opera ci consegna una "sua" storia del farmaco che non è molto dissimile da quella ufficiale. Partito dai tamarindi, dall'empiastrato di cantaridi, dal miele, farmaci obbligatori cento anni or sono, Sironi giustamente parla delle molecole moderne: benzodiazepine, aceinibitori, betabloccanti, senza scendere nelle singole valutazioni e sull'efficacia delle stesse. Ma qui il discorso si allargherebbe di molto. Ci auguriamo che

con Sironi l'argomento possa essere affrontato in una prossima pubblicazione.

SEZIONI DI NAPOLI

Presso il Gruppo Consiliare Regionale dei Verdi Arcobaleno si è tenuta una Tavola Rotonda, organizzata dalle Sezioni AIISF della Campania, sul tema: **"Farmatruffa: come difendere la nostra immagine"**.

I partecipanti Angelo de Rita, Presidente Nazionale dell'AIISF, l'Esecutivo Nazionale tutto e i Presidenti delle Sezioni Napoletane dell'Associazione AIISF: Pantalone, Mauriello e Cucuzza, hanno evidenziato il ruolo prettamente scientifico degli Informatori, in netta contrapposizione con l'attività meramente commerciale di operatori del settore farmaceutico, che nulla hanno di scientifico e professionale.

Hanno ritenuto opportuno, a questo punto, richiamare l'articolo 1 della legge approvata al Senato, relativa alla "Disciplina dell'attività di informazione scientifica sui farmaci" che recita: "...omissis...per informazione scientifica si intende il complesso di informazioni relative alla composizione dei farmaci, alla loro attività terapeutica, alle indicazioni, alle precauzioni e modalità d'uso ed ai risultati degli studi clinici controllati, relativi all'efficacia ed alla tossicità immediata e a distanza, destinato ai medici e ai farmacisti, avente lo scopo di assicurare un corretto uso del farmaco. Omissis..."

Dall'intervento del Presidente Nazionale de Rita è scaturito anzitutto, in modo molto marcato, che, alla luce degli avvenimenti di questi ultimi giorni, l'attività di informatore scientifico del farmaco si differenzia in modo sostanziale da quello niente affatto etico di altra figura agente, comunque, nell'ambito del comparto farmaceutico.

"In suddetto settore, anche se regolato da precise leggi di mercato, c'è però modo e modo di operare, c'è modo e modo di essere medici, farmacisti, aziende farmaceutiche e anche informatori, ma c'è soprattutto modo e modo di essere uomini-dichiara de Rita.

Il farmaco non è una saponetta o un paio

di scarpe - continua il Presidente nazionale - ma qualcosa di ben più importante che è in ferma connessione con la tutela della salute del cittadino".

Vari interventi hanno sottolineato con forza la necessità di una presa di coscienza del ruolo dell'ISF e del suo conseguente modo di operare nell'ambito di un'etica professionale, sottolineata più volte in decreti e leggi.

Il Consigliere Arcobaleno D'Acunto ha anticipato che al più presto presenterà un O.d.g. in Consiglio Regionale e chiederà, inoltre, alla Commissione Consiliare competente di approfondire tale delicata e importantissima tematica per chiarire, definitivamente e in modo inequivocabile, i confini tra i capitoli di spesa farmaceutica ed effettivo consumo di farmaci che certamente influiscono sulla prima, in termini percentuali, intorno al 70% mentre il restante 30% è assorbito da oneri passivi quali spese legali, interessi bancari ecc.

D'Acunto propone un incontro tra AIISF e Commissione Consiliare Regionale competente, onde chiarire ruoli e interessi dell'una e dell'altra, volti principalmente al fine ultimo della qualità della vita, della tutela della salute del cittadino e...del bilancio pubblico.

"La farmatruffa va quindi inquadrata - afferma Mimmo Bruni dell'Esecutivo Nazionale AIISF - non come individualizzazione e localizzazione del fenomeno ma nel contesto ben più ampio e grave della malasanità nazionale".

