

MEDICI CON L'AFRICA CUAMM E GLI OBIETTIVI DEL MILLENNIO

In un articolo speciale pubblicato in questo numero a pag. 495, il nostro collega, don Dante Carraro, illustra la filosofia di intervento di Medici con l'Africa Cuamm. Nella rubrica "Osservatorio", a pag. 524, i lettori troveranno alcune informazioni su questa storica ONG italiana, che ha una forte e molto consolidata tradizione di intervento in alcuni Paesi africani, soprattutto dell'Africa orientale, e che è stata la scuola di formazione di molti dei migliori operatori della cooperazione sanitaria italiana e internazionale. Medici con l'Africa Cuamm, in questi decenni di attività, ha saputo assicurare una grande continuità (che è uno dei requisiti fondamentali per fare un buon lavoro) e la capacità di riflettere criticamente sul proprio operato, anche avvalendosi di contributi e valutazioni esterni, e quindi di modificare e aggiustare le modalità di intervento su questa base (un altro requisito fondamentale per fare un buon lavoro). Da sottolineare anche che Medici con l'Africa Cuamm pubblica una rivista di grande qualità sui temi della salute internazionale (*Salute e Sviluppo*) e sostiene una forte opera di formazione in Italia, che recentemente si è arricchita anche di un progetto europeo per l'introduzione di elementi di salute globale nella formazione del personale sanitario.

Nell'articolo sono sottolineati alcuni aspetti di analisi e di filosofia di intervento di Medici con l'Africa Cuamm che ci sembrano particolarmente significativi: la sottolineatura dell'estrema debolezza dei sistemi sanitari nei Paesi più poveri e quindi la priorità di operare per il loro rafforzamento, evitando in questi Paesi "imprese" e "programmi" che, finalizzati a un solo gruppo di patologie, o a un solo livello di cure, finiscono, come dimostrato in molti casi, per sottrarre risorse al resto del sistema; l'importanza della formazione delle risorse umane e il dovere dei governi e delle istituzioni dei Paesi più ricchi di non contribuire a sottrarre le migliori professionalità, come oggi accade; l'enfasi sulle crescenti disegualianze nell'accesso ai servizi e quindi sulla necessità di rivedere le politiche di pagamento a carico della popolazione, creando sistemi di tipo mutualistico, anche su base locale, e ponendosi sempre l'obiettivo di raggiungere i più svantaggiati; l'enfasi sulla qualità delle cure, perché senza qualità anche l'accesso ai servizi si svuota di significato; infine, l'importanza della buona gestione e quindi di una formazione in loco al management. Queste linee di intervento, che contraddistinguono le attuali politiche di Medici con l'Africa Cuamm e che sono - in particolare gli ultimi tre - maturati in seguito all'opera di revisione critica che Medici con l'Africa Cuamm ha saputo fare al suo interno, non sempre si ritrovano nell'opera di altre agenzie che operano nella cooperazione sanitaria, sia in campo nazionale che internazionale.

Nel luglio scorso si è ripetuto in Giappone il rituale degli incontri del G8 (vedi anche l'Osservatorio di settembre), lasciando scarsa traccia sui destini del mondo. Tra i prodotti della riunione c'è tuttavia anche un documento specifico sulla salute che si distingue per parecchie sottolineature di rilievo, non scontate in quella sede, e che significativamente riprendono molti dei punti strategici di cui si è appena detto. In estrema sintesi, il documento sulla salute globale elaborato dal gruppo di esperti dei Paesi del G8 afferma che: alcuni progressi sono stati fatti nel controllo di malattie specifiche, ma l'insieme dello stato di salute e in particolare quello di donne e bambini è cambiato poco;

c'è l'assoluta necessità di rinforzare e di finanziare adeguatamente i sistemi sanitari, di impegnarsi per migliorare la formazione di risorse umane adeguate, di adottare politiche per la salute che affrontino i determinanti di malattia e le questioni dell'accesso e della qualità delle cure. Purtroppo, alla ormai diffusa consapevolezza di quali siano le cose da fare non corrispondono, da parte di molti governi e agenzie di cooperazione, comportamenti conseguenti.

