



Veronica Barini, Livia Calciolari, Roberta Chittolina,
Paolo Gibelli, Antonio Lanzarini, Gabrio Zacchè

II FARMACO NEL 2013 TRA INNOVAZIONE E SPENDING REVIEW

BIOETICA E SENSO DELLA VITA
IN GIORGIO ZAMBONI

Veronica Barini, Livia Calciolari, Roberta Chittolina,
Paolo Gibelli, Antonio Lanzarini, Sara Mosconi,
Gabrio Zacchè

II FARMACO NEL 2013
TRA INNOVAZIONE E SPENDING REVIEW
aspetti culturali ed etici

Bioetica e senso della vita
in Giorgio Zamboni

*Atti del Convegno, Pieve dei due Pozzi
Barbassolo di Roncoferraro (MN),
28 settembre 2013*

a cura di
Gabrio Zacchè

Gli Autori

Veronica Barini, Farmacista, Fondazione Mons. Arrigo Mazzali, Mantova.

Livia Calciolari, Assessore alla Cultura, Comune di Roncoferraro (Mn).

Roberta Chittolina, Farmacista, Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda (Bs).

Paolo Gibelli, Medico, Vicario Episcopale, Mantova.

Antonio Lanzarini, Farmacista, Presidente UCFI (Unione Cattolica Farmacisti Italiani) Mantova.

Sara Mosconi, Farmacista, Presidente AGIFAR (Associazione giovani farmacisti) e Segretaria Ordine dei Farmacisti, Mantova.

Gabrio Zacchè, Ginecologo, Presidente Centro di Consulenza Familiare, Mantova; Vice Presidente Associazione Virgiliana di Bioetica.

In copertina disegno di Francesco Colpani

Livia Calciolari

INTRODUZIONE

Nel portare il saluto dell'Amministrazione comunale di Roncoferraro a tutti i partecipanti alla XVI edizione del convegno *Etica e Salute* presso il Santuario dei SS. Cosma e Damiano di Barbassolo, desidero esprimere il compiacimento per il coinvolgimento, quest'anno, del ruolo del farmacista nel settore della sanità.

“*Il farmaco nel 2013 tra innovazione e spending review. Aspetti culturali ed etici*” risponde a una necessità già rimarcata in passato, quando le tematiche affrontate in questa sede vertevano esclusivamente su questioni etico-sanitarie analizzate dall'ottica della medicina. Nessuno di noi, oggi, guarda al farmacista come a un semplice distributore del farmaco. Gli riconosciamo, invece, un ruolo importante nell'educazione all'uso corretto e nel monitoraggio della sicurezza.

Attraverso gli interventi che seguiranno, vedremo il farmaco sia nei suoi aspetti innovativi nel contesto sociale attuale, rispondente alle logiche del risparmio, sia nel suo uso determinato da stili di vita a rischio e dal diffuso consumismo.

Ci si spingerà anche nella realtà internazionale, con un'interessante testimonianza da un paese africano, in cui patologie e bisogni legati a condizionamenti socio-economici ben diversi dai nostri impattano in organizzazioni sanitarie deficitarie.

La conclusione del convegno è affidata alla *lectio magistralis* di Gabrio Zacchè su “*Bioetica e senso della vita in Giorgio Zamboni*”, riproponendo la riflessione del professore nella discussione della sua tesi di laurea in filosofia presso l'Università degli Studi di Verona nel 1999.

Con ciò vogliamo riaffermare stima ed affetto immutati alla memoria del compianto professor Giorgio Zamboni, che per quattordici anni organizzò questi convegni.

IL FARMACO NEL 2013
TRA INNOVAZIONE E SPENDING REVIEW

Aspetti culturali ed etici

Roberta Chittolina

PROBLEMATICHE ATTUALI NELL'USO DEI FARMACI

Il difficile equilibrio tra innovazione e sostenibilità economica

Se di “rimedio farmacologico” si parla dai tempi antichi, il concetto attuale di farmaco come “trattamento farmacologico autorizzato” per la gestione di una determinata patologia è del 20° secolo.

Il farmaco deve rispondere a tre requisiti fondamentali: qualità, efficacia e sicurezza. Se per circa 100 anni siamo stati abituati a farmaci derivati dalla chimica farmaceutica tradizionale, la ricerca del nuovo millennio è caratterizzata dalla fine della chimica e dall'avvento delle biotecnologie. L'innovazione farmaceutica ha costi elevatissimi, il farmaco biotecnologico è in mano a specialisti ospedalieri, a fronte di farmaci usati sul territorio ormai quasi tutti a brevetto scaduto, ma sempre di maggior impiego a causa dell'aumento dell'età media e delle patologie croniche divenute ormai di massa. La necessità di risorse economiche da destinare al farmaco è quindi sempre in aumento per questo duplice motivo.

Il nostro SSN trova nelle sue radici istituzionali i principi dell'equità, dell'universalismo e della gratuità, che non sono solo parole in quanto trovano la loro applicazione nei Livelli Essenziali di Assistenza. Purtroppo però sappiamo di trovarci di fronte ad un momento storico in cui le disponibilità stanno diminuendo, il fondo destinato al SSN nel 2013 per la prima volta è stato inferiore all'anno precedente. Da qualche anno a supporto della sostenibilità sono stati messi dei tetti massimi di spesa per la farmaceutica, per il 2013 l'11,35% del fondo destinato al SSN per i farmaci usati sul territorio e il 3,5% per quelli usati in ambiente ospedaliero. Quindi il delta tra le risorse necessarie e le risorse disponibili continua ad ampliarsi ed è imperativa la necessità di liberare risorse cercandole all'interno di quelle che già ci sono.

Per medici e farmacisti c'è una sfida di economia sanitaria da affrontare, dal momento che le risorse vanno gestite con scelte “forti” ed oculate per poter sostenere l'innovazione farmaceutica. Una delle carte vincenti è l'appropriatezza dell'intervento terapeutico, che passa per l'Evidence Based Medicine (EBM) e aderenza a Linee Guida con standard di qualità, ma anche attraverso comparazioni farmacoeconomiche di effectiveness, ricercando il migliore approccio al minor costo. Questo significa confrontare le varie opzioni terapeutiche e affrontare con responsabilità i temi di farmaci generici e biosimilari.

L'appropriatezza apre delle riflessioni sulla pratica clinica. La scelta terapeutica può essere effettuata secondo tre categorie: "effective care", cura efficace, basata su evidenze solide e che dovrebbe essere applicata a tutti i pazienti che ne hanno bisogno, "preference sensitive care", con più opzioni terapeutiche basate su opinioni localmente variabili, e "supply sensitive care", cure indotte da un eccesso di risorse sanitarie¹. Nella pratica clinica si assiste ad una importante variazione delle cure per una stessa condizione patologica, a seconda delle zone geografiche e delle strutture ospedaliere, e quindi non sempre giustificata dai fattori individuali del paziente, con generale underuse di cure efficaci, per scarsa applicazione di EBM, e overuse di cure meno efficaci.

Per liberare risorse disponibili per l'innovazione è quindi importante identificare il perché di questa variabilità e quanto sia lo "spreco" (e quindi i costi evitabili e riducibili) delle terapie farmacologiche, che è stato stimato raggiungere circa il 20% della spesa farmaceutica. Le 6 categorie di spreco identificate comprendono il sottoutilizzo di cure efficaci (12%), difettoso coordinamento tra i prestatori di cura (10%), sovrautilizzo di trattamenti (26%), tempo speso in obblighi burocratici (12%), costi esagerati dell'innovazione (19%), sovrinterventismo medico (21%)². Sarebbe auspicabile una maggiore responsabilizzazione delle istituzioni sanitarie nella comunicazione e promozione dei corretti comportamenti prescrittivi da adottare nella pratica medica, ma anche nelle campagne educazionali ai cittadini sul corretto approccio al farmaco.

Un esempio che va citato legato alla frequente inappropriatezza d'uso è quello relativo agli antibiotici, che sta causando una vera e propria emergenza sanitaria: lo sviluppo di infezioni, soprattutto nel contesto ospedaliero ma non solo, causate da batteri resistenti, che non rispondono più alle terapie antimicrobiche. Dall'ultimo rapporto Osmed, presentato in AIFA il 24 settembre 2013, emerge che ancora l'impiego degli antibiotici è ingiustificato per il 20% dei casi. L'Italia è uno dei Paesi a più elevato consumo in Europa, con rilevanti differenze tra Nord e Sud. Le cause di questo fenomeno, ancora una volta, risiedono nell'uso indiscriminato dei farmaci per mancanza di conoscenze approfondite e tendenza alla "medicina difensiva" che in questo ambito trova la sua massima rappresentazione.

Nel panorama farmaceutico il ruolo dell'industria è sempre stato prevalente. La ricerca scientifica, l'innovazione tecnologica e l'informazione medica sono sostenute per il 90% dalle aziende farmaceutiche. Le industrie farmaceutiche in Italia hanno però parecchi problemi da affrontare: la mancanza di agevolazioni fiscali a sostegno della Ricerca e Sviluppo, i ritardi dei pagamenti da parte delle Pubbliche Amministrazioni, le difficoltà dell'accesso al mercato che ritardano ulteriormente il rientro economico: dopo l'autorizzazione comunitaria di un farmaco infatti, passano dai 12 ai 18 mesi prima che venga riclassificato a livello nazionale per prezzo e regime di rimborsabilità adatto al nostro SSN, in alcune regioni altri 12 mesi

per essere approvato nei relativi prontuari così da poter essere prescritto, e altri 2 mesi prima dell'uso effettivo negli ospedali.

