

---

---

# Cochrane News

---

Anno 3, Numero 2

Dicembre 2000

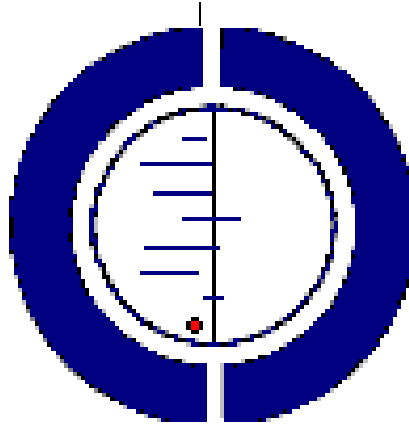
---

Centro Cochrane Italiano, Istituto Mario Negri, Via Eritrea 62, Milano, Tel. 02/39014327

**DAL 1° SETTEMBRE E' ATTIVO IL NUOVO SITO WEB DEL CENTRO COCHRANE ITALIANO  
"WWW. AREAS.IT": consultatelo e fateci avere commenti e suggerimenti**

---

**I CONFLITTI DI INTERESSE:  
MINA VAGANTE PER LA  
CREDIBILITÀ DELLA MEDICINA?**  
*Su questo tema si sono confrontati i  
diversi punti di vista nel corso della  
V Riunione Annuale Cochrane  
(Milano, 5-6 Ottobre 2000)*



Che gli interessi economici determinino sempre più gli indirizzi politici e sociali è una realtà cui non si sottrae neppure il mondo della sanità, dove sempre più forte è il peso di questi interessi. Questo determina uno sbilanciamento nell'allocazione delle risorse e nella scelta delle priorità, oltre a porre sotto una luce nuova e, in Italia, poco esplorata il problema dell'indipendenza e del conflitto di interesse.

Le diverse parti in causa del mondo sanitario - ricercatori clinici, rappresentanti di società scientifiche e industria farmaceutica, delle associazioni di pazienti e dell'editoria scientifica, insieme con direttori generali di aziende e agenzie sanitarie pubbliche e di comitati etici locali - hanno discusso per due giornate di questi temi nel corso della V Riunione Annuale del Centro Cochrane Italiano. L'attenzione al conflitto di interessi in Italia è scarsa, a fronte degli oltre 200 tra articoli ed editoriali sul tema apparsi su riviste scientifiche internazionali solamente negli ultimi tre anni. E proprio da relatori inglesi e americani sono arrivate le denunce più forti e appassionante sul di-

lagare dei conflitti di interesse in medicina. In modo certo non *soft* ha iniziato l'economista sanitario inglese Alan Maynard "l'esistenza della corruzione, e quindi del conflitto di interessi, in campo medico non deve sorprendere. E' noto e dimostrato che l'industria farmaceutica dedica uno sforzo considerevole alla "(pseudo)-informazione" dei medici. So no loro, infatti, che prescrivono i farmaci ai pazienti e sono quindi loro che, con il

loro comportamento, contribuiscono a indurre un consumo spesso inappropriato". "La corruzione - ha aggiunto Maynard - riguarda peraltro anche gli economisti sanitari. Sono loro che, esercitando una influenza crescente sugli orientamenti della ricerca, finiscono per determinare su quali prodotti si orienterà il marketing e la ricerca e quali farmaci saranno rimborsati dai sistemi sanitari".

Sui pericoli legati alla distorsione dell'informazione scientifica si è invece soffermato Drummond Rennie, *editor* del *Journal of American Medical Association*. "Le informazioni scientifiche non esistono finché non sono pubblicate e diffuse e poiché, prima o

## SOMMARIO

- Conflitti di interesse: mina vagante per la credibilità della medicina? La necessità di una ricerca indipendente
- Il seminario di studio sui Livelli Essenziali di Assistenza
- Al via il primo Master sulla "Metodologia delle revisioni sistematiche"
- Impressioni di alcuni partecipanti all'VIII Cochrane Colloquium
- La "medicina della scelta": riflessioni sul saggio di Ivan Cavicchi
- La Cochrane Library. Notizie dal CRG Drugs and Alcohol
- Il calendario preliminare degli appuntamenti 2001

poi, tutti saremo “pazienti” è interesse comune che i medici possiedano le migliori e più valide informazioni scientifiche”. Una relazione appassionata, quella di Rennie, nel corso della quale l'*editor* americano ha presentato una serie impressionante di casi di “distorsione” della pubblicazione dei risultati della ricerca. Le pubblicazioni scientifiche, ha dichiarato Rennie, dovrebbero essere considerate una “dichiarazione sotto giuramento” e quando questa regola viene violata nessuno ne esce integro.

