



4 ATTUALITÀ
Le campagne di comunicazione dell'Ordine di Bari

7 FARMACI
Il Piano nazionale contro l'antimicrobicoresistenza

18 CENTRO STUDI FIMMG
Limitazioni prescrittive: un ostacolo alla presa in carico dei pazienti

MEDICINA GENERALE

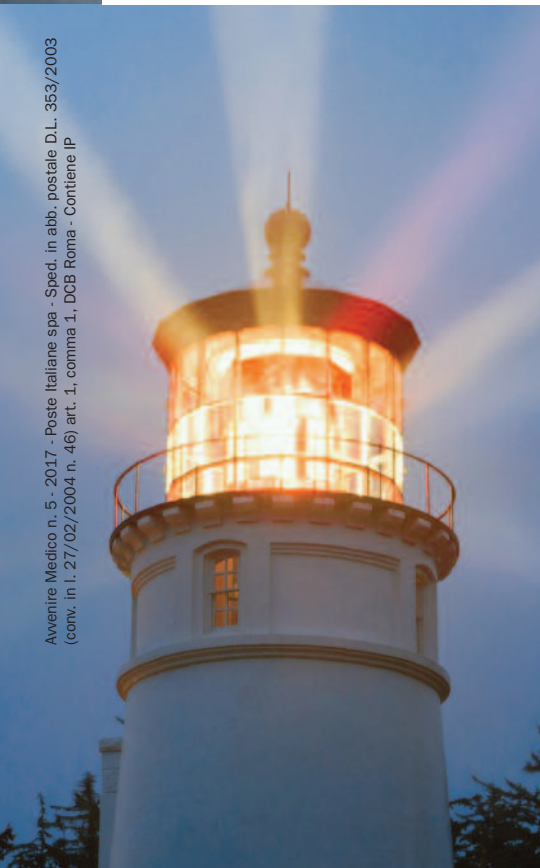
LE SFIDE DEL 2018

am
AVVENIRE MEDICO

IL MENSILE DELLA FIMMG
NUMERO 5 - 2017 ANNO LV

FIMMG
Federazione Italiana Medici di Famiglia

Avvenire Medico n. 5 - 2017 - Poste Italiane spa - Sped. in abb. postale D.L. 353/2003 (conv. in l. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DGB Roma - Contiene IP



Silvestro Scotti
Segretario nazionale
Fimmg

**IL 2018
CHE CI
ASPETTA**

Possiamo definire un elenco degli obiettivi che ci diamo per il 2018 e metterli in fila, in ordine di importanza.

Meno facile immaginare quali saranno i risultati del nostro impegno, su cui peseranno tante variabili a cominciare dall'esito dell'ormai prossimo confronto elettorale.

Al primo posto c'è certamente il rinnovo dell'ACN che, come ha ribadito anche l'ordine del giorno uscito dal nostro Consiglio Nazionale del 16 dicembre, deve puntare a un rimodellamento delle attività territoriali della Medicina Generale che superi rigidi schemi di applicazione che, peraltro in assenza di risorse, solo in poche aree del Paese hanno trovato attuazione. È necessario affrontare il riposizionamento dell'assistenza primaria creando nuovi scenari di contrattazione che, oltre al tradizionale rapporto con le Regioni e il Ministero della Salute, aprano un tavolo di confronto serio e costruttivo anche con il Ministero del Lavoro e dell'Economia. Occorre, infatti, dare sostegno ai fattori produttivi e alla creazione di nuovi posti di lavoro per collaboratori di studio, infermieri e assistenti sanitari, ormai indispensabili per la presa in carico delle persone. È un tema che non si può rinviare se si vuole, come si dice da tempo, che fragilità, domiciliarità, cronicità e prevenzione trovino negli studi dei medici di famiglia una risposta efficace dal punto di vista clinico e una porta di ingresso necessaria per accedere ai livelli soecialistici. Indispensabile, sempre declinando appropriatezza e prossimità, sarà moltiplicare nei territori le esperienze di prestazioni di diagnostica clinica, anche in telemedicina, ormai facilmente accessibili, superando il meccanismo di pagamento a

prestazione a favore di quello di presa in carico.

E tutto questo sarà possibile a partire da un positivo esito dei tavoli di confronto operativi, aperti ormai da mesi in AIFA, che dovrebbero riaffidare alla Medicina Generale il diritto/dovere di prescrivere farmaci di prima linea per la cura delle patologie a più alta prevalenza nella popolazione generale.

Sarà un anno che ci vedrà impegnati anche nel percorso di applicazione della legge Gelli e quindi i temi di responsabilità professionale e risk management saranno oggetto di attività di formazione e informazione.

Inoltre, dovremo vigilare affinché lo sviluppo di forme integrative di assistenza, con particolare riguardo al cosiddetto Welfare Aziendale, non si traduca in derive privatistiche volte a sostituire il nostro SSN più che a integrarne alcuni aspetti. Dobbiamo cioè ribadire che il mmg resti punto di riferimento anche per quei pazienti che potrebbero seguire percorsi di cura non più gestiti direttamente dal servizio sanitario nazionale.

Sarà un anno di sfide, un anno di duro confronto che potrà vederci impegnati anche in momenti di scontro duro, ma con un solo obiettivo: valorizzare una professione, la Medicina Generale, ormai ultimo baluardo al servizio di tutti cittadini italiani.

IL MENSILE DELLA FIMMG



Fondato nel 1963
da Giovanni Turziani
e Alberto Rigattieri

Piazza G. Marconi 25
00144 Roma
TEL 06.54896625
FAX 06.54896645
www.fimmg.it

Direttore responsabile
Firenze Corti

Comitato di redazione
Esecutivo nazionale Fimmg

Coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

Hanno collaborato
Gennaro Barbieri,
Lucia Conti,
Bruno Cristiano,
Maria Chiara Furlò,
Ester Maragò,
Andrea Mazzoni,
Stefano A. Nobili,
Anna Carla Pozzi,
Giovanni Rodriguez

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication

Editore
Edizioni Health Communication
Via V. Carpaccio 18
00147 Roma
redazione@hcom.it
TEL 06.59.44.61

Stampa
Union Printing - Viterbo

Registrazione al Tribunale di Bologna n. 7381 del 19/11/2003

Sped. in abb. postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1, comma 1, dcb Roma
Finito di stampare
nel mese di dicembre 2017

COMUNICARE LA SANITÀ: LE CAMPAGNE DELL'ORDINE DI BARI

Presentato a Roma il volume che raccoglie le campagne di comunicazione rivolte alla popolazione dall'Ordine pugliese. Un'idea innovativa che, come sottolinea Filippo Anelli, "utilizza il linguaggio della pubblicità per veicolare i grandi temi della medicina e della salute ai cittadini". E il ministro della Cultura Dario Franceschini loda l'iniziativa e mette a disposizione i musei e gli spazi della Pubblicità Progresso

Che cos'è un medico? Come si rapporta con il paziente e con la sua professione? A cosa serve l'Ordine? È partito da queste domande semplici ma fondamentali, nel 2013, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Bari per inaugurare quella strategia comunicativa che si sarebbe rivelata una vera e propria rivoluzione nel panorama della Comunicazione della Salute e della Sanità in Italia e in Europa: applicare la comunicazione pubblicitaria a quella della Sanità.

Via via le domande sono diventate più complesse: si è passati a esplorare le difficoltà di medici e pazienti - le "Due facce dello stesso disagio" - l'apporto dei medici ai sistemi sanitari, l'autonomia e la libertà di cura, le disuguaglianze di salute, la sicurezza degli operatori, la carenza di medici, le vaccinazioni, l'abusivismo. La strategia resta la stessa, creando una consuetudine che rafforza il rapporto della cittadinanza con i medici: campagne di comunicazione tramite cartelloni pubblicitari di grandi dimensioni, sei metri per tre, e brevi video da proiettare nei cinema prima dell'inizio del film.

Ora, a distanza di quattro anni, tutte le campagne dell'Omceo di Bari, condotte sin dall'inizio in collaborazione con l'agenzia Kibrit

& Calce, sono state raccolte e analizzate in un libro, con il contributo dei massimi esperti di Comunicazione della Salute.

Il volume, *Comunicare la Sanità - l'esperienza innovativa dell'Ordine dei medici di Bari nel contesto europeo tra new media e nuovo ruolo delle istituzioni* (Edizioni di Pagina, 2017) - è stato presentato lo scorso 6 dicembre a Roma, prima al Ministero dei Beni Culturali e poi nella Sala Stampa della Camera dei Deputati.

"L'idea è nata nel corso di una discussione in una delle prime riunioni del Consiglio Direttivo dell'Ordine appena insediatosi nel 2013 - ha esordito il presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bari, Filippo Anelli - La discussione su come colmare il gap tra i cittadini e gli Ordini si era fatta fervente, an-



che perché capivamo che la posta in gioco era alta: non si trattava solo di informare i cittadini sulle prerogative di legge degli Ordini ma di ricostruire il rapporto di fiducia tra la professione, i medici e i pazienti. Da qui l'ipotesi di coinvolgere i cittadini con un linguaggio nuovo, mai utilizzato prima in questo campo: quello della comunicazione pubblicitaria".

Una forma di comunicazione che ha avuto un grande successo in termini di impatto e di efficacia, come ha dimostrato un'indagine effettuata dall'Istituto di Eumetra Monterosa di Milano, illustrata da Renato Manheimer (v.box) e che, già condiviso da altri Ordini in Italia, come ha raccontato il presidente dell'Omceo di Napoli e segretario nazionale Fimmg Silvestro Scotti, potrebbe ora essere esteso a livello nazionale.

"Avete espresso con queste campagne il massimo della sintesi: e la sintesi non è un prodotto facile - ha commentato il vicepresidente della Fnomceo Maurizio Scasola - Auguri per questo percorso nel quale anche altri Ordini e la stessa Fnomceo potranno accompagnarvi per una ridefinizione del ruolo del medico della professione e dell'istituzione ordinistica".

"Tutti noi non ci aspettavamo di vivere e comunicare con questa intensità - ha concluso il Ministro della Cultura Dario Franceschini -. Penso all'uso sempre più insistente dei social network, alla diffusione delle fake news, alla trasparenza. La rete distorce le notizie, rischiando di vanificare l'opera di chi lavora in un campo delicato come il vostro. Per questo, vi mettiamo a disposizione le nostre strutture, i nostri musei, gli spazi della Pubblicità Progresso. La vostra è un'iniziativa interessante che aiuta i pazienti e la buona sanità".



Dario Franceschini, ministro della Cultura



Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bari



Le campagne di comunicazione sulla sanità nella percezione dei cittadini

Che ricaduta hanno avuto sui cittadini le campagne di comunicazione realizzate in questi anni dall'Omceo di Bari? Era necessario saperlo per capire se fosse utile procedere e in che direzione eventualmente correggere il tiro.

Per questo è stato chiesto all'istituto Eumetra del professor Renato Mannheimer di condurre una piccola indagine per comprendere come vengano accolte le iniziative di comunicazione in ambito sanitario e, in particolare, come siano state recepite quelle dell'Ordine di Bari da parte della popolazione.

L'indagine è stata condotta su un campione di cittadini rappresentativo (400 casi con margine di approssimazione statistica 3,5%) dell'universo della popolazione italiana con età superiore ai 17 anni. Il sondaggio è stato condotto attraverso interviste telematiche (metodo CAWI) nel mese di aprile 2017.

Dall'indagine emerge una diffusa consapevolezza delle campagne di comunicazione di carattere generale relative ai temi della salute e della prevenzione. Infatti, è quasi un italiano su tre (29%) a dichiarare senza esitazione di ricordarsi "bene" di una campagna di comunicazione di questo genere. Inoltre, quasi 6 cittadini su 10 (58%) risponde di avere comunque notato l'iniziativa di comunicazione, pur "non ricordandosi tanto bene" i contenuti della stessa (Fig. 1).

Al campione intervistato è stata poi somministrata una domanda in cui si chiedeva esplicitamente quanto le campagne influenzassero i comportamenti delle persone. Ben il 71% degli intervistati ha dichiarato che, in misura maggiore o minore, questo genere di campagne contribuisce a indurre comportamenti conseguenti (Fig. 2).

Una percentuale elevatissima di intervistati (83%), rispondendo ad un altro quesito inerente il giudizio complessivo sulle campagne di comunicazione in questione, le definisce senza esitazione "utili" (Fig. 3).

I risultati completi della ricerca sono pubblicati nel volume *Comunicare la sanità*.

Figura 1.

VALORI PERCENTUALI (%)

"Delle volte sono apparse delle campagne pubblicitarie di comunicazione su temi legati alla salute o alla sanità in generale, non relative all'acquisto dei diversi farmaci, ma concernenti i comportamenti da tenere e le informazioni sulla salute in generale. Le è capitato di vederne una?"

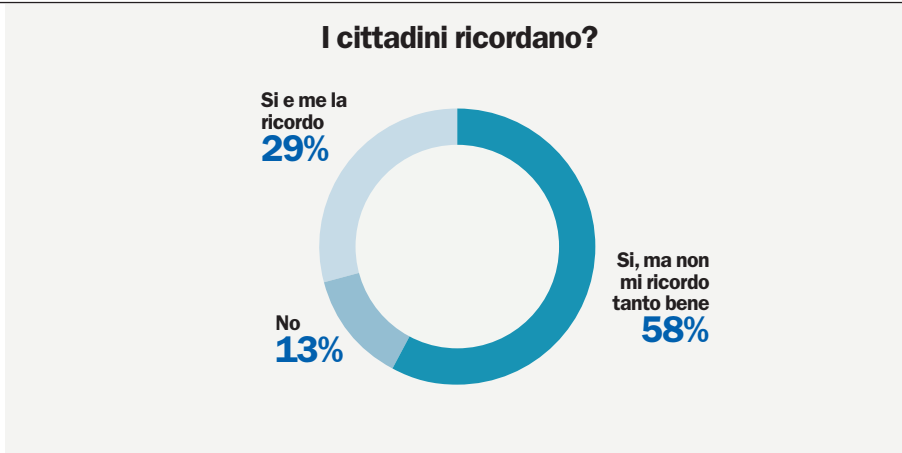


Figura 2.