La Tavola Rotonda si è conclusa con un impegno, da parte del Consigliere D'Acunto, di organizzare altri incontri con la categoria, onde approfondire la conoscenza dei problemi degli ISF, nell'ambito del pianeta Sanità, per instaurare anche in Campania quel rapporto tra informazione sanitaria e utenti, già instaurato, ad esempio, in Toscana dove, proprio degli ISF della Schering-Plough, hanno a suo tempo realizzato interventi pubblici in tal senso - come ha ricordato il Presidente de Rita.

Ha chiuso i lavori il Presidente della Sezione Napoli 3, Tito Pantalone, auspicando ulteriori incontri tra informatori scientifici e istituzioni.

agli iscritti

E' stato spedito alle Sezioni un congruo numero di copie del **Codice Deontologico** della nostra Associazione.

I colleghi sono invitati a ritirarlo.

ai Segretari di Sezione

Per quei, colleghi dei quali non siamo in possesso dell'indirizzo completo, il giornale viene inviato ai Segretari. Ad essi rinviemo l'invito di accertarsene e di segnalarci, con cortese sollecitudine, l'indirizzo in questione. Grazie.

NAPOLI 3

Il Direttivo della Sezione Napoli 3 ha inviato ai Medici la seguente lettera di presentazione:

Egregio Dottore,
desideriamo informarla che nella USL dove Lei esercita è operante l'ASSOCIAZIONE DEGLI INFORMATORI SCIENTIFICI DEL FARMACO, Sezione Napoli 3.

L'AISF ha tra i vari scopi anche quello di collaborare con le Istituzioni e le Strutture Socio-Sanitarie affinché l'informazione sui farmaci sia finalizzata all'interesse della comunità.

Intendiamo collaborare con tutti concorrendo allo studio ed alla attuazione dei provvedimenti che riguardano l'attività di informazione scientifica sul farmaco ed anche il suo intervento può esserci utile. Grati della sua collaborazione,

.....

NAPOLI 1

Teo Mascia del giornale "IL CONFRONTO della Campania" ha intervistato Filippo Cucuzza, Presidente della Sezione AISF NA 1.

Riportiamo, per i lettori di Algoritmi, le parti più interessanti della lunga intervista.

".....(Gli ISF) stretti fra l'esigenza deontologica di fornire una informazione approfondita e corretta al medico e la politica delle aziende di allargare al massimo i consumi, attraverso il meccanismo della propaganda, la funzione dell'informatore scientifico del farmaco è oggi sottoposta a tensioni differenti e ad una carenza di definizioni di ruolo e di normativa che la supportino. Si assiste ad una crescente divaricazione fra ruolo formalmente descritto nei codici deontologici, nella legislazione e negli accordi sindacali nazionali, e quanto comunemente avviene.

Obiettivo primario dell'ISF dovrebbe essere una corretta informazione scientifica sui farmaci, attraverso un'illustrazione delle loro proprietà, dell'efficacia e degli effetti collaterali, affinché il medico possa consapevolmente effettuare le proprie scelte, funzionali al benessere della comunità. Le aziende, però, di solito tendono a far prevalere il carattere commerciale del messaggio, esaltando la positività dei caratteri marginali od inesistenti del farmaco, sminuendo o occultando gli effetti collaterali, fornendo un'informazione inadeguata sul piano scientifico e mirata al marketing, incrementando le visite presso i medici e le azioni promozionali a loro rivolte. Tali politiche, unitamente all'aumento del numero dei medici, hanno portato ad un incremento degli ISF da 18.000, a metà degli anni settanta, ai circa 25.000 attuali. Ed è quotidiano il disagio che si prova a stare in ambulatorio gomito a gomito con due, tre, più colleghi con la gente che ti guarda stupita e si domanda la necessità di tutti questi "rappresentanti di medicinali". In queste condizioni lavorative è facilmente comprensibile l'amarezza che assale numerosi ISF e la loro crescente adesione all'Associazione Italiana degli Informatori Scientifici del Farmaco la quale conta, attualmente, più dei due terzi dei 25.000 ISF operanti in Italia. Un successo dovuto senza dubbio agli scopi che essa si pone ed al fatto che è l'unica organizzazione professionale del settore, presente con le sue strutture regionali e sezionali in tutte le province italiane. Più precisamente l'AISF,

come si legge nell'articolo 2 dello Statuto, si prefigge di:

- promuovere la coesione e l'unione di tutti gli informatori scientifici del farmaco, per consentire una visione univoca ed omogenea dei loro problemi professionali;

- collaborare con le Istituzioni e le Strutture Socio-Sanitarie affinché l'informazione sui farmaci sia finalizzata all'interesse delle collettività;

- promuovere ed incentivare la formazione culturale degli addetti all'informazione scientifica sui farmaci, anche intesa come strumento più idoneo a risolvere i problemi provenienti dal lavoro, nonché per reavvizzare gli scopi indicati dalla legislazione vigente in materia;

- collaborare con le Autorità e gli Organismi competenti, internazionali, nazionali e locali, concorrendo allo studio ed all'attuazione dei provvedimenti che riguardano l'attività di informazione scientifica sui farmaci;

- tutelare la dignità professionale degli ISF attraverso tutte quelle iniziative che possono contribuire a garantire il rispetto della loro professionalità, nell'ambito dei diritti sanciti dalla Costituzione;

- motivare e difendere i principi dettati dalle norme deontologiche approvate dal Congresso dell'Associazione.

Ed all'insegna del suo Statuto - prosegue Cucuzza - l'AISF ha intrapreso negli anni una serie di iniziative che hanno contribuito al miglioramento delle condizioni lavorative degli ISF e ad una rivalutazione della loro immagine professionale.

Determinante è stato il suo contributo alla presentazione in Parlamento di alcune proposte di leggi finalizzate al riconoscimento della professione di informatore scientifico del farmaco, attraverso l'istituzione di un Ordine o Collegio professionali. A questo proposito il 29 gennaio scorso, il Senato ha approvato un disegno di legge teso alla disciplina dell'attività di informazione scientifica sui farmaci. Se il disegno verrà tramutato in legge con l'approvazione della Camera, finalmente l'attività di informazione scientifica sui farmaci riceverà una completa regolamentazione legislativa. Il disegno di legge, infatti - spiega Cucuzza - già nel primo articolo, definisce l'attività degli ISF. Per informazione scientifica - si legge - si intende il complesso di informazioni relative alla composizione dei farmaci, alla loro attività terapeutica, alle indicazioni, alle precauzioni e modalità d'uso ed ai risultati degli studi clinici controllati relativi all'efficacia ed alla tossicità immediata ed a distanza, destinato ai medici ed ai farmacisti, avente lo scopo di assicurare un corretto uso del farmaco. L'articolo 3, invece, prevede l'istituzione di un Registro Nazionale degli ISF e specifica i requisiti necessari per l'iscrizione. All'articolo 8, inoltre, è stabilito che entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della Sanità istituisce una Commissione tecnica per l'informazione scientifica del farmaco composta da tre membri, nominati tra i dipendenti del Ministero della Sanità aventi qualifica di dirigente superiore.

Indubbiamente - conclude Filippo Cucuzza - se questo disegno verrà tramutato in legge, non solo l'attività degli ISF acquisterà una migliore qualifica professionale, ma la stessa collettività verrà avvantaggiata da una più corretta informazione scientifica sui farmaci.

Speriamo che il Parlamento italiano - annota Teo Mascia in chiusura - sappia presto concretizzare le speranze di 25.000

nostra pellicola

(da riprodurre)

Filippo Cucuzza

informatori scientifici del farmaco.

PERUGIA

Il Presidente AISF Marco Monotti è stato invitato come relatore al Convegno dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (A.M.C.I.), svoltosi a Perugia l'8 giugno scorso. Nella sua interessante relazione, il collega Monotti ha puntualizzato le finalità dell'AISF che sono quelle di:

- promuovere l'unione e la coesione di tutti gli ISF per consentire una visione omogenea dei loro problemi professionali;

- collaborare con le Istituzioni e le Strutture socio-sanitarie affinché l'informazione sui farmaci sia finalizzata all'interesse delle collettività;

- promuovere ed incentivare la formazione professionale degli addetti all'informazione scientifica sui farmaci;

- tutelare la dignità professionale degli ISF attraverso tutte quelle iniziative che contribuiscono a garantire il rispetto della loro professionalità, nell'ambito dei diritti sanciti dalla Costituzione Italiana.