I risultati sono un ulteriore aumento dei costi dei farmaci innovativi dovendoli riasorbire in un arco di tempo più limitato, l'abbandono dell'Italia da parte dell'industria farmaceutica e l'ulteriore focalizzazione negli ambiti maggiormente profit; è il caso dell'oncologia, le cui terapie occupano il 25% della spesa farmaceutica ospedaliera, l'80% dei farmaci innovativi infatti sono antitumorali ed il 50% di questi (e quindi delle risorse), viene somministrato negli ultimi 4 mesi di vita del paziente³.

1. Le patologie croniche del mondo occidentale e il mongering farmaceutico

Nel mondo occidentale dal dopoguerra ad oggi la transizione epidemiologica ha portato ad un capovolgimento delle cause di morte: prima per cause naturali, oggi per patologie croniche che

trovano ragione nell'aumento dell'età media ma anche negli stili di vita scorretti. Malattie cardiovascolari e neoplastiche, BPCO, depressione, diabete: patologie di massa che trovano nel farmaco una facile ma spesso non risolutiva risposta.

Collegandomi agli interventi del convegno dell'anno scorso, e anticipando l'intervento della dott.ssa Mosconi, sono insufficienti gli interventi culturali finora fatti sugli stili di vita, è c'è la necessità di investire e concentrarsi sulla prevenzione, a partire dal periodo scolastico. Bisognerebbe poi rivalutare la cultura del farmaco stesso, per anni troppo facile e priva di riflessioni, da parte delle industrie farmaceutiche ma anche della classe medica e dei pazienti. Solo recentemente ci si sta ponendo il problema di quanto incida - sia sul risultato di salute che sul bilancio del SSN - la ridotta aderenza alla terapia, intesa come capacità da parte del paziente assumere correttamente il farmaco nel tempo e nelle modalità prescritti. Un recente studio nazionale condotto dal Geriatric Working Group di AIFA fa emergere una mancata aderenza alla terapia a farmaci antipertensivi, ipoglicemizzanti, antidepressivi e antiosteoporotici in oltre il 50% dei pazienti⁴.

Un altro aspetto che caratterizza il mondo occidentale è l'estremizzazione anche del bisogno di medicalizzazione; ciò derivan da fattori culturali e sociali, uniti alla ricerca del benessere permessi dallo sviluppo economico. "Once upon a time, plenty of children were unruly, some adults were shy, and bald men wore hats": così inizia l'introduzione di una serie di articoli pubblicati nel 2007 su Lancet a proposito del tema della medicalizzazione del 21° secolo⁵. Il "mongering" farmaceutico indica la "vendita", l'"invenzione di malattia". Viene etichettata come malattia un fattore di rischio o una

condizione disturbante che fa parte della larga normalità del genere umano (ad esempio timidezza o alopecia, colon irritabile, disturbi della menopausa) da risolvere poi con intervento farmacologico anziché con correzione degli stili di vita. Rende ragione di ciò l'eccessiva offerta terapeutica, che trova origine nel boom di nuove molecole degli anni '70-'90, sostenuto da un eccessivamente permissivo e a volte superficiale rimborso in SSN e dalla grandissima spinta commerciale ad esso conseguente da parte dell'industria farmaceutica. Aggressività commerciale che in qualche occasione spingeva a trattare popolazioni di pazienti diverse da quelle osservate negli studi clinici.

Oggi per fortuna le agenzie regolatorie sono molto più rigorose nella concessione delle autorizzazioni commerciali alle aziende farmaceutiche e sono anche più attente alla quantificazione dei danni alla salute prodotti da una promozione scorretta dei farmaci. Lo testimoniano alcuni provvedimenti recenti: ad esempio, una multa di 1,6 miliardi di dollari nel 2012 alla ditta che - per incentivarne le vendite - ha promosso l'uso dell'acido valproico nelle case di riposo per controllare l'agitazione e l'aggressività degli anziani con schizofrenia (indicazione non autorizzata)⁶.

2. Il farmaco nell'anziano

L'anziano non è un “vecchio adulto”, ma un sistema dalle condizioni fisiopatologiche e psicologiche completamente diverse rispetto a quelle in cui il farmaco viene studiato nella ricerca clinica. Nell'anziano bisogna preoccuparsi in modo particolare di “primum non nocere”. La cultura della sicurezza non è però molto diffusa; spiccano infatti alcuni fenomeni:

- una polifarmacoterapia importante, dove il 55% dei pazienti in fascia di età compresa tra i 75 e gli 84 anni assume da 5 a 9 farmaci diversi, e il 14% più di 10. Il già citato rapporto Osmed 2012 afferma che l'anziano over 74 presenta consumi e spesa rispettivamente 22 e 8 volte superiori a quelli di un paziente adulto in età giovane. Il rischio che si corre è che si smetta di prendere le medicine critiche;
- “overtreatment” da supply sensitive care e una ingiustificata variabilità dei trattamenti che assume una proporzione ancora più ampia;
- una prevalenza elevata (25%) di farmaci inappropriati per la condizione clinica in quanto con profilo di rischio beneficio sfavorevole per l'anziano⁴;
- il tasso molto elevato di ricoveri per Reazioni Avverse da Farmaco (in Regione Lombardia il 0,9% degli accessi ai Pronto Soccorso è legato alla terapia farmacologica, con 1,3% mortalità). Le reazioni avverse a farmaco trovano nella polifarmacoterapia il principale fattore di rischio e per il 30% di esse la causa è una interazione farmacologica non valutata.

Per la popolazione anziana è particolarmente evidente che ad una maggiore medicalizzazione e ad una aumentata spesa sanitaria dedicata non corrisponde un reale beneficio in termini di salute espresso come riduzione della mortalità o miglioramento dello stato funzionale⁷.

L'uso del farmaco nel paziente anziano pone quindi al clinico il quesito del rapporto beneficio/rischio del pool farmacologico visto nel suo complesso, e la necessità di una maggiore riconciliazione farmacologica⁸. Il medico di famiglia in questo passaggio assistenziale può vedere un suo fondamentale aspetto caratterizzante.

3. Il farmaco nel bambino

Nonostante che in particolare per questa fascia di età ci si aspetti che un farmaco, ancor prima di funzionare, non faccia danni, per motivi etici le sperimentazioni sul bambino erano vietate. Le maggiori criticità dell'uso del farmaco nel bambino nascono però proprio dal fatto che la maggior parte dei farmaci in uso da molto tempo non è stata sperimentata sul piccolo paziente; è registrata solo per l'adulto e il dosaggio viene quindi adattato al peso o alla superficie corporea del bambino.

La biologia del bambino non è quella di un "piccolo adulto": anche in questo caso il farmaco si muove nel piccolo organismo in modo diverso. Potrà sembrare strano, ma la consapevolezza profonda delle differenze fisiologiche e metaboliche tra adulto e bambino sono relativamente recenti in quanto legate allo sviluppo della biologia molecolare, che ha consentito di evidenziare particolari prima sconosciuti e che danno spiegazione dei frequenti effetti da sovradosaggio riscontrati in corso di terapia farmacologica nel bambino. L'obbligo per le aziende produttrici di eseguire i Piani di Investigazione Pediatrici e le sperimentazioni sui minori sono stati introdotti solo con l'articolo 4 del D. Lgs 211/2003, che recepisce la direttiva comunitaria 2001/20/CE, per tutti quei farmaci di cui il bambino sarà utilizzatore.

I prodotti specificatamente testati sono quindi ancora pochi. Si capisce perciò come l'uso del farmaco sul piccolo paziente ponga sia il problema legale dell'uso off – label, cioè fuori dalle indicazioni approvate in fase di registrazione del prodotto e riportate sul Foglietto Illustrativo, sia il problema della sicurezza.

Recentemente l'AIFA è intervenuta a stimolo della sperimentazione pediatrica aumentando il tempo di copertura brevettuale, necessario per sostenere gli investimenti e proteggere la ricerca, per le aziende che presenteranno protocolli specificatamente pediatrici.

4. Le patologie rare e i bisogni non risolti

La maggior parte delle patologie rare vede come unica risposta farmacologica lo sviluppo di terapie biotech o le ancora lontanissime terapie geniche. Purtroppo, a causa del piccolo numero di pazienti trattabili con l'impossibilità al rientro dagli investimenti, le patologie rare non sono mai state al centro dell'interesse dell'industria farmaceutica.

In Italia il problema è particolarmente importante a causa della mancanza di provvedimenti a sostegno della ricerca e sviluppo.

5. Riflessioni conclusive: il ruolo del farmacista

Le innovazioni vengono introdotte in clinica quasi sempre in regimi distributivi molto controllati come l'ambiente ospedaliero, sia per necessità di monitoraggio della aderenza alla terapia visti i costi molto elevati, sia per la necessità di identificare precocemente segnali di sicurezza e reazioni avverse post-marketing.

