

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA TEMPIO

LUNEDI' 16 MARZO 2015

SOMMARIO

ASL 1 SASSARI

- ❖ **COMUNICATO STAMPA**
Nella Rianimazione del Santissima Annunziata si applica l'Ecmo L'Ospedale Civile di Sassari riferimento regionale dei "centri della rete respira"

ASL 2 OLBIA

- ❖ **COMUNICATO STAMPA** Depressione post partum: in città iniziano le conferenze informative

QUOTIDIANO SANITA'.IT

- ❖ Cure palliative. Lorenzin: "A cinque anni dalla Legge 38 ancora troppe differenze regionali"
- ❖ Chirurgia estetica. Nel 2014 aumentano gli interventi: +6,2%. Superata quota 1 milione

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

- ❖ **PROFESSIONE** Medici d'Italia nel dopo-Bianco tra nuove intese e vecchie strategie
- ❖ «Svaluation». Il capitale umano in sanità.
Lettera aperta di Anaao al Presidente del Consiglio

DOCTOR 33. IT

- ❖ Omeopatia: una stroncatura australiana accende la polemica
- ❖ Troppi esami inutili? Mola (Wonca) a Lorenzin: le linee guida per limitare i raggi X ci sono

ASL 1 SASSARI

COMUNICATO STAMPA

Nella Rianimazione del Santissima Annunziata si applica l'Ecmo L'Ospedale Civile di Sassari riferimento regionale dei "centri della rete respira"

All'Ospedale Civile di Sassari alcuni pazienti con gravi insufficienze respiratorie sono stati trattati con la metodica ECMO.

ECMO, acronimo dall'inglese Extra Corporeal Membrane Oxigenation, indica il trattamento di supporto in corso di patologie che impediscono una adeguata ossigenazione del sangue e rappresenta una evoluzione della procedura adottata durante gli interventi cardiocirurgici. Consiste in un trattamento definito di supporto

in quanto permette di mantenere il cuore e/o i polmoni a riposo consentendo così il loro recupero funzionale.

L'ECMO in ambito rianimatorio, viene utilizzata nei casi in cui non siano risultati sufficienti i trattamenti farmacologici e meccanici convenzionali. Grazie al grande sforzo organizzativo di medici e infermieri della Rianimazione del SS. Annunziata di Sassari insieme ai colleghi dell'Unità Operativa di Cardiocirurgia, sono quattro i pazienti provenienti da altri nosocomi sardi e ricoverati nel reparto di Rianimazione, attualmente sottoposti alla nuova metodica.

"Un altro passo avanti per la sanità sarda" è il commento del Commissario Straordinario Agostino Sussarellu. "Fino a pochi mesi fa questa tipologia di paziente veniva trasferita d'urgenza presso ospedali di riferimento della penisola, ora potrà ricevere le stesse cure in Sardegna".

I trattamenti sono stati avviati con la collaborazione dei colleghi della Terapia Intensiva del S.Gerardo di Monza, che vantano una vastissima esperienza nel campo e coordinano ECMOnet, la rete del Ministero della Salute. L'équipe del S.Gerardo di Monza nei giorni scorsi era a Sassari per valutare l'inserimento del Santissima Annunziata tra i centri di riferimento per la Sardegna.

ASL 2 OLBIA

COMUNICATO STAMPA

Depressione post partum: in città iniziano le conferenze informative

Giovedì 19 marzo 2015 la Asl di Olbia ha organizzato la prima conferenza informativa e di psico-educazione rivolte alla cittadinanza, agli operatori sanitari e sociali, alle coppie e a tutte le future mamme, in cui verranno analizzati i sintomi della Depressione che colpisce le donne subito dopo la gravidanza.

Crisi di pianto, disturbi del sonno, perdita d'appetito, assenza d'interesse nei confronti del neonato e nelle attività quotidiane, senso di colpa: sono alcuni dei sintomi che possono manifestarsi dopo il parto. La percentuale di donne che subito dopo la gestazione soffre di una lieve forma di depressione (baby blues) è altissima, colpisce mediamente il 70% delle madri, mentre la Depressione post partum, che per statistiche e caratteristiche cliniche è la più grave complicanza psichica del puerperio, ha un'incidenza del 10-15% sulla popolazione femminile che partorisce.

