


- 
- 6 FNOMCEO**  
Intervista  
a Filippo Anelli
- 9 ATTUALITÀ**  
Nasce l'Osservatorio  
contro la violenza  
agli operatori sanitari
- 12 L'INSERTO**  
La campagna di  
Cittadinanzattiva.  
"Cura di coppia"  
per medici e cittadini

**am**  
**AVVENIRE  
MEDICO**

IL MENSILE DELLA FIMMG  
NUMERO 1 - 2018 ANNO LVI

**FIMMG**  
Federazione Italiana Medici di Famiglia

**IL RISULTATO DEL DIALOGO  
TRA GOVERNO,  
REGIONI  
E SINDACATO**

**IL NUOVO ACN  
METTE INSIEME  
PASSATO  
E FUTURO**

## ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE

### L'ACCORDO FIRMATO METTE INSIEME PASSATO E FUTURO. PREPARIAMOCI ADESSO ALLA CONVENZIONE DEL CAMBIAMENTO

Se in questo Accordo era necessario rispondere alle aspettative “passate” dei colleghi, garantendo loro gli arretrati per una situazione economica ferma da 8 anni, è importante sottolineare come contenga anche le prime risposte per il “futuro” della medicina generale: velocizzazione dell’accesso alla professione dei giovani medici e indirizzi per accordi regionali che riconoscano la possibilità di eseguire diagnostica di primo livello nei nostri studi, riconoscimento del ruolo centrale del medico di famiglia nella gestione del paziente cronico e del suo ruolo attivo nelle vaccinazioni e nella partecipazione al governo delle liste d’attesa.

Si è previsto inoltre che le attività di continuità assistenziale vengano svolte in sedi idonee a garantire la sicurezza soprattutto delle colleghe e una maggior tutela per la gravidanza.

L’ampia condivisione sindacale rappresenta poi un valore aggiunto, soprattutto se si riuscirà a mantenere sugli accordi decentrati un’unità di intenti rispettando le peculiarità territoriali.

Purtroppo non ci sono solo buone notizie: l’aumento del numero delle borse attraverso l’uso dei fondi di piano finalizzati dal Ministero della salute a questo scopo, pare sia stato bloccato per l’opposizione di una sola Regione.

Ci sentiamo in obbligo di ricordare a questa Regione che velocizzare l’accesso alla Medicina Generale senza formare nuovi medici peggiorerà la situazione, rendendo l’emergenza mmg un fatto di sua esclusiva responsabilità.

Sul prosieguo delle trattative saremo inamovibili, soprattutto sul tema della assistenza penitenziaria, perché non possiamo “caricarla” sui numeri del diploma in Medicina Generale previsti dall’attuale programmazione.

Vogliamo però essere ancora ottimisti, in un momento di nuovo assestamento del panorama politico nazionale. Trovate le giuste misure, la Fimmg proseguirà il dialogo con le Regioni e con la compagine governativa che si andrà a costituire per un percorso di rinnovamento che mantenga però sempre lo stesso impegno e lo stesso sguardo rivolto all’interesse del cittadino e alla difesa costituzionale della sua salute.

#### 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.org](http://www.fimmg.org)

**Direttore responsabile**  
 Firenze Corti

**Comitato di redazione**  
 Esecutivo nazionale Fimmg

**Coordinamento editoriale**  
 Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**  
 Gennaro Barbieri  
 Lucia Conti  
 Bruno Cristiano  
 Ester Maragò  
 Walter Marrocco  
 Laura Montorselli  
 Stefano A. Nobili  
 Giovanni Rodriguez  
 Amedeo Schipani

**Progetto grafico e Impaginazione**



Edizioni Health Communication

**Editore**  
 Edizioni Health Communication  
 Via V. Carpaccio 18  
 00147 Roma  
[i.celli@hcom.it](mailto:i.celli@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 marzo 2018



SIGLATO L'ACN PER LA MEDICINA GENERALE

# SILVESTRO SCOTTI: “È UN PUNTO DI PARTENZA VERSO IL CAMBIAMENTO”

Dopo otto anni di blocco, arriveranno gli arretrati per tutti i settori: medici di famiglia, di continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale e dei servizi territoriali. E ci sono anche novità importanti sul piano normativo, che delineano il ruolo attivo della MG per la sostenibilità del sistema sanitario: diagnostica di primo livello per evitare accessi impropri al Pronto soccorso, indicatori di performance e di risultato su obiettivi di salute, valorizzazione del ruolo del medico di famiglia nella gestione del paziente cronico, nelle vaccinazioni e nella gestione delle liste d'attesa

È STATO FIRMATO IL 29 MARZO SCORSO L'ACCORDO tra la Sisac e i sindacati della Medicina Generale. In arrivo gli arretrati economici per tutti i settori, dopo otto anni di blocco e novità importanti sul piano normativo.

La risposta alle aspettative “passate” di professionisti che erano fermi economicamente da 8 anni, ovvero. Ma arrivano anche sul normativo le prime importanti risposte per il “futuro” della medicina generale: velocizzazione dell'accesso alla professione dei giovani medici, sebbene con un problema aperto sul numero di borse disponibili, e indirizzi per accordi regionali che abbiano come obiettivo un aumento della intensità assistenziale attraverso diagnostica di primo livello negli studi, valorizzazione del ruolo del medico di famiglia nella gestione del paziente cronico, nelle vaccinazioni e nella gestione delle liste d'attesa.

“È un punto di partenza di grande valore per il dichiarato impegno a sostegno dell'evoluzione della Medicina Generale che, nel rispetto e nella continuità della sua tradizione e della sua peculiarità, è riconosciuta come soggetto di riferimento per rispondere alle richieste di salute dei cittadini italiani garantendo la sostenibilità del Ssn”, ha commentato il segretario nazionale della Fimmg **Silvestro Scotti**. “È stato un gioco di squadra tra ministero, regioni e sindacato - ha proseguito Scotti - che ha consentito di pre-

vedere particolari tutele per le colleghe in gravidanza e per i giovani che acquisiscono il titolo di formazione specifica. Si è previsto inoltre che le attività di continuità assistenziale vengano svolte in sedi idonee a garantire la sicurezza soprattutto delle colleghe, cominciando a mantenere così una promessa che ci eravamo fatti al nostro ultimo Congresso. La larga condivisione sindacale rappresenta poi un valore aggiunto, se si riuscirà a mantenere sugli accordi decentrati unità di intenti pur nelle diversità”.

Come ricorda il segretario nazionale della Fimmg anche nell'editoriale che apre questo numero di *Avvenire Medico*, ci sono anche elementi di preoccupazione “Quello che era sembrato risolvibile nel breve tempo, ovvero un aumento del numero delle borse attraverso l'uso dei fondi di piano finalizzati dal Ministero della salute a questo scopo, pare sia bloccato per opposizione di una sola Regione. Ricordiamo a questa Regione che velocizzare l'accesso senza formare nuovi medici peggiorerà la situazione, rendendo l'emergenza un fatto di sua esclusiva responsabilità”.

“Un risultato importante che restituisce dignità a migliaia di professionisti e che riconosce il ruolo centrale della medicina convenzionata nel nostro SSN. Aumentano le tutele per le donne medico e per i giovani che acquisiscono il titolo di formazione specifica”, così, attraverso Fa-



**È stato un gioco di squadra tra ministero, regioni e sindacato che ha consentito di prevedere particolari tutele per le colleghe in gravidanza e per i giovani che acquisiscono il titolo di formazione specifica**

cebook, il Ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin** ha commentato i rinnovi delle convenzioni di medici di famiglia, pediatri e specialisti ambulatoriali.

“Con la chiusura dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale si completa un quadro contrattuale che coinvolge una parte importante della sanità italiana”, ha dichiarato Antonio Saitta, coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, esprimendo apprezzamento per il lavoro svolto dalla struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (Sisac). Saitta ha sottolineato come il nuovo Accordo, assieme a quelli siglati per la medicina specialistica e per la pediatria, sia essenziale “per il perseguimento di alcuni obiettivi fondamentali per la politica sanitaria che potranno tradursi in miglioramenti oggettivi per la tutela della salute dei cittadini. Mi riferisco alle programmazioni regionali che dovranno riguardare il Piano Nazionale della Cronicità, strumento prioritario rispetto al progressivo invecchiamento della popolazione e al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale. Inoltre questi accordi riconoscono l'apporto professionale indispensabile per la riduzione dell'accesso improprio al pronto soccorso, per una migliore gestione delle liste di attesa e per un più efficace rispetto dei criteri di appropriatezza”.

Soddisfatto anche il Presidente del Comitato di Settore, Massimo Garavaglia, ex assessore della Regione Lombardia, eletto alla Camera dei Deputati che sottolinea come proprio “il lavoro intenso del Comitato di Settore con il varo puntuale di atti di indirizzo abbia consentito lo sblocco delle trattative dando alle categorie interessate un quadro di maggiori certezze economiche e professionali, puntando su una maggiore qualità ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale”.

## I PRINCIPALI PUNTI DEL NUOVO ACN

### OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE

VIENE PREVISTA NELL'AMBITO DEGLI ACCORDI REGIONALI LA DEFINIZIONE DI INDICATORI DI PERFORMANCE E DI RISULTATO SU OBIETTIVI DI SALUTE DEI CITTADINI CHE DOVRANNO TENERE CONTO ANCHE DEGLI OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

#### PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ

Nell'ambito dell'attuazione a livello regionale del Piano e per migliorare la gestione della cronicità, viene valorizzato il ruolo del medico di Medicina Generale prevedendo una partecipazione attiva nella valutazione dei casi e nell'individuazione della terapia ritenuta più idonea. In particolare, per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari e per assicurare maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini, sarà dato rilievo al loro ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico.

#### PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE 2017-2019

Riconoscimento e implementazione del ruolo del medico di Medicina Generale nell'attuazione del Piano, con una attiva partecipazione nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

#### ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO

Viene ribadita la necessità di promuovere un cambiamento culturale nell'approccio ai bisogni di salute e allo stesso tempo viene sottolineata la necessità di giungere ad una integrazione delle reti territoriali della Medicina Generale e delle loro forme organizzative con strutture, servizi e altre figure del territorio nonché il coinvolgimento dei medici nella diagnostica di primo livello.

#### GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA

Viene riconosciuto ai medici di assistenza primaria un ruolo effettivo nei percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni e per le forme organizzative dei medici di Medicina Generale previsto il coinvolgimento nei processi di budgeting aziendali.

#### VELOCIZZAZIONE NELL'ACCESSO ALLA PROFESSIONE DEI GIOVANI MEDICI FORMATI PER LA MEDICINA GENERALE

È previsto che possano presentare domanda di inserimento in graduatoria an-

che i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria.

#### ASSEGNAZIONE DI INCARICHI DI ASSISTENZA PRIMARIA

Viene ridotta la pubblicazione degli ambiti vacanti da una a due volte l'anno. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione pubblicherà l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno.

Precedentemente venivano pubblicate le carenze relative ai sei mesi precedenti senza pubblicazioni di carenze che nel corso delle procedure di assegnazione si sarebbero rese disponibili. L'attuale misura permetterà la pubblicazione delle carenze che nell'arco dell'anno successivo alla pubblicazione si rendessero disponibili per l'andata in quiescenza dei medici per limiti di età (70 anni).

#### TUTELA DELLA GRAVIDANZA

L'astensione obbligatoria per la gravidanza non determinerà riduzione del punteggio per la formazione della



**Sarà dato rilievo al loro ruolo dei medici nell'ambito del coordinamento clinico per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari e per assicurare maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini**

graduatoria per i conseguenti periodi di sospensione dall'attività convenzionale.

#### REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO

Vengono individuate le prestazioni considerate indispensabili e rientranti nell'area di valutazione della Commissione di garanzia dell'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali.

#### SICUREZZA DELLE SEDI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Viene concordato che al fine di garantire adeguati livelli di sicurezza per i medici di continuità assistenziale, l'attività ambulatoriale, sentito il Comitato aziendale, venga svolta solo presso sedi idonee e che nell'ambito degli Accordi regionali, in coerenza con la programmazione regionale, vengano definite le modalità organizzative per regolamentare il libero accesso dei pazienti in orari diurni e serali prestabiliti e divulgati ai cittadini.





# FILIPPO ANELLI.

## INTERVISTA AL NUOVO PRESIDENTE DELLA FNOMCEO

**PRESIDENTE ANELLI, il suo programma ha come elemento centrale l'indipendenza dei medici. Ci aiuta a capire meglio come dovrebbe realizzarsi?**

Sempre di più negli ultimi due decenni le politiche di carattere economicistico hanno caratterizzato la gestione della sanità, spesso intervenendo direttamente sull'esercizio professionale.

Di qui nasce l'importanza dell'indipendenza, che è collegata con la libertà di cura, ovvero con la scelta delle cure realizzata esclusivamente sulla base delle evidenze scientifiche, senza alcun condizionamento.

In passato si pensava soprattutto al possibile condizionamento delle grandi industrie farmaceutiche. Oggi invece sulla prescrizione di terapie e presidi sanitari sembra esserci un condizionamento legato prevalentemente al contenimento della spesa.

