

# CorriereSalute

## Medicina

Come rimediare se il ginocchio fa male «davanti»

di **Antonella Sparvoli**

## Alimentazione

Acne e psoriasi si possono migliorare anche a tavola

di **Carla Favaro**

## Le pagine del vivere bene

www.corriere.it/salute

### La riflessione

di **Giuseppe Masera\***

### LE PAROLE CONTANO SE SI PARLA DI TUMORI

**T**orniamo a Nadia Toffa, la conduttrice delle Iene che dopo due mesi di assenza in TV esordisce comunicando, con forte emozione: «Ho il cancro. Ho ricevuto chemio-radioterapia. Sto bene». Usando poi parole ed espressioni, coraggiose: «Non trattateci da malati, noi malati di cancro siamo dei guerrieri, dei figli pazzeschi». Stiamo assistendo a un profondo cambiamento nell'immaginario collettivo sul cancro. Nel secolo scorso le possibilità di cura erano molto limitate, l'evoluzione infausta nella maggior parte dei casi e le parole ne erano un indicatore significativo: male incurabile, male del secolo, brutto male. La parola cancro evocava paura, orrore. Si è così consolidato uno stigma, un marchio negativo che ha comportato isolamento e discriminazione sociale. Negli ultimi 40-50 anni si sono verificati due importanti fenomeni: i grandi progressi scientifici hanno migliorato radicalmente la prognosi e la sopravvivenza a lungo termine. La parola guarigione è diventato un obiettivo sempre più realistico. Dalla psicologia è venuto un contributo importante: il concetto di resilienza, di crescita post-traumatica. La malattia può essere considerata come una medaglia a due facce: una è caratterizzata dall'esperienza dolorosa durante la fase iniziale di diagnosi e terapia, l'altra comprende gli aspetti positivi conseguenti alla crisi iniziale. Il percorso della persona con cancro può essere immaginato come l'ingresso in un tunnel oscuro, che evoca «di-sperazione». Negli ultimi 30-40 anni alla fine del tunnel però ha cominciato a comparire per la maggior parte delle persone una luce di speranza e l'inizio di un nuovo percorso. Sempre più di frequente i malati sono consapevoli di questa nuova prospettiva. In primo luogo andrebbero abbandonate quelle parole che caratterizzano la visione del secolo scorso di malattia senza speranza. Importante è inoltre prestare ascolto alle parole che le persone ci inviano sempre più spesso. Come esempio vi propongo una frase che abbiamo raccolto dalle narrazioni di giovani trattati con successo per cancro e leucemia a Monza e in alcuni Paesi dell'America Latina. «Il cancro è orribile, è doloroso, però non serve a niente mettersi a piangere. Di fatto penso che dovremmo cambiare un poco le domande e invece di dire perché a me, dovremmo chiederci: cosa devo imparare da questa situazione?».

\*Medico-Pediatra, già Direttore Clinica Pediatrica Università Milano-Bicocca, Ospedale San Gerardo, Monza

