

16 Febbraio 2017

## **Estratto da:**

# **Nuova carta degli operatori sanitari - Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute)**

Introduzione- Ministri della vita -> Generare -> Vivere

## **Prescrizione e uso appropriato dei farmaci**

90. Nei Paesi nei quali è disponibile una generalizzata assistenza sanitaria, si riscontra sempre più un *eccessivo consumo di farmaci* rispetto allo stato di salute della popolazione, dovuto ad almeno due fattori. Il primo, il rilascio da parte del medico di prescrizioni, non particolarmente necessarie, su richiesta pressante del paziente. Il secondo fattore, è che si è diffuso il ricorso a farmaci non direttamente prescritti dal medico, ma assunti nell'ambito di un processo autonomo di cura, sulla base di consigli o di informazioni, anche pubblicitarie, fornite dai mezzi di comunicazione sociale e dalla rete *web*. Un'attenzione particolare va rivolta a *farmaci di dubbia preparazione e provenienza*, distribuiti soprattutto via *internet*, che non garantiscono l'efficacia e possono addirittura essere nocivi per la salute. Inoltre, anche quando correttamente prescritti dal medico, la persona può tendere a variare autonomamente la posologia dei farmaci, un atteggiamento che si definisce di "non aderenza" al trattamento, così da rendere difficile, se non impossibile, la valutazione della loro efficacia terapeutica e sicurezza. Gli operatori sanitari, nell'ambito della loro opera di educazione sociosanitaria, devono richiamare un'opportuna attenzione sull'uso dei farmaci, anche per i costi sociali che essi possono comportare.

## **Accesso ai farmaci e alle tecnologie disponibili**

91. Ancora oggi, nei Paesi contraddistinti da un generalizzato benessere, e naturalmente ancor più nei Paesi in via di sviluppo soprattutto in quelli caratterizzati da una instabilità politica o da scarse risorse economiche, ci sono fasce di popolazione alle quali non si garantisce l'accesso ai servizi sanitari, e fra questi ai farmaci salvavita e alle possibilità terapeutiche minimali, che il progresso tecnologico garantisce oggi alla medicina. Ne consegue che patologie curabili dalla medicina, riappaiano nei Paesi che le avevano debellate o continuano ad essere endemiche. Gli operatori sanitari e le loro Associazioni professionali devono farsi promotori di una sensibilizzazione delle istituzioni, degli enti assistenziali, dell'industria sanitaria, affinché il *diritto alla tutela della salute* sia esteso a tutta la popolazione, pur nella convinzione che tale diritto non dipende solo dall'assistenza sanitaria, ma è il risultato di fattori economici, sociali, e più generalmente culturali. Anche i *responsabili delle attività sanitarie* devono lasciarsi provocare in modo forte e singolare, consapevoli che « mentre i poveri del mondo bussano ancora alle porte dell'opulenza, il mondo ricco rischia di non sentire più quei colpi alla sua porta, per una coscienza oramai incapace di riconoscere l'umano ».<sup>187</sup>

## **Sanità sostenibile, imprese del farmaco, malattie rare e neglette**

92. La diseguale distribuzione delle risorse economiche, soprattutto nei Paesi a basso reddito e meno sviluppati, ha rilevanti ripercussioni per una *giustizia sanitaria*.<sup>188</sup> In tale contesto, se è innegabile che la conoscenza scientifica e la ricerca delle *imprese del farmaco* abbiano leggi proprie alle quali attenersi, come, ad esempio, la tutela della proprietà intellettuale e un equo profitto quale

supporto all'innovazione, queste devono trovare adeguata composizione con il diritto all'accesso alle terapie essenziali e/o necessarie soprattutto dei Paesi meno sviluppati,<sup>189</sup> e ciò soprattutto nel caso delle cosiddette "malattie rare"<sup>190</sup> e "neglette",<sup>191</sup> alle quali si accompagna il concetto di "farmaci orfani".<sup>192</sup> Le strategie sanitarie, volte al perseguimento della giustizia e del bene comune, devono essere economicamente ed eticamente sostenibili. Infatti, mentre devono salvaguardare la sostenibilità sia della ricerca sia dei sistemi sanitari, dovrebbero al contempo rendere disponibili farmaci essenziali in quantità adeguate, in forme farmaceutiche fruibili e di qualità garantita, accompagnati da un'informazione corretta e a costi accessibili ai singoli e alle comunità.

