

LA GALLERIA

Vi sono analisi e riflessioni sull'uso dei farmaci che è difficile riportare in elaborati tecnici e in valutazioni quali-quantitative di "dati" o "evidenze" scientifiche come spesso avviene in altre rubriche del Bollettino. In questa sezione abbiamo pensato di raccogliere contributi che partano dall'osservazione di un'espressione artistica (come un quadro, una poesia o altro ancora) e che consentano di interrogarci e confrontarci su aspetti presenti e passati legati alle cure mediche.

Man sitting in a field of pills.

Un'illustrazione di Ken Coffelt



Men sitting in a field of pills, Ken Coffelt.

Introduzione

Autore dell'immagine, in questo numero de La Galleria, è Ken Coffelt, noto grafico-illustratore americano, le cui opere sono state spesso riprodotte anche su libri e riviste scientifiche, ottenendo prestigiosi riconoscimenti come il premio d'eccellenza "Print's" per la copertina del *New Physician*, rivista a cura della American Medical Student Association.

"Man sitting in a field of pills", ossia una figura umana seduta su delle pasticche in una distesa quasi senza fine di capsule e compresse. In fondo una parete rocciosa, che sembra delineare lo spazio chiuso ed angusto di una grotta. L'uomo ci rimanda un senso muto, eppure assolutamente eloquente, di disorientamento. Davanti alla coltre di pillole, non ci sono che un gesto casuale di raccolta e un'espressione interrogativa e per-

plexa. È la perplessità del medico di fronte alla scelta terapeutica più opportuna? Quella del paziente, che rimanda alla fiducia nelle cure e quindi anche all'aderenza alle cure? O forse è la perplessità di un intero popolo, che non ha accesso ai farmaci ma li riceve sotto forma di donazione: ma una donazione di farmaci è sempre un regalo per chi non ha accesso ai farmaci?

L'articolo di seguito affronta il tema della donazione dei farmaci a favore dei paesi in via di sviluppo; una scelta che può risultare fallimentare quando non adeguata alla situazione specifica di emergenza che è chiamata a risolvere. Il testo è di un esperto di Medici Senza Frontiere (MSF) e racconta anche di come le organizzazioni umanitarie, nelle loro missioni, tentino sempre di mettere in atto i mezzi più appropriati e funzionali allo scopo di effettuare un trasferimento a lungo termine di strumenti e competenze. E non sempre questi mezzi sono rappresentati da ingenti donazioni di farmaci: fogli illustrativi in lingue sconosciute, scarsa familiarità con prodotti farmaceutici internazionali, farmaci inappropriati, mancanza di personale sanitario in grado di somministrarli correttamente. Ecco perché MSF si trovano anche a rifiutare queste donazioni e, come altri, mirano innanzitutto all'attuazione di programmi di formazione in loco, per non abbandonare a loro stesse le popolazioni da soccorrere... magari in mezzo ad una distesa di farmaci.

Una donazione di farmaci non è sempre un regalo

"Laggiù ci sono talmente tanti bisogni... e nei nostri ospedali abbiamo talmente tanto materiale che rinnoviamo continuamente. Ci sarebbe molto da recuperare che potrebbe tornare utile nei posti dove operate voi...".

È frequente trovare nella nostra messaggeria considerazioni di buon senso come questa, offerte generose tese a colmare il divario, a compensare la carenza con l'ecce-

denza, a rimediare allo spreco col recupero utile. A volte si tratta di proposte molto consistenti.

Ma quasi sempre, agli occhi dei generosi donatori e mediatori dell'offerta, noi rispondiamo contro l'apparente buon senso. E rifiutiamo. Cercando di spiegare.

Medici senza Frontiere (MSF) opera in più di 80 paesi ed è quotidianamente testimone delle conseguenze del mancato accesso ai farmaci necessari da parte di intere popolazioni, che per questa sola ragione possono venire definite "in pericolo". Negli anni abbiamo lavorato in maniera più o meno diretta con numerosi programmi di donazione di medicinali e abbiamo osservato sul campo che questo modello di soccorso presenta grandi debolezze ed è quasi sempre inadeguato alla soluzione delle questioni che intenderebbe fronteggiare.

Abbiamo innanzitutto imparato che i farmaci non vanno a cadere in un recipiente vuoto: i contesti "beneficiari", quei paesi, quelle popolazioni, per quanto attraversino un momento di crisi, esprimono dei bisogni specifici, conoscono delle regolamentazioni, delle abitudini, la cui verifica è prioritaria rispetto alle "necessità" dei donatori. Si tratta dello stesso rispetto dei bisogni e delle procedure che richiederemmo noi se ci trovassimo nella necessità di venire assistiti. Secondo un genere di buon senso un po' più razionale.

