

# È possibile un'informazione medica non condizionata?

Luca De Fiore  
Direzione Generale, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

Sintesi della relazione tenuta al congresso ACP 2005 a Napoli

## Abstract

### *Is an unconditioned medical information possible?*

*The medical publishing environment has been recently shocked by several chilling stories. Too often, physicians routinely rely on poor quality information, home-made by pharmaceutical companies; industries have also an enormous influence over continuing medical education (CME) programs, sponsoring and orienting workshops, journals, and distance learning. Medical knowledge is biased at an early stage, since most clinical trials are substantially controlled by Big Pharma. Doctors cooperate in producing biased clinical guidelines, reviews and conference reports, accepting any kind of gifts from the industries. The individual physician is the ideal target for this kind of marketing strategies: as doctors have been busier and busier, they are more and more exposed to the allure of gifts and grants offered during the salesmen visits. On the other hand, medical societies and professional organizations have heavy financial entanglements with the industry: companies sponsor symposia and CME courses; frequently, satellite meetings are better attended and cited than scientific sessions. How did it happen? As the influence of money has grown medicine ceased to be among the most respected professions. Doctors seem to be less confident in medical knowledge, not opposing to industry promotion and to patients' rising medical consumerism. What can be done now? Disclosure of financial ties with industries could be a first step but it hardly would be enough. Postgraduate medical education should be based on teaching of the methods of critical appraisal of all the best evidence. Only governmental institutions and agencies should plan, finance and manage projects granting CME credits. Scientific associations must be self-supporting. The promotional strategies of pharmaceutical companies should be guided by clear, comprehensive, rigorous policies and standards, and carefully monitored by regulatory agencies.*

Quaderni acp 2006; 13(1): 1-5

**Key words** Medical publishing. Continuing medical education. Conflict of interests. Medical knowledge. Biased information. Postgraduate medical education

L'Autore propone una riflessione sulla responsabilità del medico nei confronti della industria farmaceutica la cui spesa pubblicitaria è estremamente elevata e in un'alta percentuale riguarda investimenti promozionali nei confronti dei medici. Le conoscenze che vengono messe a disposizione dei medici sono dunque condizionate assai precocemente alla loro fonte cioè da chi le somministra. La fonte industriale è, allo stesso tempo, alla base della vita economica delle società scientifiche. L'Autore pensa che si possa uscire da questo labirinto incentivando l'attività di ricerca clinica, facendo diventare i medici protagonisti autonomi di progetti di studio e forzando le imprese ad agire in modo socialmente responsabile.

**Parole chiave** Pubblicazioni mediche. Educazione medica continua. Conflitti di interesse. Conoscenze mediche. Informazioni falsificate. Educazione medica post-laurea

Esiste un genere di domande al quale si è portati a rispondere con il gesto di allargare le braccia, quale segno d'impotenza e rassegnazione, quasi a voler dire: "Non saprei" oppure "Non posso farci nulla". Acutamente, un noto geografo osservava

che nel gesto le mani sono quasi sempre arcuate e i gomiti flessi; è il mondo che vogliamo indicare aprendo le braccia, la complessità invincibile di un territorio vasto e labirintico (1). Credo dunque che per rispondere a una domanda del genere



sia necessario in primo luogo provare a delineare una fenomenologia del condizionamento; solo conoscendo il labirinto e comprendendo perché molti in esso si sono smarriti, potremmo forse aiutare questi ultimi a uscirne.

## Fino a che punto siamo arrivati

### *I medici producono contenuti su commissione industriale*

I medici costano molto alle aziende farmaceutiche: per l'acquisto di materiale promozionale venivano investiti quasi 2 mila miliardi nel 1998 (2). Negli Stati Uniti la spesa pubblicitaria complessiva è di oltre 21 miliardi di dollari all'anno: oltre 30 mila dollari all'anno spesi per ciascun medico americano, vale a dire l'equivalente di una copertura assicurativa per due milioni di cittadini statunitensi privi di assistenza sanitaria gratuita... (3).

Oltre a mostrarsi riconoscente con doni di vario genere e utilità, l'industria compensa i medici, direttamente o, più spesso, indirettamente. Gran parte delle volte, i compensi sono finalizzati a incrementare le prescrizioni o a favorire la delibera per l'acquisto di apparecchiature, anche se i medici sembrano convinti che le proprie scelte individuali non possano essere influenzate (4-5); con sempre maggiore frequenza, però, i compensi sono elargiti direttamente in denaro a fronte della produzione di informazioni volte a condizionare le scelte di altri operatori sanitari.

