



LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 32 di Febbraio 2026

Regione Lazio, tra stallo e prospettive: Case della Comunità, AFT e DM77



Mentre gran parte delle regioni italiane hanno completato il percorso di sottoscrizione dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) con i medici di medicina generale, il Lazio resta sospeso in una fase di stallo. La firma dell'AIR, strumento fondamentale per dare certezze economiche e organizzative ai medici di famiglia, tarda ad arrivare, generando incertezza e difficoltà nella pianificazione quotidiana dell'attività professionale. In parallelo, il territorio regionale mostra segnali contrastanti. Le Case della Comunità hub, fiore all'occhiello delle politiche sanitarie locali, vengono inaugurate con cerimonie ufficiali e apparati celebrativi, ma restano spesso "vuote di persone": strutture dotate di spazi e tecnologie ma scarsamente frequentate dai pazienti, con personale ancora in attesa di una piena organizzazione dei servizi. Questo evidenzia un gap tra le strategie di comunicazione istituzionale e la realtà operativa sul campo. Guardando avanti, il Lazio è chiamato a consolidare le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le Case della Comunità spoke, strumenti centrali per realizzare la medicina di prossimità e l'integrazione tra ospedale e territorio. In questo contesto, il DM77/2022 diventa una guida essenziale, definendo requisiti, criteri di accreditamento e linee (...) [Continua a pag. 2](#)

L'EDITORIALE

"Dalla fisica quantistica alla cura quotidiana: l'eguaglianza come principio della medicina di famiglia" di Eleonora Grimaldi

La fisica quantistica ci ha insegnato che nulla può essere compreso davvero se isolato dal contesto in cui esiste. Una particella non ha proprietà assolute: il suo stato dipende dalle relazioni che intrattiene, dall'osservazione, dall'ambiente. È un'idea che il fisico Carlo Rovelli esprime ampiamente nel suo libro "Sull'eguaglianza di tutte le cose", con una formula tanto semplice quanto radicale: «ciò che esiste, esiste solo nelle relazioni». Trasmessa nella medicina di famiglia, questa visione diventa (...) [Continua all'ultima pag.](#)

AIR Lazio 2026: l'analisi dell'Intersindacale della Medicina Generale sul documento regionale e le criticità del nuovo modello territoriale



La riforma dell'assistenza territoriale nel Lazio entra in una fase cruciale con la bozza di Accordo Integrativo Regionale 2026, ma l'analisi contenuta nel documento dell'Intersindacale della Medicina Generale mette in evidenza criticità profonde che rischiano di compromettere la coerenza tra i principi del DM 77 e la loro applicazione concreta. Il documento è sottoscritto dalle principali organizzazioni sindacali della medicina generale del Lazio – FIMMG Lazio, SMI Lazio, SNAMI Lazio, FMT Lazio e CISL Medici Lazio – che, in forma unitaria, hanno elaborato una lettura tecnica e politica della proposta regionale. L'analisi intersindacale sottolinea fin dall'inizio come la delibera regionale sui modelli organizzativi delle AFT sia stata elaborata senza il contributo della medicina generale e senza una formale approvazione del Comitato regionale, introducendo obblighi informativi stringenti legati al Fascicolo Sanitario Elettronico, non accompagnati da adeguata formazione e con rilevanti implicazioni medico-legali e organizzative. Nella lettura dell'Intersindacale, (...) [Continua alla penultima pag.](#)

audio  CENTRI ACUSTICI
experience

Apparecchi acustici per il
benessere uditivo.

06 86 87 30 20

www.audioexperience.it



Manuale per l'uso del
Medico di Medicina Generale

SCARICALO ON LINE

Regione Lazio, tra stallo e prospettive: Case della Comunità, AFT e DM77



Segue (...) organizzative per le strutture territoriali. Chiarire quali strutture possano essere effettivamente accreditate come Case della Comunità spoke o come AFT diventa quindi cruciale per evitare sprechi, frammentazioni e confusioni operative. È evidente che la sfida non riguarda solo la firma dell'AIR, ma l'intera capacità della Regione di trasformare le infrastrutture esistenti in punti di cura concreti e accessibili. Per i medici di famiglia, questo significa attendere regole chiare, risorse certe e una visione coerente tra programmazione regionale e organizzazione territoriale. In un momento in cui l'innovazione sanitaria si misura sulla capacità di avvicinare le cure ai cittadini, il Lazio deve superare il paradosso delle strutture "piene di mattoni ma vuote di persone", garantendo al contempo chiarezza normativa e tempi certi per gli accordi con i medici di medicina generale. Solo così si potrà rendere reale la promessa delle Case della Comunità e delle AFT, senza lasciarle confinare a semplici simboli di intenti mai tradotti in pratica.