La Asl di Olbia, attraverso il Consultorio Familiare, ha attivato da quasi due anni un percorso dedicato alle neo mamme: *“Ora prenderanno il via le Conferenze informative così da far conoscere il fenomeno al grande pubblico e intercettare tutte le donne a rischio”*, spiega **Liliana Pascucci**, responsabile del Servizio Consultoriale della Asl di Olbia. *“Con questo progetto intendiamo sostenere la salute psico-fisica della donna nella gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, attraverso l'accompagnamento psicologico alla nascita, l'individuazione precoce degli indicatori di rischio per l'esordio di una depressione post-partum, il sostegno alla relazione madre-bambino”*.

“Le donne, spesso, nei mesi successivi alla nascita del suo bambino, si sente

*depressa; questi suoi sentimenti vengono spesso sottovalutati e considerati normali, legati allo stress associato al doversi prendere cura di un neonato. La maggior parte delle madri riesce a superare questo momento con risultati più o meno buoni, mentre una parte non riesce a reagire, arrivando a registrate difficoltà nel lungo termine, con gravi conseguenze sia per la sua salute, che per quella del bambino e dei suoi familiari”, spiega la psicologa **Carmen Ghiani**, referente per la Asl di Olbia dello sportello depressione post partum. “Di solito si tratta di quadri sintomatici a base ansioso-depressiva che possono spaziare dalle forme lievi del **baby blues** (che colpisce il 70% delle donne nei giorni immediatamente successivi al parto e si risolve mediamente entro le prime due settimane dalla nascita), a quelle più importanti della **depressione post-partum**, con esordio tipico entro le sei settimane dopo il parto, che comprendono umore depresso e anedonia (incapacità del paziente a trovare piacere), accompagnata da perdita o aumento di peso, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, incapacità di concentrazione, sentimenti di colpa, pensieri suicidari. Sino ad arrivare alla **psicosi puerperale**, che registra un'incidenza bassa, tra 0,1 e lo 0,2%, e la cui conseguenza più grave è l'alto rischio di suicidio e infanticidio”.*

Una recente ricerca dall'Istituto Superiore di Sanità ha confermato come nelle donne che seguono percorsi di prevenzione e promozione del benessere psicologico durante la gravidanza, l'incidenza del disturbo depressivo diminuisce in maniera significativa attestandosi attorno al 7%: in queste donne, la conoscenza del fenomeno, consente di superare le eventuali aspettative irrealistiche della maternità, di migliorare l'autostima, di sviluppare le abilità di “coping” (l'insieme delle strategie cognitivo-comportamentali a disposizione della persona per far fronte, gestire, ridurre, combattere, le avversità), “*andando quindi a ridurre i sintomi della depressione post-natale e facilitare l'uso e lo sviluppo delle reti relazionali e sociali esistenti*”, aggiunge la Ghiani.

La Asl di Olbia, attraverso il Consultorio Familiare, ha attivato dal 2013, uno sportello di consulenza psicologica per la prevenzione e la cura della Depressione post partum, nell'ambito del quale le future mamme possono, fin dalla gravidanza, effettuare uno screening per l'individuazione precoce del rischio depressivo, frequentare incontri di informazione e di psico-educazione, apprendere strategie per il miglioramento del proprio benessere psicologico ed essere seguite nel puerperio con supporti psicologici brevi.

In questi due anni sono state circa **260 le donne e 110 le coppie** che si sono rivolte allo sportello e che hanno seguito gli incontri informativi sulla Depressione post-partum e di promozione per il benessere psicologico nella gravidanza e nel puerperio.

Ora, per estendere la conoscenza sul fenomeno e sugli strumenti in mano alle donne per fronteggiare questo periodo, prendono il via le conferenze informative, dal titolo “**La Depressione post partum, come riconoscerla e sconfiggerla**”: la prima è in programma **giovedì 19 marzo 2015**, alle ore 16 nell'aula magna, al secondo piano, dell'Ospedale Giovanni Paolo II di Olbia.

Cure palliative. Lorenzin: “A cinque anni dalla Legge 38 ancora troppe differenze regionali”

Per superare le disomogeneità all'interno del territorio nazionale è necessario promuovere la diffusione delle conoscenze in materia e sensibilizzare tutti gli attori coinvolti, per indurre un impulso al miglioramento. La qualità delle cure non può essere svincolata dall'attenzione al punto di vista della persona, alle sue richieste, ai suoi convincimenti

Cinque anni fa veniva approvata la legge 38/ 2010 sulla terapia del dolore e le cure palliative. La lotta al dolore è stata un impegno portato avanti con grande attenzione e continuità dal Ministero della Salute, in piena sinergia con i professionisti operanti nelle reti assistenziali e con le organizzazioni no profit presenti sul territorio, assumendo carattere prioritario e di rilievo nazionale, tanto da essere inserito tra le disposizioni contenute nel nuovo Patto per la salute sottoscritto per gli anni 2014-2016.

