

NUOVE INTESA**Fondi contro l'Aids e regole sui tessuti ossei**

Fondi per la lotta all'Aids e regole per le banche dati di tessuto osseo approvati dalla Stato-Regioni della scorsa settimana.

Aids. Il riparto della quota relativa al fondo sanitario 2010 per la lotta all'Aids (legge 135/90), 49,063 milioni, prevede due quote: una per i corsi di formazione degli operatori e una per il trattamento domiciliare dei malati. La prima - 18,076 milioni - è ripartita tra le Regioni (tranne quelle a statuto speciale) in base al numero di posti letto di day hospital e di degenza ordinaria previsti a inizio anno per le malattie infettive e al numero di casi di Aids rilevati nel 2010. La seconda quota è per il trattamento domiciliare dei malati (30,987 milioni) ed è ripartita per il numero di posti di assistenza domiciliare previsto dalla legge 135/90 e numero di casi di Aids in parti uguali.

Tessuto osseo. Pronte anche le linee guida per regolamentare la richiesta di tessuto osseo alle banche specializzate. L'accordo raggiunto in Stato-Regioni prevede che ogni volta che un utilizzatore ha bisogno di un tessuto osseo, lo richiede alla propria banca di competenza (regionale o indicata dalla Regione). Poi, se il tessuto è subito disponibile la banca lo fornisce al richiedente.

Ma se il tessuto non è disponibile presso la banca, questa se lo deve procurare da un'altra o autorizzare chi ne ha bisogno a richiederlo direttamente a un'altra banca da lei indicata.

Per il tessuto non congelato la ricerca viene fatta anche sul repository nazionale, elenco informatizzato nel quale sarà visibile tutto il tessuto disponibile in quel momento in Italia.

La banca fornisce all'utilizzatore il tessuto specifico richiesto. In caso non fosse disponibile, la banca può proporre un prodotto alternativo equivalente dando informazione sulle caratteristiche. La decisione finale sul tipo di prodotto da impiegare spetta all'utilizzatore.

La banca fornisce in ogni caso agli utilizzatori informazioni sulle caratteristiche tecniche, l'efficacia ed eventuale composizione dei tessuti che distribuisce per una scelta «informata e consapevole» da parte dell'utilizzatore.

Le Regioni che non hanno una banca del tessuto muscolo-scheletrico nel proprio territorio, dovranno dotarsi di una banca propria o scegliere una delle banche esistenti. La scelta dovrà essere fatta attraverso un accordo convenzionale tra banca e Regione.

In caso di richiesta occasionale del tessuto in una Regione che non ha una convenzione con una specifica banca, l'utilizzatore può fare la richiesta a una qualsiasi banca autorizzata una volta ottenuto il nulla osta del proprio Centro regionale trapianti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LIBERALIZZAZIONI// Aperture in vista sul quorum - Le Regioni: un anno per la pianta organica

Farmacie, caccia al tetto unico

Federfarma: sostenibili fino a 3mila aperture - Sempre guerra sui generici

Massimo 3mila farmacie in più e un tetto unico con quorum a 3.500 abitanti, per una rete tarata sul rapporto di un presidio ogni 2.800 cittadini.

E attorno a questa linea del Piave che dalla settimana scorsa i vertici Federfarma stanno cercando di raccogliere consensi tra Governo e Parlamento, probabilmente con più d'una speranza di successo, visto che lo stesso ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, incontrato mercoledì scorso dai rappresentanti della categoria, si è detto possibilista su «aggiustamenti ragionevoli che consentano di mantenere l'obiettivo di dare respiro al settore». Stesse aperture tra i membri della Commissione Industria del Senato, dove fino a giovedì approderanno le richieste di modifica al Dl.

Ancora una settimana, dunque, a disposizione dei titolari di farmacia - ancora in stato di agitazione dopo la sospensione dello sciopero già proclamato per mercoledì scorso - per comunicare e confrontare numeri e proiezioni degli effetti che le misure varate dal Governo Monti avrebbero sul settore. «L'articolato così com'è è inapplicabile: rende insostenibile la rete delle farmacie e presenta almeno due profili di incostituzionalità», spiega la presidente Federfarma, **Anna Rosa Racca**.

Nel mirino dei titolari il combinato disposto dei tre commi dell'articolo 11 del Dl 1/2012 che farebbero lievitare il numero complessivo dei nuovi presidi a circa 26mila: il 43,3% in più, contro l'aumento del 10-20% (21mila in tutto) giudicato sostenibile dai titolari. «Per questo - spiega il segretario nazionale Federfarma, **Alfonso Misasi** - vogliamo un quorum unico più i resti, tutto compreso, in cui far rientrare anche le aperture in deroga».

