

IL CONFLITTO DI INTERESSE

Il Conflitto di Interesse (CdI) è diventato un argomento talmente gettonato nella letteratura (scientifica, professionale, di cronaca; scritta e orale; internazionale e italiana; etica e giuridica) da dispensare dall'obbligo di riferimenti bibliografici.

Ci si possono solo permettere poche osservazioni, che hanno come obiettivo principale quello di introdurre un desiderio che vorrebbe tradursi in una proposta.

1. Come la bioetica, il CdI è entrato a far parte del linguaggio, dell'immaginario, divenendo tanto rapidamente epidemico da appassionare un po' tutti i professionisti dei trend socio-culturali della ricerca e dell'assistenza medica, oltre che i moralisti-moralizzatori di costumi. Rimane aperta la domanda sul se e quanto la crescita di attenzione abbia prodotto un migliore controllo del CdI. Un dato certo, facilmente constatabile, sono le elencazioni di CdI dichiarati (con una "trasparenza" che confina a volte con il folklorico), in coda a molti degli articoli che sono più facilmente candidati, per i risultati che producono, a divenire le fonti riconosciute di EBM.

2. L'esigenza "etica" che sta alla base di questa epidemia di interesse per il CdI è senz'altro positiva, collegata come è anche all'interesse per le disuguaglianze (specialmente nei Sud del mondo), che rimandano puntualmente ai veri CdI, strutturali, politico-economici, apparentemente non riconducibili a interventi di evitabilità misurabile.

Il CdI corrisponde di fatto a una diagnosi. Si constata, e si documenta, che la medicina è diventata una componente molto importante dell'economia macro e micro: e questa ha nel CdI una sua caratteristica strutturale, le cui implicazioni emergono solo in coincidenza di scandali macroscopici. Vedi, per il settore farmaci, i casi recenti relativi a COXIB e SSRI.

3. La medicina vive da sempre sulla base di una [auto]-rappresentazione positiva, vincolata all'obiettivo prioritario di migliorare le condizioni di vita/salute di individui/popolarioni. La diagnosi di CdI sorprende (?) perché suggerisce, con un senso di colpa, e di inaccettabilità, che quella finalizzazione originaria e irrinunciabile (in termini di credibilità e di rispetto professionale) non sia più data per acquisita. La diagnosi di CdI apre perciò la domanda sulla sua evitabilità, che a sua volta però rimanda a un interrogativo di fondo: fino a che punto la medicina può ancora essere riconducibile a una vocazione disinteressata?

È pensabile che la medicina trovi al proprio interno un'autonomia concettuale che permetta di muoversi in modo tale da ri-diventare protagonista attiva di comportamenti che ricreino spazi di indipendenza rispetto ai CdI?

La tendenza crescente - e sostanzialmente accettata - verso una logica aziendale e competitiva, che ha come criterio di riferimento la compatibilità e la competitività economica, non è un indicatore rassicurante.

4. Il "desiderio", ricordato sopra e a cui miravano i punti precedenti, non pretende di cambiare il mondo. Formula un'ipotesi "minore", che ha però la pretesa di entrare nel merito del CdI:

- il CdI in medicina è, per definizione, il prodotto di una di-

pendenza dall'"esterno" nella definizione degli obiettivi e nella gestione degli strumenti che producono conoscenze e determinano i comportamenti;

- questa dipendenza non è dovuta solo alla occupazione degli spazi di produzione della conoscenza da parte di chi controlla e sviluppa il mercato delle tecnologie della sanità;
- produrre conoscenza (=fare ricerca, innovativa e/o di trasferibilità di ciò che già noto nei suoi aspetti generali ma non applicativi) è uno dei modi obbligati di assumersi responsabilità assistenziali;
- ogni volta che l'iniziativa di ricercare-applicare risposte non viene assunta in prima persona, con la tempestività e la serietà metodologica che sono richieste da una diagnosi di ignoranza-incertezza sull'uno o sull'altro problema, si mettono a disposizione spazi-tempi-opportunità per il riprodursi di CdI.

5. Il tempo della presa di coscienza del peso crescente e strutturale del CdI coincide con una macroscopica assenza di ricerca "sponsorizzata dall'interno", da chi è responsabile dell'assistenza. La diagnosi di CdI implica la condivisione dell'ipotesi che sia tempo di pensare in altri termini al rapporto tra assistenza e ricerca.