E si tratta di porsi in una prospettiva meno miope: come può una comunità che ha ricevuto aiuti sanitari anche considerevoli sostenersi autonomamente una volta che le agenzie si ritirano? Quali precauzioni debbono prendere i donatori per assicurarsi che sul posto rimangano strutture e non vengano a crearsi successive carenze? Sui documenti tale prospettiva è chiamata "economia degli aiuti".

Come altre grandi organizzazioni umanitarie, MSF lavora a partire da una **lista standardizzata di prodotti**, referenziati, tecnicamente noti, sia che si tratti di materiale sanitario che di materiale logistico. E questo ci permette una conoscenza tecnica di tutti i prodotti, un migliore controllo degli stock, una riduzione delle spese per gli acquisti, per il trasporto... La standardizzazione dei prodotti consente di attuare programmi di formazione in loco, adattate al materiale fornito; ed è anche il solo modo per recuperare i pezzi di ricambio e assicurare una manutenzione a lungo termine delle attrezzature spedite. Infatti cerchiamo di evitare di introdurre prodotti nuovi di cui poi saremmo incapaci di continuare a rifornirci.

Esiste anche un altro aspetto, forse addirittura primario. Per il materiale sanitario cerchiamo di rispettare le **indicazioni tecniche dell'OMS**, garanzia di qualità che ci obbliga a rifiutare offerte di donazioni a prima vista interessanti. Per tutto ciò che concerne i farmaci, non lavoriamo che in funzione della **Lista dei Farmaci**

Essenziali dell'OMS; tutti i prodotti debbono essere formulati sotto il proprio nome generico, e non quello commerciale che potrebbe non essere registrato nel paese di utilizzo, e al momento del loro arrivo non possono aver superato un certo periodo del loro tempo di validità (secondo le Guidelines dell'OMS almeno un anno residuo, ma sarebbe più corretto che non avessero superato un terzo del tempo di validità).

Riguardo al **trasporto** e all'**imballaggio** del materiale raccomandiamo che gli apparecchi siano funzionanti e con pezzi di ricambio già disponibili, che apparecchi che necessitano di elettricità vengano riservati a progetti dove la corrente elettrica è disponibile (sembra ovvio, ma nella pratica non è scontato), e che si tenga conto dei costi per apparecchi che richiedono particolari imballaggi di protezione, il che sommato ai costi di trasporto annullerebbero ogni beneficio di una donazione.

Non ultimo va considerato che sul terreno ci sia personale che possa utilizzare questi apparecchi.

Assieme alle altre grandi organizzazioni umanitarie, fin dal 1996, MSF, sotto l'egida dell'OMS, ha contribuito a redigere queste indicazioni sotto forma di linee guida, e ha adottato una prassi sempre più chiara e trasparente: ci sono dei centri di acquisto e di stoccaggio in grado di verificare, ed eventualmente assumere, immagazzinare e distribuire anche delle grosse e qualificate donazioni (vaccini, farmaci, materiale logistico), soprattutto in fase di emergenza. Ma le donazioni puntuali, di modeste quantità, a carico delle sezioni nazionali o dei singoli terreni operativi sono scoraggiate e considerate controproducenti per le semplici ragioni sovraesposte.

Una donazione in denaro per acquisti locali o regionali di farmaci essenziali è certo molto più benvenuta che le donazioni dirette "in natura". Sempre più frequentemente i paesi in cui lavoriamo rifiutano l'importazione di materiale sanitario e si mostrano ancora più intransigenti per i prodotti di seconda mano, quindi la donazione potrebbe non arrivare mai. Inoltre il contributo in denaro è di supporto per le attività locali e per l'industria farmaceutica regionale, ed è in genere più vantaggioso sul piano costo-benefici. Per non dire che il personale sanitario e i pazienti hanno più familiarità con i prodotti farmaceutici locali e che ognuno si troverebbe in difficoltà di fronte a formulazioni e indicazioni espresse in una lingua, a volte in un alfabeto, sconosciuti.

La libertà, concessa dai finanziamenti in denaro, di cercare sul mercato internazionale quei prodotti di prezzo e qualità più opportuni facilita inoltre la responsabilizzazione e consegna alla comunità ricevente gli strumenti strategici per garantirsi un approvvigionamento costante e a lungo termine. L'impulso all'affrancamento da una logica caritativa, che lascia immutati i ruoli nel tempo, ci pare più importante della tempo-

ranea e puntuale copertura della necessità materiale.

La lista delle tragedie degli ultimi decenni si può sovrapporre all'elenco di sconfitte del modello "donazione". Non sembra peregrino ripercorrerlo.

