



CARE

costi dell'assistenza e risorse economiche

3

L'ITALIA TRA BISOGNI DI INNOVAZIONE E LOGICHE DI LOW COST

Anno 8 Maggio-Giugno 2006

a colloquio con **Giuseppe De Rita**

"Non credo alla litania su innovazione e capitale umano, discorsi così non ci fanno fare un passo avanti anche se piacciono tanto sia ai rappresentanti delle istituzioni sia ai presidenti di qualsiasi associazione locale" (CorrierEconomia, 15 maggio 2006). Se a pronunciare queste parole è un uomo di pensieri progressivi e progressisti come Lei, che ha scritto testi di politica industriale, parlato di nuovo modello di sviluppo e fatto 'autocoscienza della società italiana', non c'è di che preoccuparsi?

No, non c'è da preoccuparsi, perché c'è sempre un problema di autocoscienza della società italiana. L'autocoscienza vuole che si dica che, quando noi ci riferiamo al capitale umano ed all'innovazione, in realtà parliamo subito dopo di impegno nella scuola, di crescita dell'università, di aumento del numero di laureati, di incremento delle spese della ricerca.

Questo è ciò che concretamente rappresenta la traduzione delle altisonanti parole su innovazione e capitale umano. Significa che, alla fine, vincono le corporazioni che gestiscono la scuola e la ricerca e nei fatti così è. Se oggi si prende la riforma delle università, si comprende chiaramente che il progetto che doveva aumentare il nostro capitale umano ha solo moltiplicato i corsi di laurea.

Poiché io credo di dovere a me stesso l'incarico di fare un po' di autocoscienza della società italiana, quando si parla di innovazione e capitale umano devo dire: "State attenti, perché sotto c'è la fregatura!".

Lei ha anche affermato che "l'innovazione vera, oggi, è insieme di processo e di prodotto, tutta giocata all'interno delle imprese". Non c'è più spazio, quindi, per una ricerca pubblica vincente?

segue a pag 2

Care nasce per offrire a medici, amministratori e operatori sanitari un'opportunità in più di riflessione sulle prospettive dell'assistenza al cittadino, nel tentativo di coniugare - entro severi limiti economici ed etici - autonomia decisionale di chi opera in Sanità, responsabilità collettiva e dignità della persona.

- **Dalla letteratura internazionale** 7
- **Dossier**
INTERNET
E LE ASSOCIAZIONI
DI MALATI 15
- **Parole chiave**
HEALTH TECHNOLOGY
ASSESSMENT 23
- **Suggerimenti on line** 28
- **In libreria** 29



Il Pensiero Scientifico Editore

www.careonline.it



Laureato in giurisprudenza nel 1954, Giuseppe De Rita è stato funzionario SVIMEZ dal 1955 al 1963, poi responsabile della sezione sociologica della SVIMEZ dal 1958 al 1963. Dal 1964 al 1974 è stato Consigliere delegato del CENSIS. Dal 1974 ad oggi è Segretario Generale della Fondazione CENSIS. Nel 1989 è stato nominato presidente del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL) e svolge una intensa attività pubblicistica oltre ad essere relatore ai più importanti convegni e dibattiti che riguardano le condizioni e le linee di sviluppo della società italiana.

Il problema della ricerca pubblica è un problema complicato da molti anni, direi dai primi anni Sessanta, quando si faceva la distinzione tra ricerca pura e ricerca applicata, indicando con la prima qualcosa che andava fatto fuori da contratti, applicazioni, finalizzazioni, per cui poteva essere realizzata solo da un'università con finanziamenti pubblici; ricerca pubblica, quindi, equivaleva a ricerca pura e viceversa. Dall'altra parte, la ricerca applicata, essendo legata all'innovazione di prodotti, di processi, di brevetti, di macchinari, andava fatta dalle imprese perché rappresentavano i soggetti che ne avrebbero ricavato un vantaggio.

Questa distinzione, che sembrava così chiara, in effetti non lo era, ed è andata letteralmente in crisi negli anni successivi, perché si è cominciato a contestare il fatto che la ricerca pubblica dovesse essere esclusivamente quella pura; si sosteneva, infatti, che la ricerca pubblica potesse e dovesse anche essere quella orientata ai grandi problemi collettivi come, ad esempio, i trasporti e l'energia.

Già dagli anni Sessanta cominciarono, quindi, i programmi di ricerca orientata del CNR, sotto la presidenza di Giovanni Polvani, i cosiddetti flipper, che altro non furono che il tentativo di sterzare l'intervento pubblico nella ricerca verso temi di interesse collettivo; ricerca pubblica, quindi, non solo per finanziare la ricerca pura, ma anche quella orientata.

Al tempo stesso i discorsi sulla ricerca applicata si sono fatti sempre più tenui, perché le imprese non avevano soldi per fare politica della ricerca, e sono finite per essere anch'esse oggetto di finanziamenti pubblici. Nel 1968 si costituì il Fondo IMI ed i soldi pubblici cominciarono ad essere stanziati per le aziende che volevano fare innovazione.

Il ruolo dell'intervento pubblico si è quindi progressivamente confuso nell'ambito della ricerca pura, di quella orientata, di quella applicata, rappresentando per certi aspetti la 'droga' che ha consentito di fare quel poco di ricerca che è avvenuta.

A questo punto, però, è scattata una sorta di lotta fratricida tra chi fa ricerca pura, cioè le università che sostengono il loro diritto fondamentale al finanziamento della ricerca, tra chi la fa sui grandi settori di ricerca orientata, per esempio, il CNR, e i residui del Fondo IMI che ancora

chiedono soldi per le imprese. Naturalmente, le risorse sono molto scarse ed i finanziamenti pubblici vengono dispersi in tre rivoli, nessuno dei quali è in grado di fare soglia critica.

A proposito di capitale umano, invece, Nicola Rossi ebbe a scrivere, sulla pagine di CARE, che il problema dell'Italia non è tanto il cosiddetto 'brain drain', la fuga di cervelli, quanto piuttosto una sorta di immobilismo: "È un Paese da cui relativamente pochi escono e nel quale non entra quasi nessuno, mentre la caratteristica primaria del mondo scientifico moderno è la mobilità". È d'accordo con questa analisi?

Absolutamente sì. Se lei pensa ad altri settori, la mobilità esiste. Nel mondo della finanza, della pubblicità, della comunicazione, gli italiani entrano ed escono; ci sono italiani che dirigono televisioni in Spagna, tanto per fare un esempio.

Soltanto nel campo della ricerca e dell'innovazione questo non avviene in modo forte e precipuo. Mi domando se questo problema non sia sostanzialmente legato al tipo di contratto che il ricercatore ha in Italia: un contratto prevalentemente di impiego pubblico, con una carriera in progressione che non ammette salti, perché se vai cinque anni negli Stati Uniti, poi il concorso per associato non lo riprendi più.

Il meccanismo contrattuale diventa, quindi, decisivo; non è un meccanismo di tipo psicologico, ma è l'assetto contrattuale in organico del personale che induce a non andare via.

Ovviamente, induce ancor meno a venire qui, perché uno straniero che intenda venire in Italia ha ben poche possibilità di ottenere un finanziamento da una nostra università pubblica.

Se, quindi, la nostra è una società immobile, vecchia (e che invecchia), incapace di fare un'offerta nuova, una chiave dell'innovazione può consistere nella ricerca di soluzioni low cost per la soddisfazione di bisogni e consumi?

Il low cost è sicuramente uno dei temi più interessanti dei prossimi anni, perché noi avremo una sfida sul low cost che riguarderà molti set-

Dal sito di Careonline i risultati del sondaggio

Note AIFA tra appropriatezza e controllo dei costi

Qual è oggi, a suo parere, la funzione principale delle note limitative prodotte dall'Agenzia Italiana del Farmaco?

- Assicurare l'appropriatezza di impiego dei farmaci, orientando le scelte terapeutiche a favore delle molecole più efficaci e sperimentate 14,5%
- Contribuire al governo della spesa farmaceutica pubblica 8,9%
- Entrambe le funzioni richiamate sopra 70,7%
- Hanno scarsa efficacia in entrambe le funzioni richiamate sopra 5,7%

È auspicabile, a suo avviso, una maggiore o una minore flessibilità d'uso delle note limitative da parte del medico prescrittore?

- Maggiore 52,8%
- Minore 47,2%

Clicca su www.careonline.it e partecipa al nuovo sondaggio. Riceverai in omaggio **Comunicare col tuo staff** a cura dell'American Medical Association.

tori, compreso quello sanitario. C'è un welfare, come sostiene il Ministro dell'Economia Padoa-Schioppa, che dipende dalla diminuzione dei costi dei prodotti industriali: comprare un CD a 10 euro invece che a 35 è già un modo di darsi buona musica senza dover spendere troppo, il volare low cost è un'innovazione e diventa sociale, diventa un modo di vivere la società in maniera diversa, non più con l'affanno di pagare un biglietto Alitalia e poi, magari, non avere i soldi per l'ospedale o la clinica privata.

Il low cost è sicuramente la linea che si va affermando in una parte della produzione italiana; in un'altra parte è esattamente il contrario, si va verso l'eccellenza, anche attraverso un sistema che prevede momenti formativi, licei e università, costosissimi. Credo, personalmente, che il fenomeno più importante sia proprio la tendenza al low cost, perché è quella che modifica i comportamenti, i rapporti sociali e, forse, anche le dinamiche sociali.

Non pensa, tuttavia, che vi sia una sorta di consenso trasversale e, in parte, acritico sulla bontà di tutto ciò che è low cost, indipendentemente dalla qualità della soluzione prospettata e dall'eventuale impatto sull'innovatore originale?

Certamente sul low cost può esserci una sorta

di consenso al ribasso, diciamo, della qualità. Dobbiamo, però, riconoscere che in questo senso l'Italia ha sempre trovato un equilibrio tra un bisogno di qualità espresso dalla popolazione e una capacità di fare low cost espressa validamente dall'industria.

Se si pensa alla vicenda degli elettrodomestici, della televisione, dei telefonini specialmente negli ultimi cinque anni, alla fine abbiamo visto che le aziende che producono con l'ipotesi di fare il low cost, non forniscono prodotti di qualità scadente. E la gente che vi si avvicina, anche se qualche volta ha la "puzza sotto il naso" dell'eccellenza, alla fine riconosce che quello è un prodotto medio sul quale si può convenire. Non penso, quindi, che vi sia un pericolo di abbassare tutto al mediocre.

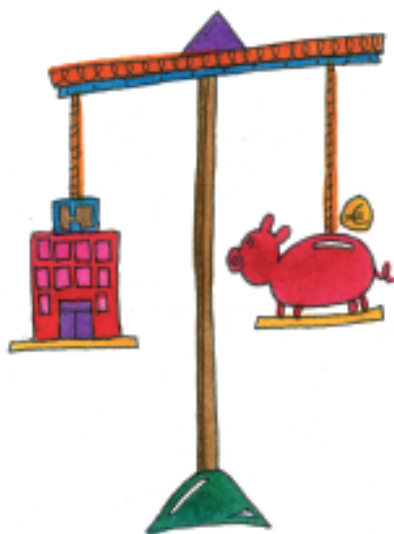
Prof. De Rita, un'ultima domanda. Nell'intervista di tre anni fa, parlammo approfonditamente di un tema, oggi di ancora maggiore attualità: la devolution. Ma la devolution, a suo parere, è una riforma innovatrice o low cost?

Se si pensa alle recenti parole del Governatore della Banca d'Italia Draghi, penso che si possa rispondere tutto tranne che low cost! Con la devolution, aumentano i centri di spesa incontrollati e incontrollabili e, quindi, certamente non è un low cost.

È certamente un'idea di innovazione, ma non può essere concretamente tale se resta così come è, perché oggi la devolution è poco più di una regionalizzazione.

Se non c'è una 'devolution della devolution', una trasposizione del trasferimento alle Regioni verso un passaggio alle Province, ai Comuni, alle Comunità montane, ovvero se non si va ulteriormente verso il territorio, ci troveremo con una competenza ed un potere che ci faranno rimpiangere il vecchio centralismo statale e per di più con una maggiore irresponsabilità.

Se ci pensate bene, il discorso sulla Sanità non è un problema di follie regionali che spendono un sacco di soldi, perché le vere follie sono sotto le Regioni; è la filiera successiva al momento regionale che è saltata e che nessuno controlla. Se non si porrà sotto controllo la filiera subregionale, la devolution sarà un fallimento e sarà costosissima. ■ ML





Laureata in filosofia, dal 1993 è vice-direttore generale del CENSIS, presso il quale lavora dal 1980. È consulente dell'OCSE, del Consiglio d'Europa, della CEE, dell'UNESCO, del Consiglio dei Ministri, della Camera dei Deputati, del CNEL e di altre associazioni ed organismi esteri, nazionali e locali.

RISCHI ED OPPORTUNITÀ DEL MODELLO LOW COST NEI SERVIZI ALLA PERSONA

di **CARLA COLLICELLI**

I consumi degli italiani sono stati investiti fortemente negli ultimi anni dall'onda lunga di un'offerta di beni e servizi a prezzi ridotti che ha rappresentato sia un formidabile strumento di tutela del potere di acquisto che la chiave per l'accesso a nuovi servizi anche da parte di gruppi sociali che ne erano esclusi.

Quello dei voli è, forse, il settore dove l'arrivo degli operatori 'low cost' è stato più dirompente e visibile, perché ha reso il trasporto aereo accessibile a cittadini che, sino a quel momento, ne erano esclusi per via dei prezzi elevati. Il 'weekend low cost' è ormai diventato un'abitudine di molte famiglie così come elevato è l'utilizzo di tali opportunità da parte dei più giovani. Tuttavia, il nuovo modello di offerta si è rapidamente esteso a numerosi altri settori, tanto che ormai incide in modo consistente sulla struttura globale dei consumi degli italiani.

Vanno citati i casi più famosi, da Ikea per mobilio e accessori per la casa,

agli hard discount per gli alimentari, agli outlet per l'abbigliamento, ai negozi '50 cent' per prodotti di cura della persona, alla telefonia tramite internet sino all'erogazione online della musica esplosa con l'Ipod.

È un vero e proprio modello sociale di crescente successo perché ha rappresentato una risposta concreta ai problemi di reddito della società patrimonializzata dove, appunto, coesistono buoni patrimoni e bassi redditi.

Nel low cost è la 'sovranità del consumatore' a dettare ritmi e costi del sistema, obbligando una ristrutturazione della filiera della produzione affinché 'strizzi' ogni eccedenza per poter imporre prezzi bassi.

È fondamentale considerare l'effetto sociale primario di questo modello: la spinta inclusiva tramite il consumo, perché consente anche ai bassi redditi di avere una funzione di consumo crescente o di arricchire il paniere con tipologie di beni e servizi fino a poco tempo prima negati.

È, peraltro, un modello sociale che nei fatti ha sostituito politiche pubbliche inclusive e ridistributive, attenuando in modo consistente gli effetti socioeconomici dell'inflazione successiva all'introduzione dell'euro.

Questa onda lunga ha obbligato anche le grandi compagnie a misurarsi con i suoi effetti, anche se vanno emergendo problemi e contraddizioni che mostrano il lato oscuro e complesso della sua generalizzazione. Non è certo possibile immaginare la trasferibilità pura e semplice del modello di low cost, che ha cambiato il modo di volare, vestirsi e arredare, in sostanza lo stile di vita di molte famiglie italiane al sistema di welfare, perché troppo diversi sono gli aspetti istituzionali, organizzativi, finanziari, nonché la collocazione e le aspettative degli utenti, vale a dire dei 'consumatori' del sistema di tutele.

Low cost e salute

Queste diversità vanno tenute in debita considerazione; sarebbe, però, un errore immaginare che il welfare sia un castello inespugnabile da processi sociali così diffusi sia perché al suo interno sono sicuramente in atto processi che, almeno in parte, richiamano la logica del low cost sia perché ci sono spazi d'azione in cui possono inserirsi operatori capaci di proporre prodotti/servizi a prezzi altamente competitivi. Il welfare è oggi una realtà composita, dove la predominante copertura statuale convive con la forte spinta alla personalizzazione dei bisogni e dove la domanda tenta, con una pluralità di strategie di compattamento, di fare pesare i propri orientamenti.