Un modo per prendere sul serio tutto il fiorire di termini che propongono-pretendono di essere antidoti-rimedi al CdI (appropriatezza, ECM, raccomandazioni, linee guida, codici di comportamenti...) è quello di tradurre "normalmente" le aree e le domande di incertezza/ignoranza conoscitiva e applicativa in ricerche di campo sponsorizzate dall'interesse per i problemi, le popolazioni, i diritti di cui si è responsabili.

6. La pediatria è specificamente orfana di questa cultura: anche se in alcuni settori specialistici come l'emato-oncologia è un modello della praticabilità dell'ipotesi di autonomia.

L'attuale quadro legislativo sulla ricerca è ora in Italia particolarmente favorevole alla realizzazione di strategie produttrici di conoscenza autonoma (vedi anche decreto sulla ricerca indipendente e i bandi AIFA). Un'evoluzione in questa direzione delle politiche culturali e istituzionali delle Società/Associazioni scientifiche dovrebbe essere la conseguenza ovvia dell'avere proposto anche per la pediatria la "diagnosi CdI".

Gianni Tognoni
Direttore del Consorzio Mario Negri Sud
S. Maria Imbaro, Chieti

ALICE NEL PAESE DELLE MERAVIGLIE

Ogni tanto, mi sembra di vivere in un mondo finto. Mi sveglio e mi trovo in una bolla di irrealtà, in un Paese, governato da leggi che non capisco. Quando, nel suo discorso di investitura, Prodi ha detto che bisogna far vincere l'Italia, qualcuno dai banchi (la Camera è diventata il luogo dello scherzo e del diletto impunito) gli ha suggerito di provare a chiamare Moggi. Mi è sembrata una battuta proterva, ma illuminante. Lo sport nazionale "scoperto con le mani nel sacco": ma tutti sapevano di questo sacco, tutti sapevano delle combine, e sono anche convinto che molti tifosi avrebbero

Editoriali

pagato di tasca loro per avere un arbitro che facesse vincere la loro squadra. Così come tutti sapevano di Tangentopoli, eppure tutti ne piangono, a babbo morto, i Compianti Attori, e anche i loro Epigoni, finiti per errore, magari per pochi giorni, in carcere, martiri caduti in servizio. E tutti sapevano e sanno dove finiscono i soldi degli appalti pubblici, e perché e come la sanità è diventata mercato dei partiti, e di come si svolgono le chiamate e i concorsi universitari.

Il calcio-mercato, *nomen omen*.

Sono finti gli scontri sul campo, finti i pianti e i giubili, finti i fremiti e le emozioni. Finti ma redditizi, finti ma comprabili e vendibili. Allo stesso modo sono finti gli sdegni e le contumelie reciproche dei politici. E forse anche l'Italia, con un buon Moggi, o un buon Ricucci, o un buon presentatore, o un buon attore, o un buon cantautore, o un bravo baro, o un abile evasore, potrà vincere la sua finta partita, e i finti politici potranno portare il Paese a qualche finto traguardo (e magari anche portare un gruzzoletto vero a casa propria).

Non è che il mondo sia senza problemi. Ma sembra proprio che i politici non se ne accorgano. O sono io che non mi accorgo che i politici se ne accorgono: sono queste le concatenazioni e le confusioni di cause ed effetti che succedono continuamente nel Paese delle Meraviglie.

Chissà perché parlo di queste cose. È che, a volte, le cose si incontrano: le bolle di sapone si incontrano, e scoppiano. E su questo numero di *Medico e Bambino* mi sembra che qualche spiritello abbia messo le mani per farci sentire che questo fantasma dell'irrealtà, se l'accostamento è possibile, va ben oltre i mondi della finanza, della politica, del calcio-mercato, e riempie anche la nostra vita, il nostro concretissimo mestiere di medici. Anche questo si sapeva: non sono novità né il conflitto di interesse, né la medicalizzazione (interessata) della vita (altrui), che sarebbe poi il "disease mongering"; e che nasconde anche il vero conflitto di interesse

di noi stessi, di noi della "classe medica". Solo che se ne parla sempre come se esistessero sì, ma in un altro mondo; mentre siamo noi che viviamo in quell'altro mondo.

Ho già una volta chiamato questo "effetto", per cui ogni numero assume una propria personalità autonoma, con un nome tedesco, il *Nummer Geist*, ovvero lo Spirito del Numero. Uno spirito, metà sapiente e metà burlone, che sceglie e accosta i titoli, in accordo col *Zeit Geist*, lo Spirito del Tempo, lavorando alle spalle e all'insaputa del Direttore.