Purtroppo però ci sono ancora sensibili differenze tra le realtà regionali e questo indica che c'è ancora molto lavoro da fare per garantire un' offerta assistenziale omogenea in termini di qualità, di equità e di accessibilità delle prestazioni.

Per superare le disomogeneità all'interno del territorio nazionale è necessario promuovere la diffusione delle conoscenze in materia e sensibilizzare tutti gli attori coinvolti, per indurre un impulso al miglioramento. Anche in quest'ottica, nel corso del semestre di presidenza europea appena concluso abbiamo portato all'attenzione di tutti gli Stati Membri le tematiche della terapia del dolore e delle cure palliative, come uno degli argomenti di priorità sanitaria.

Stiamo partecipando alla costruzione di un nuovo contesto assistenziale globale, nel quale l'impegno strategico a garantire l'erogazione di cure appropriate nel giusto ambiente, con i criteri e le modalità del lavoro in équipe multi professionale e multidisciplinare, si accompagna alla crescente consapevolezza di dover assicurare il pieno rispetto della persona, modulando i comportamenti assistenziali nella direzione che conferisce loro il rinnovato valore della capacità relazionale, della comunicazione e dell'ascolto.

In tema di terapia del dolore, ancor più che in altri ambiti, infatti, la qualità delle cure non può essere svincolata dall'attenzione al punto di vista della persona, alle sue richieste, ai suoi convincimenti e l'impegno crescente degli operatori deve essere di garantire un ventaglio di opportunità assistenziali adattato sia alle esigenze del paziente, ma anche alle aspettative, ai bisogni e alle volontà dell'individuo.

Beatrice Lorenzin

Editoriale newsletter Ministero della Salute

Chirurgia estetica. Nel 2014 aumentano gli interventi: +6,2%. Superata quota 1 milione

Per il terzo anno consecutivo, la procedura di chirurgia plastica più eseguita in Italia è la liposuzione. Nel campo della medicina estetica, la tossina botulinica è diventata, per la prima volta, l'intervento più eseguito. Per quanto riguarda la distribuzione degli interventi fra le regioni italiane, trionfano Lombardia (18,98%), Lazio (20,31%) ed Emilia Romagna (12,50%).

Superano quota un milione gli interventi di chirurgia e medicina estetica eseguiti in Italia nel 2014, con un aumento del 6,2% rispetto all'anno precedente. E' il dato emerso durante il congresso Aicpe a Firenze dove sono stati presentati i risultati dell'indagine annuale condotta dall'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica relativa all'andamento del settore in Italia. L'indagine ha coinvolto solamente i chirurghi plastici estetici; risultano quindi esclusi gli interventi eseguiti da altri medici come medici estetici, otorinolaringoiatri e dermatologi.

A crescere sono sia gli interventi di medicina estetica, che costituiscono il 76% del totale e che registrano un aumento del 6,2% rispetto al 2013, sia quelli di chirurgia plastica estetica, il 24% del totale, che nell'ultimo anno sono cresciuti del 3%.

“Anche nel 2014 registriamo una crescita rispetto all'anno precedente, un segnale che gli italiani non rinunciano a prendersi cura di sé - afferma il presidente di Aicpe, **Mario Pelle Ceravolo** -. Il nostro settore non ha mai risentito della crisi come altri, invece, hanno fatto: la medicina estetica è sempre cresciuta mentre la chirurgia estetica, che negli anni scorsi aveva subito delle flessioni, nel 2014 ha ripreso a crescere. Speriamo che questo trend positivo prosegua anche per l'anno in corso e che segni l'inizio della tanto attesa ripresa”.