Come dimostrano i rapporti periodici sulla sicurezza pubblicati da AIFA, gli ospedali si sono ormai da qualche anno attrezzati di un farmacista addetto alla vigilanza sulla sicurezza dei farmaci e alla valutazione delle reazioni avverse.

A livello territoriale si assiste ad un consumo sempre maggiore di farmaci datati e a brevetto scaduto, ma anche di OTC e medicina alternativa; si è inoltre sviluppato il pericoloso fenomeno degli acquisti tramite internet. Questi tre ultime abitudini presentano rischi connessi al mancato controllo medico su concomitanza di patologie e interazioni con altri farmaci. In questo contesto specifico proprio il farmacista, che è in prima linea per l'acquisto del farmaco, è il migliore consulente.

Infine, la nuova farmacia dei servizi è una grande opportunità per la riqualificazione del ruolo del farmacista, che si deve distaccare dall'immagine di mero distributore. Oltre alla nostra realtà territoriale, altri esempi si stanno già rendendo operativi: in Piemonte partirà in ottobre un progetto per il monitoraggio del diabete e della aderenza alla terapia ipoglicemizzante. 920 farmacie, dopo aver ricevuto adeguata formazione dai diabetologi e tramite questionari allestiti per lo specifico, sottoporranno i pazienti a rischio di pre-diabete ad uno screening che in caso di risultato positivo comporterà una analisi di glicemia ed assetto lipidico.

Contestualmente, ai pazienti diabetici in trattamento - sempre tramite questionario - verrà effettuato un monitoraggio della aderenza alla terapia. Anche qui in caso di ridotta compliance, il paziente verrà sottoposto ad un intervento educativo.

Anche a Trieste è stato introdotto in farmacia il servizio di C.U.P. con la possibilità di prenotare esami e visite specialistiche. In un anno le prenotazioni hanno superato il

C.U.P. dell'ospedale, segno del fatto che i pazienti trovano nel farmacista un interlocutore valido ed accessibile.

Se il farmacista - sia ospedaliero che territoriale - riuscirà a svilupparsi verso la farmacologia clinica, sarà tassello importante nella liberazione e generazione di risorse economiche. Sarà fondamentale come parte integrante del processo assistenziale terapeutico, al fianco del medico, nella riconciliazione farmacologica, con un ruolo unico nel sostegno al paziente per l'aderenza alla terapia e per il monitoraggio della sicurezza.

La nuova farmacia dei servizi rappresenta una grande occasione per rendere la farmacia uno strumento di prevenzione e di presa in carico della cronicità, al fine di preservare i principi fondanti il nostro SSN.

Bibliografia:

1. McGlynn EA et al., *The quality of health care delivered to adults, in the US*. N Engl J Med 2003; 348: 2635-45;
2. Berwick DM et al., *Eliminating waste in US health care*, JAMA 2012; 307:1513:16;
3. www.agenziafarmaco.gov.it, *Rapporto OSMED 2012*, Settembre 2013;
4. www.agenziafarmaco.gov.it, *GWG. Uno studio nazionale sulla qualità della prescrizione farmacologica nella popolazione geriatrica*, 2013;
5. McLellan F., *Medicalisation: a medical nemesis*, Lancet 2007; 369: 627-8;
6. Roehr B., *Abbott pays \$1.6bn in US for promoting off label use of valproic acid*, BMJ 2012; 344: e3343;
7. Anderson GF et al. *Spending on medical care. More is better?* JAMA 2008; 299:2444-45;
8. Chittolina R et al.; *Il progetto Mereafaps come strumento di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva: focus sulle ADR evitabili nella popolazione anziana lombarda*, Giornale di Farmacia Clinica, Atti del Congresso Nazionale SIFO 2013;
9. OMS. *Priority medicines for Europe and the world*, 2013.

I GIOVANI FARMACISTI INCONTRANO I GIOVANI STUDENTI

1. L'AGIFAR

L'AGIFAR (Associazione Giovani Farmacisti) di Mantova nasce il 19 gennaio 1989, si costituisce non a fine di lucro, ma per migliorare la preparazione culturale e professionale del giovane laureato e dello studente in Farmacia e in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche, e per unire i soci a livello provinciale, regionale e nazionale.

Proprio a tal fine, essa si prefigge di:

- integrare, attraverso l'organizzazione e/o la partecipazione a corsi, congressi e seminari, la preparazione dei soci in tutti gli aspetti utili ad una corretta e completa formazione professionale;
- unire i soci nello spirito di amicizia, collaborazione e reciproca comprensione;
- stabilire rapporti di reciproca collaborazione con le organizzazioni dei farmacisti e sviluppare, ove necessario, anche funzione propositiva nei loro confronti;
- promuovere iniziative atte a sviluppare la crescita culturale dei farmacisti;
- stimolare la professionalità nel lavoro dei soci;
- favorire tra i soci una conoscenza più approfondita dei problemi della categoria;
- divulgare con tutti i mezzi idonei gli scopi e le idee dell'Associazione;
- instaurare e favorire relazioni di collaborazione con le Associazioni giovanili italiane di categoria;
- iscrivere l'AGIFAR di Mantova alla Federazione Nazionale Associazioni Giovani Farmacisti (FENAGIFAR);
- organizzare attività a scopo benefico (ad esempio, procurare del materiale per una casa famiglia locale o nel 2012 fornire aiuti ai terremotati);
- pubblicare i libretti con i turni delle farmacie;
- collaborare con medici, Asl, ospedali;
- essere un mezzo di confronto per i giovani laureati, un punto di appoggio su come orientarsi nei primi approcci al mondo del lavoro.

E tengo a precisare che tutte le attività vengono svolte in forma di volontariato.

Io sono stata eletta presidente, per la prima volta, dopo un biennio di segretaria, nel 2008. Già da tempo l'AGIFAR mantovana desiderava fare qualcosa di più, essere più attiva nel territorio mantovano, più a contatto con la gente, allargare il suo raggio d'azione attuando un'opera di sensibilizzazione e promozione della salute a livello so-

ziale. E quale miglior target su cui puntare se non i giovani, ovvero gli studenti delle scuole medie e superiori?

2. La Gazzetta di Mantova

Quotidianamente la televisione ed i giornali ci mostrano come i ragazzi continuano ad inventare “mode” per rovinarsi la vita: *droghe*, *alcohol* e *fumo* sono solo alcuni degli “sballi” giovanili e da questi AGIFAR Mantova ha voluto iniziare la sua sfida.

3. I libretti

“*I giovani farmacisti incontrano i giovani studenti*” è diventato il nostro motto: dovevamo scavalcare il banco della farmacia ed avvicinarci ai ragazzi in maniera informale, instaurando con loro un rapporto di confidenza, senza rischiare di tenere una noiosa lezione di farmacologia o scienze, ma solo spiegando, nella maniera più chiara e diretta possibile, gli effetti e le conseguenze dovute all’abuso di queste sostanze, sempre più diffuse.

Abbiamo riaperto i nostri libri dell’Università e navigato per ore su internet alla ricerca di tutte le informazioni necessarie, delle ultime novità e curiosità sull’argomento; il livello di entusiasmo dell’AGIFAR era alto, ma i fondi scarsi.

L’Ordine dei Farmacisti di Mantova ha da subito appoggiato il nostro progetto finanziandone una quota; poi - tramite bandi, mail, telefonate, colloqui e dopo aver bussato a tante porte - siamo riusciti ad ottenere contributi dal Comune di Mantova (Assessorato al Welfare e politiche giovanili) e dalla Fondazione della Comunità Mantovana-Onlus. L’Asl di Mantova, ed in particolare il SERT, hanno infine approvato la nostra iniziativa.

Sono stati così stampati migliaia di libretti informativi da distribuire agli studenti durante i nostri incontri.

4. La mappa

Il primo incontro si è svolto nel Gennaio 2009, l’ultimo a metà Maggio di quest’anno: in tutto più di 50 lezioni in 15 Comuni della provincia di Mantova; ci siamo rivolti a più di 2000 studenti!

Alcune scuole ci hanno spalancato le porte con ammirazione, altre hanno mostrato invece scarso interesse per il nostro progetto, ma devo dire che finora tutte quelle in

cui siamo stati ci hanno sempre riconfermato per l'anno successivo ed ogni volta con un maggiore entusiasmo e coinvolgimento da parte degli insegnanti.

Nel nostro lavoro, tutti i giorni vediamo e diamo spiegazioni a tante persone, di ogni età e livello culturale, ma siamo in farmacia, protetti da camice e spilla, sicuri di noi stessi, pronti a dispensare consigli al cliente-paziente che si reca da noi per una consulenza, ma nell'aula di una scuola tutto cambia! Ci si chiedeva: i ragazzi saranno veramente interessati a quello che stavamo per raccontare loro? Ci ascolteranno o, annoiati, si scambieranno sms e risatine?

Droghe, alcool e fumo sono tre argomenti molto vasti: bisognava coglierne i giusti aspetti e premere solo quei tasti che potevano tenere viva l'attenzione degli studenti.