Dopo avere precisato che gli Informatori sono anello di congiunzione fra l'Industria che propone le sperimentazioni e la commercializzazione del farmaco ed il medico che ne saggia le qualità ed i limiti - anello quindi che impone e racchiude un'assoluta necessità di comportamenti morali - Monotti, prendendo spunto dalla declaratoria del C.C.N. dei lavoratori dell'Industria chimica, osserva come nella realtà il rispetto del nostro profilo, in essa contenuto, sia stato emarginato a vantaggio delle impostazioni delle Direzioni marketing. Tant'è vero che la professionalità di un Informatore viene valutata soprattutto in base ai dati vendita.

L'eccessivo peso del messaggio commerciale ha determinato un aumento degli Informatori, della frequenza delle loro visite e del significato pubblicitario con utilizzo di mezzi promozionali che nulla hanno a che fare con il "contenuto preminentemente scientifico" descritto nella declaratoria del Contratto.

Monotti si chiede come sia possibile sanare questa situazione e vede nell'impegno

della nostra Associazione a perseguire l'obiettivo dell'approvazione definitiva del Disegno di legge relativo al riconoscimento giuridico della professione di ISF ed alla regolamentazione del servizio di informazione scientifica sui farmaci, la risposta più idonea per l'affermazione di una informazione scientifica più corretta e credibile.

Dopo avere ampiamente illustrato i contenuti più significativi e qualificanti del Disegno di legge approvato al Senato durante la scorsa legislatura, Monotti conclude augurandosi messaggi più attendibili da parte degli ISF, ma anche un maggior senso critico ed una maggiore attenzione da parte dei Medici nel recepirli. Dunque: più i medici ascolteranno, e in maniera critica, gli Informatori scientifici adeguatamente preparati, più grande sarà la sfida per l'industria farmaceutica ad assicurare che queste persone mantengano i più alti standards culturali.

PIACENZA

IL Direttivo della Sezione ci invia il carteggio relativo alla situazione in atto tra la USL N.°2 di Piacenza, il Presidente della Casa Protetta V. Emanuele II e l'AIISF di Piacenza in merito al divieto fatto ai medici dell'Istituto di ricevere, all'interno dello stesso, informazione scientifica sui farmaci. Infatti su richiesta di chiarimenti del Presidente dell'Ente, il Commissario Straordinario della USL impediva di fatto agli Informatori di svolgere il proprio lavoro, nonostante la protesta e la contraria volontà dei medici che operano nell'Istituto.

A seguito della grave decisione il Direttivo Sezionale è tempestivamente intervenuto scrivendo al Commissario Straordinario della USL di competenza, al Presidente della Casa Protetta V. Emanuele II e, per conoscenza, alle Autorità ed alle Istituzioni interessate, facendo presente che la figura dell'informatore scientifico è prevista dalla legge istitutiva del SSN. Nel documento si citano, inoltre, i numerosi D.D.M.M. in materia tra cui quelli che fanno obbligo agli ISF di portare l'informazione "a tutti i Sanitari interessati alla relativa prescrizione farmaceutica..." e curare il c.d. "monitoraggio attivo" sugli effetti collaterali per conto del Ministero della Sanità.

Il Direttivo invita quindi gli Amministratori a rispettare le norme emanate in materia di regolamentazione del servizio di informazione scientifica sui farmaci, tenendo presente che tali norme si pongono come obiettivo prioritario una corretta e tempestiva informazione al fine di tutelare la salute della collettività. Si invita infine la Presidenza Nazionale AIISF ad intervenire anche presso la Farmindustria per evitare che simili situazioni dilaghino ostacolando così il lavoro degli ISF con grave pregiudizio per la loro dignità professionale.

RAVENNA

La Sezione ha provveduto a stampare l'elenco degli iscritti per l'anno 1992-1993 con relativi indirizzi, numeri telefonici e aziende di appartenenza.

In prima pagina figura un riquadro il cui contenuto condividiamo in pieno e che sarebbe opportuno che tutti gli ISF osservassero per evitare equivoci ed arbitri niente affatto produttivi.

Lo riportiamo:

Per notizie e problematiche che riguardano la categoria, si invita a prendere contatti con i componenti del Direttivo Sezionale.