Uno dei momenti attraverso i quali le aziende hanno maggiore facilità per entrare in contatto con il medico è durante lo svolgimento di mini-meeting che prevedono la conferenza di un "esperto" a cui fa seguito una cena. Un evento di questo genere può anche garantire ai partecipanti l'acquisizione di crediti educativi. Per fare conoscere un nuovo prodotto nella fase di lancio sul mercato, un'azienda arriva a prevedere lo svolgimento contemporaneo, o in sequenza, di decine

Per corrispondenza:  
Luca De Fiore  
e-mail: luca.defiore@pensiero.it

editoriale



di incontri di questo tipo, in diverse città italiane. In questi casi, l'investimento si aggira tra i 2 e i 3 milioni di euro per una serie di meeting uguali.

Queste occasioni sono utili alle aziende per riconoscere compensi ai relatori ai quali è spesso richiesto un impegno minimo, dal momento che il testo del loro intervento e le diapositive che lo accompagnano sono solitamente preparati dall'agenzia di pubblicità incaricata del lancio del prodotto o dalla stessa azienda. In certi casi anche queste occasioni possono produrre contenuti destinati a durare oltre il momento della comunicazione orale, organizzati più o meno sistematicamente sotto forma di supplementi a riviste o monografie.

Alcune industrie riconoscono un compenso ai medici che partecipano a sperimentazioni cliniche che spesso è proporzionale al numero di pazienti arruolati. L'entità del compenso è variabile: negli Stati Uniti si aggira tra i 2 e i 4 mila dollari, a cui si aggiungono degli extra qualora lo studio debba essere svolto durante la stagione estiva. A un maggior disagio, dunque, corrisponde una maggiore generosità.

Le conoscenze sono pertanto condizionate precocemente, alla fonte stessa: in fase di raccolta dei dati finalizzati alla registrazione dei prodotti e al momento della loro presentazione ai medici, quando quest'ultima avvenga. I problemi dell'insabbiamento dei dati non favorevoli che scaturiscono dalle sperimentazioni cliniche sono noti (6). Non si può parlare nemmeno di letteratura grigia, ma di pagine nere della scienza contemporanea. Riviste autorevoli accettano oggi solo lavori, il cui disegno sia stato presentato e discusso preliminarmente tra gli Autori e il board scientifico del periodico stesso (7).

Un altro fenomeno strano è emerso nelle passate stagioni: gli anni della *evidence-based medicine* hanno stranamente coinciso con la riscoperta del caso clinico. Ma come, penserà qualcuno, nella ormai proverbiale "piramide delle evidenze" il caso clinico non occupava un gradino alla base, dal valore tutto sommato trascurabile? Nonostante le reali potenzialità di un case report intelligentemente redatto perché ben osservato e interpreta-

**TABELLA 1: PREZZI DI VENDITA DEI SIMPOSI SATELLITE A SECONDA DELLA LORO DURATA ESPRESSI IN EURO**

Durata del simposio satellite	15 minuti	30 minuti	60 minuti	90 minuti
Società Italiana di Medicina Interna	Non previsti	27.000,00	40.000,00	54.000,00
Società Italiana di Pediatria	Non previsti	25.000,00	35.000,00	60.000,00
Società Italiana di Cardiologia	28.000,00	40-45.000,00	61.000,00	75.000,00

to (8), il fenomeno ha finalità strumentali. Per esempio, elargire compensi ai medici che accettino di partecipare a una raccolta di case report, selezionando e descrivendo la storia di loro pazienti, laddove si tratti di malati reali e non esistenti solo nell'immaginario del clinico. Può anche accadere che alcuni di questi resoconti prospettino l'impiego di un determinato prodotto per indicazioni non ufficialmente autorizzate, *off-label*. Le pubblicazioni che derivano da questi progetti possono essere utilizzate per suggerire un uso dei medicinali diverso da quello previsto dalle autorità regolatorie.

#### **Le agenzie di pubbliche relazioni: opacità invece di trasparenza**

Le agenzie di comunicazione gestiscono i budget dei clienti farmaceutici ed elettromedicali che possono così non figurare in prima persona nell'organizzazione di incontri, conferenze stampa e congressi, occasioni che favoriscono la pubblicazione di articoli redazionali sulla stampa laica e professionale. Inoltre, le agenzie assolvono spesso al ruolo di intermediazione economica tra le industrie e gli operatori sanitari, consentendo di aggirare qualsiasi norma circa i limiti dei rapporti economici.