**Ma fare i conti con la capienza economica del servizio sanitario pubblico è una necessità, altrimenti il sistema crolla.**

Tutti teniamo al Ssn e alla sua sostenibilità, nella consapevolezza che le risorse non sono infinite. Ma si tratta di capire chi compie la scelta tra ciò che è necessario e ciò che non lo è. Oggi, nelle mani dei Direttori Generali, prevale una logica economico-contabile, che non ha il quadro complessivo delle necessità assistenziali dei cittadini.

La sfida è per un modello innovativo, con una parcellizzazione della responsabilità nelle mani dei professionisti, correlando i costi con gli obiettivi di salute. In altri termini: la responsabilità va affidata non ad una sola persona, ma ai singoli professionisti, in maniera che possano gestire quanto a loro affidato in termini economici in relazione agli obiettivi di salute individuati attraverso una corretta programmazione sanitaria.

Una vittoria schiacciante che ha tolto ogni dubbio sulla solidità di questa nuova presidenza. Per la Fnomceo è iniziata a fine gennaio una nuova legislatura che sarà guidata dal presidente dell'Ordine di Bari e da una squadra con molte novità. In questa intervista a tutto campo, le linee di indirizzo di questo nuovo corso: indipendenza della professione medica e libertà di cura; maggiore presenza della Fnomceo ai tavoli istituzionali; revisione del Codice Deontologico e grande attenzione al rapporto con i cittadini.

Su molti temi Anelli ha già avviato l'iniziativa in queste settimane (vedi nelle pagine seguenti la nascita dell'Osservatorio sulla sicurezza), annunciando per il prossimo anno la convocazione di nuovi Stati Generali della professione medica

di Eva Antoniotti

**Sta pensando ad un sistema di budget affidato ai medici?**

Potrebbe essere questo. In ogni caso occorre pensare a qualcosa che superi l'attuale modello verticista, introdotto anni fa per correggere la continua crescita della spesa sanitaria prodotta dai rimborsi a pie' di lista.

Allo stesso tempo è necessario riallineare il finanziamento per la sanità con il livello degli altri paesi europei e trovare il modo per ricondurre nel sistema i 40 miliardi di spesa out of pocket che annualmente vengono spesi dai cittadini in sanità.

**Possiamo chiarire anche cosa intende per "questione medica", tema che è al centro di una mozione presentata dal presidente Pizza, sottoscritta da lei e approvata nell'ultimo Consiglio nazionale della Fnomceo?**

Oggi la questione medica è legata al vissuto di ogni medico nello svolgimento della sua professione, dove si registra una crescente difficoltà. Si è andato creando uno squilibrio tra il ruolo del medico e quello del paziente, ampliando come è giusto le tutele per quest'ultimo, ma non facendo altrettanto per il professionista: il medico non è un semplice esecutore tecnico, ha i suoi valori, i suoi

principi e la sua libertà. Dare tutela a tutto questo è la "questione medica". Per fare un esempio, nella legge sulle Dat, legge importante e necessaria, questo aspetto è stato colpevolmente ignorato, non tutelando la libertà di coscienza del medico, che pure è un principio costituzionale e un principio fondamentale di rispetto della libertà individuale, principi che sono alla base della nostra cultura. Su questo punto il Parlamento ha avuto timore di confrontarsi con la classe medica e assumere alcune determinazioni che non avrebbero inficiato minimamente la libertà dei cittadini, ma avrebbero salvaguardato la libertà di altri cittadini, i medici, che svolgono un'attività che non può essere ridotta a mero tecnicismo esecutivo.

**La sua squadra, ovvero il Comitato Centrale della Fnomceo, è composto interamente da uomini e la cosa ha prodotto molte reazioni critiche. Come risponde?**

Come Fnomceo abbiamo già dimostrato di non avere nessun pregiudizio rispetto alla presenza femminile, eleggendo nello scorso triennio una presidente donna, Roberta Chersevani.

Questa volta ha prevalso l'esigenza di tro-



**Tutti teniamo al Ssn e alla sua sostenibilità, nella consapevolezza che le risorse non sono infinite. Ma si tratta di capire chi compie la scelta tra ciò che è necessario e ciò che non lo è**



## I nuovi vertici Fnomceo

**Filippo Anelli**  
*presidente*

**Giovanni Leoni**  
*vicepresidente*

**Roberto Monaco**  
*segretario*

**Gianluigi D'Agostino**  
*tesoriere*

### Comitato Centrale

**Eugenio Corcioni**  
**Salvatore Amato**  
**Guido Marinoni**  
**Guido Giustetto**  
**Pierluigi Bartoletti**  
**Gianluigi Spata**  
**Luigi Sodano**  
**Fulvio Borromei**  
**Cosimo Napoletano**  
**Emilio Montaldo**  
**Raffaele Iandolo, presidente**  
**Gianluigi D'Agostino**  
**Brunello Pollifrone**  
**Alessandro Nisio**

### Cao

**Raffaele Iandolo, presidente**  
**Gianluigi D'Agostino**  
**Brunello Pollifrone**  
**Alessandro Nisio**  
**Diego Paschina**

### Revisori dei Conti

**Ezio Casale**  
**Francesco Alberti**  
**Anna Maria Ferrari**  
**Giovanni Pietro Ianniello**

vare una proposta che portasse all'unità del mondo medico e, in maniera non voluta, la proposta è stata su nomi di presidenti uomini. Si sono poi aggiunte delle candidature, tra cui quelle di due donne, e i presidenti hanno liberamente scelto, con una larghissima maggioranza di consensi per il gruppo da me presentato. Ora la valorizzazione della componente femminile andrà realizzata direttamente sul campo: convocherò al più presto l'Osservatorio sulla professione medica al femminile, per disegnare con loro un percorso che consenta un coinvolgimento della componente femminile in tutti i processi decisionali della Fnomceo.

**Oltre ad essere il nuovo presidente della Fnomceo, lei è vicesegretario della Fimmg. Al di là delle polemiche recenti, quale crede debba essere il rapporto tra Ordini e sindacati medici?**

Io mi considero un sindacalista prestato alla vita degli Ordini. Essere iscritto a un sindacato è un diritto costituzionale, ma Ordini e sindacati operano su due piani diversi, non sovrapponibili.

**Quindi non avremo una presidenza a vantaggio solo dei medici di famiglia? Ma no, non è mai stato così. Credo che,**



**Io mi considero un sindacalista prestato alla vita degli Ordini. Essere iscritto a un sindacato è un diritto costituzionale, ma Ordini e sindacati operano su due piani diversi, non sovrapponibili**

al di là di prese di posizione strumentali, la questione posta da Augusto Pagani debba essere colta come legittima preoccupazione riguardo al ruolo che potranno svolgere i presidenti di Ordine "senza tessera." Posso assicurare a Pagani e a chi la pensa come lui che tutti i presidenti avranno le stesse possibilità.

**Fnomceo ha espresso una forte opposizione nelle ultime fasi di discussione del disegno di legge Lorenzin. Quel ddl ora è legge: pensate di avere qualche spazio di miglioramento nella messa a punto dei decreti attuativi?**

L'elaborazione di quel ddl segna una vera frattura tra politica e mondo medico. La dura presa di posizione della Fnomceo, che ha abbandonato tutti i tavoli istituzionali, non ha trovato ascolto, probabilmente anche per la fase elettorale. Mi auguro che nella stesura dei decreti attuativi si trovi una maggiore possibilità di dialogo e collaborazione.

**Su cosa, in particolare, vorreste avere risposte?**

Una questione importante riguarda la disciplina: occorre regolamentare cosa gli Ordini debbano sanzionare nei confronti dei propri iscritti.

Altro tema è quello della partecipazione istituzionale, e non legata solo alla contingente volontà politica, della Fnomceo ai tavoli decisionali sulle materie sanitarie.

**Ha già detto che una delle prime cose che farà sarà incontrare l'Osservatorio sulla professione medica al femminile. Altri interventi prioritari?**

Aprire una riflessione sul Codice Deontologico, superando le differenze che ci sono state nel passato e cercando di cogliere le sfide del futuro, come quelle poste dallo sviluppo dell'intelligenza artificiale.

E poi avviare una forte interlocuzione con i cittadini, da articolare sia attraverso il confronto con le associazioni dei cittadini, sia attraverso campagne di comunicazione che facciano riscoprire i valori positivi dell'essere medico.

Tre aggressioni al giorno, soprattutto contro le donne

## NASCE L'OSSERVATORIO PERMANENTE CONTRO LA VIOLENZA AGLI OPERATORI SANITARI

Ogni anno circa 1.200 episodi di aggressione contro chi lavora nei servizi sanitari. Per affrontare questa grave situazione la Ministra della Salute Beatrice Lorenzin ha accolto la proposta del presidente Fnomceo Filippo Anelli e ha creato una struttura nazionale che possa monitorare il fenomeno e proporre soluzioni

SI È INSEDIATO lo scorso 13 marzo, presso il Ministero della Salute, alla presenza della ministra **Beatrice Lorenzin**, l'Osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni di tutti gli operatori sanitari. L'Osservatorio risponde ad una proposta del presidente della Fnomceo, **Filippo Anelli**, e avrà il compito di raccogliere dati, di fare proposte per la prevenzione, per nuove norme di legge, per misure amministrative e organizzative.

L'Osservatorio è presieduto dal Ministro della Salute e ne fanno parte il comandante dei Carabinieri del Nas, il coordinatore degli assessori alla sanità regionali, il presidente della Fnomceo, il presidente della Federazione degli infermieri, il presidente della Federazione nazionale Ordini dei veterinari, il presidente della Federazione dei farmacisti, il direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e i direttori generali della Prevenzione, della Programmazione e delle Professioni sanitarie del ministero.

“L'Osservatorio insediatosi oggi - ha detto la ministra Lorenzin - si pone importanti obiettivi: attivare un monitoraggio su tutti i livelli di sicurezza degli operatori sanitari, proporre misure concrete che li mettano in sicurezza negli ambiti di rischio, innalzando al contempo il loro livello di formazione rispetto alla gestione del rischio, e intervenire sugli aspetti organizzativi delle singole Asl, delle singole Regioni, perché spesso siamo di fronte a tematiche legate a problemi non solo so-

ciologici ma anche organizzativi. Un'azione coordinata e corale, che mira a ridare prestigio e dignità alle professioni sanitarie, proteggendo e valorizzando il loro quotidiano indispensabile lavoro, al servizio dei pazienti e di tutti i cittadini”.

Nel corso dell'incontro si è sottolineato come medici, infermieri, veterinari, farmacisti e ostetrici siano costretti a lavorare in situazioni “di frontiera”, anche sotto la soglia di sicurezza. Tanto che, è stato affermato, molte colleghe sono costrette a farsi accompagnare al lavoro da padri, fratelli, fidanzati, persino da bodyguard pagati a loro spese.

Tre le aree individuate come maggiormente a rischio di violenza: l'area territoriale, con i presidi di guardia medica, gli ambulatori, i servizi psichiatrici; quella ospedaliera, in particolare il pronto soccorso; quella veterinaria (servizi ispettivi, macelli, allevamenti).

Dei 4.000 casi di violenza sul luogo di lavoro registrati in un anno in Italia, più di 1.200 riguardano operatori della sanità: all'interno di questo 30%, il 70% è contro professioniste donne, soprattutto medici della guardia medica. Sono questi i dati portati dalla Fnomceo - e confermati dal Ministero della Salute - all'attenzione dell'Osservatorio.

“Più di tre episodi di violenza al giorno contro professionisti della sanità, due contro colleghe donne - ha sottolineato il presidente Fnomceo, Filippo Anelli -. Una carneficina silenziosa, che spesso rimane nascosta, per vergogna, per pudore di una denuncia che scoperebbe il vaso di Pandora delle inadeguatezze strutturali, perché quasi messa in conto come componente del rischio professionale”.

“Ringraziamo ancora una volta il ministro Lorenzin per la grande sensibilità dimostrata su queste tematiche - ha concluso Anelli -, sensibilità condivisa dagli altri componenti dell'Osservatorio. Ora occorre che anche sul territorio e nella politica ad ogni livello si instauri e cresca una cultura della sicurezza, e vengano attuati provvedimenti strutturali e sistemici”.

## Maio (CA Fimmg): “Grave l'immobilismo delle Asl”



“Due aggressioni a medici di guardia medica in una sola settimana: al peggio non sembra esistere un limite. Si tratta di episodi gravissimi, come

altrettanto grave è l'immobilismo dei direttori generali delle Asl che in questi mesi, nonostante le ripetute violenze e le segnalazioni ricevute, non hanno fatto nulla per la messa in sicurezza degli operatori. Probabilmente ritengono che non sia un'emergenza su cui valga la pena intervenire”. Questo il giudizio della segretaria nazionale del Settore Continuità Assistenziale della Fimmg, Tommasa Maio, in merito alle aggressioni subite nei giorni scorsi da un medico di continuità assistenziale a Novara e da una collega in provincia di Lecce.