Il prezzo non è, quindi, l'indicatore primo ed esclusivo del rapporto tra utenti e Sanità, ma

esistono molte altre variabili rilevanti. Pertanto, la riduzione del costo di produzione della tutela non è un obiettivo in sé e nemmeno il presupposto per accedere a beni e servizi in precedenza negati, come accade negli altri mercati; piuttosto, lo spazio per operatori con logiche low cost va individuato nei processi reali, di lunga deriva, del welfare italiano. In particolare, in Sanità l'irruzione della logica low cost non può che agganciarsi in primo luogo alla personalizzazione del rapporto degli individui con la salute e al riflusso rispetto alla dimensione strutturale del sistema.

La centralizzazione dell'utente

La Sanità è per i cittadini sempre meno un sistema compatto e monolitico al quale rivolgersi e sempre più un insieme composito di soggetti e attori tra i quali scegliere come muoversi.

L'affermarsi di un'architettura diffusa nel sistema grazie alle nuove tecnologie e la crescente possibilità e capacità dell'utente di scegliere lo sviluppo di mercati sono alcune delle condizioni necessarie, ma non sufficienti, per l'avvento di operatori low cost anche in Sanità.

In quest'ottica si consideri, ad esempio, il rapporto con il farmaco, che spesso sostituisce trattamenti ospedalizzanti che coinvolgono più pesantemente la Sanità intesa come struttura e apparato, e che è già attualmente al centro dei processi di autocura in caso di piccole patologie. È questo sicuramente un primo terreno dove alcuni dei presupposti per il low cost sono presenti.

Così per la territorializzazione dell'offerta di assistenza che, a seguito della inadeguatezza della struttura pubblica, ha mostrato una vitalità spontanea, di mercato, assolutamente decisiva per fronteggiare la nuova domanda emersa.

In sostanza, il brodo di coltura di un low cost sanitario risiede nel ricentraggio della tutela della salute sulla persona, nella autonomizzazione progressiva dalla predominanza degli apparati e dei modelli monopolistici di accesso ed erogazione delle prestazioni, e nel conseguente spostamento del baricentro decisionale verso l'utenza.

Altro ambito potenzialmente importante per l'insorgere di una logica low cost nel welfare è quello degli strumenti dell'autotutela con cui i cittadini tendono a costruire *asset* su cui fondare la propria sicurezza; le potenzialità di ampliamento dei mercati dei vari strumenti sono assolutamente enormi per operatori capaci di offrire strumenti di copertura a prezzi più praticabili. Polizze integrative sanitarie, fondi pensione, piani di pensionamento individuale o altri strumenti più articolati di autotutela stanno accrescendo la loro platea di assicurati, eppure è forte la convinzione che la domanda potenziale sia molto più ampia. Infine, per logiche low cost ci sono spazi d'azione rilevanti:

- nello snellimento del sistema di offerta con la riduzione dei costi amministrativi e di gestione dei flussi informativi grazie all'applicazione intensa di tecnologie dell'informazione;

Opinioni sulla riduzione delle tasse in rapporto alla condizione professionale

Se Le riducono le tasse, Lei:

| | Imprenditore Libero professionista | Commerciante Artigiano Agricoltore | Dipendente pubblico | Dipendente privato | Altra professione | Non occupato | Totale |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|--------------|--------|
| Pensa che avrà maggiori risorse personali/familiari | 66,3 | 65,7 | 56,3 | 56,3 | 54,7 | 55,0 | 56,2 |
| Teme una riduzione dei servizi pubblici (ospedali, asili, etc.) | 33,7 | 34,3 | 43,7 | 43,7 | 45,3 | 45,0 | 43,8 |
| Totale | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Valori in percentuale. Fonte: indagine CENSIS, 2006.

- nella eliminazione di sprechi e duplicazioni nonché, entrando nel *core* dell'offerta sanitaria, nella spinta decisa verso l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

È indubbio che riflettere sul rapporto tra welfare e low cost è tema di grande attualità; la sua complessità è evidente perché oltre al prezzo e alla facilità di accesso ci sono molte altre variabili che entrano in gioco e, soprattutto, la logica da *free rider* degli operatori e dei consumatori del low cost deve fare i conti con la logica globale del sistema di welfare che, altrimenti, si vendica generando effetti esterni distorti e penalizzanti per gli stessi utenti.

L'originalità del low cost in Sanità

Alla luce delle considerazioni svolte sinora, è opportuno fissare due punti importanti per la discussione.

Il primo è che si tratta di un modello sociale originale, specifico, che non consiste nella semplice riproposizione del tema fordista 'bassi prezzi per alti consumi' come leva per lo sviluppo industriale, ma nell'idea che il mercato può fare per il sociale più di ogni altro soggetto, ampliando il set di beni e servizi disponibili così da attivare redistribuzione e nuova inclusione sociale.

Rendere possibile l'offerta a prezzi decrescenti ridefinendo tutta la filiera produttivo-commerciale in modo compatibile non è più un problema dei manager e dei proprietari delle imprese, ma il percorso per una nuova coesione sociale. In altre parole, il low cost, imponendosi, cambia l'organizzazione sociale dalla produzione al mercato, nonché i rapporti tra queste dimensioni e tra i vari soggetti che sono coin-

volti, e a questo processo globale non può certo essere estraneo il welfare per il ruolo che assolve e la quantità di risorse che assorbe. Il secondo è che nei settori in cui arrivano, gli operatori low cost beneficiano di una fase iniziale di rapida diffusione grazie sia all'ampio consenso dei consumatori attirati dai bassi prezzi sia alla possibilità di muoversi come *free rider* veloci e molto agili rispetto alle pesantezze di costi e di operatività dei concorrenti.

In seguito, però, cominciano ad emergere contraddizioni e problemi sulle cui conseguenze è ancora troppo presto tirare delle conclusioni, che però presumibilmente possono generare effetti negativi per gli utenti.

Effetti sulla qualità dell'offerta, reazione dei titolari dei fattori produttivi (il lavoro in primo luogo), ritocchi sulla fiscalità vantaggiosa, etc. sono tutti aspetti facilmente evocabili e che possono danneggiare il 'giocattolo'. È, però, errato demonizzare la logica low cost perché essa ha anche innovativamente praticato un uso intenso di nuove tecnologie che abbattano i costi amministrativi e di gestione, ha attivato modalità di controllo dei costi che consentono di evitare sprechi, duplicazioni, cattiva gestione, in sostanza è portatrice di un carico di innovazione importante che spiega anche la sua capacità di imporsi.

Si tratta, inoltre, di aspetti che per il welfare e la Sanità sono senz'altro rilevanti e da non sottovalutare. La logica sistemica, in pratica, può stemperare gli entusiasmi per il successo di singoli operatori, ma può anche essere una buona chiave di lettura per individuare dentro la logica low cost gli aspetti positivi da valorizzare, in particolare per il welfare. ■ ML

CARE

Costi dell'assistenza e risorse economiche

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief),
Cesare Albanese, Francesco Bartolozzi,
Carlo Fudei, Mara Losi, Maurizio Marceca

Stampa
Arti Grafiche TRIS - Roma

Progetto grafico ed impaginazione
Doppiosegno - Roma

Disegni: Daniela Violi

Registrazione del Tribunale di Roma
n. 00472/99 del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.
Finito di stampare aprile 2006

Il Pensiero Scientifico Editore
Via Bradano 3/c, 00199 Roma
Tel. (06) 862821
Fax (06) 86282250

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

Abbonamenti 2006
Individuale: euro 30,00
Istituzionale: euro 50,00

L'editore garantisce la massima riservatezza dei dati relativi agli abbonati e la possibilità di richiedere gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a:
Il Pensiero Scientifico Editore
Ufficio Promozione
Via Bradano 3/c, 00199 Roma.
(legge 675/96 tutela dati personali).

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice penale.

L'innovatività dell'industria farmaceutica è in declino?

Grabowsky HG, Wang JR

The quantity and quality of worldwide new drug introductions, 1982-2003

Health Aff 2006, 25: 452-460

È vero – come sottolineato da molti economisti ed esperti del settore – che si assiste ad una progressiva erosione della capacità innovativa dell'industria farmaceutica?

Questo uno dei principali interrogativi cui si propone di dare risposta un recente studio di Grabowski e Wang, pubblicato sulla rivista *Health Affairs*.

Fino ad oggi la perdita di capacità innovativa dell'industria farmaceutica è stata misurata impiegando prevalentemente come indicatori il numero di nuove molecole introdotte sul mercato, il numero di brevetti, il tasso di crescita delle spese in Ricerca & Sviluppo (R&S). Indicatori senz'altro significativi, ma che, al contempo, sottostimano inevitabilmente il valore commerciale e il contenuto innovativo delle nuove molecole e dei relativi brevetti.

Solo più recentemente è stato introdotto un indicatore più complesso: il numero di nuove *molecole globali*, ovvero di molecole introdotte nella maggioranza dei principali mercati a livello mondiale. Tale indicatore è in grado, meglio che il semplice numero di nuove molecole introdotte, di catturare il valore commerciale e l'importanza terapeutica di una nuova molecola. Allo stesso tempo può riflettere la struttura multinazionale e la capacità di marketing delle imprese.

Nell'analisi di Grabowski e Wang, oltre che far ricorso al concetto di nuova molecola globale è impiegata una varietà di indicatori complementari. In particolare, si dà particolare rilievo al concetto di *farmaco primo della classe terapeutica*, *farmaco biotecnologico* e *farmaco orfano*¹: tutte e tre le categorie, infatti, implicano un contenuto marcatamente innovativo della nuova molecola, potendo così rappresentare indicatori indiretti della produttività delle atti-



vità di R&S. L'analisi è condotta su tutte le nuove entità chimiche e biologiche (NCEs) introdotte a livello mondiale tra il 1982 e il 2003 nei Paesi del G7 (Canada, Francia, Germania, Giappone, Gran Bretagna, Italia e Stati Uniti). Sono considerate molecole globali quelle introdotte in almeno 4 dei Paesi del G7 (i più importanti e grandi mercati farmaceutici a livello mondiale). Quali i principali risultati dell'analisi condotta sul campione così selezionato di molecole?

- Tra il 1982 e il 2003 sono state complessivamente lanciate 919 NCEs. Di queste 42% globali, 13% prime nella classe, 10% biotecnologiche e 8% cosiddette molecole orfane. Solo il 14% delle 919 NCEs è stato lanciato in tutti i Paesi del G7. In media, comunque, le molecole classificate come prime nella classe, biotecnologiche e orfane sono più spesso globali (76%, 56%, 61% rispettivamente), quindi lanciate in un maggior numero di mercati.
- Il 47% delle NCEs lanciate nel periodo compreso tra il 1993 e il 2003 sono state introdotte nella maggioranza dei paesi del G7 a fronte di una percentuale del 37% nel periodo tra il 1982 e il 1992 e del 24% tra il 1970 e il 1983: ciò che si osserva, quindi, è un trend crescente del numero di molecole globali lanciate.
- Nel periodo compreso tra il 1982 e il 1992 l'Europa appare senza dubbio la regione preferita per il lancio di nuove molecole (più del 50% delle NCEs sono state lanciate in Europa). La situazione si capovolge completamente tra il 1993 e il 2003 quando negli Stati Uniti si concentra il 68% dei farmaci primi nella classe, il 45% dei lanci di farmaci biotecnologici, il 69% dei lanci di farmaci orfani.

- La tipologia delle nuove molecole varia in funzione delle specifiche classi terapeutiche di appartenenza: solo il 35% delle molecole cardiovascolari è globale e solo il 5% appartiene alle prime nella classe. Al contrario, il 53% dei farmaci oncologici è globale e il 21% primi nella classe.
- La concentrazione delle nuove molecole è geograficamente disomogenea: in Europa e negli Stati Uniti si rilevano proporzioni simili di NCEs globali rispetto a proporzioni molto più basse in Giappone.

Alla luce di questi risultati, si può cercare di fornire una risposta alla domanda iniziale: la produttività della R&S nel settore farmaceutico è in crisi?

L'individuazione di un trend crescente nel numero di molecole globali e prime nella classe può essere considerato un indicatore indiretto di un progressivo miglioramento nella qualità delle nuove molecole introdotte sul mercato, indipendentemente dalla crescita o meno nel numero delle stesse. In altri termini, per quanto siano state introdotte negli ultimi anni meno molecole, queste sarebbero comunque di qualità elevata. Pertanto bisogna essere cauti nell'affermare che si sta assistendo ad una progressiva riduzione nella produttività delle attività di R&S.

Piuttosto, ciò che emerge con chiarezza dalle evidenze è che gli Stati Uniti sono diventati il Paese d'elezione per il lancio di molecole prime nella classe, biotecnologiche e orfane. Una delle ragioni principali di questa nuova tendenza è stata sicuramente l'esistenza in quest'area di un contesto regolatorio più favorevole alle attività di R&S delle imprese farmaceutiche.

Specularmente, il declino della produttività innovativa europea negli ultimi anni, come già ben documentato da recenti ed importanti studi², è in gran parte imputabile proprio all'esistenza di un ambiente non sempre favorevole all'innovazione a causa, per esempio della presenza di prezzi estremamente regolamentati e di barriere burocratiche all'ingresso di nuovi farmaci, etc. ■ ML

Monitorare la pressione arteriosa: quali vantaggi?

Krakoff LR

Cost-effectiveness of ambulatory blood pressure.

A reanalysis

Hypertension 2006; 47: 29-34

La misurazione ambulatoriale della pressione arteriosa (ABPM, Ambulatory Blood Pressure Monitoring) consente una rilevazione precisa e accurata del profilo pressorio nelle 24 ore, con la possibilità di ottenere valori medi di pressione arteriosa sistolica e diastolica diurna, notturna e complessiva nell'arco dell'intera giornata, e di effettuare una valutazione più precisa e approfondita della condizione di ipertensione arteriosa conclamata.

Le ultime linee guida internazionali sottolineano come, in base a studi recenti, tale esame presenti una migliore correlazione con la presenza e entità del danno d'organo, una identificazione più precisa del rischio cardiovascolare, una migliore definizione della reale efficacia della terapia antipertensiva, la possibilità di riconoscere i casi di aumento pressorio indotto dallo stress relativo al momento della misurazione (la cosiddetta ipertensione da camice bianco), e una buona riproducibilità nel tempo. Si tratta di un esame diagnostico a basso costo, la cui diffusione viene sempre più incentivata dai clinici che si occupano di diagnosi e trattamento dell'ipertensione arteriosa con un elevato livello di appropriatezza, laddove vengono rispettate le corrette indicazioni all'esame.

Secondo studi recenti l'impiego del monitoraggio ambulatoriale della pressione arteriosa come screening secondario per individuare i pazienti ipertesi presenta un rapporto di costo-efficacia favorevole.

Partendo da questo presupposto, Krakoff, esperto della Mount Sinai School of Medicine di Englewood nel New Jersey, in una recente analisi pubblicata sulla rivista *Hypertension*, ha voluto individuare il risparmio ottenibile attraverso questo metodo, proprio in considerazione della possibilità di distinguere, nella popolazione esaminata, i pazienti affetti da 'ipertensione da camice bianco' (con risultati pressori superiori alla norma alla rilevazione presso lo studio del medico, ma più frequentemente nor-

¹Farmaci destinati a trattare malattie rare.

²Gambardella A, Orsenigo L, Pammolli F: *Global competitiveness in pharmaceuticals. A European perspective (Luxembourg Office for Official Publications of the European Communities, 2001)*.



mali all'automisurazione o a monitoraggio ambulatoriale) dai nuovi casi di pazienti effettivamente ipertesi.