VALORI PERCENTUALI (%)

"Secondo lei le campagne pubblicitarie relative alla salute influenzano i comportamenti della gente?"

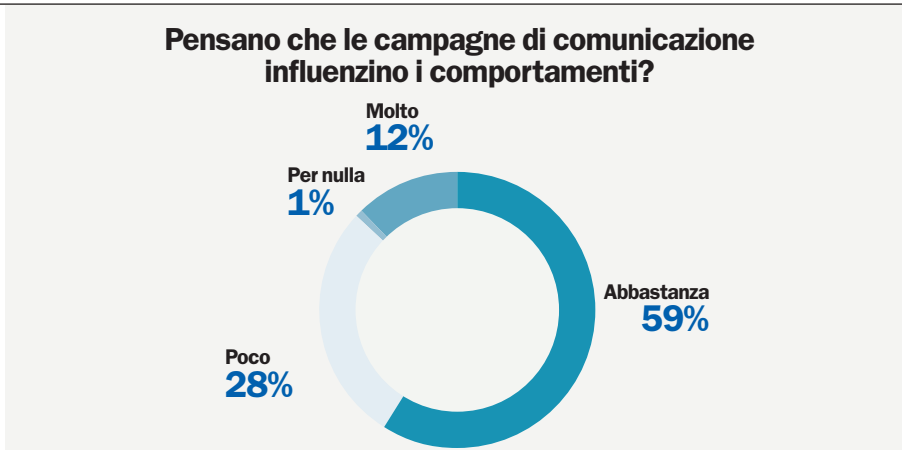
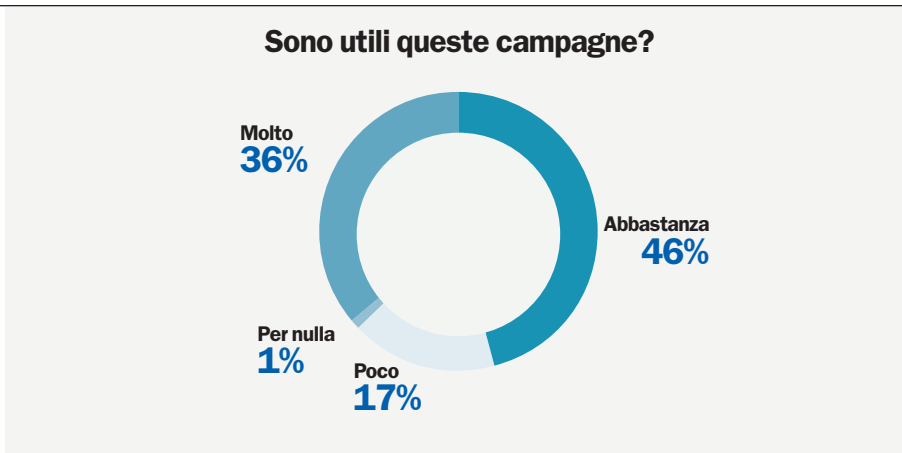


Figura 3.

VALORI PERCENTUALI (%)

"In che misura secondo lei è utile che le Pubbliche Amministrazioni promuovano campagne di comunicazione sulla sanità e sulla salute?"



ANTIBIOTICI: USIAMOLI BENE

Trasformare i ceppi batterici in organismi resistenti è un meccanismo evolutivo naturale dovuto a mutazioni nel kit genetico che può proteggerli dall'azione del farmaco. Ma fattori come l'abuso di antimicrobici e le condizioni igieniche e sanitarie inadeguate hanno accelerato questo meccanismo

Walter Marrocco
Responsabile
scientifico Fimmg

La resistenza acquisita verso antimicrobici, o AMR acquisita, è un fenomeno per cui un microorganismo è resistente all'attività di un farmaco antimicrobico originariamente efficace nel trattamento delle infezioni causate da esso. Trasformare i ceppi batterici in organismi resistenti è un meccanismo evolutivo naturale dovuto a mutazioni nel kit genetico

che può proteggerli dall'azione del farmaco. Tuttavia, fattori come l'abuso di antimicrobici e le condizioni igieniche e sanitarie inadeguate hanno accelerato questo meccanismo, aumentando progressivamente, nel corso degli anni, il numero di infezioni, anche abbastanza comuni, sempre più difficili da trattare. Il numero di infezioni complicate dalla resistenza agli antibiotici dovrebbe aumentare sensibilmente nei prossimi 20 anni, tanto che si stima che nel 2050 potrebbe causare la morte di 10 milioni di persone all'anno.

La situazione in Europa

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha pubblicato la relazione annuale sulla sorveglianza delle resistenze antimicrobiche in Europa (Sorveglianza antimicrobica sulla resistenza in Europa, 2015 - <http://bit.ly/2k9fq4z>). I risultati delle infezioni segnalati alla rete di sorveglianza E-Net (*Antimicrobial Resistance Surveillance Network*), sempre coordinati dalla ECDC, in trenta regioni dell'Unione Europea e dell'area economica europea (SEE), si basano su dati relativi al 2015, e le tendenze del periodo 2012-2015 mostrano come la situazione europea è caratterizzata da un'ampia differenziazione in base alle specie batteriche considerate, al gruppo antimicrobico e all'area geografica di riferimento.

In generale, le percentuali più basse della resistenza antimicrobica sono registrate nei paesi del nord, mentre crescono nell'Europa meridionale e orientale. Queste sono differenze attribuibili ad una varietà di fattori, come il diverso approccio all'uso di antibiotici, le strategie di prevenzione e controllo delle infezioni e i modelli di assistenza sanitaria.

Analogamente l'EMA, nella sua relazione annuale 2015, (http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/An

Tabella 1. Frequenza di resistenze in isolamenti da emocolture in Italia, dati EARS-net 2015 e trend 2006-2015.

	Italia 2015 (%) (categoria) ⁵	Media europea 2015 (%) (categoria) ⁵	Trend 2012-15 [*]
<i>Klebsiella pneumoniae</i>			
resistente a cefalosporine 3° generazione	55,9 (6)	30,3 (5)	>
resistente agli aminoglicosidi	34,0 (5)	22,5 (4)	
resistente ai carbapenemi	33,5 (5)	8,1 (3)	
MDR (R a cefalosporine di 3° generazione + aminoglicosidi + fluorochinoloni)	29,7 (5)	18,6 (4)	
<i>Escherichia coli</i>			
resistente a cefalosporine 3° generazione	30,1 (5)	13,1 (4)	>
resistente a fluorochinoloni	44,4 (5)	22,8 (4)	>
resistente agli aminoglicosidi	20,2 (4)	10,4 (4)	
MDR (R a cefalosporine di 3° generazione + aminoglicosidi + fluorochinoloni)	14,6 (4)	5,3 (3)	
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>			
resistente a piperacillina-tazobactam	29,5 (5)	18,1 (4)	
resistente a ceftazidime	21,7 (4)	13,3 (4)	
resistente agli aminoglicosidi	17,2 (4)	13,3 (4)	<
resistente a carbapenemi	23,0 (4)	17,8 (4)	
<i>Acinetobacter spp.</i>			
resistente a carbapenemi	78,3 (7)	Non riportata	
<i>Staphylococcus aureus</i>			
resistente alla meticillina	34,1 (5)	16,8 (4)	
<i>Streptococcus pneumoniae</i>			
NS alla penicillina	12,3 (4)	Non riportata	
NS ai macrolidi	24,5 (4)	Non riportata	<#
<i>Enterococcus faecium</i>			
resistente ai glicopeptidi (VRE)	11,2 (4)	8,3 (3)	>

Legenda
⁵ Categoria 1: <1%; Categoria 2: 1% - <5%; Categoria 3: 5% - <10%; Categoria 4: 10% - <25%; Categoria 5: 25% - <50%; Categoria 6: 50% - <75%; Categoria 7: >= 75%
^{*} > trend in aumento statisticamente significativo (# non statisticamente significativo se si considerano solo gli ospedali presenti da più tempo nel database); < trend in riduzione statisticamente significativo
 NS: non sensibile

nual_report/2016/05/WC500206482.pdf) affronta il problema dell'AMR e evidenzia come "in Europa, ogni anno 25.000 persone muoiono da infezioni causate da batteri resistenti. AMR pone anche un enorme onere per i sistemi sanitari e per la società, con un costo annuale dovuto alle spese di assistenza sanitaria e alle perdite di produttività stimato a circa 1,5 miliardi di euro nell'Unione Europea". Pertanto l'EMA ritiene che "promuovere l'uso responsabile degli antibiotici, sia negli esseri umani che negli animali, è fondamentale per ridurre al minimo il rischio di AMR. Lavorando con la Commissione europea e gli Stati membri nel quadro del piano d'azione della Commissione contro l'AMR, l'EMA mira a fornire raccomandazioni sull'uso appropriato degli antibiotici" (https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr_action_plan_2017_en.pdf).

Il ruolo della Medicina Generale per un uso appropriato degli antibiotici

È evidente che il ruolo della Medicina Generale nella promozione dell'uso appropriato degli antibiotici è fondamentale per affrontare questo fenomeno.

Infatti il medico di Medicina Generale è uno dei principali attori nella gestione dei medicinali a beneficio dei pazienti; e come fornitore di assistenza di primo livello, il mmg è direttamente coinvolto nella scelta appropriata e nell'utilizzo efficiente della maggior parte dei farmaci, inclusi gli antibiotici.

Il mmg deve poi partecipare alla promozione di un uso responsabile e prudente di antibiotici e a strategie globali per la prevenzione e il controllo delle infezioni; a tal fine, deve promuovere un'alleanza con i pazienti, che favorisca gli aspetti "etici" dei comportamenti individuali che hanno forti implicazioni per la società. Questo vale sia per gli antibiotici che per i vaccini: in casi come questi, infatti, una scelta individuale può influire notevolmente sul gruppo.

Molte sono le iniziative sia in Europa che in Italia sono state organizzate nel 2017. In EMA il 19 settembre scorso si è tenuta una giornata organizzata con il contributo di due Gruppi di lavoro, quello delle rappresentanze dei Pazienti e quello delle Professioni Sanitarie, nel corso della quale Walter Marocco ha presentato le problematiche dell'AMR in relazione alla Medicina Generale nei diversi Paesi Europei. Questa giornata di lavoro è stata sintetiz-



il medico di Medicina Generale è uno dei principali attori nella gestione dei medicinali a beneficio dei pazienti, dunque nella loro scelta appropriata

zata in un Documento dal titolo "Information session on antimicrobial resistance Initiatives presented to EMA Working Parties with Patients, Consumers and Healthcare Professionals on 19 September 2017", disponibile in rete (http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2017/11/WC500238133.pdf).

Il Piano italiano di contrasto all'antimicrobicoresistenza

Recentemente anche l'Italia si è dotata di un Piano nazionale di contrasto all'antimicrobicoresistenza, che tutti siamo tenuti a promuovere e rispettare.

Il Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020, approvato il 2 novembre scorso, con Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, affronta il tema dell'AMR sia in ambito umano che in ambito veterinario, sottolineando come il fenomeno abbia un impatto epidemiologico, "che si riflette in un aumento della morbosità e della



Recentemente anche l'Italia si è dotata di un Piano nazionale di contrasto all'antimicrobicoresistenza, che tutti siamo tenuti a promuovere e rispettare

mortalità associate alle infezioni causate da patogeni resistenti rispetto a quelle causate da patogeni sensibili, che è stato ampiamente documentato per vari tipi di infezioni (ad es. polmoniti, infezioni batteriemiche)", e un impatto economico, "legato alla perdita di vite e di giornate lavorative e al maggior utilizzo di risorse sanitarie (ad es. durata della degenza, esami diagnostici, farmaci)".

Il Piano individua sei ambiti di intervento:

1. Sorveglianza
2. Prevenzione e controllo delle infezioni
3. Uso corretto degli antibiotici - compresa Antimicrobial Stewardship
4. Formazione
5. Comunicazione e Informazione
6. Ricerca e Innovazione

Il testo integrale del piano può essere consultato on line: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4891&area=Malattie%20infettive&menu=antimicrobici.

LA VIA LIGURE PER LA CRONICITÀ

Entrerà in vigore il 1° gennaio 2018 l'Accordo Integrativo Regionale, siglato in luglio, tra i rappresentanti della Medicina Generale, l'assessorato alla Sanità della Regione Liguria e Alisa, l'Azienda sanitaria ligure



L'Accordo dà attuazione al Piano nazionale Cronicità, approvato nel settembre 2016, seguendo un percorso che ha molte differenze (ma anche qualche similitudine) rispetto a quanto messo in campo in altre Regioni, come i Creg in Lombardia, le Case della Salute in Emilia Romagna o le aggregazioni funzionali in Toscana.

Come sottolinea **Andrea Stimamiglio**, Fimmg Liguria, "l'accordo è semplice e lineare ed è rispettoso del modo di agire del mmg".

È importante sottolineare come questo Accordo non sia una sperimentazione, ma un sistema definito che andrà a pieno regime nell'arco di cinque anni. "Questo accordo - precisa infatti **Walter Locatelli**, commissario straordinario di Alisa - sarà valutato annualmente, e potrà subire migliorie derivanti all'analisi delle performance ottenute nell'anno precedente. È un accordo di ampio respiro, che arriverà al suo culmine nel 2021 e che dovrebbe coinvolgere la maggior parte dei pazienti affetti da cronicità".

