

Salute Il ministro dopo l'ok alla legge abruzzese sull'uso terapeutico Lorenzin e il sì sulla cannabis «Nessuna depenalizzazione»

ROMA — Per i pazienti non cambia niente. La decisione del governo di non opporsi alla legge dell'Abruzzo sull'uso terapeutico della cannabis non ha per ora una ricaduta concreta. Continueranno a pagare l'antidolorifico presentando la ricetta bianca che esclude il rimborso. Già adesso i medici italiani possono prescrivere indipendentemente dalle iniziative regionali che prevedono la rimborsabilità ma solo quando ci saranno le delibere applicative. «Per noi è un bene che ci sia stato questo passaggio — dice Francesco Crestani, pre-

ne di Palazzo Chigi di non ricorrere come un'apertura. Secondo il neurofarmacologo Gianluigi Gessa, responsabile del gruppo italiano sullo studio delle dipendenze, lo spiraglio per la liberalizzazione c'è eccome: «Con una maggiore diffusione di queste terapie ci si accorgerà che questa sostanza non è l'anticamera delle droghe pesanti. Cadrà tutta quella retorica che ha portato al proibizionismo». Il problema vero è dei malati. I farmaci a base di cannabis sono irrimediabili sul mercato italiano, come denuncia il senatore Luigi Manconi: «Nessuna azienda ha chiesto la licenza. Sono in commercio solo due preparati e la procedura per ottenerli è lenta e indaginosa. Della produzione di cannabinoidi dovrebbe essere incaricato lo stabilimento chimico militare di Firenze».

Sul tema droga, per la prima volta l'Onu ipotizza la «depenalizzazione» del consumo degli stupefacenti in un documento preparato per una riunione della prossima settimana a Vienna. «La depenalizzazione del consumo della droga può essere una forma efficace per decongestionare le carceri, redistribuire le risorse in modo da assegnarle alle cure e facilitare la riabilitazione», si legge in un rapporto dell'Ufficio delle Nazioni Unite sulle Droghe e il Crimine (Unodc).

Margherita De Bac

Le Nazioni Unite

In un rapporto l'Onu per la prima volta ipotizza di liberalizzare il consumo sidente dell'associazione per la cannabis terapeutica, anestesista a Rovigo —. Sul piano pratico però le terapie restano difficilmente accessibili per le famiglie. Un grammo del medicinale costa 37 euro e sono necessarie grosse quantità». Rispetto alle altre leggi regionali quella dell'Abruzzo presenta una novità. La cannabis potrà prescriverla anche il medico di famiglia.

La non opposizione del governo è stata interpretata come un via libera più generale. Chiarisce il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin: «Ricordo che in Italia i cannabinoidi al pari degli oppiacei per uso curativo sono pienamente legittimi e il costo può essere a carico del servizio sanitario regionale. Lo hanno già fatto 7 Regioni». Il ministro smonta il tentativo di strumentalizzazione della notizia «da parte di chi vuole la depenalizzazione dell'uso di queste sostanze. Sono assolutamente contraria. Noi dobbiamo combattere in Italia un grande nemico, la droga e la sua normalizzazione. Drogarsi fa male, avvelena l'anima, uccide il corpo e le prospettive di vita. Non c'è distinzione tra droghe pesanti e leggere. Bisogna dare ai giovani messaggi chiari affinché non trovino giustificazioni».

Altri però leggono la decisio-



LA STORIA

Curarsi con
la cannabis?«A spese
del paziente»

● Malato di sclerosi: quanti visti per il farmaco

TARQUINI A PAG. 13

«Cannabis, cura impossibile Troppi visti per un farmaco»