In qualche modo, mi sembra che questo numero sia nato sotto il segno della irrealtà, ispirato dalla inconcretezza del tempo che corre. Oltre, e a rinforzo del conflitto di interesse e del "disease mongering", anche i titoli minori sembrano rispondere in controcanto. *Lettere*: il bambino che russa, un problema a cui non abbiamo pensato abbastanza oppure un problema a cui si vuole che pensiamo più del giusto? *Lo shock settico*: progressi di conoscenze e di strumenti terapeutici di grande interesse anche concettuale, per un quadro morboso in estinzione. *Il bambino di due anni che rifiuta il cibo e vomita*: una malattia dovuta a eccesso di cure. *Il pediatra e la semeiotica dimenticata*: il titolo è già un programma. *La dermatite artefatta* (fittizia anche lei!).

Eppure, se dobbiamo confrontarci col nostro tempo, interpretare il nostro tempo, interpretare noi stessi nel nostro tempo, né lo scrivere né il leggere di queste cose possono essere considerati tempo sprecato. Questa, di sforzarsi di interpretare il nostro ruolo nel nostro tempo, è un'impresa difficile, ma doverosa. La componente illusionistica della medicina, che dobbiamo conoscere per padroneggiarla, per non mentirci, rimane ancora a un livello minore di quello della componente illusionistica della nostra società; ma c'è, ben grande, ben radicata, e dobbiamo saperla riconoscere, per saper vivere le nostre contraddizioni.

Franco Panizon

IL DOLORE NEL BAMBINO: DALLA TEORIA ALLA PRATICA

Il Edizione - Trieste 8-9 settembre 2006

Venerdì 8 settembre

LA DIAGNOSI: OVVERO IL DOLORE COME STRUMENTO DIAGNOSTICO E LA DIAGNOSI DEL DOLORE IN SÉ

modera Alessandro Ventura

- 9.00 Il dolore che fa fare la diagnosi: i trucchi del mestiere dall'esperienza di un grande vecchio - F. Panizon
- 9.30 Il dolore che porta alla diagnosi di tumore - M. Rabusin
- 10.00 Il dolore nella pediatria ambulatoriale - R. Cavallo

modera Federico Marchetti

- 11.00 Il dolore che nasce dalla psiche: patologia somatomorfa e da inganno - R. Aliverti, A. Ventura
- 12.00 La cefalea tra la psiche ed evidenze farmacologiche di trattamento - A. Scabar

LA GESTIONE DEL DOLORE NELLA PRATICA

modera Egidio Barbi

- 14.30 Dove siamo nella realtà: il trattamento del dolore nel bambino negli ospedali italiani (resoconto di uno studio di sorveglianza nazionale) - L. de Seta

15.00 Il dolore cronico nel bambino non guaribile - F. Benini

15.30 Perché si sbaglia: la gestione del dolore attraverso i casi clinici dal vivo - I. Robieux, A. Comici, G. Nassimbeni

modera Franca Benini

17.00 Come l'infermiere valuta e gestisce il dolore in corsia - L. Mingone, D. Turco, P. Lazzarin

Sabato 9 settembre

LA TERAPIA: IL QUANDO E IL PERCHÉ DEI FARMACI DEL DOLORE

modera Marco Rabusin

- 9.00 I farmaci nel trattamento del dolore: dall'off label alla razionalità della prescrizione - F. Marchetti
- 9.30 Trattare il dolore addominale con farmaci? Un vecchio mito da sfatare - D. Radzik, G. Pelizzo
- 10.45 Decisioni alla fine della vita: terapia palliativa, astensione terapeutica, eutanasia e bambini - E. Barbi
- 11.15 I farmaci dell'anestesia in corsia e in pronto soccorso: un protocollo condiviso? - E. Barbi, F. Benini, E. Guglia, A. Sarti

SEGRETERIA SCIENTIFICA

dott. Egidio Barbi - ebarbi@libero.it
dott. Federico Marchetti - marchetti@burlo.trieste.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EKIPEVENTI sc - P.O. Box 830 - TRIESTE
Tel/Fax 040 4260183 - m. ph. 347 1252693; <http://www.ekipeventi.it>
e-mail: dolore2006@ekipeventi.it - carla@ekipeventi.it