#### **Le società scientifiche dipendono dalle industrie**

Molte società scientifiche producono "conoscenze" solo dopo essersi procurate sponsorizzazioni a copertura dei costi sostenuti e dei rimborsi ai medici coinvolti in questi progetti informativi. Se è forse vero quanto scrive Kassirer a pro-

posito della vulnerabilità delle società cardiologiche dal punto di vista dei conflitti di interesse, purtroppo le pressioni industriali non risparmiano alcuna disciplina (3).

Lo svolgimento dei congressi nazionali è reso possibile dai finanziamenti delle aziende che, oltre ad acquistare lo spazio per l'allestimento di stand, offrono servizi sempre più stravaganti. Se parliamo però d'informazione condizionata, l'aspetto più rilevante è la vendita delle sessioni scientifiche del congresso e l'inclusione nel programma dei cosiddetti simposi satellite, la cui articolazione è decisa dagli sponsor che definiscono il panel dei relatori e, molto spesso, collaborano alla stesura degli interventi e delle slide. L'attenzione dei partecipanti ai congressi è venduta cara dagli organizzatori alle industrie. Quasi tutti i congressi nazionali delle società scientifiche previsti nell'autunno 2005 prevedono simposi satellite. È interessante vedere come variano i prezzi a seconda delle discipline (*tabella 1*).

Le società scientifiche sono spesso impegnate anche nella stesura di linee guida. Di solito, la metodologia utilizzata è quella del BOGSAT: *a bunch of guys sat around a table* (9). In altre parole, la competenza conta di meno dell'amicizia con il presidente. La questione più impegnativa, in questi casi, è la scelta del resort dove incontrarsi; per alcuni il castello nel Chianti sarà troppo umido, per altri la *maison de charme* in Provenza risulterà decisamente fuori mano. La procedura seguita nella definizione del panel dei partecipanti è comunque rigorosa: una volta sicuri di aver ricam-



biato cortesie e attenzioni a suo tempo ricevute da colleghi, l'elenco dei partecipanti è bene sia approvato dall'azienda sponsor.

Uno dei possibili esiti della commercializzazione dell'associazionismo medico è la sua esplosione per bulimia consociativa. Esistono agenzie di pubbliche relazioni specializzate nel dar vita a società mediche sempre nuove, solitamente emanazione di un'associazione-ombrello preesistente. È così che da una società "genericamente" di ginecologia nasceranno quelle per lo studio della contraccezione, della menopausa, della fertilità, e così via.

Spesso, è il presidente uscente della società-ombrello a dare vita a una realtà associativa più piccola; conserva un ruolo da *key opinion leader* (KOL) in piena regola e porta in dote alla neonata associazione i finanziamenti riconducibili alla sua carismatica personalità. Nuova Società significa nuove linee-guida, nuovi congressi, nuovi periodici, nuovi siti web e così via.

### Una ragione ci sarà

Perché così spesso gli operatori sanitari cedono alla tentazione di "ballare con i porcospini"? (10). Negli ultimi tempi, le ragioni di questi legami sono state studiate e discusse, anche se questo dibattito non ha avuto esiti concreti. Ciò che sembra emergere, come sottolineato anche da Bobbio, è che in generale il medico si autoassolve per propri eventuali comportamenti poco corretti, considerandoli ininfluenti ai fini dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria da lui prestata (6).

### Voglio guadagnare di più

Gran parte dei medici non ha un reddito particolarmente elevato. Molti tra quanti hanno scelto questo mestiere si sarebbero aspettati di vedersi riconosciuto un maggior guadagno, ma soprattutto un diverso prestigio sociale, proprio a causa della professione esercitata. Tra gli operatori più giovani l'insoddisfazione non è di certo inferiore ai colleghi più anziani: difficoltà a trovare un lavoro retribuito anche dopo anni di studio e di ricerca, ostacoli nel progredire di carriera. Alcuni vedono in questo il motivo della diffusa,

pronta disponibilità del medico ad accettare le lusinghe dell'industria; cedere a queste tentazioni è uno dei punti di partenza dai quali si innesca il meccanismo che porta a un sempre più diffuso condizionamento dell'informazione. Da medici più vulnerabili nascono *ghost writer* più accomodanti o, in alcuni casi, medici più disponibili a regalare la propria firma a testi scritti da altri.

