



# LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

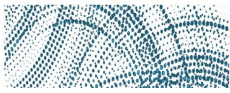
Numero 29 di Novembre 2025

## Rapporto 2026 Federsanità-ANCI e IFEL: "Il futuro della sanità passa dal territorio: perché i medici



### Salute e territorio

I SERVIZI SOCIO SANITARI DEI COMUNI ITALIANI  
RAPPORTO 2026



Il Rapporto 2026 "Salute e territorio. I servizi sociosanitari dei Comuni italiani" di Federsanità-ANCI e IFEL restituisce con chiarezza ciò che i medici di famiglia vivono ogni giorno: il baricentro della sanità italiana si è spostato stabilmente sul territorio. Non per scelta ideologica, ma perché i bisogni di salute sono cambiati ad una velocità superiore alla capacità del sistema di riorganizzarsi. Il medico di famiglia è oggi testimone diretto ed insostituibile di questa trasformazione. L'Italia sta attraversando il più profondo mutamento demografico della sua storia recente: un Paese che invecchia in modo rapido, con un aumento costante dei grandi anziani ed una progressiva rarefazione della popolazione in età attiva. L'indice di invecchiamento, oggi al 24,3%, raggiungerà il 34,6% nel

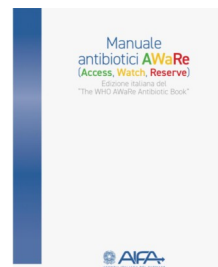
2050. Parallelamente, crescono le famiglie composte da persone sole, aumentano le persone non autosufficienti, si moltiplicano i bisogni di lungo periodo. È su questo scenario che il medico di famiglia diventa il punto di riferimento centrale: il professionista più vicino, più accessibile e più capace di intercettare precocemente bisogni sanitari, sociali, relazionali. (...) [Continua a pag. 2](#)

### L'EDITORIALE

#### "Sanità territoriale: il grande equivoco della riforma"

Negli ultimi mesi abbiamo sentito parlare spesso di "riordino della sanità territoriale". Decreti, tavoli tecnici, promesse di riforma strutturale: un grande cantiere che sembra voler ridisegnare il futuro dell'assistenza primaria. Eppure, in questo fermento normativo, c'è un equivoco che continua a ripetersi con ostinazione: si pensa alla sanità territoriale come ad un insieme di luoghi, non come ad una comunità di professionisti. Quando si parla di Case di Comunità, Centrali Operative, Ospedali di Comunità, il discorso (...) [Continua all'ultima pag.](#)

## AWaRe: il nuovo manuale AIFA che cambia il modo di prescrivere antibiotici



La progressiva diffusione dell'antibiotico-resistenza rappresenta una minaccia crescente per la salute pubblica e l'OMS stima che sia già oggi responsabile di oltre cinque milioni di morti l'anno su scala globale. In questo contesto l'AIFA ha pubblicato l'edizione italiana del WHO AWaRe Antibiotic Book, uno strumento aggiornato e basato sulle migliori evidenze scientifiche che supporta i clinici nelle decisioni prescrittive quotidiane e promuove un uso più prudente e razionale degli antibiotici. Il sistema AWaRe classifica gli antibiotici in tre categorie — Access, Watch e Reserve — in base al profilo di sicurezza, alla tendenza a generare resistenze e alla rilevanza clinica. Gli antibiotici Access, a spettro ristretto e minor impatto sulla resistenza, dovrebbero costituire almeno il 60% delle prescrizioni nazionali, obiettivo indicato dall'OMS per migliorare la stewardship antimicrobica e contenere le resistenze. La guida AIFA rende questa classificazione operativa grazie a tabelle, raccomandazioni (...) [Continua a pag 7.](#)

audio  CENTRI ACUSTICI  
experience

Apparecchi acustici per il  
benessere uditivo.

**06 86 87 30 20**

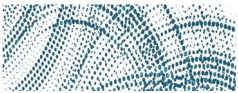
[www.audioexperience.it](http://www.audioexperience.it)

## Rapporto 2026 Federsanità-ANCI e IFEL: “Il futuro della sanità passa dal territorio: perché i medici di famiglia sono l’asse portante del nuovo welfare sociosanitario”



