

68° Congresso nazionale Fimmg-Metis

# Milillo: “Serve una politica sanitaria unitaria”

am



Federazione Italiana Medici  
di Medicina Generale

AVVENIRE MEDICO

# In sanità l'agenda non deve essere dettata da realtà minoritarie con pretese egemoniche. A rischio un percorso di rinnovo rapido della convenzione.

di Giacomo Milillo  
Segretario nazionale Fimmg

**A**nche se dal Veneto arrivano notizie confortanti di riapertura di dialogo tra medicina generale e Regione, anche se dalla Toscana il prosieguo di un confronto costruttivo con i medici di famiglia fa ben sperare su un'apertura del tavolo di trattativa per il rinnovo della convenzione, esprimiamo grande preoccupazione per la situazione di stallo oggettivamente provocata dalla chiusura a qualsiasi percorso di collaborazione tra medicina generale e Regione in Emilia Romagna.

Questa Regione, forte dell'egemonia che è in grado di esercitare sulle strutture deputate alla stipula degli accordi collettivi nazionali, orientata oggettivamente a proporre (imporre?) il proprio modello di organizzazione sanitaria a livello nazionale, sta bloccando di fatto l'avvio della trattativa.

Anche per questo pensiamo sia venuto il momento di rivedere il titolo V della Costituzione: la materia sanitaria, pur con il dovuto rispetto delle diversità territoriali, deve ritornare alla competenza del livello nazionale.

## EDITORIALE

*La relazione del segretario nazionale*

## Milillo: “Serve una politica sanitaria unitaria, solo un cambiamento profondo può salvare il Ssn”

**L'intervento al Congresso nazionale, svoltosi a Roma dal 4 al 9 novembre scorsi, ha messo in evidenza le criticità della sanità italiana, a cominciare dalle contraddizioni delle Regioni. Una situazione favorita dalla riforma del Titolo V, ma anche da partiti ed istituzioni che “appaiono ancora e prevalentemente impegnati rispettivamente in lotte di potere e di competenze, che non alla tutela degli interessi dei cittadini”**

**L**a sanità italiana vive un paradosso, perché negli anni si è fatto “esattamente il contrario di quanto preconizzato nella legge istitutiva del Ssn, la Legge 833 del 1978. La prevenzione è stata dimenticata o quasi, tutti gli investimenti sono stati orientati a far crescere gli ospedali come funghi, il territorio è stato considerato residuale, il tutto in una logica assistenziale di attesa dell’evento indesiderato”. È da questa valutazione forte che muove la relazione di Giacomo Milillo in apertura del 68° Congresso nazionale Fimmg-Metis, che sintetizziamo in queste pagine, ricordando che il testo integrale della relazione, insieme a molti altri materiali congressuali, è disponibile sul sito [www.fimmg.org](http://www.fimmg.org).

**Più forza al ministero della Salute.** Per la Fimmg è ora di cambiare, anche perché solo un profondo cambiamento può salvare il Ssn. Un cambiamento che però deve avvenire anche a livello di potere istituzionale, restituendo al Ministero della Salute un ruolo forte e riavviando una politica sanitaria unitaria e una profonda riflessione sulla struttura del finanziamento e sulla governance. Obiettivo: realizzare un’assistenza primaria nell’ambito della quale i medici di medicina generale possano esprimere al meglio la loro funzione, evitando anche il “gravissimo rischio” che vengano trasferite alle sedi di Assistenza Primaria quali le Case della Salute, le Utap e le Cap “logiche organizzative e gestionali identiche a quelle che hanno caratterizzato gli ospedali che oggi si devono chiudere”.

**Sostenibilità del Ssn.** Per Milillo “i tagli al finanziamento del Ssn, lineari o mirati che siano, sono apparentemente il peggior danno della crisi sul sistema di tutela della salute, diritto costituzionale dell’individuo e della popolazione”. Ma il ripristino dell’attuale livello di finanziamento del Ssn non va confuso con un’inversione di tendenza, “sia perché non vediamo ancora la fine di questa crisi economica, sia perché i problemi di sostenibilità del Ssn hanno radici precedenti e più profonde della crisi stessa”. “Il problema vero – ha sottolineato Milillo – è che l’Italia ha fatto esattamente il contrario



di quanto preconizzato nella legge istitutiva del Ssn, la Legge 833 del 1978. La prevenzione è stata dimenticata o quasi, tutti gli investimenti sono stati orientati a far crescere gli ospedali come funghi, il territorio è stato considerato residuale, il tutto in una logica assistenziale di attesa dell’evento indesiderato”. E la situazione non cambierà, secondo Milillo, se il Ssn continuerà a guardare “ancora troppo a come è fatto piuttosto che a ciò che deve fare”.

Piuttosto, è ora di dare risposte chiare, e soluzioni, ai seguenti aspetti:

- quanto deve provenire dalle tasse, cioè da una contribuzione proporzionale al reddito;
- quanto, quando e come è necessaria la compartecipazione alla spesa dei cittadini, rivedendo i meccanismi di esenzione e superando “l’attuale sistema, francamente iniquo”;
- quanto e se, i Fondi integrativi opportunamente regolamentati possono contribuire a convertire almeno parte della spesa sanitaria privata a meccanismi collettivi solidaristici: “Spesa sanitaria privata, spesso a rischio di inappropriato consumismo, ma sempre più spesso necessaria per rispondere a carenze di assistenza, soprattutto in malati gravi e non autosufficienti, fino a diventare una ulteriore causa di impoverimento delle famiglie”, osserva Milillo.

**Il problema del potere forte delle Regioni.** “Preoccupa fortemente il fatto che la Conferenza delle Regioni sappia essere sempre una-

nime nelle decisioni che si contrappongono al governo nazionale (soprattutto quando si tratta di chiedere finanziamenti, perché disavanzo significa compromettere la rielegibilità) per poi singolarmente percorrere strade così diverse fra loro, molto spesso giustificate più dalle esigenze di consenso clientelare della giunta di turno che da differenze di bisogni della popolazione”, afferma Milillo, aggiungendo che “certamente le competenze regionali per quanto riguarda la sanità devono essere profondamente riviste, limitandole sempre più a funzioni gestionali e di perfezionamento di una programmazione nazionale forte”.

Anche solo per questo motivo, secondo Milillo, “vale la pena modificare la Costituzione. Qualche volta mi chiedo quale sia il costo assorbito dalle strutture regionali per gestire l’assistenza sanitaria e quale sia il valore aggiunto di queste gestioni. Parlo di gestioni politiche, non solo amministrative. Ventuno centri decisionali, invece di uno, con inevitabili rispettive clientele, per un settore in cui le decisioni politiche potrebbero in futuro essere concentrate in Europa”. Europa, “una parola troppo spesso dimenticata nelle politiche sanitarie dei ventuno feudi decisionali regionali”, per il leader della Fimmg. “Come se, invece di concentrarsi in una politica sanitaria unitaria che rappresenti l’asse portante di un sistema sanitario nazionale considerato tra i migliori al mondo per il rapporto costo/beneficio, l’obiettivo fosse quello di frammentarlo nelle diversità, per distruggerne le caratteristiche fondanti, come la difesa di una spesa pubblica che è, invece, investimento, visti i risultati e che sono invece le peculiarità che dovremmo portare in Europa”.