Dunque, una diversa gratificazione economica potrebbe forse proteggere il medico, inducendolo a declinare le offerte di favori e denaro. Se così fosse, però, sarebbero i medici più coscienti, quelli che si rifiutano di visitare "più di 25 malati al giorno", a essere più esposti alle seduzioni commerciali (3). Ciò che si osserva invece negli Stati Uniti è che la riluttanza a fare proprio l'attuale, prevalente modo di vivere da medico è maggiore in quei giovani che, una volta formati nei campus delle Ivy Medical School, si sforzano di interpretare la professione in maniera eticamente corretta. La necessità economica sembra dunque essere un fattore meno importante rispetto all'aspirare ad avere garantiti quei benefit di contorno capaci di restituire alla professione prestigio e rispettabilità sociale; di cosa parliamo? Viaggi, visibilità su pubblicazioni e ai congressi, dono di attrezzature cliniche, copertura di spese segretariali e così via.

### Non voglio fare la figura del fesso

Come si è detto, al medico è chiesto assai di frequente di produrre contenuti, non solo di articoli o monografie. Assai più spesso si tratta di rapporti o documentazione di lavori eseguiti. Nel ricevere l'invito da parte di un'azienda a intervenire a un congresso o a preparare un case report, c'è chi deciderà di accettare, *ob torto collo*, solo per non fare la figura del fesso chiamandosi fuori dalla giostra sulla quale tutti sono saliti o ambiscono a montare. Restare fuori dal giro, sottolineando la diversità dei propri comportamenti, può costare caro anche per il progresso della carriera professionale. In maniera simile, ci si può trovare a dover derogare dai propri principi morali anche nella stesura di una relazione per una pubblica istituzione, per esempio per la direzione di un'azienda sanitaria. Anche

al di fuori dell'ambito privato ci si imbatte in documenti orientati a ottenere il consenso dei cittadini elettori piuttosto che sulle evidenze della letteratura scientifica.

### Accetto i regali nel nome dei pazienti

Se è l'industria a pagare lo stipendio alla segretaria del Professore, a beneficiarne è l'utenza, non l'illustre luminaire; se è l'azienda a sostenere il costo della borsa di studio dell'allievo più promettente, è lo sviluppo della ricerca clinica a trarne vantaggio; se le spese di viaggio in business class, alloggio e iscrizione al congresso di Chicago del fidato assistente del dirigente medico sono a carico dell'azienda che gestisce il servizio di lavanderia dell'azienda ospedaliera, sarà il progresso delle conoscenze a giovare. Un noto esperto in disturbi del metabolismo, Peter Libby, direttore della divisione di medicina cardiovascolare del Brigham and Women's Hospital di Boston, è direttore della newsletter *Lipid Letter* e del website *Lipids Online*, nonché del periodico *Lipid Management*. Perché un nome così autorevole decide di spendersi per pubblicazioni di questo genere, rese possibili solo dalle sponsorizzazioni delle aziende farmaceutiche? Perché solo in questo modo è possibile far giungere alla faticosa "classe medica" l'indifferibile messaggio educativo riguardante la necessità di controllare i livelli di colesterolemia, ha spiegato Libby (3); non negando i finanziamenti ricevuti e mantenendosi equidistanti dagli sponsor (in altre parole, figurando nel libro paga di tutti), è possibile mantenere indipendenza, oggettività e integrità della propria reputazione di *opinion leader* nella disciplina. Il ragionamento non fa una grinza; o no?

### Dai motivi individuali alle ragioni di sistema

Le responsabilità del condizionamento dell'informazione ricadono però solo in parte sui singoli operatori sanitari. Interessi diversi ma convergenti hanno contribuito a determinare un habitat informativo in cui informazioni prevalentemente manipolate si impongono sulle conoscenze e queste ultime sono comunque disturbate da un rumore di



fondo che ne rende difficile la comprensione.

### **Le informazioni artefatte sono più rapide da confezionare e semplici da usare**

Se si suggerisce di ridurre i livelli di pressione arteriosa dei pazienti “il più possibile” perché più bassi sono e meglio è, si finisce un messaggio estremamente facile da capire. Lo stesso se si consiglia di prescrivere probiotici a un bimbo in terapia antibiotica o a una signora con infezioni ricorrenti perché “tanto male non fanno” ed è importante “aiutare l’organismo”. Allo stesso modo, il target dei livelli di colesterolo sarà fissato sempre al ribasso, senza la noia di tener conto dei vari fattori di rischio la cui valutazione combinata fa perdere un sacco di tempo.