Nessun iscritto ha la facoltà di concludere accordi o impegni che investano l'interesse generale della categoria, senza il consenso e l'approvazione del Direttivo Sezionale.

SALERNO

La Sezione ci manda per conoscenza uno scritto inviato alla FULC nel quale si depreca il fatto che nel contesto della fusione delle aziende Delalande-Isnardi in Synthelabo-Delagrang-Lirca, gli ISF della Delalande con contratto Enasarco sono stati licenziati. Dei restanti, alcuni sono andati in pensione, tre sono stati assorbiti, gli altri tredici (tra cui un iscritto della Sezione) sono stati invitati, durante un colloquio con i vertici aziendali, a dimettersi o altrimenti minacciati di ripetuta mobilità.

Il Consiglio Direttivo di Salerno e il Consiglio Regionale hanno chiesto un deciso intervento sindacale su tale problematica destinata, oltretutto, ad estendersi ad altri lavoratori del settore.

SAVONA

La Sezione ci invia il verbale di una riunione fra i rappresentanti dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia ed i rappresentanti associativi e sindacali degli Informatori Scientifici del Farmaco. Erano presenti per i Medici G. Luigi Bocchio, Gianni Folco e Renato Giusto; per gli ISF Gianni Piccazzo e Franco Rebella; per la Filcea-ISF Gianni Del Giaccio.

L'O.d.G. era finalizzato a stabilire una

foto registro
(pellicola da fare)

regolamentazione delle visite degli Informatori che migliorasse il servizio di informazione e rendesse più agibile l'accesso agli ambulatori ed i risultati raggiunti al termine di una non breve discussione possono essere sintetizzati dal nuovo cartello che figurerà nelle sale di attesa dei Medici del Savonese.

Per consentire il necessario controllo i Medici prevedono la distribuzione di un semplice registro riportante i nomi delle Aziende farmaceutiche seguiti da cinque caselle, ognuna delle quali verrà barrata al passaggio del relativo ISF (nel caso eccezionale di affiancamento di un funzionario aziendale le caselle barrate saranno due).

Nel corso della discussione, è stata evidenziata da parte medica la necessità che ogni nuova specialità farmaceutica sia portata nel più breve tempo possibile a conoscenza di tutti i sanitari, indipendentemente dalla loro specialità od attività principali e dal loro potere prescrittivo.

TARANTO

La Sezione, sull'onda del successo riscosso nelle precedenti edizioni, ha deciso di organizzare anche per il 1992 un Torneo di Tennis ed un Torneo di Tennis da Tavolo.

La premiazione dei vincitori avverrà nel corso della rituale cena sociale, che consentirà a tutti i partecipanti di trascorrere qualche ora spensierata fra colleghi, familiari ed amici.

VERONA

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia ha inviato alla Farmindustria ed all'AIISF la seguente lettera avente come oggetto: Rapporti Medici/Informatori Scientifici.

Il Consiglio Direttivo di questo Ordine ha constatato una crescente difficoltà di rapporti con gli Informatori Scientifici del farmaco determinata da una eccessiva frequenza di visite di questi ultimi negli studi dei medici di famiglia.

Pur ribadendo che il Medico ha necessità dell'informazione scientifica per tenersi aggiornato sulle novità dell'industria farmaceutica, si ritiene che una non giustificata frequenza di visita da parte degli ISF possa configurare uno sconfinamento del suo compito di informazione verso forme di pura pressione commerciale.

Pertanto, al fine di salvaguardare la professionalità dei medici ed anche degli informatori scientifici del farmaco questo Consiglio Direttivo stabilisce il seguente codice di comportamento:

1- le visite degli ISF, per ogni Casa Farmaceutica, presso gli ambulatori medici di Famiglia, sono accettate nel numero massimo di quattro all'anno, (vedi agenda distribuita in collaborazione con l'AIISF, Sezione di Verona, sulla quale il medico segnerà la visita) fatta salva la presentazione di prodotti con nuova

(segue a pag. 15)

INA

(per l'intera pagina usare la pellicola allegata al dischetto)

dalla pagina 13

formula molecolare e la libertà del Sanitario di stabilire autonomamente il numero delle visite;

2- non sono accettate visite contemporanee di due dipendenti della stessa Azienda, a meno che non si tratti della presentazione del nuovo ISF di zona;

3- l'ISF curerà che la sua informazione risponda al requisito della essenzialità e correttezza;

4- non sono accettate indagini statistiche telefoniche o ambulatoriali sugli orientamenti prescrittivi del medico.

