

La relazione tra il farmaco, il medico e il paziente

Francesco Del Zotti
Medico di medicina generale
Verona

A partire da alcuni casi emblematici della pratica quotidiana, dall'intervento che segue emerge la necessità di una nuova educazione al "farmaco", che dovrebbe coinvolgere tutti gli attori del mondo scientifico: medici, pazienti e istituzioni, in una sorta di tensione collettiva verso un "circuito della qualità". Inoltre, collaborando "intorno alla complessità del farmaco", medici ospedalieri e Mmg potranno lavorare per la complementarietà delle due discipline

Gli aspetti relazionali e comunicativi intorno al farmaco tra paziente, specialista/i e medico di medicina generale sono legati a una rete complessa di conoscenze, dinamiche affettive e di interessi materiali non sempre convergenti.

In questo contesto è inutile avere la pretesa di sistematizzare oggettivamente i problemi sul tappeto. Penso, invece, che sia nostro dovere fornire alcuni pezzi del puzzle, con una visione che parta dall'interno del proprio ruolo, ma che sia in qualche modo intersecabile con il "diario di bordo" degli altri protagonisti (tabella 1).

Per questi motivi ho ritenuto utile dividere il testo in due sezioni: la prima parte presenta alcuni casi emblematici, che vedono protagonista quello o quell'altro attore; la seconda parte conclusiva identifica alcune regole e raccomandazioni generali.

1° CASO

Qualcosa bisogna pure fare... prescrivere una medicina

Una paziente di 45 anni, in buona salute, si reca dallo specialista con i risultati di due analisi successive degli ormoni tiroidei. Si tratta di valori nell'ambito del cosiddetto ipotiroidismo subclinico (TSH <10 e FT4 nella norma). Ebbene, nonostante che il TSH nell'ultimo esame si sia avvicinato a valori normali (da 7.4 a 4.3), il collega specialista, alla domanda della paziente ("Dottore, io preferirei non assumere pillole, visti i risultati"), risponde: "Sì signora, capisco, ma qualcosa bisogna pur fare".

Lezione

Il predominio moderno del fare sull'attendere

In un mondo bombardato da voci, luci, suoni senza soluzioni di continuità, il silenzio e l'astensione

dall'azione sono sempre più impopolari. In sicura buona fede, molti medici di medicina generale e specialisti, nel dubbio, trattano.

Questa situazione richiama una revisione del 2001 sulla terapia delle "verruche plantari" in cui si scriveva:

"Si ha l'impressione che questa piccola patologia porti in serbo insegnamenti più grandi di lei. Più si è aggressivi verso patologie minori, meno si ottiene o più si rischia. A che serve sconfiggere localmente la verruca con farmaci potenti e discretamente efficaci, per esempio la bleomicina, se poi la terapia vittoriosa ci fa correre rischi globali inaccettabili? A che serve saltare i tempi con una chirurgia rapida, se poi le recidive sono dietro l'angolo, oppure si è condannati a soffrire a causa di dolori post-chirurgici peggiori delle stesse verruche?".

In realtà la revisione sulle verruche mostrava che le terapie più dolci (creme locali o metodi non farmacologici) o la semplice attesa erano le scelte migliori. Ma oggi la strategia della vigile attesa è vista come un modo per regalare un'inutile ansia ai pazienti. E qual è il modo che si ritiene ormai "necessario" per silenziare l'incertezza? Il farmaco, appunto. Eppure, così non si capirà mai se il non peggioramento o la "guarigione" siano avvenuti per merito del farmaco o semplicemente per merito della storia naturale di molti disturbi.

Alla fine non si rende neppure un buon servizio all'immagine del farmaco, se lo si usa in maniera aspecifica.

