

Cittadini dell'Ue

Uno strumento per usufruire di maggiori possibilità di trattamento

In rete

La guida per una facile mobilità

«Come ricevere cure mediche in un altro Stato membro dell'Ue: i tuoi diritti». S'intitola così la guida, disponibile anche in italiano, predisposta dalla Commissione europea per informare i cittadini dell'Unione sui loro diritti in seguito all'entrata in vigore della Direttiva comunitaria, lo scorso 25 ottobre. L'opuscolo contiene una serie di consigli pratici su cosa fare prima di partire, a cominciare dalla verifica col proprio medico delle cure che s'intende ricevere oltre confine e delle opzioni terapeutiche disponibili. Un'altra sezione riguarda i rimborsi del costo delle cure. Informazioni specifiche sui «Punti di contatto» nazionali, istituiti in altri Paesi, si possono poi trovare sul portale della Commissione europea nell'area dedicata http://europa.eu/youreurope/citizens/health/index_it.htm oppure al seguente link http://europa.eu/youreurope/citizens/health/contact/index_it.htm.

Direttiva Atteso a dicembre il decreto di recepimento delle norme in materia sanitaria

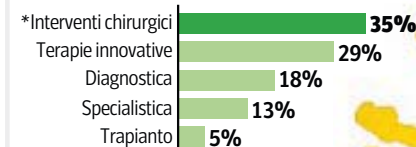
In Europa cure senza confini Ma con tanti dubbi da sciogliere

Cure "senza frontiere" slittate di qualche mese per i cittadini italiani. Il diritto a curarsi in ogni Stato dell'Unione europea, ricevendo lo stesso trattamento sanitario riservato ai residenti, è sancito dalla Direttiva comunitaria entrata in vigore il 25 ottobre. Entro quella data tutti i Paesi Ue avrebbero dovuto recepirla con leggi nazionali. Nel nostro, però, lo scorso settembre una legge delega ha previsto che il Governo emani il relativo decreto legislativo entro tre mesi, quindi entro il 4 dicembre.

Il processo di recepimento, peraltro, procede a rilento anche altrove, secondo le informazioni raccolte tra luglio e settembre 2013 da *Active citizenship*, la rete europea delle associazioni di pazienti (per l'Italia è presente Cittadinanzattiva) che ha segnalato anche lo scarso coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini da parte delle istituzioni nella maggioranza degli Stati monitorati, nonostante la Direttiva ne dia espressa indicazione.

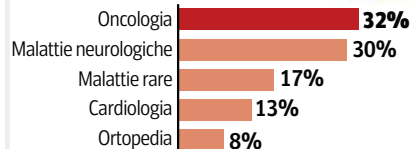
Per i pazienti è in gioco, come spiega il Commissario europeo per la Salute, Tonio Borg: «Il diritto di scelta tra molteplici servizi di assistenza sanitaria, l'accesso a maggiori informazioni e il riconoscimento delle prescrizioni su scala transfrontaliera. Per tutelare il diritto alla mobilità sanitaria, la Commissione

I MOTIVI PER CUI GLI ITALIANI VANNO IN UN ALTRO PAESE DELL'UE PER CURARSI



*di alta specializzazione

PER QUALI AREE TERAPEUTICHE



Fonte: Cittadinanzattiva - Tribunale dei diritti del malato - elaborazione su segnalazioni al PITSalute nel 2012

monitorerà con attenzione il recepimento della Direttiva e adatterà, se necessario, misure idonee».

In Italia sono diversi i nodi da sciogliere entro novembre. Primo fra tutti: gli assistiti dovranno anticipare il costo delle loro cure all'estero, o sarà direttamente il Servizio sanitario a pagare? E quali procedure per il rimborso saranno eventualmente previste? Quali le competenze regionali? E le tariffe da applicare?

Secondo la Direttiva, per esempio, il singolo Stato potrà prevedere l'autorizzazione preventiva obbligatoria per una prestazione sanitaria in un altro Stato Ue quando è previsto il ricovero del paziente per almeno una notte, nei casi in cui è richiesto l'uso

di apparecchiature mediche ad alta specializzazione molto costose, quando le cure comportano un rischio particolare per il paziente o la popolazione. Che cosa si deciderà nel nostro Paese?

«Fermo restando che si farebbe volentieri a meno di spostarsi per trovare le cure di cui si ha bisogno, la Direttiva, se recepita in modo corretto, è uno strumento per avere uguali diritti in ogni Stato, ma anche in ogni Regione o Asl, sia nella libera scelta del luogo in cui farsi curare, sia nell'accesso a prestazioni sicure e di qualità senza tempi di attesa biblici — sottolinea Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva — . Per questo

chiediamo che il decreto preveda modalità di assistenza diretta in modo che i cittadini non siano costretti ad anticipare di tasca propria le spese necessarie, ad esempio, per un intervento in un altro Paese. Altrimenti, sarà un'opportunità solo per chi può permetterselo».

«C'è anche il rischio che i rimborsi possano escludere le spese di soggiorno, che, però, già oggi in alcune Regioni sono riconosciute» aggiunge Aceti. E ancora, secondo il rapporto di *Active Citizenship*, ci potrebbero essere differenze tra il costo della prestazione nel Paese d'origine e quello nello Stato "curante".

«I Paesi dell'Unione dovranno mettersi d'accordo per una sorta di nomenclatore unico, in modo che le tariffe delle prestazioni siano uniformi, altrimenti ci sarà una giungla — mette in guardia Aceti —. Nei casi in cui la tariffa in vigore nello Stato "curante" risulti più alta di quella italiana, per esempio, qualche Asl potrebbe negare l'eventuale autorizzazione».

Il dossier delle organizzazioni europee dei cittadini evidenzia, poi, la carenza di informazioni date ai cittadini sui diritti sanciti dalla Direttiva. Ogni Paese dell'Unione è tenuto a istituire sul proprio territorio sportelli o «Punti di contatto» per fornire indicazioni su come ricevere assistenza transfrontaliera, sulle possibilità di trattamento in altri Stati membri, su qualità e sicurezza delle cure, condizioni di rimborso, procedure di ricorso nel caso in cui sia negata l'autorizzazione a curarsi oltre confine. Ma quasi tutti sono in ritardo. Dalla ricognizione effettuata da Cittadinanzattiva, risulta che il nostro Ministero della Salute abbia individuato il Punto di Contatto nazionale presso la propria sede, ma non è ancora attivo per i cittadini, non esiste sul sito una specifica pagina web, non c'è un apposito numero di telefono né un'email dedicata cui i pazienti italiani ed europei possono fare riferimento.

