

6/7-12
MENSILE
XLX ANNO

Attualità Il decreto Balduzzi, un passo avanti per la Ri-Fondazione della MG p.4
Attualità Medici in formazione, al lavoro un tavolo ministeriale p.10
Scienza Nasce la Società scientifica dedicata alla prevenzione e agli stili di vita p.33

67° Congresso Fimmg Metis: il programma, i temi principali, le novità

am

AVVENIRE MEDICO

FI MG
FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI DI FAMIGLIA

Federazione Italiana Medici
di Medicina Generale

Sviluppo delle cure primarie: facciamo la nostra parte con impegno e orgoglio

Giacomo Milillo
Segretario nazionale
Fimmg

Integrazione professionale e lavoro di squadra nelle cure primarie, sono questi i temi al centro del nostro 67° Congresso nazionale, anche se per noi non sono certo temi nuovi. Da tempo, infatti, cerchiamo di richiamare l'attenzione dei decisori politici su questi argomenti, dopo aver messo a disposizione la nostra proposta di Ri-Fondazione della Medicina Generale. E in questo Congresso dovremo misurarla con la proposta di riforma della medicina del territorio contenuta nel decreto Balduzzi.

Purtroppo, il deterioramento della qualità delle relazioni tra i diversi livelli istituzionali, evidente anche in materia di sanità, non facilita certo il lavoro di ri-costruzione dell'area delle cure primarie nella prospettiva di un servizio sanitario, universale e sostenibile, che ci ostiniamo a difendere.

Non per questo però ci facciamo prendere dallo scoramento e, anzi, siamo convinti che proprio questo sia il momento per realizzare un cambiamento necessario e non più rinviabile. Non è il momento di restare immobili ad aspettare un'improbabile pioggia di nuove risorse, è il momento, invece, di ribadire con maggiore forza le nostre

proposte, funzionali alla sostenibilità del Ssn e all'interesse generale della popolazione: anche se siamo convinti che le riforme abbisognino sempre di gambe su cui camminare (e quindi di investimenti), siamo anche sicuri che molto si possa fare, sul piano normativo, prima che scada il blocco alle contrattazioni economiche.

In questa direzione si è mosso il ministro Balduzzi, cui va riconosciuto il coraggio di aver ribadito con determinazione l'esigenza di mettere mano con urgenza al potenziamento dell'assistenza territoriale, ma sappiamo che questo potrà avere sbocchi positivi solo se il tasso di conflittualità con le Regioni (e delle Regioni fra loro) si manterrà sotto controllo. Saranno questi i nodi su cui apriremo il confronto nel corso del Congresso nazionale e, allo stesso tempo, seguiremo con attenzione lo sviluppo della digitalizzazione del sistema sanitario, svilupperemo le nostre posizioni sulla politica del farmaco e daremo particolare attenzione alle politiche previdenziali e fiscali. Enorme è il lavoro che ci sta davanti e stiamo facendo la nostra parte con impegno e con orgoglio. Ci piacerebbe che allo stesso modo partecipassero tutti gli attori del sistema.



In copertina
Giacomo Balla
Linee forza di mare
(1919)

EDITORIALE

Decreto Balduzzi: un passo avanti nel progetto della Ri-Fondazione della MG

di Stefano Simoni

Un percorso difficile, ma alla fine la mini-riforma della sanità voluta dal ministro Balduzzi ha superato il primo scoglio: approvata in Consiglio dei ministri, firmata dal Presidente della Repubblica e infine pubblicata in G.U. il 13 settembre. Entro sessanta giorni da quella data dovrà ora essere esaminata e votata dal Parlamento che, avuto anche il parere delle Regioni, potrebbe dunque ancora portare modifiche al testo. Mentre la Fimmg è riunita nel suo Congresso nazionale, quindi, probabilmente il decreto sarà in discussione al Parlamento, con l'immaginabile contorno di notizie e smentite sulla stampa.

Valutando il testo attuale, per la Fimmg, ma anche per altre sigle della medicina convenzionata come il Sumai e la Fimp, il cosiddetto "decreto Balduzzi" è motivo di soddisfazione, a cominciare dall'articolo 1 che av-

via una riforma delle cure primarie nella direzione espressa sei anni fa con il progetto di Ri-Fondazione della Medicina Generale. Le misure contenute nel decreto, in sostanza, tendono ad assicurare e garantire la continuità, la funzionalità e lo svolgimento delle attività di cura e di assistenza sul territorio, attraverso lo sviluppo delle aggregazioni funzionali territoriali, introducendo allo stesso tempo il ruolo unico per la Medicina Generale e avviando il percorso per una ristrutturazione del compenso che distingua la retribuzione delle prestazioni professionali dal finanziamento degli indispensabili "fattori di produzione".

Ma il decreto non ha ricevuto solo plausi e infatti, una volta uscito da Palazzo Chigi, ma prima della firma da parte del Capo dello Stato, ha subito una sonora bocciatura dalle Regioni secondo le quali non vi erano "gli elementi di decretazione d'urgenza, in quan-

to sono presenti aspetti normativi anche di dettaglio e di programmazione di competenza delle Regioni" e che inoltre lamentavano il mancato recepimento di molti emendamenti presentati dalle stesse Regioni e da queste considerati "irrinunciabili e dirimenti per la garanzia di un corretto rapporto istituzionale fra i due livelli di governo".

Una posizione, quella delle Regioni, giudicata con molta preoccupazione dal segretario della Fimmg Giacomo Milillo: "non so dare altra spiegazione ai contenuti delle proposte degli assessori regionali – ha detto Milillo in una dichiarazione – se non quella che abbiamo messo in atto una provocazione nella eterna lotta di competenze fra Regioni e Governo in materia sanitaria. Un conflitto che, se arriva a concretizzarsi in questi termini, dovrebbe preoccupare tutti, dal Presidente della Repubblica ai Cittadini, al Governo, ai Parlamentari, ai Partiti e ai Movimenti".

Cosa dice l'articolo 1 del "decreto Balduzzi"

Riforma delle cure primarie

La norma contiene la modifica all'articolo 8 del Dlgs. n. 502/92 e prevede l'aggregazione, ma senza obbligo, per i medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali in nuove forme organizzative.

L'obiettivo è quello di "garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana (...) adottando forme organizzative monoprofessionali e multi professionali", che erogano "prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale".

Risorse

Le forme aggregative dovranno essere organizzate "nei limiti delle disponibilità finanziarie per il Ssn assegnate alle Regioni" e per il loro finanziamento si potranno anche predisporre forme di budget.

Accesso alla professione

Per il ruolo unico di medico di medicina generale e per quello di

LE ALTRE NORME DEL DECRETO IN MATERIA DI SANITÀ

Ma nelle richieste di parte regionale, sostenute anche da alcune frange minoritarie della professione, si profila anche l'intenzione di ricondurre la Medicina Generale alla condizione di dipendenza, stravolgendo l'attuale sistema. "Altro che cambiamento di progresso – ha commentato a riguardo Milillo – siamo di fronte ad un tentativo di regressione e intanto chi ci andrà di mezzo saranno i pazienti, perché se le proposte delle Regioni dovessero passare si otterrebbe solo un'assistenza peggiore. Con il passaggio alla dipendenza sarebbe progressivamente eliminata la figura del medico di famiglia e il rapporto fiduciario, di fatto l'assistenza ai cittadini verrebbe ad essere spersonalizzata, i cittadini stessi umiliati e posti davanti a due sole possibilità: o pagarsi le prestazioni o accettare quel che passa la Regione senza neppure troppe spiegazioni. Al medico – sintetizza Milillo – verrebbero imposti tetti di spesa individuale, cosicché, finite le risorse, all'assistito potrà solo rispondere: 'Ho finito i soldi, non posso più curarla, ne riparliamo l'anno prossimo'".

Un discorso a parte meriterebbe inoltre l'inevitabile riduzione della contribuzione Empam e la ricaduta sulle pensioni dei medici, tema su cui è già intervenuto Alberto Oliveti.

Una prospettiva minacciosa, che richiederà anche nel corso del Congresso Fimmg una grande attenzione e una discussione il più possibile aperta e costruttiva.

pediatra di libera scelta, l'accesso avverrà attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale. Per l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale (medico, odontoiatra, biologo, chimico, psicologo, medico veterinario) esso avverrà invece secondo graduatorie provinciali alle quali sarà consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente la branca in interesse.

Intramoenia allargata

Entro il 31 dicembre 2014 dovranno essere disponibili nelle strutture sanitarie delle Regioni i locali per esercitare la libera professione intramuraria.

Realizzazione dell'infrastruttura per il collegamento in rete

Entro il 31 marzo 2013 dovrà essere predisposta e attivata un'infrastruttura di rete telematica per la Lpi.

Tracciabilità dei pagamenti

Dovrà essere assicurata la tracciabilità dei pagamenti delle prestazioni di qualsiasi importo direttamente al competente ente o azienda del Ssn.

Tariffario unico

Dovranno essere definiti, d'intesa con i dirigenti e previa contrattazione integrativa aziendale: gli importi idonei per remunerare ogni prestazione. Il 5 per cento del compenso va alle Aziende per ridurre le liste d'attesa.

Sanzioni per i DG inadempienti

Il DG inadempiente oltre ad essere "destituito" subisce una decurtazione della retribuzione di risultato pari almeno al 20 per cento.

Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie

Il giudice, nell'accertare la colpa, dovrà tenere conto con attenzione dell'osservanza delle linee guida e delle buone pratiche riconosciute dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Governo clinico

Per la nomina dei DG dovrà essere data pubblicità ai bandi, alle nomine, ai cv e trasparenza nella valutazione degli aspiranti. La Regione nomina i DG prendendoli dall'elenco di idonei. La selezione è fatta da esperti indipendenti dalla Regione. Gli aspiranti DG non potranno avere più di 65 anni. Per la nomina dei DG nelle Università resta ferma l'intesa con il Rettore.

Nomina dei primari

Per gli incarichi di direzione di struttura complessa la selezione è effettuata da una commissione di tre direttori di struttura complessa nella medesima specialità; i candidati sono individuati con sorteggio da un elenco nazionale e regionale. Il DG individua il candidato da una terna predisposta dalla commissione, se non nomina il candidato migliore.

Nomina dei responsabili di struttura semplice

L'incarico di responsabile di struttura semplice è attribuito dal DG, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di

dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni.

Collegio di direzione

È istituito dalle Regioni quale organo dell'Azienda, individuandone la composizione per garantire la partecipazione di tutte le figure professionali. Il collegio di direzione concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca, didattica, programmi di formazione e soluzioni organizzative per l'Alpi.

Lea

I Lea dovranno essere aggiornati entro il 31 dicembre 2012 con decreto del Presidente del Cdm su proposta del Ministro della salute, di concerto con l'Economia, d'intesa con la Stato Regioni.

Edilizia sanitaria

Avvio di progetti di ristrutturazione.

Corretti stili di vita

e sicurezza alimentare

È vietata la vendita di sigarette ai minorenni. Obbligo di chiedere il documento d'identità a meno che la maggiore età dell'acquirente non sia manifesta.

Ludopatia

Si agli spot sul gioco ma con restrizioni. Su ogni tipo di media è vietata la pubblicità che induce al gioco se è prevista vincita in denaro. Le disposizioni scattano dal 1° gennaio 2013.

Certificazione medica per attività sportiva non agonistica

Chi pratica attività sportiva a livello amatoriale, è obbligato a certificazione medica. Per tutte le società sportive è prevista la dotazione di defibrillatori e altri dispositivi salvavita.

Norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande

Chi vende pesce e cefalopodi freschi di acqua dolce deve indicare le informazioni relative alle corrette condizioni di impiego. Chi immette sul mercato latte crudo destinato all'uomo deve riportare le informazioni indicate con decreto del ministro della Salute: in caso di vendita diretta di latte crudo, occorre informare che il latte va consumato dopo bollitura. Chi utilizza latte crudo nei gelati deve sottoporlo a trattamento termico. Le bevande analcoliche devono essere commercializzate con succo naturale almeno al 20 per cento.

Etichettatura dei radiofarmaci

I radiofarmaci sono esentati dall'obbligo di apposizione del bollino farmaceutico disciplinato dal decreto del Ministro della sanità 2 agosto 2001.

segue a pag 8

Milillo: "La norma sulla prescrizione deve essere chiarita"

In pieno agosto, quando gli italiani si stavano preparando a qualche giorno di vacanza (sempre meno, visti i tempi di crisi), il parlamento ha varato definitivamente il testo della "spending review", ovvero quell'insieme di norme che dovrebbero garantire risparmi in tutti i settori della pubblica amministrazione. Per la sanità il conto è salato: 6,8 miliardi in meno da spendere da qui al 2015, a cominciare da una riduzione del finanziamento complessivo del Ssn che scende di 900 milioni di euro per l'anno 2012, di 1.800 milioni di euro per l'anno 2013, di 2.000 milioni di euro per l'anno 2014 e di 2.100 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015.