Per il terzo anno consecutivo, la procedura di chirurgia plastica più eseguita in Italia è la liposuzione. Nel 2013 sono stati eseguiti 43.989 interventi, mentre nel 2013 erano stati 44.464, con un calo dell'1%. La seconda operazione più richiesta è la mastoplastica additiva, ossia l'aumento del seno (33.532, +0.1%), seguita dalla blefaroplastica, il ringiovanimento dello sguardo (32.313 interventi, +1%%). “Tra gli interventi più in voga nel 2014 ci sono il lipofilling, ossia il trapianto del proprio grasso in altre parti del corpo - dice **Pierfrancesco Cirillo**, segretario di Aicpe -. È utilizzato per riempire le rughe del volto o piccole depressione del corpo ed è sempre più apprezzato, come dimostra la crescita del 20% rispetto all'anno precedente nel numero di interventi. Sempre più richiesto anche l'aumento dei glutei, che ha registrato un +6,6%: le curve piacciono sempre di più, come già hanno rilevato i dati statunitensi”.

Nel campo della medicina estetica, la tossina botulinica è diventata, per la prima volta, l'intervento più eseguito (274.870 procedure, +22,9%), superando l'acido ialuronico (265.324, -8,3%). Seguono a distanza l'idrossiapatite di calcio, un filler di lunga durata (37.473, -8,3%); il peeling chimico (33.546, +8,1%) e la laser depilazione (31.620, +27,7). Gli uomini rappresentano il 14,9% dei pazienti che si sono rivolti a un chirurgo plastico, in calo rispetto al 2013 (-11% rispetto al 2013). Per quanto riguarda gli interventi preferiti per genere, quelli più eseguiti dalle donne sono, nell'ordine, mastoplastica additiva, liposuzione, e rinoplastica, mentre quelli preferiti dagli uomini liposuzione, blefaroplastica e rinoplastica. Per quanto riguarda la distribuzione degli interventi fra le regioni italiane, trionfano Lombardia (18,98%),

Lazio (20,31%) ed Emilia Romagna (12,50%). L'indagine è un'ulteriore conferma del falso mito dei minorenni amanti della chirurgia plastica: gli interventi eseguiti sono stati esigui (4.598, lo 0,4% del totale come nel 2013). I più eseguiti sono stati rinoplastiche, otoplastiche e liposuzioni. Non è stato registrato nessun intervento di aumento del seno o tossina botulinica tra i minorenni.

SOLE 24 ORE SANITA'.IT

PROFESSIONE Medici d'Italia nel dopo-Bianco tra nuove intese e vecchie strategie

All'appuntamento più importante, quando il Consiglio nazionale si riunirà da venerdì 20 a domenica 22 marzo per eleggere il nuovo presidente e il Comitato centrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici, la Fnomceo rischia di arrivare spaccata. Il "dopo-Bianco", a pochi giorni dal voto, è ancora immerso nell'incertezza e fervono le grandi manovre. Tanto che a oggi non è ancora chiaro se le due anime emerse dal dibattito - la lista guidata da Roberta Chersevani (Omceo Gorizia) che si propone in piena linea di continuità con l'esecutivo uscente e il gruppo di consenso coagulato intorno al presidente di Palermo Toti (Salvatore) Amato - riusciranno a trovare la quadra e arrivare alle elezioni con un "listone" unico.

Chersevani ha presentato ufficialmente, e ulteriormente limato, un programma che nella sua versione definitiva è stato inviato a tutti i presidenti. All'insegna dello slogan "Ripensare la Professione per inovare", si propugnano i temi caldi già cari all'uscente Amedeo Bianco, vero e proprio convitato di pietra. Un ruolo inevitabile per un leader che, dopo aver rinunciato a presentare nuovamente la propria candidatura anche in considerazione del ruolo di senatore, molto probabilmente resterà presente in Fnomceo. E chissà che la futura Fondazione di cui sempre più spesso si sente parlare, come organismo "forte" da affiancare alla Federazione, non veda proprio in lui una guida e una sorta di alter ego al nuovo presidente che verrà. Sarebbe anche un modo per non disperdere l'esperienza di Bianco, che resterebbe con un ruolo autorevole in Federazione ma liberato dall'ombra della "doppia giacchetta" - presidente di Ordine e senatore - che tanto filo da torcere (v. articolo a pag. 7) sta dando ai suoi colleghi Andrea Mandelli (presidente Fofi), Luigi D'Ambrosio Lettieri (vice presidente Fofi e presidente Fofi-Bat) e Annalisa Silvestro (Iпасvi).