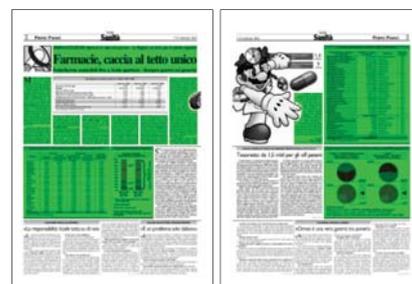
I rilievi non si fermano qui: le criticità riguardano tutti i commi dell'articolo contestato, ma almeno due si sono già guadagnati il patentino dell'incostituzionalità. Sotto tiro il comma 12 che impone alle farmacie l'assunzione di personale in rapporto alle soglie di fatturato: un vero e proprio "imponibile di mano d'opera" già dichiarato illegittimo in altre occasioni dalla Consulta. Nel mirino anche il comma 11 che accolla esclusivamente ai titolari di farmacia privata l'onere del finanziamento del fondo destinato a garantire il servizio di distribuzione **farmaceutica** nelle zone disagiate. Ritenuta dubbia anche l'ipotesi dei concorsi "in pool" per la gestione associata dei presidi,

che consente di partecipare sommando i titoli dei singoli, nonché la norma che sparglia tumi e orari, invasiva, secondo le farmacie, della competenza legislativa regionale in materia. Rilievo condiviso assieme a diversi altri anche dalle **Regioni**, che nel parere emesso sul decreto avanzano ben otto richieste di modifica, a partire dalla tempistica per la revisione delle piante organiche ottimisticamente fissata dal Dl in 120 giorni che le Regioni chiedono di portare a 1 anno eliminando il capoverso che trasforma la revisione della pianta organica e l'espletamento dei concorsi straordinari in un ulteriore adempimento soggetto a verifica annuale al tavolo di monitoraggio per l'accesso al finanziamento integrativo del Ssn. Da cassare di conseguenza anche la previsione della nomina di un commissario ad acta nei territori inadempienti. Tra le richieste di modifica sovrapponibili con quelle avanzate dai titolari di farmacia anche la richiesta di un concorso per soli titoli (e non titoli ed esami) e il passaggio da 6 mesi a un anno del periodo concesso agli eredi per la vendita della farmacia. Buone speranze dunque per Federfarma, mentre sul piede di guerra restano anche le parafarmacie, favorevoli al ritocco del quorum purché si recuperi l'impostazione originaria del decreto che prevedeva l'immediata liberalizzazione della fascia C.

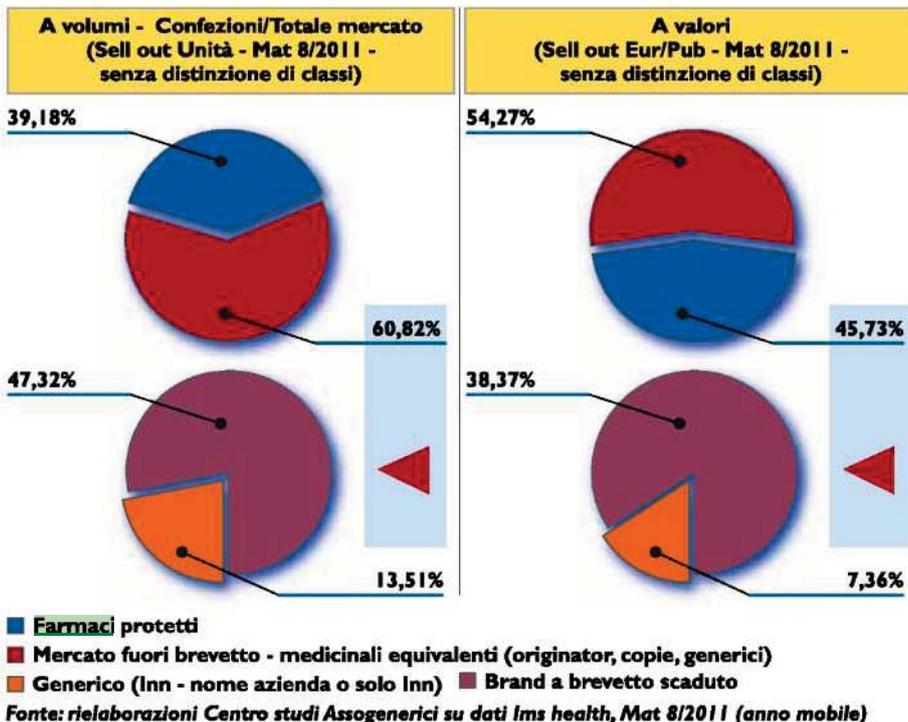
A spalleggiarle - anche se indirettamente e pro domo propria - la Sifo e il Sinafo, rispettivamente società scientifica e sindacato dei farmacisti del Ssn, privati di fatto dal decreto della possibilità di accedere alla titolarità delle sedi a concorso per il basso punteggio attribuito all'esperienza maturata nelle Asl: «Il binomio da sostenere - spiega il segretario generale Sinafo, **Antonio Castorina** - è quello che prevede l'intima connessione "farmaco-farmacista" e non certamente "farmaco-farmacia" visto che i profili di garanzia e tutela della salute sono notoriamente riconducibili prevalentemente al professionista e non certo alla struttura ospitante (farmacia/parafarmacia)».