«La trasparenza delle informazioni è fondamentale, — conclude Aceti — altrimenti ci sarà una mobilità inappropriata, basata sul sentito dire e non sui reali servizi offerti».

Maria Giovanna Faiella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ritardi

L'attuazione delle nuove regole procede a rilento anche negli altri Stati

L'occasione per innalzare la qualità dell'assistenza

I tagli alla sanità e la scarsità di fondi da investire potrebbero essere un ostacolo all'effettiva applicazione dei principi della Direttiva comunitaria sulle cure transfrontaliere. È questa una delle principali preoccupazioni della Rete europea delle associazioni di pazienti *Active citizenship*.

«Occorre garantire i diritti sanciti dalla Direttiva, pianificando in modo corretto il previsto decreto legislativo, altrimenti i cittadini potrebbero subire anche a livello europeo le storture del nostro federalismo regionale — avverte Tonino Aceti, del Tribunale per i diritti del malato —. Ulteriori tagli alla sanità pubblica, con ripercussioni sulla qualità e la tempestività dell'assistenza, potrebbero, inoltre, spianare la strada a un "turismo" sanitario verso l'estero. E questo farebbe aumentare ancora, e parecchio, la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale».

Le Regioni stesse non nascondono le proprie preoccupazioni, tanto che a fine ottobre la Conferenza che le rappresenta ha chiesto al Go-

verno di «costruire insieme» il decreto legislativo sulla nuova mobilità sanitaria transfrontaliera.

«La Direttiva offre l'occasione di migliorare l'assistenza ovunque: non solo a livello europeo, ma anche nelle nostre Regioni, che ormai hanno sistemi molto diversi tra loro — afferma Aceti —. Rafforza, infatti, la corni-



I pazienti «scontenti» chiederanno di più terapie all'estero

ce dei diritti non solo per chi "si sposta", ma anche per i "residenti". E spinge a uniformare i livelli di assistenza verso standard migliori di qualità, sicurezza e tempi di attesa. Lo Stato che non lo farà, diventerà "soggetto passivo" della mobilità e i suoi cittadini tenderanno a richiedere cure all'estero».

Insomma, la Direttiva è

una sfida per il nostro Paese, ed è anche un'opportunità. «Se si sarà capaci di "attrarre" pazienti da altri Stati ci saranno maggiori entrate nelle casse del Servizio sanitario, per cui si potrà potenziare l'offerta di servizi, — ragiona Aceti — riducendo così anche le differenze a livello regionale. Per questo, chiediamo di essere coinvolti in



Dovranno essere accelerate le procedure di autorizzazione dei farmaci

qualità di associazione di pazienti nei lavori preparatori del suo recepimento».

Un'altra importante questione da chiarire, secondo le organizzazioni dei cittadini, riguarda la prescrizione, l'erogazione e la distribuzione dei farmaci. Dovrebbero già essere riconosciute oltre confine le ricette prescritte dal medico in base a regole

comuni in tutti i Paesi dell'Unione, come prevedono le Linee guida per le prescrizioni transfrontaliere approvate l'anno scorso dalla Commissione.

«Nella Direttiva si parla oltre che di prescrizione, anche di erogazione e distribuzione, sia dei medicinali, sia dei dispositivi medici» spiega Aceti. E pure in questa materia, il nostro Paese deve adeguarsi.

«Se un farmaco innovativo che serve a curare una malattia rara non è rimborsabile in Italia, perché non ha ancora ottenuto il "via libera" dell'Agenzia italiana del farmaco, il paziente potrà usufruirne in un altro Stato europeo. E l'Italia dovrà rimborsarlo — specifica, infatti, il coordinatore del Tribunale per i diritti del malato —. Ciò comporta che il nostro Paese deve ridurre i tempi per le autorizzazioni di immissione in commercio di farmaci che hanno ottenuto già il via libera dall'EMA, l'Agenzia europea dei medicinali».

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Farmaci equivalenti: una valida alternativa nella cura delle patologie genito-urinarie?

Il farmaco equivalente contiene lo stesso principio attivo nella medesima quantità del medicinale di "marca". Ha la stessa forma farmaceutica, lo stesso dosaggio, la stessa efficacia e la stessa sicurezza del medicinale di riferimento e la sua immissione sul mercato è autorizzata dall'ALFA. Viene offerto al consumatore con un prezzo inferiore in quanto si tratta di un farmaco i cui brevetti sono scaduti. L'azienda che lo produce, quindi, non ha dovuto sostenere i costi di sviluppo. EG EuroGenerici è l'azienda farmaceutica che dal 2000 in Italia si prende cura della salute e del benessere delle persone offrendo quasi 200 farmaci equivalenti. Fa parte del gruppo STADA che, con quasi 8.000 dipendenti nel mondo, oggi si qualifica come una delle più importanti aziende mondiali nel campo dei farmaci equivalenti, con un portafoglio prodotti sempre aggiornato e in continua espansione. EG EuroGenerici è presente con i suoi farmaci in tutte le aree terapeutiche delle cure primarie. La sua ampia offerta comprende farmaci utilizzati per il trattamento di tutti i tipi di patologie, sia nell'acuto che nelle terapie croniche. Di recente ha presentato importanti novità nell'area genito-urologica.

Per informazioni: www.eglab.it

MASCHILE | BENESSERE MASCHILE

Di chi parla lo stilista e fotografo **Roberto Vecchioli**. "Mi è accaduto il cuore del meglio"

Per combattere la disfunzione erettile

È un problema che riguarda un numero crescente di uomini, con conseguenze che possono essere devastanti. Per questo è importante rivolgersi a un medico specialista, che potrà consigliare il farmaco più adatto alle proprie esigenze.