Lo le canne non me le sono mai fatte. Non credevo nemmeno all'uso terapeutico della marijuana, ero scettico, pensavo a una moda. Poi mi hanno messo davanti a questa possibilità e ho accettato....solo che quel farmaco lo sto ancora aspettando, da ottobre, e alla fine mi hanno detto se lo compri da solo. Certo, potrei, piuttosto che evitare il cortisone...peccato che costa 750 euro a flacone, senza rimborso, e che per legge ne avrei diritto». Va bene un ok di principio all'uso terapeutico della cannabis, vanno bene le leggi regionali, ma cosa veramente accade a chi cerca di accedere ai farmaci a base di cannabinoidi? Trafile lunghe anni, attese solo a volte risolutive, percorsi burocratici tortuosi. Quella che raccontiamo è la storia di Toni De Marchi, malato di sclerosi multipla dal 2004, giornalista, nostro ex collega. Ma è anche la storia di tutti i pazienti, anche di tutti quei pazienti che hanno la fortuna di vivere nelle Regioni che hanno regolamentato l'uso terapeutico del Thc. E allora si ha un bel dire, come afferma il ministro Lorenzin, che in Italia «la cannabis è già utilizzabile, al pari degli oppiacei, per motivi farmacologici e terapeutici». Perché questa cura è negata per mancanza di fondi, quasi ovunque, senza eccezioni. Anche se dall'aprile del 2013 l'Agenzia del farmaco ha inserito nel prontuario il Sativex, medicinale a base di cannabinoidi, per la cura della sclerosi multipla. In teoria dovrebbe essere «liberamente» distribuito.

Toni vive nel Lazio. Una Regione che non ha approvato la legge per l'uso terapeutico della cannabis. Ma potrebbe ac-

cedere al trattamento proprio in virtù dell'approvazione dell'Aifa. E invece ecco cosa succede. «Succede che a metà luglio, visti i miei problemi, il mio neurologo mi propone di iniziare con il Sativex. Al Sant'Andrea di Roma dove c'è un centro di eccellenza per la sclerosi multipla hanno già fatto una sperimentazione. E la sperimentazione ha dato il 50% di riuscita, una percentuale molto alta. Così supero le mie diffidenze, anche perché nel frattempo ho letto molte documentazioni e inizio l'iter per accedere al farmaco. È il professor Fieschi a consigliarmi, ma siccome è in pensione mi indirizza dal professor Pozzilli. Per il Sativex serve una prescrizione ospedaliera». Quando Toni si presenta in ospedale (per avere il farmaco c'è una procedura rigida che deve accertare, tra l'altro, che questa terapia è l'unica idonea perché le altre non hanno avuto effetto) è il mese di luglio. Insieme con il medico decide che è più pratico aspettare settembre, passate le vacanze. Arriva settembre, siamo a 5 mesi dall'inserimento del Sativex nel prontuario nazionale. «Telefono. Professor Pozzilli allora? "C'è un problema" mi risponde al telefono. "Il farmaco non è disponibile perché la Regione Lazio non l'ha ancora inserito nel prontuario della Regione Lazio". Siamo ai primi di ottobre e scopro così che c'è un secondo prontuario». A questo punto Toni fa la cosa più ovvia, per uno del suo mestiere. Alza il telefono e chiama la Regione. Gli rispondono che il farmaco sarà certamente inserito nel prontuario regionale, a metà ottobre. «Ai primi di novembre torno al Sant'Andrea, siamo a sette mesi dall'ok dell'Aifa. In ospedale

mi prescrivono il Sativex, vado alla farmacia ospedaliera, lo ordino e a questo punto aspetto di ricevere una loro telefonata». Passano settimane. Toni richiama il professor Pozzilli che però non sa dare spiegazioni. Passano altre settimane e finalmente Toni viene contattato. «Il farmaco non c'è. La farmacia ha finito i soldi. Lei deve aspettare il rifinanziamento del prossimo anno». Certo potrei rivolgermi ad altri ospedali romani, ma la trafila è lunga, dovrei ricominciare da capo. Decido di aspettare». In gennaio, quando dovrebbero essere arrivati i nuovi fondi per la farmacia ospedaliera, Toni si ripresenta. «Chiamo ancora Pozzilli, mi dice "Il farmaco non c'è". Paziente, aspetto febbraio». Siamo a 10 mesi dall'ok dell'Aifa. «Professor Pozzilli allora? "Mi deve aiutare" risponde. "Mi deve aiutare lei che conosce qualcuno in Regione. Il Sativex non c'è". Perché non c'è, domando. Perché manca l'autorizzazione dell'ospedale». Toni scopre così che per accedere alla terapia bisogna superare un terzo prontuario, quello del nosocomio che deve distribuirlo. E perché il Sativex venga autorizzato anche dall'ospedale che tra i primi ha avviato e con successo una sperimentazione serve che si riunisca una speciale commissione ospedaliera. La cosa - dice Toni - a tutt'oggi ancora non è successa. E siamo a marzo. Undicesimo mese dopo l'approvazione dell'Aifa. «Non so perché ancora non è stato dato questo ok. Burocrazia? Mah, chi esclude che possa esserci un'obiezione ideologica. Io ho dovuto posticipare un'eventuale terapia cortisonica e nel frattempo sono aumentati la spasticità delle gambe e i dolori. Ma, al