Roberta Chersevani prima del voto preferisce non dialogare con la stampa, ma per lei parla la sua strategia in 21 punti. Il primo, non a caso, è l'essenza («mettere al centro il ruolo, le funzioni e le competenze del medico) del camice bianco, sulla cui base andranno poi affrontati nodi come la questione del comma 566 della legge di Stabilità 2015 sulle competenze professionali. Ed è proprio questo uno degli aspetti su cui punta anche Toti Amato, convinto con una serie di altri presidenti che il tema non sia stato affrontato con tempestività e determinazione dal Bianco presidente di Federazione, al momento in cui da senatore si è trovato nel dicembre scorso a votare la manovra. Rilanciare l'atto medico, nella versione "Medical Act" voluta dalla Ue e dalla Uems, è il cuore della proposta lanciata dal "ticket" Amato e Piero Muzzetto (presidente di Parma), che due settimane fa hanno risposto alla lista Chersevani con l'avvio del blog <https://insiemefnomceoblog.wordpress.com> aperto ai commenti di

tutti gli iscritti ai 106 Ordini provinciali. L'idea di Amato è di rinnovare la Fnom "dal basso", aprendola ai contributi di chiunque voglia partecipare. Un'operazione velleitaria, per i presidenti che sottoscrivono il programma Chersevani, che sono lo zoccolo duro dei fedelissimi a Bianco. Mentre in tutto sono 68, spiega la presidente di Gorizia in calce al documento programmatico, quanti «hanno manifestato interesse e dato adesione». Peccato che parte di quelli Amato li rivendichi tra i propri sostenitori. È un "muro contro muro" soft: il presidente di Palermo la scorsa settimana ha deciso di telefonare alla leader di Gorizia proponendole di "aprire" la sua lista ai nomi emergenti nell'altro schieramento, nel segno della "partecipazione democratica". Al momento in cui si scrive non sono arrivate risposte. Del resto, è dilemma degno di una Sibilla: un listone darebbe il segno di concordia e di apertura a tutte le anime ma allo stesso tempo introdurrebbe elementi d'incertezza sull'esito del voto e sul prossimo esecutivo. Fortuna che le elezioni sono dietro l'angolo...

«Svalutation». Il capitale umano in sanità.

Lettera aperta di Anaao al Presidente del Consiglio

Signor Presidente,

da mesi La sentiamo battere sul tasto del capitale umano, leva per risollevare le sorti del nostro Paese: "... se vuoi mettere in moto il paese per i prossimi 30 anni o vai sul capitale umano o non vai da nessuna parte" (iniziativa Pd sulla scuola - 22 febbraio 2015).

"I tre punti della riforma saranno il capitale umano, i tagli agli sprechi e gli open data come strumento di trasparenza e innovazione" (30 aprile 2014, a proposito della riforma della Pubblica Amministrazione).

"Il capitale umano è l'unico grande strumento con il quale l'Italia uscirà dalla crisi" (27 novembre 2014, convegno della Guardia di Finanza).

Come darLe torto? Puntare sul capitale umano è giusto, non solo per il sistema di istruzione, ma anche per quello sanitario, entrambi fondati sul sapere, sul sapere fare e sul sapere essere degli operatori. Ma se la Scuola occupa oggi la prima pagina della politica e dell'informazione, la Sanità fa notizia a poussè periodiche: per la situazione disumana di alcune realtà assistenziali, per i casi, veri o spesso presunti, di malasanià, per l'ininterrotta sequela di quanti continuano ad arraffare quello che possono. Rientra a pieno titolo nei palinsesti della cronaca, o nei dibattiti di approfondimenti di valenza sociale, ma, quasi mai, nella attenzione politica, se non come puro costo da abbattere, lusso che non ci potremmo permettere.

Se il cuore della buona scuola sono gli insegnanti, il cuore della sanità migliore sono i medici e il lavoro dei professionisti. Quelli che nei convegni sono le risorse umane, nei fatti, però, diventano solo costi da tagliare prima e di più degli altri, fattori produttivi, macchine banali prive di ruolo sociale, da tenere sotto controllo in quanto costose e generatrici di costi.

Dopo le "cure" dei governi che La hanno preceduto, da Tremonti a Siniscalco, da Monti a Padoa Schioppa, il capitale umano nel Sistema Sanitario, oggi vale quanto le azioni della Lehman Brothers dopo il 15 settembre 2008. Andando sempre più depauperandosi, da un punto di vista quantitativo e qualitativo, fino ad essere appena

sufficiente a mantenere le attività di base e le (continue) emergenze. Alla sfiducia degli operatori si aggiunge la scarsa considerazione di chi avrebbe il compito di valorizzare le risorse umane risultando la demagogia spiccia e gli economisti dei tagli lineari totalmente insensibili a questo obiettivo.