**I professionisti, un patrimonio da difendere.** Medici, ma anche veterinari, farmacisti, infermieri, tecnici, assistenti sociali, tutti professionisti individualmente depositari delle competenze necessarie ad erogare assistenza. Competenze maturate in anni di studio e di lavoro dopo l’Università. “Questo – secondo Milillo - è il vero grande patrimonio del Ssn italiano”. Professionisti che, secondo il leader della Fimmg, “per quanto oppressi dalla burocrazia non potranno mai essere ridotti a semplice esecutori, perché per essere professionista della sanità, in qualunque ruolo, bisogna farsi carico. Secondo Milillo, “probabilmente l’attività dei medici strutturati, ma forse anche degli altri professionisti della sanità, non è compatibile con l’attuale profilo giuridico del pubblico dipendente italiano. Non è sufficientemente tutelata e valorizzata l’autonomia che insieme alla responsabilità sono gli elementi fondamentali della professione”. Per questo la Fimmg condivide la richiesta di avere un’area contrattuale specifica nell’ambito del pubblico impiego, e un contratto collettivo di lavoro che parta dalle loro specificità.

“La sanità italiana deve essere liberata dalle pastoie del pubblico impiego così come attualmente previste e non può aspettare una riforma legislativa e culturale che richiederà molto tempo”, dice con forza Milillo, secondo il quale “i professionisti della sanità devono avere luoghi e tempi per condividere, fra loro e con chi gestisce, gli obiettivi e i percorsi in cui sono coinvolti. In questo si sostanzia la vera integrazione professionale”.

**Realizzare un nuovo modello di cure primarie.** “Dovrebbe essere arrivato il momento di decidere una volta per tutte come dovrà essere sviluppata l’Assistenza Primaria nel nostro Ssn”, dice il se-

gretario nazionale Fimmg e spiega: “una delle caratteristiche fondamentali che deve avere l’Assistenza Primaria è quella di erogare le prestazioni al più basso livello di complessità organizzativa possibile, quindi deve poter contare su un altissimo grado di flessibilità orientata alle esigenze dell’individuo”. Inoltre “le risposte appropriate alle esigenze del cittadino devono essere compiutamente soddisfatte, per la maggior parte nel più breve tempo possibile e, possibilmente, in un’unica sede”. Questo vuol dire che l’integrazione professionale, anche con gli altri livelli di assistenza, deve avvenire prevalentemente in sede di .back office. In altre parole il cittadino non deve essere costretto ad interpretare e trasmettere le richieste e le risposte di ciascun operatore, ma deve avere un interlocutore prevalente con cui dialogare.

Caratteristiche che, secondo Milillo, troveranno sicuramente ampia condivisione, ma che per arrivare al risultato finale richiedono “tempo, impegno costante e una coerenza che è difficile immaginare nelle realtà politiche di ventuno Regioni diverse”. Come dimostra il percorso di realizzazione delle Unità Complesse di Cure Primarie. “Non abbiamo mai voluto accettare chiavi in mano ciò che ciascuna Regione potrebbe inventarsi per dar corpo ad una semplice denominazione, spesso in dispregio del buon senso e dei vincoli convenzionali esistenti”, spiega Milillo. Secondo il quale “esiste il chiaro pericolo che modelli pensati in Regioni cosiddette virtuose negli ultimi dieci anni, siano venduti alle altre Regioni come soluzioni con garanzia di .virtuosità., ma ciò è drammaticamente falso. Al di là del fatto che nella maggior parte dei casi si tratta di idee e non di esperienze concrete e compiute, quante Regioni si salverebbero dal disavanzo se dovessero rispettare una simile programmazione?”.

La proposta della Fimmg è che “prima siano messi a punto gli aspetti funzionali. Poi, ottenuti i risultati di una vera integrazione professionale, modificando il modo di lavorare di ciascuno e avvalendosi di strumenti ormai irrinunciabili quali la digitalizzazione vera della sanità per avvicinare i servizi al cittadino, si potrà pensare a collocare i professionisti in sedi, comunque chiamate, ma finalmente funzionali alle esigenze dell’assistenza e dei professionisti che la devono garantire”.

**Il prossimo Accordo Collettivo Nazionale.** Rappresenta per la Fimmg l’occasione di “una profonda riforma delle norme che hanno regolato e condizionato la Medicina Generale nei trenta anni precedenti”, che “abbiamo chiamata Ri-fondazione della Medicina Generale ed è stata pensata partendo da un’analisi di tutte le criticità che avevano contribuito ad una progressiva emarginazione di fatto della Medicina Generale dal Ssn, portandola su un percorso di declino invece che di progresso”. In cosa deve consistere, per la Fimmg, questa Ri-fondazione? Nel “ruolo unico”, nel “lavoro in squadra, con l’eliminazione della concorrenza fra colleghi, con una ristrutturazione del compenso che offra al medico le condizioni e le motivazioni per raggiungere obiettivi di assistenza” e infine nella “introduzione della rendicontazione (accountability), prima di tutti a se stessi, delle attività e dei risultati”.

**I futuri medici.** “Basta con una formazione di base e specialistica fatta su misura per le esigenze dell’Università e degli universitari. Fa gridare allo scandalo che non potendo aumentare il finanziamen-

*segue a pag. 18*

Attenzione  
al Paziente

# PER NOI IL PRINCIPIO ATTIVO PIÙ EFFICACE È IL RISPETTO.

**I nostri principi guida:** rispetto del paziente, della deontologia, delle normative internazionali, le Good Clinical Practices e le Good Manufacturing Practices. Perché crediamo davvero che lavorare bene significhi mettere in pratica la qualità e la responsabilità ogni giorno: dall'inizio del ciclo di vita di un farmaco, all'intero sviluppo produttivo, fino al monitoraggio per la sicurezza del consumatore finale, offrendo alla classe medica un continuo aggiornamento scientifico certificato.



**ABIOGEN**  
PHARMA

Intervista ad Alberto Oliveti

# Enpam: nuova sede e nuove iniziative

**Proprio presentando la nuova sede dell'Ente, il presidente illustra i progetti ai quali Enpam sta lavorando, dando sempre più spazio alla solidarietà tra le generazioni: garanzia delle pensioni ma anche sostegno ai giovani nella difficile fase di avvio della professione. E magari aiutando gli studenti in medicina con residenze a prezzi calmierati**

di Eva Antoniotti

**I**ncontriamo **Alberto Oliveti** nella nuova sede dell'Enpam, un palazzo nuovissimo nel cuore della zona umbertina di Roma, piazza Vittorio. Una costruzione imponente, realizzata su un'area danneggiata negli anni dell'ultima guerra, che completa il quadrilatero sabauda della piazza.