“Il silenzio delle Asl - ha proseguito Maio - è vergognoso: Fimmg CA ha effettuato indagini, raccolto denunce, fornito puntuali informazioni sulle situazioni che vanno immediatamente affrontate ma ci troviamo di fronte a un muro di gomma. Non è stato fatto nulla neppure nei luoghi in cui si sono verificate le aggressioni”. Fimmg CA Piemonte e Fimmg CA Lecce hanno già richiesto alle ASL in cui si sono verificati gli episodi informazioni sul rispetto dei requisiti di sicurezza previsti dalle norme vigenti e sulle iniziative intraprese per affrontare il problema. “Stiamo inoltre lavorando” continua Maio “per affrontare il problema alla radice, in sede di contrattazione nazionale dove, fortunatamente, abbiamo trovato attenzione vedendo accolta la nostra proposta che prevede, già nel Preaccordo in via di definizione, atti sostanziali che rappresenteranno l'inizio di un nuovo percorso. La logica dell'approccio basato sull'occasionalità di contatto e l'assenza di dati informativi devono scomparire. La tutela dell'incolumità degli operatori deve fondarsi sulla definizione di nuove modalità operative che, con il supporto di tutti gli strumenti che la tecnologia mette a nostra disposizione, partano dalla piena conoscenza del paziente che si ha di fronte, dalla condivisione di dati, da una rete della medicina generale che permetta ai medici di non andare allo sbaraglio. Non vorremmo che come negli Stati Uniti si armano gli insegnanti nelle scuole, si pensi di armare i medici di Continuità Assistenziale trasformando un professionista dedicato alla cura degli altri in un individuo costretto a concentrarsi solo sulla propria difesa”.

“**Dei 4.000 casi di violenza sul luogo di lavoro registrati in un anno in Italia, più di 1.200 riguardano operatori della sanità: all'interno di questo 30%, il 70% è contro professioniste donne, soprattutto medici della guardia medica**



# A SIENA LA MEDICINA GENERALE È MOLTO COOPERATIVA

**Maurizio Pozzi voleva fare il medico generalista, ma l'isolamento gli pesava. Allora, con altri colleghi, ha creato una cooperativa di servizi che oggi ha come soci quasi il 90% dei medici di MG della provincia di Siena. E, sempre nella logica di unire le forze, è passato al livello nazionale, con Sanicoop**

OGGI LA COOPERATIVA MEDICI 2000, attiva nella provincia di Siena, conta come soci circa 190 medici e ha una decina di centri medici dove sono dislocati gli operatori, 80 dipendenti tra segretarie e infermieri. Ma il suo presidente, Maurizio Pozzi, si è spinto più in là e presiede anche Sanicoop, il settore di Lega Coop che riunisce a livello nazionale le cooperative attive nel mondo sanitario.

**Dottor Pozzi, lei quando ha deciso di fare il medico di Medicina Generale?**

È stata una scelta consapevole fin dall'inizio, perché mi interessavano gli aspetti generalistici della medicina. Durante il corso degli studi ho avuto l'occasione di essere accettato e dunque di fare la specializzazione in Medicina Interna e poi, quando è stato il momento di cominciare a svolgere l'attività professionale, ho scelto la Medicina Generale. Sapevo comunque che non mi sarebbe interessato un settore specialistico.

**Cosa c'è di interessante nella Medicina Generale?**

Fai il medico della persona e non della malattia.

**Come è arrivato alla forma cooperativa?**

Nella mia vita personale ho avuto la possibilità di ricoprire incarichi che mi hanno consentito di acquisire conoscenze e competenze in campo organizzativo e direzionale: sono stato eletto come amministratore di Comune e di Provincia, ho fatto parte di C.d.A. di alcune società del gruppo Monte Paschi. Mi è sembrato utile mettere a disposizione dei miei colleghi queste esperienze.

Mi ha spinto anche un'altra motivazione: il limite della medicina di famiglia che ho sempre sofferto è l'isolamento. Cosa che ho patito particolarmente, anche perché mi sono trovato ad esercitare in un luogo dove è stato possibile costruire un gruppo, essendo un piccolo comune della zona periferica della città. Ho sentito sia l'isolamento professionale, sia l'assenza di una struttura organizzata di supporto. Quindi mi sono attivato per trovare una soluzione valida per me stesso ma anche per gli altri colleghi.

**Cosa ha fatto, quindi?**

Ho partecipato alla costituzione di una

cooperativa di medici, la Coop Medici 2000 di Siena, che ha raccolto progressivamente l'adesione di quasi tutti i medici della Provincia. Credo il numero dei soci si avvicina al 90% dei MMG e dei PLS operanti nel territorio provinciale. Una realtà quasi monopolista!

È un risultato che ha comportato un lavoro culturale importante, perché per una professione che nasce in una dimensione assai individuale, far capire l'importanza dell'aggregazione ha richiesto un certo impegno.

Quali servizi fornite ai vostri associati? La cooperativa non si rivolge direttamente ai pazienti, questo è compito specifico del MMG e del PLS. La cooperativa fornisce servizi ai medici-soci affinché esercitino in modo migliore la loro professione: le sedi, il personale, la segreteria, l'infermiere, la strumentazione informatica, la strumentazione diagnostica, i corsi d'aggiornamento, i progetti di ricerca, ecc. In sostanza, tutto quello che serve per esercitare la professione, o meglio, secondo l'approccio che abbiamo avuto fin dall'inizio, quello che serve sia per ridurre i costi, sia per ampliarne e migliorarne la qualità e dunque anche il ruolo sociale del medico e il suo reddito.

**In che modo la cooperativa migliora il reddito del medico?**

Ridurre le spese; espandere l'attività con iniziative che da solo il medico non



**Maurizio Pozzi,**  
presidente di  
Sanicoop





**In una medicina che ha visto l'esplosione della specialistica e della conseguente frammentazione nella gestione della singola malattia, il medico di MG è l'unico a mantenere una indispensabile visione d'insieme della persona, essenziale per la salute dei pazienti, ma anche per la sostenibilità dei sistemi**

potrebbe attivare. La cooperativa consente di risparmiare nell'acquisizione di fattori di produzione necessari sia vecchi che nuovi. Inoltre, avendo la possibilità di avere una migliore strumentazione si possono proporre alle Asl, e anche ad altri soggetti terzi, nuovi progetti, offrendo ai propri soci la possibilità di ampliare il campo professionale. Infine è possibile attivare forme di collaborazione ed integrazione con altri soggetti (coop infermieri, coop sociali, ecc.) per gestire servizi più complessi come quelli della residenzialità sanitaria.

#### **Mi faccia un esempio.**

Pensiamo alla cura della cronicità. Il MMG da solo non può, ma collettivamente e tramite il supporto della sua cooperativa può elaborare, proporre e gestire un progetto di monitoraggio dei pazienti diabetici, completo degli accertamenti diagnostici. L'Asl può condividere e riconoscerne la validità sia per il miglioramento della qualità della salute del paziente ed anche per il risparmio economico, sia attraverso l'appropriatezza prescrittiva, sia riducendo gli accessi e le code per altri punti del Sistema Sanitario.

Oppure gestire la diagnostica strumentale e di laboratorio a livello ambulatoriale. Un semplice apparecchio consente di misurare la coagulazione del sangue, e quindi monitorare i pazienti che assumono farmaci anticoagulanti evitando di peregrinare tra mmg, laboratori e specialisti.

#### **Da qualche tempo lei ha anche un incarico nazionale.**

Ad un certo punto ci è sembrato necessario legare l'esperienza della nostra cooperativa a quello di altre realtà cooperative mediche, per fare massa critica e proporre un modello e iniziative di miglioramento replicabili. Per questo abbiamo dato vita, a livello nazionale, a questa associazione nazionale di cooperative di operatori del settore sanità, che aggrega non solo medici di famiglia, che pure sono la gran parte, ma anche fisioterapisti, psicologi, odontoiatri.

Così abbiamo creato Sanicoop, prima come associazione autonoma convenzionata con Lega Coop e recentemente, dal dicembre scorso, aderendo diretta-

mente a Lega Coop di cui ora costituiamo. Auspichiamo di dare vita ad un coordinamento generale di tutte le coop mediche aderenti nel cartello della costituenda Associazione delle Cooperative Italiane.

#### **Cosa vi aspettate da questo passaggio?**

Ogni medico di medicina generale può individualmente avere rappresentanza sindacale. Personalmente, aderisco a FIMMG, il sindacato largamente maggioritario ma anche il più aperto verso il associativo cooperativo, verso strumenti societari che abbiano il compito di procurare fattori di produzione per l'evoluzione e la crescita della professione. In sintonia con il sindacato, come Sanicoop auspichiamo che i nuovi accordi nazionali lascino lo spazio per lo sviluppo di questa modalità di esercizio della professione.

Il medico di famiglia è nato solo con la sua borsa e il suo fonendoscopio, ma oggi ha bisogno di più strumenti e noi lavoriamo perché possa averli e possa innalzare lo standard delle sue prestazioni. In questo contesto il MMG del presente e sempre più nel futuro ha bisogno della sua cooperativa. Tante soggetti presenti in tutto il territorio hanno bisogno del loro strumento di rappresentanza, come per tutte le altre forme societarie: non per fare i contratti bensì per attuare quelli che hanno definito le organizzazioni sindacali. Crediamo che lo strumento cooperativo sia il più idoneo per realizzare questo approccio, per motivi etici, di rappresentanza diretta, fiscali e organizzativi.

Va anche detto che sempre più l'offerta dei servizi sanitari si va articolando ed a fianco del SSN, irrinunciabile per garantire il principio costituzionale dell'universalità, sono sempre più presenti altre opportunità integrative. Anche nella sanità si sviluppa un sistema integrativo come in altri settori del welfare: dalla scuola alle pensioni, dai trasporti all'assistenza. Se ne parla poco, ma nel mondo sanitario si sta realizzando questa pluralità: accanto al servizio pubblico, ci sono i fondi integrativi per i lavoratori dipendenti, le società di mutuo soccorso (recentemente rivitalizzate da una nuova normativa), le assicurazioni defiscalizzate, le mutue offerte dalle

banche. Un sistema fin troppo articolato, quasi un po' caotico. Penso che la rete territoriale dei MMG e PLS può essere un'ottima opportunità per l'integrazione di questi sistemi e per una loro visione unitaria.

#### **Qualcuno obietta che voi abbiate un doppio ruolo, come prescrittori ma anche come erogatori.**

È una critica che ci viene rivolta spesso. La risposta è semplice, persino banale. Guardiamo al nostro ruolo dal punto di vista del cittadino, del beneficiario: la critica non solo è fuori luogo è vero l'esatto contrario. Per soddisfare la domanda di salute presente a livello territoriale non possiamo certamente pensare a moltiplicazione delle reti di offerta che si aggiungano a quella del mmg. Chi manterrebbe l'unitarietà del progetto di cura?

In una medicina che ha visto l'esplosione della specialistica e della conseguente frammentazione nella gestione della singola malattia, il medico di MG è l'unico a mantenere una indispensabile visione d'insieme della persona, essenziale per la salute dei pazienti, ma anche per la sostenibilità dei sistemi

Per evitare confusione, noi abbiamo scritto un nostro codice etico, nel quale ci impegniamo a seguire il paziente ovunque scelga di andare, mantenendo il controllo sulle prestazioni, senza duplicazioni inutili.

#### **Consiglierebbe questa professione ad un giovane?**

Sì, e ovviamente gli consiglieri di farla in una forma associativa: ci sono delle gratificazioni davvero importanti nel rapporto interpersonale con i pazienti. C'è solo un "piccolo" problema: questa professione andrebbe insegnata meglio, fornendo gli strumenti psicologici, culturali, di comunicazione che sono determinanti, ma che per ora si imparano solo "sul campo".

In tema di ricambio generazionale, dovremmo preoccuparci della conservazione e della trasmissione della storia clinica del paziente raccolta lungo molti anni dal suo Medico di Medicina Generale. Spesso va dispersa ed invece è importante ancor più di una cartella clinica ospedaliera.

*E.A.*

## Non mi ascolti mai quando parlo.

Per non mandare in crisi il rapporto tra medico e paziente, ognuno deve fare la sua parte.

Scopri come su [www.curadicoppia.it](http://www.curadicoppia.it)



### DOVERI DEL MEDICO

**1) RISPETTARE E ASCOLTARE**  
Mi impegno a dedicare ad ascolto il giusto tempo per comprendere i sintomi, i bisogni, le sofferenze, le abitudini di vita, le aspettative della persona e nel individuare insieme, nel pieno rispetto della persona, un percorso di cura condiviso.

**2) INFORMARE**  
Mi impegno a comunicare in modo chiaro, personalizzato e veritiero sullo stato di salute, su vantaggi, rischi e possibili complicanze di terapie; mi impegno a spiegare le ragioni che portano a modificare terapie, interventi o procedure diagnostiche, per mettere la persona nelle condizioni di poter esprimere un consenso o un dissenso consapevolmente informato nei tempi giusti.