"Un obiettivo di questo accordo - afferma la vicepresidente della Regione Liguria e assessore alla Sanità **Sonia Viale** - è quello di migliorare la qualità e l'aspettativa di vita dei cronici. È auspicabile motivare i cittadini ad una maggiore responsabilità sul controllo efficace della propria patologia, utile anche a ridurre le complicanze, con il supporto proattivo del loro medico. Ringrazio sin

È importante sottolineare come questo Accordo non sia una sperimentazione, ma un sistema definito che andrà a pieno regime nell'arco di cinque anni

d'ora tutti i professionisti che si adopereranno per il raggiungimento di questo risultato".

Come previsto dal Piano nazionale delle cronicità, l'Accordo prevede che il mmg proponga al paziente un "patto di cura", che comprende una serie di accertamenti da effettuare nel corso dell'anno; firmando, il paziente sottoscrive il patto e acconsente che il mmg acceda ai dati sanitari che lo riguardano presenti sulla piattaforma regionale (risultati di visite specialistiche, accertamenti strumentali e esami ematici); il mmg potrà così avere a disposizione i dati di sua pertinenza (ad esempio per il paziente diabetico:

visite, peso, altezza, ECG, esame del piede, etc).

Inoltre il paziente potrà avere attraverso il mmg, e non più soltanto attraverso lo specialista, alcuni presidi necessari alla sua patologia: nel caso del paziente diabetico, saranno quindi lancette, gluco-stix etc.

Per il medico di famiglia, nel primo anno sarà corrisposto un incentivo al momento del reclutamento (10 euro, a copertura delle spese di segreteria), il successivo incentivo di 10 euro per paziente ogni anno sarà corrisposto se il paziente completa il suo percorso di visite e esami, in una logica di *pay for performance*.

Il cronoprogramma dell'Accordo

- **31 dicembre 2017:** reclutamento dei pazienti per diabete e BpCo, con firma del programma di assistenza concordato per il singolo paziente (PAI);
- **31 dicembre 2018:** conferma precedenti PAI e reclutamento pazienti per ipertensione, insufficienza renale e malattie renali

croniche, con firma del PAI; prosecuzione di nuovi reclutamenti per le patologie croniche precedentemente considerate;

- **31 dicembre 2019:** conferma precedenti PAI e reclutamento pazienti per artrite reumatoide e malattie del connettivo, morbo di Crohn, colite ulcerativa o altra patologia cronica condivisa, con firma del PAI; prosecuzione di nuovi reclutamenti per le patologie croniche precedentemente

considerate

- **31 dicembre 2020:** conferma precedenti PAI e reclutamento pazienti per asma, allergie, morbo di Parkinson e parkinsonismi o altra patologia cronica condivisa, con firma del PAI; prosecuzione di nuovi reclutamenti per le patologie croniche precedentemente considerate
- **dal 2021, entro il 31 dicembre di ogni anno;** conferma precedenti PAI, con eventuali integrazioni.



LA TELEMEDICINA E IL TELEMONTORAGGIO NEL PAZIENTE PLURIPATOLOGICO

Negli ultimi anni l'attività dei medici di Medicina Generale è molto cambiata. Punti nodali rimangono ancora la relazione diretta e personale con il paziente, fondata sul rapporto di fiducia e sull'alleanza terapeutica. A tutto ciò, però, si sono aggiunte nuove esigenze collegate sia ad attività meramente burocratiche che a necessità socio sanitarie dovute all'aumento dell'età della popolazione, all'aumento dei pazienti cronici, alla necessità di potenziare la cura sul territorio, all'attenzione sempre maggiore a problematiche come l'aderenza e l'appropriatezza terapeutica al percorso di cura. Diventa anche sempre più importante la necessità di fare attenzione alle risorse economiche sempre più ridotte

L'esperienza CReG, nuova modalità di gestione della cronicità, ha dimostrato che passando dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa si migliora l'aderenza terapeutica e diagnostica del paziente con risultati positivi in termini di diminuzione di accessi in PS e di ricoveri ospedalieri. Si sono anche dimostrati un miglioramento dei parametri dell'andamento della patologia cronica quali emoglobina glicata, valori pressori.

IML (Iniziativa Medica Lombarda), cooperativa costituita esclusivamente da mmg, nasce, nel 2011, in risposta alla delibera di Regione Lombardia istitutiva dei CReG, da un gruppo di medici dell'area bergamasca e del territorio della ex ASL di Melegnano.

Alla fine del 2016 i medici della cooperativa avevano arruolato complessivamente 55.000 pazienti. Proprio con questi risultati il progetto Buongiorno

Anna Carla Pozzi
Fimmg Milano

“**È un servizio molto utile per i pazienti pluripatologici perché ci permette, attraverso il monitoraggio dei parametri, di capire se c'è un peggioramento della situazione clinica e di poter intervenire evitando di inviare il paziente al pronto soccorso**”

CReG, sostenuto anche da IML, ha avuto il riconoscimento come reference site in Europa per la gestione della cronicità.

IML è un soggetto no profit che offre ai medici di famiglia tutti gli strumenti necessari per la gestione della cronicità che da soli non potrebbero avere. Si occupa della fornitura di strumenti informatici sempre più avanzati e di supporto al telemonitoraggio ed alla telemedicina.

Negli ultimi anni si è sviluppata la diagnostica di primo livello negli ambulatori dei mmg, costituita da apparecchiature o in telemedicina o presenti direttamente nello studio del medico come il monitoraggio TAO. Gli accertamenti più eseguiti in telemedicina sono gli elettrocardiogrammi e le spirometrie, che possono essere fatti anche da personale infermieristico. Il tracciato viene trasmesso via telefono

allo specialista che emette il referto. Tale esperienza ha avuto un notevole successo soprattutto per gli elettrocardiogrammi che sono stati fatti ai pazienti arruolati CReG, che prevedevano nel piano di cura l'esecuzione di un elettrocardiogramma. Se quest'ultimo risultava alterato il paziente veniva inviato allo specialista. Il medico ha potuto eseguire anche ECG in regime di libera professione per esempio per le certificazioni di attività sportiva non agonistica. Nel 2017 sono stati effettuati circa 3000 ECG di cui 500 in libera professione.

Da circa un anno e mezzo si sta conducendo una sperimentazione di telemonitoraggio domiciliare (numero pazienti arruolati 157) che consiste nell'installare al domicilio di pazienti con patologie croniche, che necessitano di continui controlli per il riequilibrio della situazione clinica, dei device specifici per quel determinato paziente per il controllo in tempo reale di alcuni parametri per esempio glicemia, pressione arteriosa, saturazione dell'ossigeno nel sangue, temperatura corporea, peso, ritmo cardiaco. Questi device permettono, attraverso un centro servizi con un'infermiera, di monitorare l'andamento delle patologie croniche e, al comparire di misurazioni fuori soglia, il contatto immediato del paziente. Il medico ha la possibilità di seguire l'an-

damento del monitoraggio sul proprio computer.

I soggetti arruolati sono generalmente pazienti pluripatologici, tra cui molti con scompenso cardiaco eventualmente associato ad altre patologie tra cui BPCO, diabete mellito, ipertensione arteriosa e disturbi del ritmo. I device consegnati a domicilio sono scelti dal medico curante a seconda delle necessità del paziente e consistono in: bilancia, saturimetro, ECG monotraccia, sfigmomanometro, glucometro, termometro.

Ogni medico compila uno schema di rilevazioni settimanali che consegna al paziente e al centro di raccolta dati. In caso di mancata misurazione il paziente viene contattato dall'infermiera del telemonitoraggio che rileva il motivo della mancata misurazione. Il medico stabilisce le soglie di normalità personalizzandole per il proprio paziente, quando un valore è fuori soglia (segnale giallo o rosso) il paziente viene contattato dall'infermiera che raccoglie i dati ed eventualmente fa ripetere la misurazione e successivamente allerta il medico curante. Non essendo un servizio di emergenza-urgenza, in caso di problematiche acute il paziente viene addestrato a chiamare l'ambulanza. Il paziente può fare degli accertamenti non rispettando il piano settimanale qualora abbia una sintomatologia particolare, esempio esecuzione di ECG monotraccia in caso di aritmia sintomatica, 46 sono stati i pazienti che avevano a domicilio l'ECG monotraccia che hanno effettuato di media un ECG al mese. La maggior parte avevano una FA nota, sono state riscontrate situazioni di tachiaritmie o bradicardie, ed in un caso comparsa di negativizzazione dell'onda T, che hanno richiesto un intervento specialistico.

È un servizio molto utile per i pazienti pluripatologici perché ci permette, attraverso il monitoraggio dei parametri, di capire se c'è un peggioramento della situazione clinica e di poter intervenire, quindi, evitando di inviare il paziente al pronto soccorso.

I medici aderenti al progetto sono contenti della partecipazione allo stesso in quanto il rapporto medico paziente è migliorato, c'è più feeling ed empatia, c'è una riduzione dello stato d'ansia del paziente, viene migliorata l'aderenza alla terapia ed al percorso di cura.

Anche i pazienti ed i *care giver* si sono sentiti più controllati e più sicuri al proprio domicilio.

Secondo una ricerca GFK, multinazionale leader nel settore delle ricerche di mercato, il 93% dei medici, sia specialisti sia medici di MG, utilizza ogni giorno il web per la propria professione per un tempo medio di 8 ore settimanali. Gli accessi avvengono non più solo da PC, ma anche da altri dispositivi visto che la loro "dotazione mobile" negli ultimi 5 anni ha avuto incrementi significativi: l'88% dei medici utilizza uno smartphone per lavoro (con un incremento del 51% rispetto al 2013) e il 61% un tablet (con un incremento del 55%)

I MEDICI ITALIANI SONO SEMPRE PIÙ DIGITALI: IL 93% USA IL WEB OGNI GIORNO



I portali di servizio dedicati, tra i quali Univadis che ha promosso questa ricerca, rappresentano il terzo canale di informazione digitale più utilizzato dai medici

Il medico cerca soprattutto aggiornamenti professionali e informazioni: linee guida per diagnosi e trattamenti, informazioni e studi sui farmaci, approfondimenti sulle patologie. Più del 30% degli aggiornamenti scientifici dei medici avviene attraverso la rete.

I portali di servizio dedicati, tra i quali Univadis che ha promosso questa ricerca, rappresentano il terzo canale di informazione digitale più utilizzato dai medici. I social ricoprono ormai un ruolo attivo anche nella formazione del medico: più della metà del campione, il 59% degli specialisti e il 54% dei medici di MG, utilizza i canali social per la propria professione: network di colleghi, associazioni scientifiche, riviste scientifiche e siti di aziende farmaceutiche.

Il 30% di tutti i medici utilizza Facebook, mentre LinkedIn viene consultato soprattutto dagli specialisti per il 28%, contro il 17% dei medici di MG.

Molto attiva anche la comunicazione "peer to peer" per un confronto con i colleghi: si creano Gruppi WhatsApp (38% di specialisti e 32% di medici di MG) o mailing list di gruppo tra colleghi che si conoscono (29% tra gli specialisti e 23% tra i medici di MG). Gli argomenti variano molto anche in funzione della specializzazione del medico: ad esempio, mentre lo specialista utilizza il confronto con i colleghi soprattutto per analizzare casi clinici (80%), il medico di MG, nell'82%

dei casi, si scambia informazioni sugli aspetti normativi e burocratici della professione.

L'uso di Youtube è sostanzialmente analogo (46% per lo specialista vs 41% medico di MG). È la finalità che cambia: lo specialista usa il canale per seguire congressi, presentazioni di esperti o tutorial sull'uso di un device medico; mentre il medico di MG prevalentemente per diagnostica, per immagini e tutorial sull'uso di un device medico.

Anche le App dedicate alla professione vengono ampiamente utilizzate: l'85% dagli specialisti e il 73% dai medici di MG, soprattutto per la posologia dei farmaci, per i calcoli di indici medici specifici e per le interazioni farmacologiche.

Gli strumenti digitali favoriscono il contatto fra medico e paziente e possono coinvolgere maggiormente le persone durante tutto il percorso di cura aumentando la consapevolezza, la capacità di gestire la malattia e l'aderenza alle cure. Oggi, il 10% dei medici consiglia al paziente app specifiche che consentono di ricordare al paziente le visite di controllo, monitorare l'aderenza alla terapia, comunicare e condividere esami e referti con il medico.

Univadis, che ha commissionato la ricerca, è un portale gratuito e indipendente dedicato ai medici che offre non solo contenuti sintetici e rilevanti in ambito medico-scientifico, elaborati da medical writers locali, ma anche strumenti utili per la pratica quotidiana e risorse per la loro formazione professionale, in collaborazione con realtà di rilevanza nazionale e internazionale rendendo i contenuti disponibili anche in mobilità attraverso un'app fruibile sia in modalità offline sia on-line. Univadis è un servizio di Aptus Health, una filiale controllata al 100% da Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. Ulteriori informazioni sono disponibili su www.aptushealth.com.

LA MEDICINA GENERALE È PIÙ BELLA CON LA COOPERATIVA

A cura di **Eva Antoniotti**

Davide Lauri è il Presidente della CMMC, una delle più grandi cooperative di servizio per la Medicina Generale della Lombardia: oltre 35 dipendenti e quasi 280 medici che utilizzano in modo personalizzato i servizi o partecipano ai progetti della cooperativa.

Ma Lauri resta soprattutto un medico di famiglia, appassionato del suo lavoro, che non rinuncia al suo studio e ai suoi pazienti, anche se a volte la giornata di lavoro dura 15 ore



Dottor Lauri, come è diventato medico di famiglia?