**Presidente Oliveti, le piace la nuova sede?**

Non credo ci si debba limitare ad una valutazione estetica, anche se mi dicono che siamo di fronte ad una opera di assoluto valore nel suo connubio architettonico, ingegneristico ed archeologico. In realtà i lavori non sono ancora del tutto completati, perché non è ancora agibile la Sala Convegni, che è collegata proprio all'area archeologica e che dunque sarà particolarmente interessante. Malgrado questa incompletezza, abbiamo deciso di trasferirci comunque qui, per eliminare appena possibile il costo di una porzione della storica sede di Via Torino che era in affitto e per realizzare la migliore integrazione tra i nostri diversi uffici, che colgo l'occasione di ringraziare ancora una volta per l'efficienza dimostrata e la capacità di adattarsi anche a situazioni di transitoria relativa precarietà.

**Presidente, scorrendo le ultime iniziative dell'Enpam, sembra che il cambiamento non sia solo nella sede: interventi per l'alluvione in Sardegna, mutui per l'avvio di attività, rateizzazioni dei contributi per i professionisti in difficoltà a causa della crisi, accesso a fondi UE tramite l'Ente. Sembra che**



La nuova sede Enpam a Roma. Di fianco il presidente dell'Enpam Alberto Oliveti

**l'Enpam acquisti un nuovo ruolo: è così?**

Direi piuttosto che è la nuova declinazione di un ruolo tradizionale, quello dell'assistenza. Enpam è ente di previdenza e assistenza. La previdenza deve essere declinata sulla logica della corresponsività: tanto ti do, tanto riceverò. Possibilmente in un sistema che sia sostenibile nel tempo, che dia una prestazione adeguata, adeguata anche al sacrificio compiuto nel sottrarre soldi al consumo per costruire un castelletto pensionistico; e che sia attrezzata per le generazioni subentranti, in modo che non ci sia una generazione trattata dispari rispetto ad altre trattate pari. Sostenibilità, adeguatezza, equità e solidarietà

debbano in previdenza trovare la loro cifra pratica nella parola corresponsività.

**E l'assistenza?**

L'assistenza, e lo dice la Costituzione della nostra Repubblica fondata sul lavoro, consiste nel dare i mezzi per la sussistenza a chi è inabile al lavoro o, per estensione, a chi è in una fase critica riferita al lavoro. Nell'articolo 38 la Costituzione parla di assistenza, ma la ancora al lavoro. E allora l'assistenza, al di là del rispondere alle richieste individuali degli iscritti in fase critica, deve porsi un problema più ampio, diventando un'assistenza strategica. Diciamo: un'assistenza declinata ex ante, rispetto alla tradizionale declinazione ex post e individuale.

Per questo abbiamo da un lato potenziato quanto era più possibile l'assistenza a domanda, ovvero alla criticità individuale, ma allo stesso tempo abbiamo aggiunto questa visione strategica di assistenza al lavoro nelle sue diverse fasi: formazione al lavoro, start up dell'attività, possibili criticità del lavoro, fino alla fase di uscita e post lavorativa.

L'avvio della professione è una fase delicata, che richiede spesso investimenti per aprire uno studio e questo dopo anni in cui la famiglia ha già sostenuto le spese per gli studi: offrire un credito ai giovani professionisti è un modo per sostenere il loro lavoro. Inoltre, possiamo intervenire anche sulla fase della formazione, per esempio destinando una quota di investimenti vicino ai luoghi della formazione.

#### **Vuol dire che pensate di realizzare residenze per studenti in medicina?**

Perché non pensare anche a questa possibilità. Nelle grandi città, a Milano o a Roma, si pagano anche 500 euro a posto letto. L'Enpam potrebbe offrire qualcosa che sia accettabilmente redditizio, perché non dobbiamo dimenticare che il nostro scopo è pagare le pensioni, ma che sia anche in funzione di un servizio offerto ai medici di domani. Perché, usando un vecchio adagio, "è tempo di sottrarre grano alla macina, per destinarlo anche alla semina".

#### **Insomma, è tempo di investimenti?**

La storia umana ha fatto un salto in avanti quando si è passati dalla semplice raccolta, con l'immediato consumo, alla possibilità di destinare una parte del raccolto alla semina. Anche noi dobbiamo svi-

luppare il nostro ruolo di seminatori.

#### **In effetti guardate sempre più ai giovani medici, tanto che avete chiesto che la contribuzione Enpam parta dal quinto anno dell'iscrizione a medicina. È una proposta che conferma?**

Occorre una modifica legislativa, ma questo vorrebbe dire che i giovani entrerebbero già dal quinto anno nella famiglia professionale e a pieno diritto, perché pagando una quota – sebbene ridotta e che poi potrebbe essere anche scontata in seguito – ci si siede da pagante e non da ospite.

#### **Un ingresso precoce nel mondo previdenziale della professione...**

Ha un valore simbolico, ma anche pratico. E anche per questo apprezzo l'iniziativa dei giovani medici della Sigm che stanno chiedendo che non si creino spezzoni previdenziali nella prima parte dell'attività, facendo in modo che gli specializzandi facciano confluire solo all'Enpam le proprie quote previdenziali.

#### **E per lo start up professionale?**

Abbiamo proposte di sostegno al credito per i primi costi per avviare uno studio o per il trasferimento, con il sistema Confidi. L'Europa, inoltre, ci sta segnalando che la figura dei professionisti è strategica nell'Action Plan 2014-2020, identificando negli Enti previdenziali come il nostro un ruolo strategico di sostegno allo sviluppo dell'attività professionale.

#### **I crediti europei per i professionisti sono già una realtà?**

Credo che dovremo aspettare i decreti attuativi, ma noi siamo già pronti.

#### **Altri progetti?**

Stiamo pensando ad un'estensione delle coperture assicurative, con un progetto Quadrifoglio che tenga insieme previdenza complementare integrativa, assistenza sanitaria integrativa long term care, rischi professionali e assistenza tradizionale. Ci stiamo lavorando.

#### **Il bilancio di previsione 2014, che avete presentato a fine novembre, non presenta grandi sorprese, ipotizzando un avanzo di bilancio di 953 milioni, in linea con i precedenti. È tutto tranquillo, quindi?**

Il bilancio di previsione è un progetto politico corredato di numeri. Il progetto politico che ci diamo è quello di completare la riforma della previdenza, che è il nostro mandato di legislatura in seguito alla richiesta di portare la sostenibilità dell'ente da una prospettiva di 15 anni ad una di 30, insieme alla riforma degli investimenti, per renderli più sicuri e trasparenti, e la riforma della rappresentatività, anche in ragione dei costi.