**3) RIDURRE O ALLEGGERIRE LA BUROCRAZIA**  
Mi impegno a garantire corretta informazione per ridurre la burocrazia esistente e ad aspettare per attivare servizi sanitari o esami per evitare disagi nel rispetto dei tempi delle persone. Mi impegno a praticare sul territorio del Servizio Sanitario Nazionale quelle prestazioni che seguono appropriate.

**4) INTERAGIRE E CONFRONTARSI CON ALTRI PROFESSIONISTI**  
Mi impegno a confrontarmi con i tutti i professionisti sanitari utili a garantire il miglior percorso di cura che metta al centro la persona e nel rispetto reciproco delle specifiche competenze. Mi impegno a potenziare e arricchire la mia professionalità attraverso la formazione.

**5) SEGNALARE**  
Mi impegno a segnalare eventuali sprechi, rischi, disagi, disfunzioni o disorganizzazioni riscontrati nel servizio erogato, per far adottare azioni di miglioramento al fine di salvaguardare l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari.

### DIRITTI DEL MEDICO


**1) ESERCITARE LA PROPRIA PROFESSIONALITÀ**  
Mi impegno a poter svolgere la mia professione in condizioni di non essere limitato da logiche economiche, di non essere caricato di oneri burocratici di essere rispettato come professionista anche quando la persona assistita apprende notizie o informazioni sul web.


**2) ESSERE RISPETTATO**  
Mi aspetto che il cittadino sia rispettato nei miei confronti utilizzando un linguaggio e un comportamento adeguato in quanto che la persona assistita rispetti il mio delicato ruolo di professionista che cura e che risponde a un Codice Deontologico.

**3) NON ASSECONDARE OGNI RICHIESTA**  
Mi aspetto di mettere in campo competenza e professionalità, valutando ogni richiesta del cittadino e prevenendo solo ciò che ritengo opportuno e appropriato per il paziente, spiegando l'eventuale rifiuto e avendo cura che il cittadino abbia compreso le motivazioni.


**4) ESSERE INFORMATO DAL CITTADINO**  
Mi aspetto di ricevere tutte le informazioni utili e essenziali per assicurare la migliore prevenzione, assistenza, diagnosi e terapia, nel rispetto dell'aspetto professionale e della riservatezza dei dati.

**5) LAVORARE NELLE MIGLIORI CONDIZIONI**  
Mi aspetto di lavorare in una struttura di un adeguato standard di servizi, con un contesto organizzativo, per lavorare in sicurezza e per prevenire la sofferenza pubblica e fisica mia e dei miei colleghi. Mi aspetto di poter lavorare senza barriere di lavoro stressanti e restrizioni burocratiche che contrastano con l'appartenenza clinica e le esigenze di cure personalizzate del singolo paziente.









UNA CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE NEGLI STUDI MEDICI

# MEDICI E CITTADINI: SERVE UNA "CURA DI COPPIA"

Ricostruire un rapporto in crisi, restituendo centralità alla relazione e alla fiducia reciproca, a partire dai diritti e doveri di ciascuno. Non è la storia di una coppia qualunque al centro della nuova campagna "cura di coppia" lanciata da Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, ma quella rappresentata da medico e cittadino.

La campagna è promossa in collaborazione con associazioni di pazienti, esperti e oltre venti tra organizzazioni di professionisti e strutture sanitarie, con in primo piano la Fimmg. Al centro della campagna c'è un doppio decalogo, con diritti e doveri dei medici e dei cittadini, trascritto in un manifesto, in due versioni, che pubblichiamo al centro del giornale e che potrà essere affisso negli studi professionali. Inoltre è stato elaborato un vademecum, disponibile sul sito [www.curadicoppia.it](http://www.curadicoppia.it). Questo progetto nasce dalle esigenze

espresse sia dai cittadini che dai medici. Infatti, dai dati di Cittadinanzattiva emerge che la relazione tra medico e paziente è in difficoltà. Da una parte, in circa 8 casi su 10, i cittadini segnalano poca sensibilità nell'ascolto o poca empatia. Una persona su 3 trova nel medico scarsa disponibilità a orientarla tra i servizi; una su 4 si confronta con un linguaggio troppo tecnico e poco comprensibile; una su 5 ha vissuto scarsa attenzione al dolore. D'altro canto, circa 1 medico su 3 ritiene insufficiente o inadeguato il tempo a disposizione per la cura; in ugual proporzione riscontra difficoltà per mancanza di personale e in 1 caso su 5 per cattiva organizzazione dei servizi. In aggiunta, non esiste ancora nel percorso di laurea del medico una formazione specifica sui temi della comunicazione e relazione. L'iniziativa, realizzata con il contributo non condizionato di AbbVie, intende contribuire a migliorare la relazione tra il medico e il paziente, nella convinzione che il trattamento clinico corretto è una scelta importante da fare, che non può

prescindere da empatia, conoscenza e fiducia fra chi cura e chi è curato. L'obiettivo generale del progetto è dunque quello di creare consapevolezza relativa ai diritti e doveri che il medico ha nei confronti del paziente, nel pieno esercizio della propria missione di cura. Parallelamente, l'iniziativa focalizza le energie anche sui diritti e doveri del paziente affinché diventi sempre più cosciente del fatto che la propria partecipazione attiva e informata, oltre alla piena adesione al percorso di cura proposto, sono fattori determinanti per il ripristino dei livelli di salute. La campagna sarà diffusa online, sui principali social network, e offline, attraverso la distribuzione del materiale cartaceo di vademecum e decalogo che saranno disponibili presso le sedi del Tribunale per i diritti del malato e delle associazioni di pazienti coinvolte nella campagna, oltre che nelle strutture sanitarie e negli studi medici che aderiranno all'iniziativa. La campagna ha ricevuto il patrocinio della Fnomceo.





## DOVERI DEL MEDICO

### 1) RISPETTARE E ASCOLTARE

Mi impegno a dedicare all'ascolto il giusto tempo per comprendere i sintomi, i bisogni, le sofferenze, le abitudini di vita, le aspettative della persona ed individuare insieme, nel pieno rispetto della persona, un percorso di cura condiviso.

### 2) INFORMARE

Mi impegno a fornire informazioni chiare, personalizzate e veritiere sullo stato di salute, su vantaggi, rischi e possibili complicanze di terapie; mi impegno a spiegare le ragioni che portano a modificare terapie, interventi o procedure diagnostiche, per mettere la persona nelle condizioni di poter esprimere un consenso o un dissenso compiutamente informato nei tempi giusti.

### 3) RIDURRE O ALLEGGERIRE LA BUROCRAZIA

Mi impegno a garantire corretta informazione per ridurre la burocrazia evitabile e ad adoperarmi per attivare servizi esistenti o nuovi per evitare disagi nel rispetto dei tempi delle persone. Mi impegno a prescrivere sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale quelle prestazioni che reputo appropriate.

### 4) INTERAGIRE E CONFRONTARSI CON ALTRI PROFESSIONISTI

Mi impegno a collaborare e a confrontarmi con i tutti i professionisti sanitari utili a garantire il miglior percorso di cura che metta al centro la persona e nel rispetto reciproco delle specifiche competenze. Mi impegno a potenziare e arricchire la mia professionalità attraverso la formazione.

### 5) SEGNALARE

Mi impegno a segnalare eventuali sprechi, rischi, disagi, disfunzioni o disorganizzazioni riscontrati nel servizio erogato, per far adottare azioni di miglioramento al fine di salvaguardare l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari.

## DIRITTI DEL MEDICO

### 1) ESERCITARE LA PROPRIA PROFESSIONALITÀ

Mi aspetto di poter svolgere la mia professione in scienza e coscienza, di non essere limitato da logiche economicistiche, di non essere caricato di oneri burocratici; di essere rispettato come professionista anche quando la persona assistita apprende notizie o informazioni sul web.

### 2) ESSERE RISPETTATO

Mi aspetto che il cittadino sia rispettoso nei miei confronti utilizzando un linguaggio e un comportamento adeguato; mi aspetto che la persona assistita rispetti il mio delicato ruolo di professionista che cura e che risponde a un Codice Deontologico.

### 3) NON ASSECONDARE OGNI RICHIESTA

Mi aspetto di mettere in campo competenza e professionalità, valutando ogni richiesta del cittadino e prescrivendo solo ciò che ritengo opportuno e appropriato per il paziente, spiegando l'eventuale rifiuto e avendo cura che il cittadino abbia compreso le motivazioni.

### 4) ESSERE INFORMATO DAL CITTADINO

Mi aspetto di ricevere tutte le informazioni utili e essenziali per assicurare la migliore prevenzione, assistenza, diagnosi e terapia, nel rispetto del segreto professionale e della riservatezza dei dati.

### 5) LAVORARE NELLE MIGLIORI CONDIZIONI

Mi aspetto di svolgere la mia professione in un adeguato ambiente di lavoro e contesto organizzativo, per lavorare in sicurezza e per prevenire la sofferenza psichica e fisica mia e dei miei colleghi. Mi aspetto di poter lavorare senza turni di lavoro stressanti e restrizioni burocratiche che contrastino con l'appropriatezza clinica e le esigenze di cure personalizzate del singolo paziente.

## DOVERI DEL CITTADINO

### 1) NON SOSTITUIRE IL WEB O IL PASSAPAROLA AL MEDICO

Mi impegno a rivolgermi al medico quando ho bisogno di consigli per tenermi in salute, per una diagnosi o per definire insieme il percorso di cura più appropriato.

### 2) COLLABORARE CON IL MEDICO

Mi impegno a instaurare con il medico un rapporto di fiducia; a informarlo su tutto ciò che possa essere utile per una migliore prevenzione, assistenza, diagnosi e terapia; a rispettarne la professionalità e il ruolo. Eventuali dubbi, paure e incertezze le risolveremo confrontandoci.

### 3) RISPETTARE LE PERSONE

Mi impegno a pormi con rispetto nei confronti del medico e degli altri pazienti attendendo il mio turno, modulando il tono della voce, rispettando la privacy e annullando per tempo appuntamenti prenotati a cui non posso presentarmi.

### 4) RISPETTARE GLI AMBIENTI E GLI OGGETTI

Mi impegno ad avere cura delle strutture; a non sprecare e porre attenzione agli ambienti di cura, agli arredi e agli oggetti presenti che rappresentano un bene comune.

### 5) SEGNALARE DISFUNZIONI

Mi impegno a segnalare eventuali disagi, disfunzioni o disorganizzazioni riscontrati nel servizio erogato, per far adottare azioni di miglioramento.

## DIRITTI DEL CITTADINO

### 1) AVERE IL GIUSTO TEMPO DI ASCOLTO

Mi aspetto di essere ascoltato con attenzione e partecipazione, di veder rispettata la mia privacy, di poter fare domande e ricevere risposte, e di poterlo fare in un ambiente idoneo che mi faccia sentire a mio agio.

### 2) RICEVERE INFORMAZIONI COMPRESIBILI

Mi aspetto di ricevere informazioni chiare, personalizzate e veritiere sul mio stato di salute, su vantaggi, rischi e possibili complicanze di terapie o modifiche di esse, interventi o procedure diagnostiche, per poter esprimere con i giusti tempi il mio consenso o dissenso (consenso informato).

### 3) CONDIVIDERE PERCORSI DI CURA

Mi aspetto di essere orientato tra i servizi, di scegliere insieme al medico il miglior percorso di cura, basato sulle evidenze cliniche e rispettoso delle mie condizioni economiche, psicologiche, familiari, lavorative, del mio progetto di vita e del mio livello culturale.

### 4) RICEVERE CURE IN SICUREZZA

Mi aspetto di essere curato con professionalità, competenza e responsabilità, di essere accompagnato e facilitato nel percorso di cura. Mi aspetto che vengano messi in atto comportamenti che prevengano e gestiscano situazioni di rischio sanitario anche segnalando alle autorità competenti, in un percorso virtuoso ed etico volto alla prevenzione.

### 5) NON SOFFRIRE INUTILMENTE

Mi aspetto di essere ascoltato e creduto quando esprimo dolore o sofferenza e di essere aiutato a esprimerlo. Mi aspetto che il dolore venga misurato, registrato e trattato tempestivamente nel rispetto della mia libertà e dignità di persona.

E in collaborazione con

AFADOC - AIL - AIOP - ASBI - AIPAS - ANMAR - ANTEA  
ASS. MALATI RENI - BPCO - FAND - FCP - FIMMG - FIMP - FORUM  
TRAPIANTATI - MINISTERO DELLA SALUTE - NADIR - ORDINE  
PSICOLOGI LAZIO - SIDERMAST - SIFO - SIMBA - SIN - SUMAI



Affisso nelle sale di attesa a cura di

Con il patrocinio della  
FNOMCeO



CITTADINANZA ATTIVA

[www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)

Cittadinanzattiva Onlus

Via Cereate 6, 00183 Roma - tel. +39 06367181 - fax +39 0636718333

# Non mi guardi più come una volta.

Per non mandare in crisi il rapporto tra medico  
e paziente, ognuno deve fare la sua parte.

Scopri come su  
[www.curadicoppia.it](http://www.curadicoppia.it).