Mi sono laureato nel 1982, con una formazione che comprendeva anche un'esperienza di ricerca presso l'Istituto "Mario Negri" di Milano. Quando sono arrivato in ospedale, mi sono reso conto che l'ambiente era molto "ingessato", mentre io avevo bisogno di più stimoli, di più libertà. Così, nell'84, ho cominciato con la Guardia Medica in una sperduta valle bergamasca, ma senza perdere i contatti con la ricerca. E poi per tre anni sono andato a fare il ricercatore in un'Università canadese la Mc Master, dove ho conseguito un dottorato. Ma c'era qualcosa che non mi convinceva: i trial clinici spesso si svolgono in un ambiente artificiale, surrogato, mentre la Medicina Generale mi aveva aperto gli occhi sulla realtà dei pazienti, nel loro ambiente, la real life. L'ambulatorio è un osservatorio privilegiato per colmare i vuoti della ricerca clinica. Credo che sia stato proprio questo a stimolarmi: portare la ricerca nel setting della MG.

Quindi entra nella MG. Perché poi si muove verso le forme associate?

Lavorare da soli è un impoverimento per due ordini di fattori: da una parte manca lo scambio, il confronto con i colleghi; dall'altra necessariamente si hanno meno strumenti, perché è impossibile sostenere i costi. Così, negli anni Novanta, ho cominciato a cercare una diversa soluzione,

**INTERVISTA
A DAVIDE LAURI**



entrando prima in una rete, poi in una medicina di gruppo. E intanto cambiava il mondo e cambiava la professione...

Il cambiamento di questi anni è evidente, ma ce lo spieghi dal suo punto di vista.

L'allungamento della vita media, e dunque l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche, ha prodotto una crescita delle richieste poste ai mmg, sia da parte dei pazienti che da parte delle amministrazioni sanitarie. Questo ha reso ancora più necessari degli strumenti che sostengano il lavoro del singolo medico: personale di segreteria, possibilmente personale infermieristico, ma anche attrezzature adeguate per una diagnostica di primo livello e se possibile modelli di integrazione e scambio con gli specialisti come consulenti nei nostri studi. Tutti elementi che hanno anche una ricaduta importante in termini di incombenze amministrative. E qui entra in gioco la cooperativa di servizi e la mia scelta di utilizzarla, prima, e poi di assumerne la responsabilità nel 2007.

La cooperativa che presiede è la CMMC. Può darcene un profilo?

La CMMC nasce nel 1997 e il suo nome dichiara la sua immagine in quel momento: Cooperativa Medici Milano Centro. Ma dai pochi medici di allora, oggi siamo arrivati a fornire servizi in modalità differenziata a circa 280 professionisti,



La CMMC nasce nel 1997 e il suo nome dichiara la sua immagine in quel momento: Cooperativa Medici Milano Centro. Ma dai pochi medici di allora, oggi siamo arrivati a fornire servizi in modalità differenziata a circa 280 professionisti, non solo medici di MG ma anche Pediatri di Libera Scelta, e non solo a Milano ma anche a Pavia

non solo medici di MG ma anche Pediatri di Libera Scelta, e non solo a Milano ma anche a Pavia.

È stata una crescita progressiva, legata anche alle scelte compiute negli ultimi anni da Regione Lombardia, che punta sempre più sulla medicina di iniziativa e quindi su modelli associativi evoluti, in grado di offrire servizi più efficienti e risposte di salute più efficaci.

Faccio un solo esempio: a Milano la copertura vaccinale antinfluenzale tra gli ultra 65enni si attesta intorno al 50-51%, ma nel bacino di utenza di molti nostri associati arriva al 67-70%. È il risultato di una organizzazione più articolata, che solleva il medico da parte del carico burocratico e gli consente di arrivare al paziente anche in modo proattivo, secondo

i principi della medicina di iniziativa, magari con un semplice messaggio o una telefonata rivolti ai pazienti di una determinata fascia d'età o con una specifica patologia, e grazie al lavoro coordinato tra mmg, segretaria di studio e infermiere.

La crescita di dimensioni della cooperativa ha creato problemi?

Al contrario, ci sta dando vantaggi. Innanzi tutto, offrendo servizi in un'economia di scala più ampia possiamo avere costi inferiori. Inoltre, e qui torna la mia passione di ricercatore, con un numero maggiore di associati si possono realizzare raccolte dati, studi e ricerche centrate nella e sulla MG. La nostra cooperativa fa parte inoltre di una rete più ampia di ricerca a livello nazionale, il Centro Studi del Consorzio Sanità, che riunisce più di 25 cooperative di mmg e alcune centinaia di ricercatori.

Proprio la nostra crescita, e quella delle altre cooperative lombarde, insieme alla forza di Fimmg, ci ha inoltre consentito di affrontare dal 2011 i CRG (Chronic Related Group) proposti da Regione Lombardia per la gestione delle cronicità, potendo offrire il Centro servizi, la piattaforma informatica evoluta per programmare i piani di cura individualizzati (PAI), i servizi di telemedicina e telemonitoraggio indispensabili per realizzarli da parte del medico di MG.

Dal 2018, però, i Creg potranno essere gestiti anche da gestori diversi dal medico di famiglia. È un pericolo?

È una sfida, ma noi medici di Medicina Generale ci arriviamo forti dell'esperienza compiuta in questi anni. Credo che i pazienti non rinunceranno facilmente al rapporto di fiducia che li lega al proprio medico. Lo dico per esperienza: ho molti impegni e talvolta metto alla prova la pazienza dei miei assistiti, ma loro continuano a volermi bene. Questa è la vera forza, la vera motivazione della Medicina Generale: una relazione con il paziente impagabile, che dà molta gratificazione.

Un'ultima domanda. Lei insegna anche nei Corsi di formazione specifica in MG. I giovani medici che si avvicinano alla professione sono interessati alle forme associative?

Devo essere sincero: tra i giovani trovo a volte la persistenza di un'immagine antica e romantica del medico solitario, accompagnato soltanto dalla sua valigetta. C'è ancora da lavorare molto sulla formazione e sul far comprendere i nuovi modelli organizzativi della nostra professione. L'utilità e anche le opportunità positive del lavoro associato si impongono alla prova dei fatti, quando si affronta davvero la realtà del medico di famiglia oggi.



IO SONO VIVO: L'ASCOLTO DELLA PERSONA OLTRE LA MALATTIA



Alcuni studi hanno valutato sia l'impatto della diagnosi e il peso che comporta sulla qualità di vita, sia il beneficio che il sostegno psicologico comporta per favorire il calo della depressione e il contenimento dell'ansia

Ogni giorno in Italia circa mille persone ricevono una nuova diagnosi di tumore maligno-infiltrante. È come se nel giro di un anno una città come Firenze scoprisse di esser affetta da un cancro.

La maggior parte dei pazienti e dei loro familiari, come ha evidenziato la dottoressa Kubler Ross nelle sue famose *fasi della malattia oncologica* ha inizialmente uno shock: un terremoto che in pochi secondi distrugge ciò che si è costruito fino a quel momento. Il vissuto prevalente del malato è di combattere una battaglia da solo. L'isolamento percepito e l'allontanamento come difesa, creano un doloroso muro di silenzio.

La campagna #iosonovivo, lanciata dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti, nasce con l'intento di abbattere quel muro che spesso il paziente oncologico o il familiare costruisce attorno a sé e alle proprie paure. Iniziativa principale della campagna #iosonovivo è il **Centro d'Ascolto**, un servizio gratuito, disponibile dal lunedì al venerdì al numero **06 84 16 464**.

Malati e familiari possono chiamare per trovarvi accoglienza ed essere seguiti sia da un punto vista psicologico che informativo, da psicologi competenti nel campo delle malattie oncologiche e delle cure palliative. *"Non abbiate paura di disturbare"*, disse in una sua testimonianza rivolta ai malati oncologici Gigi Ghirotti, giornalista morto di cancro nel 1974, alla cui me-

moria è dedicata la Fondazione.

Alcuni studi hanno valutato sia l'impatto della diagnosi e il peso che comporta sulla qualità di vita, sia il beneficio che il *sostegno psicologico* comporta per favorire il calo della depressione e il contenimento dell'ansia. Il primo passo di questo intervento d'ascolto è consentire alle persone di essere se stessi, in piena libertà.

Altro elemento fondamentale è affrontare il dolore fisico, che è l'aspetto che più preoccupa nella malattia oncologica. In media il 50% dei pazienti, durante l'avanzamento della malattia, prova dolori, spesso strazianti, che diventano più frequenti, colpendo dal 70% al 90% dei pazienti, durante la fase terminale.

Il dolore fisico è controllabile e la legge 38/2010 garantisce il diritto di accesso a cure palliative e terapia del dolore. Ma un'indagine della Fondazione Ghirotti ha rilevato che due italiani su tre (medici non esclusi) ignorano l'esistenza di questa importante legge, fondamentale per la dignità e la qualità di vita del malato nella fase finale della sua esistenza.

Per questo la Fondazione Ghirotti fornisce indicazioni attraverso il Centro d'ascolto e si impegna a continuare a operare per stimolare istituzioni nazionali e regionali affinché aumenti il livello di conoscenza e di sensibilità della popolazione su temi come la terapia del dolore, la dignità del fine vita, la lotta all'isolamento e l'attenzione alle persone vicine al paziente oncologico.

Andrea Mazzoni, classe 89, professionista delle relazioni pubbliche, laureato in Scienze Politiche e specializzato in public affairs, advocacy e consensus building.

Dal 2015 è Presidente di Solving BFM, società di consulenza nelle relazioni istituzionali e tra le prime società italiane ad occuparsi di strategic advisory in social finance



PAY BY RESULT **OGGETTI** **SCONOSCIUTI**

Il Welfare State, l'idea su cui poggiava il modello sociale europeo, un'originale combinazione tra mercato e soddisfazione dei bisogni della persona per coniugare competitività economica e coesione sociale, vive oggi una crisi profonda

Nuovi e crescenti bisogni, legati all'impovertimento e all'invecchiamento della popolazione, si scontrano con stringenti vincoli di bilancio ed ingenti tagli alla spesa sociale.

Cosa sono i Pay By Result

È da questi presupposti che prende corpo l'idea di sperimentare strumenti alternativi, che coinvolgano il settore privato, al fine di ripensare e ristrutturare un modello nuovo di welfare, che eviti il tracollo del sistema, garantisca una sostenibilità economica e tuteli i bisogni sociali di milioni di cittadini. Uno di questi è il *Pay By Result*, strumento finanziario innovativo utilizzato da soggetti pubblici (Stato, enti locali, agenzie governative) per raccogliere finanziamenti privati destinati alla realizzazione di progetti di pubblica utilità. Questi *bonds*, pur operando come le obbligazioni tradizionali in un periodo di tempo determinato, non garantiscono un rendimento certo alla loro scadenza. La remunerazione, infatti, risulta legata al raggiungimento di determinati risultati stabiliti nel momento dell'emissione. L'idea alla base dei *Pay by Result* è che l'ente pubblico, attraverso programmi sociali o sanitari realizzati e gestiti da enti non profit, tendenzialmente atti a evitare l'emergere di situazioni di disagio sociale, possa risparmiare denaro e ottenere risultati più soddisfacenti di quelli che avrebbe agendo autonomamente.

I *Pay by Result* si orientano pertanto verso interventi sociali "preventivi", ovvero misure in grado di scongiurare eventuali azioni del settore pubblico per rimediare a situazioni emergenziali di carattere sociale, scaturite da situazioni di disagio a cui le istituzioni non sono riuscite preventivamente a far fronte. L'idea essenziale di un contratto *Pay for results* è che il committente non acquista una prestazione, quanto piuttosto un risultato. Un simile modo di regolare i rapporti tra Pubblica Amministrazione e soggetti erogatori si basa su alcuni snodi che portano con sé un potenziale di cambiamento particolarmente significativo: la cultura degli *outcomes*, ovvero risultati ed impatti, prende il sopravvento su quella degli *outputs* (intesi come mere prestazioni fornite), assumendo una logica di miglioramento tanto in termini di efficacia che di qualità degli interventi di *policy* messi in campo.

Chi partecipa ai *Pay By Result*

Nei *Pay by Result* tipicamente gli attori coinvolti sono cinque: una pubblica amministrazione, i fornitori di un servizio (di solito operatori del Terzo settore), gli investitori sociali, l'intermediario specializzato nell'emissione di un *Pay by Result* e nella raccolta del capitale, un soggetto indipendente incaricato della valutazione del raggiungimento del risultato finale e del suo impatto. Il meccanismo dei *Pay by Result* si basa, quindi,





Grande interesse ha suscitato il modello sviluppato da Social Finance Israel che, a partire dal 2016, ha lanciato un *Impact Bond* applicato nel campo sanitario e finalizzato alla prevenzione del diabete, una patologia in forte aumento



su una solida partnership tra pubblico-privato, dove il welfare statale si arricchisce di nuove forme di finanziamento, e incentiva coloro che erogano i servizi a lavorare sempre di più nella prospettiva di ottenere risultati misurabili sia in termini di efficienza che di efficacia.

Per approfondire questo modello è utile soffermarsi sul concetto di social finance, perché consente di cogliere appieno il ruolo svolto dall'intermediario, vero e proprio "king maker" della costruzione di un *Impact Bond*. La finanza sociale è una branca della finanza, il cui approccio è quello di generare un dividendo sociale ed un ritorno economico. Un social finance è principalmente un'impresa sociale, un ente non governativo, una fondazione benefica, un'organizzazione filantropica.