Anche i farmaci generici hanno un nome. EG®

EG EuroGenerici è un'azienda farmaceutica che produce farmaci equivalenti di alta qualità, a un prezzo inferiore rispetto ai farmaci di marca. EG EuroGenerici è presente in tutte le aree terapeutiche delle cure primarie.

Salute



di ELENA MELI alle pagina 44-45

Una malattia che è sempre più diffusa e sempre più costosa. Prevenzione e diagnosi precoce potrebbero risolvere i problemi

Nuove strategie La «classica» prevenzione della malattia non basta più

Per fermare il diabete ormai occorre un doppio argine

Serve il miglior controllo della glicemia già all'esordio, per scongiurare le temibili (e costose) complicanze

di ELENA MELI

Impennata

Dal 2000 a oggi i diabetici in Italia sono aumentati di un milione

Spesa sanitaria

Oggi la patologia costa al Paese circa 9 miliardi di euro, il 9% della spesa sanitaria

I numeri del diabete sono quelli, apocalittici, snocciolati ormai da anni con preoccupazione dagli addetti ai lavori. Cinquecento milioni di malati nel mondo previsti per il 2030, più di tre milioni solo in Italia, dove un altro milione di persone ha la glicemia alta e non lo sa.

Dal 2000 a oggi nel nostro Paese il numero di persone che soffrono di diabete è cresciuto di circa un milione, una tendenza che ha tante cause e un effetto certo, quello sui conti dell'Italia: oggi il diabete costa al Paese circa 9 miliardi di euro, ovvero il 9% della spesa sanitaria totale.

Il vero problema sono i tantissimi che non riescono a

mantenere nei limiti la glicemia: succede a circa un diabetico su due, che così si espone a complicanze come ictus, infarti, insufficienza renale e dialisi, amputazioni, cecità. Basta una sola complicanza per far quadruplicare il costo medio per paziente; con due complicanze la spesa si moltiplica per sei; con quattro si moltiplica addirittura per venti: lo sottolineano gli esperti dell'associazione Diabete Italia, in vista della Giornata Mondiale del Diabete, il prossimo 14 novembre. «Una glicemia alta oggi, la pagheremo a caro prezzo fra 10 o 20 anni con le complicanze che si presenteranno in futuro: per questo ormai è chiaro che il diabete va curato bene fin

da quando si manifesta — osserva Salvatore Caputo, presidente di Diabete Italia —. L'idea di essere «aggressivi» mano a mano che la malattia peggiora è un errore. Dati raccolti in Israele, dove i malati vengono educati e curati tempestivamente, mostrano che nel giro di 6-7 anni dall'avvio di politiche di trattamento adeguate lo Stato ri-

sparmia, oltre a garantire maggiore salute ai cittadini».

Un buon compenso del diabete fin dall'esordio della malattia consente vantaggi consistenti nel lungo periodo: perfino a 30 anni di distanza il rischio di malattie cardiovascolari resta più basso, stando ad esempio ai risultati dello United Kingdom Prospective Diabetes Study,



iniziato alla fine degli anni 70 per seguire nel tempo circa 5 mila pazienti. Fra l'altro, la terapia in prima battuta spesso non richiede **farmaci**: se il diabete viene riconosciuto presto, si può intervenire con la dieta e il movimento, ottenendo ottimi risultati. «Per questo è fondamentale non trascurare valori lievemente alterati di glicemia scoperti per caso — aggiunge Carlo Bruno Giorda, presidente della Fondazione dell'Associazione Medici Diabetologi —. Modificare in questa primissima fase lo stile di vita significa spesso riuscire a prevenire un diabete vero e proprio».

Se il problema non «rientra», non bisogna tuttavia darsi per vinti e occorre mettercela tutta per arrivare all'obiettivo di cura, che oggi non è più lo stesso per tutti, come accadeva fino a poco tempo fa: l'emoglobina glicata, il valore che dà un'idea dell'andamento della glicemia nell'arco degli ultimi due-tre mesi, non deve essere per forza mantenuta al di sotto del 7% (valore normale di riferimento) sempre e comunque; la soglia può infatti variare a seconda delle caratteristiche e delle condizioni del paziente: può ad esempio essere più bassa, se altri fattori di rischio impongono un controllo del glucosio nel sangue più stretto; al contrario, può essere tollerato un valore più alto, come accade negli anziani (si veda accanto). Ma perché è così difficile tenere a bada la glicemia? «Essere diabetici è difficile — commenta Antonio Ceriello, presidente dell'Associazione Medici Diabetologi (AMD) —. Chiediamo ai pazienti che seguano una dieta sana, facciano esercizio fisico, controllino con costanza la glicemia, assumano sempre i **farmaci**. Per riuscirci devono essere molto motivati e non è sempre scontato in una malattia che non dà dolore e si manifesta con sintomi solo quando è ormai troppo tardi e le complicanze sono gravi: la terapia di una malattia cronica perciò è psicologica, prima ancora che farmacologica. Poi certo il sistema non aiuta: risparmiare oggi sulla prevenzione e i trattamenti precoci,

come tende a fare il Servizio sanitario, è un atteggiamento miope che si rivelerà un costo enorme in ricoveri domani. I vecchi modelli di assistenza potevano andare bene in passato: i numeri dei malati attuali e quelli previsti per i prossimi decenni non ci consentono di ragionare come prima».

Le avvisaglie di tempesta già ci sono: secondo i dati del rapporto Cineca-Arno, nel 2006 ogni diabetico è costato al Servizio sanitario 2.589 euro, nel 2010 si è saliti a 2.756. Un incremento preoccupante soprattutto perché deriva dalla crescita delle ospedalizzazioni: i costi delle terapie sono rimasti uguali, quelli delle prestazioni ambulatoriali sono scesi ma i ricoveri sono aumentati, segno che le complicanze sono lungi dall'essere prevenute e, anzi, l'assistenza si sta spostando sempre più negli ospedali. Che cosa si può fare?