5. Alla lavagna

Nel corso degli anni siamo riusciti a creare una struttura agli incontri, in modo che inizino sempre con una breve introduzione su chi siamo e perché siamo lì, poi assieme si cerca di definire cosa è una DROGA e chiarire i concetti di TOLLERANZA e DIPENDENZA, sempre utilizzando un tono scientifico ma non troppo, ponendo ai ragazzi anche domande più o meno dirette, servendoci di esempi pratici, racconti di esperienze di vita vissuta, visione di filmati per rendere i concetti più chiari e cercando anche di capire quale possa essere l'argomento 'più vicino' o che comunque desta più curiosità in quella classe. (Alcune volte è capitato che gli insegnanti facessero preparare precedentemente delle domande anonime alle quali si rispondeva durante l'incontro).

Quindi si passano in rassegna le diverse sostanze:

- marijuana, hashish
- cocaina
- fumo di sigaretta
- alcool
- eroina
- droghe sintetiche: amfetamine, lsd, ecstasy, ketamina, fenciclidina.

Girando per varie scuole, con il passare degli anni, ho potuto osservare di persona classi molto diverse le une dalle altre: ho visto studenti ancora bambini, in cui l'unica uscita è una pizza al sabato sera con i genitori ed altri invece che escono fino a tardi con ragazzi più grandi, provando a bere e fumare.

E' difficile stabilire a cosa sia dovuta questa diversità, a volte può incidere il fatto che il ragazzo viva in un paese piccolo, piuttosto che nel comune più grande, ma non è sempre così.

Sicuramente una variabile importante è costituita dalla presenza più o meno forte della famiglia, ma anche la partecipazione alle attività dell'oratorio, o l'appartenenza a una squadra di calcio possono essere aspetti rilevanti nel delicato e complesso processo educativo. Tanti sono gli elementi che influenzano il comportamento di un giovane adolescente; per non parlare delle cascate di informazioni, anche di dubbia veridicità, che i ragazzi trovano su internet e nei vari video di Youtube.

6. Conclusioni

Posso concludere dicendo che questa esperienza di volontariato dell'AGIFAR (e qui parlo a nome mio e di tutti i colleghi che s'impegnano nelle loro mezze giornate libere, facendo salti mortali tra lavoro e famiglia) è decisamente costruttiva e gratificante per noi giovani farmacisti e sicuramente formativa per i giovani studenti.

Noi non abbiamo la pretesa di salvare il mondo, tanti sono i nostri limiti, ma riteniamo che le informazioni che abbiamo dato finora e che continueremo a dare possano far riflettere qualche ragazzo; alcuni credono di saper già tutto della vita, di essere "grandi" e capaci di cavarsela in ogni situazione, ma appena poco sotto questa tenera cortecchia si scoprono confusi, incantati da tanta mala-informazione e da leggende metropolitane.

Rivolgendoci soprattutto agli studenti di terza media iniziamo anche a metterli di fronte al grande salto che faranno l'anno successivo verso le scuole superiori, fornendo loro un'arma di difesa in questo mondo sempre più difficile da affrontare, dove vengono considerati "furbi" quelli che infrangono le regole e dove si rischia di essere emarginati dal gruppo solo perché si è troppo 'bravi ragazzi'.

È bene che i ragazzini imparino a chiedersi: "Vale davvero tanto quella compagnia?"

Antonio Lanzarini

IMPEGNO FARMACEUTICO PER GLI ASSISTITI CARITAS

Sono l'attuale presidente dell'UCFI (Unione Cattolica dei Farmacisti Italiani) di Mantova, farmacista da più di 60 anni, nei quali ho sperimentato i vari aspetti della professione: prima, a lungo, come informatore medico, in seguito come collaboratore e direttore di farmacia e di ingrosso veterinario. E' stato lungo, per 7 mandati, il mio impegno nel consiglio dell'Ordine dei farmacisti di Mantova, come revisore dei conti, grazie al quale ho potuto conoscere i colleghi Stefano Tamassia e Romolo Lasagna, anch'essi revisori e membri UCFI, alla quale ho presto aderito.

In seguito, con altri membri dell'UC.I (ricordo, fra gli altri, i colleghi Antonio Volpi, Emilio Guidotti, Anna Maria Bertellini, Silvia Reggiani e Anna Maria Ferrari) abbiamo svolto un'intensa attività, culminata con l'organizzazione, anni addietro, di numerosi convegni scientifici e culturali. Ne ricordo alcuni:

- Bioetica oggi, con la partecipazione del senatore barese prof. Bompiani;
- La Sacra Sindone: tra fede e scienza;
- Le preparazioni magistrali, con la partecipazione dello scomparso Professor Prosperio dell'Università di Farmacia di Milano.

C'è stato un periodo, tuttavia, durante il quale l'attività dell'UCFI provinciale si è molto ridotta, in parte per i numerosi impegni professionali e familiari di molti iscritti, ma soprattutto per la lunga malattia e la scomparsa dell'assistente spirituale mons. Pompeo Piva, fino ad allora elemento trainante del gruppo.

Da tre o quattro anni il suo posto è stato preso da don Sergio Belladelli, mantovano di Castelletto Borgo, che dell'UCFI è assistente spirituale nazionale e, con nostro grande piacere, provinciale. Grazie alla sua appassionata partecipazione, il gruppo dei farmacisti cattolici si è allargato e ringiovanito: colleghi giovani e motivati hanno dato nuova linfa ai pochi membri rimasti.

Recentemente don Belladelli ha portato all'attenzione del nostro gruppo la possibilità di replicare a Mantova, l'iniziativa dell'UCFI e della Caritas romani: l'apertura di un punto di distribuzione di farmaci da banco e di automedicazione per aiutare le persone povere o in difficoltà, analogamente a quanto già viene fatto con le derrate alimentari.

Così è stato e abbiamo iniziato a svolgere questo servizio dal 20 giugno.

Ringraziamo, quindi, innanzitutto la Caritas mantovana, nella persona del direttore, dott. Cavallari (e collaboratori), che ha fornito i locali, gli arredi e una parte dei medi-

cinali, i vertici dell'ASL locale, il presidente dell'ordine dei farmacisti, dott. Fornasa, Federfarma MN, l'associazione dei titolari di farmacia di Mantova, ma soprattutto i farmacisti volontari, coordinati dal dott. Loris Rossi, che dal lunedì al venerdì, dalle 10 alle 12, garantiscono l'espletamento del servizio.

Voglio sottolineare, per non generare confusione, che si tratta di un servizio limitato unicamente alla distribuzione di medicinali di automedicazione o da banco, e non di una farmacia vera e propria, la cui attività è invece strettamente regolamentata e legata al possesso di specifiche autorizzazioni.

Un ultimo ringraziamento ai colleghi titolari, dottori Paolo Predella e Paolo Taddei, che forniscono i medicinali per reintegrare le scorte ad un prezzo di favore.

Infine, un appello: noi colleghi dell'UCFI mantovana auspichiamo di potenziare il servizio estendendolo a tutti coloro che si trovano nella necessità di usufruirne, anche grazie a segnalazioni che possono arrivare dai medici di medicina generale e invitiamo inoltre altri colleghi farmacisti ad aderire a questa e ad altre attività del nostro gruppo.

Ho voluto prima parlare di questa importante iniziativa e ringraziare chi ci ha prestato aiuto, ma non posso dimenticare i 60 anni passati a maneggiare farmaci.

Ricordo che, ai miei inizi, i medicinali non avevano nemmeno la data di scadenza! E come scordare i primi anni di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, in cui le risorse sembravano infinite e fu dato tutto, a tutti e subito, compresi i farmaci: erano mutuabili il Vivin C, la Citrosodina, il Tantum verde e rosa, gli sciroppi antitussivi e anticatarrali, senza dimenticare gli anni '90, i così detti anni delle "vacche grasse" per farmacisti e industria, con il Cronassial, la prima fra le voci della spesa farmaceutica, ritirato da 15 anni o la calcitonina di salmone spray nasale, ormai inutilizzata.

Poi i farmaci generici o bio-equivalenti, che una decina di anni fa sono entrati prepotentemente in scena, portando una importante riduzione dei costi per lo Stato e i cittadini, ma anche una serie di problemi ancora irrisolti, legati alla loro gestione e alla effettiva sostituibilità con gli originali.

Ora la situazione è profondamente cambiata: la scarsità di risorse ha comportato una continua contrazione della spesa farmaceutica territoriale, compensata solo parzialmente dalla diminuzione dei prezzi dei medicinali cosiddetti tradizionali o chimici, mettendo in difficoltà sia le farmacie che l'industria.

Leggo ancora le riviste del settore e i farmaci del futuro prossimo sembrano essere, invece, gli innovativi o biotecnologici, utilizzati per lo più negli ospedali, costosissimi, di cui spero di avere maggiore informazioni e conoscenze oggi stesso.

FARMACI PER IL TERZO MONDO. UN'ESPERIENZA IN BURUNDI

La contraffazione farmaceutica presenta un trend in forte crescita che coinvolge non solo i Paesi in via di sviluppo ma anche quelli industrializzati.

In questi ultimi anni, infatti, il fenomeno ha assunto proporzioni enormi a livello mondiale (vedi zone del Sud-Est asiatico o dell'America Latina) anche per l'avvento dell'*e-commerce* ossia della vendita diretta dei farmaci tramite internet, strumento ancora privo di regolamentazioni e di controlli efficaci.

