

1-12
MENSILE
XLX ANNO

Sciopero di quattro giorni della Medicina Generale p.4

Fidiprof raggiunto l'obiettivo di 500 soci p.6

Farmacie cosa cambia con le "liberalizzazioni" p.16

Enpam: non ci faremo scippare i nostri risparmi

am

AVVENIRE MEDICO



Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale,

No allo scippo delle nostre pensioni! Sciopero confermato.

Giacomo Milillo
Segretario nazionale
Fimmg

Pensavamo sinceramente di non essere costretti a scioperare. Se non otterremo una modifica di legge o un atto interpretativo che tenga conto delle nostre richieste, di fatto si impedirà all'Enpam di far fronte all'evenienza demografica attesa tra il 2015 e il 2025, ormai nota come gobba, quando un gran numero di colleghi, nati negli anni '50, andranno in pensione. Per far fronte a questa emergenza, l'Enpam si è da tempo preparato, provvedendo ad accantonare un solido patrimonio e a predisporre una modifica dei regolamenti, definita tra l'altro tecnicamente con i Ministeri competenti. Anche se a prezzo di ulteriori sacrifici, con la sola forza dei risparmi e accantonamenti indotti, si sarebbero create le condizioni per

garantire a tutte le generazioni di professionisti una serenità pensionistica. Ci troviamo invece di fronte al divieto al ricorso, anche se saltuario, del patrimonio, costituito con i risparmi della categoria, per garantire l'equilibrio dei bilanci tecnici, passato da trenta a cinquant'anni. E la previsione di sanzioni, non si sa come applicabili, apre di fatto scenari oscuri: reale è il rischio di dover ridefinire gli impegni previdenziali assunti con i medici, con un danno per i singoli quantizzabile fino ad una riduzione del 30% delle pensioni. Non è il nostro sciopero volto a ottenere privilegi di casta o di corporazione: pretendiamo solamente che ci venga riconosciuto un elementare diritto di cittadinanza.



In copertina
Giacomo Balla
*Il pianeta Mercurio
passa davanti al sole*
1914

EDITORIALE

I temi del 66° Congresso Fimmg - Metis

Quattro giorni di sciopero per difendere il diritto a usare il patrimonio Enpam

Le ragioni dello sciopero sono note ai medici: la manovra di fine anno voluta dal Governo Monti chiede agli Enti di previdenza privatizzati, e dunque anche al nostro Enpam, di garantire la stabilità dei propri bilanci in una prospettiva lunghissima, dagli attuali 30 si passa a 50 anni, ma senza poter utilizzare a questo scopo il patrimonio accantonato negli anni. Una richiesta incomprensibile e irragionevole, che mina un fondamentale diritto di cittadinanza. L'Ente previdenziale dei medici, completamente pagato dagli iscritti senza alcuna sovvenzione pubblica, ha messo da parte un patrimonio che oggi ammonta a circa 11 miliardi di euro, proprio per essere sicuro di poter fronteggiare situazioni di particolare difficoltà, così come fa ogni famiglia. Ma proprio quando si profila una particolare criticità, la famosa gobba previdenziale che raggiungerà il suo culmine nei prossimi anni con il maturamento della pen-

sione della numerosa generazione dei baby-boomer, il Governo ci impedisce di utilizzare i nostri risparmi, mettendo in questo modo davvero a rischio la tenuta dell'Ente. Vogliamo ripeterlo

Siamo stati costretti a indire quattro giorni di sciopero: il 9 e il 10 febbraio saranno chiusi gli studi dei medici di famiglia, mentre l'11 e il 12 sciopereranno i servizi di Guardia medica e di emergenza territoriale 118, ovviamente garantendo le visite urgenti e le prestazioni indispensabili.

Oliveti: "Impedirci di usare il patrimonio è una confisca"

Dottor Oliveti, la manovra di fine anno fa una richiesta così forte alle Casse di previdenza, da essere quasi insostenibile, tanto da far pensare ad un commissariamento a breve...

Chiariamo subito che di commissariamento non si parla. La sanzione prevista è quella di passare al metodo contributivo per il calcolo delle pensioni e di operare per due anni un "taglio" dell'1% delle pensioni già in essere. Il problema gra-

ve è che queste imposizioni interferiscono nella nostra autonomia, mentre noi avevamo già messo a punto una riforma, concordata con i tecnici del ministero del Lavoro, che garantiva l'equilibrio a 30 anni con proiezione a 50 anni.

Dunque il passaggio di orizzonte temporale da 30 a 50 anni non vi preoccupa?

No, anche perché il vero problema che abbiamo di fronte, ovvero la



cosiddetta gobba previdenziale, si presenterà prima, tra 20-25 anni. Sarà il momento in cui la platea dei pensionati raggiungerà il suo massimo, ma noi siamo sicuri di poter

Milillo: prendiamo atto della posizione del ministero, ma mancano aperture sufficienti

“Prendiamo atto della posizione del Ministro del Lavoro Fornero, in occasione dell'incontro informale con il vicepresidente vicario dell'Enpam Alberto Oliveti. Accettare il criterio del saldo corrente (che considera come risorse utilizzabili non solo i contributi degli iscritti, ma anche i proventi del patrimonio) per mantenere in equilibrio ai sensi di legge il nostro Ente previdenziale, rappresenta un piccolo passo in avanti, ma sulla legge resta ancora scritto che gli enti devono garantire l'equilibrio tra entrate contributive e spesa per prestazioni pensionistiche secondo bilanci tecnici riferiti ad un arco temporale di cinquanta anni”.

Così Giacomo Milillo ha commentato i risultati dell'incontro avvenuto lo scorso 3 febbraio al ministero del

Lavoro, che non ha però modificato nella sostanza la situazione.

“Il Ministro, purtroppo, sembra non voler considerare la concreta volontà di dialogo della categoria e preferisce portarci al confronto sul piano della forza, nonostante gli evidenti disagi che questo comporta per l'assistenza – ha detto ancora Milillo –. I medici non intendono accettare una imposizione, ingiusta, vessatoria e totalmente inutile per le finanze pubbliche, che ha l'unico risultato certo di compromettere le pensioni dei professionisti di tutte le età e di rendere necessario un carico contributivo molto elevato per le prossime generazioni, senza garanzia di prestazioni previdenziali adeguate. Lo sciopero programmato e le successive iniziative sindacali possono essere evitate solo nella prospettiva di una modifica della legge o di un atto interpretativo cogente che consenta a questo e ai prossimi governi di validare la possibilità per l'Enpam di usare il proprio patrimonio, anche se in condizioni particolari, in modo transitorio, non strutturale e comunque vigilato.

per allontanare ogni ambiguità: l'Enpam non ha bisogno dell'aiuto dello Stato per erogare tutte le pensioni dei medici, ora e in futuro; ma si troverebbe in difficoltà se non potrà disporre del patrimonio messo da parte, sul quale continua tra l'altro a pagare le tasse, cosa che non avviene per gli Enti previdenziali degli altri Paesi europei.

La decisione di arrivare allo sciopero è stata presa dal Consiglio

nazionale Fimmg dello scorso 14 gennaio. “Ci sentiamo costretti ad avviare queste azioni di lotta sindacale – ha spiegato Giacomo Milillo in un comunicato diffuso alla stampa – in quanto il Governo, in sede di approvazione della manovra, non solo ha detto no alle nostre richieste, ma non ci ha dato nessuna garan-

segue a pag 7 ►

rispondere a questa situazione, certamente utilizzando il patrimonio.

Perché Fornero fa una richiesta del genere?

Mi sembra che stia favorendo una contrapposizione di classe, parla di “casse” previdenziali invece che di “casse” previdenziali, mette giovani contro vecchi. Ai giovani dà il messaggio: “vi stanno fregando, non hanno l'equilibrio”, ingenerando una rivoltosità che spinga i giovani a scegliere di mettere una quota nella previdenza complementare, che finora non è mai decollata, dove possono scegliere anche investimenti più aggressivi,

e ovviamente più rischiosi. È in qualche modo un sostegno ai Fondi pensione, che in controtendenza si legge anche nel comma 28 dell'articolo 24.

A questo punto a cosa servirebbe il patrimonio Enpam?

A pagar tasse sicuramente, visto che ogni anno sul nostro patrimonio paghiamo 75 milioni alla fiscalità generale. In totale controtendenza rispetto all'Europa dove le Casse non pagano al fisco.

Cosa pensa di fare da qui a giugno, quando dovrebbe diventare operativa la norma del comma 24?

Semplicemente presenterò nuovamente la nostra riforma, e loro mi dovranno dire sì o no.

Se sarà no, passeremo al contributivo, ma la responsabilità di farci usare un sistema meno equo sarà del ministro Fornero.

Faremo tutto però per difenderci perché abbiamo agito come fa un buon padre di famiglia, che mette da parte in previsione delle spese future. Se non possiamo utilizzare il nostro patrimonio e come se impedissero a quel padre di usare i suoi risparmi messi in banca. Si chiama confisca.

E.A.

Fidiprof Operazione Soci Fondatori Raggiunto l'obiettivo Fimmg dei 500 soci

di Dario Grisillo

Sono oltre 500 i medici Fimmg che hanno aderito come soci fondatori ai Fidiprof – i Confidi di Conprofessionisti. Hanno aderito anche diverse società o cooperative di servizio di medici.

In un tempo limitato e in un periodo di festività Fimmg ha saputo realizzare l'obiettivo che il segretario nazionale Giacomo Milillo aveva posto durante il Consiglio nazionale di novembre, a dimostrazione della forza, coesione ed organizzazione del nostro sindacato.

È un traguardo importante anche per i Fidiprof che grazie a queste adesioni ricevono una forte accelerazione nel processo di avvio della loro operatività.

I Fidiprof sono i Confidi di Conprofessionisti, resi possibili dal recente "Decreto sviluppo" del 13 Luglio 2011; possibilità che Conprofessionisti, di cui Fimmg è autorevole componente, ha subito saputo cogliere costituendo in soli sette giorni con atto notarile due Confidi dei professionisti denominati appunto "Fidiprof", uno per il Nord con sede legale a Milano ed uno per il Centro-Sud con sede legale a Napoli.

Nell'attuale panorama di difficoltà per l'ottenimento del credito, tutte le associazioni di categoria (dall'artigianato al commercio, dal turismo all'industria) hanno il loro Confido, che consente di superare la difficoltà delle banche a concedere prestiti e di facilitare il credito agevolato ai propri iscritti. Solo il settore dei professionisti non poteva, fino al luglio scorso, costituire consorzi per svolgere un'attività di garanzia collettiva dei fidi nonostante i tentativi fatti nel



**Raggiunto
velocemente
l'obiettivo indicato
dal Consiglio
nazionale
Fimmg di novembre.
Ora puntiamo
ai mille iscritti**

tempo per comprendere anche il mondo dei professionisti in questo sistema di tutele e di agevolazioni.