a cura di
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Segmentazione del mercato farmaceutico a volumi e a valori (Mat agosto 2011)



Farmaci con il brevetto in scadenza negli anni 2012-2013

Principi attivi con scadenza anni 2012-2013	Sell-out a.m. agosto 2011 (euro)	Indicazioni	Scadenza brevetto
Atorvastatina calcio triidrato	491.965.984,42	Ipocolesterolemizzante	2012
Salmeterolo xinafoato/fluticasone	294.095.679,16	Antiasmatico	2013
Irbesartan/Idroclorotiazide	174.231.602,88	Antiipertensivo	2013
Irbesartan	127.002.511,35	Antiipertensivo	2012
Telmisartan	106.588.121,81	Antiipertensivo	2013
Montelukast sodico	88.729.799,26	Antiasmatico	2012
Candesartan cilexetil	77.973.096,30	Antiipertensivo	2012
Rabeprazolo sodico	66.872.607,51	Antiacido	2012
Rizatriptan benzoato	24.680.884,49	Antiemicranico	2013
Quetiapina fumarato	21.433.595,37	Antiemicranico	2012
Donepezil cloridrato	17.874.718,03	Anti demenza	2012
Oxycodone cloridrato	15.505.265,26	Opiioide-antidolorifico	2012
Fondaparinux sodico	13.512.145,81	Antitrombotici	2012
Zolmitriptan	8.111.695,84	Antiemicranico	2012
Eprosartan mesilato	4.942.712,59	Antipertensivo	2012
Bemiparina sodica	4.840.515,21	Antitrombotico	2012
Sodio neridronato	2.838.613,30	Osteomodulante	2012
Raloxifene cloridrato	2.732.806,80	Osteoporosi	2013
Ziprasidone cloridrato	2.236.266,22	Antipsicotico	2013
Galantamina bromidrato	1.939.174,48	Antidemenza	2012
Entacapone	1.421.397,12	Antiparkinsoniano	2012
Tolcapone	923.368,04	Antiparkinsoniano	2012
Rifabutina	323.186,14	Antimicrobio	2012
Sildenafil citrato	166.240,10	Impotenza	2013
Totale (classe A)	1.550.941.987,49		
Epinastina cloridrato	1.039,50	Congiuntiviti allergiche	2013
Atovaquone/proguanile cloridrato	1.034,80	Antimalarico	2013
Ganirelix	968,94	Infertilità femminile	2013
Cetrorelix acetato	677,98	Infertilità femminile	2013
Flutrimazolo	232,50	Antimicotico	2012
Emedastina difumarato	123,10	Antiallergico	2013
Tolterodina tartrato	54.546,50	Antimuscarinico	2012
Totale (non rimborsati dal Ssn)	58.623,32		
Totale generale	1.551.000.610,81		

Fonte: Ufficio studi Assogenerici, febbraio 2012

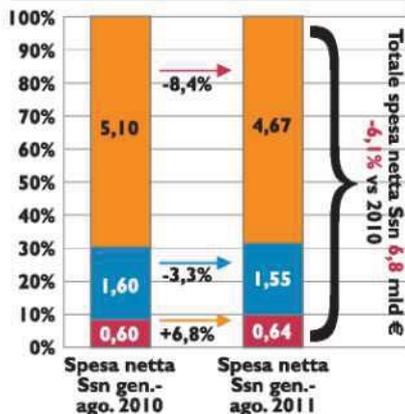
Generici dispensati a carico del Ssn: dati regionali (gennaio-agosto 2011)