Ecco: il tempo, anzi la sua mancanza sembra essere il nemico principale di chi produce informazioni e di esse dovrebbe fruire. Se redigere una linea guida a partire dalle evidenze disponibili – da tutte, beninteso – è un lusso da perdigiorno, anche preparare un articolo di scienza per un quotidiano o per un sito web è un lusso per giovani ricchi di famiglia. Documentarsi in modo esauriente su un argomento, sapendo di essere remunerati con un compenso di 50-70 euro è un’impresa per anime belle. Sicuramente, al di là del condizionamento esistente, la fretta, l’approssimazione e la scarsa gratificazione economica sono tra le ragioni di un’informazione non accurata da parte della stampa laica.

Ma il nemico del medico che si documenta è soprattutto il tempo. Ormai perduta l’antica abitudine di sfogliare “la” propria rivista preferita (alla quale si poteva addirittura essere abbonati), se si ha a portata di mano un computer connesso alla rete, si cerca su internet la risposta ai propri dubbi. Per lo più, si usano due strumenti: PubMed e Google. Si usano male, prescindendo per esempio dall’utilizzo di filtri o, per il motore di ricerca, da quelle accortezze che permetterebbero di mirare meglio la ricerca e di ottenere risultati più velocemente (11). Sembrerebbe che dopo 118 secondi il medico si stanchi di cercare; se ha trovato, bene; altrimenti pazienza (12). Senza contare che il problema maggiore è quel-

lo di decidere quando ritenersi soddisfatti di quello che si è trovato.

Le verità parziali o camuffate della comunicazione biomedica sono fatte su misura per il medico di oggi, la cui principale fonte di informazione professionale resta comunque il giornale quotidiano (13). Entrambi presi per il naso – medico e paziente – diventano protagonisti più o meno convinti di quella che è stata definita la *conciierge medicine*, che prevede che le attenzioni di entrambi si concentrino sui disturbi più improbabili e cervelottici. Il tutto all’insegna del “dolce” e del “naturale”, comunque orientati dalle informazioni veicolate dai mass media. Gestita alla stregua di una portineria, all’insegna del “Prego, si accomodi”, l’attività del medico sembra premiare l’utente ma, in realtà, pone al centro dell’attenzione non i bisogni di salute del malato, bensì la domanda di consumi sanitari di quest’ultimo, diversificata e crescente.

### **L’industria editoriale oggi è molto vulnerabile**

Le pressioni volte a condizionare i contenuti medico-scientifici sono pesanti e diverse. Difficile, per le case editrici, resistere alla tentazione. Tradizionalmente, l’editoria non è un mestiere ricco, a metà tra l’industria e l’artigianato.

La scarsa familiarità con la lettura dipende in buona misura dalla relativa attenzione che il sistema scolastico dedica all’insegnamento dell’uso intelligente di libri e riviste. Nel corso di laurea in medicina e chirurgia, in alcune facoltà è sufficiente l’acquisto di una singola, ponderosa opera per sostenere buona parte degli esami clinici degli ultimi anni di corso, sebbene la quasi totalità dei trattati di medicina sia obsoleta già al momento della pubblicazione (14). Molti editori specializzati sono in costante sofferenza finanziaria anche perché il ritorno degli investimenti quasi mai è a breve termine; per esempio, il punto di pareggio per una rivista medica viene raggiunto non prima di 5-6 anni dopo il lancio, salvo l’intervento di sponsorizzazioni da parte di società scientifiche, di enti o istituzioni. Allo stesso modo, il *break even point* di una monografia non si raggiunge che dopo aver venduto il 60-70% della prima tiratura. L’obiettivo costante

è minimizzare il *time to market*, vale a dire la distanza tra la formulazione del progetto e la vendita del prodotto: il mondo editoriale è quindi molto vulnerabile, soprattutto in una fase d’instabilità culturale ed economica come l’attuale.