Gli elementi presi in considerazione e correttamente calcolati sono stati il costo dell'esame, il costo della terapia, la prevalenza di ipertensione da camice bianco nella valutazione iniziale, e l'incidenza di nuovi casi di ipertensione arteriosa dopo l'esecuzione dei primi accertamenti. In considerazione soprattutto del fatto che nei confronti dell'ipertensione da camice bianco la strategia raccomandata è oggi quella di non iniziare un trattamento farmacologico, ma di consigliare una regolare sorveglianza nel tempo dei valori tensivi, e che un uso corretto del monitoraggio consente di ottimizzare la terapia, riducendo talora la necessità di usare farmaci, di incrementare dosaggi, di associare altre sostanze, la riduzione dei costi ottenuta mediante l'utilizzo della metodica è stata significativa.

Grazie all'utilizzo del monitoraggio anche la qualità di vita dei soggetti a cui è stato possibile procrastinare la terapia è risultata migliore. Il vantaggio ottenuto in termini economici è stato quantizzato in una potenziale riduzione dei costi per terapia variabile tra il 3 e il 14% ed una riduzione di giornate di trattamento tra il 10 e il 23%. Il rapporto costo-efficacia è risultato più favorevole nello screening iniziale quanto più elevati risultavano i casi di ipertensione da camice bianco e più contenute le nuove diagnosi di ipertensione arteriosa clinica.

Tali considerazioni sembrano suggerire che i casi in cui si cerca una conferma di una ipertensione arteriosa stabile e conclamata, laddove il rischio cardiovascolare è basso, sono quelli dai quali si potrebbe trarre maggiore vantaggio dall'utilizzo del monitoraggio della pressione arteriosa. ■ CA

Prevenzione delle malattie cardiovascolari e polipillola

Franco OH, Steyerberg EW, de Laet C

The polypill: at what price would it become cost effective?

J Epidemiol Community Health 2006; 60: 213-217

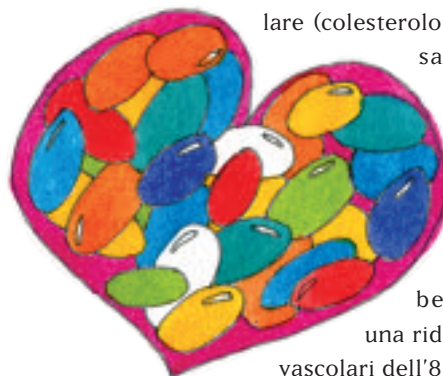
Nel 2003 sulle pagine del *British Medical Journal* è uscito un articolo di due autorevoli studiosi dell'Università di Londra, Wald e Law (BMJ 2003, 326: 1419-1425), che ha suscitato grande interesse, ma anche un'intensa discussione e pareri favorevoli e contrari riportati su numerose riviste. I due professori propongono una 'polypill', un farmaco da assumere una volta al giorno, contenente ben 6 sostanze farmacologicamente attive, una statina, tre antipertensivi a dosaggio dimezzato rispetto a quello abitualmente in uso (un diuretico, un beta-bloccante, un ACE-inibitore), acido folico e acido acetilsalicilico a basso dosaggio, da somministrare a tutti i soggetti di sesso maschile e femminile con un'efficacia elevatissima nella prevenzione primaria della cardiopatia ischemica e dell'ictus, grazie al controllo di 4 importanti fattori di rischio cardiovascolare

(colesterolo LDL, pressione arteriosa, omocisteinemia, aggregazione piastrinica) senza considerare i livelli di partenza.

La somministrazione di questo particolare farmaco consentirebbe, secondo gli autori,

una riduzione di eventi cardiovascolari dell'88% e degli ictus dell'80%

nella popolazione generale, con un guadagno medio di 11 anni di vita senza tali eventi e con una percentuale di effetti collaterali valutabile intorno all'8-15%. Le principali critiche mosse a questo progetto hanno giustamente messo in risalto come la prevenzione primaria, che dovrebbe basarsi soprattutto su programmi di screening, di calcolo del rischio cardiovascolare, di modificazione dello stile di vita, diventerebbe a questo punto una prevenzione farmacologica estesa indiscriminatamente a tutta la popolazione. Una prevenzione così efficace avrebbe però costi non trascurabili che,



se giustificabili in una popolazione a più elevato rischio, potrebbero non essere più vantaggiosi se estesi a tutti.

L'analisi degli esperti olandesi dell'Università di Medicina di Rotterdam ha valutato il rapporto costo-efficacia di questo programma di prevenzione. Utilizzando un modello con i dati derivanti dallo studio epidemiologico di Framingham su oltre 5000 individui seguiti per un periodo medio di 48 anni, si è voluta calcolare l'efficacia nella riduzione degli eventi ischemici cardiaci e degli ictus in un periodo di 10 anni, confrontandola con il costo della terapia e valutando come soglia per un rapporto costo-efficacia favorevole 20.000 euro per anno di vita salvata. Per risultare quindi costo-efficace, secondo i calcoli degli studiosi olandesi, il costo annuale della 'polypill' non dovrebbe essere superiore a 300 euro per i soggetti di età inferiore a 50 anni e a 400 euro per quelli con meno di 60 anni. Tali costi sono 10 volte maggiori rispetto al solo acido acetilsalicilico in prevenzione. A tali condizioni un provvedimento che comporterebbe la medicalizzazione di un vastissimo settore di popolazione generale, senza un'accurata selezione degli individui a più alto rischio cardiovascolare, con la conseguente esposizione di molti soggetti a una sensibile percentuale di effetti collaterali, non può essere considerato costo-efficace. ■ CA

La malattia come causa di indebitamento e bancarotta Un aspetto della Sanità americana

Himmelstein DU, Warren E, Thorne D, Woolhandler S
Illness and injury as contributors to bankruptcy
Health Aff 2005, web exclusive W5-63

Seifert RW, Rukavina M
Bankruptcy is the tip of medical-debt iceberg
Health Aff 2006, 25 (2): W89- W92 (web exclusive)

È noto che negli USA il numero delle persone non assicurate è elevato: nel 2004, secondo i dati dell'US Census Bureau, ha raggiunto il livello di 45,8 milioni (circa sei milioni in più rispetto al 2000), oltre il 15% della popolazione. Non deve stupire se questa parte della popolazione (generalmente la più povera e senza un lavoro fisso) si trovi in gravi difficoltà economiche — e quindi spesso si indebiti — in caso di malattia, essendo chiamata a pagare di tasca propria conti molto salati. Una ricerca effettuata su 7000 persone non assicurate ha rilevato che la metà di esse aveva conti medici non pagati o aveva chiesto soldi in prestito per pagarli. Desta invece sorpresa il fatto che il fenomeno dell'indebitamento per cause mediche colpisca

Negli Stati Uniti prima si consulta internet e poi si va dal medico

Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL et al.
Trust and sources of health information. The impact of internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey
Arch Int Med 2005; 165: 2618-2624

Negli ultimi dieci anni la ricerca e l'utilizzo di informazioni mediche sono radicalmente cambiati. Grazie alla diffusione di internet a strati sempre più ampi della popolazione, un'immensa quantità di informazioni sulla salute è divenuta di dominio pubblico. È ormai comune la possibilità di ottenere facilmente informazioni personalizzate e, grazie alla telemedicina, l'incontro tra medico e paziente può avvenire an-

che al di fuori dell'ambulatorio. Negli Stati Uniti la promozione diretta dei farmaci ai pazienti ha iniziato a cambiare le modalità di impiego degli stessi, mentre i media ospitano sempre più di frequente discussioni relative alla salute e ai farmaci. Ciò nonostante non sono ancora chiare le modalità con cui le singole persone acquisiscono informazioni relative alla propria salute.

In conseguenza di questi cambiamenti, il medico si è trovato nella condizione di dover modificare radicalmente il modo di esercitare la sua professione, che oggi comprende sempre più la necessità di fornire informazioni e spiegazioni sulla salute a pazienti che si presentano nell'ambulatorio armati di una vasta documentazione scaricata da internet (magari da altre persone).

Per cercare di comprendere come cambino le strategie di ricerca delle informazioni mediche è stata impostata un'indagine chiamata HINTS (Health Information National Trend Survey). I risultati sono stati altamente indicativi: il 63% degli sta-

anche coloro che hanno una copertura assicurativa. Secondo lo studio di Seifert e Rukavina, il 15% degli assicurati riferisce di avere debiti a causa di spese mediche e il 70% di coloro che hanno debiti di questo tipo riferisce di essere stato assicurato nel momento in cui il debito fu contratto. Ancora più sorprendente è il fatto che a indebitarsi siano anche fasce di popolazione benestanti, appartenenti cioè alla solida classe media: infatti, la metà di coloro che si sono indebitati, pur essendo assicurata, ha un reddito superiore ai 40 mila dollari all'anno (un terzo di questi con titolo di studio elevato quale la laurea, il master o la specializzazione). Queste persone vengono definite 'underinsured': 'nominally covered but inadequately protected' ('sottoassicurati' ossia 'nominalmente coperti, ma inadeguatamente protetti'). Il fenomeno della 'sottoassicurazione' si sta estendendo di pari passo all'altro – più grave – della 'non assicurazione'.

Le cause sono molteplici e sono legate:

- al fenomeno della flessibilità del lavoro (lavori discontinui lasciano i lavoratori facilmente scoperti),
 - all'aumento di aziende con pochi dipendenti (che sono quelle che con più difficoltà assicurano i dipendenti),
- e, infine, come fattore più importante,
- all'aumento dei costi delle assicurazioni (dal

2000 al 2005 i premi delle assicurazioni sanitarie sono cresciuti del 73%, mentre i salari sono aumentati del 15% e l'inflazione del 14%).

Ciò ha provocato da una parte una diminuzione netta della percentuale dei dipendenti assicurati (nel 2000 circa il 64% degli americani riceveva l'assicurazione tramite il proprio datore di lavoro, nel 2004 tale percentuale si è abbassata al 60%) e dall'altra è aumentata la partecipazione alla spesa da parte dei dipendenti, attraverso i seguenti meccanismi: franchigie molto elevate (il dipendente paga di tasca propria i primi 1000, 2000 o 5000 dollari di spese mediche prima che intervenga l'assicurazione), compartecipazioni alla spesa (del 10, 20, 30%), servizi non coperti o coperti solo parzialmente (salute mentale, riabilitazione). Un esempio: un uomo, assicurato dal suo datore di lavoro, ebbe un grave infortunio a una gamba: dovette sborsare di tasca propria, indebitandosi, 13 mila dollari per franchigie, compartecipazioni alla spesa e servizi non previsti dalla polizza assicurativa. Una conseguenza dell'indebitamento di una famiglia è la bancarotta.

Il numero delle famiglie americane che richiede di attivare le procedure fallimentari (*bankruptcy*) – anche al fine di difendersi dalla pressione dei creditori – è in continua crescita: nel 2001 sono state un milione e 458 mila (coinvol-

tunitensi (circa 130 milioni di persone) usa correntemente internet per ottenere informazioni sanitarie per sé o per conto di altre persone. Chi usa internet come fonte primaria di informazioni mediche appartiene prevalentemente alle classi elevate, ha un alto tasso di scolarità e redditi medio-alti, ha una discreta fiducia nelle informazioni trovate sul web. A questa fiducia si accompagna un modo diverso di rapportarsi con il proprio medico, non più visto come un professionista unico, ma come un consigliere sulla qualità delle informazioni che gli vengono sottoposte, capace di aiutare i pazienti a districarsi nella giungla dei messaggi relativi alla salute che provengono da fonti diverse.

Giulio Marcon

Medicina Interna ULSS 3 Veneto

Cattedra di Management Clinico

II Scuola di Specializzazione in Medicina Interna

Università di Padova



gendo 3,9 milioni di persone, appartenenti prevalentemente alle *middle and working classes*, con un incremento del 360% rispetto al 1980.

Per conoscere qual è stato il contributo del fattore malattia al collasso dell'economia familiare, Himmelstein e i suoi collaboratori hanno studiato un campione costituito da 1771 di queste famiglie.

In oltre la metà (54,5%) dei casi di richiesta di procedure fallimentari ricorre una causa medica (una malattia o un infortunio, un debito dovuto a spese mediche), che rappresenta la ragione specifica di collasso finanziario nel 28,3% dei casi.

La malattia è stata la causa dei problemi finanziari sia direttamente (a causa dei costi medici) sia indirettamente (a causa del mancato guadagno): nel 59,9% dei casi i conti delle spese mediche hanno contribuito alla bancarotta (e nel 47,6% come prima voce di spesa c'erano i farmaci); nel 35,3% dei casi una malattia è stata la causa della perdita del lavoro (molto spesso, ossia nel 52,8% dei casi, per assistere un membro della famiglia).

Il 75,7% dei debitori era assicurato all'inizio del collasso finanziario dovuto alla malattia, ma il

38,4% di essi ha perso la copertura assicurativa successivamente.

Dallo studio emerge un forte intreccio tra problemi di salute, problemi di lavoro e costi delle spese mediche.

Per esempio, un debitore fu sottoposto a un intervento chirurgico a un polmone ed ebbe un attacco cardiaco. Entrambi i ricoveri ospedalieri furono rimborsati dall'assicurazione fornita dall'impresa presso cui lavorava, ma il paziente non fu in grado di tornare presso quel posto di lavoro. Trovò un nuovo impiego, ma gli fu negata la copertura assicurativa a causa delle sue condizioni di salute che richiedevano il proseguimento di cure costose.

Un altro caso: un'insegnante a causa di un attacco cardiaco non fu in grado di tornare al lavoro per molti mesi, perse l'impiego e anche l'assicurazione. L'ospedale presso cui era stata ricoverata cancellò il suo debito di 20 mila dollari: dovette tuttavia ricorrere alle procedure fallimentari a causa dei conti dei medici e delle spese per i farmaci.

Gavino Maciocco

Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze



L'importanza di una comunicazione efficace tra farmacista ospedaliero e paziente

Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC et al
Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization
 Arch Intern Med 2006; 166: 565-571

I problemi connessi all'utilizzo di farmaci (che comprendono sia gli insuccessi del trattamento sia le reazioni avverse) sono uno dei temi principali da affrontare per la sicurezza dei pazienti. Si presentano frequentemente dopo l'ospedalizzazione, quando possono sopraggiungere diversi cambiamenti nei regimi di trattamento farmacologico, si assiste a un inadeguato processo di formazione del paziente e scarso follow-up e può verificarsi un'interruzione nella continuità assistenziale.

In particolare, tra il 12 ed il 17% dei pazienti ricoverati in medicina generale presenta una reazione avversa dopo la dimissione, più della metà delle quali è giudicata evitabile o la cui gravità e/o durata poteva essere ridotta, mentre dal 6 al 12% delle reazioni avverse richiede il ricorso al pronto soccorso e circa il 5% una riammissione ospedaliera.

Il ruolo dei farmacisti può essere importante nel consigliare i pazienti alla dimissione, individuare e risolvere discrepanze nelle cure prescritte e sorvegliare non aderenze ai trattamenti ed eventuali eventi avversi.

L'obiettivo di Schnipper e colleghi è stato quello di identificare reazioni avverse durante e dopo l'ospedalizzazione, valutare gli effetti delle raccomandazioni fornite dai farmacisti e del follow-up in termini di eventi avversi prevenibili e susseguente ricorso a cure assistenziali e non aderenze e discrepanze di prescrizioni a 30 giorni dalla dimissione.

I principali risultati del loro studio clinico randomizzato controllato condotto al Brigham and Women Hospital di Boston (il ramo di intervento prevedeva un ruolo più attivo dei farmacisti nell'assistere i pazienti ed un follow-up telefonico a 30 giorni) hanno evidenziato un netto miglioramento – statisticamente significativo – in termini di eventi avversi prevenibili (1% nel



gruppo di intervento versus 11% in quello di controllo), ma nessuna differenza significativa per ciò che concerne gli eventi avversi totali, l'utilizzo di cure, la soddisfazione dei pazienti, l'aderenza ai trattamenti e la durata/gravità di eventi avversi.