Diagnostica di primo livello negli studi dei medici di famiglia: il decreto Speranza "congelato" in Conferenza Stato-Regioni



Il decreto ministeriale del 29 luglio 2022, firmato dall'allora Ministro della Salute Roberto Speranza, rappresenta una delle iniziative più attese per potenziare la diagnostica territoriale nel nostro Servizio Sanitario Nazionale. La norma, pubblicata in Gazzetta Ufficiale, stabilisce il riparto di 235,834 milioni di euro per dotare i medici di medicina generale (MMG) di apparecchiature per diagnostica di primo livello (come elettrocardiografi, spirometri, esami point-of-care di laboratorio) da utilizzare negli studi o nelle reti di prossimità, con l'obiettivo di migliorare la presa in carico dei pazienti, in particolare cronici e fragili, e di ridurre le liste di attesa. Secondo il testo del decreto, le risorse dovrebbero essere assegnate alle Regioni in quota capitaria, e quindi tradotte in piani regionali di fabbisogno che definiscano strumenti, modalità di utilizzo e organizzazione territoriale. Tra le assegnazioni previste figura anche la quota destinata alla Regione Lazio, stimata in circa 23,178 milioni di euro, da utilizzare per le strumentazioni di primo livello nella rete territoriale. Tuttavia, nonostante la pubblicazione del decreto e il riparto delle risorse tra le regioni, l'effettiva attivazione del finanziamento non è ancora pienamente operativa. La misura, infatti, è rimasta congelata nella fase di intesa in Conferenza Stato-Regioni, con il testo del provvedimento che ha richiesto più di due anni di confronto e vari aggiustamenti prima di approdare al tavolo tecnico. Il decreto originale firmato da Speranza nel 2020 non era mai stato approvato in Stato-Regioni e la versione aggiornata, pur essendo stata discussa, ha visto l'iter ristagnare prima di una conclusione definitiva. La situazione è esemplificata dal fatto che, pur essendo stati costituiti tavoli tecnici congiunti tra Ministero della Salute e Regioni per definire modalità operative e indicatori di processo, non risultano ancora sviluppi organici e completi sull'attuazione del programma o sull'erogazione concreta dei fondi per l'acquisto delle apparecchiature nei territori. Per i medici di famiglia questo ritardo significa che la prospettiva di effettuare esami diagnostici di primo livello direttamente negli studi resta ancora in larga parte una promessa da realizzare. Il nuovo quadro richiede ora una spinta politica e istituzionale affinché la Conferenza Stato-Regioni concluda positivamente l'intesa e renda finalmente disponibili le risorse per la medicina territoriale, trasformando una norma tecnica in un vero strumento operativo per la cura dei cittadini.



Cara Redazione...



Inviatemi i vostri contributi a redazione@fimmgroma.it, le lettere selezionate verranno pubblicate sulla newsletter.