E, nel tentativo di ottenere "risparmi", il provvedimento sulla revisione della spesa pubblica interviene anche sulle modalità con cui i medici devono prescrivere farmaci, obbligandoli a indicare

sulle ricette dei casi nuovi (e vedremo come questa definizione sia irta di difficoltà) non più la specialità medicinale, ma solo il principio attivo. Un intervento "a gamba tesa" nel rapporto tra medico e paziente che ha provocato le proteste di Fimmg e di tutte le associazioni mediche a cominciare dalla Fnomceo in tutta la fase di discussione parlamentare del provvedimento.

Ma dal momento in cui la norma è stata approvata, è stato necessario avviare una diversa strategia. Innanzi tutto Fimmg ha diffuso, il 10 agosto scorso, delle "linee guida" per l'applicazione del comma 11-bis (v. box), in modo da indicare ai medici una linea di comportamento. E subito dopo il segretario giacomo Milillo ha fatto pervenire al ministro Renato Balduzzi una lettera nella quale si evidenziano le difficoltà di applicazione della norma e si chiede che al più presto si attivi un tavolo di lavoro per mettere a punto una circolare interpretativa condivisa. Il comma 11-bis, scrive Milillo nella lettera, "interviene pesantemente sul complesso e delicato algoritmo che guida la prescrizione di un farmaco nella pratica corretta della medicina generale, che non si basa solo sulla diagnosi della malattia, ma tiene conto di molti fattori dipendenti dalle caratteristiche individuali dell'assistito, dalle sue precedenti esperienze di cura, dalla sua cultura del farmaco e tanto altro ancora", sottolineando come tutto ciò sia fondamentale "nella costruzione del rapporto fiduciario della medicina di famiglia, strumento, questo, oltretutto indispensabile per la efficacia ed efficienza dei modelli di assistenza primaria che insieme auspichiamo di realizzare".

Il decreto sulla spending review obbliga il medico alla prescrizione del principio attivo e non della specialità per i nuovi casi. Ma le difficoltà di interpretazione sono moltissime

Il testo del comma 11-bis

"Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, è tenuto a indicare nella ricetta del Servizio sanitario nazionale la sola denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco. Il medico ha facoltà di indicare altresì la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo; tale indicazione è vincolante per il farmacista ove in essa sia inserita, corredata obbligatoriamente di una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità di cui all'articolo 11, comma 12 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito con modificazioni dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Il farmacista comunque si attiene a quanto previsto dal menzionato articolo 11, comma 12".



Insomma, proprio mentre da una parte si sceglie di rafforzare il ruolo dell'assistenza primaria nel Ssn, dall'altra si mina uno dei suoi strumenti fon-

segue a pag. 8

segue da pag. 6

damentali, ovvero la prescrizione e il rapporto di fiducia tra medico e paziente.

Inoltre, rimarca il segretario Fimmg, la norma, così come è scritta, si presta a molte interpretazioni: “i medici prescrittori e non, i farmacisti, i servizi farmaceutici di ciascuna Azienda sanitaria, di ciascuna Regione, ognuno con le sue giuste ragioni, ma tendenti ad interessi a volte non omogeneizzabili, potrebbero dare letture diverse con comportamenti anche conflittuali”. Le difficoltà sono molte. Nel caso di pazienti non cronici bisogna infatti tener conto della loro storia terapeutica, e potrebbe essere difficile o sbagliato utilizzare un farmaco diverso da quanto utilizzato in precedenza. Per i cronici occorre invece tener conto delle polipatologie, e del sovrapporsi dell'utilizzo di farmaci già memorizzati nella loro confezione, dove un cambiamento potrebbe fare vacillare l'adesione corretta alla terapia. Poi occorre chiarire cosa si intenda per “motivazione sintetica”, da apporre sulle ricette che non tengono conto del vincolo e anche fare i conti con la privacy del paziente, che potrebbe essere lesa anche da questa stessa motivazione.

LE ALTRE NORME DEL DECRETO IN MATERIA DI SANITÀ

segue da pag. 5

Trasmissione dei dati di vendita dei farmaci

Le aziende titolari di Aic e le aziende responsabili della commercializzazione dei medicinali devono trasmettere i dati di vendita.

Nessun obbligo di trasmissione dei dati di vendita per le aziende che commercializzano i farmaci

Abrogato il comma 12 dell'art. 130 del decreto legislativo 219 del 2006 che prevedeva l'obbligo per le aziende responsabili della commercializzazione dei farmaci di trasmettere i dati di vendita.

Farmaci innovativi

Le Regioni devono assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali ad “innovativa terapeutica di particolare rilevanza” a carico del Ssn. Le Regioni devono inoltre aggiornare i proutari terapeutici.

Per tutte queste ragioni, scrive ancora Milillo nella lettera al ministro della Salute, Fimmg ha indicato ai medici “una modalità operativa che consideriamo conforme alle norme e comunque utilizzabile in un periodo di tolleranza di almeno sessanta giorni, in attesa di una auspicabile condivisa valutazione del Decreto Legge”. In attesa che si definisca una circolare ministeriale interpretativa, l'indicazione è dunque di utilizzare le linee guida Fimmg.

LINEE GUIDA FIMMG PER LA PRESCRIZIONE

Le nuove modalità prescrittive introdotte dalla recente normativa 11bis art.15 della legge 135/2012, evidenziano essenzialmente l'esigenza, nell'utilizzo dei farmaci equivalenti, da parte del legislatore di indicare nelle ricette del Ssn il principio attivo di un farmaco. Va ricordato innanzitutto che le nuove norme si rivolgono ai pazienti, curati per la prima volta per una patologia cronica, o per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento siano disponibili più medicinali equivalenti.

Di conseguenza, per pazienti già in cura, le nuove norme non trovano applicazione. Vediamo di capire ed esplicitare con esempi ciò che la legge dispone.

- **Paziente con patologia cronica o non cronica, già in cura.** Esempio: paziente iperteso (malattia cronica), già in trattamento con Triatec. In tal caso

nulla è cambiato, per cui potremmo redigere una ricetta rossa del SSN uguale a quella che redigevamo prima.

Nulla vieta, tuttavia, che anche a questo paziente sia prescritta la terapia indicando il principio attivo come vedremo nei casi successivi.

- **Paziente con patologia cronica che il medico cura “per la prima volta”:** in questo caso il medico deve prescrivere la terapia indicando il principio attivo. Il medico ha “altresi” sempre la possibilità di indicare la denominazione di uno specifico medicinale sia esso un branded sia esso un equivalente. Il farmacista che riceverà queste ricette in entrambi i casi consegnerà al paziente il farmaco generico a prezzo più basso contenente quel principio attivo, a meno che l'assistito stesso non opti per altro farmaco con lo stesso principio

attivo ma più costoso. In questo caso il paziente dovrà corrispondere al farmacista una somma pari alla differenza fra i due.

Affinché la scelta del prodotto commerciale sia vincolante per il farmacista, il medico prescrittore deve apporre la clausola “non sostituibile” e motivarla sinteticamente, (es: M.C.= motivi clinici).

- **Paziente affetto da “nuovo episodio di patologia non cronica”.** Esempio: il medico che cura per la prima volta un caso di faringo-tonsillite purulenta d'ora in poi sarà sempre tenuto a indicare in ricetta il nome del principio attivo.

Affinché la scelta del prodotto commerciale sia vincolante per il farmacista, il medico prescrittore dovrà apporre la clausola di non sostituibilità e motivarla sinteticamente (es:L.A.S.A. = Look-Alike/Sound-Alike).

Revisione del prontuario farmaceutico nazionale

Entro il 30 giugno 2013 l'Aifa provvede ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale spostando in Fascia C i farmaci considerati terapeuticamente superati e quelli la cui efficacia non risulti sufficientemente dimostrata alla luce delle evidenze emerse dopo l'immissione in commercio.

Farmaci innovativi e orfani a carico del Ssn

I medicinali innovativi possono essere erogati a carico del Ssn soltanto nel caso in cui possiedano un profilo di sicurezza non inferiore a quella del farmaco autorizzato e quest'ultimo risulti eccessivamente oneroso per il Ssn.

Dosaggi e confezioni personalizzate

L'Aifa autorizza la farmacia ospedaliera ad allestire dosaggi individuali da utilizzare all'interno degli ospedali o da consegnare al paziente per l'impiego a domicilio. Il provvedimento si applica anche nel caso di farmaci utilizzati con indicazioni diverse da quella autorizzata.

Classificazione di farmaci erogabili dal Ssn

L'azienda farmaceutica può presentare la relativa domanda di classificazione all'Aifa solo dopo avere ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio (Aic) dello stesso medicinale.

Sperimentazioni cliniche

Le competenze in materia dell'Istituto superiore di Sanità passano all'Aifa. Ogni Regione nomina un Comitato etico per le sperimentazioni cliniche.

Farmaci omeopatici

Per i medicinali omeopatici sul mercato italiano dal 6 giugno 1995 è prevista la procedura semplificata di registrazione. In alternativa alla documentazione richiesta le aziende titolari possono presentare una dichiarazione autocertificativa sottoscritta dal legale rappresentante recante specifiche informazioni sulla sicurezza, i dati di vendita ed eventuali segnalazioni di farmacovigilanza.



Per rispondere alla crescente domanda di terapie naturali,
amplia la tua **professionalità**
attraverso la giusta **formazione**

SMB È ANCHE BIOTERAPIE

Litoterapia - Organoterapia - Fitogemmoterapici: terapie, complementi all'Omeopatia, particolarmente utili e risolutori laddove, nell'impossibilità di effettuare una corretta indagine omeopatica, sia richiesto un trattamento di facile individuazione e di pronta risposta.

SMB È PER MEDICI, VETERINARI, FARMACISTI E STUDENTI DELL'ULTIMO BIENNIO CHE VOGLIONO QUALIFICARSI AL PIÙ ALTO LIVELLO

I corsi, articolati in 6 Weekend/Anno (3 anni per Medici, 2 anni per Farmacisti) vengono svolti nelle maggiori città italiane.

SMB È SUPERAMENTO DEL DUALISMO TRA OMEOPATIA E MEDICINA UFFICIALE

Le lezioni teoriche, oltre all'insegnamento dell'Omeopatia classica, danno ampio spazio alle recenti verifiche sperimentali condotte sull'uomo, con la tecnica del oppio cieco, e sull'animale in laboratorio.

SMB È IMPARARE L'OMEOPATIA

Vengono effettuate un alto numero di esercitazioni pratiche di clinica Omeopatica verificando direttamente sul paziente, gli insegnamenti teorici, permettendo agli studenti di passare dal "SAPERE" al "SAPER FARE".

smb Italia
la Scuola di Omeopatia

Medici in formazione, al lavoro un tavolo ministeriale

a cura del coordinamento Fimmg Formazione

Il 6 agosto 2012 Fimmg Formazione e Fimmg hanno partecipato al tavolo ministeriale per la Medicina Generale, istituito a seguito delle proteste sulla detassazione delle borse di studio che chiedevano allo stesso tempo una riqualificazione amministrativa, organizzativa e culturale del Corso stesso.

Nei mesi della scorsa primavera si sono susseguiti momenti di protesta da parte dei medici in formazione specifica in medicina generale in diverse città d'Italia, partendo da Roma con l'occupazione simbolica dell'Ordine dei medici l'8 maggio e una incursione l'11 maggio durante il comitato centrale della Fnomceo, toccando altre città tra cui Napoli, Bologna, Potenza, Torino, Bari, Monza, Palermo, Messina, Catania, Ancona, Sassari. La partecipazione alle manifestazioni ha coinvolto un gran numero di futuri mmg, ed è riuscita a far emergere una condizione ancora troppo poco conosciuta, portando l'attenzione dei colleghi e dell'opinione pubblica sulle difficoltà e i disagi che caratterizzano il percorso del medico in formazione e il successivo accesso alla professione.

Il 4 giugno a Gualdo Tadino (PG), durante il consiglio nazionale Fimmg, si è svolto un incontro con il ministro Balduzzi, che nonostante abbia sollevato dei dubbi sulla possibilità di trovare delle risposte risolutive alle richieste pressanti dei giovani medici, ha provveduto a riunire intorno a un tavolo tecnico finalizzato ad analizzare e approfondire tali tematiche i rappresentanti dei medici in formazione, le OOSS rappresentative della Medicina Generale e la Fnomceo.

Durante il primo incontro del tavolo ministeriale, i rappresentanti del Ministero, per chiarezza, hanno coerentemente indicato, in apertura della riunione, che appare dif-

ficile la chiusura dei lavori entro la fine della legislatura, e che il tavolo può rappresentare un momento propositivo e sicuramente indirizzante i provvedimenti legislativi che saranno proposti all'attenzione alla prossima legislatura.