Con il contributo non condizionato

abbvie



## DOVERI DEL MEDICO

### 1) RISPETTARE E ASCOLTARE

Mi impegno a dedicare all'ascolto il giusto tempo per comprendere i sintomi, i bisogni, le sofferenze, le abitudini di vita, le aspettative della persona ed individuare insieme, nel pieno rispetto della persona, un percorso di cura condiviso.

### 2) INFORMARE

Mi impegno a fornire informazioni chiare, personalizzate e veritiere sullo stato di salute, su vantaggi, rischi e possibili complicanze di terapie; mi impegno a spiegare le ragioni che portano a modificare terapie, interventi o procedure diagnostiche, per mettere la persona nelle condizioni di poter esprimere un consenso o un dissenso compiutamente informato nei tempi giusti.

### 3) RIDURRE O ALLEGGERIRE LA BUROCRAZIA

Mi impegno a garantire corretta informazione per ridurre la burocrazia evitabile e ad adoperarmi per attivare servizi esistenti o nuovi per evitare disagi nel rispetto dei tempi delle persone. Mi impegno a prescrivere sul ricettario del Servizio Sanitario Nazionale quelle prestazioni che reputo appropriate.

### 4) INTERAGIRE E CONFRONTARSI CON ALTRI PROFESSIONISTI

Mi impegno a collaborare e a confrontarmi con i tutti i professionisti sanitari utili a garantire il miglior percorso di cura che metta al centro la persona e nel rispetto reciproco delle specifiche competenze. Mi impegno a potenziare e arricchire la mia professionalità attraverso la formazione.

### 5) SEGNALARE

Mi impegno a segnalare eventuali sprechi, rischi, disagi, disfunzioni o disorganizzazioni riscontrati nel servizio erogato, per far adottare azioni di miglioramento al fine di salvaguardare l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari.

## DIRITTI DEL MEDICO

### 1) ESERCITARE LA PROPRIA PROFESSIONALITÀ

Mi aspetto di poter svolgere la mia professione in scienza e coscienza, di non essere limitato da logiche economicistiche, di non essere caricato di oneri burocratici; di essere rispettato come professionista anche quando la persona assistita apprende notizie o informazioni sul web.

### 2) ESSERE RISPETTATO

Mi aspetto che il cittadino sia rispettoso nei miei confronti utilizzando un linguaggio e un comportamento adeguato; mi aspetto che la persona assistita rispetti il mio delicato ruolo di professionista che cura e che risponde a un Codice Deontologico.

### 3) NON ASSECONDARE OGNI RICHIESTA

Mi aspetto di mettere in campo competenza e professionalità, valutando ogni richiesta del cittadino e prescrivendo solo ciò che ritengo opportuno e appropriato per il paziente, spiegando l'eventuale rifiuto e avendo cura che il cittadino abbia compreso le motivazioni.

### 4) ESSERE INFORMATO DAL CITTADINO

Mi aspetto di ricevere tutte le informazioni utili e essenziali per assicurare la migliore prevenzione, assistenza, diagnosi e terapia, nel rispetto del segreto professionale e della riservatezza dei dati.

### 5) LAVORARE NELLE MIGLIORI CONDIZIONI

Mi aspetto di svolgere la mia professione in un adeguato ambiente di lavoro e contesto organizzativo, per lavorare in sicurezza e per prevenire la sofferenza psichica e fisica mia e dei miei colleghi. Mi aspetto di poter lavorare senza turni di lavoro stressanti e restrizioni burocratiche che contrastino con l'appropriatezza clinica e le esigenze di cure personalizzate del singolo paziente.

## DOVERI DEL CITTADINO

### 1) NON SOSTITUIRE IL WEB O IL PASSAPAROLA AL MEDICO

Mi impegno a rivolgermi al medico quando ho bisogno di consigli per tenermi in salute, per una diagnosi o per definire insieme il percorso di cura più appropriato.

### 2) COLLABORARE CON IL MEDICO

Mi impegno a instaurare con il medico un rapporto di fiducia; a informarlo su tutto ciò che possa essere utile per una migliore prevenzione, assistenza, diagnosi e terapia; a rispettarne la professionalità e il ruolo. Eventuali dubbi, paure e incertezze le risolveremo confrontandoci.

### 3) RISPETTARE LE PERSONE

Mi impegno a pormi con rispetto nei confronti del medico e degli altri pazienti attendendo il mio turno, modulando il tono della voce, rispettando la privacy e annullando per tempo appuntamenti prenotati a cui non posso presentarmi.

### 4) RISPETTARE GLI AMBIENTI E GLI OGGETTI

Mi impegno ad avere cura delle strutture; a non sprecare e porre attenzione agli ambienti di cura, agli arredi e agli oggetti presenti che rappresentano un bene comune.

### 5) SEGNALARE DISFUNZIONI

Mi impegno a segnalare eventuali disagi, disfunzioni o disorganizzazioni riscontrati nel servizio erogato, per far adottare azioni di miglioramento.

## DIRITTI DEL CITTADINO

### 1) AVERE IL GIUSTO TEMPO DI ASCOLTO

Mi aspetto di essere ascoltato con attenzione e partecipazione, di veder rispettata la mia privacy, di poter fare domande e ricevere risposte, e di poterlo fare in un ambiente idoneo che mi faccia sentire a mio agio.

### 2) RICEVERE INFORMAZIONI COMPRESIBILI

Mi aspetto di ricevere informazioni chiare, personalizzate e veritiere sul mio stato di salute, su vantaggi, rischi e possibili complicanze di terapie o modifiche di esse, interventi o procedure diagnostiche, per poter esprimere con i giusti tempi il mio consenso o dissenso (consenso informato).

### 3) CONDIVIDERE PERCORSI DI CURA

Mi aspetto di essere orientato tra i servizi, di scegliere insieme al medico il miglior percorso di cura, basato sulle evidenze cliniche e rispettoso delle mie condizioni economiche, psicologiche, familiari, lavorative, del mio progetto di vita e del mio livello culturale.

### 4) RICEVERE CURE IN SICUREZZA

Mi aspetto di essere curato con professionalità, competenza e responsabilità, di essere accompagnato e facilitato nel percorso di cura. Mi aspetto che vengano messi in atto comportamenti che prevengano e gestiscano situazioni di rischio sanitario anche segnalando alle autorità competenti, in un percorso virtuoso ed etico volto alla prevenzione.

### 5) NON SOFFRIRE INUTILMENTE

Mi aspetto di essere ascoltato e creduto quando esprimo dolore o sofferenza e di essere aiutato a esprimerlo. Mi aspetto che il dolore venga misurato, registrato e trattato tempestivamente nel rispetto della mia libertà e dignità di persona.

E in collaborazione con

AFADOC - AIL - AIOP - ASBI - AIPAS - ANMAR - ANTEA  
ASS. MALATI RENI - BPCO - FAND - FCP - FIMMG - FIMP - FORUM  
TRAPIANTATI - MINISTERO DELLA SALUTE - NADIR - ORDINE  
PSICOLOGI LAZIO - SIDERMAS - SIFO - SIMBA - SIN - SUMAI



Affisso nelle sale di attesa a cura di

Con il patrocinio della

FNOMCeO



CITTADINANZA ATTIVA

[www.cittadinanzattiva.it](http://www.cittadinanzattiva.it)

Cittadinanzattiva Onlus

Via Cereate 6, 00183 Roma - tel. +39 06367181 - fax +39 0636718333

# Non mi ascolti mai quando parlo.

Per non mandare in crisi il rapporto tra medico  
e paziente, ognuno deve fare la sua parte.

Scopri come su  
[www.curadicoppia.it](http://www.curadicoppia.it).



[www.CURADICOPPIA.it](http://www.CURADICOPPIA.it)

Con il contributo non condizionato

abbvie



L'ITALIA È UNO DEI PAESI dove si vive più a lungo. Ma anche uno dove si scoprono le maggiori disuguaglianze di salute che, spesso, rendono meno universale l'universalismo del Ssn, meno uguali le cure che vanno garantite a tutti, meno omogenea l'assistenza (e la sua qualità) sul territorio nazionale.

Anche se il Servizio sanitario nazionale resta comunque uno dei migliori tipi di assistenza in Europa in termini di efficacia, nonostante le risorse impegnate siano tra le più basse registrate nell'Ue: per questo è necessario attuare tutti gli sforzi necessari per preservarlo e renderlo più equo e sostenibile.

Questo il giudizio dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, progetto nato e che ha sede a Roma presso l'Università Cattolica, ideato dal professor Walter Ricciardi, che, con un focus dedicato alle disuguaglianze di salute in Italia, offre un contributo al dibattito sui temi dell'equità della salute con alcune riflessioni e proposte.

#### Le differenze tra le Regioni

Il focus, sottolineano gli autori dello studio, non entra nel merito della gerarchia delle determinanti delle disuguaglianze, ma si limita a documentare le disuguaglianze osservate nel Paese mettendole in relazione con i principali fattori individuali e di contesto.

Così, gli indicatori elaborati mettono in evidenza ad esempio l'esistenza di sensibili divari di salute sul territorio.

Ne sono la prova i dati del 2017 della Campania dove gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3, mentre nella Provincia Autonoma di Trento gli uomini mediamente sopravvivono 81,6 anni e le donne 86,3.

In generale, la maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; decisamente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne.

La dinamica della sopravvivenza, tra il 2005 e il 2016, dimostra che i divari sono persistenti, in particolare Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, Molise, Basilicata, Lazio, Valle d'Aosta e Piemonte restano costantemente al di sotto della media nazionale.

Tra queste Regioni la Campania, la Calabria e la Sicilia peggiorano addirittura la loro posizione nel corso degli anni. Per contro, quasi tutte le regioni del Nord, in-

# LA SALUTE "NON È" UGUALE PER TUTTI: PESANO IL GRADO D'ISTRUZIONE E IL LUOGO DI RESIDENZA



**In Campania gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3, mentre a Trento gli uomini arrivano a una media di 81,6 anni e le donne 86,3. E ancora: un cittadino può sperare di vivere 77 anni se ha un livello di istruzione basso ma può arrivare a 82 anni se possiede almeno una laurea**



**Il focus non entra nel merito della gerarchia delle determinanti delle disuguaglianze, ma si limita a documentare le disuguaglianze osservate nel Paese mettendole in relazione con i principali fattori individuali e di contesto**

sieme ad Abruzzo e Puglia, sperimentano, stabilmente, una aspettativa di vita al di sopra della media nazionale.

Anche la mortalità prematura, proposta dall'Oms nell'ambito della Sustainable development goals, denuncia forti divari territoriali. Infatti, la Campania, la Sicilia, la Sardegna, il Lazio, il Piemonte e il Friuli presentano valori elevati di mortalità prematura, con una dinamica negativa tra il 2004 e il 2013 che le vede costantemente al di sopra della media nazionale. Questo è un dato molto negativo, visto che si tratta di morti evitabili con idonee politiche di prevenzione.

#### Le differenze sociali

Non meno gravi secondo lo studio sono i divari sociali di sopravvivenza. In Italia, un cittadino può sperare di vivere 77 anni se ha un livello di istruzione basso e 82

anni se possiede almeno una laurea; tra le donne il divario è minore, ma pur sempre significativo: 83 anni per le meno istruite, circa 86 per le laureate.

Anche le condizioni di salute, legate alla presenza di cronicità mettono in luce differenze sociali: nella classe di età 25-44 anni la prevalenza di persone con almeno una cronica grave è pari al 5,8% tra coloro che hanno un titolo di studio basso e al 3,2% tra i laureati. E la differenza aumenta con l'età: nella classe 45-64 anni, è il 23,2% tra le persone con la licenza elementare e l'11,5% tra i laureati.

I divari di salute sono particolarmente preoccupanti secondo l'Osservatorio, quando sono legati allo status sociale, perché i fattori economici e culturali influenzano direttamente gli stili di vita e condizionano la salute delle future generazioni.