Una palese ingiustizia che discriminava, ancora una volta, i professionisti e ora superata.

Un Confido è una Società Cooperativa che, basandosi sui principi della mutualità prevalente e senza fini di lucro, svolge la propria attività esclusivamente a favore dei soci della Cooperativa.

Lo scopo primario è quello di supportare le necessità di finanziamento che i soci chiedono alle Banche per il miglioramento e ammodernamento dei fattori connessi con la loro attività attraverso la prestazione di garanzie, costituite dal capitale sociale, date alle Banche per favorire il finanziamento dei soci da parte delle banche stesse. Subordinatamente il Confido svolge attività di informazione e consulenza per l'individuazione della migliore fonti finanziaria con

cui intraprendere operazioni di credito e finanziamento a favore dei soci stessi.

In parole povere un Confido supporta il socio nel ricercare ed ottenere – cosa non sempre scontata – un finanziamento e, offrendo garanzie in favore del socio, permette di ottenere dalla Banca (o altra fonte di finanziamento) condizioni nettamente migliorative rispetto al mercato.

In pratica è un contratto a tre dove Fidiprof fa da garante del professionista nei confronti della banca.

I vantaggi per i medici e le loro società associate sono intuitivi: con una quota di adesione alla società cooperativa – Fidiprof nord o Fidiprof centro sud – la cui entità minima stabilita per legge è di soli 250 Euro, una sola volta nella vita e restituibili al termine della vita professionale, il singolo professionista o la sua società potrà chiedere ed ottenere un mutuo o un finanziamento agevolato relativo alla sua attività professionale.

È uno strumento prezioso per i nostri giovani colleghi che all'inizio della loro attività devono affrontare le spese per l'apertura dello studio: arredi, strumentazione, sistemi informativi ecc., ma è anche uno strumento utile nel corso della vita professionale sia per i singoli colleghi che per le società o cooperative di medici. Il passaggio al lavoro di squadra nelle AFT, la necessità di sedi strutturali di lavoro dotate di personale, tecnologia informatica e diagnostica, l'affidamento alla medicina generale dei processi assistenziali legati alla cronicità e fragilità, che sono i nostri obiettivi, dovranno realizzarsi infatti in un momento

storico in cui la parte pubblica non ha risorse per investimenti nell'Assistenza Primaria.

Potrebbe risultare necessario allora che i medici di medicina generale garantiscano tutti i fattori di produzione dell'assistenza, forse anche le strutture murarie, necessari a realizzare questi obiettivi, magari attraverso le loro Società o Cooperative di servizio, mentre le aziende sanitarie dovrebbero sostenere la spesa complessiva "corrente" senza farsi carico degli investimenti, delegando alla Medicina Generale l'intero processo di riorganizzazione dell'Area delle Cure Primarie.

C'è la necessità allora che il medico di Medicina Generale sviluppi una mentalità imprenditoriale, utilizzando gli strumenti dell'impresa mentre resta libero professionista, per proporre e realizzare il cambiamento. In questo senso l'appartenenza a Confprofessioni e lo strumento del credito agevolato attraverso i Fidiprof si rivela un tassello prezioso del disegno complessivo di Ri-Fondazione della Medicina Generale. L'adesione ai Fidiprof ha un triplice valore: è un investimento per il proprio futuro in un momento di cambiamento epocale, è un atto di solidarietà generazionale, è un atto politicamente strategico per mantenere il "peso specifico" di Fimmg all'interno dei Fidiprof e di Confprofessioni. La fase di adesione come socio fondatore si è chiusa il 31 dicembre 2011, ma le adesioni come socio ordinario continuano. In questa operazione sono coinvolte tutte le 16 Associazioni di professionisti che compongono Confprofessioni e quanto prima i Fidiprof

raggiungeranno la "massa critica" di 1.000 soci, che è la "soglia" per ottenere l'autorizzazione alla operatività dalla Banca d'Italia, tanto prima potranno iniziare a concedere il prestito agevolato a chi ne farà ri-

chiesta.

Un grazie dunque a quanti hanno reso possibile il prestigioso risultato ottenuto da Fimmg ed un invito a tutti gli altri colleghi che ancora non lo hanno fatto ad aderire.

LE NEWS

Decreto liberalizzazioni: inaccettabile la norma sulle prescrizioni

Il decreto sulle liberalizzazioni ha cominciato il suo percorso parlamentare il 31 gennaio scorso. Tra le molte materie su cui interviene il decreto, c'è anche una norma che obbliga i medici ad aggiungere sulle ricette una formula che indica l'esistenza di un farmaco generico di minor costo. Una ingerenza inaccettabile per i medici, un aggravio di lavoro burocratico, che si rivela inutile, visto che comunque il Ssn rimborsa solo i farmaci di minor costo e l'eventuale differenza viene sempre pagata dai cittadini.

"Aggiungere sempre e comunque la dicitura NON SOSTITUIBILE, rimane l'ultima possibilità per il medico di sapere esattamente quale farmaco assumerà il suo paziente e per poter essere realmente responsabile della prescrizione – ha dichiarato Giacomo Milillo a riguardo –. Siamo pronti a sostenere le mille ragioni cliniche che sostengono

questo comportamento. Decida il Governo i farmaci a disposizione dei medici per curare i cittadini italiani, si assuma la responsabilità di dire che sono disponibili solo i farmaci generici a prezzo più basso. Tolga gli altri dalla rimborsabilità, assumendosene la responsabilità".

"Al ministro della Salute Renato Balduzzi, che ha dimostrato attenzione e sensibilità per le ragioni dei medici – ha aggiunto Milillo – chiederemo, data la delicatezza dell'argomento che può avere enormi ripercussioni sulla qualità della professione medica e sulla salute dei cittadini, di valutare e far valutare al Governo l'opportunità di rinunciare a un provvedimento affrettato". Disponibilità a rivedere la norma è stata espressa da Cesare Cursi, presidente della Commissione Industria del Senato che esaminerà il decreto prima della sua conversione in legge. "I medici hanno perfettamente ragione – ha detto Cursi –. Oltretutto, proprio mentre si fa un decreto sulla semplificazione mi sembra davvero contraddittorio inserire invece una norma che aumenta la burocrazia".

segue da pag 5

zia di ascolto, abbiamo solo chiesto di poter utilizzare i nostri risparmi previdenziali per affrontare eventuali necessità così come il buon padre di famiglia fa con i risparmi che ha messo da parte.

Quando i medici tanti anni fa hanno deciso di accettare la privatizzazione del proprio ente di previdenza, l'Enpam, in cambio della gestione autonoma – ha detto ancora il segretario della Fimmg – hanno rinunciato all'ombrello protettivo dello Stato. Il nostro meccanismo previdenziale è

virtuoso e non pesa sulla collettività, garantisce inoltre equità e solidarietà ai propri iscritti e alle loro famiglie in caso di bisogno (morte o invalidità) senza gravare in nessun modo sull'Erario. I medici di famiglia, di fronte alla grave crisi economica, non si sono sottratti alla propria parte di sacrifici, ma non si faranno scappare i propri risparmi".

Condivisione delle nostre preoccupazioni e solidarietà con la nostra protesta è arrivata da tutti i sindacati medici. "Con le norme dell'ultima finanziaria (aumento dell'età pensionabile con scalone di 6 anni,

soppressione Inpdap, irragionevole norma che impedisce all'Enpam di conteggiare il proprio patrimonio per garantire l'equilibrio cinquantennale) – si legge in un comunicato dell'intersindacale delle organizzazioni mediche – il Governo sembra solo volere fare cassa con le pensioni pubbliche e private della categoria e, sostenendo di tutelare i giovani, non fa altro che togliere ai più anziani senza dare loro nulla in cambio.

Senza considerare che l'integrità psico-fisica degli operatori è fattore necessario per la stessa sicurezza delle cure".

Graduatorie: che fare per tutelare i medici “con attestato” dai medici “optanti”?

di Paolo Giarrusso

I recenti articoli apparsi su *Avvenire Medico* e su *Palermo Medica* stanno suscitando apprensione nei medici in formazione che all'improvviso vedono svanire le speranze di potersi inserire nelle “zone carenti” di recente individuazione in ambito regionale.

Non si può comprendere la situazione se non pensiamo a 20 anni fa quando fu varato il decreto legge 324/93, poi convertito in legge 423/93, il cui art. 1 comma 16 permetteva a chi avesse un doppio rapporto (dipendenza e convenzione) di optare per la dipendenza, conservando però il diritto di ritornare alla convenzione allorché avesse cessato il rapporto di dipendenza.

Ovviamente in quegli anni non si poteva

immaginare che una disposizione così innovativa come era quella che introduceva “l'incompatibilità” fra i due rapporti avrebbe potuto, a distanza di anni, divenire fonte di polemiche e di privilegi di non facile soluzione: nessuno poteva immaginarsi che l'evolversi della realtà della sanità italiana (piani di rientro, chiusura e accorpamenti di divisioni ospedaliere o addirittura di interi ospedali) così come una nuova legislazione per i cosiddetti lavori usuranti (pronto soccorso, rianimazione etc) e sulle pensioni (elevazione dell'età pensionabile etc.) avrebbe potuto essere la molla per favorire una forsennata fuga dal lavoro dipendente, in molti casi usufruendo della possibilità di esercitare quel diritto di “opzione” che tutti si immaginavano essere solamente uno dei tanti diritti “cartacei” mai applicabile in pratica.

Ma nel nostro Paese, come si sa, tutto è possibile e spesso anche l'inverosimile diventi realtà, in questo caso una amara realtà (che sa di beffa) per i tanti giovani medici con attestato del corso di formazione specifico in medicina generale che già pregustavano un loro inserimento nelle zone carenti designate dalle regioni e che improvvisamente si vedono scavalcato in graduatoria da medici sessantenni ex-ospedalieri in pensione, i quali fanno valere la loro “opzione” effettuata negli anni '90.

Questa la premessa. Abbiamo fatto il pun-

to della situazione con Celeste Russo, Coordinatrice nazionale Fimmg Medici in Formazione e membro dell'Esecutivo nazionale della Fimmg per saperne di più e anche per proporre adeguati correttivi per l'inserimento dei medici con attestato nelle graduatorie per la medicina generale. Ringraziando Celeste Russo per la sua disponibilità, sottolineiamo una volta di più che siamo di fronte ad vuoto normativo sicuramente non prevedibile venti anni fa e che dunque appare indispensabile colmare tale lacuna nei vari Accordi Integrativi Regionali e nell'Accordo Collettivo Nazionale, inserendo norme di salvaguardia per i tanti medici con attestato che hanno volontariamente scelto la Medicina Generale per il loro futuro professionale e di vita.