Tutti i partecipanti hanno sostenuto un avvio di discussione che parta dal documento proposto dalla stessa Fnomceo al Ministero e condiviso da Fimmg, sulle criticità del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Fimmg Formazione ha sostenuto pertanto la necessità di confrontarsi immediatamente su punti che possano essere chiariti attraverso circolari ministeriali applicative in vigore dell'attuale legislazione circa aspetti quali maternità, malattia e incompatibilità. Tali problematiche sono state raccolte dai rappresentanti del Ministero, dichiaratisi disponibili a confrontarsi per le opportune e immediate soluzioni.

Al fine di abbreviare i tempi di discussione, tutti i partecipanti al tavolo hanno con-

“
Durante il primo incontro del tavolo ministeriale, i rappresentanti del Ministero hanno coerentemente indicato, in apertura della riunione, che appare difficile la chiusura dei lavori entro la fine della legislatura, e che il tavolo può rappresentare un momento propositivo e sicuramente indirizzante i provvedimenti legislativi che saranno proposti all'attenzione della prossima legislatura



diviso la proposta ministeriale di validare il lavoro svolto dall'Osservatorio del Ministero, Fnomceo e Regioni sulla Formazione in Medicina Generale che si concluderà il 1° ottobre e che crea basi di immediato valore su cui discutere per le modifiche legislative da proporre per la definizione di un nuovo ruolo per la formazione in medicina generale anche allo scopo di aumentarne motivazioni e attrattiva per i futuri medici di medicina generale.

Nel frattempo la sezione Fimmg Formazione è all'opera per proseguire nella sensibilizzazione e nel consolidamento del ruolo del medico in formazione; tra le iniziative più significative, l'informazione capillare dei colleghi della possibilità indicata dalla Fnomceo di poter



L'opinione pubblica spesso ignora che vi sia oggi la necessità di un percorso formativo specifico post laurea per diventare medico di medicina generale, e renderla edotta non può far altro che aumentare la fiducia e la considerazione nei confronti della figura del medico di famiglia

ventare medico di medicina generale, e renderla edotta non può far altro che aumentare la fiducia e la considerazione nei confronti della figura del medico di famiglia. Trovare soluzioni ai problemi giuridico-amministrativi legati al corso di forma-

inserire il titolo di Medico di Medicina Generale negli albi professionali con pari evidenza rispetto al titolo di specializzazione.

Inoltre in questo numero di *Avvenire Medico* è stato inserito un piccolo poster da poter appendere negli studi medici, per informare i pazienti della possibilità che durante le visite vi sia la partecipazione di medici in formazione. L'opinione pubblica spesso ignora che vi sia oggi la necessità di un percorso formativo specifico post laurea per di-

zione specifica in medicina generale, con i lavori del tavolo ministeriale, il cui prossimo incontro è fissato per il 21 settembre, costituisce un punto di partenza imprescindibile per il riconoscimento del ruolo del medico di medicina generale, ma non può non essere accompagnato, considerando i continui attacchi mediatici a tutta la categoria, dalla ricerca continua di una rinnovata fiducia dell'opinione pubblica, anche attraverso piccole, ma significative iniziative.

In un mondo in cui la salute è trattata come un bene di consumo, dove l'unica soluzione per indirizzare i bisogni di salute sembra essere far pagare ticket al cittadino, piuttosto che prenderlo per mano ed avvicinarlo a corretti stili di vita, alla prevenzione e alla partecipazione attiva alla sua cura, noi crediamo che sia fondamentale poter permettere al medico di medicina generale di essere un punto di riferimento per il paziente; di essere un medico di fiducia a cui rivolgersi senza ostacoli, con cui confrontarsi, trovare strade da percorrere e soluzioni ottimali per tutti i propri bisogni di salute.

67° Congresso nazionale Fimmg Metis

Integrazione, chiave di volta per risolvere le criticità del Ssn

di Ester Maragò

“Integrazione professionale: una scelta necessaria”. È questo il titolo scelto per il 67° Congresso nazionale Fimmg Metis che si tiene dal 1° al 6 ottobre al Tanka Village di Villasimius (Ca). E il titolo dà un preciso orientamento alla discussione che coinvolgerà i quadri del sindacato provenienti da tutta Italia, articolata in sedute plenarie, alternate a workshop e dibattiti su temi specifici. “La Medicina Generale in Italia – spiega Donatella Alesso, responsabile scientifica del Congresso – in questo momento deve fare i conti con due diversi fattori: da una parte la grave crisi economica, che coinvol-

ge tutto il mondo occidentale, e dall'altra il forte bisogno di cambiamento che i mmg sentono in rapporto al mutato quadro organizzativo e alle nuove emergenze sanitarie (*“Emergenza cronicità” era infatti il tema del Congresso Fimmg Metis di alcuni anni fa, ndr*). L'integrazione professionale è una risposta reale a queste due criticità, perché sviluppa e dà respiro al ruolo dei mmg, e consente allo stesso tempo di realizzare dei risparmi, rafforzando l'unitarietà del sistema sanitario e evitando così duplicazioni e sovrapposizioni”. E l'integrazione professionale, prosegue Alesso, “si deve articolare a diversi livelli: sia in ambito intradisci-

plinare, realizzando e sviluppando le forme associate della MG, sia in ambito interdisciplinare, con un rapporto sempre più forte con i medici specialisti ambulatoriali che operano come noi sul territorio ed anche con i medici ospedalieri, per realizzare quella continuità della presa in carico del paziente che migliora i risultati terapeutici e contemporaneamente riesce a ridurre i costi”. Senza dimenticare che la sanità non è fatta solo di medici e occorre quindi sviluppare l'integrazione professionale anche con tutti gli altri profili sanitari, dagli infermieri ai fisioterapisti, dagli assistenti di studio al personale tecnico. “Un lavoro lungo per il qua-



Il programma congressuale dà spazio a tutte queste articolazioni, con momenti di discussione e di aggiornamento che affrontano un ampio ventaglio di temi

I farmaci innovativi in Medicina Generale

Si terrà venerdì 5 ottobre, all'interno del 37° Congresso Fimmg Metis, il workshop dedicato alla prescrizione e gestione del farmaco innovativo, che ancora oggi è responsabilità esclusiva dello specialista, mentre il ruolo della MG è tuttora marginale nel sistema.

La malattia cronica, invece,

richiede un approccio integrato e multidisciplinare, in cui la sovrapposizione di responsabilità tra MMG e medico specialista non deve essere una inutile duplicazione delle attività di cura, ma un confronto per individuare la migliore soluzione e garantire la presa in carico e le tutele per il cittadino affetto da



le occorrerà certo del tempo, ma che bisogna avviare gettando i semi giusti, come vogliamo fare in questo Congresso Fimmg Metis. E alla base di un'integrazione reale, fatta senza sgambetti – conclude Donatella Alessio – ci sono i principi deontologici, che devono regolare i rapporti tra i professionisti e i rapporti tra medici e cittadini”.

Il programma congressuale dà spazio a tutte queste articolazioni, con momenti di discussione e di aggiornamento che affrontano un ampio ventaglio di temi: il lavoro di squadra nelle cure primarie; la necessità per i mmg di sviluppare conoscenze e competenze per affrontare in modo integrato le malattie oncolo-

IL RUOLO DELLA MEDICINA DI FAMIGLIA NELLE VACCINAZIONI

Un'indagine condotta dal Censis su un campione di 1.200 italiani tra i 50 e gli 80 anni ha evidenziato che, nonostante la percezione della gravità di patologie quali la polmonite, solo il 41,6% dei 50-80enni italiani è consapevole dell'esistenza del vaccino contro la polmonite provocata dallo pneumococco e una percentuale ancora inferiore (31,4%) esprime interesse verso questa forma di prevenzione. Ma il 75,5% degli intervistati identifica il proprio medico di famiglia come la fonte d'elezione per reperire maggiori informazioni sulla vaccinazione pneumococcica. Ciò vuol dire che la medicina generale ha una nuova opportunità, sviluppando il proprio supporto alle campagne di immunizzazione degli adulti, verso i nuovi strumenti di prevenzione.

La collaborazione tra la medicina di famiglia, che detiene un rapporto elettivo di fiducia e informazione con i propri assistiti, e la sanità pubblica, che definisce i vaccini che meglio rispondono alle esigenze epidemiologiche e le loro strategie di offerta ottimali per il raggiungimento di un tangibile vantaggio in termini di sa-

lute pubblica, rappresenta la nuova frontiera per l'evoluzione del ruolo della medicina generale dall'attuale contributo al successo delle campagne stagionali di vaccinazione antinfluenzale a un più continuo e complesso ruolo nelle politiche di immunizzazione degli adulti per altre importanti patologie.

Su questi temi, nel pomeriggio di martedì 2 ottobre, all'interno del 67° Congresso Fimmg Metis, si terrà un workshop, moderato da Carlo Gargiulo, cui parteciperanno Giacomo Milillo, Silvestro Scotti, Walter Marrocco, Giovanni Gabutti e M. Conversano.



malattia cronica. Per implementare la medicina d'iniziativa con proposte sperimentali ed innovative, Fimmg-Metis ha messo a punto un progetto che muove da una nuova concezione di cura come knowledge based, con una formazione intensiva ed accurata del personale coinvolto, legato da un forte coordinamento interno, secondo una concezione di disease mana-

gement. Questo progetto dovrebbe condurre ad un processo virtuoso di miglioramento continuo nella cura delle malattie croniche, basato sulle evidenze che man mano verranno prodotte basandosi su dati di real practice. Lo strumento creato per realizzare il progetto è un "laboratorio" Territoriale ed Integrato di Medicina Generale, in cui sia verificabile il valore e la quali-

tà dell'innovazione. Al Laboratorio di Ricerca possono partecipare un numero di mmg "sperimentatori", formati e dotati di tecnologie informatiche adeguate, per garantire la rendicontazione della loro attività e l'elaborazione di indicatori di processo, di spesa e di risultato, sulla popolazione assistita (dai venti ai quarantamila cittadini).

Il tema della gestione dei

farmaci innovativi e i criteri con cui è stato messo a punto il progetto Fimmg Metis saranno discussi nel corso del workshop attraverso gli interventi di Giacomo Milillo, Guido Sanna e Carlo Tomino (Aifa), cui si aggiungeranno i contributi di Pali Hungin (UK), Juan M, Mendive (Spagna), Niek de Wit (Olanda) che illustreranno la situazione nei rispettivi Paesi.

giche, le malattie rare, le diverse patologie croniche e anche alcune situazioni di emergenza, per esempio dotando gli studi di defibrillatori. Momenti di discussione specifici anche sulle tematiche del farmaco, che vedranno la partecipazione dei vertici dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco. Inevitabile la discussione anche sulle norme in materia di prescrizione introdotte recentemente e sulla necessità, in controtendenza rispetto a quelle norme, di affidare ai mmg una maggiore autonomia prescrittiva anche in materia di farmaci innovativi, proprio per consentire loro di gestire sul territorio situazioni di cronicità grave.

In linea con questa tendenza ad "integrare", il

Congresso di quest'anno è stato costruito anche puntando ad una minore separazione tra il dibattito scientifico-professionale e quello politico-sindacale, nella convinzione che sia necessario esplicitare come l'uno incida sull'altro: il cambiamento delle conoscenze e della realtà epidemiologica, infatti, modifica fatalmente le esigenze organizzative e dunque le scelte politiche che devono essere compiute, come Fimmg sta dicendo da anni attraverso la proposta della Ri-Fondazione della Medicina Generale. Proprio per questo workshop e tavole rotonde si intrecceranno in tutte le giornate, con l'augurio che tutti i protagonisti trovino il modo di ascoltarsi reciprocamente.

PROTOCOLLO D'INTESA TRA FIMMG E EUROPA DONNA ITALIA

In Italia il tumore al seno rimane la prima causa di mortalità per neoplasia nel sesso femminile, con un tasso di mortalità del 17 per cento di tutti i decessi per causa oncologica.

Non tutti però sanno che gli studi statistici dimostrano un altro dato estremamente grave: l'esistenza di differenze significative nella sopravvivenza al tumore al seno fra

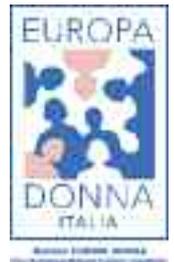


le donne delle diverse aree italiane. Si parla di sopravvivenza alla malattia e quindi di equità, appropriatezza e qualità del percorso di cura.

Perché sussistono queste differenze nella sopravvivenza delle donne delle diverse regioni italiane? È lecito supporre che oggi esistano in Italia elementi di disomogeneità nell'erogazione delle cure e nel raggiungimento delle donne? È lecito pensare che tali differenze potrebbero essere colmate grazie al miglioramento delle politiche di accesso agli strumenti preventivi? Quale ruolo e quali strumenti vengono offerti in questo campo al medico di famiglia capillare presidio di salute sul territorio e interlocutore privilegiato delle donne, presidio della salute di ogni famiglia italiana?