Tabella 1

Le tessere principali del "gioco" farmaco-paziente-specialista-Mmg

- La complessità cognitiva e logistica del farmaco
- Il paziente soggetto/oggetto delle cure, ma anche protagonista della relazione
- Le diverse tipologie di specialisti nel "dipolo" tra la consulenza in stile "orizzontale" e dirigismo in stile verticale
- L'industria farmaceutica, tra la forzatura del prodotto e la promozione della formazione e diffusione delle reali innovazioni
- L'ente pubblico tra la spinta verso il prodotto o la classe a minore costo e l'assistenza ai medici nel difficile percorso di conoscenza dei sottili dettagli e delle differenze nei costi/benefici di ogni farmaco
- Il medico di medicina generale: tra passività e cabina di regia

2° CASO

Il diabetico e l'EBM: "Perché curare colesterolo e pressione, visto che sono normali?"

Un paziente diabetico 46enne, con glicemie piuttosto alte; in compenso la pressione arteriosa e il colesterolo sembrano normali: rispettivamente 142 mmHg e 202 mg/dL. Il paziente si reca da un collega internista che gli consiglia l'associazione di due antidiabetici.

Arriva in studio e inizio a spiegare che oltre ai farmaci per la glicemia, ha bisogno anche di un farmaco che nello stesso tempo abbassi la pressione e protegga il cuore (un ACE-inibitore) e di un farmaco per abbassare ulteriormente il colesterolo.

Il paziente mi dice: "Dottore, perché dovrei intossicarmi cronicamente con altre due medicine per problemi che non ho?"

Per vincere le comprensibili resistenze del paziente inizio a usare una metafora: "Nel diabete i rischi sono vari; può piovere da varie direzioni e perciò è utile usare sia l'ombrello indirizzato nella direzione più scontata, verso l'alto (antidiabetico), ma anche altri ombrelli nelle direzioni meno intuitive, magari di lato e di sotto".

Accenno agli studi scientifici più attuali che non valutano solo i cambiamenti della glicemia, ma anche il decisivo esito di "anni di sopravvivenza"; per essere più incisivo mostro al computer come varia percentualmente il rischio cardiovascolare, al di là di una glicemia tenuta per "gioco" costante.

Durante la visita, telefono al diabetologo che segue il paziente. Gli faccio presente: "Il paziente ha superato i 40 anni e rientrerebbe nei canoni dello studio HOT (Hypertension Optimal Treatment), sicuramente a te ben noto, che ha dimostrato l'utilità della statina nei diabetici, anche al di là di un valore soglia. Non voglio introdurre il farmaco senza averne discusso con te. Che ne pensi?"

E allora il collega: "Sì, va bene.

Inizia pure con una simvastatina o una pravastatina".

Lezione

Metafore per sviluppare ragionamenti controintuitivi

Questa situazione è quasi diametralmente opposta alla prima.

In questo caso il paziente tenderebbe a utilizzare solo pochi farmaci.

In realtà il collega internista ha scritto i farmaci che abbassano la glicemia, ma ha glissato sugli altri farmaci che risultano, dalla letteratura scientifica aggiornata, addirittura più importanti degli antiiperglicemici: antipertensivi e ipocolesterolemizzanti.

In una situazione simile la comunicazione Mmg-paziente non è agevole: con il paziente bisogna percorrere ragionamenti controintuitivi. Ciò non è facile, ma non impossibile: metafore e simulazioni realistiche al personal computer possono superare le resistenze.

Resta la necessità di dedicare almeno 7-10 minuti supplementari, in un lavoro nascosto spesso non riconosciuto dai contratti di lavoro attuali, centrati come sono su quantità più facilmente misurabili (per esempio numero di assistiti). In questo caso vi è anche una lezione per gli esperti dell'EBM. Dal momento che molte evidenze scientifiche sono in qualche modo controintuitive, vi è una frequente necessità di associare, ai loro sconcertanti riscontri, una grande capacità comunicativa, che mi sembra, tra questi cultori, a volte difetti.

Concludo con una breve nota sulla relazione Mmg-specialista. In questo caso, sono stato fortunato. Alla prima telefonata ho trovato lo specialista e con una breve conversazione telefonica, dai toni pacati e costruttivi, sono riuscito a risolvere un dilemma (statina?) e migliorare la relazione Mmg-paziente-specialista. Ma, ahimè, spesso noi Mmg non siamo così fortunati. Molte volte incontriamo molti più ostacoli.