«È il momento di agire davvero: sappiamo già quali sono le iniziative efficaci — risponde Caputo —. Un passo essenziale è la gestione integrata dei pazienti, assieme ai medici di base, non dividendoci i casi a seconda della gravità, bensì condividendo responsabilmente il trattamento. Al momento della diagnosi il paziente dovrebbe essere visto da un diabetologo per impostare le cure; poi il diabetico può essere seguito dal suo medico. Se però le condizioni cambiano o c'è un peggioramento e diventa necessario modificare le terapie, occorre cooperare nuovamente con lo specialista. Questo è il percorso ideale, ma nella realtà il 40-50% dei diabetici non ha mai visto un diabetologo in vita sua. Perfino il sistema di esenzione dei ticket fa acqua: 1 malato su 4 non ha esenzione, perché non vuole rivelare di essere malato ma anche perché non è stato informato o è stato informato male, magari dicendogli che se ha esenzioni per età non è necessaria quella per il diabete. Non è vero, perché questa, ad esempio, serve per accedere ai materiali per l'autocontrollo della glicemia». Così «salta» l'auto-monitoraggio, che secondo diversi studi sarebbe utile, al-

meno saltuariamente, anche per i pazienti con diabete di tipo due che non prendono insulina.

Di questo passo, a meno di cambiare rotta, investendo sul serio nella prevenzione, «la marea» dei diabetici ci sommergerà ben presto: l'età di comparsa del diabete di tipo 2 sta scendendo, oggi i casi sono tanti già fra i 30-40enni e se ne registrano perfino nella tarda adolescenza. Significa dover convivere sempre più a lungo con la malattia e i suoi pericoli, se non viene ben curata. «Nella popolazione generale (tutti gli italiani da zero anni in su) la diffusione del diabete è stimata del 5-6%, mentre fra gli adulti (20-79 anni) i casi quasi raddoppiano: 1 adulto su 10 ha il diabete e, se non ce ne occupiamo presto e bene, il prezzo da pagare sarà molto salato per tutti» conclude Caputo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

14 novembre

La Giornata mondiale del Diabete

Il 14 novembre è La Giornata mondiale del Diabete, istituita dalle Nazioni Unite nel 2006 e coordinata in Italia da Diabete Italia. Sono previsti 500 eventi, organizzati da Associazioni fra persone con diabete, medici, infermieri, dietisti e altri volontari. Le città coinvolte saranno 400. La maggior parte delle attività si svolgeranno fra il 9 e il 10 novembre (l'elenco è sul sito www.giornatadel diabete.it). In molte Regioni i volontari proporranno a tutti i cittadini di firmare una Cartolina che verrà consegnata all'Assessore alla Salute della Regione, per spingerlo a mettere a disposizione le risorse e le strutture necessarie per prevenire e gestire al meglio il diabete e mettere in atto i suggerimenti del Piano nazionale Diabete, aggiornando i modelli di assistenza spesso disomogenei e carenti. «Infatti se solo 9 Regioni (si veda nella pagina accanto) hanno recepito ufficialmente il Piano nazionale Diabete, nemmeno 5 hanno intrapreso passi significativi per metterlo in pratica», spiega Rossella Iannarelli, coordinatrice nazionale della Giornata mondiale del Diabete.

La malattia

Ci sono due tipi di diabete, che hanno in comune la presenza di alti livelli di glucosio nel sangue e le possibili conseguenze a lungo termine di questo fenomeno, soprattutto a livello neurologico e cardiovascolare

IL DIABETE DI TIPO 2

- Insorge più spesso negli adulti, ma non sempre
- L'insulina c'è, ma le cellule dei tessuti sono diventate insensibili al suo segnale
- Si cura con dieta e attività fisica, eventualmente con **farmaci** per bocca o insulina

IL DIABETE DI TIPO 1

- Insorge più spesso nei bambini o nei giovani
- Le cellule del pancreas non producono insulina, l'ormone che fa entrare il glucosio nelle cellule
- Si cura assumendo insulina per iniezione

I numeri in Italia

○ **3,3 milioni** le persone che hanno il **diabete di tipo due**, diagnosticate e seguite (il 5% della popolazione)

○ **1 milione** le persone che hanno il diabete di tipo due, ma non sono state diagnosticate (l'1,6% della popolazione)

○ **2,6 milioni** le persone che hanno difficoltà a mantenere la glicemia nella norma. (condizione di «pre-diabete», che riguarda il 4,3% della popolazione)

○ **250 mila** Le persone con **diabete di tipo uno**

○ **5.000** i nuovi casi diagnosticati ogni anno

○ **15 mila** le famiglie con bambini (0-14 anni) malati di diabete

Ogni giorno **200 persone** si ammalano di diabete di tipo due

Nel 2030 si prevede che le persone con diabete diagnosticato in Italia saranno **5 milioni**

I costi

9 miliardi di euro

La spesa annua del Servizio sanitario per il diabete

2.756 euro

Il costo medio annuo di un paziente diabetico (anno 2010)

} di cui

- **1.569 €** per ricoveri
- **171 €** per i **farmaci**
- **643 €** per altri trattamenti
- **373 €** per prestazioni ambulatoriali

Il questionario

D'ARCO

Il diabete si può prevenire e a questo scopo è utile conoscere il proprio rischio di sviluppare la malattia. Il questionario qui sotto, chiamato **FINDRISC**, fornisce una stima della probabilità di sviluppare diabete entro 10 anni. Può rappresentare, perciò, un utile indicatore della necessità di adottare misure di prevenzione. È bene, quindi, se si raggiunge un punteggio significativo, parlarne con il proprio medico di fiducia, per una valutazione più specifica