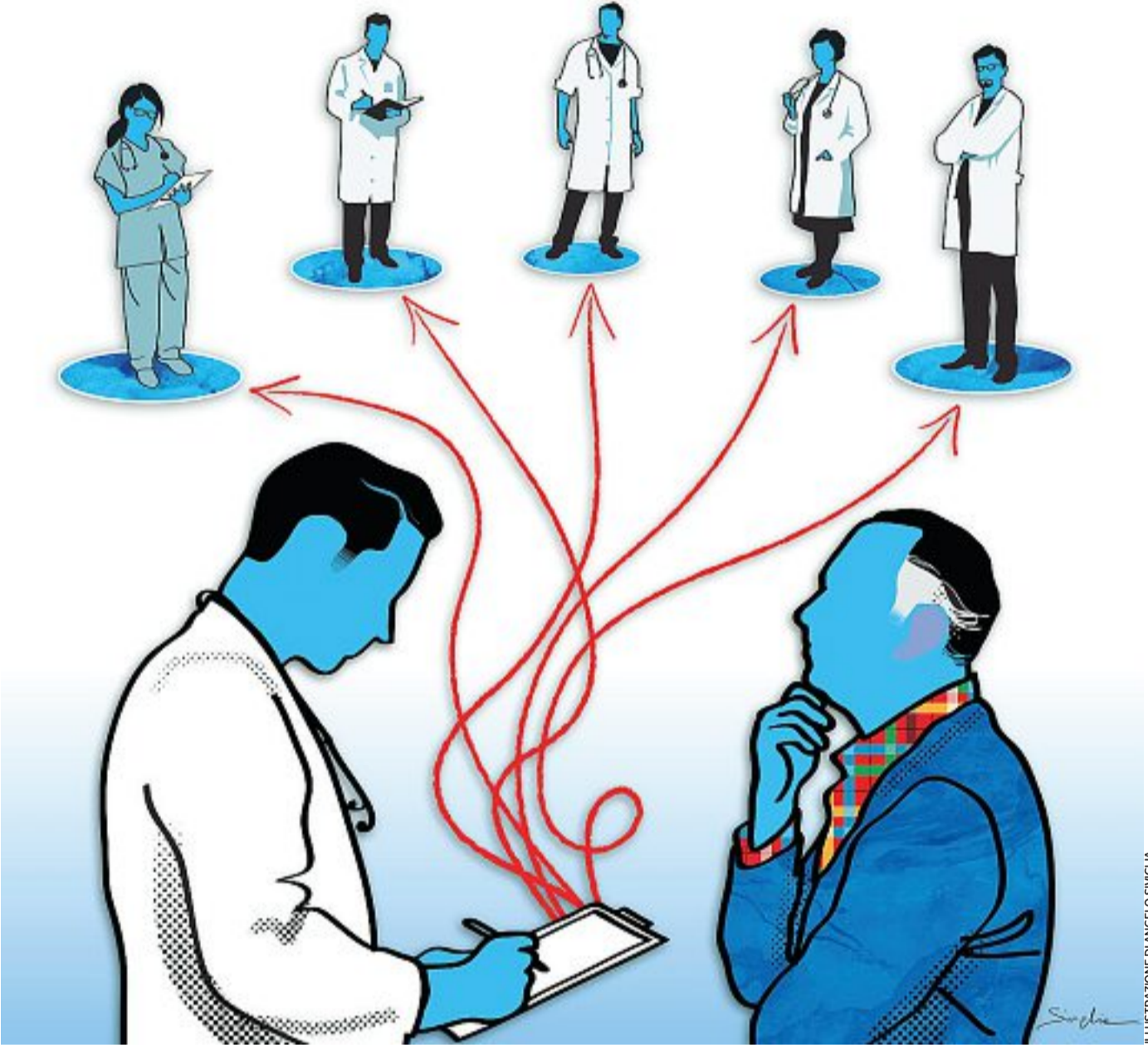


**Per saperne di più** sul diabete si può visitare il canale diabete di Corriere.it [corriere.it/salute/diabete](http://corriere.it/salute/diabete)



**L'esperto risponde** alle domande dei lettori sul diabete all'indirizzo [forumcorriere.corriere.it/diabete](http://forumcorriere.corriere.it/diabete)

# E ora chi curerà i diabetici?



Il Piano nazionale Cronicità ha disegnato un diverso modello di gestione della patologia, per integrare meglio ospedale e ruolo dei medici di famiglia e coinvolgere di più i pazienti. I principi sono quelli del Piano nazionale diabete, approvato nel 2012, che però finora è stato attuato solo da poche Regioni

**Cibo e scienza: La Dieta Smartfood**  
Il best seller internazionale della giornalista **Eliana Liotta** arriva in versione ampliata, aggiornata e illustrata: 15 volumi solo con il Corriere della Sera e Oggi.