Il buon risultato in termini di eventi avversi prevenibili può essere spiegato dalla più efficace comunicazione tra paziente e farmacista e dal miglioramento nell'appropriatezza e nell'accesso ai trattamenti durante e dopo l'ospedalizzazione.

Sebbene questo costituisca un primo approfondimento di studio – di generalizzabilità limitata (solo 178 pazienti inclusi ed in un unico ospedale) – sulla base dei risultati presentati si può comunque sottolineare come andrebbe dedicata maggiore attenzione all'importante ruolo svolto dai farmacisti ospedalieri e all'ottimizzazione degli interventi di assistenza ai pazienti nel post-dimissione.

Gian Luca Di Tanna

Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna

Informazione e sostegno ai pazienti oncologici attraverso le associazioni on line

Jadad AR, Enkin MW, Glouberman S et al
Are virtual communities good for your health?
 BMJ 2006; 332: 925-926

Esquivel A, Meric-Bernstam F, Bernstam EV
Accuracy and self correction of information received from an internet breast cancer list: content analysis
 BMJ 2006; 332: 939-942

Jones RB, Pearson J, Cawsey AJ et al
Effect of different forms of information produced for cancer patients on their use of the information, social support, and anxiety: randomised trial
 BMJ 2006; 332: 942-948

Le associazioni dei malati sono una forma di unione volontaria tra persone affette da una stessa patologia. La loro finalità è quella di unire le esperienze e costituire un punto di riferimento per tutte le persone che soffrono di quella malattia. L'associazionismo tra malati registra da almeno un decennio una importante crescita nel nostro Paese. Molte associazioni sono costituite da malati oncologici e da loro familiari, che comunicano tra loro ed acquisiscono informazioni tramite un sito web. Secondo un'indagine condotta di recente, il 20-30% della popolazione adulta mondiale utilizza internet per fini sanitari; per il 3,5% dei cittadini europei la rete è la fonte principale di informazione sanitaria. Le persone più istruite e che vogliono partecipare direttamente alle decisioni inerenti la gestione della loro malattia si rivolgono ad internet come ad una fonte affidabile di informazioni mediche. Ciò è tanto più vero quanto più la malattia è rischiosa per la vita o può determinare gravi condizioni di invalidità. Tra i malati oncologici, ad esempio, il 40% si connette al web per acquisire informazioni utili a comprendere meglio la diagnosi, le possibilità di trattamento e gli effetti collaterali. Una parte di essi cerca informazioni su come convivere con la malattia ed invoca il sostegno di altre persone affette dalla stessa malattia o che siano esperte nella sua gestione.

Le associazioni di malati oncologici individuano nella rete non solo un'opportunità per farsi conoscere, ma anche per erogare servizi interattivi. Il sito web è utile non solo per presentare l'associazione, ma anche per offrire informazioni cliniche, raccogliere testimonianze di malati ed aggiornare sulle novità della ricerca scientifica. Secondo i risultati di uno studio americano, i 2/3 degli utenti di internet per fini sanitari ne riconosce l'utilità per migliorare la comprensione dei sintomi o dei trattamenti legati alla patologia di cui è affetto. La cronicità, poiché implica una convivenza con la malattia nel lungo periodo, porta ad enfatizzare il tema della qualità della vita e a cercare sul web informazioni su come convivere meglio con i sintomi. L'associazionismo tra più figure (malati, familiari, personale medico, infermieri, psicologi e quant'altro) facilita l'erogazione di informazioni su come accettare meglio la nuova condizione, su come nutrirsi in maniera adeguata, sulle ripercussioni della malattia sulla vita familiare e sull'attività sessuale. Comunque tutte le associazioni web partono da un elemento comune: una maggiore corrispondenza tra i bisogni informativi e quelli di sostegno rispetto alla vita reale. L'offerta di informazioni si intreccia con il sostegno morale e sociale, con l'incoraggiamento, con la determinazione a tenere in vita la speranza. Tutti aspetti su cui spesso mancano equivalenti funzionali all'interno dei servizi sanitari.

Flavia Longo

Unità Operativa di Oncologia Medica
 Policlinico Umberto I, Roma

ALCUNI INDIRIZZI UTILI IN ITALIA

www.labetulla.org

La Betulla è un'associazione onlus che opera a Roma e garantisce assistenza domiciliare gratuita ai malati inguaribili e ai malati terminali.

www.azaleaweb.it

Azalea è una biblioteca digitale oncologica per malati, familiari e cittadini voluta dal Ministero della Salute e fondata nell'aprile del 2002 da Alleanza Contro il Cancro.

www.aimac.it

AIMaC è costituita da malati di cancro, ricercatori, medici, psicologi, psicoterapeuti e esperti di comunicazione, con lo scopo di offrire informazioni sul cancro e sulle terapie ai malati, alle loro famiglie e amici.

INTERNET E LE ASSOCIAZIONI DI MALATI UN'INDAGINE DELL'ISTITUTO BRUNO LEONI

Nel mondo della Sanità, le associazioni di pazienti sono una realtà importante. Il modello di Sanità sta cambiando e l'influenza del consumatore di servizi sanitari – del paziente – sta crescendo a vista d'occhio. Ma la voce del singolo paziente difficilmente può farsi sentire nel più vasto quadro di un sistema sanitario, specialmente finché il momento della contribuzione per il pagamento del servizio di cui usufruisce, e il momento in cui se ne fa uso, sono del tutto disgiunti.

Pertanto, negli anni a venire, i gruppi di pazienti sono destinati ad assumere sempre maggiore rilevanza. Sia su un piano di rappresentanza dei pazienti affetti da particolari patologie, le cui istanze comuni essi possono trasformare in materia di riflessione pubblica e negoziazione politica. Sia per quanto attiene i servizi, che essi possono fornire a persone affette dalla stessa malattia e che presumibilmente possono incontrare – in circostanze simili, presso strutture non diverse, nello stesso momento storico – problemi comuni.

L'Istituto Bruno Leoni ha condotto l'analisi che segue sulle associazioni di pazienti presenti in Italia, nel tentativo di comprendere l'importanza per tali realtà dell'utilizzo di internet. La rete

offre possibilità di comunicazione e confronto che abbiamo ritenuto utile esplorare attraverso una serie di domande circostanziate. Abbiamo inoltre pensato fosse importante esaminare la cornice istituzionale che le associazioni ritengono appropriata per l'informazione nell'ambito della Sanità: fra medico e paziente, fra industria della ricerca e paziente, mettendo comunque al centro il secondo.

La risposta da parte delle associazioni è stata buona, anche se al di sotto delle aspettative. Molti dei siti predisposti dai diversi gruppi di pazienti si sono rivelati 'siti fantasma': ora in sonno, ora aggiornati con frequenza tale da non renderne possibile la classificazione fra i siti sufficientemente attivi da essere oggetto di questa ricerca. Stimiamo comunque che le risposte pervenute consentano di censire un discreto campione delle maggiori associazioni in attività in Italia, per le quali internet è forse il principale strumento di comunicazione.

Nelle pagine che seguono, le risposte alle quindici domande sottoposte dall'Istituto Bruno Leoni saranno analizzate attraverso un breve commento alle posizioni emerse sui singoli punti.



IL QUESTIONARIO

1. Da quanto tempo la Vostra associazione è presente in Internet con un proprio sito?

| | |
|--------------------|-------|
| • Almeno 2 anni | 12,0% |
| • Da 3 a 5 anni | 36,0% |
| • Da più di 5 anni | 52,0% |

2. Ogni quanto tempo la Vostra associazione aggiorna le informazioni presenti nel sito?

| | |
|---------------------|-------|
| • Ogni 2-10 giorni | 40,0% |
| • Ogni 11-30 giorni | 28,0% |
| • Quotidianamente | 16,0% |
| • Altro | 12,0% |
| • Non risponde | 4,0% |

questo interrogativo riflette diversi fattori. Da una parte, non sempre per un gruppo di pazienti è ragionevole impegnarsi nella fornitura quotidiana di informazioni via web: il fatto che lo faccia solo il 16% degli intervistati segnala la diversa natura dei gruppi. Alcuni sono più attrezzati, altri meno. Soprattutto, alcuni hanno a che fare con patologie rispetto alle quali l'informazione 'al margine' risulta più attraente che per altre: specificamente, è così per le patologie croniche, mentre è più difficile che per le malattie rare vi siano scoperte e miglioramenti tali da necessitare un aggiornamento continuo del proprio sito internet. Inoltre, un'associazione ha incentivi diversi ad aggiornare il proprio sito a seconda della motivazione con la quale lo ha creato e lo mantiene. Tuttavia, il fatto che la maggioranza delle associazioni (56%) aggiorni il sito abbastanza frequentemente (almeno ogni dieci giorni) indica che il web viene ormai ritenuto un'alternativa valida e più economica alle classiche newsletter stampate.

La differenza fra le risposte fornite dalle diverse associazioni a

3. Quali sono i due principali motivi che hanno indotto la Vostra associazione ad aprire un proprio sito?

| | |
|--|-------|
| • Offrire informazioni pratiche a chi è affetto dalla patologia | 35,5% |
| • Presentare meglio e a più persone (compresi gli operatori sanitari) l'associazione | 22,6% |
| • Aggiornare sulle novità della ricerca scientifica e farmacologica | 17,7% |
| • Offrire una consulenza (medica, psicologica, giuridico-normativa) ai propri associati o, comunque, a tutti coloro che accedono al sito | 16,1% |
| • Raccogliere testimonianze di malati | 6,5% |
| • Altro | 1,6% |

Le risposte evidenziano l'analogia fra gruppi di pazienti ed associazioni di consumatori: in massima parte gli intervistati confermano che l'attività di comunicazione che essi svolgono online è precipuamente da intendersi come una attività di servizio.

Servizio non tanto ai membri dell'associazione stessa (solo il 16% conferma di essere specificamente rivolta ai propri associati), ma più in generale agli affetti dalla patologia messa a tema dalla singola associazione. Il 35% mira ad offrire ai malati informazioni pratiche, mentre – fatto molto rilevante – il 18% intende utilizzare il proprio sito web per offrire notizie sulla ricerca medica e farmacologica.

Questo fatto suggerisce che vi sia una domanda di maggiori notizie circa i progressi della scienza, a cui le associazioni ritengono di poter dare risposta in modo migliore, o comunque differente, rispetto a media e siti specializzati. Insomma ne esce confermata l'ipotesi che nella società dell'informazione anche i pazienti sentano di averne più bisogno. Solamente il 6% degli intervistati sostiene di offrire testimonianze di malati, mentre il 23% mira a fornire notizie più precise a scopo promozionale sull'associazione stessa.

4. Quale stimate sia l'utenza del Vostro sito (risposte multiple)?

| | |
|-------------------------------|-------|
| • Pazienti | 25,0% |
| • Associati | 21,0% |
| • Operatori della Sanità | 15,0% |
| • Operatori dell'informazione | 10,0% |
| • Altro | 5,0% |
| • Referenti politici | 4,0% |

(...) Il 57% delle risposte indica che, nella strutturazione del proprio sito, le associazioni mirano principalmente a fornire un servizio a chi sia affetto dalla patologia di specifico interesse.

Solo il 13% delle risposte indica un interesse primario verso gli operatori dell'informazione e solo il 19% verso gli operatori della Sanità, mentre il 5% mira ai referenti politici. Questo fatto sugge-

risce alcune riflessioni: da una parte, un'oggettiva difficoltà, per i gruppi di pazienti che non abbiano una riconoscibilità forte, nel comunicare con il mondo dei media. Il sito, ad ogni modo, non viene pensato come uno strumento adeguato a questo scopo – il che può anche sottendere una persistente difficoltà, nell'ambito del giornalismo italiano, a considerare come informazioni originali e di valore quelle che siano fornite via web.

Il fatto che solo poche associazioni si rivolgano a referenti politici apre tutta una serie di ipotesi: è possibile che sottolinei una difficoltà, quella del confronto con la politica, che per molti gruppi esiste. Tuttavia, può semplicemente evidenziare come un buon numero di associazioni non sia in alcun modo consapevole di occuparsi di problemi latamente politici: il che lascerebbe presumere un buon grado di soddisfazione rispetto al sistema sanitario nel suo complesso e una preferenza a concentrarsi invece su problemi o situazioni di disagio molto più localizzate.

5. Quali sono, a Suo avviso, le ragioni principali (risposte multiple) che spingono un utente ad accedere al sito della Vostra associazione?

| | |
|---|----|
| • Trovare la migliore struttura/miglior medico disponibile | 18 |
| • Reperire informazioni sulle esperienze personali di altri pazienti | 17 |
| • Trovare conforto | 17 |
| • Accedere ad informazioni sulle più recenti terapie farmacologiche | 16 |
| • Trovare riscontro nella propria sintomatologia | 15 |
| • Accedere ad informazioni sulla diagnostica | 14 |
| • Comprendere meglio/controlare le informazioni ricevute dal medico curante | 13 |
| • Trovare domande da rivolgere al medico curante | 9 |
| • Conoscere terapie alternative | 7 |
| • Altro | 6 |



Il dato forse più significativo delle risposte emerse in quest'ambito è quello relativo alle associazioni che ritengono di 'offrire conforto' agli utenti del proprio sito: questo apre una finestra sul senso di solitudine, il bisogno di contatto, la necessità di raffronto e rassicurazione da parte dei malati. Si tratta di temi che non è compito di un istituto come il nostro approfondire, ma sono comunque degni di nota.

Ciò che può invece essere ulteriormente evidenziato è come, anche dalla percezione che le associazioni hanno, appaia evidente l'esistenza di una domanda di informazione che si concreta anche nella necessità di completare quella offerta dal medico (...) il che lascia immaginare una difficoltà ad ottenere informazioni simili attraverso canali tradizionali.

6. Quali sono, a Suo avviso, i servizi essenziali che il sito internet di un'associazione di pazienti dovrebbe offrire (risposte multiple)?

| | |
|---|----|
| • Informazioni affidabili sui principali risultati della ricerca medica e farmacologica | 18 |
| • Guida ai servizi medici/strutture | 18 |
| • Diritti dei malati | 17 |
| • Norme di prevenzione/educazione sanitaria | 15 |
| • Link a siti istituzionali | 12 |
| • Consulenza medica online | 9 |
| • Consulenza giuridico-normativa online | 8 |
| • Consulenza psicologica online | 7 |
| • News di malasanità | 7 |
| • Link a siti privati | 4 |
| • Altro | 3 |

È invece molto diverso il quadro che emerge dalla percezione delle associazioni di quella che dovrebbe essere l'offerta dei propri siti. Anzitutto, percentuali significative ritengono interessante fornire servizi al modo di un 'sindacato dei malati', ovvero rendere edotti i propri lettori dei diritti dei malati, e (...) divulgare norme di prevenzione ed educazione sanitaria. Dalla risposta a questa domanda, sembra emergere più precisamente il quadro delle attività di una associazione, almeno on line. Ovvero, da una parte vi è la necessità di fornire informazioni riguardo a servizi e cure circa le possibilità di scelta che vengono offerte al paziente/consumatore. Dall'altra, emerge il bisogno di informazioni affidabili circa le pretese che i pazienti/cittadini possono vantare rispetto alle strutture ed alle autorità sanitarie.

7. Ritene che i pazienti rappresentati dalla Vostra associazione abbiano oggi informazioni sufficienti riguardo ai trattamenti disponibili (inclusi i farmaci innovativi e le nuove tecniche diagnostiche/chirurgiche) per poter collaborare attivamente e consapevolmente con il proprio medico curante?

| | |
|------|-----|
| • Sì | 56% |
| • No | 44% |

La semplicità della domanda 7 non ha come riscontro un risultato particolarmente rassicurante: il 44% dei pazienti, perlomeno secondo le associazioni che li rappresenta, non dispone in prima persona di informazioni tali da consentire un confronto 'paritario' (dacché sussiste una inevitabile asimmetria informativa, che è connaturata alla diversa dimensione professionale del medico rispetto al paziente). Tuttavia, vi è una generale constatazione delle difficoltà di una comunicazione fruttuosa: tali difficoltà possono essere superate solo attraverso un 'equipaggiamento' di conoscenze da parte del paziente, che gli renda possibile affrontare una conversazione significativa con il medico.