3° CASO

Distorsioni relazionali e paure a senso unico

Una paziente di circa 30 anni si reca al Pronto soccorso per una distorsione della caviglia non complicata e riceve una prescrizione di iniezioni sc di eparina a basso peso molecolare (EBPM). La paziente chiede: "Ho un po' paura delle iniezioni; è proprio necessario bucarsi ogni giorno? Vivo sola e non so come trovare un'infermiera o una persona in grado di aiutarmi".

Un ortopedico le risponde: "Vi è il rischio di trombosi delle vene profonde e quindi della pericolosissima embolia polmonare... Faccia lei, ma se fossi in lei non rischierei".

Quindi la paziente è arrivata da me per ottenere la ricetta "rossa" del Ssn.

Ho dovuto fare notare alla paziente che quell'eparina prescritta dallo specialista ortopedico è off-label (non è prevista per le distorsioni) e che egli ha messo l'enfasi sulla paura del rischio trombosi, ma ha spesso poche parole sull'altra necessaria paura: quella del rischio emorragico da piastrinopenia. In effetti nulla ha detto alla paziente sulla necessità di eseguire esami ematici per il controllo delle piastrine nelle prime settimane di cura.

"Insomma - mi dico - con queste due opposte paure non bisogna usare due pesi e due misure". Ho dovuto navigare tra Scilla e Cariddi: non mettermi di traverso per non compromettere il rapporto fiduciario, prendere tempo o, quanto meno, usare tutto il tatto necessario nel dire di no. "Vorrei accontentarla, ma non posso. Rischio la carriera e cause penali e inoltre non so bene perché dovrei rischiare, visto che molti autori sostengono che nelle distorsioni della caviglia di un soggetto con età minore di 40 anni basta una fasciatura. Può, per favore, risentire lo specialista e magari presentargli questo mio scritto?"

Al di là della relazione Mmg-paziente, testimonio che in quel momento la nota dominante è stata

una forte emotività negativa nei confronti di non pochi ortopedici: era l'ennesima prescrizione off-label di EBPM che giungeva dal Pronto soccorso ortopedico. In questa situazione, ho sentito la necessità, come Mmg singolo o come gruppo di Mmg, di relazionarmi con gli specialisti ortopedici.

Lezione

Dalla "denuncia del collega" al metodo culturale dell'incidente critico

L'attore un po' defilato di questa storia è l'informatore dell'industria farmaceutica che, consapevolmente o inconsapevolmente, potrebbe tendere a "spingere" oltre il dovuto la diffusione di un certo prodotto, verso condizioni cliniche a minore efficacia od off-label. Sono convinto che questo non sia un destino ineluttabile. Informatori e industrie serie non possono non sapere che il vantaggio immediato di un "mercato a indicazioni allargate" può corrispondere a effetti boomerang non previsti. L'informazione seria è, a mio parere, premiante, almeno sul lungo termine.

Il protagonista è comunque lo specialista che, se vuole immedesimarsi nei problemi dei Mmg, non può non tenere conto di una serie di "complessità moderne" della prescrizione, per esempio di EBPM.

In effetti, il Mmg non può ricopiare la ricetta di EBPM nemmeno sul ricettario "bianco" non mutuabile, per svariate ragioni.

Per ragioni legali: si tratta di un off-topic; per ragioni amministrative: manca il consenso informato per i farmaci off-topic; per dubbi sull'efficacia: una recente revisione della Cochrane ne contesta l'efficacia in situazioni simili (si preferisce puntare sulla fasciatura senza EBPM, invece che sulla coppia gesso-EBPM).

Che fare? A questo punto, invece che seguire il consiglio prevalente di svariati colleghi ("denunciare" all'Ordine dei Medici il giovane medico specializzando che aveva scritto la ricetta), è stata sfruttata l'attivazione del circuito virtuoso connesso alla metodologia dell'incidente critico.