### Salute e territorio

I SERVIZI SOCIOSANITARI DEI COMUNI ITALIANI  
RAPPORTO 2026



**Segue (...)** Nel Rapporto, la prossimità emerge come il vero principio operativo del nuovo sistema sociosanitario e la prossimità, per definizione, ha il volto del medico di famiglia. La povertà multidimensionale: economica, educativa, abitativa, digitale, che attraversa ormai oltre 13 milioni di cittadini, incide pesantemente sulla salute e si manifesta nell’ambulatorio del medico di medicina generale prima ancora che nei servizi sociali. Il Rapporto sottolinea come la rinuncia alle cure, determinata da ragioni economiche e liste d’attesa, sia in costante aumento. Il medico di famiglia rappresenta spesso l’ultimo argine disponibile prima che la fragilità diventi cronicità o emergenza e, allo stesso tempo è il professionista che più di ogni altro può contribuire a ridurre le disuguaglianze, facilitando l’accesso ai servizi e modulando la presa in carico in base alla complessità. Il documento mette in luce il ruolo crescente dei Comuni come attori della salute: servizi sociali, assistenza domiciliare, progetti di comunità, interventi per le fragilità abitative e per la non autosufficienza. Ma la vera sfida è l’integrazione; il Rapporto lo dice chiaramente: nessuna misura di prossimità funziona senza una relazione stabile tra MMG, servizi sociali comunali, terzo settore e Case della Comunità. La medicina generale diventa così la “cerniera naturale” tra sanitario e sociale. È qui che la visione del DM 77 trova il suo senso: non solo nuove strutture e percorsi, ma un nuovo modo di lavorare insieme. Il Rapporto parla anche di “contronarrazione”, un invito a ribaltare la narrazione sulla sanità italiana, troppo spesso imprigionata tra parole come crisi e declino. La vera contro storia è un’altra: ogni giorno migliaia di medici di famiglia garantiscono continuità, ascolto, prevenzione, presa in carico e orientamento, spesso supplendo alle carenze del sistema con professionalità e prossimità. È una rete che non fa rumore, ma che regge il Paese e che merita di essere riconosciuta come infrastruttura strategica tanto quanto gli ospedali. Il futuro del welfare sociosanitario, secondo il Rapporto, è già scritto nelle pratiche quotidiane dei medici di famiglia: gestione delle cronicità, assistenza domiciliare, telemedicina, supporto ai caregiver, intercettazione delle fragilità sociali, educazione sanitaria, lettura dei determinanti di contesto. È la medicina delle relazioni, non delle prestazioni; è la medicina che abita i territori; è la medicina che vede la persona nella sua interezza, non come somma di diagnosi. Il Rapporto 2026 ci ricorda che senza un investimento coraggioso sulla medicina generale in termini di risorse, strumenti, formazione e riconoscimento professionale, nessuna riforma del territorio potrà funzionare davvero. Il medico di famiglia non è un tassello del sistema: è l’asse portante di un welfare sociosanitario che vuole essere equo, accessibile e vicino ai cittadini. E se il futuro della sanità sarà territoriale, allora sarà necessariamente un futuro costruito “con” i medici di famiglia, non semplicemente “intorno” a loro.



## MANUALE PER L’USO DEL MEDICO DI FAMIGLIA

SCARICA IL MANUALE E TUTTE LE INFORMAZIONI UTILI SU :

<https://fimmgroma.it/manualemedico>

## Cara Redazione...



**Inviatemi i vostri contributi a [redazione@fimmgroma.it](mailto:redazione@fimmgroma.it), le lettere selezionate verranno pubblicate sulla newsletter. Di seguito pubblichiamo la lettera scelta per il mese di novembre inviata da “un medico di medicina generale”...**