Non si salvano da questa deriva neppure le "risorse fresche". Oggi i giovani medici sono lasciati nel limbo post-laurea senza possibilità di completare la loro formazione, in uno stato di sotto-occupazione a buon mercato o precariato stabile, nuovo ossimoro della lingua italiana, che mette in discussione la stessa continuità delle cure. Ignorati dal jobs act, vivono uno stato di disagio nel presente e di incertezza sul futuro che li spinge a cambiare Paese. Un regalo da 150.000 euro ai vicini per ogni medico che lascia (solitamente per sempre) il suolo natìo. Una fuga sestuplicata negli ultimi 5 anni.

Un singolare caso di trasformazione transfrontaliera: un capitale umano che le agenzie di rating definirebbero da tripla B, paragonabili ai titoli "spazzatura", nel proprio paese, che diventa prezioso appena valica il confine. Si sta diffondendo, specie al Sud, una assistenza precaria in una sanità provvisoria, una supplentite senza fine garantita da una precarietà esistenziale che Lei ha bene descritto per la scuola. Ha ragione: "bisogna assumerli i precari, per non consentire che uno prima ancora di arrivare in una scuola (o nel nostro caso in un ospedale) abbia già perso tutti gli entusiasmi".

Certo, la precarietà in Sanità a qualcuno fa comodo. A chi si illude di risparmiare negando diritti e facendo convivere negli stessi spazi fisici, e spesso a fare lo stesso lavoro, stati giuridici ed economici differenti, garantiti e non, con questi ultimi in attesa di un rinnovo di contratti sempre più corti in un precariato sempre più lungo, cui il DPCM in via di pubblicazione non darà soluzione.

Signor Presidente,

è certo vero che "ciò che Sua figlia sarà, dipenderà dagli insegnanti che troverà sulla sua strada". Ma è altrettanto vero che il suo stato di salute dipenderà dai medici che incontrerà e dal sistema sanitario in cui si troverà ad esigere il suo diritto alla salute. Che non potrà dipendere dal luogo in cui si troverà a vivere e dalle condizioni di lavoro degli operatori.

Anche la sanità può contribuire a cambiare l'Italia costituendo anche un formidabile volano per l'economia. A condizione di restituire valore a chi tiene aperti i cancelli della "fabbrica " garantendo la salvaguardia di un bene prezioso come la salute, con un lavoro gravoso e rischioso che non conosce giorni e notti di pausa. Dove sono le competenze e le capacità del capitale umano a fare la differenza tra la vita e la morte, la salute e la malattia.

A quando la valorizzazione del lavoro professionale svolto all'interno di un servizio sanitario che ha il migliore rapporto in Europa tra costi e risultati, assicurando anche quella coesione sociale che è un vantaggio competitivo in tempi di crisi?

Signor Presidente,

attendiamo fiduciosi l'hashtag dare speranza alle speranze di giovani e donne e uomini che reclamano semplicemente il diritto a curare con la dignità, l'autonomia e la responsabilità che derivano da un percorso formativo di lunghezza e complessità senza pari e dal ruolo che assegna loro la Costituzione italiana.