Regione	Consumi		Spesa netta		Incidenza quota prezzi riferimento
	% generici su totale Ssn	% crescita unità dispensate vs gen./ago. 10	Inc. generici su spesa netta Ssn gen./ago. 11	% crescita netta Ssn gen. vs gen./ago. 10	
Abruzzo	16,71%	20,38%	8,89%	11,16%	5,76%
Basilicata	12,83%	19,91%	6,66%	13,72%	6,50%
Calabria	11,91%	17,77%	5,77%	14,19%	6,14%
Campania	13,44%	13,36%	6,47%	-2,59%	6,89%
Emilia R.	21,78%	17,93%	13,09%	8,29%	6,90%
Friuli V.G.	18,91%	14,91%	10,15%	7,54%	5,98%
Lazio	15,12%	14,20%	8,32%	7,49%	7,41%
Liguria	17,96%	14,47%	10,03%	5,79%	6,35%
Lombardia	22,53%	16,82%	10,37%	6,61%	5,27%
Marche	15,90%	15,84%	9,20%	6,11%	6,99%
Molise	12,28%	19,22%	6,33%	10,56%	7,84%
Pa Bolzano	19,51%	16,22%	10,20%	4,92%	5,58%
Pa Trento	25,90%	19,02%	14,41%	13,05%	5,02%
Piemonte	20,57%	15,31%	11,50%	7,35%	6,24%
Puglia	15,50%	14,34%	7,94%	2,02%	6,41%
Sardegna	16,25%	18,22%	8,76%	9,72%	6,02%
Sicilia	13,67%	15,73%	6,54%	5,75%	6,92%
Toscana	19,63%	18,87%	11,98%	9,63%	7,14%
Umbria	17,89%	16,37%	10,50%	8,14%	7,63%
V. d'Aosta	19,64%	15,60%	10,55%	9,67%	5,71%
Veneto	20,75%	19,74%	10,99%	9,45%	6,45%
Italia (media)	17,74%	16,49%	9,31%	6,84%	6,49%

Fonte dei dati: Ufficio studi Assogenerici

Composizione della spesa netta Ssn

Confronto 2010/2011 (valori assoluti in miliardi di €)



- Non scaduto (prodotti senza reference price regionale)
- Brand off patent
- Generico (equivalenti)

Fonte: rielaborazione centro studi Assogenerici su database Sfera gen./ago. 2011 (Ims health)

GIACOMO MILILLO (FIMMG)**«La responsabilità ricade tutta su di noi»**

«**L**e pressioni da parte dell'industria farmaceutica ci sono, ma ci sono sia da parte dei genericisti che da parte di big pharma: se a guidare i medici fosse l'interesse delinquenziale per il comparaggio potrebbero operare con entrambe le parti. Non è questo che ci fa prendere posizione».

Si scalda ancora il segretario nazionale della Fimmg, **Giacomo Milillo**, al pensiero di quella norma pensata dal Governo Monti per far crescere il mercato dei generici a vantaggio dei risparmi Ssn. «Su questa tematica stiamo preparando un position paper che sarà pronto nel giro di un mese per essere presentato in Consiglio nazionale - dice - per fissare nero su bianco i pro e i contro nell'utilizzo di questi medicinali, senza reticenze né posizioni ideologiche: siamo stanchi di essere messi sotto accusa».

Il testo però è stato modificato.

Sì. Ma il risultato non è soddisfacente.

Quello che non ci convince è l'intenzione che traspare dalla norma di condizionare il medico a consentire alla sostituibilità. Il problema non è il brand o il generico: nessuno rifiuta l'equivalente, ma tutti rifiutano la sostituibilità: continuare a dire che i **farmaci** bioequivalenti sono uguali tra loro è falso.

Ma rispetto a ora cambia poco.

Non è vero che cambia poco. In primo luogo, la norma prevede che il medico informi il cittadino su informazioni che non possiede neanche l'Aifa perché se lo fosse avrebbe già fatto l'Orange Book (lista dei prodotti utilizzabili al posto dell'originator, ndr.). Secondo, si vuole spingere il medico a sottoscrivere un'assunzione di responsabilità rispetto a effetti collaterali, qualunque essi siano, che possono dipendere dalla sostituzione senza che il medico sappia quale prodotto prenderà l'assistito. E non mi si venga a dire che il principio attivo è uguale: ci possono essere differenze di eccipienti, di solubilità, di formulazione. La verifica sul singolo atto medico non può essere sindacato da chi fa ricerca.

Allora perché lei ha consigliato a tutti i suoi iscritti di scrivere sempre "non sostituibile"?

Perché il medico è responsabile anche dei risultati dell'eventuale sostituzione a meno che non la impedisca esplicitamente.

E con la spesa come la mettiamo?

Lo Stato costringe le aziende col brand a mantenere un prezzo superiore a quello dei generici per nove mesi dopo la scadenza del brevetto: basterebbe consentire la concorrenza. Che il medico debba preferire il **farmaco** genericato prima del **farmaco** non genericato non si discute: è un'indicazione etica che ho dato al congresso nazionale. Ma quando mette nero su bianco la sua prescrizione questa non deve essere sostituita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CLAUDIO CRICELLI (SIMG)**«Ormai è una vera guerra tra poveri»**

«Non s'è mai sentito in nessun Paese al mondo dire che il generico non funziona. Possibile che solo in Italia gli eccipienti sono diversi? È un'offesa nei confronti dell'Aifa».