- Età**
 - Meno di 45 anni: 0 PUNTI
 - 45-54 anni: 2 PUNTI
 - 55-64 anni: 3 PUNTI
 - Più di 64 anni: 4 PUNTI
- Quanto spesso mangia frutta o verdura?**
 - Tutti i giorni: 0 PUNTI
 - Non tutti i giorni: 1 PUNTO
- Un medico o un altro operatore sanitario le ha mai detto che aveva la glicemia alta (in un esame medico, durante una malattia o la gravidanza)?**
 - No: 0 PUNTI
 - Sì: 5 PUNTI
- Indice di massa corporea (BMI)***
 - Meno di 25: 0 PUNTI
 - 25-30: 1 PUNTO
 - Più di 30: 3 PUNTI
- Fa esercizio fisico per almeno 30 minuti quasi tutti i giorni?**
 - Sì: 0 PUNTI
 - No: 2 PUNTI
- Ha mai usato farmaci per la pressione alta?**
 - No: 0 PUNTI
 - Sì: 2 PUNTI
- A qualcuno della sua famiglia è mai stato diagnosticato il diabete?**
 - No: 0 PUNTI
 - Sì: nonni, zii, cugini: 3 PUNTI
 - Sì: genitori, fratelli, sorelle, figli: 5 PUNTI
- Circonferenza vita (in centimetri)**

| Uomini | | Donne | |
|------------|------------|---------|---------|
| Meno di 94 | Meno di 80 | 0 PUNTI | 0 PUNTI |
| 94-102 | 81-88 | 3 PUNTI | 3 PUNTI |
| Più di 102 | Più di 88 | 4 PUNTI | 4 PUNTI |

*Peso (in kg), diviso per l'altezza (in metri) al quadrato

PUNTEGGIO TOTALE _____ **PUNTI**

LA VALUTAZIONE

Punteggio <9: rischio basso

Punteggio >9: rischio intermedio/alto

Probabilità di sviluppare il diabete entro 10 anni



Foto: SBI/ANSA

D'ARCO

IL «PESO» DELLE COMPLICANZE SUI COSTI

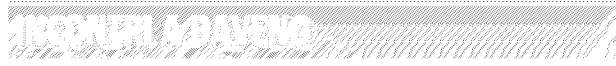
- con **1** complicanza il costo è **4 volte** maggiore
- con **2** complicanze il costo è **6 volte** maggiore
- con **3** complicanze il costo è **9 volte** maggiore
- con **4** complicanze il costo è **20 volte** maggiore

FARMINDUSTRIA**La ricerca
farmaceutica
ha un ruolo
strategico****Luigi Cucchi**

■ Si vive più a lungo e meglio. Oggi possiamo sperare di raggiungere il traguardo degli 82 anni, dieci in più rispetto agli anni '70. Merito dei progressi scientifici, ma anche della disponibilità di terapie innovative ed efficaci, che migliorano la qualità della salute e allungano la vita. Un risultato al quale l'industria farmaceutica, da 70 anni, contribuisce con ricerca e innovazione: dall'avvio su scala industriale della produzione di antibiotici, alle prime vaccinazioni anti-polio, fino ai più recenti progressi terapeutici in diverse aree della medicina, come quella oncologica. Altrettanto importante, è l'impatto che il comparto farmaceutico, produce sull'economia del Paese. La relazione annuale della Banca d'Italia descrive il settore farmaceutico come «un'eccezione rispetto ad uno scenario manifatturiero in contrazione». L'occasione per renderlo noto è stata quella del tour itinerante «Produzione di valore. L'industria del farmaco: un patrimonio che l'Italia non può perdere», organizzato da Farmindustria, nella sede di Roche a Monza. Negli ultimi 5

anni le imprese italiane del farmaco hanno conosciuto una crescita del 44%, rispetto al 7% della media manifatturiera. Inoltre la farmaceutica in Italia investe in ricerca e innovazione ben 1,2 miliardi di euro, con un'intensità 5 volte superiore alla media industriale. Nella classifica europea, per valore assoluto della produzione, è seconda, subito dopo la Germania. Quello dell'Italia, sottolinea Farmindustria, è un contesto nel quale, dal 2007 al 2011, le imprese del farmaco hanno avuto oneri complessivamente pari a 11 miliardi, derivanti da provvedimenti nazionali dettati dalle esigenze di finanza pubblica. Motivi che fanno crescere segnali di rischio. A partire dall'occupazione in calo dal 2006 di 11.500 addetti. Gli studi clinici sono diminuiti in Italia del 23 per cento in tre anni, più che negli altri grandi Paesi europei. Preoccupano anche gli investimenti, calati nel 2012 per la prima volta in dieci anni. La Lombardia rimane comunque un modello di eccellenza con istituti di fama internazionale, specializzati in campi quali farmacologia, neurologia, biotecnologie oncologia. Gli investimenti in ricerca delle imprese del farmaco sono il 9,1% del totale.





Oltre 20mila ragazzi italiani soffrono di diabete mellito

■ In Italia circa 20 mila, tra bambini e ragazzi, sono affetti dal diabete, una condizione metabolica cronica la cui incidenza è in crescita, benché negli ultimi 9 anni si sia riscontrata una diminuzione delle complicanze acute. Il diabete giovanile, mellito di tipo 1, colpisce globalmente circa il 5-10% di tutte le persone con questa patologia, al livello mondiale sono stati stimati circa 3,4 milioni di decessi nel 2004, valore presunto in aumento entro il 2030.

A Baveno, sulle sponde del lago maggiore, Roche Diagnostics, con la collaborazione delle società diabetologiche, ha dato vita ad un incontro sulle problematiche relative alla malattia diabetica, una patologia che non porta a condizioni invalidanti, ma soprattutto per i piccoli pazienti richiede una continua ed attenta assistenza giornaliera e notturna e la somministrazione endovena di farmaci, sia in ambiente domestico sia in quello sociale. Il Piano nazionale sulla malattia diabetica, approvato lo scorso 6 dicembre, ha tra i più importanti obiettivi quello di migliorare la qualità delle cure ma soprattutto la qualità della vita e di favorire l'integrazione sociale delle persone con diabete.

ValCales



SPECIALE
a cura di RCS MediaGroup Pubblicità
graficaonline

INFIAMMAZIONI ED ENZIMI

Pare che alla base di molte patologie vi sia l'infiammazione: la scienza cerca nuove risposte

Quando il sistema immunitario risponde a sproposito

Le combinazioni di enzimi rientrano fra gli immunomodulatori (BRM) e possono agire come immunostimolanti o immunosoppressori

L'infiammazione è l'insieme delle modificazioni che si verificano in una zona dell'organismo colpito da un danno causato da agenti fisici, chimici e biologici. È la risposta delle cellule sopravvissute e di solito si tratta di una reazione localizzata con un riflesso sistemico, poiché diverse molecole che vengono sintetizzate e rilasciate dalle cellule "coinvolte" passano nel sangue agendo su organi a distanza, stimolando la sintesi di altre cellule in risposta alla fase acuta, come dimostrano ad esempio la comparsa di febbre o l'aumento di leucociti.