## **Terapia antalgica**

93. Il dolore ha una funzione biologica, perché sintomo di una situazione patologica e determina una reazione fisica e psichica dell'uomo.<sup>193</sup> Tuttavia, esso fa appello alla medicina per la *terapia lenitiva*: l'uomo infatti ha « il diritto di dominare le forze della natura, di utilizzarle al proprio servizio, di mettere dunque a profitto tutte le risorse ... per evitare o sopprimere il dolore fisico ». <sup>194</sup> 94. « A lungo andare il dolore impedisce il raggiungimento di beni e di interessi superiori ». <sup>195</sup> Può provocare effetti nocivi all'integrità psicofisica della persona. Una sofferenza troppo intensa può diminuire o impedire la padronanza dello « La soppressione del dolore procura una distensione organica e psichica, facilita la preghiera e rende possibile un più generoso dono di sé ». <sup>196</sup> L'analgesia, « intervenendo direttamente in ciò che il dolore ha di più aggressivo e sconvolgente, ricupera l'uomo a se stesso, rendendogli più umana l'esperienza del soffrire ». <sup>197</sup> 95. Per il cristiano *il dolore può assumere un alto significato penitenziale e salvifico*. « È infatti una partecipazione alla passione di Cristo ed è unione al sacrificio redentore, che ha offerto in ossequio alla volontà del Padre. Non deve dunque meravigliare se alcuni cristiani desiderano moderare l'uso degli analgesici, per accettare volontariamente almeno una parte delle loro sofferenze e associarsi così in maniera cosciente alle sofferenze di Cristo ». <sup>198</sup> La libera accettazione cristianamente motivata del dolore non deve far pensare che non si debba intervenire per lenirlo. Anzi, il dovere professionale nonché la stessa carità cristiana esigono che si operi per l'alleviamento della sofferenza, e sollecitano la ricerca medica in questo campo.

Note:  
(187)

BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, n. 75: AAS 101 (2009), 706. « La necessità di risolvere le cause strutturali della povertà non può attendere, non solo per una esigenza pragmatica di ottenere risultati e di ordinare la società, ma per guarirla da una malattia che la rende fragile e indegna e che potrà solo portarla a nuove crisi. I piani assistenziali, che fanno fronte ad alcune urgenze, si dovrebbero considerare solo come risposte provvisorie. Finché non si risolveranno radicalmente i problemi dei poveri, rinunciando all'autonomia assoluta dei mercati e della speculazione finanziaria e aggredendo le cause strutturali della inequità, non si risolveranno i problemi del mondo e in definitiva nessun problema. L'inequità è la radice dei mali sociali » (PAPA FRANCESCO, Esort. ap. *Evangelii gaudium*, n. 202). Cfr. IBID., n. 203.

(188)

« Non possiamo più confidare nelle forze cieche e nella mano invisibile del mercato. La crescita in equità esige qualcosa di più della crescita economica, benché la presupponga, richiede decisioni, programmi, meccanismi e processi specificamente orientati a una migliore distribuzione delle entrate, alla creazione di opportunità di lavoro, a una promozione integrale dei poveri che superi il mero

assistenzialismo » (PAPA FRANCESCO, Esort. ap. *Evangelii gaudium*, n. 204).

(189)

« È opportuno che le diverse strutture farmaceutiche, dai laboratori ai centri ospedalieri, e anche tutti i nostri contemporanei, si preoccupino della solidarietà nell'ambito terapeutico, per permettere l'accesso alle cure e ai farmaci di prima necessità a tutte le fasce della popolazione e in tutti i Paesi, in particolare alle persone più povere » (BENEDETTO XVI, Discorso ai partecipanti al XXV Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici [29 ottobre 2007]: AAS 99 [2007], 932).

(190)

Una malattia è definita "rara" quando la sua prevalenza, intesa come il numero di casi presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. Nell'Unione Europea la soglia è fissata a allo 0,05% della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone.

(191)

Secondo la più recente definizione, con il termine "malattie neglette" si intendono quelle malattie che non godono dell'attenzione che meriterebbero; si tratta, in specie, di malattie parassitarie legate alla povertà, e cioè principalmente quelle infettive 'tropicali', ad eccezione della malaria, tubercolosi, virus hiv\ aids, delle malattie a potenziale epidemico/pandemico (es. in- fluenze, etc.) e delle malattie prevenibili con la vaccinazione (es. morbillo, poliomielite)

(192)

Il farmaco "orfano" è quel prodotto che potenzialmente è utile per trattare una malattia rara, ma non ha un mercato sufficiente per ripagare le spese del suo sviluppo. Si definisce, quindi, farmaco orfano perché manca l'interesse da parte delle industrie farmaceutiche ad investire su un farmaco destinato a pochi pazienti, nonostante il farmaco risponda ad un bisogno di salute pubblica.

(193)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso dell'Associazione Italiana di Anestesiologia (4 ottobre 1984),

133. 2: AAS 77 (1985), 133.

(194)

PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un'Assemblea Internazionale di medici e chirurghi (24 febbraio 1957): AAS 49 (1957),

135.

(195)

PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un'Assemblea Internazionale di medici e chirurghi (24 febbraio

1957): AAS 49 (1957),

136.

(196)

PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un'Assemblea Internazionale di medici e chirurghi (24 febbraio 1957): AAS 49 (1957),

144.

(197)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso dell'Associazione Italiana di Anestesiologia (4 OTTOBRE 1984),

135. 3: AAS 77 (1985), 135.

(198)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione*

*sull'eutanasia*, III: AAS 72 (1980), 547.