Un esempio è l'obesità, uno dei più importanti fattori di rischio per la salute futura, che interessa il 14,5% delle persone con titolo di studio basso e solo il 6% dei più istruiti. Anche considerando il livello di reddito gli squilibri sono evidenti: l'obesità è una condizione che affligge il 12,5% del quinto più povero della popolazione e il 9% di quello più ricco. I fattori di ri-

**Tabella 1. Speranza di vita alla nascita per provincia di residenza - Anno 2016**

Territorio	Territorio	Territorio	Territorio	Territorio	
Italia	82,751	Emilia-Romagna	83,189	Campania	81,068
Nord-ovest	83,007	Piacenza	82,778	Caserta	80,658
Piemonte	82,625	Parma	83,142	Benevento	81,967
Torino	83,097	Reggio nell'Emilia	82,867	Napoli	80,683
Vercelli	81,707	Modena	83,342	Avellino	82,025
Novara	82,745	Bologna	83,510	Salerno	82,004
Cuneo	82,504	Ferrara	82,224	Puglia	82,832
Asti	81,784	Ravenna	83,521	Foggia	82,664
Alessandria	81,892	Forlì-Cesena	83,573	Bari	83,279
Biella	81,995	Rimini	84,047	Taranto	82,497
Verbano-Cusio-Ossola	82,540	Centro	83,010	Brindisi	82,532
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	81,871	Toscana	83,290	Lecce	82,970
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	81,871	Massa-Carrara	82,678	Barletta-Andria-Trani	82,875
Liguria	82,739	Lucca	82,504	Basilicata	82,433
Imperia	82,546	Pistoia	83,355	Potenza	82,398
Savona	82,641	Firenze	84,094	Matera	82,522
Genova	82,771	Livorno	82,738	Calabria	82,296
La Spezia	83,255				
Lombardia	83,246	Pisa	83,371	Cosenza	82,284
Varese	83,376	Arezzo	83,413	Catanzaro	82,756
Como	83,283	Siena	83,446	Reggio di Calabria	82,172
Sondrio	82,222	Grosseto	82,834	Crotone	82,120
Milano	83,595	Prato	83,512	Vibo Valentia	82,459
Bergamo	83,004	Umbria	83,311	Isole	82,041
Brescia	83,364	Perugia	83,518	Sicilia	81,835
Pavia	81,962	Terni	82,803	Trapani	82,034
Cremona	82,140	Marche	83,364	Palermo	81,817
Mantova	83,104	Pesaro e Urbino	83,758	Messina	81,910
Lecco	83,457	Ancona	83,600	Agrigento	82,175
Lodi	82,635	Macerata	83,218	Caltanissetta	81,133
Monza e della Brianza	83,920	Ascoli Piceno	83,073	Enna	81,519
Nord-est	83,255	Fermo	83,225	Catania	81,818
Trentino Alto Adige / Südtirol	83,571	Lazio	82,654	Ragusa	82,508
Provincia Autonoma Bolzano / E	83,448	Viterbo	82,100	Siracusa	81,400
Bolzano / Bozen	83,448	Rieti	81,781	Sardegna	82,645
Provincia Autonoma Trento	83,773	Roma	82,926	Sassari	82,139
Trento	83,773	Latina	82,606	Nuoro	81,715
Veneto	83,306	Frosinone	82,148	Cagliari	83,492
Verona	83,358	Mezzogiorno	82,054	Oristano	82,654
Vicenza	83,642	Sud	82,056	Olbia-Tempio	82,851
Belluno	82,620	Abruzzo	82,849	Ogliastra	81,577
Treviso	83,867	L'Aquila	82,466	Medio Campidano	82,116
Venezia	83,113	Teramo	83,102	Carbonia-Iglesias	82,287

Fonte: Istat

schio si riflettono anche sul contesto familiare, infatti il livello di istruzione della madre rappresenta un destino per i figli, a giudicare dal fatto che il 30% di questi è in sovrappeso quando il titolo di studio della madre è basso, mentre scende al 20% per quelli con la madre laureata.

#### Le difficoltà di accesso ai servizi

Alle disuguaglianze di salute si affiancano quelle di accesso all'assistenza sanitaria pubblica, si tratta delle rinunce, da parte dei cittadini, alle cure o prestazioni sanitarie a causa della distanza delle strutture, delle lunghe file d'attesa e dell'impossibilità di pagare il ticket per la prestazione.

Nella classe di età 45-64 anni le rinunce ad almeno una prestazione sanitaria è pari al 12% tra chi ha completato le scuole dell'obbligo e al 7% tra i laureati.

La rinuncia per motivi economici tra le persone con livello di studio basso è pari al 69%, mentre tra i laureati tale quota si ferma al 34 per cento.

La difficoltà di accesso alle cure sanitarie è un problema particolarmente grave perché impatta molto sulla capacità di prevenire la malattia, o sulla tempestività della sua diagnosi. La stessa connotazione sociale delle persone che non accedono alle cure con quella di coloro che sono in peggiori condizioni di salute fanno capire la stretta relazione tra i due fenomeni.

#### Le possibili soluzioni

“I dati – commenta l'Osservatorio – testimoniano senza dubbio che la sfida futura del Ssn sarà quella di contrastare le persistenti disuguaglianze con interventi e politiche urgenti. Tra questi i più rilevanti dovranno riguardare l'allocatione del finanziamento alle Regioni, attualmente non coerente con i bisogni di salute della popolazione; l'accessibilità alle cure, ancora molto difficile per alcune fasce di popolazione, da risolvere con soluzioni mirate a mettere in rete tutte le strutture, ospedaliere e territoriali, e governare centralmente gli accessi in base all'appro-

priatezza degli interventi e all'urgenza degli stessi”.

Il tema delle disuguaglianze di salute, secondo l'analisi, si intreccia con quello della sostenibilità economica che resta uno dei punti al centro delle riflessioni della politica e degli addetti ai lavori.

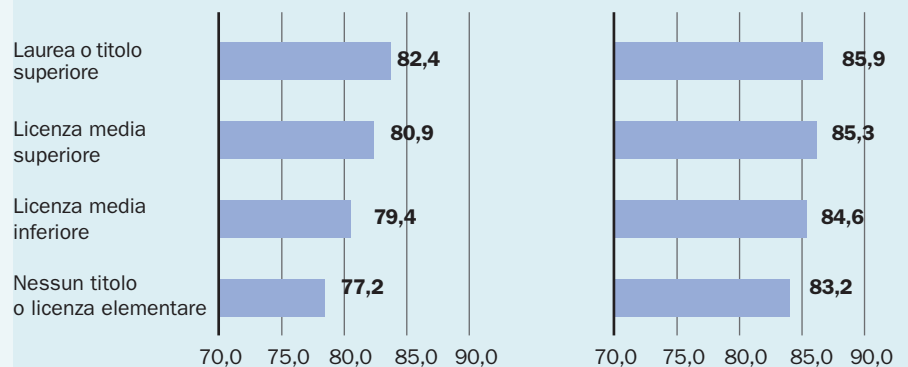
Le soluzioni che circolano poggiano sull'ingresso dei fondi sanitari privati in grado di affiancare lo Stato per questa importante funzione.

Tuttavia, l'introduzione di fondi sanitari di natura sostitutiva, sia pure in parte, del sistema pubblico potrebbero acuire le forti disuguaglianze sociali di cui già soffre il settore.

Infatti, molte sono le incognite che stanno dietro questo tipo di strumenti, sia legate ai premi elevati per i cittadini più a rischio, sia a fenomeni di selezione avversa, cioè esclusione dalla copertura assicurativa di alcune tipologie di persone, quali anziani e malati gravi.

Non meno rilevanti secondo l'Osservatorio sono i rischi di un'assistenza sanitaria di qualità differenziata a seconda dei premi assicurativi che le persone sono in grado di pagare.

La conclusione a cui giunge l'Osservatorio è che il quadro presentato, più che un reale problema di sostenibilità economica, rappresenta un elemento di preoccupazione per la sostenibilità politica del Servizio sanitario nazionale, perché i divari sociali che lo caratterizzano potrebbero far vacillare il principio di solidarietà che ispira il nostro welfare, contrapponendo gli interessi delle fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale, a quelli delle fasce sociali più deboli che sperimentano peggiori condizioni di salute e difficoltà di accesso alle cure pubbliche. Per questo, secondo l'analisi, “sarebbe auspicabile rivedere i criteri di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e di accesso alle cure e intensificare gli sforzi per combattere l'elevata evasione fiscale che attanaglia il nostro Paese e mina la sostenibilità dell'intero sistema di welfare state”.

**Figura 1. Speranza di vita alla nascita per genere e titolo di studio Anno 2012**

Fonte: Elaborazioni su dati Istat



# LA CRONICITÀ E LA MEDICINA GENERALE. DECLAMAZIONI O STRATEGIE DA APPLICARE?

Il quadro generale della Salute della popolazione italiana negli ultimi decenni, così come è avvenuto per quella mondiale, è radicalmente cambiato sostanzialmente per un progressivo invecchiamento della popolazione che ha portato a un aumento delle patologie croniche, con un dispendio economico, per il Ssn, sempre maggiore e troppo “pesante” in una fase di risorse limitate



SI RENDE QUINDI SEMPRE più necessario ottimizzare l'allocazione delle risorse investendo sulla prevenzione delle malattie, mediante la promozione di una cultura della salute, supportata da fonti qualificate e autorevoli, con modelli possibili per tutti i cittadini. Tutta la Comunità scientifica è orientata in questo senso: “La prevenzione e la promozione di stili di vita sani è l'arma più valida per combattere le malattie croniche”.

Un altro elemento fondamentale è quello di organizzare una risposta che tenga conto del cosiddetto “paziente reale”, e non solo del “paziente selezionato”, funzionale alle attività dei trial clinici.

Tutto ciò comporta dover rispondere ai temi della polipatologia, cronicità, complessità e fragilità del paziente, intervenendo quindi globalmente nella gestione della malattia, ricercando anche nuove strade, innovazioni strumentali e metodologiche a partire dalla promozione della salute fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari, così come previsto nel Piano Nazionale Cronicità.

Poiché il paziente reale si presenta frequentemente con un articolato livello di complessità, l'approccio non può basarsi solo sulla Medicina delle Evidenze (Medicina della Statistica), ma necessita di una personalizzazione del trattamento, che possa giovare dell'uso appropria-

**Walter Marrocco**  
Responsabile  
Scientifico Fimmg

to di farmaci, ma anche e fondamentalmente di Sani Stili di Vita. Agire sugli Stili di Vita, a sua volta, significa intervenire sui comportamenti in un percorso di *empowerment* del Paziente, finalizzato anche alla gestione dello stress biologico e psichico. *Primum movens* di questo percorso è la valutazione del grado di *fragilità* del paziente intesa come vulnerabilità bio-psico-sociale nel contesto della Medicina Generale; questo richiede strumenti appositamente dedicati cui stiamo anche noi lavorando. (*The Biopsychosocial Vulnerability in Primary Care, Journal of Health Science* Volume 5, Number 4, July-Aug. 2017; Serial Number 29).

Diventa quindi sempre più evidente la necessità di un approccio ad una “Medicina Personalizzata”, per ottenere un “trattamento medico preciso”, centrato sui pazienti e sul loro coinvolgimento, includendo cicli di feedback che consentano anche l'apprendimento e l'adattamento. La MG è sempre più stimolata dai pazienti, dalle normative, ma anche dalle continue novità della ricerca scientifica, ad attuare strategie di personalizzazione sia nel percorso di cura che negli interventi di prevenzione; basti pensare ad una recentissima pubblicazione apparsa su *Lancet* (Ahlqvist e, Storm p, Käräjämäki a, et al. - *Lancet Diab Endocri-*

*nol* 2018), intitolata *Il rischio di complicazione nel diabete può essere previsto con una nuova stratificazione*, che evidenzia come il diabete non possa essere diagnosticato esclusivamente in base ai livelli di glucosio, ma abbia una presentazione e una progressione clinica eterogenea che deve essere colta sin dall'inizio della patologia.

Tutto ciò necessita però di poter disporre anche delle armi necessarie per rispondere ai bisogni dei pazienti affetti da cronicità; cioè la disponibilità nell'armamentario del MMG di tutti quei farmaci che la ricerca ha messo a disposizione; è sicuramente un problema di appropriatezza, di sicurezza d'uso, che per molti farmaci è ampiamente garantita da un uso consolidato. Questa scommessa è in realtà garanzia per il cittadino di poter accedere a tutte le cure di cui ha bisogno e al sistema di poter disporre di una formidabile arma di valutazione d'uso dei farmaci e della qualità e quantità di salute da essi prodotta, che solo la MG può offrire. I dati epidemiologici di molte patologie croniche, come il Diabete e le Malattie Metaboliche, le Malattie CV, l'Osteoarticolari e le Respiratorie (vedi la BPCO con i suoi milioni di pazienti), dimostrano chiaramente che senza la MG questa sfida non può essere vinta.

## Omega-3: dal pesce la prevenzione del cancro

Secondo uno studio dell'Università Canadese di Guelph, gli Omega-3 di pesce hanno un'efficacia otto volte maggiore nell'inibire lo sviluppo e la crescita dei tumori rispetto agli Omega-3 contenuti nei semi di lino e in altri oli. "Questo è il primo studio che confronta la potenza degli Omega-3 di origine vegetale rispetto a quelli marini nello sviluppo del tumore mammario", dicono i ricercatori del Department of Human Health and Nutritional Sciences dell'università di Guelph. "Esistono prove che gli omega-3 vegetali e marini siano protettivi contro il cancro e volevamo determinare quale forma fosse più efficace". Esistono tre tipi di acidi grassi omega-3: acido linolenico (ALA), acido eicosapentaenoico (EPA) e acido docosaesanoico (DHA). L'ALA è a base vegetale e

si trova in semi commestibili come semi di lino e in oli come soia, colza e olio di canapa. EPA e DHA si trovano in ambito marino, nei pesci, alghe e fitoplancton. Pubblicato sul Journal of Nutritional Biochemistry, lo studio riguarda l'alimentazione con diversi tipi di omega-3 nei topi con una forma altamente aggressiva di carcinoma mammario umano, l'HER-2 che colpisce il 25% delle donne e ha una prognosi sfavorevole. I topi sono stati esposti ai diversi omega-3 anche prima che i tumori si sviluppasse, il che ha permesso di confrontare l'efficacia degli acidi grassi nella prevenzione. È noto che l'EPA e il DHA possono inibire la crescita del tumore mammario, ma nessuno ha osservato direttamente l'efficacia di questi omega-3 rispetto all'ALA. Un'esposizione



complessiva agli omega-3 a base marina ha ridotto la dimensione dei tumori del 60-70% e il numero di tumori del 30%; per gli omega-3 vegetali erano necessarie dosi più elevate per ottenere lo stesso impatto degli omega-3 marini. In generale, gli omega-3 prevengono e combattono il cancro attivando i geni associati al sistema immunitario e bloccando i percorsi di crescita del tumore. I risultati dello studio canadese portano a dire che i benefici significativi degli omega-3 nel combattere una forma altamente aggressiva di cancro mammario potrebbero significare un loro utilizzo anche per altri tipi di cancro.