Pertanto chi si occupa di *social finance* e di strutturare lo strumento finanziario sarà l'intermediario che, a seguito di una procedura ad evidenza pubblica, emette *social bonds* collocandoli presso investitori privati, che forniscono i capitali necessari a sostenere un progetto a carattere sociale. L'ente intermediario gira il denaro ottenuto attraverso i *Pay by Result* agli enti, *service provider*, che si occupano di fornire i servizi previsti dal progetto. Attraverso le proprie attività i service provider dovrebbero garantire risultati sociali tali da sgravare il settore pubblico dall'obbligo di rispondere a bisogni potenzialmente legati all'evolversi dei rischi sociali, su cui operano preventivamente proprio gli enti non profit.

Se il progetto, a seguito di una valutazione fornita da un ente indipendente, risponde agli standard qualitativi imposti nel

momento di emissione dei *bond*, l'ente pubblico è tenuto a versare quanto dovuto agli investitori, più una percentuale pre-stabilita all'intermediario, che provvederà a sua volta a pagare gli investitori che hanno fornito i capitali iniziali. In caso il progetto non risponda agli standard previsti l'ente pubblico non è tenuto al versamento di alcuna somma di denaro.

La Pubblica Amministrazione, che dovrebbe rappresentare il vero locomotore dell'operazione, attraverso i *Pay by Result* ha la possibilità di coinvolgere nella gestione di progetti a carattere sociale enti non profit radicati in contesti in cui, normalmente, il pubblico avrebbe difficoltà ad attivare propri programmi perseguendo contemporaneamente obiettivi di economicità. I *Pay by Result*, allo stesso tempo, permettono agli enti pubblici di finanziare solo attività che hanno conseguito risultati positivi poiché il pagamento dei *bond* è legato al rispetto degli standard stabiliti all'inizio del progetto. In caso di insuccesso del progetto, dunque, i soldi dei contribuenti non vengono utilizzati per coprire l'investimento effettuato dai privati, mentre i cittadini possono disporre di interventi e servizi aggiuntivi che l'ente pubblico difficilmente potrebbe garantire senza l'ausilio dei capitali privati atti a finanziare attività svolte da organizzazioni non profit.

I *Pay By Result* in Europa

L'ideazione e la progressiva sperimentazione di questi nuovi strumenti si colloca negli anni successivi alla crisi economica del 2008, con l'idea di rendere sostenibile, sia socialmente che finanziariamente, l'erogazione di tutta una serie di servizi pubblici che gli stati nazionali non sono più in grado di soddisfare efficientemente. In questa cornice, il numero dei PbR implementati è notevole, con una diffusione geografica sempre più variegata, che coinvolge diversi paesi europei ed extra europei, con il Regno Unito a fare da pioniere. Alla diffusione geografica si è associata sia una diversificazione dei bisogni sociali da fronteggiare, sia modelli di *governance* differenti.

Il capofila è il mondo anglosassone, in cui i numerosi modelli attuati hanno prodotto risultati entusiasmanti, a partire dal primo esperimento in ordine di tempo sul reinserimento lavorativo di persone detenute presso il carcere di Peterborough. Grande interesse ha suscitato il modello sviluppato da Social Finance Israel che, a partire dal 2016, ha lanciato un *Impact Bond* applicato nel campo sanitario e finalizzato alla prevenzione del diabete, una patologia in forte aumento. Obiettivi di questo *Health Impact Bond* sono ridurre la progressione del Diabete di tipo 2 in una popolazione di prediabetici ad alto rischio e portare il numero più alto possibile di target nello stato di salute normale. Si tratta di realizzare un programma di interventi intensi e 2 anni di *follow up* per supportare il gruppo target nell'adozione di uno stile di vita più salutare e di programmi di attività sportiva.

In Italia procediamo a rilento, ma la realtà risulta in continua evoluzione. Questi strumenti trovano applicabilità con il Nuovo Codice degli Appalti ma, come si può facilmente intuire, non hanno ancora una loro legittimità e riconoscibilità, sia nell'ordinamento che nell'opinione pubblica. Ciò che costituisce il *vulnus*, rispetto ai paesi che hanno già sperimentato tali strumenti, è il ruolo della Pubblica Amministrazione, che dovrebbe fungere da motore ed ispiratore dei progetti. In Italia, per ora, ci si affida all'iniziativa pionieristica di alcuni soggetti, siano essi istituti di credito, investitori, o *advisor*.

Indagine biosimilari

Quasi il 90% dei medici di Mg ritiene che le limitazioni prescrittive rispetto ai farmaci biologici e ai loro biosimilari sia un elemento penalizzante per una corretta gestione di molte patologie croniche

LIMITAZIONI PRESCRITTIVE:

UN OSTACOLO ALLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

In occasione del 74° Congresso nazionale della Fimmg, il Centro Studi della stessa associazione, ha proposto agli iscritti un questionario per comprendere quanto la Medicina Generale sia sensibile all'esigenza di recuperare un ruolo prescrittivo diretto rispetto a molti farmaci che attualmente possono essere prescritti, in genere compilando un Piano Terapeutico (PT), solo da medici specialisti.

Sta emergendo, infatti, nella categoria, la percezione che tali limitazioni prescrittive stiano comportando difficoltà assistenziali per molte patologie croniche prevalenti.

Al questionario ha risposto un campione di 510 mmg, distribuito omogeneamente sul territorio nazionale. L'88% dei medici pensa che sia utile impegnarsi per recuperare le possibilità di prescrivere direttamente farmaci che adesso possono essere prescritti solo dagli specialisti; per il 46% questo è auspicabile anche se il Piano Terapeutico dovesse essere compilato dallo stesso mmg.

In particolare, il 58% del campione ritiene che le attuali normative prescrittive ostacolano "molto-moltissi-

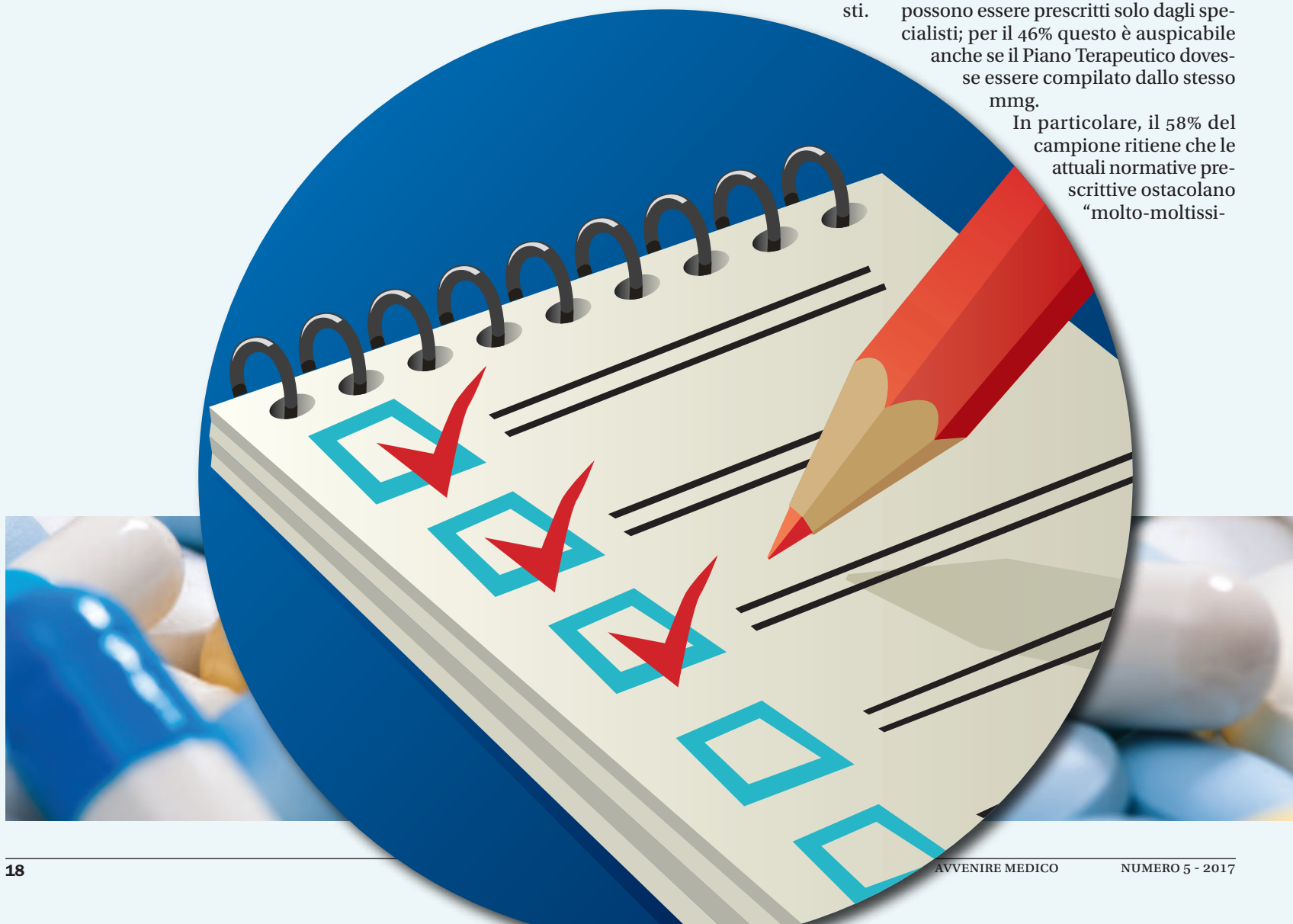
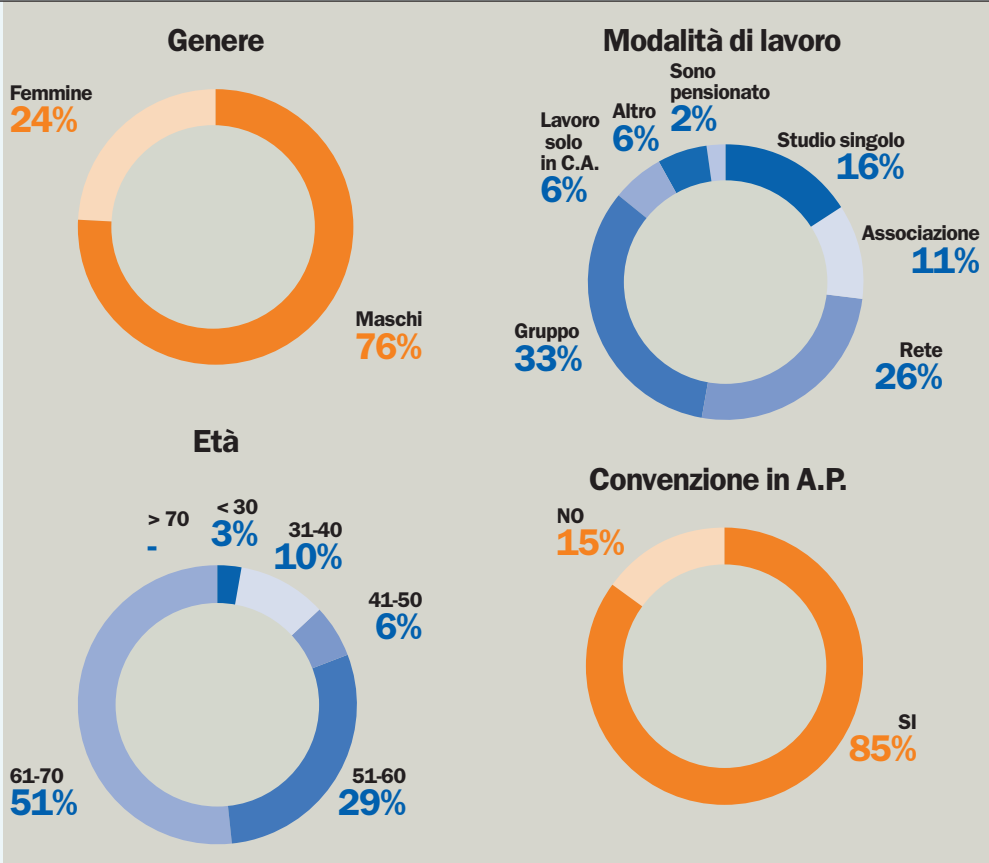
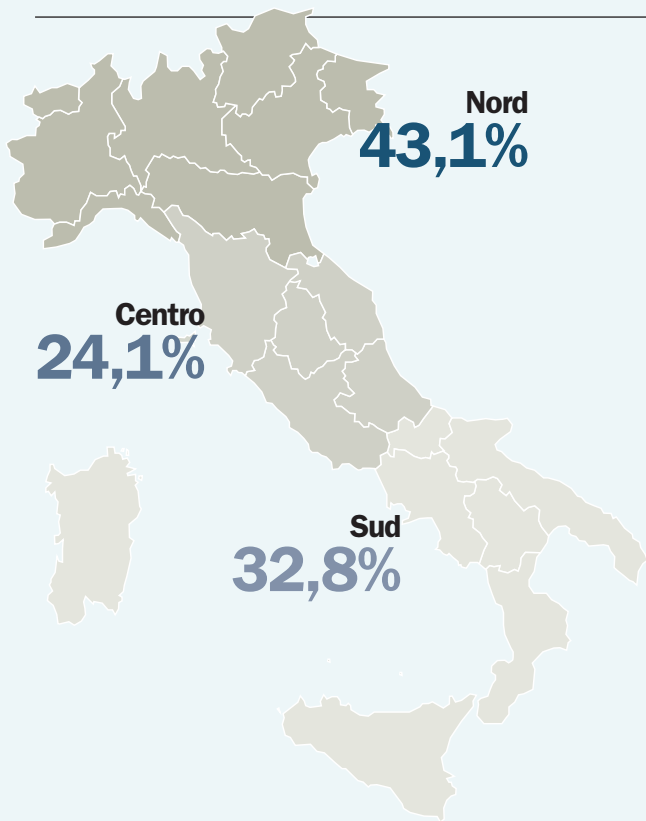


Figura 1.