Distinti saluti
Costantino Troise
Segretario Nazionale Anaao Assomed

DOCTOR 33. IT

Omeopatia: una stroncatura australiana accende la polemica

«Non esiste malattia per cui vi sia una prova attendibile dell'efficacia dell'omeopatia» e «non c'è ragione fondata per dire che funzioni meglio di una pillola di zucchero»; inoltre, «le persone che vi si affidano possono mettere a rischio la propria salute, rifiutando o ritardando trattamenti per i quali esista una buona evidenza di efficacia e sicurezza». L'attacco contro l'omeopatia arriva stavolta dall'Australia dove il Nhmrc, il massimo organismo nazionale per la ricerca medica, ha condotto un'ampia review di 225 pubblicazioni, poi rivista da una società indipendente. Le reazioni vedono ancora una volta contrapposti i fautori e i detrattori dell'omeopatia. Secondo **Simonetta Bernardini**, presidente della Siomi (Società italiana di omeopatia e medicina integrata), si tratta semplicemente di un report e non di un lavoro di ricerca: «ribadisco che il peggior bias è il pregiudizio, cioè il giudizio che viene dato prima di aver letto tutti i documenti; se invece di considerare duecento lavori di ricerca contro l'omeopatia ne esaminassi migliaia, ne troverei ben di più che dicono invece che funziona; non si tratta dunque di un attacco scientifico ma mediatico». Inoltre Bernardini rileva che in Australia l'omeopatia può essere esercitata anche da chi non è medico, «che non potendo fare diagnosi può usarla in modo inappropriata; invece in Italia per fortuna è un atto medico». Il report è stato invece accolto con grande favore da **Silvio Garattini**, direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri": «è quel che sosteniamo da sempre e la nota del governo australiano rappresenta una stroncatura completa e autorevole che dovrebbe far aprire gli occhi a molti sull'inutilità di questi trattamenti». Garattini rileva che anche in Gran Bretagna, dove l'omeopatia aveva avuto una grande diffusione, i medici si sono pronunciati in senso contrario; «in Italia invece c'è molta tolleranza anche da parte degli Ordini dei medici che non hanno il coraggio di mettere fuori gioco i medici che usano terapie che non hanno nessuna base scientifica. Servirebbe una presa di posizione più forte da parte di tutti, non è possibile che si continuino a vendere a caro prezzo prodotti che non contengono nulla... è come vendere amuleti».

Troppi esami inutili? Mola (Wonca) a Lorenzin: le linee guida per limitare i raggi X ci sono

«Il ministro della Salute fa molto bene a sensibilizzare gli italiani sul fatto che ogni anno si sprecano 13 miliardi di euro in esami inutili. Farebbe ancor meglio a ricordare che il problema si risolve usando "guideline" prescrittive che in Italia già abbiamo per

molte branche della diagnostica. Mi riferisco in particolare alle linee guida sulla prescrizione degli esami radiologici che l'Agenas - l'agenzia del Governo dunque e non una singola società scientifica - ha emanato nel 2004 e non solo non sono state aggiornate ma non sono state adeguatamente diffuse, con il risultato che questi esami, molto frequenti, costituiscono una delle principali fonti di inappropriatezza. Perché Lorenzin non raduna le principali specialità e la medicina generale a un tavolo per una condivisione di nuove indicazioni?» Ernesto Mola referente internazionale per la radiologia del Wonca, l'associazione mondiale dei medici di famiglia, e presidente di Wonca Italia, tre anni fa contribuì a realizzare un'indagine che dimostrava come il 50% dei medici ospedalieri e il 60% dei mmg davano risposte inesatte sulla radioesposizione comportata da molti esami di ordinaria prescrizione. Oggi dice: «Prima ancora delle spese per la sanità, il problema in radiologia è la salute della gente, il rapporto rischio/beneficio. Ovunque nel mondo dal 20 al 50% delle prescrizioni sono inappropriate. Ma attenzione, vengo da un Workshop internazionale di Aiea (Agenzia per l'Energia atomica) e Organizzazione Mondiale della Sanità dove sono state presentate tre linee guida, americana, britannica e francese, da far condividere a medici specialisti e di famiglia per orientare in modo corretto la prescrizione di esami radiologici. Sono di ampio respiro e facile comprensione, ciascuna è preceduta dalle tabelle che esame per esame indicano la dose di radiazioni cui si espone il paziente, espressa in Millisievert». «Il meeting di Vienna ci ha ricordato come, una volta adottate dagli stati, queste indicazioni dovrebbero valere per tutti i medici e non solo per chi le legge; e la ricaduta sarebbe immediata anche nel contenere la medicina difensiva e gli esami prescritti solo per evitare problemi». Ma il meeting Oms-Aiea è andato oltre, raccomandando che -una volta recepite- le linee guida entrino nei software gestionali del medico di famiglia ed orientino quest'ultimo nel prescrivere o nel dare priorità a un esame se ce ne sono più da eseguire in tempi diversi. Mola ricorda: «Oggi -specie nel Mezzogiorno dove la ricetta "rossa" l'ha di fatto il medico di famiglia -siamo costretti a trascrivere esami non evidence based prescritti da altri specialisti e si aprono conflitti con i pazienti. Una condivisione - oggi di ciò che già c'è e domani di linee guida avanzate - potrebbe davvero conciliare sicurezza per il paziente, appropriatezza nelle scelte e risparmi per il Ssn».

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584