L'esistenza - per il ricercatore - di interessi economici diretti nell'industria farmaceutica, la remunerazione diretta per il reclutamento dei pazienti nei *clinical trial*, i discutibili criteri con cui vengono inseriti o eliminati i nomi di autori di editoriali e revisioni, i simposi sponsorizzati e i *proceedings* che ne derivano, la trasparenza nel modo di riportare i risultati e la successiva condivisione dei dati, la frequente mancanza di trasparenza nella valutazione economica dei farmaci e delle tecnologie, la pubblicazione selettiva dei risultati degli studi positivi e l'influenza e intimidazione verso autori di studi i cui risultati non sono graditi agli sponsor. Sono tutte facce possibili del conflitto di interesse nel processo di pubblicazione dei risultati. Si tratta di fenomeni, ha concluso Rennie, ampiamente documentati e denunciati sia nelle stesse riviste scientifiche (*Is Academia on sale? L'Accademia è in vendita?* titolava un recente editoriale del prestigioso *New England Journal of Medicine* dedicato al proliferare dei conflitti di interesse nel mondo accademico americano) sia, più occasionalmente, sulla stampa generalista.

“I conflitti di interesse, tuttavia, non ci sono solo quando lo sponsor è privato: anche il settore pubblico ha i suoi”. Con queste parole ha esordito Trevor Sheldon dell'Università di York, che ha proposto di leggere il problema del conflitto di interessi in un'ottica più ampia. Ci sono conflitti di interesse “passivi”, quelli cioè che nascono, per esempio, dall'interferenza tra doveri del medico verso il paziente e verso il servizio/azienda sanitaria. E ci sono conflitti di interesse “attivi”, quelli dove invece il professionista ha un diretto interesse di carattere economico o finanziario in funzione dell'adozione o meno di determinati comportamenti. Anche i servizi sanitari pubblici, e i politici che li gover-

nano, possono - a parere di Sheldon - avere i propri sostanziosi conflitti di interesse. Analogamente, ai conflitti di interesse non sfuggono neanche le associazioni di tutela dei malati che vengono magari usate come “gruppi di pressione” per sostenere l'adozione o la gratuità di un certo intervento o tecnologia di non documentata efficacia. “Come in tutti i mercati imperfetti” ha concluso Sheldon “la soluzione (possibile) sta nelle regole. Regole esterne quali registri pubblici delle sperimentazioni cliniche (per evitare inutili duplicazioni di ricerche che servono solo a scopo di marketing ma non alla salute dei pazienti); principi condivisi per la stesura dei contratti tra sponsor e ricercatori; registri pubblici dove vengano depositati tutti i contratti tra sponsor e ricercatori. E, soprattutto, un monitoraggio e un'attenzione continua al fatto che le regole di base di eticità e indipendenza vengano rispettate”.

E in Italia? Oltre all'intervento del Professor Silvio Garattini, riportato di seguito, solo Nicola Magrini, ha *preso di petto* il problema. A partire dalla sua esperienza di presidente del Comitato etico dell'Azienda di Reggio Emilia, Magrini ha denunciato, dati alla mano, il crescente fenomeno di studi che presentano un palese conflitto tra gli interessi del paziente (e di una ricerca orientata al paziente) e interessi di una ricerca orientata al marketing di nuovi farmaci.

Più timide le altre relazioni sui conflitti di interesse del ricercatore clinico, delle società scientifiche, delle associazioni dei pazienti, i cui relatori hanno parlato soprattutto dei possibili conflitti senza tuttavia spingersi alla denuncia di casi concreti.

Sulla difensiva, infine, l'industria farmaceutica rappresentata da Giovanni Marini di AstraZeneca e Gianni Soro di Farminindustria che, non potendo negare l'esistenza del problema, si è detta pronta a collaborare al controllo di un fenomeno capace di minare, sul lungo periodo, la sua stessa credibilità e quella dell'intera comunità scientifica.

La seconda giornata, dedicata al conflitto di interessi in campo giuridico ed economico, ha offerto interessanti approfondimenti utili a vedere il problema in modo non solo settorialmente limitato al mondo della sanità.