BASE CAMPIONE: 510 MMG

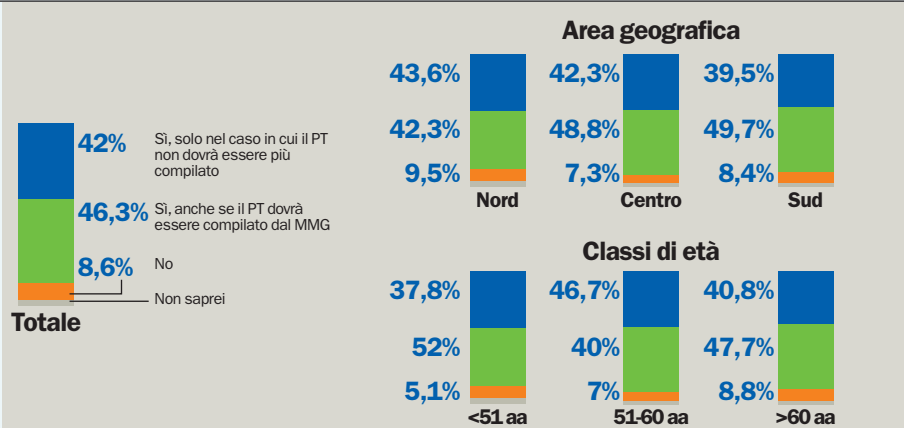


mo” la gestione del paziente diabetico da parte del mmg (il 27,8% ritiene che la gestione sia ostacolata “abbastanza”). Tra le condizioni per le quali il mmg auspica maggiormente l’abolizione dei Piani Terapeutici c’è il diabete mellito (per il 39,2% del campione), la terapia anti-coagulante orale (per il 31,8%), la BPCO (per il 20%).

Figura 2.

BASE CAMPIONE: 510 MMG

Pensi che sia utile impegnarsi per consentire al MMG la prescrizione diretta di farmaci che attualmente richiedono il Piano Terapeutico (PT) redatto dagli specialisti?



La prescrizione dei biosimilari

Un focus particolare è stato condotto nei confronti dei farmaci biologici e dei loro biosimilari: si tratta di classi di farmaci emergenti, spesso utilizzati nella cura di patologie croniche, per i quali i mmg, ol-

Figura 3.

BASE CAMPIONE: 575 MMG

Quanto ritieni che la gestione del paziente diabetico da parte del MMG sia attualmente ostacolata dal fatto che molte classi di farmaci antidiabetici richiedono il PT?

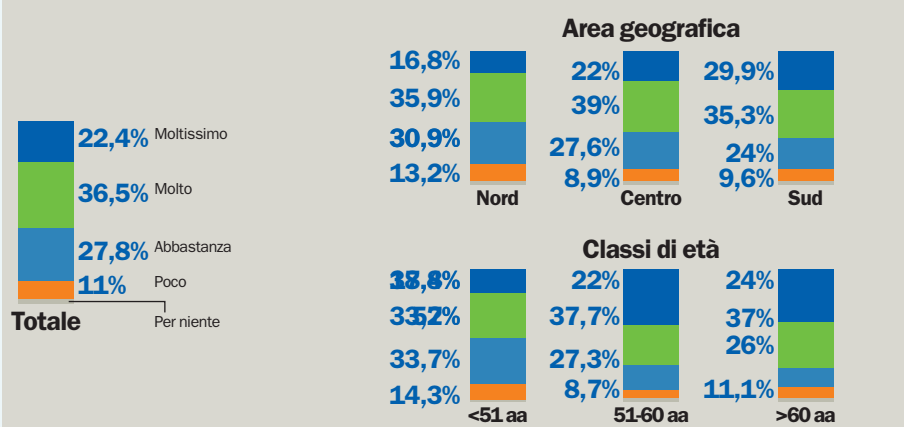
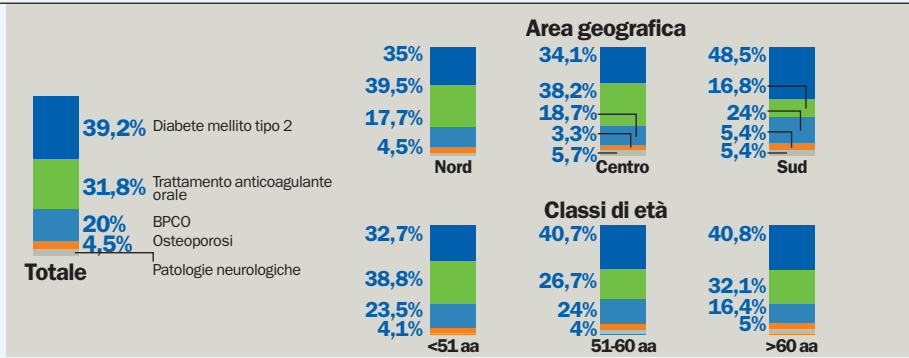


Figura 4.

BASE CAMPIONE: 575 MMG

Per quale condizione riterresti maggiormente utile una riduzione delle restrizioni prescrittive (abolizione/redazione da parte del MMG, dei PT)?



tre a subire generalmente importanti limitazioni prescrittive, sono esclusi da interventi formativi-informativi anche da parte dell'industria farmaceutica produttrice. L'insulina e i suoi analoghi (per il 67% del campione) e l'eparina a basso peso molecolare (per il 32,7%) sono le classi di farmaci "biologici" ritenute avere maggiori ricadute sull'attività del mmg; per il 17,3% del campione ricadute importanti vengono attribuite agli anticorpi monoclonali per le malattie autoimmunitarie, per il 10,4% per i vaccini, per l'8,8% per gli anticorpi monoclonali per le patologie oncologiche.

La conoscenza sommaria e le limitazioni prescrittive rispetto ai farmaci biologici e ai loro biosimilari è ritenuto dai medici elemento penalizzante per una corretta gestione di molte patologie croniche ("abbastanza - molto - moltissimo" da quasi il 90% del campione). Pur non essendo formati sull'argomento, il 70% dei mmg individua la corretta definizione di "farmaci biosimilari"; sia per i "biologici" che per i "biosimilari" i MMG, nella sostanziale totalità dei casi (quasi il 95% del campione) auspica comunque interventi di informazione e formazione.

"Quello che emerge dall'indagine è una importante disponibilità della categoria a recuperare spazi prescrittivi che normative illogiche ed anacronistiche stanno precludendo al mmg - ha affermato Paolo Misericordia, responsabile del Centro Studi della Fimmg, presentando i risultati dell'indagine - avendo la consapevolezza che tali limitazioni sono alla base di significative distorsioni assistenziali ed ostacolo a prese in carico adeguate di molti pazienti affetti da patologie croniche prevalenti".

Figura 5.

BASE CAMPIONE: 510 MMG

Quali sono, a tuo giudizio, i farmaci "biologici" che, attualmente, hanno maggiori ricadute sull'attività del MMG?

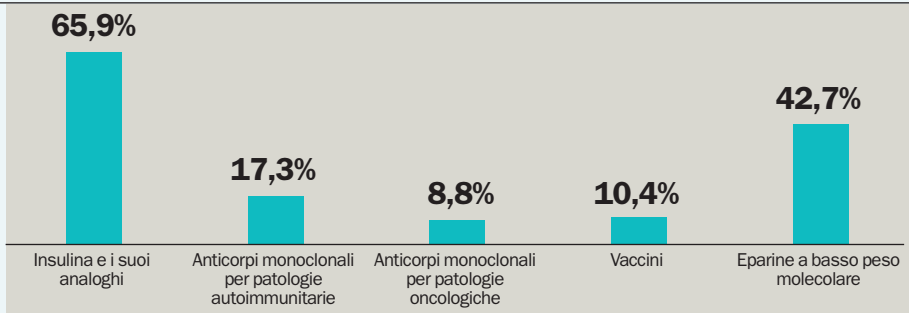


Figura 6.

BASE CAMPIONE: 510 MMG

Pensi che sia penalizzante non poter prescrivere direttamente, e quindi conoscere solo sommariamente, molti farmaci biologici e i loro biosimilari nelle patologie a più alta prevalenza?

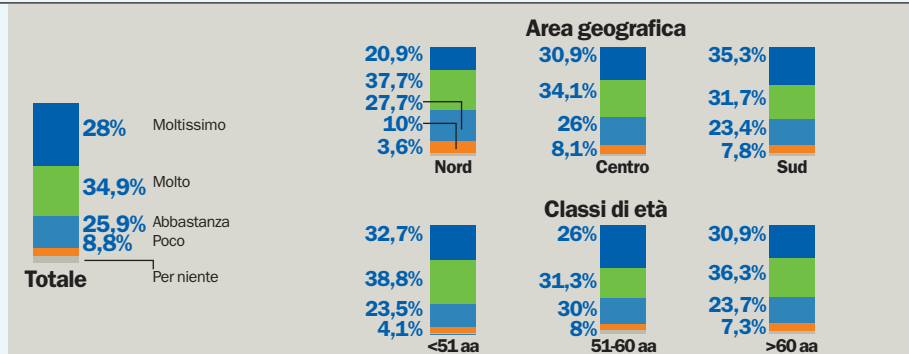


Figura 7.

BASE CAMPIONE: 510 MMG

Quale pensi che sia la corretta definizione di farmaci "biosimilari" ??

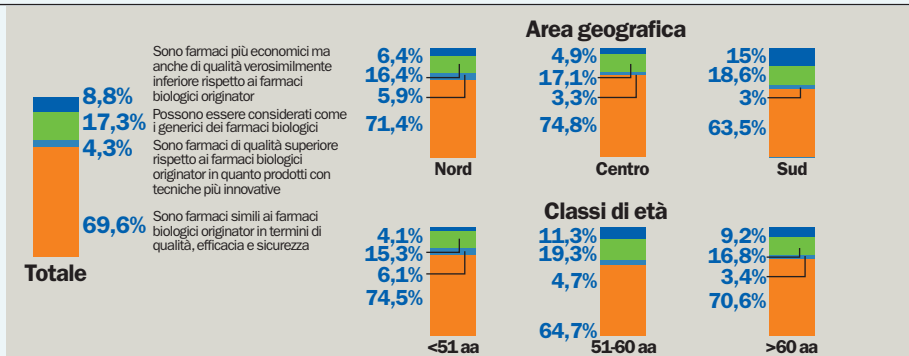
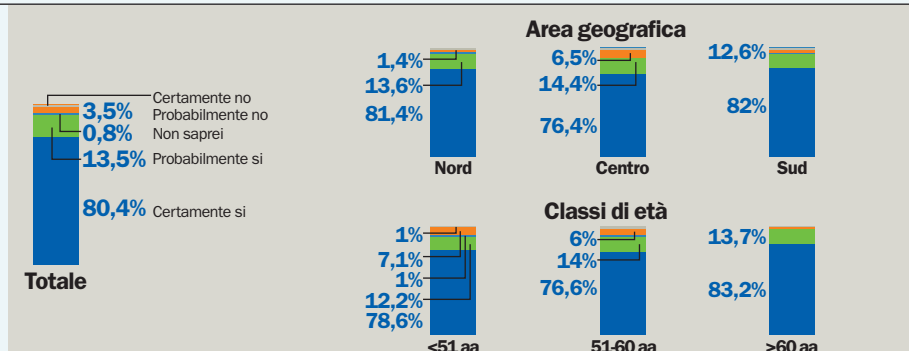


Figura 8.

BASE CAMPIONE: 510 MMG

Ritieni utile che sui farmaci biologici / biosimilari venga comunque svolta informazione/formazione ai MMG?



I ritmi sonno-veglia variano ampiamente con l'età

I ritmi del sonno che rispecchiano i sistemi circadiani negli adolescenti e negli adulti variano fino a 10 ore in individui in qualsiasi età, secondo il nuovo studio pubblicato su PLOS ONE da Dorothee Fischer dell'Harvard TH Chan School of Public Health e coll. I sistemi circadiani sincronizzano luce e oscurità nell'ambiente, dando vita a cronotipi, ovvero ritmi individuali fisiologici, nell'ambito cognitivo e comportamentale. Ad esempio, le persone con cronotipi precoci hanno tempi di sonno più brevi, mentre quelli con cronotipi "in ritardo" hanno tempi di sonno più tardivi e possono dormire anche di giorno. Attualmente, il 30% dei lavoratori USA ha orari di lavoro insoliti, come turni alternati o prolungati e on-call duty. Questi piani di lavoro sono legati a rischi per la salute e la sicurezza e i programmi programmati sui cronotipi potrebbero contribuire a ridurre al minimo tali rischi. Per studiare la variazione dei cronotipi nella popolazione USA, la Fischer ha analizzato dati provenienti da 53.689 soggetti intervistati nell'ambito dell'American Time Use Survey dal 2003 al 2014 (*L'American Time Use Survey - ATUS*, commissionata dal Ministero del lavoro USA, misura la quantità di tempo che le persone trascorrono in varie attività, come lavoro a pagamento, cura della prole, volontariato e socializzazione - ndr). I ricercatori hanno scoperto che i cronotipi del sonno variano ampiamente, durante la vita di un individuo tra i gruppi di età come pure singolarmente tra gli individui. La maggiore differenza nei cronotipi si verifica durante l'adolescenza ed età adulta. I cronotipi diventano più tardivi durante l'adolescenza, con un picco a 19 anni. Il cosiddetto cronotipo mediano o "metà del sonno", all'età di 17-18 anni, si manifesta alle 4:30 di mattina, rispetto alle 3:00 dei soggetti di 60 anni. La maggior parte delle scuole pubbliche degli Stati Uniti inizia le lezioni alle 8:30 o prima: ciò suggerisce che gli studenti delle scuole superiori vanno a lezione durante la loro notte biologica. Occorrerebbe, quindi, ritardare i tempi d'inizio delle lezioni scolastiche per beneficiare dell'allineamento sonno-ritmo circadiano degli studenti delle scuole superiori. Inoltre, i ricercatori hanno scoperto che

i cronotipi variano fino a 10 ore da individuo a individuo indipendentemente dall'età. Ciò può offrire l'opportunità di adeguare i piani di lavoro ai cronotipi, dato importante perché la sincronizzazione dei ritmi circadiani dei lavoratori con i loro tempi di lavoro ottimali potrebbe contribuire a ridurre al minimo i rischi su salute e sicurezza. "Il tempo per il sonno ottimale può avere un range fino a dieci ore tra gli individui: l'essere appartenente a un cronotipo o a un altro, è influenzato da età e sesso: in media, le persone anziane sono cronotipi precoci. Riguardo il sesso, i giovani e le donne sono cronotipi precoci rispetto agli uomini durante la prima metà della loro vita".