Per dare una risposta positiva a questi interrogativi, è nata la collaborazione tra Fimmg e Europa Donna Italia (Edi), che è il movimento di advocacy costituito nel 1993 per tutelare gli interessi e rappresentare i diritti delle donne nella prevenzione e cura del tumore al seno presso le istituzioni pubbliche nazionali e territoriali. Edì ha tra le sue finalità la promozione un maggiore impegno collettivo, soprattutto da parte delle Istituzioni nazionali e locali, nei confronti della diagnosi precoce e delle cure di questa malattia in tutta Italia, sollecitando anche l'appoggio e la solidarietà delle donne esposte a questo rischio.

Il congresso sarà l'occasione per presentare i contenuti dell'intesa e i risultati del primo impegno comune affrontato dalle due associazioni: l'indagine svolta tra i quadri dirigenti Fimmg per comprendere quanto nelle varie realtà italiane si stia facendo sia in termini di informazione alle cittadine che di formazione dei medici di famiglia, quali siano le difficoltà affrontate dalle pazienti nel proprio percorso di cura, quali bisogni esse manifestino al proprio medico di famiglia.



Defibrillatori: uno in ogni studio

Il caso di Piermario Morosini, il calciatore del Livorno crollato in campo durante una partita, nella sua tragicità ha il merito di aver richiamato l'attenzione sulla necessità di poter sempre contare su un defibrillatore, uno strumento semplice che in molte situazioni può essere decisivo per salvare una vita.

Purtroppo, come sottolinea Isabella Bartoli, responsabile del 118 di Catania, Ragusa e Siracusa, "non si tratta di casi isolati ma di numeri pazzeschi: 73mila casi l'anno di morti per arresto cardiaco improvviso, che in molti casi potrebbero essere salvati con l'impiego tempestivo di un defibrillatore". Proprio per questo Fimmg ha ideato un progetto, che si realizzerà grazie al sostegno e alla sensibilità di alcune aziende del settore e che sarà coordinato dalla dottoressa Bartoli, finalizzato a dotare tutti gli studi medici associati di un defibrillatore semi automatico. "Intervenire con il defibrillatore entro pochi minuti spesso consente di al paziente di superare la crisi e, in molti casi, quasi senza danni. Un presidio importante per i pazienti che

frequentano gli studi, che spesso sono portatori di patologie a rischio di arresto cardiaco – spiega ancora Bartoli – ma anche per tutta la popolazione e per lo stesso sistema di emergenza 118, che potrà contare su una rete capillare di defibrillatori disponibili negli studi di medicina generale distribuiti in tutto il territorio".

Il progetto sarà presentato da Giacomo Milillo, affiancato da Isabella Bartoli e da Clemente Fedele (presidente nazionale del 118), nel corso della prima giornata del Congresso Fimmg Metis, lunedì 1° ottobre. Nelle successive giornate del Congresso si terranno poi diversi workshop, per sviluppare la consapevolezza e illustrare l'impiego del defibrillatore nel primo soccorso.



Piermario Morosini

Una nuvola sul congresso Fimmg. Ma porta solo buone notizie

di Eva Antoniotti

A Villasimius si presenta il cloud Fimmg, la nuvola informatica che potrà gestire tutti i dati di attività dei mmg, offrendo applicazioni che migliorano il lavoro del medico e l'assistenza ai pazienti

Quando si parla di informatica, molti colleghi pensano ad un ulteriore carico di lavoro burocratico: trasferire dati, duplicare la compilazione di certificati e ricette, sottrarre tempo alla propria attività di assistenza. E certamente, il modo in cui sono state introdotte alcune procedure informatizzate "obbligatorie" porta proprio a pensare così. Ma l'informatica può anche essere una straordinaria risorsa per la Medicina Generale, capace di offrire strumenti che migliorano l'assistenza, consentendo allo stesso tempo di sviluppare attività di ricerca in MG e anche di offrire una base di dati certa su cui fondare le trattative sindacali. Proprio per questo l'Esecutivo nazionale della Fimmg ha messo al lavoro due colleghi appassionati ed esperti di informatica, Paolo Misericordia e Vincenzo Landro, per esplorare la possibilità di offrire strumenti informatici facili, sicuri e utili ai medici di famiglia. Oggi, come ci spiega Paolo Misericordia, tutto il loro lavoro si sta concretizzando e il risultato è una nuvola!

Dottor Misericordia, tanto lavoro solo per acchiappare una nuvola?

Sì, ma è una nuvola speciale, un cloud informatico che potrà dare risposte a tanti problemi diversi, tutti molto sentiti dai medici di medicina generale.

Partiamo dall'inizio. Perché Fimmg ha deciso di avviare questo progetto?

Nella professione, e in Fimmg in parti-

colare, sta maturando la consapevolezza dell'importanza degli aspetti connessi all'informatica. Una serie di eventi accaduti nell'ultimo periodo mostrano come sia davvero importante poter gestire le questioni inerenti all'informatica, per non essere schiacciati da regole e da situazioni non condivise. Penso ai certificati di malattia, alla ricetta elettronica e anche al rapporto sempre più complesso con il mondo delle software house. Rispetto a tutto questo dobbiamo acquisire autore-

volezza e autonomia, non solo "parare i colpi".

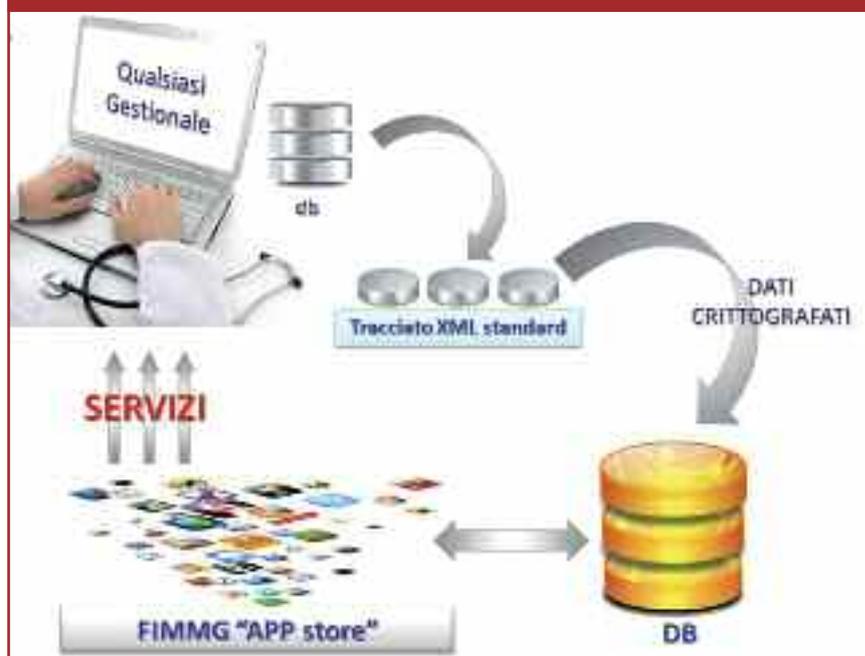
Ma si tratta solo di arginare le derive burocratiche?

Non soltanto. L'informatica diventa molto importante nella prospettiva delle aggregazioni funzionali: andremo in contro a situazioni nelle quali i pazienti, che normalmente sono seguiti da un medico che lavora con un certo software, possono essere affidati in alcune occasioni a medici che utilizzano software diversi. Se questi software non colloquiano tra loro si rischia di creare davvero dei gap assistenziali.

La soluzione a tutti questi diversi problemi sta nella nuvola, o meglio nel cloud?

Il cloud sarà presto una realtà con cui fare i conti. Quasi tutte le software house che si occupano di gestionali ambulatoriali, si stanno orientando ad un prossimo passaggio in un cloud, trasferendo in remoto sia i software che i data base. Quindi: non solo nel pc del medico non sarà più "residente" il software, e questo ha il vantaggio di non doverci più occupare di manutenzione e aggiornamenti, ma non ci sarà neanche il database, e questo può essere un problema, perché i da-

Il cloud Fimmg



ti si verrebbero a trovare in situazioni che non controlliamo, con un potenziale rischio per la riservatezza delle informazioni.

Non vi fidate?

Sia chiaro, non abbiamo la percezione che questo stia accadendo e che ci siano cadute nella sicurezza dei dati, ma obiettivamente non aver più sotto la propria scrivania il proprio database e affidarlo a soggetti che hanno un core schiettamente commerciale impone alla categoria alcune riflessioni. Senza contare che alcune aziende produttrici stanno diventando referenti diretti per l'amministrazione sanitaria, prendendo accordi diretti con le Asl o addirittura con i livelli regionali. Se non partecipiamo sul terreno informatico in prima persona, corriamo il rischio di trovarci di fronte a situazioni rigide, decise senza di noi.

Insomma, anche sul terreno informatico, volete scegliere voi, come medici e come sindacato, per fare quello che vi serve e farlo nel modo in cui vi serve.

È una buona sintesi, per dire che non vogliamo trovarci di fronte a scelte compiute senza di noi.

Cosa presenterete al Congresso di Villasimius?

L'elemento fondamentale è il "cloud Fimmg", che ha al centro un database aggregato, generato dall'affluenza dei dati provenienti dai singoli medici. In questo database i dati sono crittografati, in modo che l'accesso al dato nominativo del paziente lo abbia solo il medico curante ed eventualmente i colleghi da lui autorizzati. In più c'è la garanzia che a gestirlo è appunto Fimmg, che come mission ha la tutela della professione, e non un soggetto commerciale.

Inoltre, questo database potrà essere accessibile dai diversi software, superando le barriere e le difficoltà che indicavo prima. Infine, poter contare su questi dati sarà una risorsa importante per sviluppare la ricerca in MG e anche per l'attività sindacale di Fimmg, che avrà a disposizione dati certi nelle situazioni in cui è richiesta una rendicontazione delle attività dei mmg.

Avete in mente altri sviluppi?

Ci stiamo organizzando per distribuire, intorno al database, una serie di applicazioni. Vorremmo fare una sorta di app store di Fimmg, offrendo applicazioni utili al miglioramento della professione. Ad esempio, potrebbe venir supportato il meccanismo, che per adesso è as-

solutamente farraginoso, per l'invio della prossima ricetta elettronica. Oppure si può pensare ad una app utile per la gestione integrata ospedale-territorio, per le situazioni nelle quali è necessaria l'assistenza sia del medico di medicina generale che dello specialista.

Esiste già una app dedicata alla Continuità Assistenziale e una basata sull'Evidence based medicine, contestualizzata al singolo paziente.

Come si fa a riportare i dati Ebm al singolo caso?

È una app messa a punto da Duodecim, una società finlandese che ha messo a punto un algoritmo che, sulla base dei dati del singolo paziente, riesce a indicare le raccomandazioni cliniche appropriate.

Tutto questo vuol dire che Fimmg si sostituirà alle software house?

No, assolutamente no. Non vogliamo entrare nel mercato del software, anzi vogliamo consentire a ciascun medico di scegliere liberamente il proprio software o continuare ad usare quello che già ha. Noi vogliamo piuttosto offrire ulteriori risorse, che operano in parallelo al software, garantendo la gestione sicura del database in remoto.

Quindi lavorate sul database e non sul software?

Esattamente. Perché partiamo dall'idea che il medico sia il proprietario esclusivo del proprio database.

Quando si potrà usare tutto questo?

Ora siamo in una fase di "messa su strada": presenteremo il progetto al Congresso e crediamo che possa cominciare ad essere fruibile intorno alla fine dell'anno.

Tempi rapidi. Come avete fatto?

Abbiamo potuto contare su alcune esperienze avanzate già attive, come l'esperienza di Netmedica. Questa società veneta ha lavorato negli ultimi anni di concerto con la medicina generale per facilitare l'adesione ai contratti regionali sviluppati in quella Regione e quindi ha già una tecnologia facilmente adattabile al nostro progetto.

Che previsioni avete fatto? Quanti saranno i medici che aderiranno al cloud?

Noi pensiamo di riassorbire subito le oltre mille utenze di Netmedica nel Veneto, ma i contatti che abbiamo avuto in questi mesi con le segreterie regionali Fimmg ci dicono che c'è una larghissima attesa.



Fimmg under 40

Il 67° Congresso si fa giovane



di Alessandro Dabbene*

Medici under40 scatenati al prossimo Congresso nazionale della Fimmg, con un programma che per la prima volta darà ampio spazio alle istanze dei più giovani. Si comincia martedì 2 ottobre con la relazione di Giulia Zonno, dell'Esecutivo nazionale della Formazione, che svilupperà il tema dell'Associazione in medicina generale come luogo formativo di eccellenza per il tirocinio professionalizzante dei medici frequentanti la formazione specifica. Segue la presentazione del progetto di studio retrospettivo osservazionale vincitore del Junior Researcher Award VdGM - WONCA 2012: la vincitrice e relatrice è il medico in formazione Mirene Luciani, iscritta Fimmg Formazione della Toscana, che ci parlerà di un interessante progetto di ricerca in medicina generale da lei presentato a Vienna il 7 luglio al Wonca Europe 2012.