I più noti sintomi sono aumento della temperatura locale, gonfiore, indolenzimento e compromissione funzionale. Di per sé, è un processo utile, in quanto permette di neutralizzare l'agente dannoso e reintegrare la condizione di normalità. Quando però un'infiammazione acuta si cronicizza, si entra in uno stato di sofferenza generale, con la comparsa, a volte, di patologie anche importanti, che vedono coinvolto il sistema immunitario. Questo infatti, sottoposto a un perenne allarme e alla continua richiesta di intervento si "sovraccarica" e può perdere il suo equilibrio, non riuscendo più a fornire la risposta sufficiente o fornendone una eccessiva, innescando una serie di complicate reazioni a catena che mina lo stato di salute in organi bersaglio e in tutto il corpo, portando all'evoluzione di malattie spesso difficili da diagnosticare o da gestire, come malattie reumatiche, artrite, artrosi, fibromialgia, fa-

tica cronica, allergie, malattie autoimmuni e patologie degenerative croniche.

L'infiammazione è di per sé utile, ma se si cronicizza mette a rischio la salute

ELEMENTI NECESSARI

Gli studiosi mettono spesso in relazione con l'attività del sistema immunitario quella degli enzimi, dei catalizzatori metabolici che prendono parte al processo metabolico del corpo accelerando o ritardando determinate reazioni.

Secondo gli scienziati, ben 15.000 enzimi (suddivisi in 6 categorie) ogni secondo attivano 30 quadrilioni di reazioni chimiche in respirazione, crescita cellulare, digestione, metabolismo e processi di riparazione; il sistema immunitario si avvale della loro opera per sostenere l'auto-cura dell'organismo; gli enzimi favoriscono la risposta contro il processo infiammatorio nello stadio acuto e riescono a regolarne intensità e durata. Gli enzimi proteolitici, in particolare, sono in grado di promuovere un'azione consolidante all'interno del sistema immunitario anche se compromesso, riportando la risposta immunologica a livelli basali e rafforzando gli effetti delle terapie in atto. L'azione antinfiammatoria degli enzimi proteolitici interessa patologie reumatiche, infiammazioni post-traumatiche, delle vie respiratorie, dell'apparato urinario e riproduttivo, delle vene e dei vasi linfatici, della cute ed edemi.

ANCOR PIÙ UTILI

IN SINERGIA

L'organismo però in molte situazioni non riesce a produrne abbastanza: si possono introdurre con i cibi che li contengono, ma crudi, poiché sono distrutti dalla cottura (vengono denaturati oltre i 48°C). Va poi considerato che vi sono casi di malassorbimento intestinale che impediscono di assimilarli e che in soggetti non in buona salute il loro livello è bassissimo. Le combinazioni di vari enzimi possono risultare utili in presenza di infezioni virali e durante il processo di guarigione di ferite e lesioni infiammatorie. Utilizzati da decenni in altri paesi, hanno dimostrato di poter supportare il lavoro del sistema immunitario, dove si dimostra più debole o al contrario "ammortizzandone" l'intervento nelle aree in cui agisce in maniera eccessiva, come avviene ad esempio nelle allergie. Il loro effetto riguarda tutte le parti del corpo, poiché essi sono coinvolti, secondo i tipi, in tutti i processi dell'organismo e proprio perché ad ogni enzima corrisponde una determinata azione, si rivelano utili combinazioni di più enzimi, di origine animale e vegetale.



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

QUALCHE BREVE CENNO STORICO

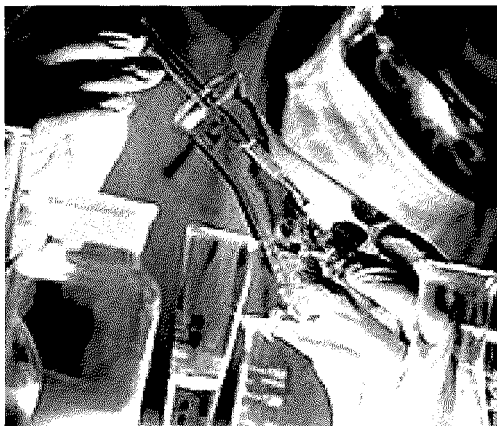
Un'antichissima, naturale, straordinaria novità

Per secoli è stato impiegato il potere curativo delle piante senza sapere che la loro efficacia fosse dovuta in gran parte agli enzimi

Le più antiche testimonianze dell'efficacia curativa degli enzimi sono rintracciabili già a partire dal VII secolo a.C.. A partire dall'inizio del XX secolo, medici e scienziati iniziarono la ricerca sulle varie combinazioni di enzimi.

Nel 1906 John Beard, un medico scozzese, riportò alcuni casi curati con successo nel suo libro "The Enzyme Treatment of Cancer and its Scientific Basis" uscito nel 1911. Da allora prodotti a base di enzimi proteolitici sono stati utilizzati da diversi terapeuti per la cura delle malattie degenerative, prima nell'ambito della medicina non convenzionale e più recentemente anche come supporto ai protocolli terapeutici ufficiali. Nel 1938 Max Wolf, un medico tedesco residente a New York, tentò di identificare la sostanza presente nel sangue di pazienti sani e ipotizzò che tale sostanza potesse essere un enzima. Negli anni 40, divenuto Direttore del Biological Research Institute della Columbia University,

proseguì le proprie ricerche nel settore della terapia enzimatica con la scienziata Helene Benitez, con l'obiettivo di isolare e purificare gli enzimi animali e vegetali.



A partire dai primi del 1900 medici e scienziati iniziarono a indagare su queste sostanze

UNA COMBINAZIONE DI SUCCESSO

Ottennero diverse combinazioni che battezzarono "Combinazioni di enzimi Wolf-Benitez", successivamente abbreviato in "Wobenzym". Come medico della Metropolitan Opera, somministrò gli enzimi all'alta società americana, annoverando tra i propri pazienti Enrico Caruso, Toscanini, Julie Andrews, Marilyn Monroe, Clark Gable, Marlene Dietrich, Charlie Chaplin, Spencer Tracy e Gary Cooper, oltre al Duca di Windsor, William Somerset Maugham e altre celebrità.