*David W.L. Ma et al. The Journal of Nutritional Biochemistry, University of Guelph. Science Daily, January 26, 2018.*

## L'esercizio aerobico può ritardare e migliorare i sintomi dell'Alzheimer

**La malattia di Alzheimer (AD) distrugge la memoria e le capacità di pensiero nel tempo ed è la forma più comune di demenza negli anziani. Attualmente, non esiste una cura per questa condizione, sebbene siano disponibili diverse opzioni di trattamento. Oggi, circa 5,3 milioni di americani vivono con l'AD, sesta causa di morte negli Stati Uniti, mentre il numero di anziani che svilupperanno l'AD dovrebbe superare i 15 milioni entro il 2050. Gli esperti di geriatria hanno suggerito che l'esercizio fisico possa migliorare la salute cerebrale negli over 65. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) suggerisce che gli anziani eseguano 150 minuti a settimana di esercizio moderato (come camminare a passo sostenuto), 75 minuti a settimana di allenamento aerobico definito "vigoroso" o una loro combinazione. L'OMS, inoltre, raccomanda agli anziani di eseguire esercizi di rafforzamento muscolare per due o più giorni la settimana. Tuttavia, non tutti gli studi**

**sull'esercizio fisico negli anziani ne hanno dimostrato i benefici. Non si sa con certezza se l'esercizio rallenti il declino mentale o migliori la capacità degli anziani di pensare e prendere decisioni. I ricercatori dell'America Geriatrics Society hanno condotto una review di letteratura per capire se l'esercizio fisico poteva ritardare o migliorare i sintomi dell'AD. Hanno preso in considerazione 19 studi nei quali veniva esaminato l'effetto di un programma di allenamento sulla funzione cognitiva di 1.145 adulti anziani, la maggior parte dei quali erano tra i 75 e gli 80 anni, a rischio (65%) o già affetti da AD (35%). È stato notato che chi eseguiva un esercizio aerobico standard sperimentava un miglioramento delle funzioni cognitive e hanno scoperto che gli adulti più anziani, nei gruppi di controllo senza esercizio, presentavano un declino nelle funzioni cognitive. Secondo il gruppo di ricerca, questo studio potrebbe essere il primo a dimostrare che per gli anziani a rischio o con diagnosi di AD, l'esercizio**

**aerobico può essere più efficace di altri tipi di esercizio nel preservare la capacità di pensare e prendere decisioni.**

**Gregory A. Panza et al. Journal of the American Geriatrics Society, 2018.**





# L'esaurimento degli zuccheri causa la morte delle cellule tumorali

Secondo diversi studi, la rapida divisione delle cellule tumorali richiede livelli più elevati di zuccheri rispetto a ciò che avviene nelle cellule sane. Questa dipendenza dallo zucchero distingue le cellule tumorali da quelle sane ed è spesso utilizzata come opzione terapeutica per eliminare le cellule tumorali. In realtà, i risultati non sono stati incoraggianti. Non tutti i tipi di cellule tumorali sono sensibili alla privazione dello zucchero e anche per i tumori che sono sensibili, l'esaurimento dello zucchero rallenta solo il tasso di progressione del cancro. Le vie che sensibilizzano le cellule tumorali alla privazione di zucchero rimangono scarsamente comprese.

Lo studio dei ricercatori della Duke-NUS di Singapore e del Max F. Perutz Laboratories (MFPL) di Vienna, in Austria, ha dimostrato per la prima volta un percorso che descrive come l'esaurimento dello zucchero abbia causato la morte delle cellule tumorali. Come ricordato, per lungo tempo si è creduto che lo zucchero fosse una delle principali fonti di energia per le cellule tumorali e che in alcune cellule neoplastiche, bassi livelli di zucchero, incapaci di fornire energia, assicuravano ugualmente la sopravvivenza delle cellule tumorali. Ciò significa che esiste un ruolo sconosciuto dello zucchero nella sopravvivenza neoplastica, oltre a quello di fornire energia. I ricercatori hanno in seguito scoperto che lo zucchero ha una funzione di segnalazione all'interno delle cellule tumorali e la sua privazione potrebbe innescare differenze di voltaggio attraverso la membrana cellulare delle cellule cancerogene, portando a un flusso di ioni

di calcio nelle cellule e successivamente alla loro morte. Il team di ricerca ha ipotizzato che questa proprietà unica dello zucchero nelle cellule cancerose potesse essere manipolata per un nuovo approccio terapeutico: combinando l'assenza di zucchero e l'aumento dei livelli di calcio nelle cellule tumorali, i ricercatori sono riusciti a uccidere le cellule tumorali lasciando intatte le cellule sane e

**Esiste un ruolo sconosciuto dello zucchero nella sopravvivenza neoplastica, oltre a quello di fornire energia**

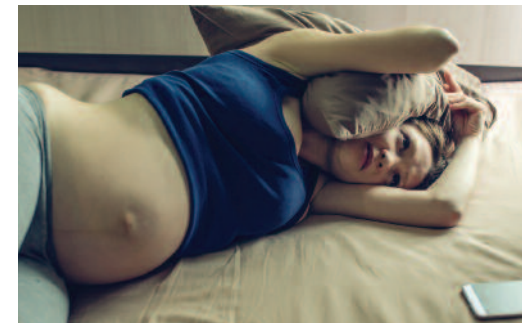
hanno anche scoperto che alcune cellule tumorali hanno perso la capacità di sostenere i livelli di zucchero intracellulare dopo la sua privazione, ipotizzando così che questa fosse la ragione principale per cui non tutte le cellule neoplastiche sono sensibili all'assenza di zucchero.

*Koji Itahana et al. Science Signaling, 2018; 11 (512).*

## Il 64% delle donne soffre di insonnia nella tarda gravidanza

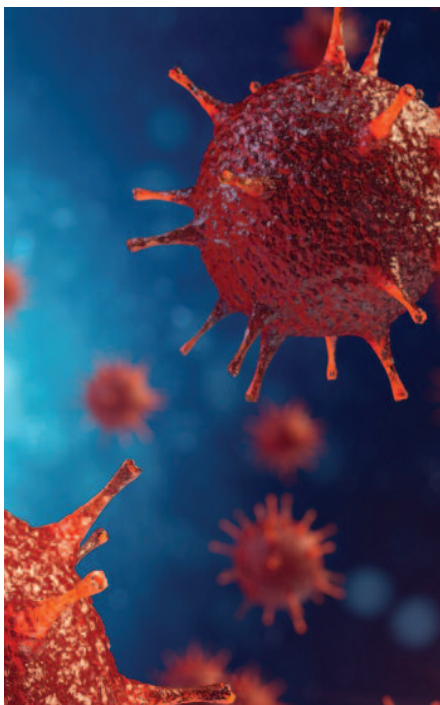
**L'insonnia colpisce la qualità della vita delle donne incinte, che oltre ad essere di grande importanza in sé, è anche un fattore di rischio per ipertensione, pre-eclampsia, diabete gestazionale, depressione, parto prematuro e taglio cesareo non pianificato: la questione deve essere affrontata sistematicamente**

Uno studio condotto dall'Università di Granada, a cui hanno partecipato i medici del Servizio sanitario andaluso (SAS) e i ricercatori dell'Università Andalus di Jaen, rivela che il 64% delle donne soffre di insonnia durante il terzo trimestre di gravidanza. Questa cifra è dieci volte superiore a quella delle donne che soffrono di insonnia prima della gravidanza (6%). Hanno partecipato allo studio 486 donne in gravidanza di Granada, Jaén, Huelva e Siviglia, seguite dal Servizio Sanitario andaluso (SAS) prima della 14a settimana di gravidanza. Gli effetti della gravidanza su queste donne sono stati monitorati durante tutti e tre i trimestri. I risultati rivelano che il 44% delle donne in gravidanza soffre d'insonnia nel primo trimestre di gravidanza, percentuale che aumenta al 46% nel secondo trimestre e al 64% nel terzo. Si tratta di cifre altissime che, secondo gli autori della ricerca, giustificano la necessità di un "approccio sistematico al problema". María del Carmen Amezcua Prieto, ricercatrice e docente del Dipartimento di Medicina Preventiva e Sanità Pubblica dell'Università di Granada, spiega: "Sebbene sia noto che le alterazioni del sonno preesistenti alla gravidanza peggiorano e nuovi disturbi del sonno sorgono frequentemente in gravidanza, c'è la tendenza ad assumere che le difficoltà legate all'addormentarsi e il mantenimento del sonno ristoratore siano fenomeni caratteristici della gravidanza e, per questo motivo, debbano essere sopportati!". "Questo - continua Amezcua Prieto - probabilmente accade perché il sistema sanitario non dà importanza al problema insonnia durante il monitoraggio delle gravidanze, al punto che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) non affronta nemmeno il problema del sonno nelle sue linee guida sull'assistenza alle donne gravide". L'insonnia colpisce la qualità della vita delle donne incinte, che oltre ad essere di



grande importanza in sé, è anche un fattore di rischio per ipertensione, pre-eclampsia, diabete gestazionale, depressione, parto prematuro e taglio cesareo non pianificato: di conseguenza, la questione deve essere affrontata sistematicamente. I risultati dello studio spagnolo mostrano alterazioni significative nella frammentazione del sonno (i tempi in cui le donne si svegliano durante la notte e per quanto tempo rimangono sveglie), così come nella sonnolenza diurna e dimostrano che la frequenza e l'intensità della frammentazione del sonno continuano ad aumentare con l'avanzare della gravidanza. Inoltre, la gravidanza complica anche l'induzione del sonno (il tempo necessario a un individuo per addormentarsi) e la durata del sonno. È importante tener conto di questi aspetti per affrontare adeguatamente il problema usando trattamenti non farmacologici. I fattori predisponenti sono certamente l'insonnia pre-gestazionale, dato da rilevare prima della gravidanza e in tutte le sue fasi; anche altri fattori, come l'obesità o se le donne hanno già avuto o meno figli, possono avere un impatto sui modelli di sonno. Lo studio dimostra, da ultimo, che la pratica regolare di un esercizio fisico moderato o intenso durante la gravidanza protegge le donne dall'insonnia e questo è un altro motivo per sottolineare l'importanza dell'attività fisica durante la gestazione.

**A. Bueno-Cavanillas et al. Eur. J of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2018; 221: 70.**







## IL BERGAMOTTO: UN'ECCELLENZA ITALIANA CHE DIVENTA UNA CURA

Il Bergamotto (nome scientifico *Citrus x bergamia*, Risso et Poiteau) è un agrume prodotto per oltre il 90% in Italia, in particolare in Calabria, in una ristretta fascia della costa ionica compresa tra Villa San Giovanni e Gioiosa Ionica

EVIDENTEMENTE IL MICROCLIMA E LE CARATTERISTICHE geomorfologiche di questo piccolo territorio sono particolarmente adatti alla sua coltivazione, tanto che tentativi di coltivarlo altrove hanno avuto poco successo. Piccole produzioni sono presenti in Africa (Costa d'Avorio, che oggi è il secondo maggior produttore mondiale), in California e altrove.

Non si conosce con certezza l'etimologia del nome bergamotto: forse da Berga, antico nome di Barcellona, op-

**Amedeo Schipani**  
Simpesv

pure da Beg-armudu, che in turco significa "principessa delle pere", per somiglianza con la pera bergamotta. Secondo una leggenda il bergamotto sarebbe stato portato in Spagna da Cristoforo Colombo, che l'avrebbe trovato nelle isole Canarie. Storicamente la prima piantagione di bergamotto fu impiantata a Reggio Calabria nel 1750.

Oggi la superficie complessiva coltivata a bergamotto in provincia di Reggio Calabria è di circa 1.500 ettari, con una resa media annuale di circa 200 mila kg di frutti. Sono necessari 200 kg di frutti di bergamotto per produrre un kg di olio essenziale. Esistono tre cultivar di bergamotto: sono le varietà Femminello, Castagnaro e Fantastico; quest'ultima è la migliore per produttività e costanza di fruttificazione.