A conclusione della due giorni di dibattito,

Alessandro Liberati, direttore del Centro Cochrane Italiano, ha sintetizzato alcuni punti meritevoli di futuri approfondimenti.

- a) Il conflitto di interessi in campo medico è un dato di realtà che non deve e non può essere negato. La sua esistenza, tuttavia, è molto più riconosciuta e discussa all'estero di quanto non lo sia in Italia. Molto si può e si deve fare per sensibilizzare nel nostro paese tutte le parti in causa.
- b) Non è realistico pensare di poter eliminare il conflitto di interessi. La trasparenza, fermamente ricercata e praticata ai diversi livelli, appare l'unica via percorribile.
- c) La mancanza di fondi pubblici indipendenti contribuisce fortemente al crescere del conflitto di interessi nel campo della ricerca scientifica, così come la crescente introduzione di meccanismi di competizione e di contenimento dei costi pone i professionisti a rischio di conflitti rispetto agli interessi dei pazienti.
- d) Le società scientifiche, a parte alcune lodevoli e significative eccezioni, abdicano spesso al loro ruolo di educatori e garanti della integrità scientifica dei propri affiliati (si veda nell'articolo di Garattini a fianco l'episodio clamoroso delle linee-guida sulla ipertensione).
- e) Regole minime di indipendenza tra ricercatori e sponsor vengono costantemente ignorate. Basti pensare - esempio degli esempi - ai contratti per il finanziamento degli studi clinici dove gli sponsor si riservano il diritto di autorizzare o meno la pubblicazione dei risultati da parte dei ricercatori. Come ha proposto Ubaldo Montaguti, direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Ferrara, i manager della sanità italiana dovrebbero cominciare a opporsi a questa pratica.

C'è bisogno, ha concluso Liberati, di un forte impegno anzitutto sul piano della vigilanza culturale e scientifica contro il conflitto di interesse. Un osservatorio sull'attività dei comitati etici e iniziative di sensibilizzazione verso i manager delle aziende sanitarie sono tra i primi appuntamenti su cui AREAS-CCI si è impegnata ad avviare iniziative concrete nei prossimi mesi.

*Gli atti del convegno saranno pubblicati nei primi mesi del 2001.*

## La necessità di una ricerca indipendente

SILVIO GARATTINI  
Direttore Istituto "Mario Negri"

Il conflitto di interesse non ha avuto nel nostro Paese una grande attenzione soprattutto per quanto riguarda il settore della ricerca medica. Il problema è stato analizzato in dettaglio nel corso di un convegno di cui riferisce il pezzo qui a fianco. E' chiaro che parlando di ricerca medica la priorità viene subito identificata nel ruolo che l'industria farmaceutica riveste per tutta la ricerca in medicina. Il conflitto di interesse in questo caso nasce dalla possibilità che l'industria, attraverso la sua pressione economica, determini un'alterazione a suo favore dei risultati della ricerca sui farmaci. In altre parole chi è pagato dall'industria farmaceutica per svolgere una ricerca potrebbe avere più probabilità di dare giudizi positivi sul farmaco oggetto della ricerca stessa. Che ciò sia vero è ormai documentato da molte analisi pubblicate su parecchie riviste mediche; in linea generale le ricerche pagate dall'industria rispetto a quelle pagate o realizzate da enti non industriali tendono a essere più ottimistiche. Per esempio, danno giudizi più favorevoli nell'impiego dei calcio antagonisti, farmaci utilizzati nel trattamento dell'ipertensione, formulano titoli di articoli scientifici più ottimistici, giustificano i maggiori costi dei nuovi farmaci antitumorali, ritengono che il nuovo farmaco sia sempre migliore del farmaco già esistente e così via.

Poiché l'industria farmaceutica gestisce la maggior parte dei fondi disponibili per realizzare studi clinici controllati, sorveglianza, attraverso le sponsorizzazioni, la maggioranza dei congressi scientifici e sostiene economicamente l'attività delle società scientifiche, è evidente che tutto ciò non può che determinare un'eccessiva valorizzazione dell'efficacia dei farmaci, una sottovalutazione degli effetti tossici dei farmaci e più in generale una distorsione delle caratteristiche dei singoli farmaci destinati alle stesse indicazioni. Un tipico esempio di questa distorsione è rappresentato dalle eccessive prescrizioni di farmaci antiipertensivi più recenti - e quindi a prezzi più alti - a spese dei diuretici e dei beta-bloccanti adrenergici, più vecchi, ma

dotati di studi che ne validano l'efficacia in termini di morbilità e mortalità. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, in collaborazione con la Società Internazionale dell'Ipertensione e con il sostegno dell'industria farmaceutica, ha invece diffuso milioni di opuscoli per sostenere che tutte le classi di farmaci anti-ipertensivi avevano la stessa efficacia sulla mortalità senza che vi fossero i dati scientifici a sostegno; naturalmente venivano ignorati i costi relativi delle varie classi di farmaci anti-ipertensivi.