Negli ultimi tempi *Medico e Bambino* ha dedicato alcune delle sue pagine alla cooperazione internazionale. Questo potrebbe essere interpretato come una sorta di fuga di fronte a un panorama nazionale non esaltante. Ma a ben vedere, fatta salva la sproporzione nella scala dei problemi e nell'urgenza delle soluzioni, problemi e strategie non sono poi molto diversi, e il Sud del mondo, se per molti aspetti rappresenta il nostro passato, rischia di rappresentare anche il futuro di una parte non piccola dei nostri stessi Paesi.

Giorgio Tamburlini

EDUCAZIONE MEDICA CONTINUA E RAPPORTI CON L'INDUSTRIA FARMACEUTICA: È TEMPO DI CAMBIARE?

"Il marketing dei farmaci, del resto, è il lavoro dell'industria. All'industria piace chiamarlo educazione, ma non lo è. È marketing." (Relman AS, JAMA 03.09.08)

L'educazione medica continua (ECM) fa parte ormai della nostra vita professionale. Tutti i congressi, grandi o piccoli che siano, tutti i corsi di formazione hanno il loro accreditamento. Con l'introduzione di questo sistema qualcosa è sicuramente cambiato rispetto a una maggiore disponibilità di "informazione" da parte degli operatori sanitari. Le ricadute di tutto questo lavoro, intenso lavoro, per la salute del paziente, per la migliore gestione delle risorse, sono tuttavia poco note, almeno in Italia. Sicuramente le ricadute positive possono esserci se il metodo dell'ECM risulta essere adeguato e se la (in-)formazione che viene fornita è coerente con le evidenze scientifiche disponibili (la *Clinical Evidence*) che devono tenere conto anche dei bisogni reali e delle scelte motivate dei pazienti. Uno dei problemi che mettono in discussione la validità di una educazione coerente con questa missione è che in più del 50% dei casi gli eventi a cui noi tutti partecipiamo sono sponsorizzati (a volte organizzati e gestiti) dall'industria farmaceutica. Di questo problema si è discusso in contemporanea sulla rivista *JAMA*¹ e sul *BMJ*² nel mese di settembre. La rivista inglese ha pubblicato a riguardo il parere di un pediatra italiano che si occupa da tempo di formazione, Alfredo Pisacane.

La discussione negli Stati Uniti

Nel mese di giugno di quest'anno, due prestigiose associazioni mediche hanno prodotto dei documenti sul problema dell'ECM e dei rapporti con l'industria. Pur partendo dalla medesima preoccupazione, giungono a conclusioni in parte differenti¹. Il primo rapporto dell'*American Medical Association* (AMA) raccomanda che le istituzioni mediche e i singoli operatori sanitari non accettino più finanziamenti da parte dell'industria. Raccomanda inoltre che le Università e le Istituzioni che svolgono di solito la formazione limitino il più possibile i finan-

ziamenti per le loro attività da parte del marketing. L'AMA non propone quali possano essere le fonti alternative del finanziamento per l'ECM.

L'altro prestigioso organismo, l'Association of American Medical Colleges (AAMC) (rappresentativo delle *medical school* accreditate negli USA e di 94 società scientifiche e accademiche), non rifiuta il supporto dell'industria ma dichiara che questo supporto dovrebbe essere ricevuto e coordinato da un ufficio centrale per l'ECM in ogni singola istituzione. Quello su cui sono concordi sia l'AMA che l'AAMC è che il mondo accademico e gli organismi in generale che fanno la formazione dovrebbero evitare qualsiasi forma di pagamento o regalo da parte dell'industria data ai medici, agli studenti, alle singole facoltà.

La risposta dell'industria non si è fatta attendere e l'Associazione delle industrie farmaceutiche statunitensi in un documento del 10 luglio ha annunciato nuove linee che proibiscono regali dati ai singoli operatori sanitari³. Tuttavia queste raccomandazioni possono avere una adesione "volontaria" e non vi è alcun divieto per il pagamento di relatori o consulenti.