di là del mio caso. Ci sono centinaia di persone che a un anno dall'ok all'immis-

sione sul mercato sono ancora in attesa di quel farmaco. Se ho diritto a una medicina perché devo usare delle scorciatoie

pericolose... perché se compro una canna mi arrestano no, soprattutto se sono in carrozzella....».

IL CASO

Adesso autorizziamo la coltivazione terapeutica

Adesso si deve aprire alla produzione della cannabis negli istituti autorizzati. Il giorno dopo l'ok alla legge dell'Abruzzo sull'uso terapeutico dei cannabinoidi, si chiede un passo in più per poter consentire all'Italia di produrre farmaci che oggi vengono importati dall'Olanda e a caro prezzo. Lo dice il senatore Pd Luigi Manconi: «Si incarichi lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze, che prepara diverse tipologie di materiali sanitari, farmaci e presidi medico-chirurgici, di produrre

medicinali cannabinoidi per i pazienti italiani». Lo dice Rita Bernardini: «Si deve consentire - previa autorizzazione - l'autocoltivazione da parte di Cannabis Sociale Club di malati come quello, coraggiosissimo, di Racale. Esiste una legge, e porta la firma dell'onorevole Sandro Gozi, attuale sottosegretario con delega agli affari europei». «Va bene la legge dell'Abruzzo - dice Bernardini - . Ma per non svenare le asl e sottoporre i malati a insopportabili trafile burocratiche, si approvi subito la lle Gozi».

IL RACCONTO

ANNA TARQUINI
atarquini@unita.it

Storia di Toni De Marchi, malato di sclerosi, in lista per il Sativex. «C'è l'ok dell'Aifa, ma non i fondi Ai pazienti dicono: costa 750 euro, compratevelo»



Curarsi con la cannabis in Italia è ancora troppo costoso

IL DOLORE SENZA CURA

di PAOLO NOTARO*

Il dolore è un campanello d'allarme, che serve a segnalare un danno che l'organismo sta per subire. Quando il sintomo dolore persiste nel tempo, però, può esaurire la sua funzione utile e diventare una sindrome autonoma cronica, una vera e propria malattia, che spesso non guarisce. In questo caso si parla di malattia dolore, una condizione che mina il corpo e la mente e che colpisce un italiano su cinque. Chi soffre di dolore cronico, infatti, subisce limitazioni in tutti i campi della propria vita, da quella familiare a quella lavorativa e sociale. Le terapie a disposizione sono tante, sia farmacologiche sia tecnologiche, ma per essere efficaci devono essere somministrate tempestivamente e in modo appropriato. Dal 2010 è in vigore in Italia la legge n° 38 che tutela il diritto alla cura del dolore e garantisce l'accesso alle strutture attraverso la creazione di una

rete specifica per la terapia del dolore, distinta da quella per le cure palliative. Nonostante siano stati compiuti concreti passi in avanti, perché dopo quattro anni la legge è ancora largamente disattesa? Come mai molte persone, e gli stessi operatori, hanno difficoltà a individuare sul proprio territorio le strutture



Sono ancora troppe le carenze nell'applicazione della legge 38

specializzate? Perché non sanno quando e a chi rivolgersi? Di sicuro un grosso ostacolo alla lotta contro il dolore cronico risulta essere la scarsità di risorse e la disomogeneità tra le stesse strutture, sia in termini di denominazione sia come tipologia di prestazioni erogate. Eppure è prioritario che la persona sofferente trovi una risposta specifica ai propri bisogni, attraverso la facilitazione all'accesso ai percorsi di cura e all'orientamento ai servizi. Come aiutarla? Allo scopo è sicuramente utile e necessario un confronto tra istituzioni, operatori, società scientifiche e associazioni di pazienti volto ad avviare un modello sinergico di presa in carico e riabilitazione delle persone partendo dal loro bisogno, per garantire, nell'interesse di tutti, il diritto e la dignità alla cura.