Il conflitto di interesse ha anche aspetti più sottili che si riferiscono alle modalità della ricerca clinica. Ad esempio molte delle ricerche su di un nuovo farmaco non hanno come scopo quello di stabilire se il nuovo farmaco sia migliore dei farmaci già esistenti. E' chiaro a tutti che un nuovo farmaco ha un significato, in termini di sanità pubblica, solo se può mostrare qualche vantaggio: maggiore efficacia, minore tossicità o anche solo migliore facilità di assunzione. Lo scopo delle suddette ricerche è invece quello di mostrare che il nuovo farmaco è 'equivalente' o peggio ancora 'non inferiore' ai farmaci già esistenti. L'adozione di queste metodologie stabilisce già a priori che l'unica cosa che interessa è poter dimostrare un'efficacia per scopi puramente commerciali: poter accedere al mercato. Molto spesso poi questa 'equivalenza' è molto teorica visto che in base alla numerosità dei pazienti, 'equivalenza' può voler dire che non è differente di più del 20-30%. Il che significa che il nuovo farmaco potrebbe essere anche inferiore ai farmaci già esistenti. Dove sta il conflitto di interessi? Evidentemente nel fatto che il ricercatore sottopone i suoi pazienti al rischio di una sperimentazione che non può produrre nessun vantaggio, né per loro, né per i futuri pazienti. Infatti con la metodologia dell'equivalenza non si saprà mai con precisione se il nuovo farmaco sia meglio o peggio dei farmaci esistenti. In questo modo il medico o il ricercatore sposta il suo interesse verso gli interessi dell'industria che paga la ricerca, a scapito del suo dovere di proteggere il paziente che si affida alle sue cure. E' utile che questi problemi vengano conosciuti, ma è molto importante che l'accademia - intesa come la parte non industriale - non "sia in vendita", ma rifletta sul suo ruolo essenziale

per la salute pubblica riconquistando la sua indipendenza. Un aiuto importante a questo necessario cambiamento deve provenire da parte del Servizio Sanitario Nazionale che deve, nel suo interesse e in quello dei suoi pazienti, mettere a disposizione della ricerca clinica fondi indipendenti, oggi completamente inesistenti. Occorre porre fine a questa tacita delega al monopolio dell'industria farmaceutica nel sostenere la ricerca sui farmaci. L'industria, ovviamente, deve fare il suo mestiere, ma lo potrà fare molto più nell'interesse generale quando esisteranno fonti di finanziamento alternative.

*I contenuti di questo articolo sono ripresi da un Editoriale del British Medical Journal, 2000; 321:845.*

**SEMINARIO SUI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**  
*L'incontro è stato organizzato dalla Fondazione ISI di Torino e da AREAS-CCI dal 13 al 16 Novembre 2000*

**PAOLO VINEIS**  
 Consiglio Direttivo AREAS-CCI,  
 Università di Torino

Obiettivo generale dell'iniziativa era identificare gli aspetti critici nella definizione e applicazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), attraverso l'interazione tra il piano delle prove scientifiche, i modelli etici di riferimento, la percezione e le preferenze degli utenti e i modelli decisionali in ambito sanitario.

Gli argomenti trattati sono stati: a) i modelli etici generali (egualitarismo, utilitarismo, ecc.) in relazione all'assistenza sanitaria; b) le esperienze concrete di attuazione dei modelli teorici (Oregon, Svezia, Olanda, Nuova Zelanda, ecc.); c) la storia e le peculiarità del SSN italiano; d) le modalità decisionali attuali nel Servizio Sanitario italiano, e il rapporto tra diseguaglianze e selezione delle prestazioni; e) il governo clinico (cos'è e come si attua); f) le linee-guida come strumento di politica sanitaria; g) le implicazioni dei LEA per le attuali diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e nei livelli di salute; h) gli

aspetti giuridico-istituzionali; i) i fondi integrativi e le prove di efficacia.