Secondo stime fornite dall'OMS, il 7 % di tutti i farmaci venduti nel mondo è contraffatto con punte del 60% in alcuni Stati africani (il 68% del mercato del farmaco in Nigeria è dominato da medicine cinesi contraffatte). Tra i farmaci maggiormente coinvolti nella falsificazione troviamo antidolorifici, antibiotici, antimalarici, vaccini.

Il farmaco contraffatto è per definizione una specialità medicinale o generico che reca false indicazioni riguardo origine e/o identità (OMS 1992).

Esistono diverse tipologie di contraffazione:

- farmaci che possono avere identica confezione ma con una quantità di principio attivo inferiore al dichiarato (11%);
- farmaci privi della sostanza farmacologicamente attiva (51%);
- farmaci contenenti sostanze diverse da quelle dichiarate nel foglietto illustrativo (17%);
- farmaci contenenti ingredienti contaminati e/o pericolosi.

L'aspetto che accomuna questi medicinali e/o generici è la scarsa qualità che deriva dal non rispetto delle norme di buona fabbricazione (GMP) e delle norme di buona distribuzione (GDP) stabilite a livello mondiale.

Si può quindi dedurre che la pericolosità di questi farmaci è legata al principio attivo presente o assente, alla scelta dell'eccipiente che sappiamo può influenzare la biodisponibilità di un farmaco, la sua velocità di distribuzione e il suo assorbimento, comportando delle variazioni nella risposta terapeutica; ma non solo: l'eccipiente può anche essere tossico per l'uomo con pesanti effetti collaterali.

Altri due parametri che hanno un impatto rilevante sulla stabilità e autenticità del medicinale sono il confezionamento e le modalità di conservazione dei medicinali che, se non rispettata, può causare fenomeni di degradazione dalla fase di produzione fino alla loro distribuzione. Se pensiamo agli antibiotici che sono particolarmente

‘vulnerabili’, una scorretta conservazione può comportare, per esempio, un abbassamento del titolo con sviluppo di ceppi microbici resistenti.

L’immissione di farmaci contraffatti comporta quindi conseguenze che hanno gravità diverse e sono essenzialmente connesse alla mancata o ridotta efficacia terapeutica, al ritardo o all’incompletezza della risposta ed infine alla tossicità.

Per fare qualche esempio ricordiamo le gravidanze indesiderate in Brasile derivanti dalla distribuzione di compresse di placebo vendute come contraccettivi, o ancora i decessi avvenuti in Cambogia dopo la somministrazione di falsi antimalarici.

Anche l’Africa non è esente da questo fenomeno basta ricordare le migliaia di persone morte in Niger dopo la somministrazione di falsi vaccini contro la meningite.

Proprio il continente africano è uno dei protagonisti principali di questo fenomeno: molto diffusa è infatti la distribuzione per le strade di pastiglie, classificate solo per colore, prive di imballaggio e senza data di scadenza. La popolazione decide quindi di curare la propria malattia con rimedi farmacologici facilmente accessibili, offerti a buon mercato rispetto alle farmacie locali, ma per nulla sicuri.

All’interno di questo scenario “contraffatto” si inserisce la mia esperienza di farmacista in Burundi, dove l’Associazione “con vista sul mondo”, di cui faccio parte da circa un anno, porta il suo contributo collaborando con le Suore dell’Ordine Bene Umukama che gestiscono diverse strutture sanitarie a Bujumbura, capitale del Burundi.

Per andare incontro alla loro richiesta di approvvigionarsi dei farmaci in maniera autosufficiente abbiamo pensato, insieme ai membri dell’associazione, alla realizzazione di un piccolo laboratorio per l’allestimento di preparazioni galeniche.

E così è nato il PROGETTO GALENO, attivato all’interno dell’ospedale “Notre Dame de la Misericordie” di Bujumbura.

Il mio lavoro si è sviluppato in due fasi.

In Italia ho pianificato gli acquisti della strumentazione (bilancia elettronica, miscelatore di polveri, mortai, cilindri...) e delle materie prime che sono state scelte insieme alla collaborazione di alcuni medici dopo opportune valutazioni economiche e solo dopo aver identificato i bisogni primari dell’ospedale; sempre in Italia, grazie alla disponibilità della dottoressa Taddei e famiglia, abbiamo redatto le “ricette” delle singole preparazioni con le relative modalità di preparazione al fine di facilitare e velocizzare la comprensione delle procedure.

Una volta in Burundi, le suore mi hanno fornito una piccola stanza dell’ospedale all’interno della quale è nato il laboratorio: un armadio in legno d’ebano per la sistemazione delle polveri, dei contenitori e della strumentazione, una piccola scrivania, un piano lavoro e tanta volontà ed entusiasmo.

Nonostante la lingua differente ed alcune difficoltà “africane” oggettive, quali mancanza di corrente e di acqua in alcuni giorni della settimana, il nostro obiettivo è stato raggiunto: Suor Jolanda e Suor Veneranda, le mie attente e simpatiche allieve burundesi, hanno imparato a maneggiare le spatole, a pestare le polveri medicamentose nei mortai, proprio come i farmacisti di una volta.

Insomma, questo viaggio “galenico” nel mondo africano è stato molto importante, non solo professionalmente perché ho rispolverato vecchie nozioni universitarie e riscoperto l’interesse per pratiche che da noi sono ormai in disuso, ma soprattutto umanamente. Tra me e le suore è nata una forte empatia, in pochi giorni ho capito che oltre al lavorare insieme abbiamo costruito un ponte di reciproca intesa, stima e affetto; cooperazione internazionale è anche per certi aspetti questo.

Per concludere, voglio sottolineare che l’esperienza che vi ho raccontato è solo il primo step di un grande progetto, l’obiettivo ultimo è rendere gli amici africani autonomi nell’allestimento ed eventuale vendita dei farmaci galenici, sempre compatibilmente con la loro realtà, cultura, tempi, mezzi ed opportunità. Perché ciò accada abbiamo bisogno di altre persone disponibili a fare questo tipo di esperienza umana e professionale così intensa come io ho avuto il privilegio di vivere.

“Ogni mano, per quanto piccola, lascia un’impronta nel mondo” (Anonimo).

ETICA DELL'USO DEL FARMACO

La riflessione di carattere etico sul nostro tema si sviluppa a partire dai due aspetti che oggi in particolare ne costituiscono l'attualità e la criticità: da una parte il progresso scientifico e l'avvento delle biotecnologie, dall'altra la crisi economica e la necessità di discernere delle priorità per la scelta dei tagli e degli investimenti anche nel Sistema Sanitario Nazionale.

Per questo motivo mi pare utile richiamare, come premessa, due considerazioni più generali, prima di addentrarci nelle questioni più specifiche.

1) La sperimentazione, compresa quella farmacologica, risulta necessaria per il progresso della scienza in generale e della scienza medica in particolare. Dentro la scienza e la ricerca scientifica la dimensione cognitiva e quella utilitaristica sono presenti ed interdipendenti ed è ovvio, ma è bene ricordarlo, che la tendenza o la tentazione "dominativa" pervade l'una e l'altra inducendo a pervertirne i fini, i metodi e i mezzi. Come ci ricordano le prime pagine della Bibbia (Gen. 1,26 - 3,23), ogni nuova conoscenza comporterà lo sbocco sul bene o sul male.

Più si accresce la conoscenza scientifica e la potenza della tecnica, più deve crescere ed affinarsi la riflessione etica, il senso di responsabilità morale poiché secondo la teologia morale cattolica "tutto ciò che è tecnicamente possibile, non è per ciò stesso moralmente lecito". E' sempre necessario definire sia il fine, il soggetto e le condizioni della sperimentazione, sia gli effetti prevedibili sulla persona e sulla comunità.

2) La seconda premessa riguarda la crisi economica, con i conseguenti tagli di risorse che oggi arrivano a colpire anche il SSN. Riguardo a questo aspetto delicato e complesso possiamo raccogliere due indicazioni che provengono dalla Dottrina Sociale della Chiesa.

Cito un passo dell'enciclica "Caritas in Veritate" di papa Benedetto XVI: "La convinzione dell'esigenza di autonomia (assoluta) dell'economia, e che essa non debba accettare "influenze" di carattere morale, ha spinto l'uomo ad abusare dello strumento economico in modo persino distruttivo" (n. 34).

Una seconda citazione al n. 37 della stessa enciclica, afferma: "La Dottrina sociale della Chiesa ha sempre sostenuto che la giustizia riguarda tutte le fasi dell'attività economica, perché questa ha sempre a che fare con l'uomo e con le sue esigenze. Il reperimento delle risorse, i finanziamenti, la produzione, il consumo e tutte le altre fa-

si del ciclo economico hanno ineluttabilmente implicazioni morali. *Così ogni decisione economica ha una conseguenza di carattere morale*".

Nell'epoca della globalizzazione, poi, l'economia risente di modelli competitivi legati a culture tra loro molto diverse. I comportamenti economico-impresonditoriali che ne derivano trovano prevalentemente un punto d'incontro nel rispetto della giustizia commutativa (vedi la forma del contratto per regolare i rapporti di scambio tra valori equivalenti). Ma ha altresì bisogno di leggi giuste e di forme di redistribuzione guidate dalla politica, e inoltre di opere che rechino impresso lo spirito del "dono".