Ma l'appuntamento più giovane della storia dei congressi Fimmg sarà la tavola rotonda del mercoledì mattina: i relatori, tutti coordinatori regionali e nazionali della Formazione, avranno il compito di illustrare da un lato le sperimentazioni locali di Formazione Specifica, promosse dalla sezione sindacale, innovative sul piano scientifico, didattico e organizzativo; dall'altro di fare il punto sulle strategie politiche che la Fimmg sta mettendo in atto per riformare e riqualificare il Corso di Formazione a livello regionale e nazionale. Inoltre sarà dato ampio spazio al dibattito, in modo che tra relatori e partecipanti si possa identificare insieme il manifesto politico dei Medici in Formazione e rafforzare la consapevolezza della sua fondamentale importanza all'interno del più vasto progetto Fimmg.

Il giovedì mattina alcuni giovani medici parteciperanno a un workshop sull'applicazione di strumenti di telemedicina nella medicina generale, portando la propria esperienza maturata sul campo in progetti pilota realizzati nella propria realtà o al Master in eHealth dell'Università di Camerino. L'occasione sarà importante per

mostrare soprattutto ai giovani colleghi di cosa sarà fatto il loro futuro lavoro, essendo l'eHealth una modalità tecnica di affrontare i problemi che sicuramente diventerà (come è già in alcune applicazioni) parte integrante e integrata di ogni atto medico e organizzativo della medicina generale.

Per finire, il pomeriggio del giovedì contempla la presenza di politici impegnati in questioni sanitarie per conto degli attuali più importanti partiti: i giovani medici (o, amplificando la loro voce, i nostri quadri più importanti) non si lasceranno sfuggire l'occasione per interrogarli sull'importanza che riveste secondo loro la formazione e, dopo l'ovvia risposta, sulle proposte programmatiche da attuare in favore.

Lo spazio riservato ai giovani al 67° Congresso nazionale Fimmg riflette la maturità del nostro sindacato in termini di investimento nei colleghi più giovani; un investimento iniziato molti anni fa con un progetto che non ha mai rallentato e che oggi sta dando i suoi frutti in termini di consapevolezza e di progettualità sindacale da parte della generazione di domani. La stessa introduzione di un giovane nel Comitato del Congresso ne è una prova, ovviamente finalizzata ad allargare il più possibile la partecipazione e il confronto in ogni sede possibile. Un anno fa una collega, terminato il congresso, scriveva su *Avvenire Medico*: "Vorremmo far

sentire la nostra voce a chi, accogliendola con fiducia, può realmente espanderla in un'eco che arrivi laddove si decide come governare per noi! Ed è con questo entusiasmo vissuto insieme a tutti i colleghi che ho conosciuto e che già conoscevo, che rivolgo i miei desideri e la mia fiducia al prossimo 67° Congresso 2012, e in particolare a quella Sessione Giovani che tanta energia porterebbe, se solo le si attribuisse lo spazio e il tempo che merita". Sono certo che i giovani medici sapranno sfruttare l'occasione che viene ora data loro.

*Comitato Scientifico 67° Congresso

Lo spazio riservato ai giovani al 67° Congresso nazionale Fimmg riflette la maturità del nostro sindacato in termini di investimento nei colleghi più giovani; un investimento iniziato molti anni fa con un progetto che non ha mai rallentato e che oggi sta dando i suoi frutti in termini di consapevolezza e di progettualità sindacale da parte della generazione di domani



Avviso per i sigg. pazienti

Alcune delle attività cliniche che il suo medico di famiglia svolge in questo ambulatorio possono comprendere la partecipazione di medici tirocinanti, giovani colleghi che svolgono attività formativa pratica.

I medici tirocinanti che partecipano alle visite (con il consenso del paziente), hanno i medesimi obblighi del vostro medico, e di tutto il personale di studio, per quanto riguarda il rispetto della privacy e del segreto professionale.



Chi è il tuo futuro medico di famiglia?

Oltre alla Laurea in Medicina e Chirurgia, il moderno medico di famiglia deve completare il suo percorso formativo con il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

È un corso che, come la specializzazione, si effettua dopo la laurea per i professionisti che hanno scelto di diventare medici di famiglia e di lavorare sul territorio.

Al corso si accede attraverso un concorso pubblico, la durata del periodo formativo è di 3 anni durante i quali è previsto un impegno a tempo pieno.

In questi giorni i futuri medici di famiglia italiani stanno manifestando affinché la formazione in medicina generale si arricchisca di nuovi contenuti e diventi una realtà in continuo aggiornamento. Le proteste chiedono di ottenere una maggior tutela di diritti fondamentali, come maternità e malattia, per chi si impegna in questo percorso.



Questo piccolo manifesto vuole farvi conoscere quanti, ispirandosi al vostro medico di fiducia, hanno scelto il lavoro di prendersi cura della vostra salute.

FIMMG Medici in Formazione

67° CONGRESSO NAZIONALE FIMMG-METIS 2012

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE: UNA SCELTA NECESSARIA

1-6 ottobre 2012 Villasimius (CA) - Tanka Village

Programma

1 OTTOBRE 2012 - LUNEDI'

- 9.00-10.00 Apertura del Congresso
Giacomo Milillo
Saluto delle autorità
Presentazione del Congresso
Malek Mediati
Di che cosa parliamo in questo Congresso
Donatella Alessio
- 9.00-10.00 **L'INTEGRAZIONE DELLE CURE PRIMARIE**
I medici di medicina generale dalle scelte alla scelta. Presentazione risultati questionario FIMMG
Tommasa Maio
- LAVORARE IN SQUADRA**
Forme aggregative della medicina generale
Vittorio Boscherini
Sviluppo di funzioni diverse all'interno delle forme organizzative delle cure primarie
Tommasa Maio
Tutela del rapporto di fiducia medico - paziente nella realtà delle forme organizzative
Andrea Stimamiglio
Discussione e Conclusioni
- La defibrillazione precoce nel territorio
Isabella Bartoli, Clemente Fedele, Bernardo Alagna
- 11.30-13.30
WORKSHOP Il ruolo e l'importanza dei devices e del loro corretto impiego nella terapia delle malattie respiratorie croniche
(con il supporto non condizionante di MENARINI)
F. Braidò, D. Grisillo
- WORKSHOP Empowerment del mmg con l'EBM al punto di cura
P. Misericordia, V. Landro, P. Wallentin Nyberg, M. Mangia
- 14.00-20.00
WORKSHOP BLS-D: primo soccorso e defibrillazione precoce
I. Bartoli, V. Lombardo, G. Priolo
- 14.30-16.30
WORKSHOP Paziente ad alto rischio cardiovascolare: dalla pratica clinica al real life
G. Sanna, D. Vanuzzo, L. Degli Esposti
- WORKSHOP Appropriately prescrittiva e nota AIFA: strade consolari o strade statali
(con il supporto non condizionante di PFIZER)
F. Spandonaro, L. Sparano, R. Venesia
- 16.30-18.30
WORKSHOP Cure palliative in Medicina Generale
L. Bacchini, F. Orlandini

*invitati
°fuori accreditamento

2 OTTOBRE 2012 - MARTEDI'**9.00-11.30 INTEGRAZIONE PROFESSIONALE, FORMAZIONE E RICERCA**

Presentazione Protocollo d'intesa Fimmg-Europa Donna.

*Rosanna D'Antona, Elisabetta Marano***LA FORMAZIONE**Coordinatore: *Donatella Alesso*

Sviluppo di differenti modalità di formazione nell'ambito associativo

Donatella Alesso

Il MMG esperto in specifici argomenti come supporto per i colleghi associati

Lorenza Bacchini

L'associazione come luogo di formazione specifica in medicina generale

Giulia Zonno

Collaboratori di studio: quale formazione?

Massimo Magi

Discussione e Conclusioni

LA RICERCACoordinatore: *Guido Sanna*

La ricerca in medicina generale

Guido Sanna

Presentazione del progetto di studio retrospettivo osservazionale vincitore del Junior Researcher Award VdGM -WONCA 2012

Mirene Luciani

Valutazione di fenomeni assistenziali complessi attraverso indicatori di performance

Marina Moscatelli

Intercettare e curare i pazienti a rischio prima dello sviluppo della malattia cronica: parametri e indicatori di rischio

Roberto Giugliano

Discussione e Conclusioni

11.30-13.30

WORKSHOP L'integrazione professionale dell'assistenza primaria nella gestione delle malattie rare

S. Scotti, E. Aringhieri, A. Selicorni, G. Sanna

WORKSHOP Per l'assistenza integrata del malato: un'alleanza solidale tra FIMMG, AIOM, SIPO e FAVO

F. De Lorenzo, A. Costantini, L. Cacciotti, G. Numico

14.00-20.00

WORKSHOP BLS-D: primo soccorso e defibrillazione precoce

I. Bartoli, V. Lombardo, G. Priolo

14.30-16.30

WORKSHOP La medicina di famiglia dalla vaccinazione antinfluenzale alle nuove vaccinazioni dell'adulto

(con il supporto non condizionante di PFIZER)

C. Gargiulo, S. Scotti, W. Marrocco, G. Gabutti, G. Milillo, M. Conversano

WORKSHOP Il piede Diabetico Vascolare: come prevenirlo e come curarlo

*D. Grimaldi, D. Alesso, A. Pizzini, P. Giorgianni, P. Antignani, B. Lucia,**M. Di Salvo, G. Failla, T. Raciti*

16.30-18.30

WORKSHOP Paziente iperuricemico e gottoso: facciamo il punto

(con il supporto non condizionante di MENARINI)

G. Minisola, G. D'Avola, G. Desideri, A. Lombardi

WORKSHOP Sovrappeso e dislipidemie

*A. D'Ingianna, A. Pizzini, W. Marrocco, G. Marri*Presentazione del Repertorio Legale
ai membri del Consiglio Nazionale Fimmg
Partecipa l'Avv. Francesco Caroleo*invitati
°fuori accreditamento

3 OTTOBRE 2012 - MERCOLEDÌ

9.00-13.00 L'INTEGRAZIONE DELLE CURE

9.00-9.30 Presentazione Position Paper sulla sostituibilità dei farmaci nella pratica prescrittiva in Medicina Generale
Roberto Venesia, Luigi Sparano, Giacomo Milillo, Walter Marrocco

9.30-9.45 Indagine del Centro studi Fimmg: impatto della crisi economica sulla salute
Paolo Misericordia

9.45-10.00 Effetti economici dell'integrazione professionale per la spesa sanitaria
Federico Spandonaro

10.00-11.30

TAVOLA INTEGRAZIONE PROFESSIONALE NEL MONDO MEDICO

ROTONDA Partecipano: *Giacomo Milillo – Roberto Lala- Giuseppe Mele- Costantino Troise- Riccardo Cassi- Biagio Papotto* - Massimo Cozza - Sergio Pillon*

Modera: *Amedeo Bianco*

Discussione e Conclusioni

11.30-13.00

TAVOLA ESPERIENZE E PROGETTUALITÀ PER UNA RIFORMA DELLA FORMAZIONE

ROTONDA SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Partecipano: *Claudia Episcopo, Giulia Zonno, Federico Renzulli, Ilaria Ferrari Luigi Tramonte*

Modera: *Alessandro Dabbene*

Discussione e Conclusioni

14.30-19.00

Premio Mario Boni

I medici di famiglia nella post emergenza: il nuovo modello dei PASS

Il Progetto Mattone Internazionale: vincoli e opportunità di evoluzione per la Medicina Generale

Intervengono: *Malek Mediati, Paolo Stocco, Giuseppe Ruocco*

Interventi delle autorità

Relazione del Segretario Generale Nazionale Giacomo Milillo

Intervento del Ministro delle Salute, Prof. Renato Balduzzi



*invitati
 °fuori accreditamento

4 OTTOBRE 2012 - GIOVEDI'

- 9.00-11.30 **e-TECHNOLOGY AL SERVIZIO DELLA INTEGRAZIONE**
 Coordinatore: *Vincenzo Landro*
 Dalla teoria alla pratica: gli strumenti dell'integrazione, cosa abbiamo, cosa vorremmo, a cosa non possiamo rinunciare
Sergio Pillon
 Il Cloud FIMMG per una Medicina Generale senza frontiere.
 -L'architettura della nuvola Paolo Misericordia
 -I servizi per il MMG nella continuità dell'assistenza
Tommasa Maio/Marco Visconti
 -Il supporto alle attività dei contratti locali
Franco Del Zotti°
 Il punto di vista delle Regioni
*Antonio Brambilla**
 e-technology e impatto sulla privacy
*Claudio Filippi**
 Discussione e Conclusioni
- 11.30-13.30
 WORKSHOP Integrazione professionale: dalla teoria alla pratica. Strumenti, tecnologie e opportunità per la collaborazione e la cooperazione tra medici di medicina generale, pazienti e altre figure sanitarie
S. Pillon, A. Dabbene, D. Giroto, P. Misericordia, M. Morgando
- WORKSHOP L'assistenza primaria nei penitenziari italiani
A. Brambilla, V. De Donatis, S. Babudieri, N. Levita, C. Capobianco
- WORKSHOP Scelta della terapia antiipertensiva in Medicina Generale (con il supporto non condizionante di NOVARTIS)
A. Schipani, D. Campisi, A. D'Ingianna, M. Eandi
- 15.00-19.00 TAVOLA ROTONDA
 Diritti dei cittadini e sostenibilità del Ssn