**Cara Redazione,**

Una riflessione che condivido con voi, da medico di famiglia ho la sensazione che negli ultimi anni, alle farmacie non piaccia più fare le farmacie. La “farmacia dei servizi” è diventata il nuovo mantra: telemedicina, screening, check-up, consulenze wellness. Molto visibile, spesso remunerato, talvolta però poco integrato con il resto del sistema. Io invece avrei bisogno di una farmacia che torni al suo cuore professionale: gestione del farmaco, aderenza terapeutica, uso appropriato delle risorse. Faccio un esempio: il deblistering personalizzato. È stato finalmente riconosciuto come atto sanitario a pieno titolo, con possibilità per il farmacista di preparare terapie personalizzate nel rispetto delle Norme di Buona Preparazione e su indicazione medica. Per i pazienti cronici, fragili, politerapici sarebbe uno strumento potentissimo per ridurre errori, accessi in pronto soccorso e interruzioni di terapia. Eppure è ancora poco praticato e, soprattutto, raramente inserito in percorsi condivisi tra medico, farmacista e caregiver. Un altro ambito quasi ignorato è l’uso clinico dei dati sulle confezioni erogate. Le farmacie già raccolgono enormi quantità di informazioni, ma queste restano perlopiù a fini contabili. Io vorrei sapere se il mio paziente non ritira più una terapia da mesi, o se ne assume quantità incoerenti con la posologia. Vorrei che la farmacia partecipasse alla riconciliazione terapeutica nei passaggi di cura, diventando un presidio di continuità e non solo il punto finale di distribuzione. Anche sulle vaccinazioni in farmacia, esperienza preziosa durante la pandemia, il nodo non è “se farle”, ma “come farle”: serve integrazione piena dei dati nei sistemi regionali, criteri di eleggibilità condivisi, formazione continua e audit sulle procedure. Senza queste garanzie, il rischio è ridurre la vaccinazione a un mero atto tecnico, scollegato dal percorso di cura. Capisco le ragioni economiche che spingono molte farmacie verso servizi ad alta marginalità e bassa complessità clinica: sono più semplici, più “vendibili” e spesso meglio remunerati rispetto ad attività come deblistering, monitoraggio dell’aderenza e riconciliazione terapeutica, che richiedono tempo, assunzione di responsabilità e collaborazione strutturata con i medici. Ma il sistema non può permettersi una farmacia che inseguia solo ciò che porta fatturato immediato, trascurando ciò che genera valore sanitario silenzioso: meno ricoveri, meno eventi avversi, meno sprechi. Se vogliamo davvero una “farmacia dei servizi”, dovremmo prima definire quali servizi hanno una solida giustificazione clinica, fissare standard condivisi, garantire tracciabilità nel Fascicolo sanitario elettronico e misurare gli esiti reali su aderenza, ricoveri e spesa farmaceutica. E poi legare a questi risultati una parte significativa della remunerazione, premiando le farmacie che fanno davvero farmacia clinica. La mia non è una nostalgia per la farmacia di una volta, ma una richiesta di alleanza. I farmacisti vedono ogni giorno ciò che noi medici non vediamo: l’uso reale dei farmaci, le paure, le dimenticanze, le incongruenze. Se decidono di investire su deblistering, aderenza, riconciliazione terapeutica e vaccinazioni ben integrate, non fanno un passo indietro ma in avanti, verso una farmacia matura, corresponsabile degli esiti di cura. Alle istituzioni chiedo regole, indicatori e modelli di pagamento coerenti; a noi medici ricordo che la collaborazione con le farmacie non è opzionale. Solo sedendoci allo stesso tavolo potremo trasformare la “farmacia dei servizi” in una vera farmacia di cura, al servizio – insieme – della salute dei nostri pazienti.

Un medico di medicina generale

## Il grande invisibile: perché i disturbi somatoformi devono entrare nell'agenda della medicina generale



I disturbi somatoformi, oggi ridefiniti nelle classificazioni come disturbi da sintomi somatici e condizioni affini, rappresentano una delle aree più delicate e impegnative della pratica di medicina generale. Pazienti che soffrono, spesso molto, e che si muovono tra sintomi reali e apparentemente “inspiegati”, percorrendo un percorso diagnostico e terapeutico lungo, frammentato e costoso, tanto sul piano individuale quanto su quello del sistema sanitario. Eppure, nonostante il loro peso clinico ed epidemiologico, questi disturbi continuano a essere quasi invisibili nelle grandi analisi internazionali. Un nuovo studio pubblicato su *The Lancet Psychiatry* offre un cambio di passo: una revisione sistematica e meta-analisi su 41 studi condotti in 23 Paesi, per un totale di oltre 122.000 individui, che quantifica in maniera strutturata la prevalenza e il carico di disabilità dei disturbi somatoformi. La prevalenza globale stimata è del 4,6%, con una forte differenza di genere (7,7% nelle donne, 2,8% negli uomini). Un dato già di per sé rilevante, ma che diventa sorprendente quando affiancato al carico di disabilità: 662,4 YLDs per 100.000 persone all'anno, valore che collocherebbe i disturbi somatoformi al secondo posto tra tutte le condizioni di salute mentale più impattanti secondo i parametri del GBD 2021. Per comprendere la portata di questi numeri, è utile ricordare che diverse analisi precedenti avevano già suggerito un peso significativo della somatizzazione: studi come quelli di Hanel et al. (2019, *Journal of Psychosomatic Research*) e di Creed & Barsky (2011, *Lancet*) hanno mostrato come i disturbi somatoformi siano tra le prime cause di utilizzo inappropriato o ridondante dei servizi sanitari, con costi fino al 2–5% della spesa sanitaria complessiva in alcuni Paesi europei. Un lavoro pubblicato su *BMJ Open* nel 2020 ha inoltre evidenziato che i pazienti con sintomi somatici funzionali presentano un rischio maggiore di sviluppare comorbidità ansiose e depressive e un tasso doppio di visite in medicina