Nella propria autobiografia Wolf racconta di aver somministrato le combinazioni di enzimi anche a Pablo Picasso.

La combinazione di enzimi WoBe fu registrata come farmaco nel 1959 in Spagna e, nel 1960, in Germania. E da allora è stata utilizzata con successo.

Gli enzimi, valido supporto in ogni stato infiammatorio

Wobenzym® vital di NAMED è un valido alleato per la gestione efficace dei disturbi infiammatori e di altre condizioni in cui è presente un'alterazione del sistema immunitario. Wobenzym® vital è un integratore composto da 4 enzimi ad azione sinergica: la bromelina (di origine vegetale) riduce l'edema e la flogosi, la papaina (di origine vegetale) vanta una spiccata attività antinfiammatoria, la tripsina e chimotripsina (di origine animale) favoriscono il drenaggio del focolaio infiammatorio. L'attività immunomodulante degli enzimi è completata e rafforzata dalla presenza di preziosi Bioflavonoidi e Vitamine che, in veste di antiossidanti possono fornire un importante contributo per sostenere le difese naturali dell'organismo. Le compresse di Wobenzym® vital sono protette da uno speciale rivestimento in grado di sopportare l'ambiente acido dello stomaco, che può danneggiare gli enzimi. Superato lo stomaco, gli enzimi sono efficacemente assorbiti dalla membrana

della mucosa intestinale. Wobenzym® vital si è dimostrato, negli anni, efficace come trattamento primario e come trattamento coadiuvante, potenziando l'effetto delle cure in atto e migliorando i risultati. Può essere usato anche nel lungo termine, poiché ha una tollerabilità eccellente e non ha effetti collaterali. Gli enzimi proteolitici sono sconsigliati solo in presenza di allergie o intolleranze ad ananas, papaya, kiwi o fichi. In farmacia in confezioni da 40, 120, 240 compresse.

Info: N°Verde 800.203678, www.wobenzym.it,
www.namedonline.it/wobenzym.

EVOLUZIONE UMANA / 2

La coscienza è femmina?

di **Luca Pani**

Circa due milioni di anni fa mentre un pallido sole illuminava le prime ore del mattino alle pendici delle colline di Kanapoi non lontano dalle floride sponde del lago Turkana, ora geograficamente nell'alto Kenya, un ominide primordiale, ancora simile ad una scimmia ma non più identico ad una scimmia, dopo essere sceso dal fianco della montagna, iniziò ad osservarsi le mani. Per la prima volta in vita sua non poté fare a meno di notare come fossero ruvide e, allo stesso tempo, possedessero uno strato di pelle quasi trasparente che le ricopriva in modo diverso sui due lati. Guardò i palmi dalla pelle sottile e dal colore d'argilla. Ammirò, un po' sorpreso, i percorsi delle pieghe, guardò le dita ancora una volta, e poggiò le due mani sopra il petto.

L'ominide dalla mandibola pronunciata e gli archi dei sopraccigli sporgenti come balconi, un'onda ossea di protezione e di dettaglio, annusò l'aria umida della savana africana come aveva fatto molte altre mattine prima di allora. Eppure questa volta era diverso. Era distratto da un pensiero, non già un istinto, non un movimento automatico, non un'imitazione ma da qualcos'altro che non aveva mai provato prima. Era molto distratto, disturbato a momenti, da un pensiero originale: il pensiero delle sue mani.

Quelle mani, ruvide e pelose, uguali e speculari; quelle mani, si rese conto per la prima volta, gli appartenevano. Fu un disagio da principio, come un errore, come se fosse un disturbo (nella sua evoluzione la nostra specie avrebbe tristemente imparato che i pensieri possono essere sottili malattie tra le più difficili da capire e da curare) e cercò di non badarci più di tanto. Ma non ci riusciva: il pensiero tornava ancora a disturbarlo. Il pensiero delle mani si allargò al resto del suo

corpo, alle braccia, al torace e quindi alle gambe. Vide i suoi piedi, pensò - di nuovo volontariamente pensò - a quante volte aveva visto quei piedi e quelli di molti suoi compagni di caccia e quelli degli animali, certo diversi dai suoi, senza mai averci fatto caso. Pensò invece che anche i piedi gli appartenevano, erano suoi, come il resto della sua persona.

Persona, non credeva davvero di esserlo ancora. Si accovacciò e toccò i piedi e le dita. In un attimo notò una somiglianza straordinaria con le mani e di questo, fu certo, non aveva mai avuto neppure il più vago sentore prima di allora. I due pensieri si erano associati tra loro in modo velocissimo e automatico perché, per la prima volta nella storia, una mutazione irreversibile nella corteccia frontale li aveva messi in relazione. Immediatamente dopo l'ominide pensò: Io sono. Forse la storia non iniziò davvero in questo modo, non possiamo saperlo con certezza, forse la nascita della coscienza umana e quindi di tutta la nostra spinta evolutiva iniziò dalla percezione di una madre che portava in grembo la sua creatura, magari fu una Donna il primo mammifero a rendersi conto che potevano esistere entità distinte: lei e la sua prole. È probabile che la prima percezione della coscienza del sé si sia sviluppata in una femmina; più probabile e forse più romantico per tutti noi che siamo figli e per molte di noi che sono, o saranno, madri. Il primo stato di coscienza potrebbe essere stato dunque un atto d'amore.

Non lo sappiamo, non abbiamo fossili di cervelli ed estrarre il Dna da frammenti millenari è difficilissimo, per adesso quasi impossibile. Abbiamo solo ossa, frammenti di cranio e poche altre indicazioni e per questi motivi il principio della nostra storia, l'origine della più affascinante di tutte le evoluzioni cioè di quella della nostra mente, si perde nella notte dei tempi. Gli ultimi resti di cui abbiamo una qualche certezza e che sono classificabili come *Homo*, tanto da meritare

l'onore di portare il nostro prenome ed essere quindi considerati come no-

stri antenati comuni provengono dall'Etiopia Meridionale, dal Kenya e - inaspettatamente vista la distanza tra queste regioni - dalla Georgia.