Celeste Russo: “Servono norme negli Accordi regionali”

Dottorssa Russo, aiutaci a capire chi sono i medici optanti.

I cosiddetti medici “optanti” sono medici ex-ospedalieri che usufruiscono della norma di cui all'art 1 comma 16 D.L. 324/93, poi convertito in legge 423/93, che cito: “Il Medico che, ai sensi dell'art. 4 comma 7 legge n.412 del 1991, abbia esercitato l'opzione per il rapporto di lavoro dipendente, con la conseguente cancellazione dagli elenchi regionali della medicina convenzionata, ove venga a cessare il rapporto di lavoro dipendente, è a domanda reinserito nei suddetti elenchi”.



Celeste Russo Coordinatrice nazionale Fimmg Medici in Formazione

“
Una norma
di venti anni fa,
che oggi
produce privilegi
e polemiche
di difficile
soluzione

Ma questi medici ospedalieri, che sono per la maggior parte già pensionati (ad esempio sfruttando abilmente le norme che regolano il lavoro usurante), possono reinserirsi nella medicina generale?

In effetti sì, perché chi di questi partecipa all'assegnazione di zone carenti di Assistenza Primaria, ha la priorità rispetto ai medici in graduatoria. L'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale prevede infatti all'art. 39 comma 8 il loro reinserimento nella Graduatoria Regionale per l'Assistenza Primaria nell'ambito territoriale di provenienza, alle condizioni ed ai limiti previsti dall'organizzazione sanitaria.

Quindi, se ho ben capito, si tratta di un vulnus della legge, certamente non prevedibile negli anni '90 ma che ora obiettivamente penalizza tutti coloro che aspirano all'inserimento in una zona carente.

Da tempo la Fimmg Formazione ha attenzionato il problema ed ora, grazie anche del clamore suscitato dai tuoi articoli, ci sembra opportuno riproporre le nostre ragioni. Rispondendoti, hai colto nel segno, anche se una nota emessa dalla Sisac in merito, in risposta ad un nostro preciso quesito, de-

Il parere dell'ufficio legale Fimmg

1) Il parere Sisac in un eventuale contenzioso tutela i medici con attestato rispetto agli optanti?

Il parere Sisac, seppure condizionale, non costituisce di per sé una forma di tutela per i medici con attestato trattandosi di un parere non avente forza di legge vincolante.

2) Per privilegiare i medici con attestato è meglio esplicitare espressamente tale titolo negli Accordi Integrativi Regionali?

Sarebbe opportuno prevedere apposite clausole negli Accordi Integrativi Regionali perché, in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione, le Regioni hanno acquisito mag-

giore potere normativo-dispositivo in materia di sanità in generale e nello specifico della "organizzazione sanitaria".

3) Se una norma che tutelasse il medico con attestato fosse inserita nell'Accordo Integrativo Regionale ci sarebbero possibilità di vittoria in un eventuale ricorso da parte di costoro?

Per quanto sopradescritto, l'inserimento di apposite clausole nell'Accordo Integrativo Regionale costituirebbe certamente una forma di maggior tutela e garanzia per i medici, i quali potrebbero avere nel futuro maggiori possibilità di ottenere risultati positivi in sede di contenziosi.

scrive bene come la Regione possa decidere in materia di "organizzazione sanitaria" e dunque sulle modalità di assegnazione delle zone carenti. In più, il nostro Ufficio Le-

gale, contattato sulla materia, ha chiarito ulteriormente come la contrattazione periferica possa fare molto in merito (v. sintesi dei quesiti).

LE NEWS

Rinnovato il Consiglio Direttivo di Fimmg Taranto

Rinnovate le cariche statutarie della sezione Fimmg della provincia di Taranto per il prossimo quadriennio.

Presidente è stato eletto **Alfredo V. Carrieri**, segretario generale provinciale **Ignazio Aprile**, vicesegretario vicario **Giulio Avarello**, vice segretario **Emanuele Fanelli**, segretario amministrativo **Giovanni Poretti**.

Il Consiglio Direttivo comprende inoltre **Marisa Chirulli**, **Vito Di Lena**, **Ubaldo Iudici**, **Giuseppe Adeo Ostillio**, **Giuseppe Piazzolla**, **Gregorio Sammarco**, **Paolo Santoro**, **Alfonso Sergio**, **Maria Rosaria Sportelli**, **Giuseppe Stranieri**, **Marco**

Urago.

Domenico Cazzetta e **Giovanni Fischetti** sono stati indicati come fiduciari del Distretto DSS 1; **Vincenzo Mottola** e **Giuseppe Notaristefano** del DSS 2; **Antonio De Bari** e **Pasquale Calò** del DSS 3; **Francesco Magliari** e **Vincenzo Sangermano** del DSS 4; **Piero Bello** e **Luigi Caliandro** del DSS 5; **Pierfranco Caffio** e **Michele Fiore** del DSS 6; **Antonio Dario Saracino** e **Giuseppe Starnieri** del DSS 7. Revisori dei conti sono **Giuseppe Cervo**, **Francesco Lotta** e **Roberto Miele**, mentre il Collegio dei Probiviri è composto da **Graziano Salvatore Di Mitri**, **Lucia Giuffrè** e **Arturo Vicinanza**.

Infine sono stati cooptati nell'Esecuti-

vo Provinciale **Domenico Catucci**, con delega alle problematiche previdenziali e **Maria Rosaria Sportelli**, con delega alle politiche dell'accesso alla Medicina Generale.

Nuovo Esecutivo Fimmg Carbonia Iglesias

Rinnovati i vertici della sezione Provinciale di Carbonia Iglesias per il quadriennio 2011/2015: **Enzo Ghessa** è stato eletto segretario provinciale generale, **Diego Pedrazzoni** vicesegretario provinciale vicario, **Salvatore Massa** segretario amministrativo. Fiduciario del Distretto Carbonia-Iglesias sarà **Giuseppe Massenti**.

Responsabilità civile: le convenzioni assicurative di Fimmg



La copertura assicurativa è ormai indispensabile per il medico di famiglia: Fimmg offre la possibilità di avere polizze vantaggiose

Tutti noi sappiamo ormai quanto sia utile e necessario avere una copertura assicurativa per la Responsabilità civile professionale. Una protezione che ci rende più sicuri e dunque anche più liberi nell'affrontare il nostro lavoro. Proprio per questo Fimmg ha sempre voluto offrire ai propri iscritti proposte di polizza, concordate con alcuni broker, a prezzi particolarmente vantaggiosi.

Nelle scorse settimane, tutti i colleghi che avevano sottoscritto in passato con la Navale Assicurazione la polizza di RCP in scadenza il 31/01/12, hanno ricevuto il testo della nuova polizza unitamente al modulo di adesione. Ovviamente nulla è stato inviato a chi avesse scelto altre Compagnie o a chi, non avesse ancora un'assicurazione. Proprio per questi ultimi, che mi auguro siano davvero pochissimi, riassumo i termini della polizza offerta agli iscritti Fimmg:

- A)** danni cagionati a terzi con colpa sia lieve che grave in relazione all'attività professionale di Medico di Medicina Generale;
- B)** responsabilità civile del sostituto indipendentemente dalla durata della sostituzione;
- C)** tutela giudiziaria con massimale di € 12.000 (facoltà di estensione a € 20.000, previo versamento premio integrativo);
- D)** vaccinazioni.
- E)** retroattività dell'assicurazione (RCP pregressa), che sarà estesa a tutto il periodo di vigenza della/e polizza/e precedentemente fornita/e da Assomedico, mentre per i neo iscritti la validità (RCP pregressa) sarà di 3 anni;
- F)** consenso informato;
- G)** responsabilità civile verso i dipendenti (RCI e RCO);

- H)** errato trattamento dei dati personali;
- I)** attività di tutor.

Come di consueto il Medico ha la possibilità di scelta tra vari pacchetti, di diversa entità. PrAssIs- Fimmg, ritenendo oggi poco adeguato il massimale di € 516.000 euro, consiglia di sottoscrivere la polizza con massimale di € 1.500.000 o di € 2.500.000, ponendo attenzione al fatto che il differenziale di premio fra i due massimali è minimo.

“Condizioni particolari con premio aggiuntivo” sono già previste per i Medici sottoscrittori di queste polizze che svolgono attività libero professionale; rivolgendosi a Previasme-Assomedico è possibile, però, sottoscrivere una polizza a parte a copertura delle specializzazioni escluse.

Per maggiori informazioni e per scaricare la modulistica di adesione, consultare il sito della Fimmg nazionale: www.fimmg.org



La Scuola nazionale Formazione Quadri apre le porte ai Giovani Fimmg



di Maria Ciccarello*

Il percorso di coinvolgimento e promozione dei giovani medici di medicina generale che la Fimmg ha iniziato alcuni anni fa ha raggiunto, nell'anno appena trascorso, degli importanti obiettivi: alcuni di questi sono facilmente tangibili come la realizzazione della prima edizione del "Progetto Giovani" e l'aumento del numero degli iscritti a "Fimmg Formazione", altri più difficilmente quantificabili, ma non per questo meno evidenti, come la sempre più massiva ed entusiastica partecipazione dei giovani agli eventi Fimmg, l'interesse e la presa di coscienza per le tematiche sindacali e i contatti creati tra i giovani iscritti di tutta la nazione.

A chiusura di un anno tanto proficuo è stata posta un'altra pietra miliare quale segno dell'impegno che la Fimmg vuole assumersi verso i giovani, in questo caso in particolare verso quelli che hanno deciso di vivere la professione in prima linea, impegnandosi nell'attività sindacale.

A tale scopo, attraverso la Scuola nazionale Formazione Quadri, la Fimmg ha organizzato un corso dal titolo *Il Management delle patologie croniche nella nuova organizzazione territoriale dell'Assistenza Primaria* svoltosi dal 12 al 31 dicembre scorsi e costituito da una sezione di formazione residenziale e una a distanza.

Il progetto è stato ideato alla luce di alcune considerazioni: l'evol-

uzione dello scenario epidemiologico e demografico del nostro Paese, caratterizzato da un aumento esponenziale delle patologie croniche e della popolazione anziana, renderà sempre più critica la già difficoltosa sostenibilità del sistema sanitario, che potrà essere mantenuta solo attraverso il riordino delle Cure Primarie, di cui il mmg rappresenta l'attore principale.

Analisi prospettiche dell'imminente futuro della professione, indicano una costante diminuzione del numero dei professionisti e, nel nostro caso specifico, di un massivo numero di pen-



***Se vuoi costruire una nave,
non radunare uomini per
raccogliere legna e distribuire
i compiti, ma insegna loro
la nostalgia del mare
ampio e infinito
(Antoine de Saint Exupery)***

sionamenti che rende imminente il ricambio generazionale, il quale andrà a formare una popolazione di medici di famiglia costituita in misura preponderante da donne.