A sostegno di: **Fondazione IEO-CCM** ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA CENTRO CARIOLOGICO MONZA  
Ogni mercoledì in edicola  
**CORRIERE DELLA SERA** **OGGI**  
La libertà delle idee

### Il numero

La Raccolta del Farmaco si conferma un aiuto concreto

**376**

mila Le confezioni di medicinali raccolte nell'edizione di quest'anno della Giornata di Raccolta del Farmaco

**D**urante la Giornata di Raccolta del Farmaco di sabato 10 febbraio sono state raccolte oltre 376 mila confezioni di medicinali, che potranno aiutare più di 535 mila persone, assistite da 1.761 enti caritativi convenzionati con la Fondazione Banco Farmaceutico onlus. All'iniziativa hanno aderito 4.176 farmacie. In occasione della Giornata i farmacisti hanno donato oltre 610 mila euro. I volontari che hanno partecipato all'iniziativa sono stati più di 18 mila. «Il persistere degli effetti della crisi e un malessere sociale diffuso hanno fatto segnare un leggero calo nella media delle donazioni. C'è stata, tuttavia, la tenuta degli ingenti volumi della Giornata del 2017. Quest'anno, inoltre, si è verificato un significativo aumento delle farmacie aderenti e dei volontari» ha detto Sergio Daniotti, presidente della Fondazione Banco Farmaceutico onlus.

### LIVING, IL MENSILE DI INTERIORS DESIGN E LIFESTYLE



WWW.LIVING.CORRIERE.IT



## Dossier Medicina

### Incontro aperto al pubblico al Corriere della Sera il 28 Febbraio



Per chi fosse interessato ad approfondire il tema trattato in queste pagine, cioè il destino di chi è affetto da diabete alla luce del nuovo piano cronicità, sarà possibile partecipare a un incontro che si terrà a Milano mercoledì 28 febbraio alle ore 18,30, nella sala Buzzati del Corriere della Sera. Saranno presenti, fra gli altri, anche

alcuni degli specialisti che sono stati intervistati negli articoli qui sotto. L'ingresso è libero ed è aperto a tutti. Per motivi di sicurezza è però necessaria la prenotazione, che si può effettuare scrivendo al seguente indirizzo di posta elettronica [incontricorrieresalute@rcs.it](mailto:incontricorrieresalute@rcs.it)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

#### Specialisti

Servirebbe un migliaio di diabetologi in più, secondo gli esperti. Un costo ripagato dal possibile taglio delle degenze dei diabetici: oggi un ricoverato su cinque, per qualsiasi patologia, ha anche il diabete e per questo resta in ospedale in media da 1 a 1,5 giorni in più. «Chi ha il diabete dovrebbe essere visto dal diabetologo per ottimizzare la cura. Oggi succede solo una volta su dieci» spiega Enzo Bonora di SID

# A

nesso, chi mi cura? Se lo chiedono i quasi quattro milioni di diabetici italiani, ora che il Piano Nazionale della Cronicità pare più vicino a essere applicato ovunque: a fine gennaio si è insediata la cabina di regia per traghettare le 20 Regioni italiane verso il cambiamento, definito da alcuni una rivoluzione epocale. L'obiettivo è arrivare a un diverso modello di gestione, che integri meglio ospedale e cure dei medici di famiglia e coinvolga di più i pazienti per patologie con cui tocca convivere per il resto della vita e che per questo richiedono parecchio impegno e risorse economiche. Come il diabete appunto, che pesa molto sulla spesa sanitaria (si veda sotto), per il quale però il Piano Cronicità rimanda ai principi del Piano Nazionale Diabete stilato nel 2012, recepito da tutte le Regioni ma lontano dall'essere attuato ovunque.