Nell'88 in **Armenia**, dopo il terremoto, furono inviate 5000 tonnellate di farmaci e materiale del valore di 55 milioni di dollari, quantità eccedente i bisogni: all'arrivo il 12% era già scaduto o perduto, del restante solo il 42% era rilevante per una situazione di emergenza.


In **Sudan**, devastato dalla guerra civile, nel '90 ci fu un considerevole arrivo di farmaci: gran parte delle confezioni unitarie, con indicazioni in francese (lingua non parlata in Sudan), includeva soluzioni per lenti a contatto, stimolanti dell'appetito, inibitori delle monoaminossidasi, soluzioni per raggi X, anticolesterolemici.

In **Russia**, a seguito del collasso della produzione farmaceutica dopo il '90, furono benvenute donazioni in farmaci, ma per esempio erano compresi pentofillina e clonidina come unici antipertensivi, triamterene e spiro lattone come diuretici, enzimi pancreatici e preparazioni di bismuto come soli farmaci gastrointestinali.

Di tutte le donazioni in farmaci ricevute dall'ufficio dell'OMS a Zagabria nel '94 in favore delle popolazioni della **ex-Jugoslavia**, il 15% era inutilizzabile e il 30% non necessario. Alla fine del '95, 340 tonnellate di farmaci scaduti sono stati immagazzinati a Mostar, donati da differenti nazioni europee.

Nel '94, nei campi di rifugiati dal **Ruanda**, furono donati grandi quantitativi di antibiotici sofisticati attraverso organizzazioni private, ma gli operatori non erano addestrati al loro utilizzo e distribuzione.

La verifica OMS di donazioni umanitarie, ricevute in **Albania** nel '99 per i rifugiati dal Kosovo, rivelò seri problemi di qualità. S'è stimato che circa il 50% dei farmaci era inappropriato o inutile (perché scaduto, o non identificabile), ed è stato distrutto.

Non escludiamo che alcune donazioni possano rivelarsi provvide ed efficaci, riteniamo semplicemente che tentando di seguire una politica di rifornimento e distribuzione diversa, che magari riesca a cogliere il momento della crisi per modificare ostacoli strutturali all'accesso diffuso ed equo alle cure mediche, operiamo affinché il circolo vizioso di crisi umanitarie in ripetizione continua possa venire un giorno spezzato. 

Gianfranco De Maio,
responsabile medico MSF-Italia

Bibliografia

1. WHO. Interagency Guidelines. Guidelines for Drug Donations – WHO/EDM/PAR/99,4, revised June 1999. Geneva - CH: World Health Organization.
2. "Hidden Price Tags: Disease-Specific Drug Donations: Costs and Alternatives", Alain Guilloux, Suerie Moon, Access to Essential Medicines Campaign, MSF October 2000. *An analysis of tax-breaks earned by a US company for a hypothetical drug donation. Discussion of drawbacks to donation programmes and proposal of alternative models for improving access to medicines*
3. WHO. Press release 9915, EURO/15/99, 30 June 1999. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
4. CMC. Guidelines for donors and recipients of pharmaceutical donations. Geneva: Christian Medical Commission of the World Council of Churches; 1990 (in English, French, German and Spanish).
5. WHO. Medical supplies donor guidelines for WHO humanitarian assistance for former Yugoslavia. Zagreb: World Health Organization; 1994.
6. Autier P, Ferir MC, Hairapetien A, et al. Drug supply in the aftermath of the 1988 Armenian earthquake. *Lancet* 1990; 335: 1388-90.
7. Cohen S. Drug donations to Sudan. *Lancet* 1990; 336: 745.
8. PIMED. Les médicaments non-utilisés en Europe: recueil, destruction et réutilisation à des fins humanitaires. Paris: Pour une information médicale éthique et le développement; 1994.
9. Offerhaus L. Russia: emergency drug aid goes awry. *Lancet* 1992; i: 607.
10. Letter sent by the Mayor of Mostar to the Ambassador of the European Union, 2 October 1995.
11. Pharma aid for Rwanda, SCRIP, No. 1946, 5 August 1994, p.15.
12. Berckmans P. Inappropriate drug donation practices in Bosnia and Herzegovina, 1992 to 1996, *N Engl J Med* 1997; 337:1842-5.
13. Derrett C, White D, Eden T, Dickerson J, Green C. Pharmaceutical donations to eastern Europe. *BMJ* 1995; 310: 403.
14. Kale O. Review of Disease-specific Corporate Drug Donation Programmes for the Control of Communicable Diseases. MSF/WHO Workshop on Drugs for Communicable Diseases: Stimulating Development and Securing Availability. Paris: October 14-15, 1999.