In più abbiamo creato un Osservatorio sul mondo del lavoro medico, per comprenderne i cambiamenti e le inevitabili ricadute sulla previdenza e l'assistenza, articolato in tre settori: biotecnologie, modelli organizzativi e esigenze formative nel cambiamento.

#### **C'è qualcosa che vi riguarda nella legge di stabilità?**

Sembrerebbe di no, ma temiamo sempre il "rischio legislativo", perché la nostra realtà di ente privato è sempre contraddetta dalle nuove norme.

## **Enpam: sussidi straordinari per la Sardegna**

La fondazione Enpam sta seguendo da vicino la situazione in Sardegna ed è pronta a intervenire con aiuti ai medici e agli odontoiatri residenti nelle zone colpite dall'alluvione del 18 novembre scorso. "Siamo vicini alla popolazione della Sardegna e a tutti i colleghi che, come sempre, sono in prima linea al servizio di chi ha

bisogno – ha dichiarato il presidente dell'Enpam Alberto Olivetti nei giorni immediatamente successivi al disastro – ma anche i medici e i dentisti qualche volta si trovano a essere fra coloro che hanno necessità di essere aiutati. Noi siamo mobilitati per loro".

Gli interventi consistono in sussidi straordinari fino a un massimo di

17.047 euro per i danni alla prima abitazione o allo studio professionale, di proprietà o in usufrutto (il tetto rimborsabile è più alto per gli iscritti alla Quota b).

L'Enpam può intervenire anche per i danni a beni mobili come automezzi o attrezzature medicali. Le misure si estendono ai familiari di iscritti deceduti che per-

cepiscono dall'Enpam una pensione di reversibilità o indiretta (per esempio: vedove, orfani). L'Enpam potrà contribuire al pagamento fino al 75% degli interessi sui mutui edilizi contratti da iscritti o superstiti per l'acquisto, la ricostruzione o la riparazione della casa e/o dello studio professionale. Inoltre i medici e i dentisti che esercitano esclusivamente la libera

professione, costretti ad interromperla a causa del nubifragio, potranno chiedere un contributo di 79.54 euro per ogni giorno di astensione dal lavoro, fino a un massimo di 365 giorni. Le domande andranno inviate tramite l'Ordine dei medici e degli odontoiatri di appartenenza, complete della documentazione richiesta, utilizzando i moduli già presenti nel sito dell'Enpam.

# Ricetta dematerializzata: in Sicilia è già una realtà

**La Regione Siciliana è stata la prima fra le grandi regioni italiane ad avviare il processo di dematerializzazione delle ricette, grazie ad una trattativa efficace tra la Fimmg siciliana e l'Assessorato che ha assegnato ai mmg un congruo rimborso forfettario per le spese sostenute, sospendendo le penalizzazioni previste per il mancato invio dei flussi informatici**

di Paolo Giarrusso

**D**al 16 settembre 2013 è iniziato in Sicilia l'invio delle ricette dematerializzate. Il processo di dematerializzazione delle prescrizioni mediche è un processo ineluttabile che fa parte della modernizzazione del Ssn ed era già stato previsto nel nostro Acn del 2005 e successive modifiche del 2007 e del 2009 (art 13bis, art 59 bis, art 59 ter) così come anche dall'AIR Sicilia del 2010: ciò ha comportato vantaggi economici alla categoria, per la messa in atto degli accordi sui flussi informatici e l'invio delle prescrizioni al MEF.

Pertanto, l'avvio della dematerializzazione delle prescrizioni è solamente un'ottemperanza agli obblighi di legge, cui a poco a poco tutte le Regioni italiane stanno adempiendo in modo sparso e in tempi differenti. È interessante notare che, una volta tanto, la Regione Siciliana sia stata la prima fra le grandi regioni italiane ad iniziare tale processo. Probabilmente tutto ciò è stato possibile per quel clima di accountability che la delegazione trattante della Fimmg siciliana ha saputo instaurare in Assessorato nella contrattazione per l'avvio della dematerializzazione: ciò ha permesso che i mmg, indipendentemente dal numero di scelte a loro carico, ottenessero un congruo rimborso forfettario per le spese sostenute (costo dell'adeguamento dei vari gestionali, collegamento ADSL veloce, acquisto di una stampante dedicata, materiale di consumo etc), oltre che la non applicazione delle penalizzazioni previste per il mancato invio dei flussi informatici.

La Regione, dal canto suo, ha ottenuto un risparmio per la stampa dei ricettari rossi Ssn e l'opportunità di meglio monitorare la spesa farmaceutica, conoscendo e potendo intervenire tempestivamente in caso di eventuali criticità.

Nulla cambierà, al momento, per i cittadini, poiché riceveranno allo stesso modo in farmacia le prescrizioni prescritte sul "promemoria bianco" e a regime le ricette emesse in Sicilia saranno spendibili in tutto il territorio nazionale.



Permangono ancora alcune criticità: ad esempio la prescrizione di farmaci stupefacenti deve avvenire nelle ricette rosse firmata dal medico, o ancora non è definito lo spazio da riservare nella ricetta dematerializzata per apporre le note nella prescrizione di alcuni farmaci (come isotretinoina) etc. Sarà compito dei tavoli tecnici congiunti, periodicamente convocati, risolvere le problematiche che via via si evidenziano nella pratica quotidiana.

Ovviamente, un simile cambiamento epocale nella attività professionale dei mmg ha comportato un massivo impegno da parte dei quadri sindacali della Fimmg siciliana che si sono spesi in varie assemblee e riunioni per informare e meglio spiegare ai colleghi le novità intervenute, organizzando inoltre riunioni con le varie software house per poter illustrare ai mmg le modifiche tecniche apportate nei loro gestionali.

A fine dicembre 2013, il dato è che la quasi totalità dei mmg in Sicilia utilizza la dematerializzazione per l'invio delle prescrizioni farmaceutiche, ottenendo un risultato che sicuramente è andato al di là delle migliori aspettative previste, nonostante i disservizi che il sistema Sogei presenta (come ad esempio la mancanza di linea il 2 dicembre 2012 in tutta Italia, o la difficoltà all'invio e al rinnovo password il 16 dicembre dello stesso anno) costringano i mmg, le farmacie etc. ad operare in modo rallentato o differito.

*Adenocarcinoma duttale pancreatico***La più frequente (e infausta) neoplasia del pancreas**

di Stefano Attilio Nobili\* e Fabio Lijoi\*\*

**Il caso**

La paziente di 66 anni, forte fumatrice, si presenta nello studio del medico di medicina generale per la comparsa di dispepsia da circa una settimana: la sintomatologia è caratterizzata da pesantezza gastrica e gonfiore addominale talora associati a nausea ed esacerbati dall'assunzione di cibo. In anamnesi, ipertensione arteriosa lieve diagnosticata 6 anni prima, in terapia con enalapril 20mg in ottimo compenso.