Il progetto è stato rivolto a 50 giovani mmg provenienti dalle diverse regioni e scelti dai rappresentanti locali tra coloro che iniziano a distinguersi per i contributi e meriti evidenziati nel contesto sindacale, rivestendo ruoli decisionali nelle loro realtà. Ogni regione è stata chiamata a indicare un gruppo di tre giovani di cui almeno una donna.

Nonostante il progetto sia stato proposto senza troppo preavviso, le adesioni non hanno tardato ad arrivare e il fermento tra i giovani è stato subito evidente.

La parte residenziale, costituita da tre giorni di lezioni sia frontali che aperte e simulazioni di scenari, si è svolta nella sede nazionale della Fimmg in cicli consecutivi (dal 12 al 14 e dal 15 al 18) per i due gruppi in cui sono stati divisi i partecipanti. Il programma e la tabella di marcia si sono dimostrati impegnativi fin dall'inizio: strumenti gestionali, meccanismi retributivi, modelli organizzativi dell'assistenza primaria, leadership e team working in MG, ma anche appropriatezza prescrittiva, tecnologie dell'informazione e della comunicazione e strategie ne-



Lezioni frontali e discussioni plenarie, ma anche una parte di formazione a distanza per approfondire

goziali, sono stati i temi trattati durante le otto ore giornaliere del corso. Ore trascorse velocemente e spesso protrattesi, nell'entusiasmo di continuare ad ascoltare e portare a termine gli approfondimenti di fine lezione, ben oltre il previsto su richiesta dei partecipanti, i quali in pochissimo tempo da singole unità si sono trasformati in gruppo, attento, partecipe e coeso.

Visto l'impegno richiesto dai temi trattati, che sono andati al di là del semplice approccio per chi muove i primi passi in questo campo, il mantenimento dell'attenzione per un tempo così lungo, non sarebbe stato possibile se non grazie ai docenti del corso (Tommasa Maio, Alberto Razzo, Giacomo Di Lascio, Silvestro Scot-

ti, Salvatore Onorati, Paolo Misericordia) i quali hanno utilizzato, con la professionalità che li contraddistingue, metodi didattici diretti, pratici ed efficaci che hanno visto l'alternarsi di momenti di lezioni frontali, di coinvolgimento personale dei discenti e di discussioni plenarie.

Anche la sezione Fad si è dimostrata articolata quanto interessante, rappresentando una fase di studio e approfondimento di alcune tematiche trattate e di nuovi contenuti.

L'organizzazione dell'evento ha palesato la coerenza del nostro sindacato nell'impegno preso con i giovani nel percorso di guida verso una medicina generale ancorata ai suoi punti di forza, ma protesa al miglioramento e al passo con i tempi.

Le diverse realtà regionali, già da alcuni anni, hanno iniziato a rendere i giovani mmg parte attiva della vita sindacale e la presenza nell'esecutivo nazionale dei rappresentanti del Settore Formazione ha sicuramente sancito, in maniera formale, la volontà di un cammino congiunto. L'apertura della Scuola Quadri ai giovani ha segnato ancora un passo in avanti: fortemente si sente la necessità di formare professionisti che un domani, non troppo lontano, dovranno portare avanti le istanze di tutta la categoria che rischia, a causa del massivo ed imminente ricambio e dell'esistenza di un vuoto generazionale nella nostra classe professionale, di apparire non rappresentata o poco preparata. I prossimi anni dovranno vedere lo sviluppo del progetto appena iniziato e dovranno essere intensi e proficui. Il ringraziamento di tutti i partecipanti va ai docenti del Corso con i quali si è creato, tramite web, un canale di comunicazione continuo e comune, che ci permette di riflettere e commentare assieme temi portanti ma anche questioni attuali in ambito sindacale.

La vastità degli argomenti, gli infiniti spunti e le novità che investono la nostra professione rendono necessario un percorso continuo di studio e lavoro che ha visto nell'incontro di dicembre l'inizio di un lungo cammino, ma chiaro è apparso il raggiungimento dell'obiettivo fondamentale: con naturalezza e la passione di chi trasmette le cose che ama e lo fa con il cuore, ci è stata "insegnata la nostalgia del mare ampio e infinito".

**Fimmg Sicilia*





Certificazione on line: spieghiamola ai nostri pazienti



***Una locandina semplice,
chiara e autorevole
per far capire a tutti
le nuove regole***

Come ormai i medici di famiglia sanno bene, per certificare la malattia ai fini fiscali e previdenziali non c'è più bisogno di certificati cartacei (salvo particolari situazioni di difficoltà del sistema informatico). La certificazione di malattia si invia attraverso il computer sia all'Inps, sia al datore di lavoro. Una procedura più semplice, più moderna, più trasparente, ma che certamente richiede di modificare abitudini e consuetudini consolidate negli anni. Questo vuol dire, per il medico, dover spiegare a ciascun paziente questo nuovo sistema, spesso scontrandosi con un atteggiamento restio al cambiamento e "sospettoso", visto che non si rice-

ve alcun certificato "in mano", ma soltanto un numero di notifica e tutto viaggia attraverso lo schermo del computer.

Proprio per agevolare la comunicazione tra medico e paziente su questa tematica è stata ideata la locandina che avete trovato allegata a questo numero del giornale. Uno strumento semplice e chiaro per spiegare la nuova normativa sulla certificazione di malattia per i lavoratori, ma anche autorevole. È stata infatti voluta, e firmata, dal ministero del Lavoro e dal dipartimento per l'innovazione tecnologica della presidenza del Consiglio dei ministri. La locandina era già stata inviata a tutti gli iscritti Fimmg, allegata al numero 8/2011 di *Avvenire Medico*. A molti però era sfuggita, oppure era andata persa tra le carte della sala d'aspetto.

Per questo abbiamo pensato che fosse utile un nuovo invio, che consenta a tutti di poterla esporre nella sala d'aspetto del proprio studio. I cittadini in questo modo potranno conoscere le novità che li riguardano, ma anche sapere cosa è cambiato per i medici e per i datori di lavoro. Un modo di essere più consapevoli di uno sforzo collettivo, come la certificazione di malattia digitale, che ci avvicina alla realtà degli altri Paesi europei.

Farmacie: liberalizzare senza "scardinare il sistema"

La ricetta del Governo Monti

di Giovanni Rodriguez

Farmacie, si cambia. O almeno il decreto sulle liberalizzazioni prova a farlo. Anche se, come spiegato dal presidente del Consiglio, Mario Monti, "con le farmacie siamo andati meno a fondo nell'apertura e nello scompaginare le difese preesistenti di quanto fatto in altri settori". Questo perché si tratta di "un settore molto specifico, essendo intrecciato con la salute e con il Ssn", precisava Monti nel tentativo di spiegare come le decisioni intraprese dal suo Governo non potessero essere interpretate "un passo indietro" rispetto all'iniziale paventata libera vendita nelle parafarmacie e nei corner dei farmaci di fascia C con obbligo di ricetta.

Lo stesso ministro della Salute, Renato Balduzzi, aveva a più riprese dato rassicurazioni sul fatto che "nessuno ha mai pensato dentro il Governo di scardinare il sistema della dispensazione del farmaco nel nostro Paese perché è un elemento importante del Servizio sanitario nazionale. Però il sistema farmacia è troppo rigido e troppo chiuso", aveva anche detto Balduzzi.

Ciò nonostante a nulla sembrano essere valse le mediazioni e i compromessi sul tavolo in queste settimane di febbrili discussioni. Il risultato raggiunto, di fatto, sembra scontentare tutti: chi, tra economisti e forze politiche, da un lato spingeva per scardinare il sistema farmacie ed aprirlo al mercato, ma anche la categoria stessa, con i parafarmacisti delusi da una liberalizzazione che "non c'è stata" e titolari di farmacia che hanno già minacciato sciopero.

Le nuove regole

Vediamo in sintesi i provvedimenti per le farmacie contenuti nell'articolo 11 riguardante il "Potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, accesso alla titolarità delle farmacie e modifica alla disciplina della somministrazione dei farmaci".

La novità più importante è l'aumento della pianta organica: una farmacia ogni tremila abitanti. Il che vuol dire, secondo i calcoli del Governo, che alle attuali 18 mila farmacie se ne dovranno aggiun-



**In Italia oggi ci sono
18mila farmacie.
Presto potrebbero essercene
oltre 5mila**

gere almeno altre 5.000 nei prossimi mesi. Le licenze verranno assegnate, entro 5 mesi, attraverso un concorso straordinario pubblico rivolto a farmacisti non titolari e rurali e la loro assegnazione avverrà su base regionale. Nel caso in cui poi, le regioni non avranno ottemperato alle procedure di bando e assegnazione delle nuove sedi entro le condizioni e i termini previsti dal decreto, il Governo provvederà alla nomina di un commissario con il compito di espletare le procedure.

Altre farmacie potranno essere aperte anche nelle stazioni ferroviarie e marittime, negli aeroporti internazionali, sulle autostrade (purché non ve ne sia già una a una distanza inferiore a 200 metri;) e nei grandi centri commerciali, purché questi ultimi con superficie superiore a 10.000 mq, e purché non sia già aperta una farmacia ad una distanza inferiore a 1,5 km. A differenza delle farmacie aperte con il concorso straordinario, queste nuove sedi dovranno essere offerte in prelazione ai Comuni di appartenenza.

Introdotta poi, per i laureati in farmacia in possesso dei requisiti di legge, la possibilità di partecipare per la gestione associata ai concorsi di assegnazione delle sedi farmaceutiche, sommando i titoli posseduti. Riguardo invece alle questioni legate alle eredità della sede, nel decreto si è stabilito che l'avente causa, qualora non sia in possesso dei requisiti richiesti entro sei mesi dalla morte del de cuius, dovrà cedere la quota di partecipazione.

Non sono mancati passaggi indirizzati a stimolare un incremento occupazionale, ed in tal senso saranno introdotti dei livelli di fatturato delle farmacie aperte al pubblico, superati i quali i titolari delle farmacie

avranno l'obbligo di avvalersi di uno o più farmacisti collaboratori.

Nel decreto si è introdotta anche una comma specifico per andare incontro alle difficoltà delle farmacie dei piccoli Comuni: verrà istituito presso l'Enpaf un fondo di solidarietà nazionale per l'assistenza farmaceutica nei Comuni con meno di mille abitanti. Questo fondo sarà finan-

ziato dalle farmacie urbane attraverso il versamento di una quota percentuale del fatturato.