Voce fuori dal coro, da tempo schierato a favore degli equivalenti, **Claudio Cricelli**, presidente della società italiana di medicina generale ironizza: «Sembra quasi una guerra tra poveri. Si fa passare per "peccaminoso" il prescrivere un prodotto che costa di più. E in questa crescente confusione i medici stanno perdendo il senso della decisione clinica».

Che intende dire?

Che percepiscono ormai una pressione che di fatto li distoglie dalla scelta ponderata della migliore terapia. Così i **farmaci** stanno perdendo la loro identità sopraffatti dalla confusione di messaggi contraddittori.

Il disagio allora è motivato.

Sì. Ma non per i soli medici. La versione conclusiva del decreto si rivela quasi una beffa per i genericisti e aggiunge poco alle posizioni dei produttori di brand, ponendo sulle spalle dei prescrittori la responsabilità di una annotazione che genera difficoltà a tutti.

Qual è la soluzione?

La verità è che è necessario riprendere una vera politica del **farmaco** concertata con gli operatori sanitari in cui da una parte si riconosca l'esigenza di erogare i **farmaci** più convenienti e dall'altra ci sia la consapevolezza che in materia di **farmaci** non si può fare di tutta l'erba un fascio, affermando - per esempio - che i **farmaci** hanno solo effetti di classe e che tutto ciò che ha un costo più elevato del generico è sempre da evitare.

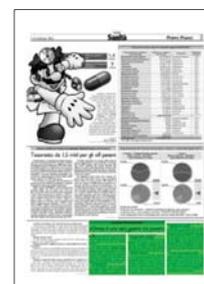
Insomma serve cautela?

Attenzione: non esistono amici o nemici dei generici. Bisogna mettersi in testa che i **farmaci** equivalenti rappresentano una scelta di politica economica, sanitaria e industriale che non dipende da noi ma dai decisori del Ssn. E bisogna essere consapevoli che le decisioni cliniche e terapeutiche sono fatte di complessità e che la personalità dei vari **farmaci** non può essere semplificata e sacrificata solo alle ragioni dell'economia e del risparmio.

E come se la caveranno i medici?

È ora di realizzare uno studio clinico controllato che definisca gli outcomes clinici dei pazienti trattati con molecole diverse. Ma occorre anche riflettere sul fatto che nei momenti difficili che ci attendono molti cittadini non si potranno semplicemente più permettere di pagare anche la minima differenza rispetto al generico meno costoso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le lettere

Medici e farmaci

“NOI, RESPONSABILI DELLE PRESCRIZIONI”

Abbiamo letto su *Repubblica* il commento di Guglielmo Pepe a proposito della prescrizione dei **farmac**. Pensiamo abbia banalizzato una nostra presa di posizione. Noi sosteniamo da sempre che il **farmaco** a brevetto scaduto rappresenti un grande valore nel trattamento di numerose patologie. Il fatto che il suo brevetto sia scaduto e numerose aziende lo possano produrre a un prezzo inferiore, rappresenta un vantaggio (...). Quando sosteniamo che il **farmaco** prescritto dal medico e “proprio quello lì” deve essere dispensato, soprattutto per i trattamenti prolungati delle patologie croniche, ci riferiamo non solo al **farmaco** “griffato”, ma anche al generico che prescriviamo. Nel nostro paese, ogni molecola che ha perso il brevetto è prodotta da almeno una decina di aziende e, per la selvaggia sostituibilità in vigore fino a oggi, nell’arco di un anno un paziente in cura per una patologia cronica (ipertensione, diabete ecc.) spesso si è visto cambiare in farmacia il **farmaco** prescritto dal medico. Questo ha ingenerato confusione (...). Non mettiamo in discussione l’efficacia del generico (...). Chiediamo solo di essere realmente responsabili delle nostre prescrizioni, a difesa della nostra autonomia e della salute degli italiani

Giacomo Milillo,
Segretario nazionale della Fimmg

Si fa un gran parlare di generici e c’è grande confusione. (...) Restii i medici, forse perché sono consapevoli del fatto che, specialmente, per alcuni **farmaci** importanti, ma aventi un indice terapeutico modesto, l’intervallo convenzionale di bioequivalenza (più o meno 20%), potrebbe risultare troppo ampio e fare sì che i **farmaci** non siano anche terapeuticamente equivalenti. Sarebbe importante conoscere, per ciascuno dei prodotti, il range di scostamento: negli Usa esiste un elenco. In Italia ancora no. Infine gli eccipienti: possono dare reazioni indesiderate o nocive ai pazienti