L'esame obiettivo generale condotto dal curante non rivela nulla di particolare; viene consigliata quindi l'assunzione di domperidone 10mg prima dei 3 pasti.

Dopo circa due settimane, la paziente torna dal medico per la persistenza dei sintomi, nonostante la terapia e per l'insorgere di un dolore sordo di intensità lieve in ipocondrio destro. La paziente riferisce nelle tre settimane un calo ponderale di circa 1,5 Kg (60 kg iniziali). Sono richiesti a questo punto esami ematochimici e accertamenti strumentali. I primi evidenziano amilasi 78U/l (v.n. 11-54) e lipasi 56U/l (v.n. 50) con CA 19-9 di 45 (v.n. 0-40); vengono anche prescritte ecografia addominale, EGDS e colonscopia che riportano un quadro sostanzialmente normale.

Presentatasi dopo circa un mese dall'esordio dei sintomi presso lo studio del medico per porre alla sua attenzione gli esiti degli accertamenti diagnostici, la paziente riferisce una modificazione dell'epigastralgia ora irradiata a barra e posteriormente e di intensità costante, l'intensificarsi della sensazione di nausea e un ulteriore calo ponderale, ora di 4 Kg (54,5).

Viene deciso l'invio urgente allo specialista gastroenterologo, che richiede la ripetizione degli esami ematici e l'esecuzione di una TC addome cmc. Amilasi e lipasi

sono normali, il CA 19-9 aumenta a 87 U/l. La TC addominale evidenzia la presenza di tessuto solido a margini non ben definiti tra porzione posteriore della testa del pancreas e ilo epatico di circa 3 cm di diametro, che causa intrappolamento e stenosi della vena porta con sviluppo di circoli collaterali simili a quelli che si riscontrano nei quadri di ipertensione portale, oltre a un iniziale quadro di dilatazione delle vie biliari intraepatiche, con fegato indenne. Il tessuto solido circonda inoltre il II segmento duodenale, in assenza di dilatazione patologica della porzione a monte.

Il gastroenterologo richiede a questo punto un consulto chirurgico, in base al quale non vi sono al momento indicazioni all'intervento. Si richiede un'ecoendoscopia pancreatica con ago aspirato per la tipizzazione citologica che evidenzia un'area disomogenea di circa 3 cm di diametro a livello del processo uncinato già rilevata dalla TC, dilatazione del dotto di Wirsung a monte e modica dilatazione delle vie biliari intraepatiche; si rilevano inoltre linfadenopatie peripancreatiche. Il coledoco è mal valutabile e non dilatato. Tramite FNAB (Fine Needle Aspiration Biopsy) si ottengono frustoli di epitelio intestinale e materiale ematico, inglobanti elementi atipici, caratterizzati come CTM.

La diagnosi istologica è di adenocarcinoma duttale T4N1M0 (T4 per l'interessamento della vena porta - Stadio III secondo l'American Cancer Society) per cui la paziente viene affidata allo specialista oncologico, che propone una

chemioterapia secondo schema PEFG ( Cisplattino + Epirubicina + Fluorouracile + Gemcitabina ) con successiva rivalutazione chirurgica.

Dopo un mese di follow up e terapia presso il DH oncologico, agli esami ematici di controllo si riscontra un aumento degli indici di colestasi (GGT 41U/l (v.n. 4-18); ALP 220U/l (v.n. 30-100); Bilirubina tot 2,40mg/dl (v.n. 0,10-1,30); diretta 0,90mg/dl (v.n. <0,3), oltre a Ca 19-9 di 135 U/l. L'ecografia addominale di controllo mostra una dilatazione del coledoco e delle vie biliari intraepatiche soprattutto a sinistra.

Si stabilisce quindi il ricovero della paziente presso il reparto di gastroenterologia per





Viene sospesa la terapia antipertensiva per normalizzazione dei valori pressori. I chirurghi decidono di non operare, visto il quadro non modificato dalla chemioterapia.

### Commento

L'adenocarcinoma duttale del pancreas rappresenta circa l'85% di tutte le neoplasie pancreatiche. Negli ultimi vent'anni, la sua incidenza in Italia è significativamente aumentata: si colloca al decimo posto tra le neoplasie solide più frequenti, costituendo circa il 3% di tutti i tumori. Rappresenta la quarta causa di morte per neoplasia tra le donne (7%) e la quinta fra gli uomini (5%). Con una percentuale di sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi di circa il 5%, non modificatasi negli ultimi 20 anni, risulta essere una delle neoplasie a prognosi più infausta. Le decadi maggiormente colpite sono quelle tra i 60 e i 70 anni. È stata stimata una incidenza di 11.500 nuovi casi nel 2012, con rapporto uomini:donne di circa 1:1.

il posizionamento di endoprotesi biliare tramite ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography).

L'intervento comporta l'inserimento del duodenoscopia fino al II segmento duodenale, che appare rigido e deformato; viene incannulato il Wirsung con pre-escissione, grazie alla quale si accede alla via biliare principale, che appare dilatata e con presenza di stenosi serrata del tratto intrapancreatico. Viene completata la sfinterotomia con posizionamento di protesi biliare metallica, ottenendo un buon deflusso biliare. Risolto il quadro colestatico, la paziente è dimessa e seguita dal DH di oncologia, in attesa di valutazione per l'intervento chirurgico.

La paziente segue il ciclo di chemioterapia PEFG una volta al mese, senza particolari effetti collaterali. Gli esami di controllo mostrano: Ca 19-9 186, bilirubina tot 2,8, GGT 68, SGOT 80, GPT 102, ALP 280, Hb 12.2, CEA25. Il quadro ecografico addominale a 4 mesi dall'ERCP è sostanzialmente invariato. Il peso della paziente è diminuito di 1,5kg (53), è presente ittero. L'alimentazione è sufficiente (piccoli pasti frequenti), la dispepsia saltuaria. Oltre alla chemioterapia la paziente assume pantoprazolo 20mg e domperidone AB.

Il fumo di sigaretta è il fattore di rischio più strettamente associato all'insorgenza di carcinoma pancreatico; i fumatori presentano un rischio di incidenza da doppio a triplo rispetto ai non fumatori. Altri fattori di rischio correlati sono obesità e alcolismo. Numerosi studi dimostrano un'associazione tra diabete mellito di tipo 2, pancreatite cronica e l'insorgenza della patologia neoplastica (AIOM-AIRTUM: I numeri del cancro 2012). La resezione chirurgica è la sola terapia potenzialmente efficace, ma, a causa della presentazione tardiva, solamente il 15-20% dei pazienti sono candidabili.