Cara Redazione,

Negli ultimi anni, il dibattito europeo sulla primary care si è concentrato su due concetti chiave: il gatekeeping e la capitation. La Germania, con il Health Care Strengthening Act (GVSG), ha deciso di rendere i Medici di Medicina Generale (mmg) gatekeeper obbligatori, introducendo un modello di finanziamento "capitation-like". Questo cambiamento, storico per un Paese abituato al libero accesso agli specialisti, offre spunti interessanti per riflettere sul futuro della medicina generale anche in Italia. In Italia, il mmg è oggi un diritto, ma non esiste un obbligo formale di iscrizione. Molti cittadini scelgono di non averlo, affidandosi solo a specialisti privati o cambiando spesso il proprio medico curante. Il risultato è una presa in carico frammentata, banche dati incomplete e difficoltà nella programmazione sanitaria. Proporre l'iscrizione obbligatoria al mmg comporterebbe diversi vantaggi: continuità di cura, ovvero ogni cittadino avrebbe un referente clinico stabile, riducendo dispersione e duplicazioni; equità di accesso: si garantirebbe per ogni cittadino un punto di ingresso certo nel sistema sanitario; programmazione efficiente delle risorse: permetterebbe di conoscere con precisione i bacini di pazienti consensite di allocare meglio medici; miglioramento della qualità e responsabilizzazione: i modelli di remunerazione basati su capitation e indicatori di performance diventano possibili solo con bacini di popolazione definiti; controllo della spesa pubblica e maggiore potere decisionale: con l'obbligo di iscrizione, il MMG entra nell'ottica di gestione e contenimento della spesa sanitaria, diventando un vero punto di controllo sull'uso delle risorse pubbliche e sul percorso di cura del cittadino, con potere decisionale aumentato nel coordinamento dei percorsi assistenziali. I vantaggi economici non sono trascurabili: studi internazionali e benchmark OECD indicano che un forte ruolo del MMG può portare a riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso fino al 50%; riduzione dei ricoveri evitabili fino al 15%; riduzione della spesa farmaceutica e diagnostica del 10% grazie a prescrizioni più appropriate e minor duplicazione. Applicando questi valori all'Italia, i risparmi potenziali ammonterebbero a circa 3,5 miliardi di euro l'anno, senza ridurre la qualità delle cure, ma al contrario migliorando continuità e integrazione. Naturalmente, l'obbligo da solo non basta: serve rafforzare gli organici, potenziare la capillarità delle cure con UCCP ed AFT e sviluppare strumenti digitali integrati, compresa l'IA, per alleggerire i carichi burocratici dei medici. La sfida è chiara: trasformare la medicina territoriale da un insieme di servizi frammentati ad un sistema coordinato, efficiente e sostenibile, in grado di affrontare cronicità, complessità e risorse limitate. L'iscrizione obbligatoria al MMG non è un vincolo burocratico, ma uno strumento concreto per garantire continuità, equità e sostenibilità al nostro SSN. Mentre la Germania sperimenta oggi la centralità del mmg, l'Italia potrebbe avviarsi verso una nuova visione politica con l'opportunità di consolidare la sua "primary care" con una riforma semplice nella forma, ma potente negli effetti: garantire ad ogni cittadino un punto stabile di accesso alle cure e dare ai medici strumenti concreti per operare con efficacia.

Un Medico di famiglia in pensione



www.fimmglaziotv.org



www.miosostituto.it

Il Mio Sostituto

RICERCA SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE

“Dottora, l’ho chiesto a ChatGPT”: come l’IA sta trasformando la relazione con la salute



Nel 2026 la rivoluzione digitale in ambito sanitario supera la soglia della curiosità per entrare nella quotidianità dei pazienti.

La recente ricerca “Salute Artificiale” ha tracciato un quadro chiaro e inedito del rapporto dei cittadini con le informazioni sanitarie e con i medici nell’era dell’Intelligenza Artificiale. Secondo i dati, il 94,2 % degli italiani cerca informazioni sanitarie online e di questi quasi il 43 % utilizza strumenti di IA generativa come ChatGPT, Gemini o Claude per informarsi su sintomi, terapie o diagnosi potenziali. Tra i più giovani, l’IA ha già sorpassato Google come strumento di riferimento per interrogare informazioni mediche, configurando un cambiamento culturale radicale nelle abitudini di ricerca. L’85,7 % degli italiani consulta internet o strumenti di IA prima o dopo la visita medica, con effetti che vanno dalla semplice preparazione all’appuntamento fino alla verifica personale delle raccomandazioni cliniche ricevute. L’adozione di IA come consulente informale offre opportunità evidenti: accessibilità immediata, possibilità di chiarimenti terminologici, supporto nella comprensione di referti complessi e nella gestione delle visite programmate. Tuttavia, ci sono rischi concreti: una quota significativa di persone ha ammesso di aver modificato o interrotto terapie su base autonoma basandosi su informazioni reperite online o fornite dall’IA; altri studi mostrano che gli strumenti di IA non offrono vantaggi decisivi rispetto alle ricerche tradizionali se utilizzati senza guida professionale; e casi documentati segnalano che chatbot convincenti possono fornire indicazioni potenzialmente pericolose se interpretate come consigli medici. La “terza entità” digitale entra stabilmente nel dialogo sanitario, modificando l’assetto tradizionale medico-paziente in un modello triangolare medico-paziente-algoritmo. Questa trasformazione solleva questioni cruciali: l’IA può apparire paziente, empatica e disponibile, caratteristiche che rischiano di sovrastare l’autorevolezza del medico nella percezione del cittadino, mentre cresce l’importanza del medico di famiglia (...) **Segue...**