Giuseppe Greco, cardiologo

«Aggiungere a ogni prescrizione le parole “sostituibile con equivalente generico” è un fatto condivisibile perché questi **farmaci** sono scientificamente testati e hanno prezzi più bassi». Parole della Cgil medici che, diversamente dalla Fimmg, ha condiviso la norma sulle prescrizioni aperte ai generici. Sui quali, ha ragione il dottor Greco, servono più certezze sull’efficacia. Ma i camici bianchi che in altri paesi prescrivono più generici di noi non sono irresponsabili e meno attenti alla salute

(g. pe.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NOI & VOI

GUGLIELMO PEPE

LISTE D'ATTESA, UNA PRIORITÀ

orse una visita oculistica può attendere. Ma una gastroscopia di solito no. Non conosciamo le conseguenze di un ritardo di un esame importante ad una persona malata. Però sappiamo che le liste di attesa per un controllo in ospedale sono sempre lunghissime. Come conferma l'indagine realizzata da Altroconsumo in 80 strutture sanitarie di 5 città tramite il Cup (Centro unico di prenotazione). I numeri rilevati sconcertano: per fare una ecografia addominale a Roma servono 188 giorni; per una gastroscopia a Bari ne sono necessari trecento. Sarebbe interessante sapere quanti pazienti, di fronte a tempi così lunghi, decidono di rivolgersi agli ambulatori. Perché dopo l'introduzione dei ticket decisa dal governo precedente, la differenza economica tra una prestazione eseguita in un ospedale pubblico o da un privato, spesso è di pochissimi euro. Con un vantaggio, per il malato che può pagare: non dover aspettare sei mesi un'ecografia. Erano stati stabiliti dei tempi massimi per ottenere un esame medico ma non vengono rispettati. Nel Patto della salute tra governo e Regioni, questo punto dovrebbe essere prioritario. Perché la salute dei cittadini non può aspettare.

g.pepe@repubblica.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CAMICI & PIGIAMI

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS

**MEDICI, GLI ERRORI NASCOSTI
MEGLIO PORTARLI ALLA LUCE**

Se Totti o Del Piero avessero realizzato 3 goal per ogni dieci punizioni tirate, sarebbero stati giudicati «eccellenti»; se i goal fossero stati 5 su dieci, «legendari». Se un chirurgo ottenesse simili risultati andrebbe alla gogna mediatica come criminale. I medici sono educati a non sbagliare mai, perché commettere errori è punito con la galera. Per questo l'errore medico viene nascosto e vissuto da ciascuno nel silenzio della propria coscienza. Brian Goldman, cardiologo a Toronto, offre un convincente ragionamento sul perché si debba pubblicamente ragionare sugli errori dei medici (www.ted.com). «Bisogna ridefinire la cultura medica — afferma — Non si può insegnare onnipotenza e onniscienza». Un radiologo italiano ha da poco tenuto a Roma una lezione dal titolo: «I tre più grossi errori della mia vita»: memorabile! La medicina è fatta di incertezze, coraggio, rischio. Ma dentro un'organizzazione complessa. Impossibile non commettere errori e improbabile non ripeterli se si continua a tenerli nascosti.

camici.pigiami@gmail.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA



di vario orientamento. Parola d'ordine: "Complementarietà"

In Francia approccio integrato sul 60% dei colpiti da cancro

Effetti collaterali da chemio, l'omeopatia li può alleviare

Resta comunque aperta la questione delle prove di efficacia

MARIA PAOLA SALMI

LIONE

Il futuro dell'oncologia e dell'omeopatia sta in una sola parola, "complementarietà". Ad essa guardano con la consapevolezza dei limiti da superare gli oncologi, i medici di medicina generale, i farmacisti, i sociologi e gli omeopati di diverse nazionalità intervenuti alla conferenza-dibattito dal titolo "Oncologia, cure di sostegno e omeopatia" che Boiron ha organizzato di recente alla Facoltà di medicina e maieutica Charles Mérieux. In Europa oltre un terzo dei pazienti colpiti da un cancro utilizza le medicine complementari, in Francia quasi il 60%. L'omeopatia integra le cure tradizionali nel 37% dei casi di tumore al seno.