### **La medicina è una merce e ciò che le sta intorno è marketing**

L’etica del farsi carico dei pazienti è talvolta dimenticata; del resto, una medicina universitaria “in vendita” offre ai giovani modelli di tipo diverso (15). La valutazione critica del sapere viene forse insegnata sistematicamente nelle facoltà universitarie? C’è da aggiungere che i metodi della *evidence-based medicine* sono per lo più presentati come procedure di una tale complessità da renderle praticabili solo da una ristretta cerchia di iniziati. Il terreno è dunque perfettamente preparato per chi ha l’obiettivo di far passare i contenuti finalizzati a proteggere i propri interessi non soltanto economici, ma anche culturali e politici.

La medicina è già sicuramente una merce e tanto più se ne consuma quanto più il “conflitto” lascia spazio alla “convergenza” degli interessi tra gli attori in campo: comunità scientifica, amministratori pubblici, industria farmaceutica, elettromedicale ed editoriale.

### **La relazione tra industria e cittadini è falsata dall’asimmetria informativa**

Come accade nella generalità dei mercati, anche quello sanitario è condizionato in maniera determinante dall’asimmetria informativa. Imperfezioni nella circolazione delle informazioni sono immancabilmente presenti in economia: ciascuno di noi conosce “una” verità a seconda del ruolo che svolge in un dato contesto. È evidente, per esempio, che l’acquirente di un’automobile non avrà mai informazioni così complete sull’affidabilità del mezzo come quelle in possesso della casa produttrice; ribaltando lo scenario, il cittadino che intende sottoscrivere un’assicurazione molto difficilmente garantirà all’agenzia assicurativa informazioni del tutto esaurienti e sincere. Parlando di sanità, l’autorità governativa, il detentore di una concessione radiotelevisiva e il cittadino conosceranno probabilmente tre verità diverse a propo-

sito del rischio sanitario da inquinamento elettromagnetico; questa asimmetria è simile a quella esistente tra i dirigenti di un'industria farmaceutica e il paziente a proposito degli effetti indesiderati di un farmaco di recente introduzione sul mercato. Mentre per alcuni degli attori è importante che ci sia trasparenza nell'informazione, per altri è l'opposto: la mancanza di chiarezza è funzionale al raggiungimento dei propri obiettivi.

### Uscire dal labirinto?

Eravamo abituati a considerare con occhi diversi le influenze del sentimento o dell'appartenenza politica da quelle di ordine economico. Le ragioni del cuore e quelle del portafoglio, per intenderci. Eppure, se vogliamo, tutta l'informazione, la produzione e la disseminazione delle conoscenze sono condizionate. Sia le une sia le altre possono portare a comportamenti sleali, che possono sostanzialmente non solo nella divulgazione di dati o notizie false ma anche, se non più spesso, nella soppressione di dati veri. Falsificazione per sottrazione di verità o per confondimento delle stesse. Nel loro percorso dalle pagine di una rivista prestigiosa alla casa del lettore del quotidiano o dell'ascoltatore di telegiornale, i contenuti sono vittima di quella *transmission loss* che alcuni giudicano una conseguenza quasi inevitabile della postmodernità. Si tratta di un elemento che può rendere molto difficile la valutazione critica delle informazioni.

Torniamo dunque alla domanda di partenza: è possibile un'informazione non manipolata? Forse sì.

### Riconsiderando il percorso formativo degli operatori sanitari

La capacità di valutare consapevolmente le conoscenze deve diventare un elemento portante del bagaglio intellettuale del giovane laureato, che deve crescere professionalmente in un ambiente culturalmente creativo e libero da condizionamenti commerciali.

### Incentivando l'attività di ricerca clinica

Solo diventando loro stessi protagonisti di progetti di studio e approfondimento, gli operatori potranno acquisire gli stru-

menti fondamentali per vigilare sulle distorsioni che compromettono l'integrità delle conoscenze scientifiche.

### Forzando le imprese ad agire in modo socialmente responsabile

Un insieme di riforme legislative ed economiche del governo dell'impresa può combattere i comportamenti irresponsabili di quest'ultima, sostenendo l'operato di quei dirigenti che sinceramente già operano, cercando di equilibrare gli interessi degli azionisti con i diritti dei cittadini (16). ♦