I sintomi di presentazione più comuni sono dolore addominale (79%), astenia (86%), nausea (51%), ittero (56%) di tipo colestatico in caso di localizzazione cefalica e perdita di peso (85%); può inoltre essere presente steatorrea.

Gli indici ematici di danno pancreatico (amilasi e lipasi), utili in caso di patologia acuta, non sono significativi per la diagnosi di carcinoma. Il CA19-9, in ragione delle sue limitate sensibilità e specificità, non dovrebbe essere usato come test diagnostico di prima valutazione; è invece utile rilevarne l'aumento nel follow up di una lesione sospetta (F del Castillo C. et al.: Clinical manifestations, diagnosis and staging of exocrine pancreatic cancer – www.uptodate.com, oct 2013).

In caso di ittero, l'ecografia addominale può efficacemente evidenziare una dilatazione delle vie biliari, ed ha elevata sensibilità per neoformazioni superiori ai 3 cm. In assenza di ittero, l'ecografia non risulta utile come indagine di primo livello a causa dell'elevata frequenza di esami incompleti dovuti a sovraddistensione duodenale da gas risalenti dall'ileo. L'esame di imaging più sensibile e specifico è la TC cmc, che può essere integrata da eco endoscopia, metodica che consente la concomitante esecuzione di FNAB per la caratterizzazione citologica della lesione (Dragovich T. et al.: Pancreatic cancer – www.emedicine.medscape.com/article/280605 – oct 14 2013).

Attraverso la TC è possibile valutare estensione e margini di resezione della lesione, e gli altri criteri in base ai quali decidere l'intervento: l'estensione della patologia ai linfonodi peripancreatici ed in altri siti a distanza, il coinvolgimento delle strutture vascolari circostanti (arteria mesenterica superiore, vena cava inferiore, aorta, tripode celiaco, arteria epatica) e l'intrappolamento delle vene mesenterica superiore o della confluenza venosa porto-mesenterica con una stenosi da compressione esterna maggiore di 1/3 del loro diametro.

La terapia chirurgica prevede interventi di cefalopancreatoduodenectomia secondo Whipple con o senza risparmio del piloro, pancreatectomia totale o pancreatectomia distale, a seconda della localizzazione della patologia e sua stadiazione. (Tempero M.A. et al.: Pancreatic adenocarcinoma - NCCN guidelines - J Natl Compr Canc Netw 2012;10:703-713).

La terapia medica si basa sull'associazione di diversi chemioterapici, in schemi basati sullo stadio della patologia; tra i più usati, il già citato PEFG ed il GTX (Gemcitabina + Docetaxel + Capecitabina). La monoterapia con Gemcitabina è utilizzata in senso adiuvante post-resezione.

L'ERCP è estremamente sensibile nella visualizzazione dell'albero biliare in pazienti itterici; tuttavia, il suo ruolo nei casi di sospetto carcinoma pancreatico è da considerarsi in senso terapeutico più che diagnostico, al fine di posizionare lo stent atto a risolvere l'ostruzione delle vie biliari provocata dalla patologia.

*\*mmg, professore a contratto Università di Milano - Polo S. Paolo*  
*\*\*tirocinante 6° anno Facoltà di Medicina e Chirurgia, Milano - Polo S. Paolo*

# Un libro per imparare a tenere sotto controllo lo stress professionale

**È** possibile gestire lo stress invece di esserne gestiti! Il viaggio nella condizione che rappresenta il comun denominatore per professionisti, imprenditori e ognuno di noi è condotto da un medico che conduce il lettore al suo interno, per capire da vicino che cosa accade all'organismo sotto stress, come riconoscerne i sintomi, come affrontarlo; un viaggio che in modo semplice e leggero si propone di delineare i tratti di questo fastidioso compagno delle nostre giornate lavorative. E poi un coach, che si addenterà nelle situazioni e nei luoghi dove hanno origine la maggior parte delle cause di stress per un professionista. Se all'epoca di Happy Days, il famoso telefilm americano con cui è cresciuta la generazione nata negli anni Sessanta, lo stress non aveva ancora fatto capolino, nella nostra società a partire dagli anni Ottanta lo stress è lì a conquistarsi la scena.

Se lo stress, come particolare risposta dell'organismo, esiste, è perché è utile e necessario. Questo meccanismo ha permesso all'uomo di sopravvivere di fronte ai pericoli e alle avversità dell'ambiente esterno nel corso della sua evoluzione. Il vero problema oggi è che l'ambiente in cui ci troviamo a vivere è stato dall'uomo stesso così profondamente modificato che di "naturale" presenta ben poco e quindi quel meccanismo funzionale alla sopravvivenza in un certo habitat, oggi risulta ben poco funzionale nelle mutate condizioni in cui dovrebbe dare risposte adattive.

Il volume è stato scritto a quattro mani da Mario Alberto Catarozzo,

formatore e coach con una lunga esperienza sui temi della comunicazione, negoziazione, leadership, crescita personale e professionale, e da Stefano Attilio Nobili, che i lettori di Avvenire Medico ben conoscono. Infatti, oltre ad essere medico di Medicina Generale, esperto in agopuntura e Professore a Contratto in Medicina Interna presso l'Università degli Studi di Milano, Nobili è membro e consigliere provinciale milanese della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), membro di UNAMSI (Unione Nazionale Medico Scientifica di Informazione) e si occupa dell'Ufficio stampa di FIMMG Lombardia, cura la rubrica Notizie 5x5 di FIMMGNotizie e scrive sulla nostra rivista. Come giornalista, inoltre, collabora da diversi anni con Più Salute.



Mario Alberto Catarozzo,  
Stefano Attilio Nobili

**Gestire lo stress  
nell'attività professionale**

Alpha Test  
pp. 235, euro 15.50

## In breve in breve

### Messina: la mobilitazione Fimmg blocca le minacce del Commissario straordinario Asp

Una manifestazione di protesta, per difendere il diritto alle cure dei cittadini e la dignità professionale dei medici, si è tenuta a Messina il 20 dicembre scorso contro una pericolosa iniziativa del Commissario straordinario della locale Asp.

“Sono state inviate ai medici di famiglia – ha spiegato Giacomo Caudo, presidente dell’Ordine e Segretario Provinciale Fimmg di Messina – lettere raccomandate in cui si minacciano trattenute sullo stipendio per decine di migliaia di euro, sollecitandoli così, indirettamente, a non prescrivere alcune categorie di farmaci inerenti la cura dell’ipertensione, del diabete, dell’apparato respiratorio, gli antibiotici, gli anti-

fratturativi, i protettori gastrici e gli antidislipidemi. Con una semplice operazione matematica il Commissario straordinario ha diviso il “suo” obiettivo di spesa, assegnato dall’Assessorato regionale, per il numero dei cittadini residenti, mettendo a carico dei medici le eccedenze che mediamente ammontano per ciascun professionista a circa € 40.000. Tale azione, oltre ad essere palesemente priva di alcun supporto giuridico, rappresenta un vero attentato al diritto alle cure per i pazienti e determina una profonda turbativa alla normale attività assistenziale. Proprio per questo, ha aggiunto Caudo, “la Fimmg di Messina, suo malgrado, si è vista costretta ad organizzare una manifestazione eclatante e senza precedenti per la categoria con lo scopo di accendere i riflettori su un’azione priva di legittimità e che minaccia profondamente il diritto alle cure ed alla salute dei Cittadini minando contemporaneamente il rapporto di fiducia medico-paziente che caratterizza

da sempre la medicina di famiglia”.