**Segue (...)** generale rispetto alla media della popolazione. Ma ciò che emerge con forza da questa nuova meta-analisi è soprattutto un problema metodologico: i disturbi somatoformi non compaiono nei cicli del Global Burden of Disease, la più importante piattaforma di riferimento per la programmazione sanitaria globale. L'assenza non è marginale: escludere un disturbo dai modelli di stima significa renderlo meno rilevante nella definizione delle priorità politiche e nella distribuzione delle risorse. Si tratta di una cecità sistemica che dura da decenni e che rischia di riflettersi a cascata sulla pratica clinica quotidiana, compresa quella dei medici di famiglia (mmg). Un ulteriore limite riguarda la rappresentatività geografica: gli studi inclusi provengono quasi esclusivamente da Paesi ad alto reddito. In contesti a basso e medio reddito, dove la somatizzazione è spesso più frequente per ragioni culturali, sociali e legate all'accesso ai servizi, semplicemente non abbiamo dati. Ricerche condotte in Africa e Asia, come gli studi pionieristici di Patel et al. nei Paesi del Sud-Est asiatico, mostrano che in molte popolazioni i sintomi somatici costituiscono la forma prevalente di espressione del disagio psicologico. Ma senza studi sistematici, questa quota rimane totalmente invisibile nel carico globale delle malattie. Per la medicina generale, tutto questo si traduce in una questione concreta: come possiamo prenderci cura efficacemente di un problema che la ricerca globale continua a sottostimare? I mmg sono spesso il primo punto di contatto per chi presenta sintomi somatici. Una revisione di van der Feltz-Cornelis et al. (2020) ha mostrato che gli interventi più efficaci nei setting di primary care includono modelli collaborativi, programmi di educazione del paziente, tecniche brevi di gestione del sintomo e una continuità relazionale forte. Ma per strutturare percorsi adeguati, servono politiche che riconoscano il problema, lo quantifichino e lo inseriscano nelle priorità di salute pubblica. Sarebbe un passo indispensabile per orientare risorse, formazione e modelli di presa in carico più coerenti con la realtà epidemiologica. Per i mmg, questo lavoro conferma qualcosa che vediamo ogni giorno nei nostri studi: la somatizzazione non è un “non problema”, ma un grande problema non nominato. Riconoscerlo significa migliorare la qualità della cura, evitare percorsi diagnostici inutili, investire nella relazione medico-paziente e soprattutto restituire dignità clinica a un'area per troppo tempo rimasta ai margini.

## Rapporto AIFA OsMed 2024: il ruolo centrale dei medici di famiglia nella sostenibilità del SSN

L'uso dei  
Farmaci  
in Italia  
Rapporto Nazionale  
Anno 2024



L'ultimo Rapporto OsMed dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), pubblicato a novembre 2024, offre una fotografia completa dell'uso dei farmaci in Italia nel 2024, confermando la crescente complessità del sistema e la centralità della medicina territoriale. La spesa farmaceutica complessiva ha raggiunto i 37,2 miliardi di euro, con un aumento del 2,8% rispetto all'anno precedente. Di questi, 26,8 miliardi sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale, in crescita del 7,7%, mentre la spesa privata si è ridotta a 10,2 miliardi, segno di un progressivo spostamento del peso verso la componente pubblica. Ogni cittadino ha ricevuto in media 18 confezioni di farmaci e il 68% della popolazione italiana ha avuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno. Il