*I materiali del Seminario verranno resi disponibili in rete sui siti web di ISI, AREAS-CCI e GIMBE. Il gruppo di lavoro che ha curato il Seminario sta scrivendo un documento finale che è incentrato in particolare sulla definizione dei LEA nel contesto dei cambiamenti del servizio sanitario italiano e in particolare dell'introduzione del federalismo fiscale.*

**AL VIA, PRESSO L'UNIVERSITÀ DI MILANO,  
IL PRIMO MASTER SULLA  
"METODOLOGIA DELLE  
REVISIONI SISTEMATICHE"**

Nel corso dell'anno 2000 il Centro Cochrane Italiano ha organizzato due corsi intensivi sulla "Metodologia delle Revisioni Sistematiche" in collaborazione con il Professor Douglas Altman e il Dottor Jon Deeks del *Centre for Statistics in Medicine* di Oxford.

Complessivamente i due corsi hanno visto la partecipazione di oltre 70 operatori sanitari, alcuni dei quali già con qualche precedente esperienza nel campo delle revisioni sistematiche. Per la maggior parte dei partecipanti si è trattato di un'utile introduzione al tema delle revisioni sistematiche, che rimane ancora scarsamente diffuso in Italia, anche tra chi si occupa di ricerca clinico-epidemiologica.

Come avevamo annunciato nel numero precedente della *Cochrane News* nel Marzo 2001 partirà, per iniziativa congiunta della Università di Milano e del Centro Cochrane Italiano, il primo corso di Master interamente dedicato alla metodologia delle revisioni sistematiche. Il Master - il cui programma dettagliato sarà disponibile sul sito web di AREAS-CCI ([www.areas.it](http://www.areas.it)) - si prefigge di fornire una specifica competenza e professionalità a chi, nel proprio ambito professionale, si occuperà di recupero, valutazione critica e sintesi delle informazioni scientifiche. Saranno ammessi venti studenti per anno (anche se le richieste di iscrizione pervenute sono state di più) che frequenteranno cinque settimane intensive

di didattica. A questo seguirà poi un periodo di tutoraggio che porterà i singoli candidati a completare una revisione sistematica pubblicabile sulla Cochrane Library.

L'iniziativa del Master si inquadra anche in uno sforzo più ampio, mirato a introdurre l'approccio metodologico delle revisioni sistematiche di letteratura nel bagaglio e nella pratica della formazione culturale del medico. Fa parte di questo impegno la prossima attivazione di un Centro Interuniversitario di Ricerca sulla "Evidence based Medicine e la Metodologia delle Revisioni Sistematiche" che vedrà inizialmente impegnate le sedi di Milano, Modena, Torino e Palermo.

Insieme al Centro Cochrane Italiano, questi gruppi cercheranno di attivare e concretizzare progetti di formazione e ricerca mirati ad aumentare la qualità della ricerca clinico-epidemiologica in Italia, introducendo già nel momento della formazione pre-laurea del medico questi elementi formativi.

*Per ulteriori informazioni su queste attività contattare:*

- Livia Candelise ([livia.candelise@unimi.it](mailto:livia.candelise@unimi.it))
- Piergiorgio Duca ([piergiorgio.duca@unimi.it](mailto:piergiorgio.duca@unimi.it)).
- Alessandro Liberati ([alesslib@tin.it](mailto:alesslib@tin.it))

**IMPRESSIONI SULL'VIII  
COCHRANE COLLOQUIUM**

*L'incontro annuale ha avuto luogo a  
Capetown, in Sud Africa  
(25-29 Ottobre 2000)*

LILIANA COCO

*Coordinatore Gruppo Cochrane Sclerosi  
Multipla, Istituto "Besta", Milano*

Indiscutibilmente l'incontro annuale del Cochrane Colloquium è il principale appuntamento degli operatori della nostra associazione, e costituisce il punto della situazione sulle nostre attività.

Splendida cornice del convegno quest'anno è stata la città di Capetown, situata all'estremità settentrionale del Capo di Buona Speranza.

Sezioni plenarie giornaliere hanno preso in esame temi quali:

- in quale modo l'*Evidence Based Medicine* viene tenuta in considerazione in fase decisionale in tema di diagnosi e terapie;
- in quale modo vengono disseminati i risultati ottenuti dalle ricerche;
- come vengono incrementati il numero e soprattutto la qualità delle revisioni sistematiche Cochrane.