La manifestazione, cui hanno partecipato la quasi totalità dei mmg di Messina e provincia, è stato un successo al punto tale che il Commissario straordinario della Asp di Messina ha dovuto smentire la procedura di recupero somme, subordinando gli interventi alla verifica da parte di una Commissione mista medici-azienda che valuterà l’eventuale inappropriately delle prescrizioni, non applicando come parametro la semplice eccedenza aritmetica delle prescrizioni come previsto in precedenza.

La vicenda è una vera vittoria per tutta la Fimmg siciliana, poiché rappresenta un importante riferimento per fermare gli eventuali colpi di mano che qualche amministratore poco accorto voglia intraprendere in futuro per ripianare i debiti accumulatisi negli anni passati con la sciagurata commistione fra politica, malaffare e clientelismo di cui oggi tutti i siciliani stanno pagando le conseguenze. P.G.

# Verso una medicina della complessità

**Il medico di medicina generale ha una propria specifica competenza: si confronta quotidianamente con pazienti polipatologici, spesso cronici e che assumono diversi farmaci. Una realtà concreta che mette in evidenza la dicotomia tra le linee guida definite per la singola patologia e la pratica clinica e richiede di individuare nuovi strumenti, proprio a partire dall'esperienza del mmg**

di Walter Marrocco, Andrea Pizzini, Antonio Pio D'Ingianna, Gallieno Marri, Amedeo Schipani  
Società Italiana di Medicina di Prevenzione e degli stili di vita

**L'**approccio al paziente complesso, con polipatologie croniche, e la promozione di sani stili di vita: è stato questo il tema affrontato nella Tavola Rotonda promossa da Simpesv al Congresso Fimmg, un incontro che ha visto una grande partecipazione e che ha posto al centro un tema nodale per il futuro della Medicina Generale.

Il dato di partenza è ormai chiaro e ampiamente condiviso: l'invecchiamento della popolazione comporta il conseguente progressivo incremento della prevalenza delle patologie croniche, spesso determinando una situazione di comorbidità, ovvero con la presenza concomitante di due o più patologie nello stesso soggetto. È stato valutato, infatti, che la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta 4,9 malattie, mentre nei soggetti con più di 80 anni il numero delle patologie sale in media a 5,4.

Questa realtà richiede un'attenta riflessione sul modo in cui le linee guida cliniche vengono sviluppate e applicate, anche perché ottimizzare il trattamento per questa fascia di popolazione è un'esigenza ad alta priorità, per ragioni etiche (garantire il miglior esito di cura), sociali (mantenere il più a lungo possibile l'autosufficienza) e anche economiche (utilizzare al meglio le risorse). E questa problematica investe direttamente il lavoro quotidiano di chi opera nell'ambito della Medicina Generale, perché il medico di famiglia è quello che si trova più spesso a dover "mettere in pratica" le linee guida di ciascuna patologia, diventando nei fatti l'unico "decisore" della tanto citata appropriatezza.

Per il medico di famiglia, alle prese con la vita reale, la sfida è far coincidere l'appropriatezza scientifica con l'accettazione e la



compliance da parte del paziente, attraverso una negoziazione continua che deve basarsi su elementi che siano al contempo pragmatici e scientificamente fondati.

In un interessante articolo pubblicato su *The Journal of The American Medical Association (JAMA)* gli Autori ipotizzano un caso pratico, realistico, di una signora di 79 anni affetta contemporaneamente da diabete mellito tipo 2, ipertensione arteriosa, osteoartrite, osteoporosi e BPCO. L'esame del caso fornisce lo spunto per delineare un'attenta

## L'indice di comorbidità di Charlson

Tra le scale proposte in letteratura, risulta particolarmente interessante l'indice di comorbidità di Charlson (ICC), un sistema di punteggio che include fattori di ponderazione sulla base della gravità della malattia.

L'indice si ottiene assegnando un peso a ogni diagnosi, ma anche valutando i diversi livelli di gravità di alcune patologie. Per esempio, il diabete è stato valutato 1, ma il diabete con danno d'organo è stato

valutato 2. Infarto del miocardio, insufficienza cardiaca congestizia, malattia vascolare periferica, accidenti cerebrovascolari, demenza, malattia polmonare cronica, malattia del tessuto connettivo, ul-

cera gastrointestinale, malattie epatiche lievi e diabete mellito sono tutti valutati 1. Emiplegia, malattia renale da moderata a grave, diabete con danno d'organo, tumore di qualsiasi tipo in fase attiva, leucemie e linfomi in fase attiva sono tutti valuta-

ti 2. La malattia epatica da moderata a grave è stata valutata 3. La Sindrome autoimmune ed i tumori solidi metastatici sono stati valutati 6. In alcuni studi un risultato di 0-2 è stato classificato una bassa comorbidità; più di 2 elevata comorbidità.

analisi dell'applicabilità delle linee guida a un paziente anziano con polipatologia.

I dati che ne emergono evidenziano in modo chiaro la dicotomia esistente tra la teoria delle linee guida e la pratica clinica corrente: quest'ultima dovrebbe trovare in esse gli strumenti per la gestione quotidiana delle malattie; invece, spesso, le linee guida derivano da studi clinici che sono effettuati in maniera randomizzata e controllata (RCTs) e sono dunque caratterizzati dal fatto di escludere i pazienti con patologie concomitanti fornendo in definitiva solo risultati "medi", con evidenti difficoltà di estrapolazione e applicazione nella clinica pratica.

Si rende quindi necessaria una profonda analisi del problema che, partendo dall'esperienza dalla Medicina Generale, coinvolga anche altri attori del mondo sanitario, con l'obiettivo di dare una risposta concretamente operativa ai bisogni del "paziente reale". Si deve quindi affermare una "medicina della complessità" che consideri l'insieme delle diverse condizioni morbose non solo in quanto compresenti, ma nella loro interazione multidimensionale, producendo una sintesi tra la "medicina delle evidenze" e la "medicina narrativa".

Anche perché lo stesso operato del mmg viene giudicato ancora con gli strumenti dell'Ebm e dell'acuzie, in assenza di strumenti capaci di valutare e quantificare l'impegno clinico ed economico richiesto dal "paziente complesso".