Le proposte sul BMJ

Alfredo Pisacane² riporta i rischi di una ECM che ha dietro le spalle i finanziamenti da parte dell'industria. Dichiara la necessità che l'industria non abbia influenza nella scelta dei relatori, che non decida gli argomenti da trattare nei corsi di formazione, ma è ugualmente preoccupato che una ECM finanziata dall'industria, anche se apparentemente autonoma nei programmi, possa lo stesso influenzare i provider, i relatori e i partecipanti⁴. Le proposte dettagliate che riporta sono molto pragmatiche e interessanti. In sintesi riguardano 7 aree possibili di intervento.

La possibilità di fare la formazione in *piccoli gruppi*, per risparmiare sui costi e per essere più funzionali ed efficaci sui bisogni formativi. Le autorità nazionali e locali dovrebbero definire, insieme agli operatori sanitari e alle società scientifiche, le *aree prioritarie della formazione*, a partire da specifici bisogni. Il Ministero della Salute italiano ha identificato gli obiettivi generali dell'ECM, ma questi risultano essere generici e non funzionali a priorità che possono essere diverse a seconda dei problemi delle singole realtà. I singoli *provider dovrebbero essere valutati* e possono essere dispensati a fornire i crediti solo se rispondono a essenziali obiettivi e se adottano un metodo adeguato di formazione⁵. Il lavoro dovrebbe essere periodicamente valutato rispetto ai risultati ottenuti sui processi di conoscenza dei partecipanti e sulla qualità delle cure raggiunte.

Ogni singola istituzione dovrebbe *destinare una parte del proprio budget per le attività dell'ECM*, in conformità agli obiettivi e ai metodi sovraindicati. L'ex Ministero della Salute aveva raccomandato che le ASL destinassero l'1% del budget totale alle attività dell'ECM. Credo che questa raccomandazione non sia stata mai di fatto verificata nella sua effettiva attuazione, che probabilmente potrebbe ovviare a una parte delle esigenze economiche che derivano dalla pratica dell'ECM. Le autorità sanitarie nazionali dovrebbero creare un ufficio per la *formazione a distanza (e-learning)*. In Italia l'AIFA è stata tra le prime a muoversi in questa direzione creando un sistema, chiamato ECCE (<http://aifa.progettoecce.it>), che alla fine del 2007 ha avuto l'accREDITAMENTO di 26.000 medici e 56.000 infermieri. Mo-

delli simili, a mio avviso, potrebbero essere adottati per un *e-learning* su specifiche aree mediche, come quella della pediatria. In merito al ruolo delle *industrie farmaceutiche*, quello che sarebbe auspicabile è che i *finanziamenti fossero destinati a un fondo centrale comune* (o di singole istituzioni o gruppi di istituzioni) invece che a singoli relatori o a specifici eventi. Questo in linea con quanto riportato dall'AAMC. Come ultima proposta quello che si richiede è che i *medici possano in parte pagare la loro ECM*. Pisacane riporta la sua esperienza a riguardo: 200 pediatri hanno partecipato a diversi eventi formativi pagando, per 12 ore di corso, 50 euro a testa.

Sognando una ECM diversa

È tempo che la formazione vada ridiscussa e ridefinita in merito ai suoi veri obiettivi e alla possibilità che possa essere davvero rispondente ai bisogni della comunità medica, di altri professionisti sanitari, oltre che ai bisogni di salute dei cittadini.

Al di là di prese di posizione così autorevoli da parte di organismi e istituzioni e delle proposte per un nuovo corso (da discutere, ottimizzare), un pensiero in più deve essere fatto per essere sicuri che questo auspicabile cambiamento sia duraturo e soprattutto motivato. Il dato di fatto è che in questi anni l'industria farmaceutica si è, in larghi settori, impossessata della formazione (e che questo ha i suoi vantaggi, economici per potere fare la formazione, di organizzazione, ma anche e soprattutto i suoi limiti), deve farci riflettere sul perché questo è avvenuto, sul perché è diventata (quasi) la regola, con importanti e significative eccezioni. E questo senza guardarsi indietro, senza avere il coraggio di dire: esiste un altro modo per poter garantire l'aggiornamento, la mia formazione, il mio modo di rapportarmi di fronte alle società e istituzioni professionali e scientifiche che dovrebbero rappresentarmi, il modo di vivere il mio ruolo di operatore in una società che spero sia sempre più civile e rispettosa delle regole? È avvenuto forse perché la classe medica (che è molto diversa ad esempio da quella infermieristica che, pur dovendo vivere l'ECM, non gode di privilegi) gestisce un potere che a volte rischia di non essere funzionale a una professione che è, non dimentichiamolo, di servizio. La classe medica, la medicina, come diceva Maccacaro, evidentemente continua a essere potere e il potere ha i suoi interessi: in parte privati, in parte di categoria. E anche il principio che "così fan tutti" o, peggio, la pratica di una moralità tutta esteriore, sotto la cui veste opera l'interesse esclusivo del guadagno o della carriera, dovrebbero essere tema di riflessione.