Si è sviluppato così il tema portante dell'incontro di quest'anno "Evidence for Action: Challenges for the Cochrane Collaboration in the 21<sup>st</sup> Century".

Le sezioni plenarie giornaliere sono state inoltre integrate da una vasta serie di sezioni parallele, nelle quali i partecipanti hanno potuto sviluppare argomenti di loro interesse in maniera approfondita.

L'organizzazione di *workshop* ha anche permesso di evidenziare il perfetto e produttivo grado d'integrazione nelle varie attività di partecipanti di diverse culture ed estrazione - spesso sconosciuti tra loro prima di quest'occasione - nel comune obiettivo che lega le nostre attività, come mi è stato testimoniato da numerosi partecipanti. Questi incontri sono stati pure un'ottima occasione per discutere di numerosi aspetti pratici, cosa che ho trovato particolarmente utile per la mia attività di *Review Group Co-ordinator*.

Oltre alla parte strettamente attinente ai lavori dell'incontro, anche eventi sociali quali l'*African Street Party* e il *Conference Banquet* hanno fornito valore aggiunto alle attività in una cornice estremamente amichevole e informale, come la vista del nostro nuovo presidente Peter Langhorne, da Glasgow, le cui gambe ci hanno abbagliato da sotto uno splendido *kilt*. Risultati quindi molto positivi per questo VIII Colloquium, dove la Città del Capo ha fornito alcune certezze e non solo..... Buona Speranza.

DANELE Busetto  
Consiglio Direttivo AREAS-CCI, Usl 6,  
Presidio Ospedaliero di Vicenza

Più di seicento partecipanti provenienti da tutto il mondo per un convegno di alto livello scientifico non si sono incontrati a Città del Capo per una semplice

formalità. Così come non sono state formalità alcune parole del messaggio ai congressisti (espressamente voluto dal Comitato organizzatore locale del convegno) scritte da Desmond Tutu, arcivescovo emerito anglicano di Città del Capo, premio Nobel per la pace, già componente della commissione giudicante i crimini dell'*apartheid* voluta dall'ex presidente del Sud Africa, Nelson Mandela.

Le parole di Tutu: "... I wish You a good conference. God bless You" sono state un'ottima premessa, non solo parole di circostanza in un continente, quello africano, "spesso rimosso dalla geografia sanitaria dei paesi ricchi, con grandi problemi di povertà e di malattie infettive" (1).

Il contenuto scientifico del convegno si è rivelato particolarmente denso: sono state illustrate le sintesi delle migliori prove nei processi decisionali in tema di diagnosi e terapie; si è discusso di economia sanitaria e di allocazione delle risorse in un mondo globalizzato, del coinvolgimento dei consumatori/pazienti nelle scelte di politica per la salute, del giornalismo scientifico e in generale del ruolo dei media nel veicolare le notizie (spesso più alla ricerca del sensazionalismo che alla documentazione della realtà).

Si è creata una sorta di *fellowship* che accomuna epidemiologi ed economisti sanitari, operatori sanitari, pazienti-consumatori e amministratori della salute. Inoltre la presenza di alcune importanti riviste mediche internazionali tramite loro rappresentanti editoriali (JAMA, British Medical Journal) sembrava garantire e rafforzare la linea di indipendenza da possibili conflitti di interesse della Cochrane Collaboration. La sede del Colloquium è stata il "Good Hope Centre" di Città del Capo, grande centro congressi in cui l'organizzazione (come ha detto Jimmy Volmink, presidente del comitato organizzatore locale) è stata meticolosa.

E l'auspicio è che l'atmosfera di collaborazione e di impegno sui temi della salute non finisca l'ultimo giorno del convegno, ma prosegua nella meravigliosa e martoriata terra del Sudafrica e nel resto del mondo, anche come segno di riconciliazione tra i popoli.

(1) "Africa Reportages" di Pietro Veronese, 1999, Laterza

**RECENSIONE DI  
"LA MEDICINA DELLA SCELTA"  
DI IVAN CAVICCHI  
BOLLATI BORINGHERI, 2000**

**NOTA EDITORIALE**

Il recente volume di Ivan Cavicchi, Direttore Generale di Farmindustria, è stato oggetto di grande battaglia pubblicitaria e da alcuni salutato come una "profonda riflessione" sulla crisi della moderna medicina (si veda Franco Voltaggio, *Il Manifesto* del 27/9/2000). Il libro si caratterizza soprattutto come un veemente attacco alla Evidence based Medicine, i cui sostenitori sono sarcasticamente definiti "gli evidenziatori". Sono state già pubblicate altre voci critiche sull'opera del Prof. Cavicchi (Sebastiano Maffettone, *Sole 24 Ore* del 26/11/2000; Marco Geddes da Filicaia, *Tempo Medico* del 29/11/2000). *Cochrane News* intende aprire un dibattito su questi temi, interessata com'è a vigilare contro gli eccessi di certa EBM, ma anche contro operazioni di pseudo-innovazione che intendono fornire una dignità culturale a chi vuole impedire che si creino regole e strumenti di conoscenza e valutazione.