Poste queste premesse di carattere più generale, possiamo rivolgere l'attenzione ad alcuni problemi più specifici e concreti, efficacemente evocati negli interventi precedenti:

1) *Il problema delle risorse economiche e della sostenibilità economica dell'innovazione*: è stato giustamente affermato che l'attenzione deve essere rivolta sull'appropriatezza della pratica medica e di conseguenza sulla pratica clinica. Dal punto di vista etico, il principio "costi/benefici" sta diventando il criterio di base nelle discussioni di carattere economico sanitario. Questo principio, indubbiamente valido, va però ulteriormente precisato per chiarire alcune ambiguità che nasconde.

La condizione necessaria affinché tale principio conservi un significato chiaro e la sua correttezza etica è che il valore di riferimento, sia del costo che del beneficio, sia "omologo", cioè calcolato in relazione ad un medesimo fattore, per esempio quello economico o quello della salute della persona. Per questo oggi, in termini di linguaggio terapeutico, si preferisce restringere la dizione e il principio sulla formulazione "rischio/beneficio".

Da questo principio possiamo ricavare alcuni orientamenti di politica sanitaria: prima di dire che non ci sono fondi o risorse, bisogna anche verificare bene come vengano impiegati. E' stato giustamente osservato che "il problema dell'allocazione delle risorse sanitarie è, a monte, quello della valutazione del bisogno sanitario in relazione agli altri bisogni sociali. Si tratta di un problema che si ripresenta sempre nei momenti di congiuntura economica, nei quali esiste una precisa tendenza, in tutti i paesi, a tagliare le spese destinate al sistema sanitario prima di tutte le altre. Ciò dipende anche dal fatto obbiettivo che la spesa sanitaria in larga parte non è spesa di investimento, ma spesa di gestione, che grava passivamente sul bilancio". E' quindi un grave dovere morale quello di operare per identificare lo spreco e ridurlo al minimo, per favorire altresì l'investimento sulla ricerca e sulla formazione.

Oltre alla formula "rischi/benefici", è bene tenere presente anche quella "costi/efficacia", che si riferisce all'impiego di mezzi terapeutici, anche farmacologici, delle attrezzature tecniche, delle strutture, per cui si vuole sottolineare che tra i costi

economici di tali strumenti e i risultati terapeutici occorre esigere una certa proporzionalità e una giustificazione.

2) *I problemi etici legati al cosiddetto “mongering” e al “salutismo” assai diffuso nella cultura attuale.* “La diffusione del culto della piena salute comporta anche l’intolleranza verso qualsiasi situazione di malessere, anche passeggero, considerato come una sconfitta” (C. Lucioni). Oggi la nota definizione di “salute” da parte dell’OMS come “pieno benessere fisico, mentale e sociale”, è sottoposta a revisione critica. Il “pieno benessere” ad esempio non esiste mai, nella realtà, come un livello standard di misurazione, ma esso è costituito da un equilibrio dinamico sia all’interno dei vari organi del soma, sia tra il soma e la psiche, sia tra la persona e l’ambiente.

Di questo equilibrio dinamico la persona stessa detiene la responsabilità della gestione: “la salute è una libertà che va conquistata giorno per giorno”. In modo molto pertinente si è detto dell’importanza dell’educazione sanitaria, della prevenzione, dell’impegno a favorire il cambiamento di stili di vita dagli effetti patologici. La prevenzione delle malattie e la gestione responsabile del bene personale e sociale della salute sono traguardi che non si raggiungono senza un’educazione sanitaria che entri nella famiglia, nella scuola, nei mezzi di comunicazione sociale e nel costume sociale, nonché nei percorsi formativi di farmacisti, medici, operatori sanitari, perché sappiamo che un conto è trasmettere nozioni, informazioni, pure importanti, un conto è educare.

3) *Un terzo e ultimo aspetto importante dal punto di vista etico è il ruolo del farmacista, sia ospedaliero che territoriale:* sottolineo e condivido pienamente quanto è stato affermato: “il farmacista, parte integrante del processo assistenziale, di fianco al medico nella riconciliazione farmacologia, con un ruolo fondamentale nel sostegno al paziente per l’aderenza alla terapia e per il monitoraggio della sicurezza. La riqualificazione del farmacista esige che egli si distacchi dall’immagine di mero distributore”.

A questo proposito mi pare appropriata la riflessione del teologo moralista B. Haering: “Gli enormi progressi della biochimica e specialmente della tecnologia medica verificatisi negli ultimi anni, tendono a trasformare medici, farmacisti e infermieri in servi dei costosi strumenti di questo mercato. In questa situazione il compito importante della Chiesa e della teologia morale sembra essere quello di discutere criticamente la verità dell’attuale sistema”.

Per contribuire ad umanizzare il vissuto della malattia e della sua cura è necessario rivalutare e rinnovare il rapporto, la relazione tra il paziente e il farmacista o il medico al quale si affida, in modo che si riaffermi e si consolidi un vero e proprio “patto di al-

leanza terapeutica, una relazione tra soggetti insieme responsabili della vita umana e della sua cura.

Il recupero della qualità delle relazione terapeutica si traduce così in un guadagno della dignità della professione del farmacista che con l'ascolto attento, con il consiglio competente e responsabile aiuta il paziente, in costante dialogo e sinergia con il medico curante, a scegliere la terapia più adeguata e proporzionata, a rifuggire dalle "invenzioni di malattia" oggi così frequenti, ad evitare il sovrautilizzo di trattamenti e il sovrinterventismo medico, a riappropriarsi di uno stile di vita più sobrio e più genuinamente umano.

Concludo con le parole di Maurizio Chiodi, docente di teologia morale presso la Facoltà Teologica di Milano: "La tecnica rischia di diventare la forma eminente e pericolosa di una "passiva attività", essendo legata ad una neutralità e a un disinteresse "tecnico scientifico" verso la persona.

Essa allora diventerebbe anche occultamento della finitudine, e non invece forma possibile della vita buona, nella presa in carico, nella cura e nella prossimità verso l'altro, e l'uomo rinuncerebbe all'ineludibile compito etico, che rimane la fonte dell'appello, perché la sua libertà bene decida di sé".

INTERVENTI

FARMACOLOGIA E TERAPIA IN MOVIMENTO

*(dalla fermentazione naturale
al DNA ricombinante)*

Medici, farmacisti, farmaci: una benefica “troika” sempre più affermata, convincente e in costante evoluzione. Senza di essa saremmo costretti a domandare: dove vai nuda medicina? Ce ne siamo resi conto al Convegno di Barbassolo di Roncoferraro ascoltando giovani studiose esperte dei nuovi sistemi di terapia, che hanno ricevuto il conforto e il sostegno di teologi e ricercatori.

Parlando della storia della farmacologia si parla inevitabilmente della medicina e della sua storia. E la storia della medicina è legata a una inarrestabile “drug discovery”. Si parte dai processi della fermentazione naturale (la prima biotecnologia), si scoprono sostanze estratte dalle piante, si ottengono prodotti chimici, sintetici e semi-sintetici e si arriva all’isolamento di funghi e muffe capaci di agire contro i batteri.

Nel 1970, grazie a una ricerca sempre in cammino, si compì un ulteriore decisivo passo della medicina: l’affermazione della terapia genica. Questa trova giustificazione sul fatto che virus, batteri, piante, animali condividono lo stesso codice genetico perché i geni di una specie possono essere letti, compresi ed espressi da un’altra specie e di conseguenza si possono trasferire geni fra cellule di specie diversa (universalità del dogma centrale della biologia). I geni (acidi nucleici – DNA) producono sostanze proteiche. Queste sono i mattoni delle cellule e costituiscono le strutture dei nostri tessuti. Se un gene è difettoso fa produrre proteine anomale che saranno inefficaci e dannose.

Molte malattie, genetiche e no, sono provocate da proteine anomale con alterazione della linea germinale (ossia i gameti) capace di influenzare il patrimonio genetico verso le generazioni successive, oppure della linea somatica con interessamento delle cellule somatiche future di un individuo.

In questi casi subentra la terapia genica che comporta il trasferimento, con intenti terapeutici, di geni sani, precedentemente clonati, all’interno della cellula. Un gene difettoso fa da stampo e viene sostituito da un gene corretto; cioè si opera un “trapianto di geni buoni” capaci di funzionare nelle cellule difettose.

In sostanza, l’obiettivo che si pone la terapia genica, è quello di riuscire a trasferire un gene estraneo all’interno di un organismo come se fosse un farmaco. Dopo il trasferimento, il gene può essere espresso e perpetuato durante la replicazione cromosomica che segue la divisione cellulare. In tal modo le cellule, figlie della cellula che ha

integrato (o ricevuto) il gene esogeno introdotto artificialmente, riescono a mantenere nel tempo l'efficacia della terapia. I geni buoni sono così capaci di far funzionare le cellule difettose.