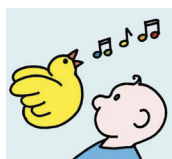
Non si tratta qui di fare moralismi, in un percorso che deve avere i suoi correttivi e dai quali nessuno di noi è esente. Ma è anche vero che senza una nuova etica morale e soprattutto intellettuale, questi correttivi rischiano di rispondere solo a esigenze del momento. Il compito che ci viene dato per questo cambiamento è come prima cosa di responsabilità personale. Ma anche di capacità di gruppo per sensibilizzare chi poi queste cose le decide. Ma noi per primi dobbiamo essere convinti e cercarci, ragionando molto di più sui contenuti della "nuova" ECM (magari basata sulla ricerca, accreditata e di gruppo, sui nuovi bisogni socio-sanitari) che sulla forma (come facciamo senza i finanziamenti). Il dibattito, speriamo civile, è aperto e speriamo anche che non rimanga confinato sulle pagine del *JAMA* o del *BMJ* o di organismi istituzionali oltre confine.

Federico Marchetti

Bibliografia

1. Relman AS. Industry support of medical education. JAMA 2008; 300:1071-3.
2. Pisacane A. Rethinking continuing medical education. BMJ 2008; 337:a973.doi: 10.1136/bmj.a973.
3. Gould M. End of the free lunch? BMJ 2008;337:a1399. doi:10.1136/bmj.a1399.
4. Moynihan R. Doctors' education: the invisible influence of drug company sponsorship. BMJ 2008;336:416-7.
5. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA, Holton E. The adult learner: the definitive classic in adult education and human resources development. 5th ed. Houston, TX: Gulf, 1998.

NATI PER LA MUSICA



Nati per la Musica (NpM) è un progetto per la diffusione della musica da 0 a 6 anni, finalizzato a sensibilizzare i genitori a creare un ambiente familiare musicalmente stimolante e accostare precocemente i bambini alla musica attraverso l'ascolto di brani musicali o il canto dei familiari.

Il sostegno alla genitorialità è una delle quattro priorità dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP) per i prossimi anni; vedi anche quanto scritto da Michele Gangemi sul numero di settembre 2007 (*Medico e Bambino* 2007;26:425-8) e proprio in quest'ottica NpM viene proposto.

NpM, promosso dall'ACP in collaborazione con la Società Italiana per l'Educazione Musicale (SIEM - www.siem-online.it) e il Centro per la Salute del Bambino, ha mosso i suoi primi passi nel 2004 per iniziativa di alcuni pediatri della nostra associazione che si sono trovati a riflettere sui rapporti fra esperienza musicale e sviluppo del bambino e sulle molte analogie che tale nuovo progetto avrebbe potuto avere con Nati per Leggere (NpL). Nel 2007 NpM ha ottenuto il patrocinio del Ministero per i Beni e le Attività Culturali.

NpM si propone quindi di sostenere - con il coinvolgimento dei pediatri e quindi dei genitori, degli educatori e operatori musicali, ma anche di ostetriche, personale che opera in consultori, asili e scuole - attività che mirino ad accostare precocemente il bambino al mondo dei suoni e alla musica. Il titolo riprende quello di NpL, ma vi è anche un richiamo sostanziale al fatto che "il bambino sembra venire al mondo con un cervello già ben preparato a elaborare il proprio mondo musicale" (Zatorre R. Music the food of neurosciences. *Nature* 2005; 434:312-5 e *Quaderni acp* 2007;14:22-5) e che la capacità di percepire la musica è innata.