Segue (...) nel guidare il paziente nell’interpretazione delle informazioni digitali, contestualizzandole nel quadro clinico personale. L’IA non è un sostituto dei medici, ma può diventare uno strumento ausiliario potente se integrata correttamente nel percorso di cura. Le istituzioni sanitarie e scientifiche europee stanno discutendo linee guida, regolamentazioni e standard di sicurezza per massimizzare i benefici e ridurre i rischi, dalla protezione dei dati alla validazione clinica delle risposte. L’intelligenza artificiale sta ridefinendo non solo come i cittadini cercano informazioni sulla salute, ma anche come percepiscono, mettono in discussione o confermano le decisioni mediche. Per i medici di famiglia questo scenario rappresenta una sfida e un’opportunità: da un lato, c’è la necessità di confrontarsi con una divulgazione digitale caotica e talvolta ingannevole; dall’altro, c’è la possibilità di rafforzare il ruolo professionale accompagnando i pazienti nella lettura critica delle risposte generate dai sistemi intelligenti. La vera sfida non è sostituire il medico con l’IA, ma integrare l’IA nel percorso di cura come strumento di supporto, mantenendo centrale la relazione umana, la competenza clinica e il giudizio professionale.

Dieta Mediterranea e Riduzione del Rischio di Ictus: Evidenze Scientifiche Aggiornate



Un recente studio pubblicato su *Neurology Open Access* ha evidenziato che una maggiore aderenza alla dieta mediterranea è associata ad un rischio significativamente più basso di ictus ischemico ed emorragico in un’ampia coorte di donne seguite per oltre vent’anni. Le partecipanti con punteggi più alti di aderenza alimentare avevano un rischio di ictus totale ridotto del 18%, ischemico del 16% e emorragico del 25% rispetto a chi seguiva meno questo modello alimentare, anche dopo aggiustamento per fattori di rischio tradizionali come ipertensione, diabete, fumo e attività fisica. Numerose revisioni sistematiche e meta-analisi confermano l’effetto protettivo di una dieta mediterranea di alta qualità nei confronti dell’ictus. Per il medico di medicina generale, questi dati rafforzano l’importanza di includere la valutazione dello stile di vita e delle abitudini alimentari nella gestione del rischio cardiovascolare e cerebrovascolare globale, promuovere la dieta mediterranea come parte integrante della prevenzione primaria dell’ictus, e utilizzare strumenti validati per monitorare l’aderenza dietetica nella pratica clinica.

Dipendenze da sostanze, un carico globale in crescita: la medicina generale di fronte ad una nuova emergenza silenziosa