Sempre riguardo agli esercizi, nel testo è stata sancita, inoltre, una maggiore libertà sia sulla gestione degli orari e dei turni delle farmacie, sia sulla possibilità di applicare sconti anche su quei farmaci di fascia A erogati in regime privato che, secondo gli ultimi dati del Rapporto Osmed, hanno rappresentato nel 2010 una spesa a carico del cittadino pari a 895 milioni di euro.

Passando poi a quei farmaci di fascia C che saranno oggetto del delisting da parte dell'Aifa e del Ministero della Salute, e che diventeranno vendibili anche nelle parafarmacie e nei corner della grande distribuzione, si è stabilito che non potranno essere accessibili direttamente al pubblico.

Per i medici, infine, è stato stabilito l'obbligo di aggiungere sulla ricetta l'opzione di un farmaco equivalente, se di minor prezzo.

Le proteste dei farmacisti

Vista la natura dei provvedimenti adottati, i primi a puntare il dito contro il Governo accusandolo di aver fatto un passo indietro rispetto a quanto previsto nella prima stesura del decreto (libera vendita dei farmaci di fascia C al di fuori delle farmacie) sono stati i parafarmacisti, che, in una lettera aperta hanno già minacciato "battaglia" sugli emendamenti giudicando il provvedimento come un "piccolo allargamento del monopolio delle farmacie". Ma non sono mancate anche le proteste degli stessi titolari di farmacie che hanno preannunciato una serrata per il primo febbraio contestando, in particolare, l'apertura di un numero di farmacie che, se troppo alto, potrebbe mettere a rischio la sostenibilità degli esercizi esistenti. Una norma che peraltro, di fatto, secondo il presidente della Federazione dell'Ordine dei farmacisti italiani (Fofi), Andrea Mandelli, sarà anche impossibile realizzare. "Se si prevede una farmacia ogni 3.000 abitanti, si dovrebbero assegnare 6.500 farmacie, di cui 1.000 sono già oggi vacanti perché, non consentendo letteralmente la sopravvivenza a chi le dovrebbe gestire, sono sempre state rifiutate dai vincitori dei concorsi". Per la Fofi è dunque evidente che con questo handicap non si potrà mai raggiungere il tetto minimo di aperture imposto dal decreto. Il che si traduce in una sonora bocciatura su un decreto che, secondo il parere dell'Ordine dei farmacisti, sembra non riuscire a tener conto della realtà del settore.

LE NEWS

Rinnovo del Consiglio Direttivo di Fimmg Aosta

È stato convalidato il verbale con annesse le schede delle Elezioni per il rinnovo degli organi regionali Fimmg per il triennio 2012-2014 avvenute in data 19 20 e 21 novembre 2011. Pur essendo la carica di segretario regionale Fimmg compatibile con quella di Presidente di Ordine, **Rosset Roberto**, eletto presidente Omceo della Valle d'Aosta, non ha posto la propria candidatura alla segreteria per evitare equivoci e sospetti di conflitto di interessi.

Il Consiglio Direttivo risulta pertanto composto da **Mario Rebagliati** (segretario regionale), **Roberto Rosset** (vicesegretario regionale), **Fulvio Gorraz** (tesoriere), **Elsa Brunier**, **Alberto Ganassi**, **Nunzio Venturella** e **Raffaella De Cristofaro**.

Revisori dei conti son stati eletti **Aldo Magliano**, **Maria Giacinta Jeantet**, **Rodolfo Farcoz**, **Patrizia Del Col**. Il Collegio dei probiviri è composto da **Mario Manuele**, **Claudio Fidelibus**, **Gino Sapone**.



cinque notizie X cinque righe

a cura di Stefano Nobili



1- Ipertensione polmonare nei neonati e utilizzo di SSRI in gravidanza

Gli SSRI utilizzati nella seconda metà della gravidanza da donne depresse possono predisporre i nascituri al rischio di ipertensione polmonare persistente, secondo uno studio di coorte condotto dal Karolinska Institute di Stoccolma su più di 1.600.000 neonati: la probabilità di ipertensione polmonare persistente è doppia rispetto alle donne che non assumevano tali farmaci. Altri ricercatori commentano però che occorre approfondire meglio questa relazione.

Kieler H et al, BMJ 2012 ; DOI : 10.1136/bmj.d8012.

2- L'adeguato accesso alle cure primarie può ridurre la mortalità

Uno studio retrospettivo condotto dall'Università di Sacramento (California) sostiene l'esistenza di una relazione lineare tra l'accesso del paziente alle cure primarie e la diminuzione della mortalità. Lo studio prendeva in considerazione i seguenti criteri di valutazione: gestione dei nuovi problemi di salute, prevenzione, presenza di personale per l'assistenza, accesso alle cure e centralità del paziente. Gli autori affermano che l'adozione di tali criteri riduce la mortalità dei pazienti.

Jerant A et al, Ann Fam Med, 2012; 10: 34-41.



3- La sedentarietà è universalmente riconosciuta come fattore di rischio cardiaco

Lo studio INTERHEART, sui rapporti tra attività fisica e infarto miocardico, conferma l'inattività come "fattore di rischio cardiovascolare universale". I ricercatori hanno osservato come il possesso di un apparecchio televisivo e di un'autovettura aumentano la sedentarietà che conseguentemente porta ad un rischio maggiore di infarto. L'attività fisica invece è semplice da seguire, poco costosa ed efficace nella prevenzione della malattia coronarica.

Held C et al, Eur Heart J online, Jan 11, 2012.

4- Importazione di carne di animali esotici e pericolo di contagio virale

Un'indagine condotta presso l'aeroporto JFK di New York ha identificato diversi patogeni, tra i quali herpes virus, cytomegalovirus e lymphocryptovirus nelle carni di animali esotici importati clandestinamente negli USA. Esiste quindi un potenziale pericolo per la salute pubblica a causa dell'introduzione illegale di carni derivate da animali esotici. Il 75% delle nuove malattie scoperte negli esseri umani sono infatti di origine animale.

Smith KM et al , PLoS One 2012.



5- Aumento del mercato mondiale di antitrombotici e anticoagulanti nei prossimi anni

Antitrombotici e anticoagulanti raggiungeranno i 24,4 miliardi di dollari entro il 2015, secondo i dati pubblicati da World Market 2012-2022, a cura di Visiongain di Londra. L'espansione di tale mercato sarà dovuta all'aumento di incidenza, prevalenza e diagnosi di malattie vascolari specie nei paesi in grossa espansione economica come Cina e India. Nel merito, i nuovi farmaci in fase di lancio sostituiranno con tutta probabilità e gradualmente i prodotti più datati presenti sul mercato.

PRNewswire , London, Jan 19, 2012.

Ogni settimana 5 notizie X 5 righe è su:

fn

FIMMG NOTIZIE

Con Internet l'influenza si può battere sul tempo

L'uso di strumenti come Google Flu Trends, uno strumento ideato dalla società americana che usa come indicatori dell'attività influenzale i termini di ricerca sull'argomento, potrebbe essere utile per tracciare la diffusione della sindrome influenzale. Uno studio pubblicato su *Clinical Infectious Diseases* dimostra infatti che si può monitorare la diffusione del contagio tramite l'analisi del traffico di ricerca che riguarda il tema dell'influenza. Il metodo farebbe addirittura risparmiare tempo, perché offrirebbe un quadro simile a quello che si ottiene con le statistiche ufficiali, ma in tempi molto più brevi.

A dirlo sono i ricercatori della Johns Hopkins University School of Medicine, che hanno osservato i dati registrati dal software online di Google da indirizzi IP collocati sul territorio intorno alla città di Baltimora da gennaio 2009 a ottobre 2010, controllando poi quanti ricoveri d'emergenza per influenza o patologie simili venissero effettuati nei reparti del Johns Hopkins Hospital. Scoprendo che i due set di dati erano in buona correlazione. "Chiaramente i dati ottenuti da Google Flu Trends non sono accurati al 100 per cento e non possono

“
Per tracciare il contagio da influenza, oltre alle statistiche ufficiali, si possono usare anche i dati registrati da strumenti come Google Flu Trends. Ottenendo dati corretti, ma in minor tempo

rimpiazzare le rilevazioni ottenute dagli altri metodi di sorveglianza tradizionali”, ha spiegato Andrea Dugas, che ha condotto la ricerca. “Possono però essere aggiunti a questi, in modo da avere più strumenti a nostra disposizione”. I dati delle statistiche ufficiali che derivano dai dati dei ricoveri in ospedale, dai test di laboratorio e da altre rilevazioni cliniche, impiegano spesso qualche settimana ad essere diramati, arrivando solo quando il picco influenzale o epidemico è ormai superato.

Al contrario, i dati informali offerti dalla rete sono fruibili in tempo quasi reale, e sicuramente su scala giornaliera. Inoltre, hanno l'utile caratteristica di poter essere facilmente ristretti a regioni geografiche, periodi temporali o consultati in base a numerosi parametri.

Lo studio sembrerebbe essere il primo nel suo genere, per quanto riguarda l'influenza. E internet potrebbe diventare uno strumento molto utile nelle mani dei medici. “Un sistema di sorveglianza che integra i metodi di monitoraggio tradizionali con le nuove tecnologie potrebbe essere sfruttato moltissimo”, ha spiegato Richard Rothman, ricercatore della Johns Hopkins. “Ad esempio potremmo sviluppare un sistema in grado di avvertirci non appena i dati registrati dal software superano una certa soglia, in modo che per noi sia possibile riconoscere lo scoppio di un'epidemia influenzale sul nascere”.



Strategie di intervento dietetico nella prevenzione e nel trattamento delle dislipidemie in medicina generale

di Vincenzo Sucato*, Carlo Maria Barbagallo^o, Giuseppina Sanfilippo^o, Giuseppina Novo*, Salvatore Novo*.

Introduzione

La prevenzione primaria cardiovascolare non può prescindere da un puntuale studio metabolico dei nostri pazienti a cui deve seguire un'adeguata terapia nutrizionale. Recentemente sono state redatte le nuove linee guida sul trattamento delle dislipidemie ESC/EAS 2011 nelle quali si afferma come proprio da una sinergia tra un'adeguata dietoterapia ed un trattamento farmacologico idoneo si possano raggiungere valori desiderabili di colesterolo e trigliceridi. Risulta perciò sempre di attuale importanza trattare argomenti come la dietoterapia in un momento socio-culturale come il nostro nel quale la tradizione alimentare Mediterranea, nell'arco degli ultimi 10 anni, ha subito e continua a subire una radicale trasformazione. La tendenza all'iperalimentazione sta investendo anche la dieta mediterranea di cui si abusa giornalmente in tutte le sue componenti.

L'efficacia di una definita alimentazione sulla riduzione della lipidemia è stata ampiamente dimostrata; il problema è come implementare l'aderenza, in senso totale, da parte della popolazione generale e dei pazienti dislipidemici. Senz'altro, la consapevolezza del proprio stato nutrizionale, dell'alimentazione che si ha e che si dovrebbe avere, compresa la conoscenza di alimenti e porzioni ideali, incrementerà l'aderenza alla dieta.