Ecco in cosa consiste questo metodo: è stato segnalato il problema (non il nome del collega) al Presidente dell'OdM e ad altri colleghi ed è stato chiesto il loro sostegno. Essi hanno assunto un ruolo di mediazione, facilitato dal fatto che alcuni di loro sono medici ospedalieri nello stesso nosocomio.

Dopo alcune settimane abbiamo potuto ricevere attento ascolto da parte di un aiuto del reparto. Egli ci ha invitato a presentare le nostre ragioni in un incontro periodico con tutti i colleghi del reparto (strutturati e specializzandi).

La riunione si è svolta per circa 90 minuti alla presenza di tutto il personale strutturato della clinica, dal primario di Pronto soccorso e di tre Mmg.

Nell'incontro, presieduto dal primario, un Mmg ha presentato la problematica con alcune slide, tra cui una flow-chart in cui si evidenziavano le diverse "uscite" del comportamento specialistico da codici e sistemi di evidenze.

Dopo una discussione corretta e costruttiva, il primario e gli apicali della clinica hanno deciso di tenere conto delle osservazioni dei Mmg, in particolare sul rischio della prescrizione degli off-label. A distanza di mesi possiamo testimoniare che quella decisione è stata sistematicamente messa in pratica: nelle distorsioni della caviglia non sono state più prescritte EBPM off-label.

4° CASO

La gotta tra antico dolore e zoppie post-moderne dell'EBM e della farmacopea italica

In questo episodio di pratica corrente (non è un vero e proprio caso) si osserva un Mmg - il sottoscritto - che è alla scrivania, davanti ai suoi libri e a siti web, mentre tenta di capire cosa dicono gli scienziati più accreditati sulle migliori terapie per la gotta.

Nulla mi ha impressionato nei miei studi di medicina più del drammatico racconto della crisi di gotta notturna da parte di chi ne soffre: un me-

dico inglese, Thomas Sydenham, nel lontano 1683. È difficile farsi sfuggire un attacco tipico dopo avere letto anche una sola volta quel resoconto. L'attacco di gotta, sin dagli studi di medicina, mi è parso il simbolo del chiaro ruolo di un medico: sovrapporre in un attimo un quadro sintomatologico tipico della patologia medica con il quadro del paziente e subito dopo fornire una terapia salvifica. Ma, lettura dopo lettura, ho iniziato a scoprire una sconcertante mancanza di punti di riferimento.

Per quanto riguarda i farmaci, dalla analisi delle fonti EBM (www.cochrane.org - <http://clinicalevidence.bmj.com>), emerge che non vi è alcuna sicura evidenza per i farmaci classici usati nella gotta: antinfiammatori, allopurinolo, colchicina. Se poi si osserva la farmacopea italiana, il quadro diventa ancora più clamorosamente carente.

Eccovi in sintesi alcune questioni italiane apertissime.

L'allopurinolo è da utilizzare con un certo giudizio nella gotta; quasi mai nell'iperuricemia non gottosa, anche a causa di gravi sindromi cutanee e allergiche.

In alcuni casi, soprattutto in presenza di pazienti ipo-escretori di uricosuria, si potrebbe utilizzare il probenecid, tra l'altro ben tollerato. Ma il farmaco è assente nelle farmacie. Perché? Incurioso, approfondisco la questione e scopro che esso praticamente non è in commercio in Italia. In rete in effetti leggo che inibisce la diuresi e quindi la tracciabilità degli ormoni anabolizzanti.

Alcuni reumatologi interpellati si chiedono: per motivi di contrasto al doping forse si è sacrificata la sua presenza a svantaggio dei gottosi? O forse sono in atto anche ragioni economico-commerciali (scarso mercato e basso prezzo)?

La colchicina è un altro farmaco classico, che ancora oggi - nonostante anche in questo caso vi sia carenza di evidenze forti - viene consigliato da numerose linee guida in alternativa ai Fans (per i non pochi anziani per cui sono controindicati) e soprattutto, in profilassi, prima di introdurre allopurinolo.