## La filiera del farmaco al Congresso Fimmg

“**F**ossi in voi scenderei in piazza per chiedere l'abolizione del Titolo V della Costituzione, laddove prevede le competenze regionali in sanità”. Parole forti quelle rivolte alla platea del Congresso Fimmg da Guido Rasi, già DG dell'Aifa e oggi Direttore esecutivo dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema). Rasi nel suo intervento ha poi sottolineato la necessità della presenza di una rappresentanza dei medici di medicina generale nell'Ema: “Non è possibile che chi prescrive l'80% dei farmaci oggi non sia rappresentato e non possa avere nessun potere decisionale. Dovete fare una battaglia in questo senso – ha proseguito Rasi sollecitando la platea. – Un primo passo è stato fatto: di recente **Walter Marrocco** responsabile scientifico Fimmg, ha presentato all'Ema un documento programmatico medicina generale-farmaco, realizzato con Aifa, che va in questa direzione. Il documento ha riscosso un grande successo e sono orgoglioso di poter dire che l'Italia è stata capofila in questa battaglia”.

Presente all'incontro anche il direttore generale dell'Aifa, **Luca Pani**, che, auspicando

una collaborazione più stretta tra Aifa e medici di medicina generale, ha sollecitato ad un maggiore protagonismo i camici bianchi presenti in sala: “Grazie al vostro legame con il territorio avreste potenzialmente un database enorme, eppure non scrivete praticamente nulla”. Anche in tema di farmacovigilanza, Pani ha fatto notare come in Italia manchi ancora una cultura delle segnalazioni: “Le segnalazioni di effetti avversi che ci giungono dai medici di medicina generale sono ancora pochissime, anche se proprio con la Fimmg è stata da tempo lanciata un App proprio con l'obiettivo di rendere questo compito ancora più immediato e semplice”.

Un invito al quale il segretario della Fimmg ha risposto in modo perentorio: “Collaborare con Aifa – ha detto Giacomo Milillo – deve essere obbligatorio per chi è iscritto alla Fimmg”.

Infine, il presidente di Farindustria, **Massimo Scaccabarozzi**, nel suo intervento ha commentato i possibili tagli alla farmaceutica contenuti nelle bozze del prossimo Patto della Salute: “Continuare a tagliare una spesa già sotto controllo, un settore che ha già pagato tanto negli ultimi anni, sarebbe una vera follia”.

### Milillo: “Serve una politica sanitaria unitaria”

segue da pag. 5

to delle Università, queste, in barba alle esigenze del sistema sanitario, invece di accorciare la durata delle scuole di specialità, abbiano ottenuto che sia ridotto il numero delle borse di studio”, afferma Milillo, che plaude al provvedimento della Legge di stabili-

tà che accorcia la durata dei corsi da 5 a 4 anni. “Speriamo che i perfezionamenti, peraltro necessari, che verranno introdotti nell'iter parlamentare, non vanifichino l'intenzione”. Quanto alla specializzazione e al Corso di Formazione in Medicina Generale, secondo Milillo potrebbero essere svolte anche combinando alla formazione periodi di lavoro in ospedale o sul territorio, con certificazioni di attività svolte.

**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

**Coordinatore editoriale**  
Eva Antoniotti

**Hanno collaborato**  
Gennaro Barbieri, Lucia Conti,  
Fiorenzo Corti,  
Antonino Pio D'Ingianna,  
Luciano Fassari, Paolo Giarrusso,  
Fabio Lijoi, Ester Maragò,  
Gallieno Marri, Walter Marrocco,  
Stefano A. Nobili, Andrea Pizzini,  
Giovanni Rodriguez,  
Amedeo Schipani

**Ufficio grafico**  
Barbara Rizzuti  
Daniele Lucia

**Stampa**  
Union Printing - Viterbo  
Finito di stampare  
nel mese di dicembre 2013

Registrazione  
al Tribunale di Bologna  
n. 7381 del 19/11/2003  
Costo a copia 2,50€

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

## SERVIZI E MATERIALE DI COUNSELING PER L'AMBULATORIO

SITO PERSONALIZZATO

DOCSITE



## MATERIALE PUBBLICITARIO



## CAMPAGNA ADVERTISING

DS Medica è presente  
sui social network



Facebook



LinkedIn



Twitter

Dietosystem® cura la pagina  
"Dimagrire in salute"



DS MEDICA

# Nuova Suite Nutrizionale Dietosystem®



La metodologia più completa in campo nutrizionale  
che assicura un'elevata *compliance* del paziente e un sicuro  
successo professionale per il medico.

## Il protocollo Suite Nutrizionale

### Impedenziometria



+



Kit apparecchio + software

### Plicometria



+



Kit strumento Holtain + software

### Terapia alimentare



+



+



Suite software  
nutrizionali per oltre  
400 condizioni  
patologiche.

L'adesione alla Suite Nutrizionale assicura al medico:

- Formazione
- Assistenza tecnica e nutrizionale
- Promozione e Marketing sul cittadino
- Visibilità sul network WelfareLink

Visita il sito [www.dsmedica.info/mcp](http://www.dsmedica.info/mcp) per avere le migliori offerte riservate ai lettori di "Avvenire Medico" o scrivi a [info@dsmedica.info](mailto:info@dsmedica.info)

DS MEDICA

a company of DS NeoCure

20125 Milano - Via Monza, 133 - Tel: +39 02 28172 200  
Fax +39 02 28172 299 - eMail: [info@dsmedica.info](mailto:info@dsmedica.info) - Web: [www.dsmedica.info](http://www.dsmedica.info)  
FILIALI | Roma: via Boncompagni, 16 - Napoli: via Jannelli, 64E

# PROFIM®

Medicina Generale

  
*più*

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

## Synchronizing Healthcare

Benvenuto in "PROFIM più", la soluzione completa di prodotti e servizi, per la professione svolta in ambulatorio ed in mobilità. Non più solo un software di cartella clinica ma una serie di servizi innovativi, semplici e funzionali, con cui PROFIM interagisce.

**Per riscoprire il piacere di essere medico, semplicemente.**

PROFIM è anche integrato con:

**CGM DOCUMENTS**

Medical Information System

**CGM LIFE eSERVICES**

Salute Online

Numero Verde  
**800.011.781**

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



**CompuGroup  
Medical**

  
*più*



**drCLOUD** 

Healthcare Network Solutions

Piattaforma di rete e applicazioni in mobilità



**CGM ACN**

ADD-ON per l'interazione con il SAC



**CGM AIR**

Accordi Integrativi Regionali



**CGM ACADEMY**

Percorsi formativi territoriali

Vieni a trovarci a Roma, al 68° Congresso FIMMG, dal 4 al 9 settembre 2013 - Ergife Palace Hotel