**8. Per chi ha risposto no
Quale tipo di informazione, a Suo avviso, è oggi più carente?**

| | |
|--|-------|
| • Farmaci innovativi | 23,8% |
| • Nuove tecniche riabilitative | 23,8% |
| • Nuovi test diagnostici | 19,0% |
| • Nuove tecniche di supporto psicologico | 19,0% |
| • Altro | 14,3% |
| • Nuove procedure chirurgiche | 0,0% |

Se nessuna delle associazioni dei pazienti lamenta assenza di informazioni riguardo nuove tecniche sul fronte chirurgico, il 23,8% è invece convinto di non avere abbastanza notizie circa i farmaci innovativi e le nuove tecniche riabilitative, ed il 19% rispetto a nuovi test diagnostici e strumenti di supporto psicologico. Emerge chiaramente che le carenze informative riguardano oggi precipuamente nuovi trattamenti o nuovi farmaci: ovvero novità che sono difficilmente ottenibili 'in tempo reale' rispetto al sistema sanitario nazionale. Vuoi per il raggiungimento di uno stato di comprovata e certificata 'sicurezza', vuoi, soprattutto, per le restrizioni dei margini di spesa che suggeriscono ai protagonisti della Sanità di non esagerare nella 'pubblicità' di nuovi prodotti o nuove cure potenzialmente più costose, almeno nella fase iniziale, rispetto a trattamenti e farmaci attualmente adottati.

9. Quali sono le fonti principali delle informazioni utilizzate nel sito della Vostra associazione?

| | |
|--|-------|
| • Esperienza personale/altri associati | 11,6% |
| • Pareri medici | 11,5% |
| • Altri siti internet | 10,8% |
| • Statistiche ufficiali | 10,6% |
| • Stampa laica | 9,6% |
| • Stampa specialistica | 9,3% |
| • Informazioni ottenute dal network internazionale | 9,2% |
| • TV/radio | 8,0% |
| • Informazioni ottenute da altre associazioni/ONG | 7,6% |
| • Informazioni reperite su siti di aziende farmaceutiche | 6,6% |
| • Dichiarazioni di politici | 4,1% |
| • Altro | 1,1% |

Le fonti d'informazioni più utilizzate nella confezione dei siti web, secondo le associazioni interpellate, sono l'esperienza personale dei malati, i pareri medici, le informazioni tratte da altri siti Internet e dalle statistiche ufficiali. È interessante notare come la stampa 'laica' venga maggiormente utilizzata di quella specializzata, e parimenti la televisione sia ritenuta una fonte d'informazione più interessante tanto dei siti di altre associazioni non governative e delle informazioni provenienti da siti web dell'industria farmaceutica. È confortante il fatto che un numero elevato di informazioni

sia attinto dal 'network internazionale' al quale parecchi dei gruppi di malati partecipano, perlomeno a livello europeo. Non può essere poi lasciato passare sotto silenzio lo scarso spazio tipicamente riconosciuto alle dichiarazioni degli uomini politici.

10. Indipendentemente dall'utilizzo specifico nel sito della Vostra associazione, quali sono le fonti di informazioni che ritenete più affidabili?

| | |
|--|-------|
| • Stampa specialistica | 12,2% |
| • Pareri medici | 10,4% |
| • Statistiche ufficiali | 10,3% |
| • Esperienza personale/altri associati | 9,7% |
| • TV/radio | 9,6% |
| • Altri siti internet | 9,5% |
| • Stampa laica | 9,3% |
| • Dichiarazioni di politici | 8,5% |
| • Informazioni reperite su siti di aziende farmaceutiche | 8,5% |
| • Informazioni ottenute da altre associazioni/ONG | 8,3% |
| • Altro | 3,7% |

Richieste di un giudizio complessivo sull'affidabilità delle fonti d'informazione a loro disposizione indipendentemente dalle necessità di confezione del proprio sito web, le associazioni tendono invece a 'riabilitare' la stampa specialistica rispetto a quella laica. Il fatto che le informazioni fornite dai media specializzati abbiano una reputazione più elevata rispetto all'utilizzo che ne viene fatto nella preparazione dei siti web è un dato interessante: può essere un riflesso della necessità di una facilità di comunicazione attraverso il web, oppure, non diversamente, riflettere la difficoltà di accesso agli articoli forniti dai giornali specialistici.

Vi è un certo parallelismo fra il grado di autorevolezza riconosciuto ai pareri medici e lo spazio ad essi riservato nei siti. Al contrario, a stampa e tv generaliste è riconosciuta meno autorevolezza rispetto alla rilevanza che è riconosciuta loro nella comunicazione web delle associazioni di malati. Possono esservi chiare ragioni a sostegno di questo fatto: anzitutto, le notizie provenienti dai grandi media hanno rilievo più ampio di quelle attinte dalla stampa di settore, e pertanto possono costituire più facilmente esempio di dibattito online.

11. Ritiene opportuno che soggetti diversi dal Servizio Sanitario Nazionale (privati, pubblicazioni, imprese, associazioni di pazienti) possano informare direttamente i pazienti su trattamenti e cure possibili?

| | |
|----------------------|-------|
| • Sì | 72,0% |
| • No | 12,0% |
| • Altro | 12,0% |
| • Non risponde/Altro | 4,0% |

Gli intervistati che hanno risposto "Altro" hanno ulteriormente specificato, rispondendo con "Sì, ma non sempre" e "Sì, ma solo pubblicazioni e associazioni di pazienti".

Questa domanda è sostanzialmente volta ad approfondire l'atteggiamento delle associazioni di pazienti rispetto alla possibilità di avere accesso ad informazioni non veicolate attraverso i canali del Servizio Sanitario Nazionale. Il 72% degli intervistati ritiene sia necessario poter consultare notizie che provengano da altre fonti che non siano afferenti il SSN. Le domande successive esploreranno nei fatti quali possano essere, a seconda delle associazioni, le possibili fonti. Il fatto che sia così ampia la domanda di informazioni esterne ai circuiti ufficiali (e dunque alla relazione medico/paziente) è di per sé un dato significativo, e conferma quanto già emerso dalle risposte precedenti.

12. Ritiene che i pazienti trarrebbero beneficio dalla possibilità degli operatori sanitari (a cominciare dai medici) di informarli direttamente dei propri servizi anche attraverso campagne pubblicitarie?

| | |
|------|-------|
| • Sì | 80,0% |
| • No | 20,0% |

L'informazione diretta da parte degli operatori sanitari ai pazienti implica la possibilità di un contatto non mediato, attraverso campagne anche di tipo commerciale. È interessante che solo il 20% delle associazioni si senta di escludere a priori questo tipo di comunicazione, mentre l'80% è convinto che anche attraverso questo tipo di comunicazione i pazienti possano ricevere informazioni interessanti e valide. Tale dato è particolarmente interessante a causa dei pregiudizi tuttora circolanti rispetto alla pubblicità, ritenuta più un meccanismo di persuasione che uno strumento per veicolare informazioni. È interessante notare come invece – pur mostrando un certo scetticismo rispetto agli attori della Sanità che sono mossi dal motivo del profitto – vi sia da parte delle associazioni un convincimento diffuso circa la possibilità di ottenere notizie affidabili da attori commercialmente interessati.

13. In alcuni Paesi, i pazienti hanno accesso alle informazioni fornite anche dalle industrie farmaceutiche sia tramite Internet che attraverso i mezzi di comunicazione tradizionali. Come rappresentante di un'associazione, come valuta questa possibilità?

| | |
|--------------------|-------|
| • Positivamente | 60,0% |
| • Negativamente | 24,0% |
| • In modo neutrale | 16,0% |

In particolare, il 60% degli intervistati giudica positivamente la possibilità (presente in Paesi come la Nuova Zelanda e gli Stati

Uniti) per le aziende farmaceutiche di comunicare direttamente con i malati. A fronte di un 24% che ne dà valutazione negativa, vi è un 16% che invece si esprime in modo neutro rispetto a tale realtà. Si enfatizza quindi la necessità di avere maggiori informazioni, indipendentemente dalla fonte, e senza particolari pregiudiziali nei confronti degli attori commerciali.

14. Secondo Lei, i prodotti innovativi, frutto dell'attività di Ricerca e Sviluppo del settore privato, possono essere oggetto di un'informazione diretta da parte dei produttori?

| | |
|---|-------|
| • Sì, ma con garanzie specifiche esplicitamente stabilite dal legislatore | 64,0% |
| • Sì, alla pari delle altre fonti di informazione | 20,0% |
| • No | 12,0% |
| • Non risponde | 4,0% |

La possibilità di pubblicizzare prodotti innovativi, frutto della ricerca del sistema privato, è accolta con margini ancora superiori: il 20% di favorevoli, il 64% di favorevoli con particolari garanzie legali. Il fatto che la maggioranza degli intervistati esprima quest'ultima posizione non è in contrasto con i risultati della domanda precedente: è infatti normale che quando si pone l'enfasi su prodotti innovativi, dunque di uso non consolidato, venga richiesto un maggior grado di cautela nella loro pubblicizzazione. I tipi di garanzie richieste è oggetto dell'ultimo interrogativo rivolto alle associazioni.

È molto significativo, tuttavia, che solo il 12% degli intervistati (appartenenti in linea generale ad associazioni che si occupano di malattie rare, e che pertanto hanno un maggiore scetticismo sulle opportunità che le patologie che li preoccupano possano trovare risoluzione in un mercato che come tale pensa anche ai grandi numeri) abbia negato in linea di principio la validità dell'informazione commerciale in questo frangente.

15. Per chi ha risposto "sì, ma con garanzie specifiche" A quali obblighi dovrebbe essere subordinata la comunicazione diretta delle industrie farmaceutiche?

| | |
|--|-------|
| • Approvazione 'ex ante' da parte di un nuovo ente composto da rappresentanti dei medici, dei farmacisti, degli industriali del farmaco e dei pazienti | 52,9% |
| • Approvazione 'ex-ante' da parte del Ministero della Salute | 47,1% |
| • Approvazione da parte di un Comitato Deontologico dell'Associazione dell'Industria Farmaceutica | 0,0% |
| • Nessuna approvazione preliminare, ma pesanti sanzioni nel caso di comunicazione mendace (o esagerata o con omissioni, etc.) | 0,0% |
| • Altro | 0,0% |

Il 47,1% degli intervistati ritiene che prima dell'avvio di una campagna pubblicitaria sia necessaria l'approvazione da parte del Ministero della Salute, mentre il 52,9% preferirebbe affidarsi ad un metodo più collegiale, che portasse a mettere attorno ad un tavolo diversi soggetti cointeressati.

È significativo tuttavia che vi sia un ampio numero di intervistati che si pronuncia diversamente (cfr. domanda 14): è difficile infatti che, in una situazione come quella italiana attuale, vi sia familiarità rispetto agli strumenti più appropriati per avere una regolazione al contempo non invasiva, ed atta a fornire le necessarie tutele, in un contesto nel quale vi sia maggiore apertura alle fonti d'informazioni diverse da quelle 'canoniche' del servizio sanitario nazionale.

CONCLUSIONI

Siamo consapevoli della limitata rappresentatività di questo sondaggio. Vi è un numero ancora modesto di associazioni di malati che mantengono un sito web, e di esse solo una parte ha risposto agli interrogativi che il nostro istituto ha inteso sottoporre loro. Sarebbe quindi del tutto fuori luogo pretendere che i risultati di questa indagine esprimano compiutamente "il punto di vista dei pazienti". Sono, tuttavia, assai rappresentativi di alcuni attori-chiave: le associazioni che li riuniscono e che sono maggiormente attrezzate, e richiamano la necessità di maggiore attenzione nei loro confronti, sul piano della comunicazione e anche – perché no? – delle scelte pubbliche, pure attraverso la partecipazione ad iniziative quali questa.

Alcune considerazioni ci paiono poter essere rilevanti. Anzitutto, è evidente da questi dati come vi sia una diffusa consapevolezza che internet può essere utilizzata a vantaggio di istituzioni quali le associazioni di malati. È ben presente ai più la necessità di aggiornamenti frequenti e da parte delle associazioni interpellate vi sono visioni piuttosto chiare circa la domanda che i loro siti debbono soddisfare.

Più in generale, si segnala la necessità di fornire maggiori informazioni per livellare la disparità della relazione medico-paziente. 'Livellare' evidentemente non significa 'pareggiare': è oggettivamente impossibile che un paziente possa essere tanto competente quanto la persona di cui ha bisogno per essere curato, proprio a ragione della sua specializzazione, delle sue conoscenze, maturate in anni di studio e pratica.

Nondimeno, medico e paziente debbono parlarsi: per questo, vi è la necessità di un linguaggio comune. Da questo punto di vista, riteniamo utile sottolineare alcuni punti:

- il fatto che vi sia, fra le associazioni di pazienti, sostanziale accordo sull'importanza di poter avere informazioni anche di tipo commerciale (fermo restando alcune cautele, per quanto riguarda i prodotti più innovativi);
- non sembra quindi giustificato il pregiudizio diffuso, filtrato

poi nella prassi normativa, secondo il quale un'informazione offerta da attori interessati a fare profitto dai beni o servizi forniti andrebbe a detrimento del malato;

- vi è una disparità da segnalarsi fra l'autorevolezza riconosciuta dalle associazioni alla stampa specializzata e lo scarso recepimento delle notizie da essa veicolate.

Questi ultimi fatti ci paiono essere degni di una maggiore riflessione rispettivamente da parte dei policy-maker e di quegli operatori dell'informazione che in modo diverso possono entrambi contribuire ad una migliore informazione e quindi anche ad una maggiore consapevolezza dei malati italiani.

Hanno risposto al sondaggio le seguenti associazioni

Associazione Italiana Gaucher, Associazione Italiana Diabetici, Associazione Italiana Pazienti BPCO, Associazione Italiana Lotta alla Sclerodermia, Associazione Italiana Malati di Cancro, Associazione Neuro Fibromatosi, Associazione Italiana per la Lotta contro la Miastenia, Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, AIRA-Associazione Italiana ReumAmici, Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica, Associazione per l'Aiuto ai Giovani Diabetici, Associazione Nazionale per l'Aiuto alla Neurofibromatosi, Associazione Voglia di Vivere, Comocuore, CONDAV-Coordinamento Nazionale Danneggiati da Vaccino, Federazione Emofiliaci, Federazione Associazioni Italiane Paratetraplegici, FEDEMO, FINCO-Federazione Italiana Incontinenti, Gruppo Italiano per la Lotta alla Sclerodermia, Gruppo per la Lotta contro il Lupus Sistemico, Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS, Lega Italiana Fibrosi Cistica, Progetto Diabete.

IBL e l'informazione commerciale in Sanità

Circa la liberalizzazione dell'informazione al paziente, ci permettiamo di rimandare ai seguenti lavori dell'Istituto Bruno Leoni:

- Peter Pitts, Informazione diretta al paziente, IBL Occasional Paper n. 14, 27 aprile 2005.
- Jacob Arfwedson, Informazione: un diritto del paziente, IBL Briefing Paper n. 27, 15 gennaio 2006.
- Alberto Mingardi & Carlo Stagnaro, L'informazione al paziente: problemi di libertà ed efficienza, IBL Briefing Paper n. 13, 15 dicembre 2004.
- Jacob Arfwedson & Alberto Mingardi, Advertising Restrictions Represents Health Hazard, Financial Times, 10 gennaio 2006.

Maria Claudia Ferragni, Alberto Mingardi,

David Perazzoni

Istituto Bruno Leoni, Torino

Pazienti internauti

A colloquio con **Vera Buondonno Lombardi**, Presidente dell'Associazione Italiana Diabetici, FAND e con **Mariadelaide Franchi**, Presidente dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Le associazioni che voi presiedete sono presenti su internet con siti curati e ricchi di informazioni. Quali sono i principali motivi che hanno indotto la vostra associazione ad aprire un proprio sito?