Tutte le linee guida più autorevoli consigliano colchicina 0.6 mg 1-2 volte al dì. Ebbene, in Italia nelle farmacie si trova solo la confezione da 1 milligrammo, con pillole piccole e molto difficilmente divisibili.

Lezione

Le evidenze spesso zoppicano

Le attrici principali dell'episodio sono proprio le maggiori autorità scientifiche dell'EBM. Esse, assieme alle massime autorità istituzionali sanitarie, invitano i medici "pratici" a fondare le loro decisioni sulle evidenze più che sulle consuetudini. Il caso emblematico delle terapie per l'antica gotta invece in qualche modo sconfessa questa tendenza.

Anche in situazioni ben note e classiche come la gotta, le evidenze spesso zoppicano e la lettura di fonti rigorose che cercano di censirle, alla fine porta solo un discreto senso di sconforto. I farmaci classici sembrano non avere forte supporto, né sembrano esserci dopo secoli alternative valide. Le poche e deboli evidenze sembrano comunque ancora avallare l'uso cauto di questi presidi, che però in Italia non è possibile usare in tutta la loro potenzialità, poiché non del tutto serviti da una farmacopea e una legislazione distratta, occupata come è a inseguire le ultime novità di "farmaci più costosi" e di malattie che hanno il solo merito di apparire "più moderne".

Situazioni come queste dovrebbero indurre tutti a una discreta dose di umiltà:

- i cultori dell'EBM, che spesso più che nuove evidenze su nuove terapie ci regalano un'amplificazione dei nostri dubbi sulle terapie comunque consuetudinarie;

- le autorità sanitarie del farmaco, che - al di là di note e piani terapeutici sui nuovi farmaci - dovrebbero spiegarci come mai sia così difficile trovare in farmacia farmaci o posologie classici, nel bene o nel male ancora non superati;

- noi, esponenti della classe medica, che al di là dei soliti aggiornamenti martellanti sulle nuove frontiere del-

la medicina, dovremmo meglio vigilare sulla vita quotidiana di chi soffre di malattie comuni, classiche, ma non per questo meno invalidanti.

Insomma, care autorità EBM e istituzionali, potete aiutarci a farci tornare una certa dose di "sicurezza terapeutica"? Potete aiutarci a dare una risposta rapida e adeguata a chi dopo millenni continua a subire uno dei dolori più concreti e temibili che un essere umano può provare?

5° CASO

La parente glaucomatosa e la gincana burocratica

Una cosa è parlare come Mmg della burocrazia, un'altra è subirla direttamente sulla propria pelle, come parente di una congiunta da curare.

Una mia familiare giunge da una regione del Sud, per valutare con una certa urgenza un glaucoma che sta scompensandosi. Ricevo dall'oculista della mia città una prescrizione di "compresse di acetazolamide e di dorzolamide collirio" (su ricetta bianca) e mi reco in farmacia. Sia il collega sia il sottoscritto, durante la visita, abbiamo dimenticato di attivare il "piano terapeutico", modulo burocratico che la Asl esige al fine della mutuabilità sulla "ricetta rossa" che la dorzolamide, farmaco nuovo e costoso, pretende. Quindi decido di pagare integralmente il collirio.

Quanto alla acetazolamide, mutuabile, ho scritto la ricetta rossa, ma ho dimenticato il tesserino plastificato: "apriti cielo!". Dopo qualche minuto di trattativa con il farmacista, ottengo il farmaco, con la promessa di inviare via fax copia del plastificato.

Il giorno seguente porto la parente al laboratorio, per le analisi connesse all'acetazolamide. Ella ha ritenuto che la modernità - massima al Nord - significhi solo e soprattutto tesserino plastificato con codice e barra e non più il libretto cartaceo di iscrizione, che ha lasciato a 700 km di distanza. Qui, al

laboratorio, vogliono la fotocopia del libretto: anche qui altra trattativa e altro fax (riusciamo a inviarlo solo al ritorno della parente a casa sua). Ma ormai scopro magagne su magagne: non so se la mia familiare ha mai ricevuto l'esenzione per glaucoma e non so se ha mai chiesto e ottenuto il piano terapeutico per un altro collirio, latanoprost, da riscrivere, che usa da anni. È già una tortura chiedere un piano terapeutico per un anziano; figuriamoci chiedere per lo stesso paziente in momenti diversi piani terapeutici per 2-3-4 colliri.