Dorothee Fischer et al. PLOS ONE, 2017; 12 (6): e0178782.



Il Parkinson è una malattia autoimmune?



I ricercatori della Columbia University Medical Center (CUMC) e dell'Allergy and Immunology Institute di La Jolla, hanno scoperto la prima prova diretta che l'autoimmunità svolge un ruolo importante nella malattia di Parkinson. I risultati ipotizzano che la degenerazione neuronale nel Parkinson possa essere impedita da terapie che inibiscono la risposta immunitaria. "L'idea che un sistema immunitario malfunzionante contribuisca al Parkinson risale a quasi 100 anni fa" - dice David Sulzer, professore di neurobiologia del CUMC-, "ma finora

nessuno è riuscito a dimostrarlo. I nostri risultati mostrano che l'alfa-sinucleina, una proteina che si accumula nelle cellule cerebrali di persone con Parkinson, può attivare le cellule T coinvolte in reazioni autoimmuni". "Resta da vedere - continua Sulzer - se la risposta immunitaria propria dell'alfa-sinucleina è una causa iniziale del Parkinson o se contribuisce alla morte neuronale o a peggiorare i sintomi dopo l'insorgenza della malattia". E ancora: "Questi risultati potrebbero fornire un test diagnostico fondamentale per la malattia di Parkinson e potrebbero aiutarci a individuare individui a rischio o nelle fasi iniziali della malattia". Gli scienziati pensavano che i neuroni fossero protetti dalle reazioni autoimmuni. In uno studio del 2014, Sulzer ha dimostrato che i neuroni dopaminergici, affetti da malattia di Parkinson, sono vulnerabili perché dispongono di proteine sulla superficie cellulare che alterano il riconoscimento di sostanze estranee da parte delle cellule T, che sono quindi ingannate dall'accumulo di proteine alfa-

Segue a pag. 22

Il meccanismo del multitasking

Anche se il “multitasking” è un buzzword – termine popolare di moda – , la ricerca della New Tel Aviv University (TAU) mostra che solo il 2% della popolazione esercita attività multitasks efficaci. La maggior parte di noi esegue diversi compiti, un processo che richiede al nostro cervello una rifocalizzazione volta per volta e riduce la produttività complessiva fino al 40%. La ricerca identifica un meccanismo cerebrale che consente un multitasking efficiente, che permette a una persona di imparare più efficacemente o di impegnarsi in due attività insieme. “Il meccanismo può avere implicazioni di ampio respiro per il miglioramento delle funzioni di apprendimento

e di memoria nella vita quotidiana”, ha affermato Nitzan Censor della Scuola di Scienze Psicologiche della TAU. “Quando impariamo un nuovo compito, abbiamo grandi difficoltà a svolgere e imparare qualcosa di diverso allo stesso tempo. Ad esempio, eseguire un compito A (ad esempio eseguire un’attività con una mano) può ridurre le prestazioni di una seconda attività B (come l’esecuzione di un’attività con l’altra mano) e ciò è dovuto a interferenze tra i due compiti che competono per le stesse risorse del cervello”. I ricercatori facevano eseguire ad alcuni volontari una sequenza di movimenti col dito di una mano,

digitando su una tastiera una cifra specifica che appariva sullo schermo di un computer, più rapidamente e precisamente possibile. Dopo aver acquisito tale memoria motoria, quest’ultima è stata riattivata in un giorno successivo, durante il quale i partecipanti aggiungevano la stessa attività motoria eseguita con l’altra mano del giorno precedente. Utilizzando il paradigma di riattivazione della memoria, i soggetti erano in grado di eseguire i due compiti senza interferenze. Unendo in modo univoco la breve riattivazione della memoria originale con l’esposizione a una nuova memoria, è stata creata un’immunità a lungo ter-

La maggior parte di noi esegue diversi compiti, un processo che richiede al nostro cervello una rifocalizzazione volta per volta e riduce la produttività complessiva fino al 40%

mine per le future interferenze, anche un mese dopo le due diverse acquisizioni di memoria. “Il secondo compito è un modello di memoria concorrente, poiché la stessa sequenza viene eseguita usando la mano nuova e non addestrata”, spiega Censor. “Quando una memoria ricercata viene riattivata da una breve indicazione o da una promemoria, si apre una finestra temporale unica, che offre l’opportunità di interagire con la memoria stessa e di aggiornarla o di degradare, stabilizzare o rafforzare le sue rappresentazioni cerebrali sottostanti”.

Jasmine Herszage, Nitzan Censor. Current Biology, 2017; 27 (10): 1529.

Il Parkinson è una malattia autoimmune?

Segue da pag. 21

sinucleiniche danneggiate, una caratteristica fondamentale della malattia di Parkinson. “Nella maggior parte dei casi di Parkinson – afferma Sulzer –, i neuroni dopaminergici si riempiono di strutture chiamate corpi di Lewy, che sono strutturalmente simili all’alfa-sinucleina”. I ricercatori hanno esaminato frammenti di alfa-sinucleina e di altre proteine presenti nei neuroni di 67 pazienti con malattia di Parkinson e 36 controlli sani al fine di determinare quali eventuali frammenti proteici innescavano una risposta immunitaria. I controlli

presentavano una minima attività immunitaria, mentre le cellule T nei campioni di sangue dei pazienti con Parkinson, hanno mostrato una forte risposta immunitaria. Sulzer ipotizza che l’autoimmunità nella malattia di Parkinson nasce quando i neuroni non sono più in grado di eliminare l’alfa-sinucleina. “Le giovani cellule sane si degenerano e riciclano proteine vecchie o danneggiate”, ha detto. “Ma quel processo di riciclo diminuisce con l’età e con alcune malattie, tra cui il Parkinson. Se l’alfa-sinucleina comincia ad accumularsi e il sistema

immunitario non la riconosce, la proteina potrebbe essere scambiata come agente patogeno che deve essere attaccato”.

“I nostri risultati – conclude Sulzer – aumentano la possibilità che un approccio immunoterapico possa essere utilizzato per aumentare la tolleranza del sistema immunitario per la sinucleina alfa, che potrebbe contribuire a migliorare o prevenire i sintomi nei pazienti affetti da Parkinson”.

David Sulzer, Alessandro Sette et al. Nature, 2017.



IL BROCCOLO: UMILE MA RICCHISSIMO

Il broccolo è un alimento ricco di acqua, povero di calorie (34 ogni 100 g), grassi e zuccheri, a basso indice glicemico e con un buon apporto di fibre e proteine, vitamine e Sali minerali.

Particolarmente abbondante la vitamina C, potentissimo antiossidante, cofattore essenziale nella sintesi di proteine e ormoni, che contribuisce alla protezione delle cellule dallo stress ossidativo, alla normale funzione del sistema immunitario

Francesca Taormina, Serena Fasulo, Claudia Cali,
Rosario D'Alessandro, Vittorio Di Carlo,
Giovanni Paolo Reina, Giovanni Imburgia
Simpesv

APPARTIENE ALLA FAMIGLIA DELLE CRUCIFERE (O BRASSICACEAE) di cui fanno parte cavoli, cavolfiori, rape, verze, cavoletti di Bruxelles, ravanelli e rucola.

I broccoli sono particolarmente ricchi di sulforafani, glucosinolati e altri antiossidanti. Chimicamente i sulforafani sono degli isotiocianati che contengono nella loro struttura un atomo di zolfo, responsabile del caratteristico odore prodotto dalla cottura troppo prolungata del cavolo e dei suoi cugini appartenenti alla famiglia delle crucifere.

TUTTE LE RICCHEZZE DEL BROCCOLO

Il broccolo è un alimento ricco di acqua, povero di calorie (34 ogni 100 g), grassi

e zuccheri, a basso indice glicemico e con un buon apporto di fibre e proteine, vitamine e Sali minerali.

Particolarmente abbondante la vitamina C, potentissimo antiossidante, cofattore essenziale nella sintesi di proteine e ormoni, che contribuisce alla protezione delle cellule dallo stress ossidativo, alla normale funzione del sistema immunitario (anche durante e dopo l'esercizio fisico intenso), alla formazione di collagene, al metabolismo energetico, alla funzione del sistema nervoso, alla riduzione dell'affaticamento e all'aumento della biodisponibilità del ferro alimentare.

Il broccolo contiene anche discrete quantità di vitamina K, essenziale per la coagulazione del sangue ma anche utile a prevenire l'osteoporosi. Bassi livelli di vitamina K sono associati ad un elevato rischio di fratture ossee e 100 g di broccoli forniscono oltre il 100% del fabbisogno giornaliero di questa vitamina.

Presenti anche i folati (vitamina B9), elementi essenziali per la normale funzione cellulare e per la crescita dei tessuti, con la proprietà di ridurre la stanchezza sia fisica. I broccoli contengono anche notevoli quantità di sali minerali, soprattutto potassio, fosforo e calcio, ma anche altri elementi che andremo ad analizzare.

Il potassio è essenziale nel controllo della pressione sanguigna, nella salute cardiaca, nella trasmissione nervosa e nello scambio idro-salino a livello cellulare; il fosforo è elemento strutturale delle ossa e dei denti e supporta il sistema immunitario; il calcio è il minerale più abbondante nel nostro organismo importante per ossa, muscoli e nervi.

Uno dei composti presenti nel broccolo più studiati è il sulforafano, dotato di numerose proprietà. Ricercatori dell'università britannica di Warwick hanno effettuato dei test per verificare gli effetti del sulforafano sulle cellule dei vasi sanguigni di pazienti diabetici, scoprendo che esso riduceva del 73% i radicali liberi a contenuto di ossigeno, i cosiddetti "Ros" (Reacting Oxygen Species), e che attivava una proteina, la Nrf2, capace di proteggere le arterie dalla formazione di placche.

I germogli di broccoli sono indicati per proteggere il fegato da tossine e risultano essere efficaci nell'epatopatia da farmaci. Per la loro proprietà antiossidante, sono indicati nella prevenzione delle malattie degenerative e, recentemente, ne è stata dimostrata l'efficacia nelle patologie



oculari. Sono inoltre protettivi nei confronti di alcune forme tumorali.

Altri elementi contenuti nei broccoli sono:

- **indolo-3-carbinolo**: effetto benefico nelle forme tumorali;
- **carotenoidi**: importanti per la salute degli occhi;
- **kempferolo**: flavonoide ad azione antinfiammatoria, capace di proteggere contro le malattie cardiache, cancro e allergie;
- **quercetina**: flavonoide ad azione antiossidante utile a ridurre la pressione sanguigna.

I broccoli contengono gli isotiocianati con proprietà capaci di ridurre lo stress ossidativo, l'infiammazione e la capacità di crescita delle cellule tumorali e stimolare il sistema immunitario, tra questi il sulforafano è l'isotiocianato maggiormente presente nei broccoli. La zeaxantina e la luteina aiutano a proteggere gli occhi, inoltre contengono il beta carotene che viene convertito in vitamina A utile per il benessere visivo.

Le sostanze presenti nel broccolo si legano agli acidi biliari nell'intestino e ne aumenterebbero la loro escrezione, ciò conduce a sintesi di nuovi acidi biliari dal colesterolo, riducendo in questo modo il livello totale di colesterolo nel nostro organismo.

AIUTA A CONTROLLARE I LIVELLI GLICEMICI

Gli alimenti ricchi di fibre ma poveri di calorie come il broccolo sono utili nel



I broccoli contengono gli isotiocianati con proprietà capaci di ridurre lo stress ossidativo, l'infiammazione e la capacità di crescita delle cellule tumorali e stimolare il sistema immunitario, tra questi il sulforafano è l'isotiocianato maggiormente presente nei broccoli.

La zeaxantina e la luteina aiutano a proteggere gli occhi, inoltre contengono il beta carotene che viene convertito in vitamina A utile per il benessere visivo

regolare i livelli glicemici, in particolare è sempre il sulforafano che sembra sia in grado di riparare i danni causati dall'iperglicemia all'apparato cardiovascolare. Lo dimostra uno studio del 2008 pubblicato su *Diabetes* che avrebbe scoperto come il sulforafano sarebbe in grado di ridurre del 73% i radicali liberi e che attiverebbe una proteina, la NRF2, capace di proteggere le arterie dalla formazione delle placche aterosclerotiche

I Broccoli contengono anche i goitrogeni, sostanze che, interferendo con il metabolismo dello iodio, possono inibire

l'attività della tiroide rallentando la produzione di ormoni.

ATTENZIONE ALLE INTERAZIONI CON I FARMACI

Importante da considerare è che negli utilizzatori di anticoagulanti si dovrebbe valutare attentamente la quantità di broccoli da assumere poiché la vitamina K presente nel broccolo può interagire con l'azione del farmaco anticoagulante. Da sottolineare invece, come l'interazione tra i NAO, farmaci anticoagulanti di nuova generazione, l'interazione con gli alimenti sia pressoché nulla.