Alcuni dei resti Africani hanno circa tre milioni di anni ed appartengono ad una specie definita *Homo Habilis*, una specie dotata di un cervello leggermente più grande di quello di un precedente antenato: l'*Australopiteco*, che non era ancora un ominide vero e proprio. L'*Homo Habilis* compare, non a caso, nello stesso momento in cui compaiono i primi utensili di pietra. Quello che sino a qualche anno fa veniva considerato il successore dell'*Homo Habilis* e che invece, secondo le ultime scoperte di questa settimana sull'*Homo Georgicus*, potrebbe essere un suo quasi contemporaneo ci assomiglia un po' di più, anche fisicamente e nel portamento, è classificato come *Homo Erectus*.

Anche *Homo Erectus* proviene dal Kenya e data circa 1,5 milioni di anni or sono proprio quando, centinaia di migliaia di anni più o meno, nelle montagne del Caucaso si sviluppava la comunità dell'*Homo Georgicus* mettendo in dubbio anni di risultati antropologici e biochimici che dimostravano come anche il cervello dell'uomo moderno (*Homo Sapiens*) era derivato solo da quelli vissuti nelle pianure africane. Ora, dato che nessuna di queste specie sembra essere in collegamento diretto con le altre, restano da spiegare vari anelli mancanti e diverse estinzioni più o meno violente come quella del *Rudolfensis* e quasi due milioni di anni dopo quella del *Neanderthalensis*.

Ma se non siamo passati dal *Homo Habilis* a quello *Ergaster* (che era considerato il più importante di tutti) e quindi all'*Erectus* e all'*Antecessor*, per arrivare finalmente al *Sapiens* in modo lineare (uno derivato dall'altro), come abbiamo fatto a diventare quelli che siamo? Tutti insieme e in qualunque continente d'origine ci trovassimo?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Lo stato di consapevolezza potrebbe essere nato da un atto d'amore: dalla percezione di una madre che portava in grembo la sua creatura

ARTROSI, GONFIORI E RIGIDITÀ I PRIMI SEGNALI



ROMA L'artrosi della mano, degenerazione progressiva delle cartilagini che rivestono le estremità delle ossa, provoca un consumo delle articolazioni che, con il passare del tempo, può portare a vere e proprie deformità (particolarmente alla base del pollice).

Colpisce specialmente le donne, a causa delle articolazioni più piccole rispetto a quelle degli uomini, con comparsa di sintomi intorno ai 50 anni: dita rigide, difficoltà nel sollevare pesi e nello stringere gli oggetti, gonfiore, dolore.

A essere a rischio chi compie lavori manuali (sarti, operai, impiegati che usano il computer o scrivono tutto il giorno), ma anche sportivi e chi ha predisposizione per patologie infiammatorie.

Per prevenire l'artrosi è importante evitare di stare troppe ore con il pugno chiuso, specie durante il sonno, di scrivere a lungo al pc senza pause, di sottoporre le mani a carichi eccessivi ripetutamente. Un aiuto arriva anche dall'alimentazione, che dovrebbe essere bilanciata, con un ridotto consumo di zuccheri, sale e grassi.

Da prediligere vegetali di stagione e cibi ricchi di Omega-3 come il pesce azzurro e il salmone. Bene anche che le categorie a rischio pratichino esercizi, almeno a giorni alterni: battere le dita su un tavolo, come se si volesse fingere di suonare un pianoforte, un minuto per mano; fare circonduzioni del polso (tenendo fermo l'avambraccio con l'altra mano), tre serie da tre per mano; stringere e aprire le mani al massimo possibile per dieci volte; aprire e chiudere le dita tenendo le mani di fronte al busto per cinque volte.

Lunedì 03 NOVEMBRE 2013

Parkinson e Alzheimer. E se tutto cominciasse in gravidanza? La ricerca di un team italo-francese

Lo studio valuterà se gli eventi traumatici negli stadi precoci di sviluppo (come stress o malattie infettive) influiscano o meno nell'insorgenza e nelle caratteristiche delle malattie neurodegenerative. Gli scienziati, di diverse università e istituti dei due Paesi, sono convinti che se le relazioni fossero accertate si faciliterebbe lo sviluppo di nuove terapie più efficaci.

Francia e Italia hanno unito le forze per creare un laboratorio internazionale dedicato allo studio delle malattie neurodegenerative. L'Università di Lille 1, il CNRS, il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), l'Università Sapienza di Roma e l'IRCCS Neuromed di Pozzilli (IS) hanno infatti siglato l'accordo per la creazione del Laboratorio Internazionale Associato (LIA) "Stress Prenatale e Malattie Neurodegenerative".

Il LIA si inserisce nell'ambito di una collaborazione scientifica di lunga durata tra la Francia e l'Italia, con lo scopo di continuare, e in qualche modo far convergere, la ricerca di diversi gruppi di studiosi che hanno già riportato importanti risultati nel campo delle neuroscienze.

Nello specifico, il Laboratorio ha l'obiettivo di valutare se gli eventi traumatici (come, per esempio, condizioni di stress psico-fisico o patologie infettive) negli stadi precoci dello sviluppo, in particolare durante la gravidanza, possano influenzare la predisposizione nei confronti delle principali patologie neurodegenerative dell'età adulta (in special modo Parkinson e Alzheimer) in termini di età di esordio, severità e progressione della malattia.

Lo studio di tali meccanismi, secondo i ricercatori, potrebbe facilitare lo sviluppo di strategie terapeutiche in grado di prevenire o ritardare l'insorgenza delle patologie neurodegenerative o l'individuazione di biomarcatori per prevedere l'insorgenza delle malattie.

I ricercatori auspicano di poter produrre risultati che abbiano un'effettiva ricaduta sulla salute pubblica sia in termini di diagnosi che di terapie innovative. Uno dei punti di forza del LIA sarà, inoltre, lo scambio di studenti e ricercatori, anche nell'ambito di programmi finanziati dall'Unione Europea, incentivando la partecipazione al progetto di scienziati di fama internazionale.