5 OTTOBRE 2012 - VENERDI'

- 9.00-13.30
 9.00-9.30 Presentazione del Progetto di collaborazione Fimmg -Telethon
 Ricercatore Telethon, *Domenico Grimaldi*
- 9.30-10.30 **INTEGRAZIONE PROFESSIONALE: FARMACI E PRESCRIZIONE**
 TAVOLA ROTONDA
 Farmaco innovativo e sistema di regolazione
Roberto Venesia
 Farmaci innovativi: prescrivibilità e sperimentazione dei mmg Rappresentante Farminindustria
 Coordinatore: *Guido Sanna*
 Discussione e conclusioni
- 10.30-12.00 TAVOLA ROTONDA CON RAPPRESENTANTI AIFA
 Coordinatore: *Walter Marrocco*
- 14.00-20.00
 WORKSHOP BLS-D: primo soccorso e defibrillazione precoce
I. Bartoli, V. Lombardo, G. Priolo
- 14.30-16.30
 WORKSHOP I farmaci innovativi in Medicina Generale (con il supporto non condizionante di BMS)
G. Milillo, J.M. Mendive, G. Sanna, C. Tomino
- WORKSHOP Malattia e invalidità: chi certifica, chi controlla, chi concede
 (con il supporto non condizionante di BMS)
A. Petrone, G. Marinoni, R. Le Pera, L. De Zorzi
- 16.30-18.30
 WORKSHOP La previdenza Enpam dopo la riforma: modifiche, aspetti pratici, prospettive - a cura della Commissione Pr.Ass.Is.
Franco Pagano
- WORKSHOP La gestione integrata delle patologie croniche attraverso interfacce informatiche territorio-ospedale
M. Visconti, M. Galetta, M. Locci

*invitati
 °fuori accreditamento

6 OTTOBRE 2012 - SABATO

9.00-13.30

INTEGRAZIONE: ESPERIENZE REGIONALI A CONFRONTO

- 9.00-10.30 L'ambulatorio di gestione integrata per i diabetici nella regione Sicilia
Giacomo Caudò
 La gestione integrata del diabete in Piemonte
Roberto Venesia, Andrea Pizzini
 Organizzazione delle cure primarie in funzione della presa in carico del paziente affetto da malattia cronica. L'esperienza della ASL 311 Monza Brianza
Aurelio Limonta, Lo Piccoli Silvia
 L'integrazione dei Medici di Cure Primarie con ASL e distretti nell'esperienza di Brescia. L'importanza delle comunità di pratica e della formazione continua
Angelo Rossi
 L'associazionismo in MG: un percorso sperimentale in evoluzione continua nella ricerca ottimizzare il servizio al cittadino (AUSL Imola Bologna)
Shirley Ehrlich
 L'Audit clinico
Domenico Quadrelli
 Discussione e Conclusioni
- 10.30-12.00 Casa della Salute "Roberto Masoni".
Luciano Caciagli
- La Casa della Salute "La Rosa".
Stefano Moscardini
 - Sperimentazione Gruppi Cure Primarie (GCP) nella ASL di Como.
Giancarlo Grisetti
 - Strumenti e metodi per una medicina generale efficace e integrata
Guido Lucchini
 - Nuclei Cure Primarie: progetto Cosenza
Mario Santelli, Gianfranco Scarpelli
 - Sostenibilità ed appropriatezza di nuove attività dei mmg nei distretti di Trieste. Il PDMG per un rilancio della PHC.
Carlo Rotelli
 Discussione e Conclusioni
- 12.00-13.30 Il progetto dell'ASS1 Triestina.
Fabio Samani
 "Ospedale Virtuale" dell'ASL RMA.
Antonio Calicchia
 Il Progetto DREAMING
Dino Trento
 Lo sviluppo delle aggregazioni nella Regione Marche
Massimo Magi
 La sperimentazione dell'h12 in Basilicata
Michele Campanaro
 Il risk management nel territorio
Paolo Cantaro, Domenico Grimaldi
 Discussione e Conclusioni
- 10.00-16.00
 WORKSHOP BLS-D: primo soccorso e defibrillazione precoce
I. Bartoli, V. Lombardo, G. Priolo
- 14.30-17.30 Aspetti dell'integrazione professionale: le evidenze emerse.
 Intervento del Segretario Generale Nazionale Fimmg - Giacomo Milillo
 Question time
 Discussione
 Chiusura del Congresso

*invitati
 °fuori accreditamento



Un film di denuncia

di Danilo Poggiolini*

Pubblichiamo in queste pagine alcuni brani tratti dal libro di Danilo Poggiolini *Un estraneo nel palazzo, dalle associazioni mediche alla politica*, che ripercorre la storia della Medicina Generale in Italia degli ultimi decenni. Siamo convinti che possa essere una lettura interessante per tutti: per i colleghi più giovani per capire quanto lavoro è stato fatto in questi anni, mentre per gli altri sarà un'occasione per rinfrescare i propri ricordi

Nel 1964 il medico bolognese Giuseppe D'Agata pubblicò "Il medico della mutua", libro che provocò un certo scandalo nella "classe medica", come si chiamava allora. Già la definizione obsoleta di "classe medica," che qualche volta si sente ancor oggi, è alquanto fuor di luogo.

Perché mai si dovrebbero identificare i medici come classe sociale, mentre non si dice, ad esempio, la classe ingegneristica o la classe avvocatizia? In realtà erano soprattutto i medici che gratificavano se stessi con quella definizione.

Il libro di D'Agata sarebbe forse rimasto confinato nell'ambito dei medici o dei sociologi, se non avesse attirato l'attenzione del regista Luigi Zampa che, avvalendosi di un grande attore come Alberto Sordi, costruì su quel modesto testo, polemico autocritico e caricaturale, un grande successo cinematografico.

Il film piacque molto. Con le esagerazioni tipiche della satira impietosa, esso rivelava le miserie, le incongruenze e le magagne dell'attività professionale del "medico della mutua" di quei tempi. Da allora la qualificazione "della mutua" si applicò automaticamente a tutto ciò che è scadente per definizione: fasullo, di qualità inferiore.

Nel film si dipingeva un medico-robot, che visitava freneticamente centinaia di pazienti

dedicando loro pochi minuti ciascuno, con una caccia spietata, sordida e spesso comica, all'acquisizione dei "preziosi" clienti, gli assistiti dalle mutue, definiti allora i "mutuati".

Era davvero il punto più basso cui la professione medica era giunta? Avendo vissuto quel periodo ritengo di sì. Se da allora la situazione è migliorata progressivamente, è forse anche a causa di quell'impietoso ed esemplare film e alla efficace interpretazione di Alberto Sordi, che costrinse i medici a rendersi conto del loro stato, e molti altri a focalizzare la situazione.

Fu infatti da allora che si accelerò il cammino verso quel Servizio Sanitario Nazionale che era nella mente dei politici più illuminati, già poco dopo l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana, la quale infatti all'articolo 38 esplicitamente dichiara: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e della collettività..." e opportunamente aggiunge "...garantisce cure agli indigenti".

I ricchi, allora come ora, provvedevano da soli: essi potevano accedere alla professione libera ed alle cure private, alle cliniche ed anche ai grandi ospedali nella categoria "solventi", vale a dire pa-

ganti in proprio, con trattamento alberghiero in apposite camere, ben più confortevole delle normali corsie. Gli indigenti erano assistiti sul territorio dai medici condotti e dagli Enti Comunali di Assistenza, ECA, detto anche l'elenco dei poveri. E tutti gli altri? Le normali famiglie di operai, impiegati, artigiani, commercianti, agricoltori come affrontavano le malattie?

Con le loro mutue.

Per capire di più circa il modo di operare del medico di base di quei tempi, messo alla berlina dal film – denuncia con Alberto Sordi, occorre addentrarsi nella complessa organizzazione mutualistica.

Ricordo che gli ospedali ancora negli anni cinquanta erano Opere Pie, ma si andavano rapidamente trasformando, con la legge Mariotti, in presidi statali, che diverranno poi regionali. I medici che vi operavano naturalmente divennero così dipendenti pubblici.

Al tempo dei fatti narrati da D'Agata negli ospedali i medici lavoravano privi di veri e propri stipendi, ma veniva suddiviso fra di essi in parti "diseguali" ciò che le mutue versavano per i loro assistiti ricoverati. I compensi destinati ai medici curanti ospedalieri venivano suddivisi in sette parti con l'assurdo metodo del 4-2-1.



Quattro parti andavano all'unico primario, due parti agli aiuti che erano solitamente due, ed una sola parte veniva distribuita tra i numerosi assistenti ai quali andavano le briciole! Essi avevano dunque bisogno di integrare le loro entrate con l'attività mutualistica esterna. Oltretutto non era difficile per loro procacciarsi clienti, dopo averli già curati in corsia.

Il rapporto dei medici con la principale mutua italiana, INAM Istituto Nazionale Assicurazione Malattia, era diverso e multiforme.

Vi era il rapporto di fiducia: l'assicurato veniva invitato a scegliersi un medico al quale soltanto poteva riferirsi, salvo il diritto di revocarlo se non ne era contento.

La catena di montaggio del dottor Tersilli

Tutti i medici operanti negli ospedali, tutti gli specialisti libero-professionisti in quanto laureati in medicina, potevano convenzionarsi con le Mutue come "medici generici", come si diceva allora.

Di fatto, tranne qualche noto primario impegnato nell'attività privata, e che non intendeva "declassarsi", quasi tutti si con-

venzionavano, sia per integrare i compensi ospedalieri, sia per avere il diritto di prescrivere medicine gratuite sul ricettario delle mutue. Si iscrivevano per effettuare visite di medicina generale talora persino ostetrici e oculisti.

L'attività mutualistica "generica" era per questi professionisti una sorta di sinecura. Nessun pagamento era dovuto da parte del paziente per le prestazioni mediche, che erano pagati dalle mutue che ricevevano i contributi dei datori di lavoro e degli stessi lavoratori con le apposite trattenute sulla busta-paga.

Al medico "di fiducia" venivano pagate a quei tempi dall'Inam trecento lire per la visita medica in studio: pochissimo, però la stessa cifra era riconosciuta anche per quelle prestazioni ambulatoriali che spesso si risolvevano in un rapido controllo con ripetizione di ricetta o con un certificato medico, anche per un'assenza dal lavoro di un solo giorno. Quando il paziente non era in grado di recarsi all'ambulatorio poteva richiedere la visita a domicilio, che veniva



retribuita al medico con la fantastica cifra di seicento lire.

Trecento lire degli anni '50-'60 corrispondono a circa 4-5 euro del 2010!

Questa lunga premessa è necessaria per far comprendere perché i medici meno corretti moltiplicavano le visite brevi e soprattutto le rapide ripetizioni di ricette nelle loro "notule" (i resoconti quotidiani da inviare alle mutue per il pagamento), nonché i rapidi consigli, pagati tutti a trecento lire. Ciò era favorito anche dal fatto che per risparmiare sui medicinali, e cioè sulla spesa farmaceutica, vi era il divieto di prescri-

Una storia da conoscere

Molti colleghi, specie i meno giovani, sanno che la Fimmg fu protagonista principale del passaggio dalle mutue al Ssn. La medicina generale delle mutue era aperta a tutti i medici, molti dei quali, già in carriera in altri settori, consideravano la medicina generale, che allora si chiamava, significativamente, "la generica", un lavoro aggiuntivo, una specie di sinecura, dovevamo passare alla creazione del settore di medicina generale. Da medico della mutua al medico di medicina generale di fiducia e di famiglia.

Oggi tutto ciò è pacifico ed acquisito, ma per arrivarci furono necessarie molte difficili battaglie sindacali di cui la Fimmg fu la principale e indispensabile protagonista.

Forse non è inutile che i giovani medici sappiano qualcosa di più della nostra storia sindacale. Danilo Poggiolini, che in quel tempo fu per un ventennio al vertice del sindacato, al momento della sua ristrutturazione ed espansione nazionale sta per pubblicare un suo libro intitolato *Un estraneo nel palazzo, dalle associa-*

zioni mediche alla politica. Nella prima parte del libro Poggiolini racconta il difficile passaggio dalle decine di mutue alla

convenzione unica da cui nacque il settore autonomo, qualificato e qualificante della "Medicina Generale" senza la quale il Servizio sanitario nazionale non avrebbe potuto nascere. L'amico Danilo mi ha mostrato le bozze della prima parte del libro e ho ritenuto opportuno che vengano pubblicate in anteprima a puntate su *Avvenire Medi-*



co. Sono lieto che ricompaia sull'organo ufficiale della Fimmg una firma che si ritrova in tanti articoli nella raccolta dei numeri di *Avvenire Medico* dei decenni trascorsi, in tanti articoli dei momenti cruciali dello sviluppo del sindacato e della stessa nascita della professione di medico di medicina generale.