Le dislipidemie sono patologie di crescente interesse che riguardano non meno del 15-20% della popolazione adulta italiana con un pesante impatto a livello sanitario, sociale ed economico. Numeri elevati si registrano anche per quanto riguarda l'incidenza della Sindrome Metabolica, che in Italia coinvolge il 25% degli uomini ed il 27% delle donne (circa 14 milioni di persone), con una netta prevalenza nelle regioni del Sud.

Nonostante le anomalie delle lipoproteine e le alterazioni del metabolismo lipidico costituiscono i fattori di rischio per l'aterosclerosi più stabilmente definiti e meglio conosciuti, al giorno d'oggi si registrano risultati significativi nel miglioramento del profilo lipidico nei pazienti dislipidemici che sono dovuti al maggiore utilizzo del-

la strategia terapeutica che affianca la dietoterapia alla già consolidata terapia farmacologica. In alcuni casi il solo trattamento con dieta è sufficiente a raggiungere i valori desiderabili di colesterolo e trigliceridi come consigliati dalle linee guida internazionali. Alla luce di quanto appena detto la collaborazione tra medico e paziente ha bisogno di qualcosa in più della compliance alla terapia farmacologica, cioè di un maggiore impegno del paziente stesso che diventa personaggio attivo, consapevole dell'importanza di un approccio terapeutico poliedrico.

Dislipidemie e malattie cardiovascolari

È noto da tempo che la colesterolemia sia correlata in maniera direttamente proporzionale all'incidenza di malattia coronarica. A sua volta la colesterolemia, ed in senso lato il profilo lipidico, è influenzata dalla quantità di colesterolo alimentare e di acidi grassi saturi, introdotti con la dieta. Per quanto riguarda il colesterolo alimentare sappiamo che consumi elevati negli esseri umani non causano un aumento così marcato del colesterolo sierico; tuttavia studi metabolici controllati indicano un aumento dei livelli di LDL-Colesterolo. Inoltre, una recente meta-analisi ha documentato che il colesterolo nella dieta aumenta il rapporto colesterolo totale/HDL-colesterolo, incidendo negativamente sul profilo del colesterolo sierico. In media, la risposta del colesterolo sierico al colesterolo alimentare è di circa 10 mg/dL per 100 mg di colesterolo alimentare per 1000 kcal. Se in un regime alimentare in cui il 30-35% delle calorie è costituito dai grassi, si riduce di un terzo la quota di acidi grassi saturi, dopo 30 giorni dalla modificazione dietetica si ha una riduzione della colesterolemia totale intorno al 10-15%. Anche i trigliceridi si riducono nelle dislipidemie caratterizzate da ipertrigliceridemia e bassi livelli di HDL, restano immutati nelle altre forme, mentre HDL-C tende a ridursi lievemente (intorno al 4-5%). Queste analisi indicano che per ogni aumento dell'1% di calorie da acidi grassi saturi come percentuale dell'energia totale, il colesterolo LDL aumenta di

Tab. 1: Le diete più utilizzate

Dieta	Considerazioni
Mediterranea	Ottimi dati sulla mortalità cardiovascolare, indipendentemente da buoni risultati positivi sulla lipidemia. Riduzione della mortalità in toto, anche per cancro, dell'incidenza di cancro e malattia di Parkinson ed Alzheimer.
Ipoglucidica	Buoni risultati soprattutto su trigliceridi e HDL. Non vi sono studi a lungo termine né effetti e dati sulla cardiovasculopatia.
Ipolipidica < 10%	Riduce il colesterolo totale. Migliora i fattori di rischio cardiovascolare.
TCL (Therapeutic Lifestyle Changes), American Heart Association (AHA)	Line guida di alimentazione con buoni risultati su colesterolo e riduzione di rischio cardiovascolare e stato di salute della popolazione.

circa il 2%. Viceversa, una riduzione dell'1% di acidi grassi saturi riduce il colesterolo sierico di circa il 2%. L'evidenza che l'abbassamento dei livelli di colesterolo nel sangue, diminuendo l'apporto di acidi grassi saturi riduca il rischio di malattia coronarica è stata dimostrata nella meta-analisi di Gordon, la quale ha incluso sei corposi studi dietetici, in totale 6.356 persone per anno di follow-up. Essa ha dimostrato che abbassare i livelli di colesterolo, riducendo l'assunzione di acidi grassi saturi, riduce significativamente l'incidenza di malattia coronarica del 24%. C'era anche un trend riguardando una riduzione della mortalità coronarica (21%) e di mortalità totale (6%). Nessun aumento della mortalità non-cardiovascolare è stato trovato.

Per quanto concerne la correzione dell'ipertrigliceridemia non può essere dunque che comportamentale, sono da ridurre soprattutto le calorie totali quando bisogna controllare il peso corporeo, prestare attenzione alla quantità e qualità dei grassi alimentari, ridurre gli zuccheri semplici ed abolire l'alcol. Sappiamo che l'obesità, l'eccessivo consumo di zuccheri semplici e di grassi saturi, il consumo di alcool e l'intolleranza al glucosio o il diabete mellito siano associati all'ipertrigliceridemia pertanto in soggetti in sovrappeso un corretto programma dietetico, che consenta la riduzione del peso corporeo, favorisce il miglioramento e spesso la normalizzazione dei parametri alterati.

Strategie dietetiche

Fare attuare alla popolazione una corretta alimentazione e il mettere in pratica i consigli forniti dalle raccomandazioni dietetiche diffuse dal mondo scientifico internazionale è un notevole problema. Attualmente le diete utilizzate sono molteplici, nella Tab. 1 riportiamo le più utilizzate con i rispettivi commenti riguardanti il loro effetto sulle dislipidemie.

Da un punto di vista comportamentale vanno escluse tassativamente le bevande zuccherate perché apportano calorie vuote sotto forma di zuccheri semplici che hanno un impatto metabolico veloce ed importante sulla secrezione insulinica e sulla sintesi dei trigliceridi. Moderare l'assunzione di alimenti contenenti zucchero o fruttosio e

contenere il consumo di frutta a 2 porzioni al giorno (150 g netti a pasto). I dolci devono essere contenuti e preferibilmente inseriti nel contesto di un pasto misto e con un opportuno conteggio di zuccheri semplici. È meglio evitare i dolci di preparazione industriale che oltre a zuccheri semplici contengono uova, cacao, burro, strutto o altri grassi di pasticceria, tra cui la fanno da padrone l'olio di palmiti e cocco, e rivolgersi, sempre con moderazione a dolci casalinghi.

L'elevato consumo di zuccheri semplici determina un aumento dei trigliceridi plasmatici che non si verifica impiegando carboidrati complessi con un adeguato contenuto in fibre idrosolubili. L'introduzione di fibra con gli alimenti è stata messa in relazione alla riduzione del rischio per le malattie cronico degenerative, dai tumori del colon retto, al diabete alle malattie cardiovascolari, in parte per una riduzione dei livelli di lipidi plasmatici. Le principali raccomandazioni considerano ottimali per un soggetto adulto un consumo globale di 30 g di fibra alimentare.

L'assunzione totale di grassi può essere mantenuta, nella maggior parte dei casi, al 30% delle calorie totali, prevedendo una riduzione dei saturi al 7-6% e la loro sostituzione con acidi grassi monoinsaturi derivati principalmente dall'olio d'oliva, che sono in grado di controllare l'assetto lipidico riducendo il colesterolo, le LDL, ed i trigliceridi, oltre che a mantenere la palatabilità della dieta e la sensazione di sazietà.

I bassi livelli ematici di trigliceridi e colesterolo e la ridotta mortalità per malattie cardiovascolari in quelle popolazioni con consumo di pesce ha posto l'attenzione sugli acidi grassi della serie ω -3 che sono in grado di ridurre i livelli di pressione arteriosa, l'adesività piastrinica e la produzione di trombosano A2, i livelli di fibrinogeno e la viscosità ematica, l'adesione e la migrazione dei monociti. Ma la loro azione si esplica prevalentemente sul metabolismo lipidico e significativamente sui livelli di trigliceridi attraverso una riduzione della loro sintesi epatica, tramite la riduzione della sintesi dell'apo B, con un effetto positivo anche sui livelli post-prandiali. Gli ω -6 invece oltre a migliorare il profilo lipidico, intervengono positivamente sulla sensibilità insulinica.

Nello studio di revisione dei dati della letteratura pubblicato da Harris, l'effetto degli acidi grassi ω -3 è dato da una riduzione dei trigliceridi che assume particolare rilevanza nei soggetti con ipertrigliceridemia isolata o nei casi in cui si associa ad un aumento della colesterolemia LDL. È interessante inoltre la segnalazione di alcuni casi di pazienti con ipertrigliceridemia grave associata a ricorrenti episodi di pancreatite acuta, nei quali la terapia con acidi grassi ω -3 ha permesso una significativa riduzione della trigliceridemia ed una riduzione delle recidive di pancreatite. È indubbio, da convincenti dimostrazioni epidemiologiche, che un consumo abituale di

pesce per 3 porzioni settimanali sia vantaggioso e raccomandabile per il trattamento dell'ipertrigliceridemia.