Buondonno Lombardi: La nostra Associazione pensiamo sia stata fra le prime a dotarsi di un sito, sia per metterci in contatto con il tessuto dell'associazione diffuso su tutto il territorio nazionale con strutture di pazienti organizzati, sia perché consapevoli della 'epidemia' che avanza in termini di allargamento della popolazione diabetica, ma principalmente perché internet è destinato a diventare un formidabile strumento di comunicazione di cui avvalersi su tutto il globo, indipendentemente dal livello di civilizzazione e dalla dotazione di infrastrutture materiali.

Franchi: La nostra associazione si occupa di BPCO, cioè di una malattia cronica respiratoria caratterizzata da ostruzione bronchiale progressiva che, nonostante colpisca milioni di persone e causi elevati tassi di mortalità, resta sottovalutata dal paziente stesso, dal medico, dalle istituzioni e dall'opinione pubblica. Quando abbiamo costituito la nostra associazione, nel 2001, ci siamo trovati di fronte a questo paradosso e abbiamo iniziato a lavorare cercando di fare sentire la nostra voce con ogni mezzo, quindi anche attraverso il web.

Dai dati dell'indagine dell'Istituto Bruno Leoni (IBL) emerge che molte associazioni ritengono di 'offrire conforto' agli utenti del proprio sito, aprendo quindi una finestra "sulla necessità di raffronto e rassicurazione da parte dei malati". È d'accordo su questa interpretazione?

Buondonno Lombardi: Sono sicuramente d'accordo, proprio in quanto sta avanzando

una logica di abbassamento della 'umanizzazione' del rapporto medico-paziente, per cui il compito dell'associazionismo è fondamentale proprio per poter dare una specie di sponda verso cui scaricare tante tensioni emotive, oltre che, ben s'intende, informazioni che sappiano indirizzare verso le cosiddette 'buone pratiche'.

Franchi: Certamente sì. Nel caso della BPCO, come è noto, sono soprattutto le persone anziane ad essere colpite dalle forme più gravi e a vivere gravi disagi dovuti alla malattia. La

difficoltà di respirare riduce la mobilità del paziente, causando limiti nello svolgimento delle attività quotidiane con ricadute negative anche sulle relazioni familiari e sociali. Questo è uno dei principali fattori all'origine della solitudine del paziente con BPCO che tende a isolarsi.

Il nostro maggiore supporto lo forniamo con contatti diretti, tuttavia il sito è particolarmente utile per i giovani, figli o nipoti dei pazienti che cercano di capire la natura della malattia e che ci chiedono conforto per la situazione dei loro cari.

Il nostro maggiore supporto lo forniamo con contatti diretti, tuttavia il sito è particolarmente utile per i giovani, figli o nipoti dei pazienti che cercano di capire la natura della malattia e che ci chiedono conforto per la situazione dei loro cari.

Quali sono le fonti principali delle informazioni utilizzate sul sito della vostra associazione?

Buondonno Lombardi: Il nostro sito non prevede una fascia specifica di informazioni, ma è aperto a tutti i possibili interrogativi che l'interlocutore intende porre: da quelli riferiti alla gestione della malattia, a cui risponde un esperto, a quelli di natura psicologica, sia del diretto interessato che dei familiari, frequenti soprattutto nel caso di diabete giovanile e/o gestazionale; il sito web è affiancato anche da un numero verde (800820082), per allargare la

fascia dei fornitori del servizio informativo/formativo e per rendere più vicino e meno freddo il rapporto con l'Associazione.

Franchi: La nostra associazione ha un comitato medico-scientifico, composto da rappresentanti delle principali società scientifiche, che garantisce la correttezza delle informazioni di tipo medico che pubblichiamo.

Quali sono, a vostro avviso, le ragioni principali che spingono, invece, un utente ad accedere al sito della vostra associazione?

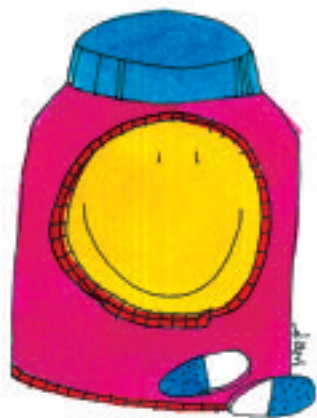
Buondonno Lombardi: I motivi di accesso al nostro sito sono molteplici e spesso nemmeno catalogabili; frequentemente è la curiosità, ma sicuramente anche la necessità di approfondire le caratteristiche di una patologia la cui insorgenza è molte volte traumatica in quanto, stante la sua condizione subdola di incubazione, porta il soggetto a scoprirla solo quando ha effetti devastanti; inoltre, essendo una malattia che ha risvolti sulla condizione lavorativa, di accesso e/o rinnovo della patente di guida, di mancata consapevolezza scolastica per fanciulli affetti da diabete giovanile, di tanta superficiale o distorta informazione circa il paziente insulinodipendente specie se giovane, ne deriva una esigenza inderogabile di conoscere modalità di cura, di assistenza e di superamento delle pastoie burocratiche.

Franchi: Le informazioni maggiormente richieste concernono la malattia, le sue cause, i fattori di rischio e le raccomandazioni per prevenirne le riacutizzazioni. A volte sono anche i medici o altri operatori sanitari a consultare il nostro sito perché vi possono trovare documenti facilmente comprensibili per i pazienti e aggiornamenti regolari sulle disposizioni legislative e ministeriali oppure sugli eventi più importanti in questo settore.

Oltre il 70% degli intervistati ritiene opportuno che soggetti diversi dal Servizio Sanitario Nazionale (privati, media, imprese, associazioni di pazienti) possano



informare direttamente i pazienti su trattamenti e cure possibili. Esiste, a suo avviso, una domanda di informazione esterna alla relazione, pure fondamentale, tra medico e paziente? E, in caso positivo, pensa che una maggiore informazione possa portare il paziente ad una collaborazione più attiva e consapevole con il proprio medico curante?



Buondonno Lombardi: La risposta potrebbe essere scontata e sicuramente positiva, salvo precisare che oggi si vive una condizione ancora troppo 'medico-centrica', che impone una diversa centralità del paziente a cui tutto il sistema deve concorrere, proprio per dare al paziente-utente la giusta dimensione di un servizio che, se razionalizzato e reso più accessibile, specie in termini di farmaci e presidi innovativi, oltre che con una accelerazione della ricerca, potrà dare al malato, specie se cronico, una prospettiva di vita più giusta e dignitosa, e alle istituzioni un risparmio in tema di spesa sanitaria.

Il cittadino informato è più disponibile a farsi carico delle difficoltà economiche del Paese; da qui 'l'equipaggiamento' su cui è necessario interrogarsi, proprio per evitare 'orge' di informazioni non sempre utili e finalizzate — come purtroppo va accadendo stante la società dell'apparire che ci condiziona bersagliandoci —, ma un più sinergico e convenuto sforzo fra tutti i soggetti interessati al bene salute, dove le associazioni di pazienti, specie se non subalterne o strumentali, devono poter assumere anch'esse una diversa centralità.

Franchi: Il problema si pone in modo eclatante nel caso delle malattie croniche e in particolare quando il paziente non è soddisfatto del trattamento ricevuto perché, come per la BPCO, i farmaci disponibili non modificano sostanzialmente la sua condizione di salute. Questo spiega la ricerca di informazioni presso fonti diverse, il bisogno continuo di verifica sui farmaci che si stanno assumendo e le aspettative di nuove possibilità di cura.

Il 60% del campione che ha risposto all'indagine IBL valuta positivamente la possibilità, consentita ai pazienti di al-

cuni Paesi, di accedere direttamente alle informazioni fornite anche dalle industrie farmaceutiche, sia tramite Internet sia attraverso i mezzi di comunicazione tradizionali, fermo restando alcune cautele per quanto riguarda i prodotti più innovativi. Come rappresentante di un'associazione, come valuta questa possibilità?

Buondonno Lombardi: La risposta è già in grandissima parte contenuta nel precedente quesito; ciò nondimeno, fermo restando il buon rapporto che riusciamo ad avere con le case farmaceutiche, sempre abbastanza accorte nel coinvolgerci in particolare sulle 'specialità' innovative perché si possa intervenire per le opportune sensibilizzazioni nei confronti delle Autorità certificatrici, il nostro compito rimane quello di verifica sul campo, ovviamente con tutte le cautele possibili e necessarie; semmai, sarebbe oltremodo utile che le stesse industrie farmaceutiche utilizzino gli strumenti delle associazioni di pazienti, sia informatici sia tradizionali, quale può essere, per noi della FAND, il periodico *Scienza e Diabete*.

Se è possibile una chiosa finale, si può senz'altro affermare che in Italia esiste sicuramente un servizio sanitario fra i migliori del mondo; ciò che occorre, invece, è un modello di Sanità che sappia interpretare le nuove esigenze del cittadino-paziente del terzo millennio in chiave indipendente, professionale e collegiale, a cui non è, e non dovrà essere, possibile escludere l'uso intelligente delle nuove tecnologie, anche per accelerare l'introduzione della tessera sanitaria e della cartella clinica informatizzata.

Franchi: La nostra associazione non è favorevole a questa proposta, perché il trattamento è solo una parte della gestione della malattia che nel suo complesso deve trovare soluzioni nell'ambito della relazione tra medico e paziente. Inoltre, il piano terapeutico deve essere personalizzato, cioè noi chiediamo al medico di non vedere solo la malattia, ma il paziente nel suo insieme. Nel caso della BPCO, in particolare, le evidenze indicano che non si tratta solo di una malattia dei polmoni, ma di una patologia cronica sistemica e quindi ancora di più è indispensabile un approccio globale al paziente. ■ ML

Principi e metodi

L'innovazione tecnologica ha portato la Sanità a notevoli passi avanti durante gli ultimi 30 anni: l'avanzare delle biotecnologie, dei biomateriali, delle tecniche chirurgiche e delle tecnologie hardware e software ha sensibilmente incrementato lo sviluppo della medicina e conseguentemente i risultati in termini di capacità diagnostica e di efficacia terapeutica. Va evidenziato, tuttavia, che la proliferazione delle tecnologie in ambito sanitario è stata, purtroppo, anche accompagnata da un consistente incremento dei costi e, per tale motivo, un numero sempre maggiore di soggetti (gli specialisti, la classe dirigente sanitaria, i pazienti, ma anche i decisori e i fornitori di prodotti e tecnologie mediche) richiede sempre di più informazioni per supportare decisioni sullo sviluppo, l'adozione, l'acquisizione e l'utilizzo di nuove tecnologie o di significativi cambiamenti di tecnologie già in uso. Il technology assessment (TA) in ambito sanitario risponde a questa pressante esigenza.

Definizioni

Una tecnologia sanitaria è l'applicazione pratica di una conoscenza allo scopo di prevenire, diagnosticare, curare una malattia. Quindi tale termine non è riferito unicamente a dispositivi e apparecchiature, ma abbraccia anche le procedure cliniche, i programmi di prevenzione, i trattamenti farmacologici e i sistemi organizzativo-gestionali.

In particolare, il termine 'assessment' (valutazione) nel campo delle tecnologie mediche viene usato per definire un processo di analisi multidisciplinare inerente una determinata tecnologia, le caratteristiche della quale includono l'efficacia, la sicurezza, le indicazioni di utilizzo, i costi, la relazione esistente fra i costi e l'efficacia, e coinvolgono pertanto non solo il campo esclusivamente clinico, ma anche quello sociale, economico ed etico.

Più in dettaglio, il TA riguarda i seguenti aspetti:

- **performance:** la sensibilità e la specificità di alcuni test diagnostici, la conformità con le specifiche di fabbricazione, di affidabilità, di semplicità di utilizzo e di manutenzione;
- **sicurezza clinica:** il giudizio sull'accettabilità di un rischio associato all'uso di una tecnologia in una particolare situazione;
- **efficacia:** il beneficio che si ottiene sia utilizzando una

tecnologia in relazione ad un preciso problema in 'condizioni ideali' (efficacia clinica) sia in condizioni generali di routine (efficacia nella pratica);

- **economicità:** riguarda, a livello microeconomico, i costi, le tariffe e le modalità di rimborso; a livello macroeconomico si riferisce, invece, alle conseguenze che nuove tecnologie possono avere sui costi della Sanità a livello nazionale o agli effetti che una tecnologia può avere sull'allocazione di risorse tra differenti programmi sanitari o tra diversi settori della Sanità;
- **impatti sociali, legali, etici, politici:** molte tecnologie sollevano questioni sociali, legali, etiche e politiche. Un esempio possono essere i test genetici, i trattamenti contro l'infertilità, il trapianto di organi, la somministrazione di procedure il cui utilizzo è controverso (ad esempio, l'elettroshock).

La valutazione richiede pertanto un approccio multidisciplinare poiché spazia in numerosi campi includendo anche valutazioni critiche e misure dell'effettivo miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Il TA prevede quindi l'identificazione delle tecnologie che necessitano di una valutazione, la raccolta delle evidenze già esistenti e l'analisi dei dati, la sintesi delle informazioni e la distribuzione dei risultati ottenuti nonché la diffusione e la disseminazione dei conseguenti suggerimenti e raccomandazioni. Questo processo conduce ad un approccio critico delle decisioni di politica sanitaria, realizzato sulla base delle evidenze. Tradizionalmente, infatti, il processo di health technology assessment (HTA) rappresenta pertanto il 'ponte' tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori.

Quando è necessario un processo HTA

Lo scopo dell'HTA è assistere e consigliare chi ha il potere decisionale in ambito sanitario nella definizione delle scelte di politica sanitaria. La scelta può essere realizzata a tutti i livelli (figura 1):

- **micro** (pratica sanitaria basata sulle evidenze), che coinvolge il medico e/o l'operatore sanitario: un medico può richiedere la valutazione di un test per decidere se tale prestazione debba essere introdotta nelle routine di laboratorio;

- **meso** (gestione basata sulle evidenze), che coinvolge l'ospedale: il medico responsabile può avvalersi di un processo di TA per decidere se acquistare una determinata tecnologia per l'ospedale o se mandare i pazienti ad altri centri per il trattamento;
- **macro** (politica sanitaria basata sulle evidenze), che coinvolge le autorità sanitarie: decidere se procedere con determinati programmi sanitari (programmi di screening o vaccinazioni) o mettere al corrente le autorità sanitarie sull'innovazione tecnologica, la ricerca e lo stato dell'arte.

Come è evidenziato nella figura, la produzione delle evidenze e la presenza di banche dati rappresentano il punto di partenza per la realizzazione di un processo di valutazione, seguiti poi dalla sintesi delle informazioni rilevanti. Una volta realizzato il TA, anche alla luce dei possibili fattori sociali, etici e politici, il report è rivolto ai vari livelli organizzativi (micro, meso e macro); l'eventuale cambiamento, indotto dall'HTA, comporta, infine, anche una valutazione della qualità dei servizi sanitari offerti. Il processo di valutazione può quindi risultare utile nel supporto decisionale quando:

- una tecnologia è piuttosto complessa ed è caratterizzata da numerose incertezze;
- un trattamento o un test diagnostico è innovativo o controverso;
- una tecnologia consolidata è coinvolta in notevoli cambiamenti di utilizzo e di risultati;
- una tecnologia ha costi elevati.

Il processo di TA può essere condotto in un qualunque momento del ciclo di vita (sviluppo e diffusione) di una tecnologia. Gli stadi possono essere:

- concettuale: nei primi tempi dello sviluppo;
- sperimentale: quando si è alle prime fasi di test e di valutazioni con l'utilizzo di animali o modelli;
- investigativo: si sta procedendo con le prime valutazioni cliniche (esseri umani);
- stabile: la tecnologia in esame è uno standard il cui uso è diffuso;
- obsoleto: la tecnologia è superata da una nuova o ne è stata provata l'inefficacia.