Sarà la volta buona per vederlo funzionare? «A cinque anni dall'approvazione del Piano

Il nuovo modello di gestione, approvato cinque anni fa a livello nazionale, prevede l'integrazione delle cure fra ospedale e medici di famiglia e un maggiore coinvolgimento dei pazienti. Come spesso accade in Italia, però, soltanto poche realtà si sono già adeguate

## Il diabete alla prova del Piano Cronicità

Le ragioni dei pazienti I diabetici devono chiedere la presa in carico da parte di un diabetologo e di un team multidisciplinare

Diabete non c'è stata una sua vera applicazione, difficile che il Piano Cronicità sia la "bacchetta magica" — osserva Enzo Bonora, presidente della Fondazione Diabete Ricerca Onlus della Società Italiana di Diabetologia —. Il cardine del Piano Nazionale Diabete è la presa in carico da parte di un team diabetologico e del medico di base assieme, perché il diabete è una malattia complessa, in cui tutto l'organismo è coinvolto. Servono tanti esami per controllare possibili complicanze, farmaci diversi per una buona cura. Una valutazione da parte di diversi specialisti, dal dietista al podologo, dal cardiologo al nefrologo, è indispensabile.

E quanto offrono i circa 650 centri della Rete Diabetologica nati come il braccio del Piano Diabete: le strutture dove c'è davvero un team però sono circa la metà, le altre sono ambulatori di professionisti isolati che non possono svolgere una reale attività di secondo livello.

«Abbiamo bisogno di un centro ogni 100 mila abitanti, con 4 medici, 8 infermieri e 1 dietista — interviene Domenico Mannino, presidente dell'Associazione Medici Diabetologi —. Corrisponde a circa 600 centri: che abbiamo, ma spesso mal distribuiti, con percorsi diagnostico-terapeutici non ben codificati. In Calabria, dove la diffusione del diabete è fra le più alte, ci sono solo 3 o 4 centri ben organizzati. Serve potenziare la Rete per integrare meglio le figure professionali nei centri, ma le criticità sono tante: nelle Regioni ci sono realtà completamente differenti che spesso hanno pure scelto direzioni diverse. Così la Rete non è attuata o lo è solo in modo parziale».

Le disomogeneità esistono perfino all'interno delle singole Regioni: il caos perciò è tanto e il Piano Cronicità, che mira a individuare modelli di gestione efficienti anche se non per forza uguali ovunque (il margine di manovra delle Regioni è ampio), almeno sulla carta dovrebbe provare a risolverlo. Mannino è pessimista: «Le difficoltà presenti a oggi restano identiche e le disparità di accesso alle cure rimarrà, forse si acuirà: il timore è che si vada verso una gestione che miri solo al risparmio. Si stanno accorpando procedure e funzioni, portando all'esterno servizi essenzialmente sanitari, individuando caregiver che non han-

no le giuste competenze: se per esempio si sposta l'assistenza al medico di base occorre essere certi che sia preparato a offrirla nel modo migliore. Invece, per dire, a oggi i medici di famiglia possono prescrivere solo medicinali ormai datati che possono provocare ipoglicemia e su cui non sono stati effettuati gli studi sulla sicurezza cardiovascolare, che ora gli organi regolatori richiedono; non possono dare i farmaci innovativi, più sicuri ed efficaci». «Bisogna capire come si svilupperanno le ipotesi proposte da alcune Regioni (si veda a lato), è importante che non si miri a fare utili sulla pelle dei malati — dice Bonora —. In Italia ci sono circa 2 mila diabetologi per 4 milioni di malati: servirebbero più risorse, ma già a costo zero si potrebbe fare tanto, riorganizzando i circa 200 centri della rete che a oggi sono ambulatori di professionisti isolati». Mettere in pratica ciò che è noto basterebbe, sottolinea

#### La rete dei centri specializzati

Ce sono 650, ma distribuiti in modo non omogeneo e con un'offerta di percorsi diagnostico-terapeutici non ancora ben codificati

Mannino: «Vanno individuate le priorità quando si crea un percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, le responsabilità devono essere ben definite e le competenze appropriate, invece non è sempre così. Perfino sui medicinali ogni Regione è un caso a sé: a volte i farmaci innovativi non si possono ancora prescrivere perché non sono nel Prontuario Regionale». Alla domanda iniziale e alle paure dei pazienti, che non capiscono se e come per loro cambierà qualcosa, come si risponde allora? «I diabetici devono pretendere la presa in carico da parte di un diabetologo e di un team multidisciplinare — raccomanda Bonora —. È un loro diritto che il sistema, in un modo o nell'altro, deve garantire: solo così si può gestire davvero bene la malattia».