Questa nuova metodologia detta del “DNA Ricombinante” ha reso possibile la produzione a volontà di sostanze (insulina, interferone, interleuchina, fattori coagulanti antiemofilici, fattori di crescita) che prima di questo metodo del DNA Ricombinante avevano costi elevati e reperibilità ridotta. Perché DNA Ricombinante? Per la capacità dei biologi di riuscire a copiare, a dissezionare, a modificare e “ricombinare” parti di molecole di DNA di origine diversa. Uno dei problemi cruciali della terapia genica è come “veicolare” il DNA (gene) sano esogeno all'interno delle cellule malate. La strategia biologica sfrutta le caratteristiche dei virus cioè la loro capacità di penetrare nelle cellule e di inserire il DNA esogeno sano nel DNA malato dell'ospite.

Zeno Negrelli, medico e filosofo

LO SPAZIO DISPENSA FARMACI DELLA CARITAS

(Contributo conoscitivo)

Per la realizzazione dello spazio dispensa farmaci presso la Caritas mantovana, di cui vi ha parlato il dottor Lanzarini, devo ringraziare i miei colleghi ed amici volontari, che spesso con sacrificio personale mi hanno aiutato a portare a compimento quella che è già una bella esperienza professionale.

Grazie all'ideatore del progetto don Marco per la perseveranza e la determinazione con cui lo ha perseguito - anche contro lo scetticismo di chi in farmacia ha avuto sempre a che fare con una normativa limitativa e punitiva - e per averci condotto per mano ad ogni passo.

Grazie a quella grande istituzione che è la Caritas, al suo personale, ai suoi volontari sempre disponibili ed in sintonia con noi; essi sono la spina dorsale del progetto erogando impegno e risorse.

Grazie all'Ordine dei Farmacisti, nella persona del suo presidente e del personale impiegatizio: da loro abbiamo avuto una preziosa collaborazione per la divulgazione dell'idea e dei valori di cui essa è portatrice presso tutti i colleghi iscritti.

Grazie a Federfarma che ci approva e ci sostiene con tanti associati.

Grazie ancora ai colleghi dell'Ufficio Farmaceutico della ASL, illuminante e rassicurante la loro esortazione a proseguire nell'intento.

Grazie al Banco Farmaceutico dal quale è arrivata la prima dotazione di farmaci.

Grazie ancora alla nostra UCFI, il collante che ci tiene insieme nel nome della professione e del Vangelo.

Grazie anticipatamente a tutti coloro che vorranno aiutarci a divulgare l'idea nuova, a Mantova, di una dispensa gratuita di farmaci e a farla così giungere a chi ne ha bisogno. Un aiuto importante potrebbe venire dalla classe medica - medici di base e specialisti, -, dagli uffici e servizi degli enti locali preposti e naturalmente dai media.

Grazie infine all'utenza (termine così impersonale), cioè a tutti coloro che ci hanno scelto e a quelli che lo faranno affidandosi alle nostre attenzioni e al nostro scrupolo professionale.

Adesso veniamo a noi: chi siamo e dove vogliamo andare. I Farmacisti Cattolici, come associazione, a Mantova ci sono dal 1986 (posso far riferimento ad alcuni avvenimenti culturali e formativi che fecero notizia, alla pubblicazione di un numero unico ecc.), ma dal 2010 ci siamo con una nuova personalità giuridica e con alle spalle una solida organizzazione nazionale. UCFI significa sanitari che vogliono vivere la loro professione, certamente secondo scienza e coscienza, ma anche in armonia con gli

insegnamenti del Vangelo. Una motivazione forte per fare squadra e sentirci affiatati attorno a questo bel progetto.

In concreto che cosa stiamo facendo? Da sei mesi siamo a disposizione del centro di ascolto della Caritas (il servizio non è aperto al pubblico, bensì si avvale del filtro qualificato del centro di ascolto). Nella struttura della Caritas, tutte le settimane dal lunedì al venerdì, garantiamo la presenza di un farmacista volontario, che ha a disposizione una dotazione di farmaci, per il consiglio e le eventuali ricette, competente e disponibile ad affrontare qualsiasi argomento di carattere sanitario.

Siamo una pattuglia di amici che provengono dalle varie esperienze in cui si articola la professione, con tanta voglia di crescere, di aprirci al contributo di tutti i colleghi, di riconoscerci in un momento di grande solidarietà e di rafforzare l'immagine di una categoria, provata economicamente e penalizzata dal legislatore. Una occasione insomma per stare insieme senza distinzione di ruolo professionale, di censo e di età, impegnati in un progetto virtuoso che contribuisca a dare una nuova credibilità alla professione del farmacista.

La farmacia è sempre stata un “porto di mare” della sofferenza umana e lo è sempre di più ora che la crisi morde. Andiamo fuori dalla porta delle nostre farmacie a riprenderci quelli che ne sarebbero comunque esclusi perché non possono pagare: disoccupati, anziani, stranieri; garantiamo loro i farmaci di cui hanno bisogno, oltre ad un consiglio competente ed una buona parola. Facendo loro del bene ci facciamo del bene.

Loris Rossi, farmacista

LEZIONE MAGISTRALE

*Dedicata al professor
Giorgio Zamboni*

Gabrio Zacchè

BIOETICA E SENSO DELLA VITA IN GIORGIO ZAMBONI

Un invito al dialogo perché la vita sia rispettata

La riflessione bioetica, particolarmente in Italia, è oggi una riflessione divisa. Da una parte il pensiero laico, dall'altra il pensiero cattolico. Più schematicamente: l'etica della qualità della vita e l'etica della sacralità della vita.

Il confronto si dimostra improduttivo, non sempre sereno e talora con toni accesi e polemici. Anche il recente libro di Umberto Veronesi, *Credo nell'uomo, non in Dio*, è sulla stessa linea: un ostentato disinteresse verso tutto ciò che trascende la scienza e quindi verso le domande di senso.

Ho trovato illuminante al riguardo l'esempio del compianto professor Giorgio Zamboni ed in particolare la rilettura della sua tesi di laurea in filosofia, Verona 1999, "Bioetica e ricerca filosofica sul senso della vita": un forte invito alla ricerca di dialogo ed una proposta per superare sterili contrapposizioni.

E' un messaggio che ha animato l'impegno professionale, etico e sociale del professore, in particolare nell'organizzazione di convegni, conferenze, interventi, sia a livello universitario che ospedaliero, sia a livello locale che nazionale.

Zamboni non era un uomo che si scoraggiava; di fronte alle contrapposizioni non si ritirava nel proprio credo con atteggiamenti difensivi, ed in questo mi è stato di grande esempio e stimolo.

Zamboni dimostra un'ottima conoscenza delle **due posizioni**, delle divergenze, ma anche dei possibili punti di incontro. Il suo orizzonte è quello molto pratico dell'esperienza, dei problemi clinici e delle decisioni cliniche concrete.

Egli ritiene che la distanza non sia ineliminabile: *Entrambe le posizioni partono dalla volontà di rispettare la vita, anche se il crinale di demarcazione è la vita in quanto bene da una parte e la vita qualitativamente accettabile dall'altra*. Le scelte radicali non hanno mai consenso morale, pertanto, è *auspicabile per ogni medico integrare in modo adeguato i due principi che mitigandosi a vicenda potrebbero evitare assolutizzazioni e decisioni estreme, guidando invece l'azione verso posizioni razionali*.

Per risolvere il conflitto, come prima proposta, Zamboni richiama al criterio della dignità della vita personale che, a suo dire, permette di superare gli elementi ambigui e negativi dei due criteri precedenti rispettandone gli elementi positivi.

Secondo questo criterio, la vita va considerata come un fine e non come un mezzo.

La qualità della vita deve riferirsi alla qualità umana della vita personale; la vita puramente biologica, quando oggettivamente non può supportare una vita personale, non va sacralizzata. In questo modo, egli sottolinea che *la tutela della qualità della vita potrebbe anche svelare l'interesse per la sacralità della vita e la difesa della sacralità della vita potrebbe evidenziare la dignità della qualità umana.*

Nelle frontiere concrete del nascere e del morire, Zamboni ritiene che la vita fisica, essendo condizione necessaria perché siano possibili altri valori dell'esistenza, è valore che va garantito. Il concetto di sacralità della vita, quindi, esprimendo la dignità della persona, è applicabile non alla pura vita biologica, ma alla vita personale. Allorché la semplice vita fisica biologica non è più supporto alla vita personale, in tali circostanze, l'ostinazione a mantenere la pura vita biologica diventa accanimento terapeutico.

Siamo su posizioni personali, condivisibili, ma non uniche in ambito cattolico. Successivamente, quando poi scriverà il libro *Clonazione riproduttiva e terapeutica* (2004), con la stessa libertà di pensiero si esprimerà in termini possibilistici sull'utilizzo di embrioni congelati e abbandonati nei laboratori di medicina riproduttiva, prima dell'uscita dell'attuale legislazione (legge 40 del 2004).

Il professore - nello sforzo di far uscire la bioetica dalle sterili polemiche che impediscono un suo costituirsi su principi condivisi di sapere teorico e di sapere pratico - invita laici e cattolici a mettere in pratica iniziative di buona volontà.