Giacomo Milillo

vere su di una sola ricetta un intero ciclo di cura, costringendo così il medico a “rivedere” il paziente quando questo aveva terminato le due scatole di farmaci prescrivibili, anche se la malattia era cronica e la cura lunga. I medici ne erano ben lieti perché ciò incrementava i loro compensi. Ne derivava una specie di squalificata e squalificante catena di montaggio, come quella del dottor Tersilli interpretato da Alberto Sordi! Paradossalmente chi faceva visite accurate, dedicando ad esse più tempo, finiva

Tutti i medici operanti negli ospedali, tutti gli specialisti libero-professionisti in quanto laureati in medicina, potevano convenzionarsi con le Mutue come “medici generici”, come si diceva allora

con il guadagnare di meno. Di fronte a questa situazione assurda, l’Inam (di gran lunga la mutua maggiore) per limitare la spesa, concordò con i sindacati dei lavoratori in rappresentanza degli assistiti e con l’Ordine dei Medici a tutela della professione, la creazione di una Commissione disciplinare attiva in ogni Provincia che ridimensionava il compenso e comminava multe per quei medici che, pur in assenza di un numero consistente di anziani o malati cronici, avevano richiesto

il pagamento di un numero di visite superiore al 50% della media provinciale. Ma perché ricordare oggi quella normativa lontana? Perché solo così si può ricostruire lo storico passaggio dal medico della mutua, che aveva toccato il fondo con le aberrazioni raccontate, al medico di famiglia del Servizio Sanitario Nazionale. E testimoniare il ruolo che le rappresentanze mediche più consapevoli svolsero da quel momento in poi per accelerare i tempi della fine delle mutue e di una conseguente radicale riforma sanitaria. Una riforma che a quei tempi era soltanto oggetto di convegni teorici tenuti da sociologi, politici e medici illuminati.

** Il testo è tratto dal libro Un estraneo nel palazzo, dalle associazioni mediche alla politica, in corso di pubblicazione*

LE NEWS

a cura di Laura Berardi

Ictus. Una proteina riduce i danni e allunga i tempi di intervento

Inibire una proteina endogena del sangue appartenente al sistema del complemento, chiamata Mannose Binding Lectin (MBL), ridurrebbe – secondo lo studio pubblicato su Circulation – il danno cerebrale causato da ictus, consentendo di allungare utilmente il tempo di intervento fino a quasi 24 ore. È questo il risultato di una ricerca anche italiana, condotta dall’Istituto di Ricerche Farmacologiche ‘Mario Negri’. Nonostante i recenti progressi nella gestione dei pazienti ischemici (diagnosi precoce, trombolisi, creazione di stroke unit e riabilitazione), l’ictus continua ad avere una prognosi estremamente sfavorevole, rappresentando una delle principali cause di morte e la prima causa di disabilità grave nei paesi industrializzati. A tutt’oggi l’unica terapia disponibile per l’ischemia cerebrale è l’attivatore tissutale del plasminogeno (tPA). Purtroppo però meno del 5-7% dei pazienti può essere sottoposto a questo trattamento in quanto questo

farmaco può avere gravi effetti collaterali e non può essere somministrato oltre le 4.5 ore dall’evento ischemico.

Le difficoltà della ricerca farmaceutica spiegate in un social game

Boehringer Ingelheim ha annunciato il lancio della versione beta di Syrum. Il social game sarà realizzato per Facebook, avrà la funzione di informare e fare formazione in un mondo digitale che cambia. In fase di sviluppo da più di due anni, Syrum è stato infatti specificamente progettato per dimostrare la complessità dei processi di ricerca e sviluppo dei farmaci, utilizzando i meccanismi del gioco, e promuovere nella community digitale conoscenza e innovazione in maniera divertente e coinvolgente. Syrum è un gioco in cui i partecipanti pos-

sono creare e gestire la propria azienda farmaceutica, utilizzare un laboratorio virtuale per scoprire e creare ipotetici farmaci che migliorino la salute del mondo. I giocatori possono creare le molecole e scambiarle con altri giocatori. In ciascuna ‘fase’ del gioco i partecipanti devono affrontare un problema specifico, una patologia o una pandemia. L’obiettivo è trovare la cura, partendo dalla creazione di un principio attivo, proseguendo con la conduzione di uno studio clinico, sino a rendere il farmaco disponibile sul mercato. Il lancio mondiale ufficiale di Syrum è previsto per il 2013.



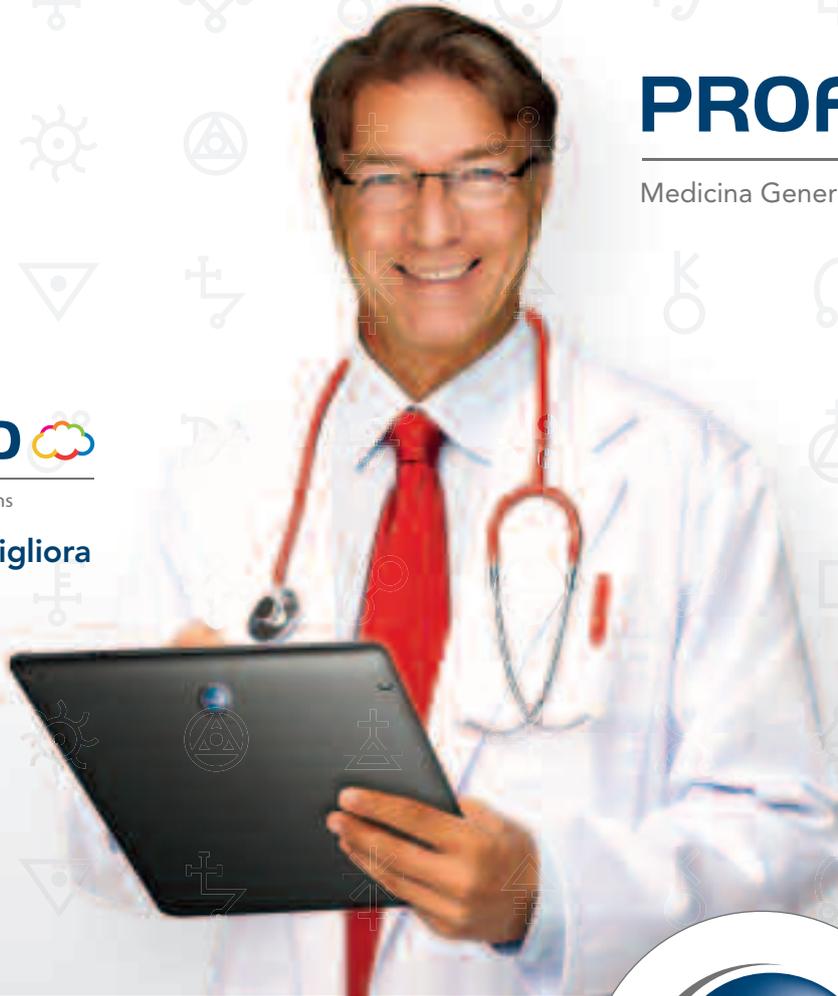
PROFIM®

Medicina Generale

drCLOUD

Healthcare Network Solutions

**La nuvola che migliora
il tuo tempo.**



Synchronizing Healthcare



**CompuGroup
Medical**

**Cartella clinica. Supporto decisionale.
Risk management. Governance.**

PROFIM è il software per il Medico di Medicina Generale al vertice dell'offerta nazionale. Soluzione consolidata, evoluta, completa e sicura, ti supporta ogni giorno nella tua professione, lasciandoti più tempo a disposizione per la cura dei tuoi assistiti e più tempo per te stesso. Le cose che più contano.

PROFIM è un software di CompuGroup Medical, l'unico network internazionale che può contare oltre 385.000 medici clienti in 34 differenti Paesi nel mondo. Un'ulteriore garanzia di sviluppo e di comunicazione integrata.

PROFIM è ora integrato con:

CGM DOCUMENTS

Medical Information System

Software professionale di archiviazione multimediale della documentazione dei pazienti.

CGM LIFE eSERVICES

Salute Online

Piattaforma di comunicazione online per lo scambio di informazioni tra medici e pazienti.



- + Professionalità
- + Integrazione
- + Sicurezza
- + Conoscenza

Numero Verde
800.011.781

www.profimweb.it

cinque notizie per cinque righe

a cura di Stefano Nobili

1. La radioterapia diminuisce il rischio di mastectomia nelle donne over 70

Le pazienti ultrasessantenni, affette da cancro mammario ad uno stadio precoce, hanno un rischio di mastectomia inferiore al follow up se sottoposte a radioterapia. Dieci anni dopo l'intervento di chirurgia conservativa, il rischio di mastectomia dopo radioterapia era del 3.2%, mentre era del 6.3% nelle donne non sottoposte a radioterapia. Diversi studi hanno dimostrato che la radioterapia migliora la sopravvivenza e diminuisce la probabilità di mastectomia nei tumori in stadio precoce.

MedPage Today Aug 13, 2012.



2. ASA quotidiano e bassa mortalità da cancro



L'ultimo studio osservazionale non randomizzato sulla diminuzione della mortalità per cancro è stato pubblicato sul Journal of the National Cancer Institute (JNCI) e mostra una percentuale del 37% negli oltre 100.000 soggetti che assumevano ASA per almeno 5 anni. Non è chiaro però il dosaggio dell'ASA per raggiungere l'obiettivo di diminuire la mortalità da cancro di tutti i tipi. Gli autori dello studio affermano comunque che è prematuro consigliare l'ASA per prevenire il cancro.

ScienceDaily Aug 10, 2012.

3. Il gruppo sanguigno di tipo O è legato alla diminuzione di rischio cardiovascolare

I soggetti con gruppo sanguigno A, B o AB hanno un rischio coronarico maggiore rispetto a quelli che appartengono all'emogruppo O. Lo affermano una serie di studi prospettici di coorte e una meta analisi di altri 7 studi. Il rischio più alto è stato osservato nell'emogruppo AB, seguito dal gruppo B, quindi dall'A, individuando una possibile spiegazione nella presenza di un aumento del 25% del fattore VIII nei soggetti con emogruppo non-O, rispetto ai soggetti con emogruppo O.

Qi L, et al: Arterioscler Thromb Vasc Biol 2012; DOI: 10.1161.



4. Lenti a contatto nel glaucoma



Una nuova metodologia per la misurazione della pressione oculare nelle 24 ore è stata sperimentata su 40 soggetti attraverso l'applicazione di particolari lenti a contatto. La lettura della pressione dell'occhio veniva rilevata attraverso sensori che leggono le differenze di curvatura della cornea, indice di aumentata pressione oculare e che trasmettono i dati in modalità wireless. Questa metodologia innovativa è di sicuro interesse nello studio del glaucoma.

Mansouri, et al: Arch Ophthalmol 2012; DOI: 10.1001/archophthalmol.2012.2280.

5. La cioccolata contrasta il decadimento cognitivo?

È noto che l'introduzione nell'alimentazione di flavonoidi possa produrre benefici sull'apparato cardiovascolare. I flavonoidi sono contenuti nel tea, vino rosso, mele, cacao e suoi derivati alimentari come ad esempio il cioccolato. Lo studio condotto presso l'Università dell'Aquila parte dall'ipotesi che i flavonoidi contenuti in alta quantità nella dieta possano migliorare il deterioramento cognitivo lieve sulla base di alcuni tests come il Trail Making e il Verbal fluency.

MedPage Today, Aug 13, 2012.



Ogni settimana 5 notizie X 5 righe è su:



FIMMG NOTIZIE

Il dermatoscopio nelle mani del medico di medicina generale. L'esperienza dell'Ausl di Rimini

di Stefano Catrani*, Christian Landi*, Franco Mandolesi**, Giuseppe Montanari**, Maurizio Pallanti*, Bruno Sacchetti**

Il melanoma cutaneo è raro prima della pubertà e colpisce prevalentemente soggetti di età compresa tra i 30 ed i 60 anni, di classe sociale medio-alta. L'incidenza documentata per questo tumore è in crescita costante in tutto il mondo, probabilmente raddoppiata negli ultimi 10 anni. La prognosi del melanoma è correlata allo spessore della lesione al momento della diagnosi istologica, misurato in millimetri, secondo le indicazioni di Breslow. Individuare il melanoma quanto più precocemente possibile rappresenta, quindi, la principale arma per tentare di ridurre la mortalità. Grazie a campagne di educazione sanitaria e allo screening delle popolazioni a rischio, se nel 1960 solo la metà dei malati di melanoma era ancora in vita 5 anni dopo la prima diagnosi, oggi sopravvive circa l'80%. La terapia del melanoma è chirurgica, mirata all'asportazione radicale allargata del tumore primitivo; nelle forme recidivanti o metastatiche vengono applicati protocolli internazionali, in parte sperimentali.