I messaggi che arrivano dai media, dai dietologi e persino dai medici, riguardanti consumo di alcool e mortalità da malattie cardiovascolari sono nettamente contrastanti. Ci sembra dunque opportuno citare le evidenze che provengono dalla letteratura; studi osservazionali epidemiologici condotti in paesi di tutto il mondo, hanno dimostrato che esiste una correlazione inversa, con un coefficiente elevato ($r = 0,58$), tra litri di vino/persona/anno introdotti e mortalità per coronaropatie (Seven Countries Study). È abbastanza logi-

Tab. 2: Interventi sullo stile di vita e raccomandazioni cliniche

Interventi sullo stile di vita	Miglioramento della lipemia	Beneficio su morbilità/mortalità
Conteggio calorie: per conseguire una dieta ipocalorica per perdere peso	Si	Si
Incrementare l'esercizio fisico aerobico a 30 minuti o più la maggior parte dei giorni; incrementare a 60 min per dimagrire	Si	Si
Incrementare l'introito di grassi "salutari" come l'olio d'oliva, olio di canola, noci	Si	Si
Incrementare frutta fresca e vegetali	Si	Si
Incrementare cereali integrali e alimenti ricchi in fibra	Si	Non conosciuto
Consumare pesce grasso almeno due volte a settimana	Si	Si
Limitare gli acidi grassi saturi e trans	Si	Si
Minimizzare l'apporto di zucchero	Si	Non conosciuto
Limitare l'assunzione di sale a 2 g al dì	Si	Si (con alta PA)
Limitare l'assunzione di alcool a 2 bicchieri al giorno per gli uomini ed 1 per le donne	No	Si *
Porre uguale attenzione quando si mangia fuori casa	Non conosciuto	Non conosciuto
Valutare la supplementazione con fitosteroli	Si	Non conosciuto
Aggiungere supplementazione con acidi grassi omega 3 per chi non riesce ad assumere pesce	Si	Non conosciuto

Tab. 3: Le 9 caratteristiche della Dieta mediterranea

1. consumo prevalente di olio d'oliva
2. consumo elevato di legumi
3. consumo elevato di cereali, meglio integrali
4. consumo elevato di frutta, di noci
5. consumo elevato di vegetali
6. consumo moderato di derivati del latte, per lo più formaggio magro e yogurt
7. consumo da moderato a elevato di pesce
8. consumo basso di carne e prodotti carnei
9. consumo moderato di vino (se accettato da religione e normativa)
<i>Dati estrapolati da: Trichopoulou A. et al. Adherence to a mediterranean diet and survival in a Greek population N Eng J Med 2003; 348: 2559-2608</i>

co che altre componenti dell'alimentazione giochino un loro ruolo, ma il dato, ottenuto su grosse coorti di popolazione, ha un valore indiscutibile. Dal punto di vista delle lipoproteine, il principale effetto benefico dell'alcool è quello di aumentare le HDL. Studi accurati di fisiopatologia hanno stabilito che "in media" 1 g di etanolo aumenta lo HDL-C plasmatico di 0,133 mg/dl (cioè 30 g al giorno assunti continuamente aumentano lo HDL-C di 4 mg/dl); questa quantità di etanolo corrisponde mediamente ad un quarto di litro giornaliero di vino, o a 700-1000 ml di birra. L'altro lato della medaglia è che 30 g di etanolo aumentano i trigliceridi di circa 6 mg/dl; pertanto è opportuno sconsigliare l'uso di vino, birra, aperitivi, superalcolici ai soggetti affetti da varie forme di ipertrigliceridemia. A prescindere dagli effetti dell'alcool, il vino rosso può avere, invece, un effetto salutare riducendo il rischio cardiovascolare. In particolare, il vino rosso è una fonte molto ricca di flavonoidi antiossidanti, il cui principale è il resveratrolo, un composto fenolico responsabile di molte delle sue proprietà gustative e sensoriali, nonché del suo invecchiamento. Il resveratrolo è anche presente nel succo d'uva rossa e ciò potrebbe rappresentare un'alternativa per coloro che non possono o non desiderano assumere alcool, nonostante la quantità contenuta in esso sia all'incirca nove volte inferiore a quella contenuta nel vino rosso, bisogna infine ricordare che la quantità raccomandata di vino rosso è uno o due bicchieri di vino al dì. Un'ultima considerazione, infine, prima di assegnare il paziente ad un trattamento farmacologico: un giudizio sui risultati della dietoterapia va espresso dopo almeno 6 mesi, in presenza di sufficiente certezza di adesione, e soprattutto l'intervento farmacologico non deve corrispondere alla sospensione del trattamento dietetico né ad un calo di tensione sulla sorveglianza nutrizionale. Ciò consentirà di poter mantenere nel tempo la normalizzazione dei livelli plasmatici con la minore posologia possibile del farmaco ed evitare o limitare gli effetti collaterali insiti nella maggior parte delle molecole ad azione ipolipemizzante.

Conclusioni

Il problema attuale per tutti coloro che si interessano di prevenzione cardiovascolare tramite la dietoterapia è rappresentato dalla modalità con cui implementare l'aderenza alla dietoterapia da parte della popolazione generale e dei pazienti dislipidemic. Senz'altro, la consapevolezza del proprio stato nutrizionale, dell'alimentazione che si ha e che si dovrebbe avere, compresa la conoscenza di alimenti e porzioni ideali, incrementerà l'aderenza alla dieta, tuttavia un futuro salutistico non può prescindere dall'adottare interventi sulla popolazioni che coinvolgano molti livelli (strutture governative, scuole, industrie alimentari, ristoranti), con strategie che riguardino l'educazione, la produzione, la composizione e la distribuzione alimentare.

Dati i risultati delle meta-analisi e la dimostrazione di efficacia sulla riduzione della mortalità cardiovascolare, compresa la riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari (come l'ipertensione arteriosa) e markers infiammatori (come la proteina C reattiva), si è portati a considerare la dieta Mediterranea, per applicazione a lungo termine, come un tipo di alimentazione ottimale per i soggetti sani e soprattutto per i pazienti ipercolesterolemici e/o a rischio di eventi ischemici coronarici.

Questa dieta comporta l'assunzione, soprattutto di acidi grassi monoinsaturi e polinsaturi e flavonoidi, che attraverso una riduzione dell'aterogenicità, per diminuzione dell'ossidazione delle LDL, induce un più basso rischio cardiovascolare.

Seguendo le linee guida sul trattamento delle dislipidemie ESC/EAS 2011 riguardo al trattamento farmacologico è necessario ribadire il ruolo centrale ed insostituibile delle statine che rappresentano i farmaci di prima scelta per il controllo della colesterolemia. Le linee guida chiaramente sottolineano che i benefici clinici appaiono indipendenti dal tipo di statina e, dunque, la scelta di quest'ultima deve essere effettuata in relazione alla entità della riduzione necessaria nel singolo paziente ed alla efficacia e tollerabilità delle molecola. Solo quando la massima dose tollerata della statina più efficace non riesce a raggiungere il target desiderato si possono considerare strategie alternative o di combinazione. A tale riguardo le statine possono essere associate a vari altri farmaci che riducono il colesterolo, anche se la combinazione con ezetimibe appare certamente quella da favorire in prima scelta per il profilo di tollerabilità ed efficacia. Altre combinazioni possono essere prese in considerazione in relazione al profilo lipidico del paziente, compresa quella con acidi grassi omega-3, niacina, fibrati e fitosteroli.

* *Cattedra e Scuola di Specializzazione di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, U.O.C. di cardiologia con U.O. di cardiologia interventistica ed emodinamica e U.O. di UTIC dell'A.U.O. Policlinico "P. Giaccone", Dipartimento di Medicina Interna e Specialità dell'Università di Palermo.*

° *Medicina Interna e Malattie del Metabolismo Lipidico, A.U.O. Policlinico "P. Giaccone", Dipartimento di Medicina Interna e Specialità dell'Università di Palermo.*

Per riferimenti bibliografici contattare : Vincenzo Sucato, e-mail: odisseos86@alice.it

Elementi per una comunicazione efficace tra medico e paziente

di Daniela Livadiotti

Nei paesi sviluppati la spesa sanitaria si indirizza sempre più verso la spesa per le malattie croniche e la sfida dei prossimi anni sarà quella di ridurre tali costi. Questa sfida potrà essere vinta mediante un aumento della prevenzione primaria, soprattutto attraverso un cambiamento radicale degli stili di vita dei pazienti, poiché abitudini e stili di vita influenzano in modo determinante le cause principali di mortalità e morbilità.

Sicuramente le abitudini, i comportamenti, possono essere modificati, ma il processo di cambiamento non è affatto scontato né semplice e necessita innanzitutto della corretta percezione del rischio da parte del paziente, processo dominato da meccanismi di varia natura, psicologici, culturali, economici, ecc., che rendono difficile il raggiungimento dell'obiettivo.

Infatti, nonostante la letteratura sottolinei i vantaggi di uno stile di vita più sano, i dati epidemiologici mostrano un aumento dei comportamenti a rischio e, di conseguenza, delle malattie da essi in parte determinati.

Per "comportamento di salute", secondo la definizione data da Gochman nel 1988, dobbiamo intendere sia le azioni consistenti nel fare (ad esempio fare un'attività fisica regolare), sia le azioni consistenti nel non fare (ad esempio non fumare). Viene evidenziata la necessità di tener conto di molteplici determinanti dei comportamenti che sono collegati alla salute: elementi cognitivi, quali credenze, aspettative, motivazio-



ni, valori, percezioni; caratteristiche di personalità, inclusi gli stati emotivi ed affettivi; patterns comportamentali, quali azioni ed abitudini relative al mantenimento ed al miglioramento della salute. Questi attributi personali sono influenzati da processi familiari, influenze del gruppo, determinanti sociali e culturali.

Nel 1996 Marks riprende questo concetto, sottolineando l'importanza di considerare la molteplicità dei fattori che agiscono come determinanti dei comportamenti di salute. Egli propone un quadro di riferimen-

to con una struttura a cipolla; al centro troviamo gli individui, caratterizzati da sesso, età e fattori genetici, circondati da quattro livelli di variabili che li influenzano: gli stili di vita individuali (intesi come modelli comportamentali che si mantengono con una certa costanza nel tempo), le influenze sociali e della comunità, le condizioni di vita e di lavoro e le condizioni generali socioeconomiche, culturali ed ambientali. Questo quadro di riferimento pone l'individuo al centro, ma riconosce l'influenza fondamentale della società.

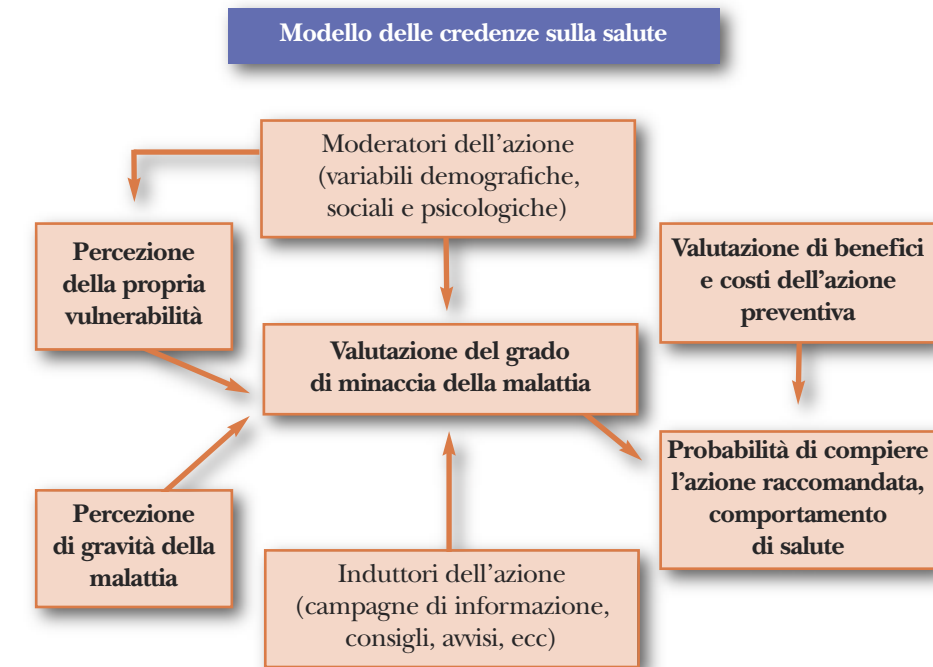
Diversi sono i modelli psicologici e psicosociali che hanno affrontato lo studio dei comportamenti di salute.