L'omeopatia guarisce il tumore? «Certamente no, lo sappiamo, ma fornisce un contributo: riduce la fatica, allevia gli effetti collaterali della chemio,

aiuta i pazienti a non essere costretti ad interrompere le terapie a causa del vomito, delle mucositi e di tanti altri disturbi che fanno star peggio del tumore stesso», afferma Jean-Claude Karp, medico generalista consulente omeopata nel Servizio di oncologia e radioterapia dell'ospedale di Troyes. Gli fa eco Jean-Philippe Wagner, oncologo medico al Robertsau di Strasburgo: «Noi oncologi guardiamo il tumore, l'omeopata guarda il paziente, questa sorta di delega spaventa gli oncologi, in realtà si aiuta il malato a vivere meglio». Uno studio condotto dal 2005 al 2008 dalla sociologa Anne-Cécile Bégot ha rivelato come l'angoscia, le carenze delle medicine tradizionali, gli effetti collaterali e la mancanza di ascolto siano i motivi per cui i malati scelgono di integrare la terapia con le cure omeopatiche. Nella maggior parte dei casi tutti i trattamenti vengono somministrati in ospedale, non tutti i pazienti però hanno accesso alle cure di sostegno - dicono i medici - inoltre il malato oncologico trascorre il 90% del suo tempo a casa. Occorre quindi sensibilizzare la filiera tradizionale medica: l'oncologo, il me-

dico di famiglia, il farmacista, sviluppando un rete ospedale-territorio di cui faccia parte integrante l'omeopata. «I farmacisti vedono tutti i giorni i clienti-pazienti con patologie croniche, molti di essi ci chiedono "come mai il mio medico non mi ha parlato di questa opportunità di cura per aiutarmi"? - racconta Francois Roux, farmacista a Toulouse - quello di consulenti per le cure di sostegno è un modo per collaborare nella filiera».

Da qui sembra lontano il tempo in cui l'omeopatia si contrapponeva alla medicina con un approccio settario da entrambi i lati, ma resta un ultimo passo, tutt'altro che secondario, perché entri in ospedale in piena legittimità: la prova di efficacia. Qui le strade si differenziano per questioni di metodo: «Arriveranno i dati - affermano i ricercatori Boiron - con nuove metodologie che indagano per fasci di prova (somma di sperimentazioni mirate, ndr) anziché su studi randomizzati in doppio cieco, non adatti all'omeopatia». Resta da vedere se la comunità scientifica nel suo complesso sarà disposta ad accettare tale modalità come "prove".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL SONDAGGIO

Un sondaggio di Health Monitor CompuGroup segnala che il 52,2% dei medici intervistati propone ai pazienti la medicina omeopatica



I MEDICI

Sempre secondo recenti dati il 28% dei medici sollecita il Servizio sanitario a sostenere l'omeopatia nella clinica



LO STUDIO

Meno stanchezza e migliore qualità di vita con le cure omeopatiche. Lo dice uno studio tedesco su oltre 600 pazienti (Bmc Cancer)



IL MANIFESTO

La Siomi ha promosso il "manifesto per la medicina integrata": in 9 punti la corretta integrazione con la medicina tradizionale

L'OPINIONISTA LETTORE

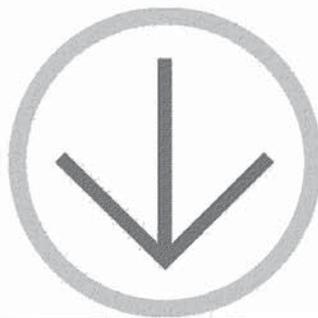


ALESSANDRO BOVICELLI
Bologna

TUMORI, DIRLO O MENO AL PAZIENTE?

MI OCCUPO ormai da tanti anni di oncologia e sono stato per un lungo periodo negli Stati Uniti. Il rapporto medico-paziente, Oltreoceano e qui da noi, è generalmente differente. Di fronte a una malattia oncologica, negli Stati Uniti, il medico espone il caso con estrema franchezza circostanziando la diagnosi ma anche tutte le possibili terapie e la conseguente aspettativa di vita. E' chiaro: in questo modo l'impatto emotivo sul paziente è forte. Resistere e combattere dipende dalla propria energia e dall'ambiente che ti circonda, che ti può sostenere più o meno adeguatamente. In Italia non c'è, come in tutto, un approccio codificato, e in questo caso lo si può leggere come un bene oppure come un male. Il paziente, volendo, può non conoscere o conoscere solo parzialmente la sua situazione e continuare la sua vita più o meno normalmente senza dover sopportare il peso di una realtà talvolta drammatica. Chi è vicino al malato se ne fa carico. Se la malattia è superabile si evitano sofferenze psicologiche inutili. Se non è superabile si soffre con una consapevolezza minore. E' difficile dire quale dei due approcci, lo statunitense o il nostro sia più giusto in assoluto.