Elena Meli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Una malattia che costa quanto una manovra finanziaria

Il diabete costa come una manovra finanziaria.

Spiega Enzo Bonora presidente della Fondazione Diabete Ricerca Onlus: «Il Servizio Sanitario Nazionale spende circa 15 miliardi di euro ogni anno, a cui se ne aggiungono altrettanti in costi indiretti (assenze dal lavoro, pensioni), e 4 miliardi pagati dai pazienti.

Il numero di complicanze è impressionante: ogni anno 120mila italiani muoiono per problemi connessi al diabete. Ogni anno potremmo e dovremmo evitare 50mila infarti, 50mila ictus, 10mila amputazioni, 2 mila nuove dialisi». Il costo del trattamento di

questi e altri esiti della malattia è stato misurato di recente dall'Helmholtz Zentrum di Monaco di Baviera, tenendo conto dei dati di oltre 300 mila pazienti seguiti per 3 anni: si va dai 700 euro per una retinopatia (che diventano 3 mila in caso di cecità) ai 3.400 per un danno renale (23mila se si serve la dialisi), dai 1.300 per un piede diabetico (14mila,

#### La spesa pubblica

Soltanto il Servizio Sanitario Nazionale spende ogni anno circa 15 miliardi di euro

quando si amputa) ai 2.700 dell'angina pectoris (20mila in caso di infarto).

«Il centro diabetologico è la risposta: la mortalità di chi vi accede si riduce del 20% ed è un intervento a basso costo — puntualizza Bonora —. Il numero di persone che occorre visitare per ogni decesso scongiurato è di 170, simile al numero di pazienti che è necessario trattare con statine per evitare una morte. Se non si negano le statine, che costano 50, 100 euro l'anno, non si dovrebbe negare l'accesso a una struttura diabetologica, che costa 30, 35 euro l'anno».

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Colesterolo?

### Aiutati con:

**COLESTEROL<sup>®</sup> ACT PLUS<sup>®</sup> 400 mg**  
INTEGRATORE ALIMENTARE



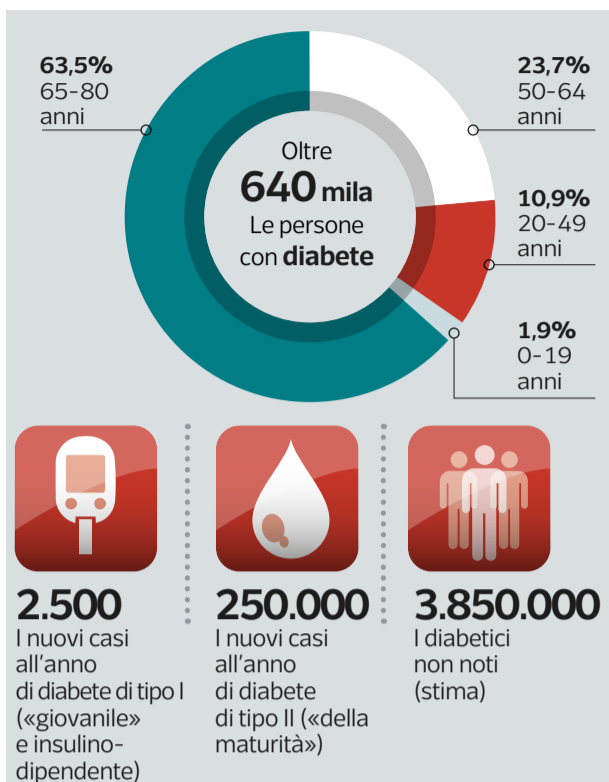
Colesterol Act Plus<sup>®</sup> 400, grazie alla sua formula con 10mg di Monacolina K del riso rosso fermentato, Betasitosterolo e Octacosanolo, contribuisce al mantenimento dei livelli normali di colesterolo nel sangue. Gli estratti di Coleus e Caigua, favoriscono la regolarità della pressione arteriosa.