Rapporto evidenzia come la gran parte dell'assistenza farmaceutica territoriale avvenga su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, confermando il ruolo strategico dei professionisti della medicina di famiglia nella gestione quotidiana delle terapie. Tuttavia, i numeri mostrano anche una criticità crescente: il calo dei medici di base, passati da oltre 44.000 nel 2016 a poco più di 37.000 nel 2024, con una riduzione di circa il 7,4% negli ultimi tre anni. Un dato che deve preoccupare, perché avviene proprio mentre aumenta la complessità dei bisogni terapeutici, in particolare nella popolazione anziana e cronica. Tra gli over 65, quasi la totalità dei cittadini ha ricevuto almeno una prescrizione farmacologica e un terzo si trova in condizione di politerapia cronica, cioè assume stabilmente cinque o più principi attivi per almeno sei mesi. In questo contesto, il medico di famiglia è chiamato a un duplice ruolo: garantire l'appropriatezza prescrittiva e vigilare sulla sicurezza del paziente. Ridurre le sovrapposizioni, rivedere periodicamente le terapie, gestire le interazioni e accompagnare il paziente nel percorso di cura sono azioni che incidono non solo sulla salute individuale, ma anche sulla sostenibilità complessiva del sistema sanitario. Il Rapporto segnala inoltre forti differenze regionali nella spesa e nei consumi, con valori più alti nel Mezzogiorno e più contenuti nelle province autonome del Nord. Anche in questo caso, la medicina generale può essere parte della soluzione, favorendo un uso più omogeneo e appropriato dei farmaci sul territorio. A ciò si aggiunge la necessità di rafforzare la cultura dell'aderenza terapeutica: molti pazienti interrompono o modificano la cura senza consultare il medico, soprattutto nel trattamento delle patologie croniche. È su questo terreno che la relazione continuativa tra medico e paziente rappresenta uno strumento insostituibile di prevenzione, educazione e fiducia. Un altro elemento significativo del Rapporto è la crescita della spesa per farmaci innovativi e terapie avanzate, che, pur rappresentando una frontiera straordinaria della medicina, pongono interrogativi sulla sostenibilità economica. Nel 2024 sono state rimborsate 12 terapie avanzate e 46 farmaci innovativi, per una spesa complessiva superiore al miliardo di euro. Parallelamente, aumenta anche la spesa per i farmaci orfani, destinati alle malattie rare. Queste innovazioni impongono una riflessione sul ruolo di coordinamento della medicina generale, chiamata a gestire la continuità assistenziale tra l'ospedale e il territorio e a integrare l'uso dei nuovi farmaci con la presa in carico complessiva del paziente. Il Rapporto OsMed 2024, nel suo insieme, delinea dunque un sistema farmaceutico in evoluzione, più orientato all'innovazione ma anche più fragile sul fronte della distribuzione delle risorse e del personale. Per la medicina di famiglia, si tratta di una conferma e di una responsabilità: conferma della propria centralità nella cura del cittadino e responsabilità nel promuovere appropriatezza, equità e sostenibilità. Ogni prescrizione è una scelta clinica, ma anche un atto di governo del sistema sanitario. L'impegno quotidiano dei medici di famiglia, nel dialogo con i pazienti e nella collaborazione con specialisti e farmacisti, resta il cardine su cui costruire un uso più consapevole e giusto dei farmaci in Italia. [Leggi il Rapporto](#)

**AWaRe: il nuovo manuale AIFA che cambia il modo di prescrivere antibiotici**

**Segue** (...) terapeutiche e infografiche che sintetizzano scelte di prima e seconda linea per oltre trenta quadri infettivi frequenti nella pratica clinica. Il manuale sottolinea come il 90% degli antibiotici venga prescritto nell'assistenza primaria e come fino alla metà dei trattamenti sia inappropriata: terapie inutili per infezioni virali, uso di farmaci a spettro eccessivamente ampio, durate non adeguate o dosaggi errati. Da qui l'importanza di un approccio più selettivo, che parta dalla domanda: "È davvero necessario un antibiotico?". Per molte condizioni frequenti: bronchite acuta, otite media non grave, faringite virale, sinusite, diarrea acuta non emorragica, riacutizzazioni lievi di BPCO, alcune infezioni dentali o cutanee, il manuale ribadisce che una gestione sintomatica è sufficiente e sicura, con benefici limitati dall'uso degli antibiotici e rischi concreti in termini di effetti avversi, alterazione del microbiota e selezione di batteri resistenti. Quando gli antibiotici sono invece indicati, AWaRe propone scelte chiare e conservative: amoxicillina o fenossimetilpenicillina per polmoniti lievi di comunità, nitrofurantoina o cotrimossazolo per le IVU non complicate, cefalexina o cloxacillina per le infezioni cutanee lievi. L'uso di molecole Watch — come fluoroquinoloni o macrolidi in particolari contesti — viene riservato a situazioni selezionate in cui è maggiore la probabilità di patogeni resistenti, mentre gli antibiotici di categoria Reserve restano confinati al trattamento delle infezioni multiresistenti. Il manuale propone inoltre un metodo sintetico, le "8D" della buona prescrizione, per supportare i clinici in una valutazione strutturata: Diagnosi, Decidere, Drug (farmaco), Dose, Delivery (via di somministrazione), Durata, Discutere con il paziente, Documentare il piano terapeutico. È un approccio pratico che valorizza non solo la scelta del farmaco, ma anche la comunicazione, l'aderenza e la sicurezza terapeutica. La stewardship antimicrobica, ricorda il documento, è una responsabilità condivisa tra istituzioni, medici, farmacisti, infermieri e pazienti. Per i medici di famiglia significa soprattutto contribuire alla riduzione dell'uso inappropriato degli antibiotici, favorire trattamenti di durata breve e standardizzata, orientare la scelta verso molecole Access ogni volta che è possibile, e al contempo educare i pazienti alla gestione sintomatica e all'uso responsabile dei farmaci. Con il manuale AWaRe, la medicina generale dispone oggi di uno strumento essenziale per migliorare la qualità delle cure, contenere la diffusione delle resistenze e preservare l'efficacia degli antibiotici per il futuro. Un cambiamento culturale e professionale che passa dalla singola prescrizione, dalla singola decisione clinica, e che coinvolge l'intero sistema sanitario. [Leggi il Manuale](#)