**MAURIZIO BONATI**

Laboratorio per la Salute Materno Infantile, Istituto "Mario Negri", Milano

Terminata la lettura di questo dotto saggio, ricca affabulazione attorno alla medicina contemporanea, ci si può chiedere per chi e perché sia stato scritto. Perché dilatare in oltre 400 pagine di testo quello che un processo di sintesi avrebbe consentito di contenere in molte meno pagine, contribuendo a rendere più "efficace" la provocazione intellettuale dell'autore?

Il percorso critico prende l'avvio dall'assioma che la medicina è pertinente alla crisi, intesa come momento culminante e di passaggio, tra un modo d'essere (malato?) ed un altro modo d'essere (guarito?). L'atto medico (la scelta di un intervento?) può caratterizzarne la soluzione (ne modifica il corso naturale?). Ma questa è la caratteristica della medicina, quale disciplina scientifica fondata sulla conoscenza (della malattia, ma anche della salute, che è un registro più complesso e comprensivo). Medicina basata sul dinamico progresso della conoscenza e non sulla statica certezza, anche se evidente. Conoscenza, quindi, non una dote ricevuta, ma processo continuo di ricerca, sperimentazione, documentazione e confronto. Processo indispensabile affinché la scelta, elemento nobile di ogni intervento medico anche il più semplice e routi-

nario, risulti efficace per "superare la crisi". Che non è crisi teorica, ma disagio, sofferenza, malattia del singolo paziente che 'sceglie e chiede' di essere assistito e guarito. Ma, per essere davvero capaci di far fronte a una crisi (indicando soluzioni), bisognerebbe avere il coraggio di contestualizzare le proprie affermazioni.

È sicuramente una scelta precisa quella fatta dall'Autore di citare quasi solo testi in italiano, ma sorprende non ritrovare alcun riferimento, per esempio, all'opera di Archibald L. Cochrane, che tanto ha contribuito alla riflessione sull'epistemologia medica contemporanea. Un contributo essenziale alla necessità della verifica di ogni atto medico (preventivo, diagnostico o terapeutico), condotta con opportuna metodologia, per arginare la crescente 'inflazione medica', spesso all'insegna della (sola) libertà di scelta. 'Inflazione medica' che ha un suo mutante corrispettivo attuale nell'inflazione di 'esperti di evidenze'. Tema questo ampiamente dibattuto oggi sulle riviste scientifiche internazionali di medicina generale, ma purtroppo anche queste ignorate dall'autore. Non si può riflettere sulla crisi 'nella' medicina senza ricordare che la medicina stessa è un modo del potere (come un altro illustre medico e intellettuale italiano ribadiva: anche lui dimenticato nel testo). È quanto mai arbitrario disquisire di "libertà di scelta e non di liberismo" nella medicina contemporanea, limitandosi a teoriche generalizzazioni, ignorando che i principi di equità e di diritto alla salute sono oggi ancora negati a oltre la metà della popolazione mondiale. Non è infatti rivendicando il diritto teorico alla scelta (del medico e del paziente) che si garantisce a tutti l'accesso alla terapia più efficace disponibile (vedi, per esempio, la battaglia per l'accesso ai farmaci essenziali nel Sud del Mondo, o se si vuole basta limitarsi a quelli anti AIDS in Africa). Ma forse il *setting* a cui l'autore si riferisce è quello più ristretto italiano. Contesto quello nazionale dove, tuttavia, la "crisi" tra "esigenti" e "indigenti" si è acuita; e ci sono sempre più evidenze che anche la medicina sia un modo di questo essere.

**LA COCHRANE LIBRARY**

La Cochrane Library nella sua ultima versione (Issue 4, 2000) contiene 923

revisioni complete e 827 protocolli di revisioni in corso. Sono ormai più di 80 gli operatori italiani che hanno pubblicato revisioni e protocolli.