**COLESTEROL ACT PLUS<sup>®</sup> LA QUALITÀ AL GIUSTO PREZZO**  
In Farmacia e Parafarmacia

distribuito da: **F&F** F&F s.r.l. - tel. 031 525522 - mail: [info@linea-act.it](mailto:info@linea-act.it) - [www.linea-act.it](http://www.linea-act.it)

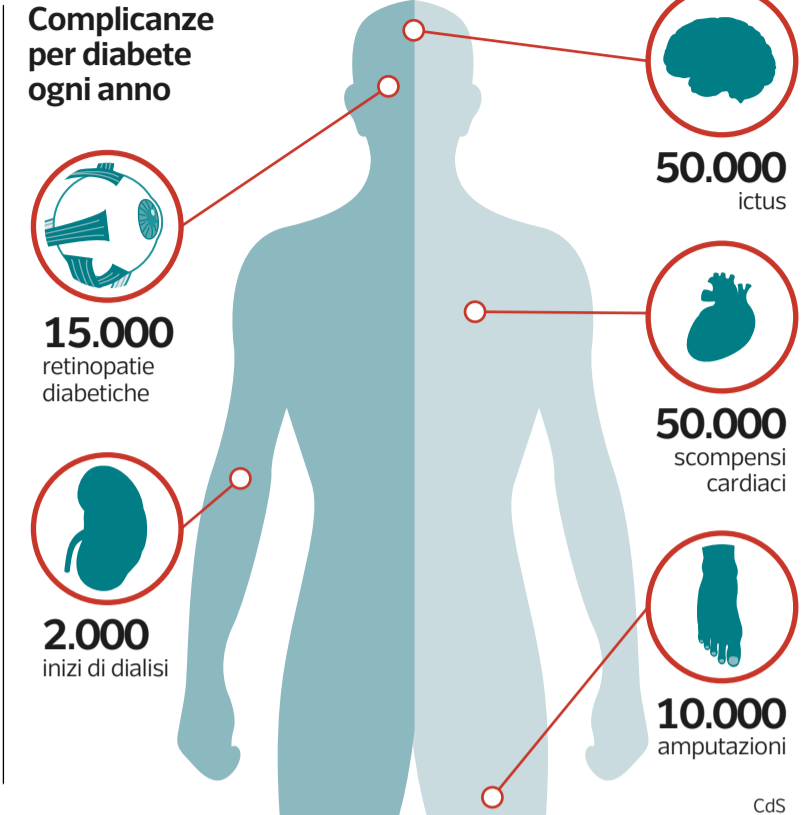
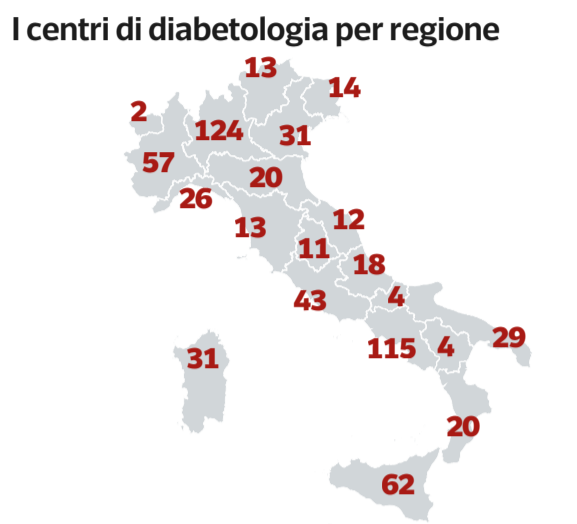