*Responsabile Struttura di Terapia del Dolore
Ospedale Niguarda Milano e Presidente Nopain Onlus

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Luca Pani, direttore generale dell'Aifa: non abbiamo poteri di controllo. E per l'Europa quel rimedio low cost era rischioso

“Anche noi vittime di questa truffa le indagini non mi costeranno il posto”

www.ecostampa.it

MICHELE BOCCI

ROMA — Dal centro del ciclone dove è finito, prova a difendersi. Luca Pani dirige l'Aifa, oggi presa di mira da tutti: dalla politica, dalle associazioni dei consumatori, da quelle dei professionisti (l'agenzia del farmaco ha annunciato una querela contro la Società degli oftalmologi). Solo Novartis e Roche subiscono più attacchi. E adesso ci sono anche le indagini penali, una delle quali ipotizza anche la corruzione, quindi un eventuale coinvolgimento di funzionari pubblici.

Professor Pani, perché non vi siete accorti di niente?

«Perché non abbiamo poteri ispettivi. Noi ci occupiamo dell'immissione dei farmaci nel sistema sanitario: se le aziende fanno un cartello e truccano i dati, spetta all'Antitrust accorgersene. E infatti è successo. Noi, per dire, non possiamo controllare le mail delle aziende».

Perché nel 2012 avete tolto dalla lista dei farmaci utilizzabili off

label l'Avastin, il meno caro tra i due medicinali per la maculopatia?

«Prima di tutto perché ce lo ha imposto il Tar del Lazio, dopo un ricorso di Novartis. Inoltre l'EMA, l'agenzia europea, ha segnalato varie reazioni avverse al farmaco se usato nell'occhio. E noi dobbiamo seguire le indicazioni dell'Europa. Se a qualcuno accadesse qualcosa di grave dopo l'iniezione di Avastin e il farmaco fosse ancora nella lista, saremmo presi d'assalto. Ci accuserebbero di aver tenuto nel prontuario un medicinale non autorizzato solo perché più economico».

Eppure già a quel tempo c'erano i risultati di due studi indipendenti (Catt e Ivan) che equiparavano i farmaci. Perché non ne avete tenuto conto?

«Perché si tratta di lavori non fatti in condizioni controllate, e quindi senza valore per un'agenzia del farmaco. Tra l'altro da quegli studi risulta che Lucentis è lievemente più sicuro e lievemente più efficace. Quindi chiedo agli oculisti: se i due medicinali costas-

sero la stessa cifra, per esempio 50 euro, cosa prescriverebbero? Se sono onesti intellettualmente, diranno Lucentis».

Però la differenza di costi è altissima. Perché non provate ad abbassare i prezzi?

«Quando il prodotto più caro è stato approvato, costava 1.800 euro, adesso siamo scesi a circa 700, il prezzo più basso d'Europa. Certo, il fatto che costi ancora dieci volte più di Avastin è scandaloso. E infatti abbiamo previsto la possibilità per i medici di prendersi la responsabilità scritta, d'accordo con il paziente, di prescrivere comunque il medicinale meno caro».

Mase ha appena detto che l'Europa vi obbliga a puntare su quello caro perché l'altro può essere pericoloso...

«Se un medico è convinto e agisce secondo scienza e coscienza, faccia pure. Se ci sono dei danni, ne risponde lui».

Dice che era tutto a posto, allora perché avete esultato quando è arrivata la notizia della multa dell'Antitrust?

«Perché era stato scoperto un cartello commerciale di cui anche noi eravamo vittime. Perché non facciamo esposti? Perché gli atti dell'Antitrust sono di dominio pubblico e le procure nel frattempo hanno aperto fascicoli».

Il ministro Lorenzin ha detto che riformerà l'Aifa: che ne pensa?

«Sentiamo l'esigenza di modernizzare l'agenzia, dotarla di professionisti totalmente dedicati ad esempio».