Il desiderio da cui parte NpM si può sintetizzare riprendendo una frase del musicista ungherese Kodaly (1882-1967): "La musica non privilegio di pochi ma patrimonio di tutti". Non può infatti sfuggire come la musica e il canto e quindi la voce, strumento musicale "gratuito" a disposizione di tutti, possano essere particolarmente fruibili anche da parte delle famiglie più svantaggiate. Per raggiungere questo scopo è centrale, e caratterizzante tutto il progetto, il ruolo del pediatra che sensibilizza le famiglie di tutti i bambini sull'importanza della musica quale componente irrinunciabile per la crescita della persona intesa nella sua globalità. I pediatri pertanto informano i genitori già alla prima visita in ambulatorio, ma la futura mamma può essere coinvolta fin dal 6°-7° mese di gravidanza tramite gli operatori dei consultori o gli stessi pediatri durante le visite dei fratelli maggiori.

Le motivazioni al progetto NpM sono riassumibili in tre punti:

1. Il condividere in famiglia l'esperienza musicale rafforza il legame affettivo.
 2. La musica influisce sullo sviluppo cognitivo del bambino.
 3. Si instaura in epoche precoci un terreno favorevole nel quale si possono sviluppare le esperienze musicali successive.
- Infatti fare musica in famiglia "giocando" con la voce e con i suoni rafforza il legame affettivo tra adulto e bambino e concorre a modulare la comunicazione su più canali, sensoriali e linguistici.

La musica inoltre rappresenta uno stimolo per lo sviluppo delle funzioni cognitive: si vedano ad esempio, fra gli articoli pubblicati nella sezione "Musical-mente" su *Quaderni acp* (www.quaderniacp.it), il già citato articolo di R. Zatorre, ma anche "Incontro fra Neuroscienze e Musica" (Lopez L. *Quaderni acp* 2007;14:190-2); va poi segnalato tutto il materiale di ricerca prodotto o reperito dalla Fondazione Mariani (www.fondazione-mariani.org), molto attiva nel campo delle neuroscienze della musica, le cui più significative *Neuromusic News* vengono tradotte e riportate periodicamente sul sito di NpM.

Attraverso la musica il bambino può inoltre sviluppare la capacità di ascolto e di osservazione dell'ambiente sonoro, maturare le proprie potenzialità espressive, comunicative, immaginative e creative, accrescere le capacità di concentrazione e memoria, rafforzare l'autostima e abituarsi al controllo della propria emotività e al rispetto delle regole e degli altri. Un ambiente musicalmente stimolante è anche terreno favorevole perché il bambino possa, crescendo, accostarsi ad attività musicali più strutturate. L'esperienza musicale permette infine di sviluppare nella persona, fin dalla più tenera età, un'attitudine culturale ad apprezzare ciò che è bello e maturare un senso estetico consapevole.

Un coordinamento nazionale, a cui partecipano le componenti ACP, CSB e SIEM, ha la funzione di selezionare e accreditare le iniziative da proporre nei diversi contesti locali e di deliberare sulle modalità di attuazione e diffusione del progetto.

Iniziative legate a NpM sono state avviate a Cesena, Verona, Trieste, Torino, Livorno, Viareggio, Forlì, Novi Ligure, Rimini, Palermo, Terni, Busto Arsizio, Vercelli, Varese, Comacchio, Cislago, Campodarsego e Pisa.

In particolare va segnalato il Convegno "La mente musicale del bambino" tenutosi a Verona nel febbraio scorso (si veda *Medico e Bambino* 2008;27:116) sia per l'importanza dei relatori presenti che per il successo di pubblico. In questo numero di *Medico e Bambino* viene pubblicata, a pag. 534, la relazione preparata dal prof. Panizon per tale occasione.

Per finire, non rimane che invitare i colleghi a visitare il sito di NpM per ulteriori approfondimenti e per scaricare il depliant informativo, a promuovere il nuovo progetto dell'ACP nei propri ambulatori, a partecipare alla sua diffusione proponendo incontri di aggiornamento nelle proprie città.

Sito internet: www.natiperlamusica.it
 Blog ACP: <http://npm.acp.it/>
 E-mail: natiperlamusica@csbonlus.org

Stefano Gorini
Referente ACP per "Nati per la Musica"