Al fine di razionalizzare l'uso delle ri-

sorse e per ridurre i tempi d'attesa presso le strutture dermatologiche, un ruolo centrale è stato attribuito al miglioramento del ruolo di filtro del mmg. È stato segnalato, in articoli scientifici, il frequente riscontro presso gli ambulatori dermatologici di soggetti che non presentano lesioni pigmentate sospette, né fattori di rischio per il melanoma, ma che hanno richiesto la visita solo per trovare rassicurazioni. Pur non ignorando le difficoltà incontrate dal mmg nella gestione di tali pazienti, sia sul versante medico (diagnosi differenziale fra una lesione pigmentata benigna e una lesione sospetta) che su quello umano (fornire rassicurazione a pazienti, che pretendono indagini strumentali, spesso inutili), bisogna sottolineare che le conseguenze di questi accessi incongrui (un maggiore dispendio di risorse e più lunghi tempi d'attesa) potrebbero penalizzare i soggetti che realmente hanno urgenza di essere



Dermatoscopio manuale

visitati dal dermatologo.

Verso gli ambulatori per la diagnosi precoce del melanoma vanno indirizzati i pazienti cosiddetti "a rischio" (familiarità per melanoma, fototipo I-II, storia di scottature solari in gioventù, numero di nevi > 50, nevi melanocitici atipici) o che presentino lesioni pigmentate potenzialmente sospette. Al mmg viene richiesto di selezionare i casi che necessitino di valutazione specialistica, verificando la consistenza del sospetto clinico nella lesione identificata dal paziente e di riconoscere, durante una visita medica eseguita per altri motivi, eventuali lesioni pigmentate sospette.

La figura del medico di medicina generale rappresenta quindi un fondamentale avamposto sanitario, con un ruolo strategico nella gestione dell'epidemia melanoma. L'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale Infermi di Rimini collabora da almeno 10 anni con i mmg, nell'ambito delle campagne di sensibilizzazione nei confronti delle lesioni pigmentate del-



Aspetto clinico e dermoscopico di melanoma microinvasivo

Numero di casi di melanoma per anno, nella provincia di Rimini



la cute, e da maggio 2012 ha reso operativo un progetto formativo finalizzato a rendere familiare l'utilizzo del dermatoscopio.

La valutazione dermoscópica si basa sull'osservazione e l'interpretazione delle strutture e delle caratteristiche morfologiche delle lesioni cutanee. Il dermatoscopio è uno strumento ottico manuale che fornisce ingrandimenti di 10-20x e, grazie a una luce incidente, consente di ridurre i fenomeni di rifrazione dello strato corneo della cute, evidenziando le caratteristiche della lesione osservata, fino alla giunzione dermo-epidermica. È oggi disponibile una vasta semiologia, utile per lo studio e la diagnosi differenziale delle neoformazioni cutanee, pigmentate e non.

La diagnosi formulata dal mmg che, anche grazie all'ausilio di questo pratico strumento, rassicura il paziente sulla beni-

gnità della lesione, riduce il numero di prestazioni non necessarie e migliora l'appropriatezza prescrittiva. Questo permette di destinare mezzi, risorse e competenze specialistiche verso condizioni patologiche che necessitano, e possano effettivamente beneficiare, di trattamenti specifici.

Il progetto, proposto dall'Unità Operativa di Dermatologia dell'Ospedale Infermi di Rimini, diretta da Stefano Catrani, e indirizzato ai Medici di Medicina Generale dell'Ausl di Rimini, prevedeva una fase teorica di 2 ore, nel corso della quale sono state illustrate le caratteristiche del dermatoscopio, le modalità e i principali campi di utilizzo, e l'aspetto clinico e dermoscópico delle più comuni lesioni benigne (cheratosi seborroica, dermatofibroma, angioma) e maligne (carcinoma basocellulare, carcinoma squamocellulare, melanoma) della cute, con particolare riferimento alle diffe-

renze tra lesioni melanocitarie e non melanocitarie.

Successivamente, una fase pratica di 6 ore, con esperienza diretta "sul campo", ha permesso di applicare le nozioni acquisite visitando, a fianco degli specialisti, i pazienti che normalmente afferiscono al servizio ambulatoriale per la prevenzione del melanoma.

Ai medici partecipanti è stato inoltre distribuito materiale didattico, prodotto dalla LILT, e un vademecum digitale, ora disponibile anche online (www.ausl.rn.it).

**U.O. Dermatologia
(Direttore Stefano Catrani)
Azienda S.L. Rimini*

***mmg – Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Rimini*



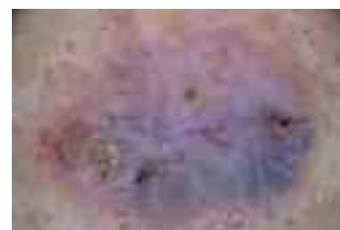
Aspetto clinico e dermoscópico di **cheratosi seborroica pigmentata**



Aspetto clinico e dermoscópico di **angioma rubino**



Aspetto clinico e dermoscópico di **dermatofibroma pigmentato**



Aspetto clinico e dermoscópico di **carcinoma basocellulare pigmentato**

Scuola nazionale di Medicina degli stili di vita

Nasce la Società scientifica dedicata alla prevenzione e agli stili di vita

Negli ultimi decenni la realtà italiana, così come è avvenuto per quella mondiale, è radicalmente cambiata e nel cambiamento è incluso lo stile di vita alimentare con il ridimensionamento del ruolo degli schemi nutrizionali tramandati e vagliati dalla nostra tradizione.

L'invecchiamento della popolazione ha portato a un aumento delle patologie croniche che, in quanto tali, richiedono un dispendio economico sempre maggiore con un carico divenuto troppo pesante in una fase di risorse limitate.

Un'opportunità di risparmiare le scarse risorse, ottimizzandole, è quella di investire sulla prevenzione delle malattie, specie primaria, 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. Tutti possono ridurre in modo significativo il rischio di sviluppare queste malattie semplicemente adottando abitudini salutari, in particolare evitando il fumo, avere un'alimentazione corretta, limitare il consumo di alcol e svolgere attività fisica regolare.

Inattività fisica e alimentazione scorretta sono tra i fattori responsabili dell'insorgenza di malattie croniche tra la popolazione europea: per questo motivo l'Ufficio europeo dell'Oms, in collaborazione con i ministeri della Salute e la Commissione europea, ha realizzato la mappatura delle politiche statali e regionali intraprese per contrastare l'insorgenza dell'obesità e promuovere attività fisica e corretta alimentazione. I risultati dell'indagine sono disponibili all'interno di un database, lo *Who European database on Nutrition, Obesity and Physical Activity - Nopa* (v. *Epi-Centro, il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica* del 26 maggio 2011, www.epicentro.iss.it).



ORGANIGRAMMA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DI PREVENZIONE E DEGLI STILI DI VITA SIMPESV

Presidente Onorario
Giacomo Milillo

Consiglio Direttivo
Antonio Pio D'Ingianna
Daniela Livadiotti
Gallieno Marri
Walter Marrocco
Francesco Filippo Morbiato
Andrea Pizzini
Italo Guido Ricagni
Amedeo Schipani
Antonio Verginelli

Collegio dei Probiviri
Daniele Campisi
Alfredo Grò
Luana Ferri
Antonella Galli (supplente)
Antonella Gazzellone (supplente)

Comitato Esecutivo:
Walter Marrocco, presidente
Gallieno Marri, vicepresidente:
Italo Guido Ricagni, tesoriere:
Antonio Verginelli, segretario:
Antonio Pio D'Ingianna, responsabile scientifico
Andrea Pizzini, responsabile della comunicazione



Un intervento preventivo è utile a qualsiasi età, considerando che la salute dell'anziano dipende dall'impostazione di vita che si è data da giovane.

Anche se la promozione della salute è la risultante dell'azione coordinata di diversi attori sociali, il medico di famiglia, proprio per essere il principale referente del paziente-consumatore in fatto di salute, assume un ruolo fondamentale nel processo di educazione e prevenzione.

Conscia di questa situazione, la Fimmg, tramite la Scuola nazionale degli Stili di Vita, ha messo a disposizione dei medici di famiglia una serie di strumenti gestionali per la tutela della salute dei cittadini, utili alla crescita professionale della categoria, come il Progetto S.A.F.E. e la Dieta Online. Durante questo percorso sono emerse sempre più forti le esigenze da parte dei colleghi, ma anche dalle istituzioni sanitarie, di una nostra presenza forte e scientificamente visibile, per cui si è deciso di creare in ambito Fimmg e come evoluzione della Scuola una vera Società Scientifica: la Simpesv (Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli Stili di Vita). La Società potrà confrontarsi, pariteticamente con le altre Società, rappresentando fortemente il ruolo dei mmg in questo ambito, favorendone altresì la crescita culturale e professionale. Con questo strumento la Fimmg può proseguire nel cammino intrapreso, già da alcuni anni, volto a presidiare non solo le tematiche dei Sani Stili di Vita, ma anche della Sicurezza Alimentare e della corretta informazione in caso di situazioni di rischio ed emergenza alimentare e veterinaria, in collaborazione con il mondo dei medici veterinari, vedi il Progetto S.I.C.U.R.A., attivato congiuntamente da Fimmg e Anmvi con il patrocinio del Ministero della Salute. Questa iniziativa, d'altra parte, potrà rispondere compiutamente anche a quanto proposto nel così detto Decreto Balduzzi, in particolare nel CAPO II, dedicato alla "Promozione di corretti stili di vita e riduzio-

ne dei rischi sanitari connessi all'alimentazione e alle emergenze veterinarie".

Compito della Simpesv è anche quello di collaborare con tutte le realtà presenti in Fimmg, offrendo tutto il suo supporto di conoscenze e competenze in contenuti e professionalità, specialmente con Metis, Scuola Quadri, Fimmgmatica, etc.

Al 67° Congresso nazionale Fimmg si partirà subito con un ricco pacchetto di proposte formative, che costituiranno anche il core del 1° Congresso della Simpesv: il Corso *Il mmg nell'alimentazione e nelle patologie correlate* (3 giorni per l'acquisizione delle competenze di base), tre Moduli di Approfondimento a) *Modelli dietetici: tradizione e nuove tendenze*, b) *La malnutrizione nell'anziano e l'alimentazione*, c) *La dieta chetogenica*, ed un Workshop *Sovrappeso e Dislipidemie*. Il tutto affiancato dall'oramai storico Stand e da alcune iniziative sociali.

Il Corso *Il mmg nell'alimentazione e nelle patologie correlate* offre al medico la possibilità di approfondire argomenti legati alla Dieta, intesa in senso etimologico di Stile di Vita, e ai rischi derivanti da errati comportamenti alimentari.

Nel Corso, ai presupposti teorici e alle nozioni scientifiche, tra cui il Progetto S.A.F.E., è abbinato l'addestramento all'uso di un programma esperto: la Dieta Informatizzata Fimmg, scientificamente validato, e che appare appropriato nei contenuti, nel metodo e in grado di produrre programmi dietetici coerenti con i risultati attesi e allineati alla letteratura scientifica più aggiornata. Come affermato dal Centro di Studio e Ricerca sull'Obesità dell'Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Farmacologia, Chemioterapia e Tossicologia Medica diretto dal professor Michele O. Carruba, questa dieta on-line "risulta strumento particolarmente idoneo a essere applicato nel contesto delle Cure Primarie e valido ausilio da integrare nelle azioni per promuovere una sana alimentazione e contrastare il problema del sovrappeso e dell'obesità".



Anche se la promozione della salute è la risultante dell'azione coordinata di diversi attori sociali, il medico di famiglia, proprio per essere il principale referente del paziente-consumatore in fatto di salute, assume un ruolo fondamentale nel processo di educazione e prevenzione

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
Edizioni Health Communication
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma
Tel 06.594461 Fax 06.59446228
e.mail: avveniremedico@hcom.it

Hanno collaborato
Eva Antoniotti, Lorenza Bacchini,
Laura Berardi, Stefano Catrani,
Lucia Conti, Fiorenzo Corti,
Bruno Cristiano,
Domenico Di Giorgio,
Paolo Giarrusso, Christian Landi,
Ester Maragò, Marta Gramazio,
Franco Mandolesi,
Paolo Misericordia,
Giuseppe Montanari,
Stefano Nobili, Maurizio Pallanti,
Andrea Poli, Giovanni Rodriguez,
Bruno Sacchetti

Progetto grafico
Giancarlo D'Orsi

Ufficio grafico
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Stampa
Union Printing - Viterbo
Finito di stampare
nel mese di settembre 2012
Registrazione
al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a



Editore



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Testata volontariamente sottoposta a certificazione di tiratura e diffusione in conformità al Regolamento CSST
Certificazione Editoria Specializzata e Tecnica

Per il periodo 1/1/2010 - 31/12/2010
Tiratura media: 41.264
Diffusione media: 40.749
Certificato CSST n.2010-2105 del 28/02/2011
Società di Revisione: Fausto Vittucci & C.Sas