Nontemedi perdere l'incarico?

«Io ho la coscienza a posto, assolutamente. Anche dal punto di vista penale, sono convinto che tutto quello che abbiamo fatto è in regola. Corruzione? Assolutamente no».

La decisione dell'Antitrust cambia qualcosa, l'Avastin sarà autorizzato per l'uso off label, adesso?

«Per ora non cambia niente perché possiamo muoverci solo se chi produce Avastin ci presenta un dossier per chiedere l'uso nell'occhio. Però dovrebbero avere i dati, che ad oggi non risultano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La difesa

Ai medici abbiamo comunque permesso, sotto loro responsabilità, di prescrivere la molecola più economica



Luca Pani, dg di Aifa



Roche-Novartis. L'indagine di Torino

Farmaci: adesso è disastro doloso



TORINO

Non solo truffa ai danni del Servizio sanitario nazionale, come già dichiarato nei giorni scorsi, ma anche aggrottaggio, disastro doloso e associazione a delinquere. Sono questi i reati contestati dalla Procura di Torino ai vertici di Roche e Novartis per la vicenda dei due farmaci usati nelle cure oftalmologiche, Lucentis e Avastin.

Sulla vicenda, esplosa mercoledì scorso in seguito alla multa di 180 milioni sanzionata dall'Antitrust ai due colossi farmaceutici con l'accusa di aver creato un «cartello», sta indagando dalla fine del 2012 - dopo le segnalazioni degli oculisti della Società Oftalmologica Italiana (Soi) - il pm Raffaele Guariniello, che ha anche affidato due consulenze su gli aspetti economici e sugli aspetti riguardanti la salute.

Il disastro doloso si configurerebbe, secondo la Procura, per aver potenzialmente messo in pericolo la salute di un numero considerevole di pazienti in tutta Italia che, a causa dell'elevato costo del farmaco, non avrebbero potuto accedere alle cure. Roche e Novartis avrebbero infatti ostacolato illecitamente, accordandosi tra loro, la diffusione di un prodotto economico (Avastin, che costa al massimo 81 euro) destinato alla cura della degenerazione maculare senile e di altre gravi malattie degli occhi, in favore di un altro farmaco (Lucentis) molto più costoso: in media 900 euro, ma anche con punte di 1.700 euro.

L'accusa di associazione per delinquere è invece legata all'ipotesi di truffa e al reato di rialzo o ribasso fraudolento dei prezzi. Nell'ambito dell'inchiesta, Procura di Torino ha anche

aperto un fascicolo, per ora senza indagati, per l'ipotesi di corruzione, sulla base di un esposto presentato lo scorso dicembre contro l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) e l'Ema (European medicine agency) dalla Soi. Proprio tra Aifa e Soi sono volate reciproche accuse nei giorni scorsi.

Sulla vicenda è intervenuta ieri anche il ministro alla Sanità Beatrice, invitata dal presidente della Commissione sanità del Senato Emilia Grazia De Biasi a riferire in commissione la prossima settimana. «L'Aifa sarà riformata - ha dichiarato il ministro -. Con una nuova legge cercheremo di evitare altri casi co-

LA VICENDA

Mercoledì scorso l'Antitrust ha multato le due big per aver creato un cartello ostacolando la diffusione di un prodotto meno costoso

me quello Avastin-Lucentis». Lorenzin ha anche avviato la valutazione tecnica per proporre una legge che introduca nel sistema sanitario, su parere dell'Aifa, i farmaci «off-label» anche per motivi economici».

All'indagine della procura di Torino si è inoltre affiancata mercoledì quella di Roma, che ha aperto un fascicolo processuale senza ipotesi di reato e senza indagati in merito alla vicenda Roche-Novartis. Gli accertamenti sono stati affidati al pool reati economici. Al centro delle indagini la verifica dell'eventuale organizzazione di una campagna artificiosa diretta a sminuire l'efficacia del farmaco Avastin. In questo caso potrebbero configurarsi le ipotesi di reato di aggrottaggio e di turbativa del mercato.