Bibliografia

1. Yanaka A, Fahey JW, Fukumoto A, Nakayama M, Inoue S, Zhang S, Tacchi M, Suzuki H, Hyodo I, Yamamoto M (April 2009). "Dietary sulforaphane-rich broccoli sprouts reduce colonization and attenuate gastritis in *Helicobacter pylori*-infected mice and humans". *Cancer Prev. Res.* 2 (4): 353-360. doi:10.1158/1940-6207.CAPR-08-0192. PMID 19349290. Lay summary.
2. Fahey JW, Haristoy X, Dolan PM et al. (May 2002). "Sulforaphane inhibits extracellular, intracellular, and antibiotic-resistant strains of *Helicobacter pylori* and prevents benzo[a]pyrene-induced stomach tumors". *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 99 (11): 7610-7615. doi:10.1073/pnas.112203099. PMC 124299. PMID 12032331.
3. Hayes, JD; Kelleher, MO; Eglefino, IM (2008). "The cancer chemopreventive actions of phytochemicals derived from glucosinolates". *European Journal of Nutrition.* 47 Suppl 2: 73-88. doi:10.1007/s00394-008-2009-8. PMID 18458837.
4. "Research reveals a broccoli boost for arteries". 4 Sep 2009. Gibbs A, Schwartzman J, Deng V, Alumkal J (2009 Sep 29). "Sulforaphane destabilizes the androgen receptor in prostate cancer cells by inactivating histone deacetylase 6". *PNAS* 106 (39): 16663-8. doi:10.1073/pnas.0908908106. PMC 2757849. PMID 19805354.
5. <http://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=Sulforaphane>
6. "The effects of sulforaphane in patients with biochemical recurrence of prostate cancer"

SOCIAL IMPACT BOND PER CREARE NUOVI MEDICI

Maria Chiara Furlò

Finanziare le borse di studio in Medicina Generale con i Social investment bond (Sib) si può fare, basta definirne bene gli obiettivi e monitorare effetti e risparmio, dicono gli esperti. Il settore sanitario è fra quelli che possono beneficiare maggiormente degli strumenti di finanza sociale e quello della formazione dei medici potrebbe diventare un caso di successo, seguendo però dei parametri specifici. Nell'analisi di questa possibilità, partiamo dalla definizione dell'investimento.

COME FUNZIONANO

Si tratta di una forma di "pagamento per risultati" che si concentra sugli investimenti sociali. Questi ultimi vengono finanziati direttamente sul mercato dei capitali e vanno così a coprire le richieste derivanti dai tagli ai budget pubblici. Per "investimento sociale" si intende un investimento finanziario in un'iniziativa che garantisca un ritorno economico all'investitore e allo stesso tempo produca servizi di welfare pubblico. Questi strumenti implicano un accordo tra i vari stakeholder: il Governo (o un ente pubblico), il fornitore del servizio e l'investitore. Il rimborso del capitale all'investitore vie-



ne pagato con i risparmi che derivano dal conseguimento dei risultati. Il successo di un Sib sta nel suo impatto sociale anche se misurarlo è forse la parte più difficile dell'operazione.

MISURARE I RISULTATI

Proprio quello delle misurazioni potrebbe essere uno dei problemi da affrontare per utilizzare questo strumento per sovvenzionare le borse di studio per la formazione dei medici di famiglia, ipotesi lanciata dal presidente dell'Enpam Alberto Olivetti dopo un incontro tenutosi nell'estate con la ministra dell'Istruzione Valeria Fedeli. "Il campo sanitario ben si presta all'utilizzo dei social investment bond, ci sono già dei programmi ben identificabili, ma bisogna avere chiaro l'obiettivo che si vuole raggiungere". A dirlo è Mario La Torre, professore dell'Università Sapienza

di Roma, che spiega come la difficoltà dei programmi di finanza sociale sia quella della misurazione degli impatti, ma anche che specialmente in questo caso, può essere risolta stabilendo con precisione i parametri da utilizzare per il monitoraggio dell'investimento.

Ad esempio, "un medico più formato può intervenire prima e abbassare i costi sanitari questa però è un'impostazione di tipo generico, servono parametri specifici come il numero di farmaci prescritti inutilmente o gli assistiti che non sono stati curati bene", continua citando i fattori che potrebbero essere ridotti con una maggiore formazione dei medici e quindi portare un risparmio con cui ricompensare gli investitori. "Utilizzare i Sib in questo settore può essere utile, l'essenziale è capire quali sono gli obiettivi che si vogliono realizzare", conclude.

I Sib in sanità

In campo sanitario, sono diversi gli esempi di utilizzo della finanza sociale.

"Quelli più noti fanno riferimento ad alcune malattie, ad esempio il diabete", dice il docente alla Sapienza, Mario La Torre. La Torre spiega che in questi casi il principio alla base dei Sib "è che se si riescono a implementare dei programmi – soprattutto a livello preventivo e poi anche di cure – con cui si riduce l'impatto di una patologia, il costo sociale della spesa pubblica legata a queste malattie si riduce e quindi con quel risparmio vengono remunerati gli investitori". Alla fine dei conti, così sono tutti contenti: "L'amministrazione ha un risparmio di spesa, una parte di quel risparmio serve a remunerare gli investitori, e così si raggiunge sia l'impatto sociale (in termini di salute

della popolazione) che quello economico per l'amministrazione e gli investitori", sintetizza il professore della Sapienza. Un altro operatore del settore fa notare che una dinamica da non sottovalutare è anche quella del tempo. Per gli investitori è infatti fondamentale che ci sia un ritorno in termini economici al massimo nell'arco di 3-5 anni e che questo tipo di progetti di formazione difficilmente potrebbe rientrare in un periodo di tempo così ristretto. La finanza a impatto sociale potrebbe funzionare in ambito sanitario, per esempio nella ricerca su farmaci particolarmente costosi per le casse dello Stato (es: cura per epatite C), immagina Filippo Addarii, co-fondatore

della società PlusValue. Secondo Addarii però un Sib dedicato alla formazione di medici di Medicina Generale in sé sarebbe un'iniziativa "molto nobile, filantropica, che creerebbe sicuramente un impatto positivo, ma non genererebbe un meccanismo finanziario perché manca una correlazione chiara e diretta tra risparmio e ripagamento dell'investitore". L'esperto cita allora dei possibili utilizzi alternativi su progetti in grado di ridurre i costi della lunga degenza negli ospedali e dell'affollamento delle strutture di pronto soccorso. Insomma una misurazione basata non tanto sul numero di medici formati ma sull'impatto del loro lavoro.

Graffi(ti) dalla Magna Grecia



Bruno Cristiano

QUALE REGIME POLITICO: TIRANNIA, OLIGARCHIA, DEMOCRAZIA?

Aristocle, detto Platone (uomo dalle spalle larghe), ed Aristocle di Messene, detto Aristotele (che arriverà ottimamente alla fine). Due editorialisti moderni (Corriere della Sera? Repubblica? Il Fatto Quotidiano?) ma vissuti qualche migliaio di anni fa

Sia Platone che Aristotele dedicano parte delle loro speculazioni alla descrizione dei vari regimi politici e alle rispettive forme degenerate.

Per Platone la costituzione perfetta può essere o monarchica o aristocratica. La prima ha al suo vertice un governante-filosofo, la seconda è retta dalla classe dei sapienti.

Se fra tutti i reggitori uno ha il comando sugli altri la potremmo chiamare monarchia; se il comando è in mano a più persone aristocrazia.

Per Platone esistono quattro forme degeneri dello Stato: timocrazia, oligarchia, democrazia e tirannide. La prima è contrassegnata dal prevalere dell'ambizione, della ricerca degli onori (da *timé*: considerazione, onore). Nella seconda hanno il sopravvento uomini avidi di ricchezza (prevale il censo). Nell'oligarchia "si plaude e si ammira il ricco". All'opposto la costituzione democratica è dominata dai poveri "che massacrano parte dei ricchi e parte esiliano mentre si dividono con

quelli che restano l'amministrazione e le magistrature, il più delle volte spartendole a sorte". Infine, la tirannide prende le mosse dalla democrazia ed è lo sbocco conseguente di una tendenza ad assolutizzare il principio interno di quella forma politica. Come l'eccesso di ricerca della ricchezza manda in rovina l'oligarchia aprendo la strada alla democrazia, così dall'esasperazione della libertà si compie il trapasso dallo Stato democratico alla tirannide.

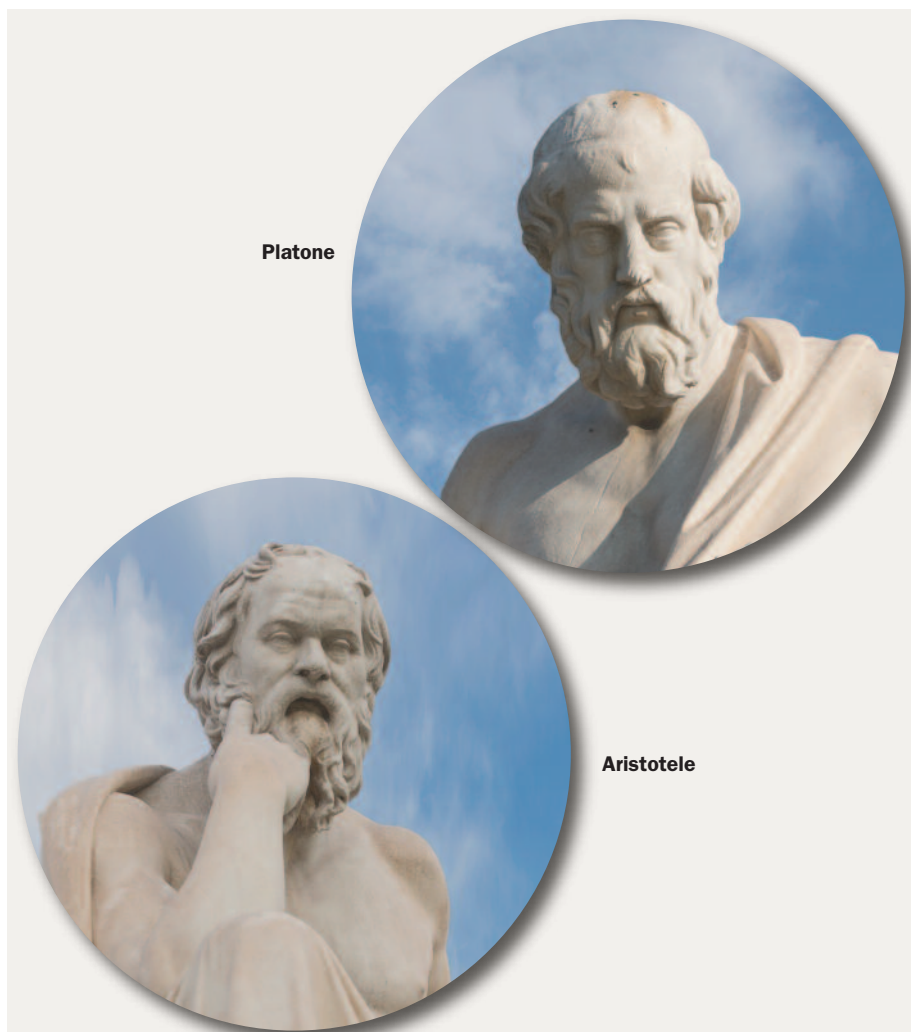
È naturale dunque che la tirannia da non altro governo può prendere le mosse se non dalla democrazia: dalla estrema libertà nasce cioè la schiavitù più piena e più atroce.

Nell'ipertrofia della libertà la moltitudine non obbedisce più alla legge ma la sopravanza e s'impone su questa portando alla tirannide.

La democrazia è destinata a trasformarsi nella tirannide che rappresenta la forma più nefasta di governo. L'eccesso di libertà induce i cittadini a consegnarsi a un difensore, solitamente un demagogo¹ (Berlusconi, Renzi, Grillo...), il quale sollecita le istanze irrazionali degli individui e riesce a farsi consegnare "democraticamente" il potere, trasformandosi in tiranno ed eliminando tutte le libertà della democrazia. Platone fu il primo pensatore a formulare il cosiddetto paradosso della libertà o della democrazia: si tratta dell'incapacità della democrazia di autofondersi, cioè della circostanza che una democrazia può decidere in forma democratica di annullarsi.

La riflessione platonica ha il merito di aiutarci a collocare in prospettiva, e forse a relativizzare, una serie di assunzioni che appaiono naturali. In particolare essa invita a considerare l'uguaglianza tra gli uomini non come il presunto dato di partenza, ma come il fine dell'azione politica.

Aristotele invece nota come si possa sostenere che la sovranità della massa sia giustificata dal fatto che i molti, anche se non eccellenti singolarmente, presi nella loro totalità divengono come un uomo solo "con molte eccellenti doti di carattere e d'intelligenza". Egli riconosce l'esistenza di un governo della massa che non è deviato, che chiama semplicemente "costituzione", politeia, e che definisce una commistione di democrazia e oligarchia: può apparire strano che l'unione di due forme degenerate costituisca un buon regime, ma Aristotele ritiene che la politeia prenda il meglio di queste due costituzioni degenerate, facendo le cariche elettive come l'oligarchia e rendendole indipendenti dal censo come la democrazia. Forse che i vari Fanfani, Andreotti, Moro, Berlinguer, Ingrao, Iotti, Lama, Benvenuti non sono stati oligarchi, espressione della democrazia?



Platone

Aristotele

¹ Demagogia: pratica politica tendente a ottenere il consenso delle masse lusingando le loro aspirazioni, specialmente economiche, con promesse difficilmente realizzabili; fonte: Treccani