**In Italia**



Fonte: ARNO Diabete CINECA-SID 2017

**10 milioni**  
Le persone con prediabete (ridotta tolleranza al glucosio, alterata glicemia a digiuno); di questi **2 milioni** diventeranno diabetici entro 5 anni se non faranno niente per evitarlo



**Esempi**

**Esperienze diverse da Regione a Regione**

Il piano della cronicità cerca di integrare i servizi per assistere chi ha una malattia cronica e rendere più omogenea l'offerta delle diverse Regioni. Alcune di esse hanno messo in atto da tempo modelli di gestione diversi come per esempio Toscana o Lombardia. La Toscana ha recepito il Piano Nazionale Diabete ma aveva già progetti sulle patologie croniche, come spiega Stefano Scaramelli, presidente III Commissione Sanità e Politiche Sociali della Regione: «Già nel Piano sanitario regionale 2008-2010 avevamo individuato nel modello assistenziale della sanità d'iniziativa la strategia di risposta all'invecchiamento della popolazione, con conseguente aumento della rilevanza delle malattie croniche e la modifica della domanda assistenziale. A differenza del modello classico della medicina d'attesa, disegnato sulle malattie acute, la sanità d'iniziativa tende alla prevenzione e assume il bisogno di salute prima che la malattia insorga, si manifesti o si aggravi, con interventi differenziati in base al livello di rischio».

In sostanza, anziché aspettare che il malato vada dal medico è il Servizio Sanitario ad avvicinarsi, offrendo una prevenzione primaria e secondaria. I primi risultati sono buoni: è aumentata per esempio del 66% la quota di diabetici che si sottopone ai test di controllo per le complicanze, come creatininemia o esame del fondo oculare e si è ridotta dell'11% la mortalità. L'idea è creare una relazione più stretta con i malati: «Acquisire conoscenza e consapevolezza dei propri bisogni di salute e assumere la responsabilità della gestione del proprio percorso previene la progressione della malattia, migliora il valore delle cure e la qualità della vita — dice Scaramelli —. Alla base della sanità d'iniziativa c'è un team composto da medico di famiglia e personale infermieristico, che hanno un riferimento specialistico di Associazioni territoriali con cui lavorano secondo percorsi assistenziali calibrati sulle caratteristiche del paziente. Si supera perciò la ge-

stione per singoli percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e si va verso una presa in carico integrata, basata su profilo del singolo caso». Nei casi più complessi vengono coinvolti anche familiari e caregiver. Un esempio è il progetto IDEA, rivolto a chi ha una patologia cronica a me-

**Filosofie differenti**  
L'obiettivo è lo stesso per tutti. In futuro si vedrà quale modello risulterà più efficace

dio rischio: può partecipare chi assiste un soggetto fragile o un malato cronico e il progetto viene proposto attivamente, senza aspettare che siano i caregiver a doversi informare. «Nel 2017 abbiamo anche tenuto il corso Diabetico Guida per pazienti e familiari, nell'ambito del Progetto Educazione Terapeutica — informa Scaramelli —. I «pari», ovvero altri malati o i familiari, possono aumentare l'efficacia del team multidisciplinare, nel controllo della malattia».

La risposta della Lombardia alle esigenze dei pazienti cronici è un po' diversa, ma anche in questo caso l'esperienza inizia da lontano, come racconta Giulio Gallera, assessore al welfare di Regione Lombardia: «Sin dagli anni 2000 abbiamo portato avanti diversi progetti sulla gestione del diabete, convinti che l'alto

**Strategie**

**Il punto di partenza**

Il punto di partenza della discussione è il Piano Nazionale delle Cronicità del 15/9/2016, nato per armonizzare nelle diverse Regioni le attività in questo campo, con lo scopo di organizzare al meglio i servizi rivolti alle persone affette da malattie croniche assicurando equità di accesso.

impatto sociale, economico e sanitario imponga la ricerca di percorsi organizzativi in grado di minimizzare l'incidenza degli eventi acuti o delle complicanze, che comportano costi elevatissimi. L'approccio seguito in Lombardia ha anticipato l'impostazione del Piano Nazionale Diabete».