R.I.T.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CUORE: PER ADOLESCENTI OBESI POCO SONNO AUMENTA RISCHIO

(AGI) - Cincinnati, 9 mar. - Gli adolescenti obesi che non dormono a sufficienza potrebbero aumentare il rischio di soffrire di patologie cardiometaboliche rispetto ai coetanei che trascorrono lunghe notti serene e riposanti, secondo un nuovo studio pubblicato sul Journal of Pediatrics coordinato da Heidi IglayReger dell'Universita' del Michigan. La ricerca ha dimostrato che i modelli tipici e individuali del sonno dei teenager obesi costituiscono un forte fattore predittivo del rischio cardiometabolico. Dai dati raccolti su un campione di 37 ragazzi obesi dagli 11 ai 17 anni non e' possibile chiarire se sia l'obesita' a disturbare il sonno o viceversa, in ogni caso l'influenza delle due componenti sulla salute cardiometabolica e' emersa in maniera evidente. "La robusta associazione rilevata tra durata del sonno e rischio cardiometabolico, indipendentemente dall'attivita' fisica - ha spiegato Iglay Reger - suggerisce un potenziale e significativo impatto della qualita' del sonno sulla salute metabolica degli adolescenti obesi



Pensa la salute

di Riccardo Renzi

Promesse di trasparenza sulla qualità degli ospedali

C'è in Italia un ospedale dove ogni 100 interventi di bypass muoiono 14,78 pazienti entro 30 giorni. C'è un centro specialistico dove il tasso di mortalità per lo stesso intervento è pari a 0 e cinque dove è inferiore allo 0,5%. Voi dove preferireste essere operati? C'è un centro medico dove, se vi ricoverano per ictus, avete il 43,69% di probabilità di morire entro 30 giorni, in un altro le probabilità sono l'1,03%. Vi consiglio vivamente quest'ultimo. Dei dati sulle *performances* ospedaliere, raccolti dal 2005 al 2012 dal Programma nazionale esiti per conto dell'Agenas, agenzia del ministero della Salute, finora sono stati pubblicati parzialmente, per iniziativa di alcune Regioni, soprattutto quelli positivi: l'intero rapporto è disponibile online solo per medici e am-



Finora i dati del «Programma esiti» non sono accessibili a tutti i cittadini

ministratori sanitari. Per accedervi bisogna essere accreditati, ci vuole Username e Password. Si tratta di decine di tabelle, di classifiche che riguardano mortalità, complicanze, ricadute, tipo di intervento per le prestazioni mediche più importanti. Tra chi può accedere a queste informazioni ci sono i responsabili regionali della sanità: che speriamo provvedano a chiudere subito i centri peggiori e a premiare i migliori. Ma non siamo sicuri che ciò avvenga. Per questo quello che veramente speriamo è che tutti i dati vengano al più presto resi pubblici. La ministra Lorenzin l'ha promesso, presentando il nuovo sito Dovesalute.gov.it. Quando la promessa sarà mantenuta (ma prevediamo qualche difficoltà) sarà un grande passo avanti: senza se e senza password.



Il numero

Dal ministero una mappa per la diagnosi di celiachia

Nel 2012 in Italia sono risultate positive alla diagnosi di celiachia 148.587 persone, 2.862 in più rispetto all'anno precedente. Le regioni in cui si è rilevato un maggior numero di celiaci sono Lombardia, Lazio e Campania. Le donne affette dalla malattia sono più del doppio rispetto agli uomini: 104.334 contro 44.253.

148.587

Gli italiani cui è stata diagnosticata la celiachia nel 2012. Sono 2.862 in più rispetto all'anno precedente. Fra le donne i casi sono il doppio rispetto agli uomini

La Relazione annuale sulla celiachia (scaricabile dal sito del ministero della Salute) contiene le informazioni scientifiche, i dati epidemiologici, la mappa della rete di presidi accreditati e dei centri in-

terregionali di riferimento che effettuano prevenzione, sorveglianza e diagnosi di celiachia, nonché tutte le indicazioni utili per chi vuole approfondire la tematica. Gli esperti del ministero ricordano come l'unico strumento ad oggi disponibile per contrastare la celiachia sia la rigorosa eliminazione del glutine dalla dieta, possibile con i prodotti sostitutivi degli alimenti a base di cereali contenti glutine. «È bene che la popolazione non sottovaluti i possibili sintomi — aggiungono — e che, nel caso, sia indirizzata agli specialisti per sottoporsi ai test validati, così da avere un'eventuale diagnosi prima possibile».