Alla mia parente la pressione oculare con lentezza scende; al contrario la mia pressione arteriosa cresce rapidamente. Quando dopo alcune settimane ella, nel suo paese, si reca da un medico oculista ambulatoriale, tutti gli sforzi per regolarizzare note e piani terapeutici rischiano di saltare: l'oculista ambulatoriale le dice che è meglio tornare ai vecchi colliri, visto che, secondo lui, nella paziente sarebbero di eguale efficacia.

Lezione

L'impatto di leggi e note disarmoniche

Non entro tanto nel merito delle differenze tra vari medici oculisti rispetto alle scelte clinico-terapeutiche e alle rispettive evidenze. Qui piuttosto voglio enfatizzare la gincana pazzesca a cui si devono sottoporre pazienti, parenti e Mmg per stabilizzare un rapporto con un farmaco.

I medici specialisti che non studiano le norme e che omettono le procedure dovrebbero tenere conto delle gravi conseguenze logistiche e relazionali che queste omissioni creano ai pazienti e ai colleghi di medicina generale.

La lezione principale di questo caso è indirizzata soprattutto alle autorità sanitarie: chi vuole sottoporre a nuove norme la ricetta non dovrebbe mai dimenticare che ogni tesserino in più, ogni esenzione in più, ogni nota o piano terapeutico in più rischiano di creare in quel paziente e in quel Mmg uno stress e un danno maggiori dei benefici previsti.

Ergo: ogni volta che si pensa a una nuova regola formale della prescrizione, si dovrebbe pensare all'impatto ambientale derivante. Note e piani terapeutici sono necessari, ma dovrebbero essere ridotti quanto più possibile; invece si dovrebbe incrementare al massimo sia l'armonia tra Mmg e specialisti e anche tra i diversi tipi di specialisti, sia la comprensione delle difficoltà relazionali, ancora prima che epidemiologiche o cliniche, che implicano.

Conclusioni

Quando prescrivono farmaci i medici di medicina generale rischiano di sbagliare in due modi.

Possono commettere l'errore da "commissione", inteso come "errore che si verifica come risultato di un'azione che non doveva essere eseguita" (www.ministerosalute.it). Di converso, non bisogna ricadere nella tendenza opposta. A fronte dei rischi etici e pragmatici insiti nell'abbraccio frettoloso con "il farmaco-toccasana", i medici più "informati" e più critici tendono a sposare in modo quasi assoluto la logica delle "evidenze" o dell'"esigenza pubblica", che usate in maniera rigida possono condurre al rischio di mero risparmio o addirittura di nichilismo terapeutico. Questi ultimi atteggiamenti fanno apparire alcuni esegeti dell'EBM o della "dimensione pubblica" simili ai "critici letterari" o ai "notai esperti" e rischiano di distanziarli dal titanico impulso al cambiamento e all'innovazione che ogni vero scienziato coltiva.

Come si può uscire da questa *empasse*? Intanto rinunciando al famoso "adagio" del tecnicismo, minimo comune denominatore dei due diversi atteggiamenti: "per ogni problema

complesso esiste sempre un soluzione chiara e semplice, peccato che sia quella sbagliata" (tratto da HL. Mencken, giornalista satirico). Se si pensa che ogni paziente o quella terapia meritino una sola soluzione perfetta o una sola "critica forte", allora ci si allontana dalle parole-chiave di una medicina moderna: ascolto di altre posizioni, complessità, interdisciplinarietà, personalizzazione.