Spesso queste fasi non sono sempre ben definite e le tecnologie non seguono necessariamente un'evoluzione lineare attraverso tali stadi: una tecnologia può essere stabile per una

determinata applicazione e nella fase investigativa per altre. Inoltre, dal momento che la tecnologia in campo biomedico è in costante evoluzione, il processo di valutazione dovrà a sua volta prevedere un approccio dinamico. Infine, il processo di TA, una volta iniziato, deve essere un'attività continua, cioè condotta prima dell'introduzione della tecnologia e durante il suo intero ciclo di vita.

Come si conduce uno studio di HTA

Un processo di HTA completo comporta la realizzazione di nove passaggi.

1. Identificazione e scelta delle priorità per la tecnologia oggetto di studio

Uno degli aspetti più importanti di una valutazione è specificare chiaramente la domanda (*policy question*) a cui si vuole dare una risposta, il che implica l'identificazione di un problema rilevante per i decisori in ambito sanitario. Il problema di assessment deve riconoscere la relazione tra nuove tecnologie e tecnologie già esistenti. Per esempio, se una nuova apparecchiatura diagnostica può fornire un maggiore numero di informazioni, potrebbe però non influenzare un trattamento o non portare ad un effettivo miglioramento dei risultati in termini di outcome. Il team incaricato della valutazione deve avere ben presente lo scopo dell'assessment e chi utilizzerà i risultati.

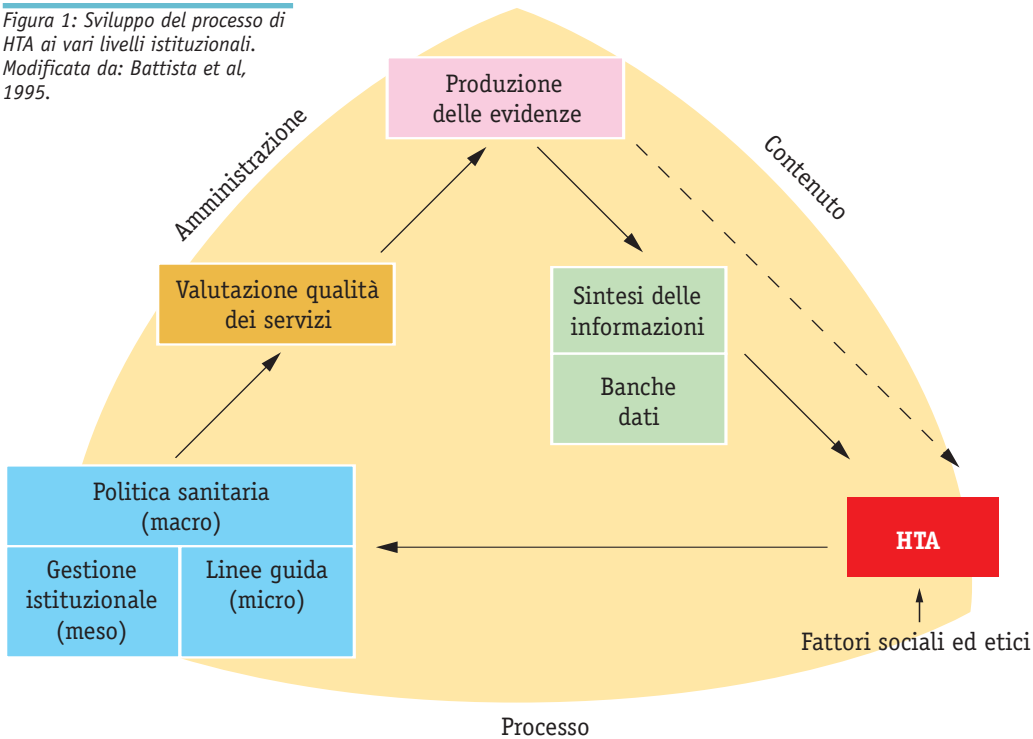
2. Valutazione della tecnologia in termini di 'bisogno', 'efficacia', 'appropriatezza', 'efficienza', 'equità', 'sicurezza'

Tale passaggio, identificato in letteratura come *research question*, rappresenta una specificazione, in termini empirici, della *policy question*: significa, in altre parole, inquadrare il problema oggetto di studio sulla base dell'evidenza scientifica, di ben definiti strumenti e misure dell'efficacia. Una volta identificata la tecnologia, infatti, è necessario analizzarla in tutti i suoi aspetti ovvero rispondere a quesiti che riguardano il bisogno, l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza.

3. Raccolta delle prove

Uno dei compiti più importanti all'interno di un processo di TA è la raccolta delle prove relative ad una particolare tecnologia prima di procedere ad una qualunque sintesi, sia essa qualitativa o quantitativa. Spesso la ricerca si deve spingere oltre le materie prettamente mediche e allargarsi al campo più scientifico in generale. Diviene così necessario consultare più

Figura 1: Sviluppo del processo di HTA ai vari livelli istituzionali. Modificata da: Battista et al, 1995.



poiché la valutazione della tecnologia deve confrontarsi con numerosi punti di vista. L'HTA si trova quindi a dover coniugare l'evidenza scientifica con contesti di natura sanitaria e sociale quali l'epidemiologia, l'analisi dell'efficacia, gli aspetti sociologici, organizzativi, economici, etici e politico/legali.

5. Interpretazione delle prove e dei dati

L'interpretazione delle prove implica un processo di classificazione degli studi al fine di conferire a ciascuno di essi un peso e la conseguente

risorse e fonti di dati in modo da incrementare la possibilità di raccogliere prove adeguate. Fonti utili per raccogliere dati e prove possono essere:

- computer database su letteratura pubblicata;
- computer database su dati clinici e amministrativi;
- report e monografie di natura istituzionale e non istituzionale;
- inventari speciali;
- riviste specializzate.

Generare delle prove per un processo di assessment può dover coinvolgere la raccolta di nuovi dati. Metodi per generare nuovi dati sugli effetti di una nuova tecnologia medica sono rappresentati dai seguenti studi epidemiologici:

- sperimentazioni cliniche controllate e randomizzate;
- sperimentazioni cliniche controllate non randomizzate con controlli contemporanei;
- sperimentazioni cliniche controllate non randomizzate con controlli storici;
- studi di coorte;
- studi caso controllo;
- studi di prevalenza (cross-sectional).

4. Analisi del contesto

L'analisi del contesto è un punto cruciale nel processo di HTA

opportunità di includerli o meno nella sintesi. Per molti soggetti, in un technology assessment, un risultato definitivo che indichi che una tecnologia è migliore di un'altra non esiste. Spesso è necessario combinare i risultati di svariati studi e considerare più ampi contesti sociali ed economici. I metodi usati per combinare o sintetizzare i vari dati sono i seguenti:

- revisioni non quantitative della letteratura consistenti in riassunti della letteratura esistente selezionata e adeguatamente valutata;
- metanalisi consistenti in un gruppo di tecniche statistiche in grado di combinare i dati di studi multipli allo scopo di ottenere risultati e stime quantitative.

6. Risultati e raccomandazioni

Con il termine 'risultati' si fa riferimento alle conclusioni cui si è giunti al termine dello studio, con 'raccomandazioni' si intendono invece i suggerimenti, i consigli che emergono dai risultati e che possono essere formulati come strategie di Sanità pubblica oppure come linee guida clinico-organizzative o direttive pratiche.

7. Diffusione e disseminazione dei risultati ottenuti

La 'diffusione' è un atto che si riferisce alla mera trasmissione dei rapporti di HTA che vengono prodotti e che, come già

evidenziato, posso essere indirizzati ai tre livelli macro, meso e micro. La ‘disseminazione’ è invece un’attività più specifica, poiché è volta a predisporre negli utilizzatori finali il possibile cambiamento nella pratica. Le strategie di disseminazione posso essere molteplici, come, ad esempio, la pubblicazione in riviste di interesse internazionale, conferenze, corsi specifici e tutti i mezzi di comunicazione di massa.

8. Implementazione dei risultati nella pratica

L’implementazione è la fase più delicata di un processo di HTA, perché comporta dei cambiamenti nella pratica a tutti i livelli istituzionali: si tratta di adottare strategie di implementazione che portino alla modifica di fattori di contesto organizzativi, amministrativi e anche culturali. La letteratura, inoltre, evidenzia come il trasferimento nella pratica dei risultati delle ricerche scientifiche sia estremamente lento e assolutamente non prevedibile.

9. Monitoraggio dell’impatto ottenuto dalla valutazione

Alcuni degli effetti che un report di technology assessment può scatenare sono:

- acquisizione o adozione di una nuova tecnologia;
- cambiamento della frequenza d’uso – in termini riduttivi o di incremento – di una tecnologia;
- nuova allocazione di risorse nell’ambito sanitario regionale o nazionale;

- modificazione della pianificazione di marketing di una determinata tecnologia.

Nella figura 2 è riportata una dimostrazione pratica del processo di HTA, in cui vengono mostrati alcuni dei numerosi passaggi evidenziati sopra. L’esempio in questione riguarda la valutazione dell’efficacia della tecnologia (ma potrebbe riguardare l’appropriatezza, l’eticità o l’efficienza); il metodo considera la revisione sistematica dell’evidenza disponibile e non contempla, nel caso specifico, la possibilità di effettuare una valutazione economica (ipotesi peraltro proposta al momento della valutazione dell’impatto).

Gli attori dell’HTA

Come desumibile dalla sua natura multidimensionale, il processo di valutazione deve necessariamente coinvolgere numerosi e differenti attori, tutti ugualmente importanti. Innanzitutto, il processo di HTA si basa principalmente, come visto, sulla ricerca e verifica delle evidenze scientifiche: ciò comporta la partecipazione dei ricercatori e degli esperti nell’ambito di indagini, ma anche degli operatori sanitari e dei decisori, che, senza la disponibilità delle migliori prove di efficacia, non sono messi nelle condizioni necessarie per decidere se adottare o meno una nuova tecnologia. Accanto agli aspetti prettamente clinici, ne vanno anche evidenziati altri come, ad esempio, quelli sociali, culturali ed

etici, che coinvolgono principalmente i cittadini/utenti/pazienti del servizio sanitario pubblico, nonché il servizio stesso. Per quanto concerne i fattori socioculturali, i cittadini sono oggi sempre più sensibili all’aspetto della partecipazione alle scelte in Sanità (si veda la parola chiave ‘Empowerment’ in CARE 2, 2005). Si tratta, pertanto, di conciliare, nell’effettuazione delle scelte, le garanzie di evidenza scientifica con la partecipazione attiva del loro destinatario effettivo o

Figura 2. Health Technology Assessment: dalla teoria alla pratica. Modificata da: Granados, 1999.

| | |
|------------------------|--|
| Policy question (1996) | Il laser transmiocardico dovrebbe essere ammesso alla rimborsabilità (SSN) per la cura delle patologie coronariche acute? |
| Research question | È efficace? |
| Metodo | Revisione sistematica dell’evidenza scientifica |
| Risultati | <ul style="list-style-type: none"> • Pochi studi disponibili (nessun RCT) • Scarsa qualità dell’evidenza • Efficacia clinica non riconosciuta |
| Raccomandazioni | <ul style="list-style-type: none"> • Non ammesso alla rimborsabilità • Necessità di maggiori ricerche |
| Impatto (1998) | Stanziamiento di fondi per l’analisi economica e per l’efficacia |



potenziale: è, infatti, ormai universalmente riconosciuto che quando il cittadino partecipa al processo decisionale la sua soddisfazione è maggiore e gli esiti clinici migliorano. Quale situazione emblematica di

questo 'circolo virtuoso' può essere assunto il 'bilancio sociale' (vedi parola chiave in CARE 3, 2005), inteso come strumento volto essenzialmente alla trasparenza nella trasmissione/condivisione delle informazioni.

Qualunque scelta determina, in effetti, un potenziale conflitto tra 'valori morali', poiché implica una situazione in cui: (a) può non esistere, in assoluto, una soluzione 'giusta' o 'sbagliata' o (b) più di una alternativa può risultare appropriata. Sempre sotto l'aspetto etico, non si può non accennare all'aspetto relativo alla natura della committenza: la correttezza nello svolgimento del processo di HTA potrebbe infatti essere condizionata dagli interessi 'particolari' del committente, in particolare laddove questi sia un soggetto privato: tale tematica richiederebbe uno specifico approfondimento. Infine, tra gli attori coinvolti nell'HTA vanno inclusi anche gli esperti in valutazione economica: non si può negare infatti che tale aspetto, pur rappresentando solo una parte del processo di HTA, continui a rivestire un ruolo determinante nel processo decisionale. Ciò malgrado, è necessario sfatare 'il mito' che assegna all'economia un ruolo di finalità piuttosto che di vincolo: le risorse vanno infatti allocate in maniera efficiente e nel rispetto dell'efficacia clinica indipendentemente dalla loro natura limitata: ciò conferma ulteriormente l'opportunità di avvalersi di esperti nel settore.

Considerazioni e prospettive

Abbiamo cercato di presentare l'HTA come un processo sistemico e multidisciplinare indispensabile per la corretta istruzione delle dinamiche decisionali e garante della ottimizzazione delle soluzioni perseguite, oltre che della trasparenza di tali dinamiche nei confronti di tutti gli attori coinvolti. Come si può facilmente evincere, l'HTA può rappresentare un potente strumento di collegamento tra l'ambito 'tecnico-scientifico' e quello 'decisionale', posto che quest'ultimo ne garantisca i presupposti per la sua attuazione e, soprattutto, che si abitui a richiederne l'effettuazione.

Nella seconda parte della parola chiave, cercheremo di rappresentare la diversa diffusione dell'HTA nel mondo (Italia compresa), caratterizzandone lo stato di sviluppo nei Paesi che vi stanno maggiormente improntando la gestione dei propri sistemi sanitari.

Letizia Orzella, Maurizio Marceca

BIBLIOGRAFIA

- Battista RN, Hodge MJ, Vineis P. Medicine, practice and guidelines: the uneasy juncture of science and art. *J Clin Epidemiol* 1995; 7: 875-880.
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM et al: Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of intervention to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465-468.
- Chantler C: Health technology assessment: a clinical perspective. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20: 87-91.
- Chinitz D: Health technology assessment in four countries: response from political science. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20: 55-60.
- Eccles MP, Grimshaw JM, Walker A et al: Changing behaviour of health care professionals: the use of theory in promoting the uptake of research findings. *J Clin Epidemiol* 2005; 58: 107-112.
- Garber AM: To use technology better. *Health Aff* 2006; 25 (2): W51-W53.
- Granados A: Health technology assessment and clinical decision making: which is the best evidence? *Int J Technol Assess Health Care* 1999; 15: 585-614.
- Grilli R: Linee guida. *CARE* 2003; 1: 27-30.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G et al. Effectiveness and efficiency of guidelines dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8 (6): iii-iv, 1-72.
- Grimshaw JM, Eccles MP: Is evidence-based implementation of evidence-based care possible? *Med J Aust* 2004; 180: S50-S51.
- Hensall C, Oortwijn W, Stevens A: Priority setting for health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 1997; 13: 144-185.
- Holland WW: Health technology assessment and public health: a commentary. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20: 77-80.
- Liberati A, Sheldon T, Banta D: Methodological guidance for the conduct of health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 1997; 13: 186-219.
- Loiudice M, Dramis M. Il bilancio sociale. *CARE* 2005; 3: 23-25.
- Lothgren M, Ratcliff M: Pharmaceutical industry's perspective on health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20: 97-101.
- Oliver A, Mossialos E, Robinson R: Health technology assessment and its influence on health care priority setting. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20: 1-10.
- Poletti P: Empowerment del cittadino utente. *CARE* 2005; 2: 24-27.
- Ridley DB, Grabowsky HG, Moe JL: Developing drugs for developing countries. *Health Aff* 2006; 25, 2: 313-324.
- Royle J, Oliver S: Consumer involvement in the health technology assessment program. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20, 4: 493-497.
- Rutten F: Health technology assessment and policy from the economic perspective. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20: 67-70.
- ten Have H: Ethical perspective on health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20: 71-76.