### Bibliografia

- (1) Farinelli F. Geografia. Torino: Einaudi 2003.
- (2) Kerber R. Device makers target consumers with their ads. Boston Globe 2004;Mar 10;C1.
- (3) Kassirer JP. On the take. How America's complicity with bug business can endanger your health. New York: Oxford University Press, 2005.
- (4) Avorn J, Chren M, Hartley R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing behavior of physicians. Am J Med 1982;73:4-8.
- (5) Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. Am J Med 2001;110(7):551-7.
- (6) Bobbio M. Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Medici e industria. Torino: Einaudi, 2004.
- (7) Young C, Horton R. Putting clinical trials into context. Lancet 2005;366:107-8.
- (8) Jenicek M. Casi clinici ed evidence-based medicine. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed., 2001.
- (9) Jefferson T. Attenti alle bufale. Come usare l'evidence-based medicine per difendersi dai cattivi maestri. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed., 2005.
- (10) Wager E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on doctors' relations with drug companies. BMJ 2003;326:1196-8.
- (11) Al-Ubaydli M. Using search engines to find online medical information. PLoS Med 2005;2(9):e228.
- (12) Ely JW, Osheroff JA, Ebell MH, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. BMJ 1999;319:358-61.
- (13) Phillips DP, Kanter EJ, Bednarczyk B, Tastad PL. Importance of the lay press in the transmission of medical knowledge to the scientific community. N Engl J Med 1991;325: 1180-3.
- (14) Diekelmann NL. Teaching the practitioners of care. New pedagogies for the health professions. Madison: The University of Wisconsin Press, ed, 2003.
- (15) Angell M. Is academic medicine on sale? N Engl J Med 2000;342:1516-8.
- (16) Gallino L. L'impresa irresponsabile. Torino: Einaudi, 2005.

## L'ALTEZZA: UN NUOVO INDICATORE DI BENESSERE?

La ricchezza e il benessere economico sono sufficienti per esprimere il benessere biologico di una popolazione? John Komlos<sup>(1)</sup>, direttore dell'Istituto di storia dell'economia della Università di Monaco di Baviera, sostiene di no.

Il reddito pro capite non è un indicatore affidabile per determinare la qualità della vita generale o il benessere individuale. Esso può rimanere costante, anche se parte della popolazione si impoverisce a vantaggio di un'altra. Esso considera in modo solo indiretto il tenore di vita biologico di gruppi come i bambini o le casalinghe che non hanno un reddito proprio. Lo sviluppo economico, poi, non determina necessariamente condizioni di vita migliori; si tenga conto, ad esempio, del rapporto che può esistere fra sviluppo e inquinamento atmosferico. Secondo Komlos la statura a fine epoca dello sviluppo è un buon indicatore delle condizioni in cui le popolazioni sono vissute. Ci sono dati che dimostrano come la statura media aumenti in periodi di congiuntura positiva e rimanga costante o addirittura diminuisca in periodi economicamente negativi. Alcuni dati.

I tedeschi sono cresciuti moltissimo negli anni del miracolo economico: in media si sono alzati di 6 cm dal 1957 al 1997. Illuminante anche il confronto fra altezze dei tedeschi delle due Germanie: gli uomini della Germania Ovest nati dal 1951 al 1960 erano più alti dei tedeschi orientali di 0,7 cm, ma la differenza si è raddoppiata nel decennio successivo a testimonianza di un persistenza maggiore benessere biologico dei cittadini di una delle due Germanie. Molto interessante, ma ancora da spiegare compiutamente, è il rilievo che dopo la riunificazione con la Germania Est l'aumento di altezza nei Leander della Germania si è fermato, mentre i maschi orientali delle classi più giovani hanno raggiunto l'altezza degli occidentali. Non le donne però; e questo è un dato di difficile interpretazione.

Lasciando la Germania, Komlos ha prodotto dei dati anche sul confronto UE-USA. Gli europei hanno sorpassato gli americani verso la fine del XX secolo, mentre attorno alla fine del XIX secolo gli americani (gli immigrati e i latinoamericani sono esclusi dalle ricerche di Komlos) erano i più alti del pianeta. Il loro vantaggio, nonostante il loro reddito medio più alto, si è definitivamente annullato dopo la seconda guerra mondiale. Segno evidente che il reddito pro capite non è un buon indicatore di salute biologica. Oggi gli olandesi, rispetto agli americani, sono più alti di 6,5 cm, gli svedesi di 4 e perfino gli italiani li superano di qualche millimetro. Insomma la ricerca antropometrica è ben lontana dal costituire un indicatore che tenga conto di tutti gli aspetti legati alla qualità della vita, ma è certamente un dato di cui tenere conto.

(1) Komlos J. Più ricchi più alti? Le scienze 2006; 449:92