Si ritiene che il bergamotto derivi da una mutazione spontanea o un innesto casuale dell'arancio amaro (che a sua volta è un antico ibrido tra pomelo e mandarino). Se si pianta il seme del bergamotto, infatti, nasce una piantina di arancio amaro, che poi deve essere innestata per poter produrre il bergamotto.

### L'olio essenziale

La caratteristica principale del bergamotto, che l'ha reso noto in tutto il mondo, è il suo olio essenziale, ottenuto pri-

ma dalla spremitura manuale delle bucce e, dal 1844, dalla spremitura meccanizzata effettuata con una "macchina pelatrice", che ne ha migliorato notevolmente la purezza e la quantità ottenuta. Nel 1999 l'olio essenziale di bergamotto ha ottenuto il riconoscimento della D.O.P.

La sua fama ebbe inizio a cavallo del 1700, a Colonia, quando un profumiere di origine veronese lo utilizzò per creare l'acqua admirabilis, la prima "eau de cologne". In breve tempo l'essenza di bergamotto venne utilizzata nella composizione dei più noti profumi (per esempio nel famoso Chanel N.5), creme e saponi.

Un uso più modesto, ma comunque di





# In Italia quasi 300mila giovani dipendenti da Internet

In Italia oggi vivono circa 8 milioni e 200 mila giovani tra i 12 e i 25 anni. Una platea ampia di ragazzi su cui sarà costruito il nostro futuro. Di questi circa il 10% (dati ISTAT) si dichiarano globalmente insoddisfatti della loro vita, delle loro relazioni amicali, familiari e della loro salute. Questo dato segnala che un numero estremamente significativo di giovani è in una situazione di difficoltà emotiva, confermata dalla prevalenza, sempre attorno al 10%, di forme depressive o ansiose in questa fascia d'età. È a questi 800 mila giovani che bisogna prestare attenzione facilitando il riconoscimento di tutti quei fattori "tossici" che possono



favorire l'esordio e il mantenimento di patologie psichiche. Claudio Mencacci, Direttore Dipartimento Neuroscienze e salute mentale dell'ASST FBF-Sacco di Milano e autore, insieme a Giovanni Migliarese, del volume *Quando tutto cambia. La salute psichica in adolescenza* edito da Pacini Editore, illustra la situazione: "Gli adolescenti di oggi sono stati correttamente definiti 'nativi digitali'.. "Questa terminologia sottolinea che l'adolescente vive il proprio sviluppo identitario in un mondo in cui uno degli aspetti centrali è rappresentato dalla tecnologia. Diviene quindi fondamentale cercare di comprendere quale possa essere l'effetto di questi strumenti nel percorso di modellazione cerebrale adolescenziale".

L'utilizzo della tecnologia è ormai ubiquitario negli adolescenti italiani. I dati ISTAT segnalano che quasi il 95% dei ragazzi tra i 14 e 19 anni utilizza internet. Gli studi internazionali segnalano che l'utilizzo della tecnologia può diventare problematico in una percentuale compresa tra l'1 e il 4% circa di questi ragazzi. In Italia sono stimati in 300 mila tra i 12 e i 25 anni quelli con dipendenza da internet. Ragazzi che sviluppano una vera e propria dipendenza da internet o dal gaming o dai social network, possono farlo a discapito anche della propria vita reale, scolastica e di relazione rischiando di isolarsi e "perdere il treno" della propria adolescenza ovvero di un periodo fondamentale nella creazione delle competenze emotive, affettive e relazionali.

Giovanni Migliarese, coautore del libro e responsabile del Centro ADHD Adulti della Asst-Fbf-Sacco, ricorda che L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha presentato ormai nel 2005 un piano d'azione finalizzato a favorire la salute mentale, riconosciuta finalmente tra i capisaldi del benessere individuale. Questo riconoscimento parte dal riscontro che le malattie psichiche portano importanti conseguenze per il funzionamento individuale e per la qualità di vita, con impatto non solo sul benessere del soggetto ma anche su quello della società.



**Negli ultimi anni c'è stata una ripresa dell'attenzione verso il bergamotto soprattutto per l'uso medico, con la scoperta che alcuni principi contenuti nell'olio essenziale hanno una notevole efficacia nel ridurre i livelli di colesterolo totale, colesterolo LDL e trigliceridi**

rilievo, lo ha avuto nell'industria alimentare. È diffuso l'uso come aromatizzante in pasticceria, sotto forma di canditi, nei liquori, anche in cucina. Sono famose le caramelle al bergamotto, i "bonbons à le bergamotte". Già dalla fine dell'800, inoltre, è un componente importante del tè Earl Grey, creato in India da un lord inglese. Meno fortuna hanno avuto il frutto come tale e il succo di bergamotto, a causa del sapore amaro e aspro. A partire dagli anni '50 del secolo scorso, con l'introduzione di principi sintetizzati dall'industria chimica a un costo nettamente inferiore, la fortuna del bergamotto ha avuto un forte ribasso, anche a causa dei problemi di allergia provocati dall'olio essenziale soprattutto a livello cutaneo.

## Il bergamotto in medicina

Più recentemente c'è stata una ripresa dell'attenzione verso il bergamotto soprattutto per l'uso medico, con la scoperta che alcuni principi contenuti nell'olio essenziale (che sono circa 350, un numero molto elevato), hanno una notevole efficacia (paragonabile a quella delle statine) nel ridurre i livelli di colesterolo totale, colesterolo LDL e trigliceridi, aumentando contemporaneamente il colesterolo HDL, senza gli effetti collaterali delle statine.

Oggi si consiglia un utilizzo congiunto di farmaci e di integratori derivati dal bergamotto (ma anche il succo e il frutto intero), che consente una riduzione della quantità di statine, riservando l'utilizzo del solo bergamotto alle persone intolleranti ai farmaci. La ricerca in questo campo è comunque molto promettente.



di Laura Montorselli

## INFORTUNI E MALATTIE, MMG PIÙ TUTELATI

**La novità più significativa tra le misure Enpam per il 2018 è il rinnovo della polizza per l'indennità da corrispondersi ai medici di medicina generale per la tutela degli eventi di malattia, infortunio (primi 30 giorni) e conseguenze di lungo periodo**

L'ENPAM – CON UNA GARA AD EVIDENZA PUBBLICA – ha affidato la tutela a una nuova compagnia assicurativa, ottenendo per i suoi iscritti condizioni economiche più favorevoli, un accesso più facile alle informazioni e un servizio capillare sul territorio, con la copresenza in 59 città disseminate lungo la penisola di medico e liquidatore, così da consentire la definizione del sinistro in un'unica sede.

Con la disdetta della vecchia polizza con Generali, ad aggiudicarsi la tutela dei primi trenta giorni è stata la compagnia Cattolica, in coassicurazione con Groupama.

Per gli eventi accaduti a partire dal primo gennaio 2018 via libera dunque alle nuove regole, mentre per le malattie o gli infortuni capitati entro il 31 dicembre 2017 occorre ancora rivolgersi alle Generali.

Nella tutela rientrano, com'era previsto anche nel precedente contratto, le eventuali conseguenze economiche di lungo periodo tramite le coperture per invalidità permanente da infortunio, invalidità permanente da malattia e morte da infortunio.

Ecco un riepilogo dei principali vantaggi.

### Franchigie

L'invalidità permanente da infortunio prevede una franchigia del 7 per cento, mentre prima era del 10. Quando l'invalidità riconosciuta è pari o superiore al 50 per cento, viene liquidata l'intera somma assicurata e cioè 150mila euro.

I medici di continuità assistenziale ed emergenza territoriale possono contare su una riduzione delle franchigie sui sinistri. In particolare, per i gravi mali è stato dimezzato lo scoperto, che passa dal 20 al 10 per cento.

### Massimali

Raddoppia il massimale previsto per le malattie tropicali, che da 300mila sale a 600mila euro. In caso di morte avvenuta entro due anni dall'infortunio, la somma pagata passa da 100mila a 150mila euro. Per il rischio volo, in caso di decesso, i massimali sono elevati per persona da 1 milione e 200mila a 2 milioni e 500mila euro e per aeromobile da 7 milioni e 500mila a 20 milioni di euro.

### Numero verde

Per andare incontro alle esigenze più volte manifestate dai medici interessati, è disponibile il numero verde 800 688 317. Il call center è attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.30 (esclusi festivi e pre-festivi).

### Gli altri professionisti

Restano fuori dalla nuova copertura dei trenta giorni i pediatri di libera scelta che con l'ultimo Accordo collettivo nazionale rinunciarono a questa tutela tramite la Fondazione. I vertici Enpam hanno tuttavia già dichiarato la disponibilità dell'ente a coprire di nuovo i pediatri nel caso in cui la nuova convenzione lo prevedesse.

Per i liberi professionisti si attende invece di dare esecuzione al nuovo regolamento che Enpam ha concepito per le prestazioni di inabilità. L'obiettivo è di tutelare malattie e infortuni con prestazioni previdenziali – slegate da limiti di reddito – e non più assistenziali.

## Contributi, un medico su tre sceglie di pagare online

**Un camice bianco su tre ha scelto la domiciliazione bancaria per il pagamento dei contributi previdenziali all'Enpam.**

**Sono 111.051 i medici e odontoiatri (su 362.391) che al 31 dicembre 2017 avevano richiesto l'addebito diretto sul conto corrente dei contributi di Quota A e di Quota B.**

**Un numero più che triplicato in tre anni (erano 35 mila nel 2014) che testimonia il crescente gradimento per il servizio dell'Enpam.**

**“Rispetto alla riscossione tramite Equitalia o al modello F24 abbiamo preferito un sistema più flessibile – ha detto il presidente dell'Enpam Alberto Olivetti – che semplifica la vita agli iscritti e consente di rateizzare i versamenti. Se ci fossimo affidati allo Stato per l'incasso dei contributi, questa possibilità non ci sarebbe stata. Inoltre ci saremmo assunti un rischio che non vogliamo correre. Se avallassimo la procedura dell'F24, infatti, daremmo allo Stato uno strumento per prendere decisioni su flussi di denaro che, invece, appartengono solo ai medici e agli odontoiatri”.**

**Il prossimo termine per richiedere l'attivazione del servizio di domiciliazione bancaria quest'anno è fissato al 15 marzo.**

**Una volta attivato, i contributi previdenziali vengono riscossi l'ultimo giorno utile, senza il rischio di incorrere in sanzioni per eventuali ritardi.**





# Graffi(ti) dalla Magna Grecia



Bruno Cristiano

## PERCHÉ LE STATUE GRECHE HANNO IL PENE COSÌ PICCOLO?

Non fate finta che, quando osservate una statua di nudo classica, l'occhio non vi cada, almeno per un momento, sul pene delicatamente scolpito. Non sarà forse il più erudito dei soggetti, ma gli storici dell'arte non hanno del tutto ignorato la questione dei genitali nell'antica Grecia. Dopo tutto, gli scultori hanno dedicato al pene lo stesso sforzo profuso nel resto dell'opera d'arte e, a quanto pare, dietro a quei sessi maschili piuttosto piccoli esiste una complessa ideologia. Non lo facevano certo per pudore o per paura di imbarazzare chi avrebbe ammirato l'opera d'arte!

Nell'antica Grecia, a quanto pare, il maschio alfa doveva avere un pene piccolo.

“Per i greci un pene piccolo e non eretto era simbolo di moderazione, una delle virtù principali alla base della concezione di mascolinità ideale”, spiega il professore di studi classici Andrew Lear, che ha insegnato ad Harvard, alla Columbia e alla New York University. “C'è un contrasto tra i peni piccoli e non eretti degli uomini ideali (eroi, dèi, atleti nudi eccetera) e i peni abnormi ed eretti dei satiri (creature mitiche metà uomo metà capra, ubriaconi ed estremamente lussuriosi) e di altri uomini non ideali. Uomini decrepiti e anziani, per esempio, possiedono spesso dei peni grandi”. Anche nella letteratura della Grecia antica, spiega Lear, si ritrovano idee simili. Nella commedia *Le nuvole* di Aristofane, per esempio, il pene grande è incluso tra le caratteristiche dei giovani ateniesi poco atletici e indegni, come la “carnagione pallida”, il “torace stretto” o la “pronunciata lascivia”.

Solo gli individui grotteschi, stolti, guidati dalla lussuria e dagli impulsi sessuali avevano peni grandi nell'antica Grecia. Ellen Oredsson fa notare che le statue dell'epoca esaltavano l'equilibrio e l'idealismo: “L'uomo ideale greco era razionale, intellettuale e deciso”, scrive. “Poteva anche fare molto sesso, ma la cosa non aveva alcun rapporto con le dimensioni del suo pene. Anzi, un pene piccolo gli permette di rimanere freddamente razionale”.

Esistono varie teorie sul perché le dimensioni “ideali” del pene sono passate dalla piccolezza dell'antica Grecia alla grandezza di oggi. Lear suggerisce che forse la nascita del porno, o una spinta ideologica che ha sottoposto gli uomini allo stesso *body shaming* solitamente riservato alle donne, siano tra le cause dell'importanza che al giorno d'oggi viene data al fatto di avere un pene grande.