SUGGERIMENTI ON LINE

a cura di Eugenio Santoro, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMaC) <http://www.aimac.it>

L'AIMaC è un'associazione costituita da malati di cancro, ricercatori, medici, psicologi, psicoterapeuti e esperti di comunicazione. Lo scopo dell'associazione è quello di offrire informazioni sul cancro e sulle terapie ai malati, alle loro famiglie e amici, assicurando al tempo stesso sostegno psicologico ai malati e promuovendo iniziative per diffondere le informazioni sul cancro. Uno dei punti di forza del sito dell'AIMaC è la sezione "Informazioni sul cancro", attraverso cui è possibile scaricare 27 libretti informativi (tradotti dalle pubblicazioni di CancerBACUP e riadattati alla situazione italiana da un apposito comitato scientifico) e ottenere informazioni sui profili farmacologici dei principali trattamenti antitumorali e sulle singole neoplasie. Più pratica è la sezione "Indirizzi utili per il malato", attraverso cui l'utente può consultare l'elenco delle strutture oncologiche italiane riconosciute dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica e la lista dei centri di radioterapia e di quelli in cui è possibile effettuare la PET. La stessa sezione offre preziose informazioni sulle associazioni di volontariato che prestano servizi volti a soddisfare le esigenze dei malati oncologici (tra cui quello di assistenza domiciliare e/o sostegno psicologico) e segnala i più importanti siti web relativi alle differenti forme di cancro e ai possibili trattamenti. Attraverso apposite sezioni il sito non trascura di informare i malati di cancro sui diritti all'assistenza riconosciuti a livello nazionale e



internazionale e sui convegni organizzati dall'AIMaC o nei quali l'associazione è invitata a partecipare. L'attività di divulgazione di informazioni a carattere oncologico, molte delle quali frutto dell'attività di ricerca svolta da gruppi internazionali, è sostenuta inoltre dalla sezione "Novità" e dalla pubblicazione del periodico trimestrale di informazione dell'associazione.

Le informazioni offerte sono aggiornate e scientificamente validate grazie anche alla collaborazione con associazioni di volontariato (tra cui la Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia – <http://www.favo.it> – a cui l'AIMaC appartiene), centri di oncologia medica universitari e ospedalieri, istituti a carattere scientifico e organizzazioni internazionali come l'International Union Against Cancer e la European League against Cancer. ■

Health Technology Assessment International

<http://www.htai.org>

Il **progressivo sviluppo** delle tecnologie nel campo medico sanitario degli ultimi decenni ha determinato un impulso alla crescita dell'Health Technology Assessment, cioè di quell'insieme di metodologie per valutare l'appropriatezza delle prestazioni, degli effetti prodotti, e dei costi delle nuove strumentazioni. Il sito corrente è quello della società scientifica denominata Health Technology Assessment International, da anni in prima linea nella ricerca su questi temi. Oltre alle attività di ricerca, è possibile accedere alla sezione dei congressi annuali e alla rivista ufficiale (International Journal of Technology Assessment in Health Care). ■

International Network of Agencies for Health Technology Assessment

<http://www.inahta.org>

Dello stesso tenore è il sito web della INAHTA, un network internazionale nato nel 1993 e che riunisce 45 gruppi internazionali operanti in 22 Paesi nell'area dell'Health Technology Assessment. Attraverso questo sito è possibile accedere anche all'HTA Database, un archivio contenente più di 6000 articoli relativi all'Healthcare Technology Assessment, e all'HTA Checklist, uno strumento sviluppato dalla INAHTA per condurre analisi di Healthcare Technology Assessment. ■

Un vademecum per i prodotti di origine vegetale

Cosa sono i prodotti di origine vegetale? Quali sono le loro attuali modalità di utilizzo in campi diversi quali la medicina, l'alimentazione, l'erboristeria e la cosmetica? E, soprattutto, a quale regolamentazione sono soggetti in Italia e nell'Unione Europea per ciò che attiene, in particolare, la loro qualità, sicurezza ed efficacia? A queste ed altre domande offre risposte complete ed analitiche il volume **Prodotti di origine vegetale in medicina, alimentazione, erboristeria e cosmetica. Aspetti normativi, scientifici e tecnici relativi a qualità, sicurezza ed efficacia dei diversi usi delle piante officinali in Italia e nell'Unione Europea**, edito da Tecniche Nuove e curato da Marco Silano, primo ricercatore presso il Dipartimento di Sanità Alimentare e Animale dell'Istituto Superiore di Sanità, e da Vittorio Silano, Capo Dipartimento dell'Innovazione presso il Ministero della Salute, nonché Presidente del Comitato Scientifico dell'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA).

Il volume, che si fregia di una presentazione scritta da Girolamo Sirchia, già Ministro della Salute, è strutturato in sette distinti capitoli dedicati all'uso dei prodotti di origine vegetale ed alle problematiche sanitarie connesse, ai medicinali (tradizionali) di origine vegetale, agli integratori alimentari, ai prodotti di erboristeria, alle piante aromatiche ed agli aromi alimentari, ai prodotti cosmetici ed ai prodotti di confine (*borderline*).

L'impiego di prodotti di origine vegetale per finalità, oltre che alimentari, di tipo aromatico, cosmetico e medicinale risale a tempi antichissimi: resti di *Papaver somniferum* furono rinvenuti in caverne dell'età della pietra ed otto diverse piante medicinali furono rinvenute in Iraq in un sepolcro di circa 60.000 anni fa.

Non v'è dubbio, tuttavia, che l'evoluzione delle tecnologie applicabili ai vegetali nella produzione e nella globalizzazione del commercio abbiano sostanzialmente modificato il quadro di insieme, da un lato creando i presupposti per un importante sviluppo di una varietà di pro-



dotti di origine vegetale, dall'altro, parallelamente, aumentando la necessità di cautele per renderne massimi i benefici e minimi i rischi per i consumatori.

Tanto più che, ha sottolineato Vittorio Silano, "prodotti uguali o sostanzialmente identici (cioè diversi solo per particolari di scarsa importanza) sono oggi commercializzati nei vari Paesi e, in alcuni casi, nello stesso Paese, nell'ambi-

to di diverse categorie merceologiche e con diverse modalità di presentazione". È il caso dei prodotti cosiddetti *borderline* o di confine, che rappresentano l'esempio concreto delle difficoltà incontrate nei tentativi finora esperiti per realizzare nell'Unione Europea il 'mercato unico' dei prodotti vegetali.

"Rilevare queste diversità – ha proseguito il professor Silano – non soddisfa una mera curiosità, ma risponde ad un bisogno molto importante in termini di Sanità pubblica. Pensiamo, ad esempio, ad un estratto o ad una parte di una pianta che vengano utilizzati in un Paese come medicinale e in un altro come integratore alimentare. È chiaro che i livelli di tutela del consumatore non sono e non possono essere gli stessi; nel caso del medicinale, abbiamo regole molto stringenti sull'etichetta, sul foglietto illustrativo destinato ai consumatori, abbiamo un sistema di farmacovigilanza, tutti elementi per garantire la sicurezza del consumo che mancano, invece, in gran parte, nel caso di un integratore alimentare, che viene di regola commercializzato in conformità alla normativa alimentare e dovrebbe essere utilizzato con maggiore continuità e in dosaggi diversi, proprio perché la finalità dell'integratore è quella di reintegrare la dieta con particolari sostanze carenti".

Meritorio appare anche lo sforzo degli autori di raccogliere tutte le valutazioni che delle varie specie vegetali o botaniche sono state fatte da organismi internazionali quali l'Organizzazione

Mondiale della Sanità (OMS) o l'Agenzia Europea di Valutazione dei Medicinali (EMA). Molto interessante anche il capitolo dedicato ai prodotti medicinali tradizionali di origine vegetale, definiti come prodotti medicinali che contengano esclusivamente come principio attivo uno o più materiali di origine vegetale o una o più preparazioni di origine vegetale o, ancora, una combinazione dei due, purché tutte le seguenti condizioni siano soddisfatte:

- indicazioni esclusivamente idonee per prodotti medicinali tradizionali di origine vegetale che, in virtù della loro composizione e utilizzazione, sono intesi e progettati all'uso senza il controllo medico a scopo diagnostico, terapeutico o di monitoraggio del trattamento;
- destinazione esclusiva alla somministrazione in accordo con una specifica concentrazione e posologia;
- preparazione orale, a uso esterno o inalatorio;
- disponibilità di evidenze bibliografiche o pareri di esperti per cui il prodotto medicinale in questione o un prodotto corrispondente sia stato utilizzato come medicinale per un periodo di almeno 30 anni (di cui almeno 15 nell'ambito dell'Unione);
- disponibilità di dati sufficienti sull'uso tradizionale dei prodotti medicinali; in particolare, è

dimostrato che il prodotto non ha effetti sfavorevoli sulla salute nelle specifiche condizioni d'uso e gli effetti farmacologici o l'efficacia sono plausibili sulla base del lungo uso e dell'esperienza maturata.

"Per i medicinali tradizionali di origine vegetale – ha concluso il professor Silano – esiste, quindi, una procedura semplificata (prevista dalla Direttiva 24/2004) sia per quanto riguarda la produzione di prove di efficacia, che viene sostituita dalla sussistenza del requisito dell'uso tradizionale (30 anni), sia per quanto riguarda la sicurezza. Il Comitato Scientifico settoriale dell'EMA, istituito in adempimento ad una delle prescrizioni della citata direttiva da circa un anno e mezzo, ha infatti avuto l'incarico di preparare delle monografie su prodotti di origine vegetale alle quali le aziende possono fare riferimento senza la necessità di dimostrare la sicurezza del prodotto caso per caso. Si tratta, quindi, di procedure molto semplificate di registrazione in cui l'unico elemento veramente cruciale è la qualità del prodotto".

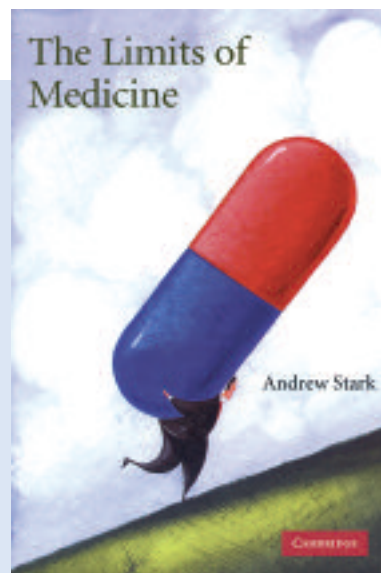
Conclude l'opera, assolutamente utile sia alle realtà imprenditoriali che alle autorità a diverso titolo interessate ai prodotti citati, una ricca e completa bibliografia internazionale. ■ ML

TRA MEDICINA E FILOSOFIA

Immaginiamo di vivere in un mondo dalle risorse illimitate e dalle sconfinite innovazioni tecnologiche, nel quale si sia in grado di curare qualsiasi persona affetta da qualsiasi tipo di malattia. Quali sarebbero in questa realtà utopica i limiti della scienza medica? Chi non dovremmo comunque cercare di curare pur avendo le risorse sia tecnologiche sia finanziarie per farlo?

Andrew Stark, professore di management strategico e scienze politiche all'Università di Toronto, cerca di dare una risposta personale a questa domanda in **The limits of medicine** (Cambridge University Press, New York 2006), inserendosi nel dibattito contemporaneo che vede contrapporsi sostanzialmente due linee di pensiero.

Da una parte coloro che, pur essendo affetti da patologie tradizionalmente destinate all'approccio medico, come la sordità, l'obesità o l'anoressia, non riconoscono il proprio stato di malattia, al punto da interpretare l'intervento medico come una forma di genocidio



culturale della propria identità. Sull'altro fronte si collocano coloro che 'medicalizzano' condizioni con una propria caratterizzazione sul piano culturale più che clinico, come l'atleta non soddisfatto delle proprie prestazioni, che decide di assumere steroidi per migliorarle, gli uomini e le donne che ricorrono alla chirurgia estetica, o chi soffre di una depressione lieve che preferisce impiegare farmaci per migliorare il proprio umore.

A chi è eticamente corretto che la medicina dica no? Pur sapendo che molti non saranno d'accordo su alcune delle

posizioni prese, Stark intende soprattutto contribuire a far fare qualche passo in avanti alle considerazioni filosofiche sui limiti della medicina, senza che queste si debbano considerare per forza un punto di arrivo. ■ ML

Riflessioni intorno alla medicina

‘Caso, intuizioni, ambizioni, ingenuità, evidenze e pericoli in medicina e chirurgia’ è il sottotitolo di **Solo scienza e coscienza?** (Il Pensiero Scientifico Editore 2006), l’interessante volume di Giorgio Dobrilla (primario emerito di Gastroenterologia al San Maurizio di Bolzano e membro dell’Associazione Italiana dei Gastroenterologi Ospedalieri, della British Society of Gastroenterology e dell’American College of Gastroenterology), che intende offrire un’analisi approfondita e puntuale di tutti quegli aspetti, spesso sconosciuti e trascurati, che invece svolgono un ruolo importante in tutto ciò che in vario modo riguarda la medicina.

Il libro si sviluppa attraverso 19 capitoli, nei quali l’autore passa in rassegna i vari argomenti, portando il lettore a comprendere meglio la complessità del mondo della medicina e della salute pubblica. Scopriamo così come il caso abbia giocato un ruolo fondamentale nella scoperta della penicillina da parte di Alexander Fleming o come l’acuta osservazione di un allora sconosciuto medico di campagna – Edward Jenner – si sia tradotta in un fondamentale progresso per l’umanità, come è senza dubbio la possibilità di prevenire, attraverso la vaccinazione, la maggior parte delle malattie infettive del mondo.

La vicenda di William Withering – il medico inglese che alla fine del 1700 scoprì gli effetti della *digitalis purpureas* contro lo scompenso cardiaco e alcune aritmie cardiache – fornisce a Dobrilla lo spunto per sottolineare l’importanza nella storia della medicina dell’intuizione, ‘componente prevalente’ di un cocktail i cui ingredienti (intuizione, spirito di osservazione e casualità) risultano spesso mescolati e amalgamati tra loro.

E se al coraggio (o all’ambizione) di Christian

Barnard si deve il primo trapianto cardiaco sull’uomo, è ancora una volta il caso che interviene a favore di Norman Shumway e della chirurgia dei trapianti in generale, grazie ai progressi nella terapia antirigetto resi possibili dalla scoperta della ciclosporina.

L’autore mette in guardia il lettore dalle numerose ingenuità ricorrenti in medicina, come ad esempio credere che ciò che segue un evento sia necessariamente causato da ciò che lo ha preceduto, ritenere che un sintomo o una malattia siano provocati da una causa unica, o considerare efficace un rimedio solo perché questo si tramanda da secoli e sono in tanti a crederci.

Nei due capitoli dedicati al placebo – argomento già approfonditamente trattato dallo stesso autore in *Placebo e dintorni* (Il Pensiero Scientifico Editore 2004) – Giorgio Dobrilla prova a trovare le risposte ad alcuni importanti interrogativi. Come possiamo definire il placebo: millantato credito o realtà sottostimata? E ancora: un placebo può causare effetti

collaterali? Interrogativi che tornano quando si parla di farmaci, di come dimostrare l’efficacia specifica di una medicina, oppure quando si tratta di capire se esistono farmaci privi di effetti collaterali e perché tali effetti non si scoprono mai prima.

Infine, un invito ai pazienti a considerare la propria salute con senso di responsabilità ed equilibrio, evitando l’uso inappropriato o l’abuso di farmaci, non eccedendo nel sottoporsi ad accertamenti diagnostici che possono in alcuni casi non solo rivelarsi inutili, ma anche potenzialmente nocivi alla salute, soprattutto facendo particolare attenzione quando si tratta di ricorrere alle cosiddette medicine alternative il cui potenziale terapeutico non sia stato scientificamente accertato.

Un libro “poliedrico, avvincente e spesso sorprendente”, lo ha definito Andrea Zanzotto nella sua presentazione, una fotografia del mondo della medicina che evidenzia la complessa eterogeneità di tutti gli elementi costitutivi. ■ ML