Secondo il **modello delle credenze sulla salute** la probabilità che una persona adotti comportamenti sani è influenzata da due processi di valutazione: da un lato la valutazione del grado di minaccia della malattia, dall'altro la valutazione dei benefici e dei costi dell'azione preventiva.

La valutazione del grado di minaccia della malattia dipende dalla percezione della propria vulnerabilità ("quanto è probabile che io contragga quella malattia?") e dalle credenze riguardo la gravità delle conseguenze associate alla malattia. Ad esempio un fumatore, iperteso ed in sovrappeso può sapere di correre il rischio di andare incontro ad un evento cardiovascolare (percezione di vulnerabilità) e che tale evento potrebbe condurlo a morte (percezione di gravità), ma la probabilità che egli adotti comportamenti preventivi dipende da quanto ritiene che i benefici dell'azione preventiva siano superiori ai costi (ad esempio lo sforzo di smettere di fumare o di fare attività fisica).

Nella **teoria della motivazione a proteggersi** viene introdotto il concetto di autoefficacia ("In che misura sono in grado di attuare il cambiamento?") per cui la motivazione di un individuo a proteggersi dalla malattia è massima non solo quando la minaccia per la salute è grave e l'individuo si sente vulnerabile, ma anche quando egli nutre fiducia nella propria capacità di cambiare.

In entrambi i modelli la variabile centrale nella spiegazione dei comportamenti adot-



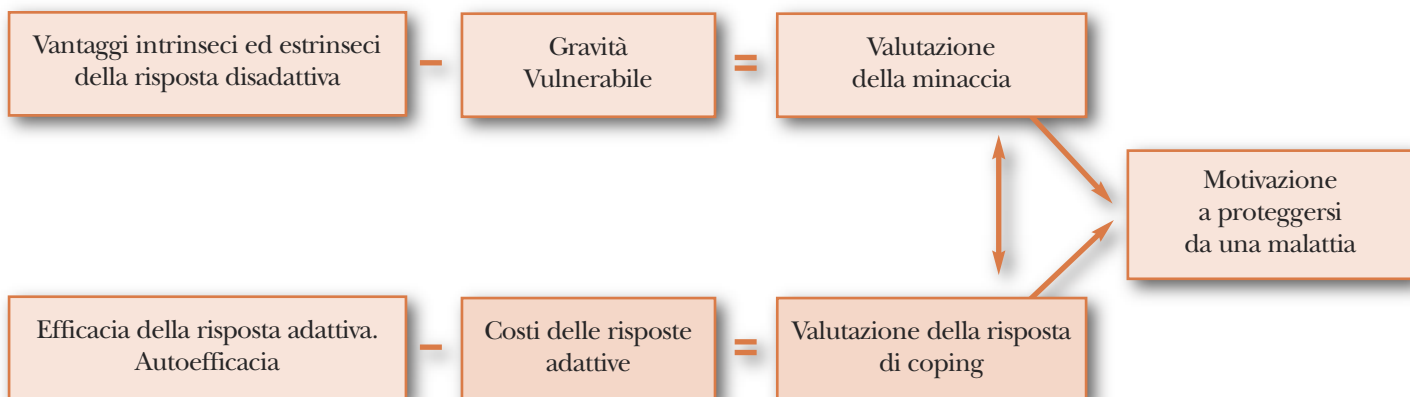
tati dai pazienti è la percezione del rischio e della vulnerabilità.

I primi studi, effettuati nel 1984 da Janz e Becker, avevano confermato l'esistenza di un legame positivo tra aumento della percezione del rischio e comportamenti volti a diminuirlo. Ma un'analisi più attenta dei dati porta a conclusioni differenti; infatti occorre distinguere tra comportamenti semplici di riduzione del rischio (ad esempio una vaccinazione) e quelli che implicano un radicale cambiamento dello stile di vita. Inoltre, secondo alcuni autori, la motivazione a mettere in atto l'azione comparirebbe solo dopo il raggiungimento di un certo grado di attivazione emotiva.

Bisogna infine considerare che la maggior parte dei rischi di cui si parla non sono evidenti ai sensi perché si riferiscono a possibili conseguenze negative che potranno manifestarsi in futuro: la percezione del rischio si fonda in gran parte su immagini (spesso veicolate dai media) e su convinzioni più o meno salde, molto poco su esperienze precedenti.

In questo contesto gioca un ruolo fondamentale il medico di medicina generale in quanto, per una comunicazione efficace del rischio, fra medico e paziente si deve stabilire una relazione di fiducia che va al di là delle competenze mediche, ma dipende proprio dal tipo di relazione che si instau-

Teoria della motivazione a proteggersi



ra tra i due soggetti (Stewart 1995).

È utile ricordare che il termine comunicazione deriva dal latino (cum=con e munire=legare, costruire) e significa proprio mettere in comune; in sostanza la comunicazione è un mettere in comune, un trasferimento di informazioni che consente alle persone di condividere, di accordarsi.

Così, mentre in passato la comunicazione del rischio era vista come un processo a senso unico in cui “chi sa” informa “chi non sa”, oggi si tende a considerarla un processo bidirezionale. In effetti istituzioni quali il Consiglio Nazionale delle Ricerche degli Stati Uniti (US National Research Council; Committee on Risk Perception and Communication...) hanno dato una definizione precisa di questa attività: “la comunicazione del rischio è un processo interattivo di scambio di informazioni ed opinioni tra individui, gruppi ed istituzioni. Si tratta di un’attività costituita da numerosi scambi di messaggi sia sulla natura del rischio che sulle opinioni e sulle reazioni al concetto stesso di rischio e sulle azioni, personali ed istituzionale, da intraprendere per la minimizzazione del rischio...”. Questa definizione implica il fatto che la comunicazione vada oltre la semplice descrizione numerica e specialistica e coinvolga valori quali la fiducia e la partecipazione. La comunicazione può essere di tre diversi tipi.

Comunicazione verbale: utilizza le parole

Comunicazione non verbale: espressione dei volto, gesti, tono della voce, etc. È meno facilmente sottoponibile a “censura”, e quindi tradisce gli effettivi sentimenti, stati d'animo, opinioni.

Comunicazione simbolica: il nostro modo di vestire, gli oggetti di cui ci circondiamo, etc, costituiscono una parte molto significativa della nostra comunicazione. L'apprendimento varia al variare delle tecniche comunicative e dunque dei diversi

Tecniche di comunicazione	Canale di percezione	% di apprendimento
verbale	solo udito	20%
grafica-gestuale	solo vista	30%
mista	udito + vista	50%
mista	udito + vista + discussione	70%

canali di percezione, per cui un utilizzo congiunto delle diverse modalità comunicative produce i risultati più efficaci.

In ogni caso occorre tener presente che non tutto quello che viene comunicato arriva al ricevente.

Anzi, di solito:

- il soggetto vuole dire 100
- in realtà dice 80
- il ricevente sente 50 (a causa dei disturbi dell'ambiente)
- capisce 30
- ricorda 20

I maggiori ostacoli alla comunicazione medico-paziente sono:

- 1) la fretta: determina una riduzione del tempo dedicato alla relazione.; il colloquio diventa essenziale ed il paziente lo interpreta come uno scarso interesse nei suoi confronti;
- 2) la distrazione: il paziente ha la sensazione che il medico non lo stia ascoltando;
- 3) il linguaggio: l'uso di un linguaggio tecnico contraddice lo stesso concetto di comunicazione;
- 4) l'interruzione: l'abitudine ad interrompere il paziente fa trarre conclusioni spesso sbagliate. Da una ricerca fatta da un gruppo di sociologi americani è risultato che i pazienti sono mediamente interrotti dal medico già dopo 18 secondi, proprio nel momento in cui voglio esporre i loro problemi.

Le abilità considerate quindi essenziali per una comunicazione efficace possono essere così riassunte:

- capacità di comunicare la propria empatia, ossia il proprio essersi sintonizzati sul livello emotivo del paziente;
- capacità di praticare l'ascolto attivo, ossia di riprendere e riassumere ciò che l'interlocutore ha appena detto ottenendo la sua approvazione e dimostrando di aver prestato attenzione a quanto comunicato;
- un elevato controllo e consapevolezza del linguaggio corporeo e prossemico (comunicazione non verbale), attraverso cui vengono veicolati gli stati emotivi connessi al contenuto verbale di cui si sta parlando;
- la capacità di condurre il colloquio, evitando i rischi di induzione delle risposte e gli atteggiamenti di chiusura/ostacolo al dialogo.

Bibliografia

B.Zani, E.Cicognani: *Psicologia della salute*.

Marks, D. *Health psychology in context. Journal of Health Psychology*, 1996

Gochman, D.S. *Health behavior. Emerging research perspectives*. New York, Plenum Press. 1988

Rippetoe, P.A: e Rogers, R.W. *Effects of components of protection motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. Journal of Personality and Social Psychology*, 52, pp.596-604

Janz, N.H. e Becker, M.H. *The health belief model. A decade later, in Health Education Quarterly*, 11, pp 1-47, 1984

am

AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg

piazza G. Marconi 25 00144 Roma

Telefono 06.54896625 Telefax

06.54896645

Fondato nel 1963

da Giovanni Turziani e Alberto Rigattieri

Direttore

Giacomo Milillo

Direttore Responsabile

Michele Olivetti

Comitato di redazione

Esecutivo nazionale Fimmg

Editore

Health Communication

Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma

Tel 06.594461 Fax 06.59446228

e.mail: avveniremedico@hcom.it

Coordinatore editoriale

Eva Antoniotti

Hanno collaborato

Carlo Maria Barbagallo,

Maria Ciccarello, Lucia Conti,

Fiorenzo Corti, Bruno Cristiano,

Paolo Giarrusso,

Daniela Livadiotti, Ester Maragò,

Stefano Nobili,

Giuseppina Novo, Salvatore Novo,

Giovanni Rodriguez,

Giuseppina Sanfilippo,

Guido Sanna, Vincenzo Sucato

Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi

Ufficio grafico

Daniela Lucia, Barbara Rizzuti

Foto

Fabio Ruggiero

Stampa

Union Printing - Viterbo

Finito di stampare nel mese di gennaio 2012

Registrazione al Tribunale di Bologna

n. 7381 del 19/1/2003

Costo a copia 2,50 €

Testata associata a

ANES

In fase di certificazione secondo il Regolamento CSST (senza marchio)

Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