Chiede agli spiriti religiosi di rinunciare ad ogni dogmatismo e a considerare la scienza con serietà, e agli spiriti laici chiede di non cadere nel relativismo e di dire ad alta voce che anch'essi credono in principi irrinunciabili, quali l'autonomia della ricerca, l'autonomia della persona, la tolleranza e la giustizia.

Zamboni ritiene, in particolare, che il grande problema attuale della bioetica, e non solo, è quello della tecnica.

La tecnica, da strumento di servizio del soddisfacimento dei bisogni umani, si è trasformata in una potenza autoreferenziale; applicata alla vita umana si è trasformata da prassi terapeutica in manipolazione dell'uomo e della sua natura. La bioetica percepisce il problema ma non riesce a risolverlo.

Utilizzando il linguaggio della *semantica*, egli ritiene che la tecnica abbia creato nell'agire umano una lacerazione tra *senso e significato*: ai singoli *significati* che l'agire tecnologico fornisce alla nostra mente non corrisponde un *senso* a loro intrinseco. Occorre pertanto creare la consapevolezza di questo essenziale problema, quindi procedere ad una ri-considerazione critica (che egli chiama *risemantizzazione*) non accettando la frattura tra senso e significato.

E' un progetto certamente ambizioso ma, secondo Zamboni, bisogna mettersi nella condizione di tentare: *la bioetica deve assumere un orizzonte di senso nella ricerca della verità, consapevoli che la ricerca ha un senso perché la verità esiste, e che non avrà mai fine perché l'uomo non può mai impossessarsi definitivamente della verità.*

Partendo quindi dalla rilettura di Nietzsche ed Heidegger, proposta dal filosofo di origine mantovana Umberto Regina, suo maestro e relatore della tesi, sostiene che questi filosofi *possono essere considerati come i pensatori che sollecitano il postmoderno a diventare un'epoca non più rinunciataria, ma caratterizzata dal servizio incondizionato all'essere.*

L'Occidente nell'epoca moderna è stato rinunciatario nei confronti dell'uomo, ma già l'alternativa era presente, e questo Zamboni lo vede recuperando, sempre sotto la guida di Umberto Regina, autori quali Kierkegaard e Bonhoeffer. Sostiene infatti che *sulla base dell'ingresso che l'eterno ha fatto nel tempo siamo chiamati a dare pienezza di senso ad ogni attimo della vita. L'incontro con Gesù, per il discepolo contemporaneo di Cristo, è l'inizio dell'eternità. Vivendo davanti a Dio egli si sottrae alla pura identità con se stesso, può uscire radicalmente da sé per dare alle cose e alle persone la stessa importanza che esse hanno per il Creatore.*

La bioetica cattolica, sulla base dell'insegnamento cristiano, propone una visione della vita ricca di significato e di senso. La fede cristiana, per Zamboni *non è evasione ma radicamento e quindi chiede la capacità di prendere posizione nel mondo.*

Egli riconosce altresì che in campo medico, dove sono in gioco concretamente i problemi della vita, prenatale, neonatale, terminale ecc., oggi si privilegia, in termini riduttivi, un approccio empirico, pragmatico alle situazioni concrete, un approccio che ha a che fare con l'empirismo inglese.

Vi è un passaggio della tesi che dimostra la sensibilità e la profondità di Zamboni nel vivere la quotidianità della professione pediatrica:

Nella pratica ci troviamo a volte di fronte a bambini con una qualità di vita da molti ritenuta insostenibile, che però sono accettati con gioia dai familiari, circondati dall'amore e dalle premure dei genitori che si sentono chiaramente gratificati come tali. Di fronte a questi casi noi dubitiamo che la qualità della vita, inseguendo il sogno dell'identità, della normalità, della felicità, disprezzando la differenza, possa eliminare dalla vita anche la necessità di convivere con il dolore e la sofferenza; dubitiamo che la qualità della vita sia solamente ciò che concretamente vediamo e sentiamo; e riusciamo allora a pensare (e non importa poi se in una visione fideistica o laica) che anche la qualità della vita più disprezzata possa a volte aver un senso e una sua valorizzazione nella profondità dell'essere umano.

E' un tema, questo, che il professore aveva già sviluppato ampiamente nella sua monografia *Etica e cure intensive neonatali* (1998) e che oggi, neonatologi come la dott.ssa Elvira Parravicini della *Columbia University* di New York hanno sviluppato nella pratica della *Comfort Care*, per rendere serena e piena di amore la breve vita di neonati gravemente prematuri o malati.

Il significato e il senso della vita proprio dell'etica cattolica è purtroppo vissuto dai pensatori laici come ideologia. La nostra comunicazione di senso pertanto non deve essere né impositiva, né gridata senza rispetto per le persone che la pensano diversamente. L'etica laica tuttavia dovrebbe recuperare un orizzonte di sensatezza in cui collocarsi e così reinterpretare le proprie posizioni. I due principi, sacralità della vita e qualità della vita, devono integrarsi, in un orizzonte di sensatezza tale da trascendere ogni fissità categoriale.

E' importante a questo punto la riflessione filosofica: *Nell'era attuale della tecnica e della secolarizzazione, in cui domina la tendenza a considerare illegittimo e dannoso il problema del senso della vita, la riflessione filosofica, solitamente ritenuta un inciampo per un efficace approccio alle situazioni concrete, può dare un contributo sostanziale di chiarezza e serenità ad una prassi medica da ciascuno indistintamente intesa come servizio alla vita.*

A questo fine Zamboni avanza una proposta impegnativa, che nella sua vita sarà poi testimoniata: **recuperare la filosofia**, la quale, *svelando il senso dell'esistenza al di là di ogni visione laica o metafisica, potrebbe, a suo dire, costituire la solida sponda su cui poggiare i pilastri di quel ponte che tramite la bioetica l'umanità vorrebbe stabilire con il suo futuro.*

Da qui, egli continua, l'importanza niente affatto marginale della filosofia nel campo dell'etica applicata alla medicina.

Zamboni è consapevole che la filosofia, negli ultimi secoli in particolare, non ha mai goduto di grande prestigio presso i medici, che non amano la riflessione ritenuta inutile ed oziosa. *Eppure, egli aggiunge, la filosofia non può essere ignorata oggi da chi riflette su problemi di bioetica, poiché la bioetica fonda le sue radici nel pensiero filosofico. In un momento storico in cui sembra sempre più attuale la possibilità di un ridimensionamento degli studi della filosofia, che potrebbe essere confinata quale umile ancella nell'area umanistica, si dovrebbe invece proporre l'estensione alle facoltà scientifiche, dove potrebbe svolgere pienamente la sua funzione critica.*

Di fronte al grande progresso tecnologico il medico non può non riflettere sulle implicazioni profonde delle sue scelte e delle sue azioni, che richiedono confronti, inte-

razioni, problematizzazione continua, soprattutto quando di fronte a situazioni e scelte difficili ci si trova nel dubbio.

Anzi, e questo è proprio del suo stile, se è etico difendere ciò in cui si crede, è etico anche non sfuggire al dubbio e al turbamento di non poter sostenere sempre e comunque le proprie certezze.

Concludendo, l'insegnamento che il professor Zamboni ci ha lasciato riguarda non solo l'invito a recuperare il senso della vita attraverso una lettura profonda di ciò che significa essere persona, ma è un invito al dialogo, al rapporto con chi la pensa diversamente, senza scoraggiarsi, con ottimismo e fiducia.

E' un insegnamento importante, esemplare, in un'epoca come la nostra, dove, a tutti i livelli relazionali, è sempre più difficile comunicare, capirsi, parlare senza slogan preconfezionati, e la tentazione di rinunciare al dialogo è grande.

Il professor Giorgio Zamboni, invece, nella sua vita professionale, ha saputo sempre resistere in un continuo atteggiamento di dialogo.

INDICE

Livia Calciolari	
Introduzione	Pag. 4
Il farmaco nel 2013 tra innovazione e spending review....	“ 5
Roberta Chittolina	
Problematiche attuali nell’uso dei farmaci	“ 6
Sara Mosconi	
I giovani farmacisti incontrano i giovani studenti	“ 13
Antonio Lanzarini	
Impegno farmaceutico per gli assistiti Caritas	“ 17
Veronica Barini	
Farmaci per il terzo mondo. Un’esperienza in Burundi....	“ 19
Paolo Gibelli	
Etica dell’uso del farmaco	“ 22
Interventi	“ 26
Lezione magistrale dedicata al professor Giorgio Zamboni	“ 30
Gabrio Zacchè	
Bioetica e senso della vita in Giorgio Zamboni	“ 31

Della stessa collana

Numero 1. La maternità difficile.

L. Benevelli, N. Chizzola, P. Gibelli, C. Mortari, G. Odini,
A. Ollago.

Numero 2. Salute e stili di vita.

Quale consapevolezza e quale responsabilità?

E. Bacchi, C. Baraldi, M. C. Bassi, G. De Donno,
G. Giannella, P. Gibelli, A. Savignano.

Numero 3. Lettere alla famiglia.

Giovanni Volta. Prefazione di Roberto Busti.

Stampato in proprio nel novembre 2013 presso la sede del
Centro di Consulenza Familiare
Consultorio Prematrimoniale e Matrimoniale Ucipem
Viale Pietro Albertoni 4/C - 46100 Mantova
tel: 0376 323797