Confidando nella collaborazione di tutti perchè queste norme siano rispettate, si pregano i Responsabili dell'AIISF Sezione di Verona, di volerne dare la opportuna diffusione presso i propri Iscritti, al fine di far conoscere il contenuto della presente a

Un impegno per il futuro di tutti



al di là del nostro particolare

tutte le Case Farmaceutiche interessate.

Nella convinzione che ciò concorra a rendere più corretti e proficui i rapporti tra i Medici di Famiglia e gli Informatori Scientifici del Farmaco

F.to: il Presidente Dr. Giuseppe Sandri

Il consiglio Direttivo dell'AIISF della Sezione si è fatto immediatamente interprete del senso della lettera sopra riportata, inviandone copia a tutte le Aziende operanti sulla Provincia come informazione e denuncia di una situazione che, permanendo l'attuale stato di cose, si tradurrebbe nell'impossibilità, nonostante l'impegno profuso, di effettuare un lavoro serio, corretto, professionale.

Da "COMIX" N. 5 del 4 aprile 1992

- rubrica di marketing e comunicazione disintegrata -

Nel terziario avanzato nessuno può sentirti urlare

di Walter Fontana

Perché quando un manager ti fissa negli occhi e ti dice "stai tranquillo" bisogna cominciare a tremare? Per gli uomini di marketing le parole hanno lo stesso significato che hanno per gli esseri umani? Si può diventare esperti nel linguaggio del marketing? E in questo caso, si può guarire? Sono domande complesse, per rispondere alle quali procederemo col metodo che molti tra gli stessi manager prediligono: il casaccio.

Per inquadrare il problema e non dargli possibilità di scampo, siamo andati al "Parola Giusta Institute", scuola di specializzazione per manager di medio, alto ed enorme livello. La scuola è diretta da Diana Irene Tranz, che per anni ha coordinato la Divisione Comunicazione e Immagine di un importante tapparellista.

D. : Dottressa Tranz, come le è venuta l'idea di mettersi in proprio?

R. : E' caduto.

D. : Chi?

R. : Il tapparellista. E' caduto dal dodicesimo piano. Per me è stato un colpo di fortuna. Forse il più grande di tutta la mia vita. Rimasta sola, ho raccolto il mio fagotto di competenza e capacità professionale ed ho deciso di metterlo a disposizione delle imprese.

Mi creda, nella società post-terziaria che ci aspetta sarà decisivo, non solo per le aziende ma anche per i singoli manager, sapere elaborare una comunicazione efficace, pertinente e di alto profilo porca mattina mi è saltato l'elastico delle mu-

tande.

D. : Può dirci in che modo insegna comunicazione ai manager?

R. : Erano quasi nove, ma vadavia al piffero.

D. : Può dirci in che modo insegna comunicazione...

R. : Tra l'altro non è il primo elastico che mi fa questo scherzo. Venendo alla sua domanda, le dirò prima di tutto che il "Parola Giusta Institute" è una struttura altamente qualificata. Molti giovani manager vengono mandati qui a farsi le ossa, in modo che le loro aziende abbiano poi qualcosa da sgranocchiare. I nostri allievi non hanno certo tempo da perdere. Per questo siamo essenziali, ottimizzando i ritmi di studio. Ad esempio, durante il primo seminario forniamo solo le vocali. Le consonanti le spediamo con calma un paio di mesi dopo per fax, quando gli allievi sono tornati in azienda e stanno già mettendo a frutto ciò che hanno imparato.

mo solo le vocali. Le consonanti le spediamo con calma un paio di mesi dopo per fax, quando gli allievi sono tornati in azienda e stanno già mettendo a frutto ciò che hanno imparato.