PER SAPERNE DI PIÙ
Relazione 2012 sulla celiachia
www.salute.gov.it



MEDICINA TERMALE, AUMENTA VALIDITA' TERAPEUTICA DELLE CURE

L'OMS INSERISCE IDROTERAPIA IN STRATEGIE DI MEDICINA

(ANSA) Roma, 9 mar " Sono in costante crescita gli studi che attestano la validita' delle cure termali di tutto il mondo, ma e' necessaria ancora una maggiore adesione delle ricerche a protocolli scientifici riconosciuti e inconfutabili, anche per accedere ai finanziamenti dei Governi. Gli studi condotti fino ad oggi sono stati presentati questa mattina a Roma, al Ministero della salute, in occasione della presentazione del report 'Hydroglobe' sull'idroterapia nel mondo, della Fondazione per la ricerca scientifica termale (Forst) e della Federazione mondiale termalismo e climatoterapia (Femtec), in collaborazione con l'International society of medical hydrology e dell'Organizzazione mondiale della sanita'. "L'Oms inserisce l'idroterapia tra le strategie e gli obiettivi della medicina tradizionale e complementare 2014-2023 - ha dichiarato Zhang Qi, coordinatore della divisione medicina tradizionale e complementare dell'Oms -. Ad oggi sono 120 i Paesi con sistemi regolamentati, dieci anni fa erano solo 20. Oggi si svolgono ricerche nel campo termale in 63 paesi, erano solo 19 dieci anni fa. La convalida scientifica e' incrementata ma, rispetto ad altri campi della biomedicina, va avanti piu' lentamente". (ANSA)

» Malati & Malattie

di Gloria Sacconi Jotti



Nel mondo sono 13 milioni le vittime della insufficienza renale acuta

Lancet, una delle più importanti riviste mediche internazionali, in un recente articolo racconta una storia che viene dalla Bolivia. È quella di un contadino di 28 anni, padre di due bambini, ricoverato per una insufficienza renale acuta: i reni non funzionano più e se non si interviene quest'uomo morirà. Ma nell'ospedale dove l'uomo è ricoverato sono attrezzati per fare la dialisi peritoneale. In pochi giorni l'uomo migliora, la funzionalità renale a poco a poco riprende e dopo qualche settimana è completamente guarito e può ritornare al suo lavoro. Purtroppo nel mondo storie come questa hanno spesso un esito diverso, sottolinea l'articolo a firma del professor Remuzzi e del direttore di Lancet. Ogni anno oltre 13 milioni di persone muoiono di insufficienza renale acuta e di queste ben 11 milioni vivono nei Paesi a basso reddito. Per la stragrande maggioranza si tratta di giovani adulti, persone attive, la cui perdita costituisce un grave danno per le società socio-economicamente fragili di cui fanno parte. L'insufficienza renale acuta, che può avere diverse cause, è caratterizzata da una rapida perdita della funzione del rene. In molti può essere prevenuta con semplici mezzi, ma se non è possibile occorre sostituire la funzione renale con la dialisi, fino a che il rene recupera. Il problema è che nei Paesi poveri la dialisi non è quasi mai disponibile - meno del 5% dei pazienti che ne avrebbero bisogno, specialmente nell'Africa sub-sahariana. Soprattutto perché costa e perché c'è bisogno di una certa organizzazione per farla. In realtà il costo è sì elevato, ma per l'emodialisi, non per la dialisi peritoneale, che può essere altrettanto efficace dell'emodialisi e consentire di curare l'insufficienza renale acuta come dimostrano esperienze oltre che in Bolivia, in Tanzania ed in altri Paesi in via di sviluppo. Remuzzi, attuale presidente dell'International Society of Nephrology, ha deciso di improntare il suo mandato con l'affermazione che l'accesso alle cure per l'insufficienza renale acuta sia considerato un diritto fondamentale dell'uomo. Ha già proposto un programma: si chiama 0 by 25: zero morti da insufficienza renale acute entro il 2025.

gloriasj@unipr.it