Il ripensamento della presa in carico di cronicità e fragilità è arrivato poi con la legge regionale n. 23 del 2015 che, in linea con il Piano Nazionale delle Cronicità, è stata concretizzata da atti della Giunta che hanno definito attori, ruoli, regole e funzionamento dell'assistenza. Il punto più innovativo è l'arrivo di un Gestore che prende in carico i bisogni di salute del paziente e lo accompagna nel percorso di cura, rispondendo a tutte le necessità del piano terapeutico-assistenziale. «In termini concreti il Gestore, ovvero il medico di medicina generale o le strutture sanitarie pubbliche o private, sottoscrive un Patto di cura annuale con il paziente e predispose un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) anch'esso annuale sulla base delle specifiche necessità cliniche — spiega Gallera —. Il Gestore garantisce la presa in carico completa, effettuando le necessarie visite e prestazioni specialistiche e di laboratorio diabetologiche, oculistiche, cardiologiche, nefrologiche e tutto ciò che serve per assicurare la gestione delle complicanze e delle comorbidità. Le prestazioni sono erogate presso il Gestore o assicurate da strutture che sono parte di una filiera organizzativa predefinita. Il punto chiave è proprio l'organizzazione: abbiamo una sanità d'eccellenza, vogliamo intervenire sugli aspetti organizzativi e di gestione della continuità assistenziale».

Oggi in Lombardia sono attivi circa 160 ambulatori e Centri Diabetologici presso strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate; la nuova organizzazione punta a personalizzare le risposte in base ai bisogni, con una presa in carico differenziata grazie a una rete clinico-assistenziale, modello indicato anche nella

delibera delle regole per il 2018 (DGR n. 7600 del 20 dicembre 2017). «La necessità di un'organizzazione in rete scaturisce dalla crescente complessità dei bisogni sanitari e sociosanitari, che difficilmente possono trovare risposta in un'unica realtà aziendale — osserva Gallera

**Tempi**

In alcuni casi il modello proposto dal Piano Nazionale della Cronicità è stato recepito, più o meno rapidamente, in altri è stato preceduto da iniziative differenti

— Le reti clinico-assistenziali, che saranno governate da un'apposita cabina di regia regionale, concretizzano una modalità gestionale integrata, multiprofessionale e multidisciplinare, che realizza percorsi di continuità assistenziale a garanzia dell'appropriatezza degli interventi, dell'omogeneità di trattamento sul territorio e della sostenibilità economica».

L'obiettivo insomma è chiaro per tutti: vedremo in futuro quale modello si rivelerà più adeguato a rispondere ai bisogni dei malati.

**E. M.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Per saperne di più**  
sul diabete si può visitare il canale diabete di Corriere.it [corriere.it/salute/diabete](http://corriere.it/salute/diabete)

**Nausea?**  
puoi vincerla  
**SENZA MEDICINALI!**

I bracciali P6 Nausea Control® Sea Band® sono un metodo contro il mal d'auto, il mal d'aria ed il mal di mare.

Semplici da utilizzare, agiscono rapidamente applicando il principio dell'acupressione che permette di controllare nausea e vomito senza assumere medicinali.

Sono disponibili nelle versioni per adulti e per bambini, in tessuto ipoallergenico, lavabili e riutilizzabili oltre 50 volte.

Disponibili anche per nausea in gravidanza nella versione P6 Nausea Control Sea Band Mama.

**P6 NAUSEA CONTROL®**  
**SEA-BAND®**

**L'ORIGINALE**

**IN FARMACIA** È un dispositivo medico CE. Leggere attentamente le istruzioni per l'uso. Aut. Min. Sal. 07/07/2017  
Distribuito da Consulteam srl - Via Pasquale Paoli, 1 - 22100 Como - [www.p6nauseacontrol.com](http://www.p6nauseacontrol.com)