D. : Può illustrarci un argomento dei vostri corsi?

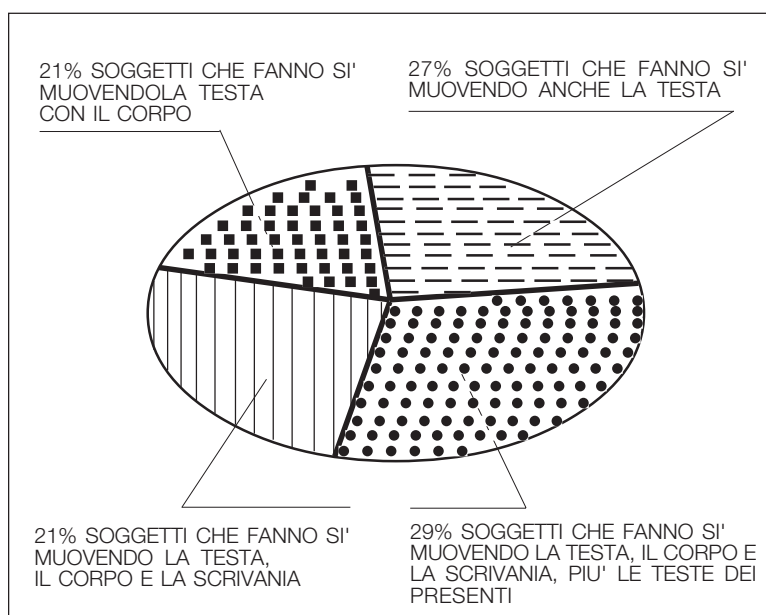
R. : Sono cose riservate. Io stessa ne parlo senza sapere ciò che dico. Però le posso indicare una tendenza. Le parole non bastano più. Ci vogliono i concetti. Il "Parola Giusta Institute" indica come vincente nello scenario del prossimo futuro il concetto "si". Noi insegnamo a dire si in tantissimi modi. Le faccio un esempio. Tre mesi fa sono arrivati un centinaio di giovani manager per un corso di aggiornamento. All'inizio del corso essi sapevano dire si in un solo modo. Nel grafico lei può vedere da solo i risultati delle prime quattro settimane di corso.

D. : Tutto questo è molto bello ed istruttivo. Grazie Dottressa Tranz.

R. : Sono io che ringrazio me.

La prossima volta parleremo della sinergia uomo-azienda-prodotto-banana-scimmia-tecnologia del piacere-qualità della vita, attraverso l'analisi di alcuni best seller per manager, a cominciare dal famoso "Il vantaggio competitivo di essere quello che ha già mangiato".

Cari lettori, mi spiace per voi, ma il vostro futuro è già cominciato.



dalla prima pagina

Formazione universitaria e informazione sul farmaco

e produttivo e svolgono un importante ruolo di responsabilità nell'informare il medico della commercializzazione dei nuovi farmaci e nel tenerlo aggiornato su quanto può essere necessario per un loro uso corretto. Un limite determinante di questo importante compito è che troppo spesso il ruolo di "informatore" è subordinato a quello di "propagandista", troppo spesso utilizzato soltanto per dare tutti quei messaggi che non possono passare in pubblicità trasparente sulla stampa di settore.

E' un aspetto che va rivisto e che non dipende dal grado di professionalità dell'informatore ma dal suo rapporto di lavoro che pone serie ipoteche sulla obiettività dell'informazione.

Inoltre essi non raggiungono tutti i medici ma si rivolgono piuttosto ai medici con maggiori possibilità prescrittive a scapito dei

giovani medici con pochi assistiti".

Sinceramente non vedo come non si possa essere d'accordo con Baldacci, la cui analisi coglie sfumature così sottili da farmi sospettare che questo medico, pecorella del mio gregge, sia molto più attento di quanto non appaia nel corso delle interviste che egli sembra voler cortesemente affrettare.

Purtroppo - lo capisco molto bene dopo averlo letto - egli si attende anche dal sottoscritto, in quanto ISF, al di là della mia propria professionalità, stante il rapporto di lavoro subordinato, un messaggio gravato da serie ipoteche sulla sua obiettività. Quindi non più utile di tanto, quindi non ascoltato più di tanto.