## L'EDITORIALE "Sanità territoriale: il grande equivoco della riforma" di Eleonora Grimaldi

**Segue** (...) politico è dettagliato, misurabile, rassicurante. È più facile elencare metri quadri, tecnologie, orari di apertura; molto più complesso, invece, è affrontare ciò che davvero determina la qualità di un sistema: chi si prenderà cura delle persone all'interno di questi spazi, con quale competenza e con quale progetto professionale. Il riordino, ad oggi, rischia di cristallizzare un paradosso: si disegna il territorio senza includere davvero chi il territorio lo abita ogni giorno; questo paradosso diventa ancora più evidente quando si parla di formazione. C'è il rischio reale che i medici di medicina generale possano essere marginalizzati nei percorsi formativi della futura specializzazione: è un'ipotesi che non solo è miope, ma è tecnicamente insostenibile; nessuna scuola dedicata alla medicina territoriale può prescindere da chi la medicina territoriale la esercita, la vive, la conosce e la custodisce. La formazione dei futuri medici non può essere un esercizio accademico astratto, ha bisogno di radici nella vita reale, nel confronto quotidiano con la cronicità, con la fragilità familiare, con l'incertezza diagnostica, con la continuità assistenziale che nessun altro luogo può simulare. Escludere o ridurre la presenza della medicina generale nella docenza significa creare una sanità di comunità senza comunità professionale. Significa produrre specialisti senza l'esperienza del territorio. È ora di ribaltare la prospettiva: non basta costruire spazi, bisogna costruire competenze. Non basta descrivere funzioni, bisogna riconoscere i professionisti che le incarnano. Non basta invocare prossimità, bisogna investire davvero su chi la prossimità la garantisce. Senza i medici di medicina generale nelle università, è come immaginare un'università senza specialisti: a chi il compito di insegnare la chirurgia se non ai chirurghi, dunque, a chi il compito di insegnare la medicina generale, se non ai medici di medicina generale? La riforma potrà avere senso solo quando la medicina generale verrà considerata non un settore da sorvegliare o una categoria da inglobare, ma un pilastro culturale della sanità pubblica! Questo passa necessariamente dalla formazione: dalla nostra presenza nei percorsi, dalla nostra voce nelle aule, dalla nostra capacità di trasmettere metodo, sensibilità, responsabilità clinica nei nostri studi medici. Se la sanità territoriale è il futuro del SSN, allora chi quel futuro lo regge sulle spalle, non può essere trattato come un ospite, bensì deve essere un protagonista, sempre.

FIMMG WEB  
LAZIO TV LIVE

[www.fimmglaziotv.org](http://www.fimmglaziotv.org)

LA NOSTRA SANITA'  
IN DIRETTA LIVE  
Su FIMMG WEB  
LAZIO TV  
Mercoledì alle ore 21,30

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

Il Mio Sostituto

RICERCA SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE

## LO DICE LA FIMMG

EDITORE : FIMMG ROMA

Mensile telematico della Fimmg Roma

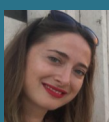
Registrazione presso tribunale di Roma n. 233 /2004  
del 27 /05/2004



SEGRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi

Redazione : Piazza G. Marconi 25 Roma

E mail : [redazione@fimmgroma.it](mailto:redazione@fimmgroma.it)