Prosegue intanto il lavoro di traduzione degli abstract delle revisioni. Quelli finora tradotti in italiano sono più di 250 e sono disponibili sul sito web ([www.areas.it](http://www.areas.it)) ed in quello di Update Software (Oxford).

Chi fosse interessato ad abbonarsi alla Cochrane Library, può contattare Sabrina Bidoli: e-mail: [bidoli@marionegri.it](mailto:bidoli@marionegri.it) oppure per fax: 02/3559048.

**NOTIZIE DAL CRG DRUGS AND ALCOHOL**

MARINA DAVOLI, MARICA FERRI  
 Agenzia Sanità Pubblica Regione  
 Lazio, Roma

Il Gruppo Cochrane Droghe e Alcool, con base editoriale a Roma presso l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, ha pubblicato nella prima edizione della Cochrane Library del 2001, 7 revisioni ed altrettanti protocolli di revisione. Il gruppo, fondato nel Gennaio del 1998, è costituito da sette editori provenienti da Australia, Stati Uniti, Regno Unito, Francia e l'Italia e da 34 reviewers e 28 referees.

**Revisioni e protocolli sulla gestione della dipendenza e dell'astinenza da oppiacei**

- Alpha2 adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal ®
- Buprenorphine for the management of opioid withdrawal ®
- Opioid antagonists under sedation or anaesthesia for opioid withdrawal ®
- Naltrexone maintenance for opioid dependence ®
- Opioid antagonists and adrenergic agonists for the management of opioid dependence ®
- Buprenorphine maintenance vs placebo or methadone maintenance for opioid dependence (P)
- Methadone Maintenance vs no methadone maintenance for opioid dependence (P)
- LAAM maintenance vs methadone maintenance for heroin dependence (P)
- Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence (P)
- Tapered methadone for the management of opioid withdrawal (P)

**Revisioni e protocolli sulla dipendenza da Cocaina e Alcool**

- Carbamazepine for cocaine dependence ®
- Opioid antagonists for alcohol dependence ®

- Antidepressants for cocaine dependence (P)
- Dopamine agonists for cocaine dependence (P)

Una sintesi dei risultati delle revisioni in italiano può essere richiesta a Marica Ferri e-mail: [dacochrane@asplazio.it](mailto:dacochrane@asplazio.it).

Dal settembre 2000 il registro specializzato dei trial del gruppo contribuisce ad un progetto europeo per la costituzione di un database di studi sulla salute mentale.

I partner del Progetto, oltre al Gruppo Droghe e Alcool, sono l'Università di Helsinki (che curerà il Coordinamento), l'Università di Oxford (con i gruppi Cochrane Schizofrenia, Demenza e Problemi Cognitivi); l'Università di Monaco, l'Università di York, Update Software Ltd, il Saint George Medical College di Londra (con il gruppo Cochrane Depressione, ansia e nevrosi); l'Università di Bristol (con il gruppo Problemi psicosociali e dell'apprendimento); l'Università di Ioannina in Grecia.

Il progetto, in via di implementazione, sarà disponibile su Internet a dal prossimo anno; informazioni saranno reperibili contattando la base editoriale a Roma.

**APPUNTAMENTI 2001  
 (CALENDARIO PROVVISORIO)**

**MARZO, MILANO**

1ª settimana del Master in "Metodologia delle revisioni sistematiche"

**APRILE, MILANO**

2ª settimana del Master in "Metodologia delle revisioni sistematiche"

**MAGGIO, MILANO**

3ª e 4ª settimana del Master in "Metodologia delle revisioni sistematiche"

**GIUGNO, ROMA**

Workshop su "Questioni etiche e metodologiche per la ricerca clinica nelle Aziende Sanitarie"

**LUGLIO, MILANO**

5ª settimana del Master in "Metodologia delle revisioni sistematiche".

**OTTOBRE, NAPOLI**

VI Riunione Annuale Network Cochrane Italiano

Chi fosse interessato a partecipare al **IX COCHRANE COLLOQUIUM** **LIONE 9-13 OTTOBRE 2001** può richiedere informazioni a Elena Telaro: tel.02/39014517; e-mail:[telaro@marionegri.it](mailto:telaro@marionegri.it)

Questa newsletter è stata preparata da:

A. Liberati, S. Bidoli, M. Bonati, I. Bordogna, D. Busetto,  
L. Coco, M. Davoli, M. Ferri, E. Telaro, P. Vineis