Per andare oltre il rischio del semplicismo, penso che serva una tensione collettiva verso il "circuito della qualità". È necessario cioè il superamento della logica "a comparti stagni" o per linee gerarchiche, per accostarsi al metodo dei circoli di qualità e della peer review o revisione tra pari. In queste condizioni, ogni attore può sia raccontare e insegnare, sia imparare; non ve ne è uno che per posizione o consuetudine al comando accademico e/o istituzionale si impone sull'altro. Solo collaborando in progetti di cura lo specialista si può rendere conto che alcuni compiti amministrativi, legati alle note e ai piani terapeutici, non sono solo atti burocratici che fanno perdere tempo al paziente che ha fretta o immagine allo specialista che bada solo a ciò che è strettamente "professionale". Essi invece contengono tutta una serie di occasioni moderne per apprendere le difficili complessità del rapporto costo/efficacia, della farmacovigilanza, delle sottigliezze relazionali nella triade paziente-Mmg-specialista.

Solo collaborando "nell'intorno del farmaco" medici ospedalieri e medici di medicina generale potranno accorgersi che le loro discipline non sono sorelle, di cui una maggiore dell'altra. Invece, le due discipline hanno una parentela meno stretta: sono piuttosto due cugine complementari, che spesso hanno bisogno di ponti e di interpreti.

La via maestra è comunque quella di andare oltre la superficie e l'analisi puntiforme; di diffondere a tutti i livelli una "deep education" sul farmaco. Pazienti, Mmg, specialisti, scienziati del farmaco, legislatori, politici dovrebbero non tanto informarsi "quanto basta", secondo un'ottica settoriale, ma dovrebbero analizzare a 360 gradi quali sono l'impatto, "gli effetti collaterali" del proprio "credo" e del proprio metodo sul mondo del paziente o dell'altro medico.

L'educazione al farmaco, poi, sempre più spesso dovrà coinvolgere attori apparentemente lontani dai professionisti e dai decisori. Se, per esempio, vogliamo capire il perché di una certa resistenza di pazienti e medici all'introduzione di un nuovo vaccino (su tutti quello anti-HPV), allora bisognerà comprendere come l'analisi sofisticata dei pro e contro non potrà fermarsi alla discussione tra genitori e medici dei distretti o medici pediatri o di Mmg, ma dovrà sempre più coinvolgere gli psicologi della salute o i professori di filosofia e di matematica delle ragazze, a cui è destinato questo delicato ciclo vaccinale. Intorno al vaccino non gravitano solo pratiche mediche, informazioni, evidenze, costi, ma anche complessi e controversi concetti di etica, logica, statistica, comportamentismo, metodo della "partecipazione", che spesso possono essere ben gestiti solo da un gruppo coordinato e interdisciplinare di educatori raffinati.

Insomma, bisognerà traghettare pazienti e medici da una visione angusta, centrata sul singolo farmaco, verso il panorama dell'intero "sistema-farmaco", mondo multidimensionale intessuto dalla trama di diversi attori sanitari e di molteplici tipologie di interventi e terapie disponibili.

BIBLIOGRAFIA

- Del Zotti F, Font M. Curare la fretta per curare le verruche. *Dialogo sui farmaci* 2001; n. 5.
- Del Zotti F. Tra case e casi. Levante Editore, 2004.
- Del Zotti F. Distorsioni relazionali. MD gennaio 2007
- Del Zotti F, Mezzalana L et al. Comportamento prescrittivo degli specialisti di due province: analisi delle prescrizioni di farmaci con Nota Cuf giunte all'osservazione di 121 Mmg. *QA, Organo ufficiale della società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria* 2001; volume 12, n. 4, 247-255.
- Del Zotti F. e redazione "Dialogo sui farmaci". La problematica della gotta il punto di vista di un Mmg. *Dialogo sui farmaci* 2009; n. 4.
- Del Zotti F, Celebrano M. Le difficili relazioni con gli ospedali: dal lamento al protagonismo culturale - *Rivista SIMG - Num. 6 dicembre 2008*
- Questo articolo è un adattamento del mio capitolo "la relazione tra il medico ed il farmaco inserito", inserito in un recente testo: *La comunicazione della salute Un manuale - a cura della Fondazione Zoè - Raffaello Cortina Editore - Milano 2009*