Flash

Il report

LUCI ED OMBRE SUI TRAPIANTI

Cresce nel 2011, anche se di poco, la donazione di organi (0,6%) e cala in percentuale (7%) la lista dei pazienti in attesa di trapianto. Così il report del Centro nazionale trapianti, presentato al ministero della Salute. Il tasso di donazione più alto si è registrato in Toscana. Aumenta il numero dei trapianti di rene da vivente, pari al 13%, e delle donazioni di cornee (7246 donatori nel 2011; primo Paese europeo); 6.594 sono in attesa di un trapianto di rene, con un tempo medio di attesa

in lista pari a 3 anni, mille sono in attesa per un trapianto di fegato con un tempo medio di attesa pari a 2 anni circa 733 per un trapianto di cuore, con un tempo medio di attesa pari a 2 anni e mezzo, e 238 sono in attesa di un trapianto di pancreas, con un tempo medio di attesa pari a 3 anni e mezzo. Secondo Ignazio Marino, autorevole chirurgo dei trapianti, presidente commissione d'inchiesta sulla sanità e senatore Pd, «I centri per il trapianto di fegato

di Bari e Genova, dovrebbero essere immediatamente chiusi e i cinque centri per lo stesso tipo di trapianto a Roma ridotti al massimo a due. Nessuno di essi esegue il numero minimo di 25 trapianti l'anno. Nel trapianto di rene almeno 15 centri italiani non rispettano le indicazioni del ministero della Salute. Né i 16 centri italiani per il trapianto di cuore, di cui solo tre rispettano le norme»



Il sottosegretario alla salute Elio Cardinale continuerà il progetto avviato dal governo Berlusconi

La laurea abilitante torna in pista

L'obiettivo: accelerare l'ingresso dei medici nel mondo del lavoro

Pagina a cura
DI BENEDETTA PACELLI

Camici bianchi laureati e abilitati. Quello che, nel precedente governo Berlusconi, era un cavallo di battaglia del tandem Gelmini-Fazio, torna di nuovo alla ribalta. A occuparsene, come è stato sottolineato ieri in occasione di un incontro sul tema organizzato alla camera dei deputati, sarà proprio il sottosegretario alla salute Elio Cardinale che cercherà di trovare la quadratura del cerchio fino ad ora mancata, soprattutto per la brusca interruzione del precedente esecutivo. Ma qualcosa era già stato fatto. Si ripartirà, dunque, dal tavolo istituito tra la conferenza dei presidi delle facoltà di medicina e i ministeri competenti (salute e istruzione) che aveva avviato un primo giro di consultazioni, poi interrotto. Il punto di partenza, comunque, rimane lo stesso: accelerare l'ingresso dei futuri medici nel mondo del lavoro, allineandone i tempi alle prassi dei paesi europei. Due i tempi del restyling: innanzitutto fare in modo che contestualmente all'esame di

laurea gli studenti possano conseguire anche l'abilitazione alla professione medica, così come già avviene per alcune professioni sanitarie. Questo sarà possibile modificando la rappresentanza in sede di esame che dovrà essere composta non più solo dal corpo accademico, ma anche da esponenti del mondo delle professioni. Il provvedimento ridurrà di circa un anno il tempo che intercorre tra la laurea e l'accesso alle scuole di specializzazione. La seconda modifica, invece, andrà a impattare sul tirocinio obbligatorio articolato in tre mesi (un mese in un reparto chirurgico, un mese in un reparto di medicina e un mese presso l'ambulatorio di un medico di base) che sarà effettuato durante i sei anni di studio universitari e non alla conclusione come avviene ora. «Del resto», come spiega Andrea Lenzi, presidente della Conferenza nazionale permanente dei presidenti di corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia, «l'esame di stato oggi è un ripetizione della prova precedente e il trimestre di tirocinio è stato di fatto già riassorbito dalle

stesse facoltà». A questo punto manca la modifica della norma nazionale, «su cui stiamo già lavorando che probabilmente avrà la forma di un regolamento. Poi ci vorranno i successivi passaggi nelle commissioni parlamentari competenti e al consiglio di stato». Ma gli addetti ai lavori sono ottimisti: entro la legislatura la norma sarà portata a casa. Durante l'incontro di ieri poi sono state avanzate anche due proposte per migliorare l'accesso alle facoltà di medicina e alle scuole di specializzazione. Per le prime si ipotizza di dare più peso al curriculum dello studente, oltre al tradizionale test di ingresso, per le seconde, invece, si dovrebbe puntare su una tesi orientata e su pubblicazioni specifiche. Tutte queste richieste, ha assicurato l'organizzatrice dell'incontro Paola Binetti (Udc), confluiranno in una «mozione parlamentare in commissione affari sociali che porterà all'attenzione del governo tutte le problematiche legate all'accesso alla facoltà e alle scuole di specializzazione.

— © Riproduzione riservata —