Sarei tentato, sull'istante, di fare un "mea culpa" per non esser riuscito, in tanti anni, a non farmi racchiudere nel fascio in cui

Baldacci raccoglie tutte le sue erbe. Ma, subito dopo, forse per l'indulgenza che ognuno è propenso a dispensare alla propria persona, decido di farne a meno; o forse perchè, pur volendomi bene, non arriverei a perdonarmi l'arroganza, la sicumera, la superbia con la quale mi sopravvaluterei se giungessi a pensare il mio messaggio così interessante, così unico e pulito da brillare su montagne di pattume.

NUOVA COMPOSIZIONE POLITICA DELLA SANITÀ'

Ministro della Sanità : Francesco De Lorenzo

Sottosegretario : Luciano Azzolini

Camera dei Deputati

XII Commissione Affari Sociali

Presidente : Lino Armellini (DC)
Vice Presidenti : Rossella Artioli (PSI) - Carole Beebe Tarantelli (PDS)
Segretari : Giovanni Alterio (DC) - Lalla Trupia Abate (PDS)

Giuseppe Albertini (PSI)
 Stefano Apuzzo (Verdi)
 Augusto Battaglia (PDS)
 Gianfranco Bettin (Verdi)
 Giuseppe Bicocchi (DC)
 Giorgio Bogi (PRI)
 Emma Bonino (Fed.Eur.)
 Giancarlo Borra (DC)
 Gian Mauro Borsano (PSI)
 Rocco Francesco Caccavari (PDS)
 Roberto Calderoli (Lega Nord)
 Cosimo Casilli (DC)
 Pierluigi Castagnetti (DC)
 Sergio castellaneta (Lega Nord)
 Giulio Conti (MSI-DN)
 Vincenzo Culicchia (DC)
 Fernando Di Laura Frattura (DC)
 Romano Ferrauto (PSDI)
 Lucia Fronza Crepaz (DC)
 Vasco Giannotti (PDS)
 Eugenio Jannelli (PDS)
 Federico Guglielmo Lento (Rif.Com.)

Alfonso Martucci (PLI)
 Angelo Mazzola (DC)
 Danielka Mazzuconi (DC)
 Gabriele Mori (DC)
 Sergio Moroni (PSI)
 Alessandra Mussolini (MSI-DN)
 Mario Perani (DC)
 Fabio Perinei (PDS)
 Pierluigi Petrini (Lega Nord)
 Paolo Pillitteri (PSI)
 Irene Pivetti (Lega Nord)
 Barbara Pollastrini (PDS)
 Danilo Poggiolini (PRI)
 Bruno Randazzo (DC)
 Aldo Renzulli (PSI)
 Cristina Rossi (Lega Nord)
 Raffaele Rotiroli (PSI)
 Giuseppe Saretta (DC)
 Gianni Sarritzu (Rif.Com.)
 Maria Grazia Sestero (Rif.Com.)
 Helga Thaler Ausserhofer (Misto)
 Franco Trappoli (PSI)
 Paolo Tuffi (DC)

Senato della Repubblica

XII Commissione Igiene e Sanità

Presidente : Elena Marinucci Mariani (PSI)
Vice Presidenti : Mario Condorelli (DC) - Glauco Torlontano (PDS)
Segretari : Monica Bettoni Brandani (PDS) - Valentino Martelli (PLI)

Giuseppe Brescia (PDS)
 Andrea Carrara (DC)
 Maria Paola Colombo Svevo (DC)
 Angelo Dionisi (Rif.Com.)
 Vincenzo Garraffa (PRI)
 Luigi Domenico Grassani (Rif.Com.)
 Stefano Ippazio (PDS)
 Elia Manara (Lega Nord)
 Giuseppe Mininni Jannuzzi (MSI-DN)
 Daria Minucci (DC)
 Bruno Napoli (DC)

Francesco Perina (DC)
 Carlo Pisati (Lega Nord)
 Emilio Pulli (DC)
 Santi Rapisarda (PSI)
 Carla Rocchi (Misto-Verde)
 Raffaele Russo (PSI)
 Ferdinando Signorelli (MSI-DN)
 Antonio Ventre (DC)
 Sisinio Zito (PSI)
 Grazia Zuffa (PDS)

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

*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.