Il carico globale dei disturbi da uso di sostanze psicoattive continua ad aumentare, con una progressione costante negli ultimi trent'anni che oggi impone una riflessione urgente anche nella medicina territoriale. I dati più recenti del Global Burden of Disease 2023, che analizzano 204 Paesi nel periodo 1990–2023, mostrano un incremento sostenuto della prevalenza e dei DALYs correlati all'uso di anfetamine, cannabis, cocaina e oppioidi, con un impatto particolarmente marcato nei Paesi ad alto reddito. In questo quadro, gli Stati Uniti rappresentano l'epicentro della crisi, con un carico quasi raddoppiato associato agli oppioidi, mentre nei Paesi in cui la cannabis è stata legalizzata si osserva un aumento della rilevanza epidemiologica dei disturbi correlati al suo consumo. Il dato epidemiologico non è solo una fotografia globale ma un segnale di allarme clinico. I disturbi da uso di sostanze si associano infatti a un aumento della mortalità prematura, delle comorbidità psichiatriche, delle patologie infettive e delle malattie croniche, contribuendo in maniera significativa alla perdita di anni di vita in buona salute. L'analisi del GBD conferma inoltre una crescente diffusione in fasce di popolazione sempre più ampie, con un coinvolgimento rilevante anche tra i giovani adulti e le fasce socialmente vulnerabili. Sul piano dei determinanti, emergono alcuni fattori chiave. La disponibilità e l'accessibilità delle sostanze, la trasformazione dei mercati illegali, la medicalizzazione del dolore con un uso spesso eccessivo di oppioidi e, in alcuni contesti, la percezione di ridotto rischio legata alla legalizzazione o alla normalizzazione sociale di alcune droghe leggere. A questi si aggiungono fattori socioeconomici, disuguaglianze, isolamento sociale e disturbi mentali non adeguatamente trattati. Per la medicina generale, questo scenario implica un cambio di paradigma. Il medico di famiglia è spesso il primo contatto del paziente con il sistema sanitario e ha quindi un ruolo centrale nell'identificazione precoce dei comportamenti a rischio, nello screening sistematico e nell'intervento breve. L'integrazione con i servizi per le dipendenze, la salute mentale e il sociale diventa un elemento imprescindibile, così come la formazione continua dei professionisti su strumenti diagnostici e terapeutici aggiornati. Le evidenze internazionali indicano che interventi di prevenzione primaria e secondaria, se attuati precocemente, sono in grado di ridurre significativamente l'evoluzione verso forme severe di dipendenza. Strumenti come il brief intervention, l'utilizzo di scale validate per lo screening, la prescrizione appropriata di farmaci analgesici e psicotropi e l'educazione del paziente rappresentano leve concrete e già disponibili nella pratica quotidiana del medico di famiglia. Sul fronte delle politiche sanitarie, lo studio rafforza la necessità di strategie pubbliche proattive. Regolamentazione dell'accesso alle sostanze, campagne di informazione basate su evidenze scientifiche, potenziamento dei servizi territoriali per le dipendenze e programmi di riduzione del danno sono elementi essenziali per contenere una tendenza che, senza interventi strutturali, rischia di amplificarsi nei prossimi anni. L'esperienza degli Stati Uniti nella crisi degli oppioidi dimostra come la combinazione di prescrizioni inappropriate, marketing aggressivo e carenze nei sistemi di controllo possa determinare conseguenze sanitarie devastanti. Nel contesto europeo e italiano, pur in presenza di livelli inferiori rispetto ad altri Paesi ad alto reddito, si osserva una crescita dei consumi e una maggiore complessità dei profili di dipendenza, con policonsumo e nuove sostanze sintetiche. Questo richiede una risposta coordinata che coinvolga medicina generale, servizi specialistici, istituzioni e comunità. La crescita del carico globale dei disturbi da uso di sostanze rappresenta quindi una sfida sanitaria e sociale di primo piano. La medicina di famiglia, per la sua capillarità e continuità assistenziale, è in una posizione privilegiata per intercettare precocemente il problema e contribuire a una risposta efficace. Ma per farlo servono strumenti, formazione e politiche coerenti che riconoscano il ruolo strategico del territorio nella gestione di una delle emergenze più complesse della sanità contemporanea.

MINISTERO DELLA SALUTE vs AIFA: Sostenibilità o innovazione? La sfida della governance del farmaco



Segue (...) il nodo centrale resta quello della prossimità delle cure: mentre il DM 77 indica una rete diffusa e capillare, la bozza di AIR si concentra prevalentemente sulle Case della Comunità Hub, sottovalutando il ruolo strategico delle strutture Spoke e generando il rischio di una centralizzazione dei servizi che allontana l'offerta sanitaria dai cittadini più fragili e dai territori periferici. Il documento evidenzia inoltre come i LEA della medicina generale, pur formalmente declinati in prevenzione, gestione della cronicità e governo della domanda, non trovino una traduzione operativa coerente, con il rischio di rimanere un impianto teorico non sostenuto da strumenti organizzativi e risorse adeguate. Particolarmente critica, secondo l'Intersindacale, è l'assenza di una strategia strutturata per la diagnostica di primo livello e la mancanza di un mandato chiaro alle AFT e ai medici di medicina generale per la presa in carico dei pazienti cronici, proprio mentre l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle pluripatologie richiedono modelli proattivi e continuità assistenziale. Sul piano contrattuale ed economico, il documento denuncia una marcata disomogeneità nel ruolo unico di assistenza primaria, con sistemi di remunerazione differenziati che riproducono disparità storiche e introducono nuovi squilibri, mentre la quota incrementale per le attività orarie viene riconosciuta solo nelle Case della Comunità Hub, incentivando ulteriormente la centralizzazione. L'Intersindacale segnala anche l'incoerenza di alcune scelte regionali, come il coinvolgimento delle farmacie territoriali nell'esecuzione di esami diagnostici tipicamente riconducibili alla medicina generale, senza un adeguato inquadramento nell'AIR, e la contestuale disdetta delle Unità di Cure Primarie (UCP) vigenti senza la loro sostituzione con nuovi modelli pienamente operativi. Non meno rilevanti sono le criticità organizzative e professionali evidenziate nel documento, dalla necessità di garantire sicurezza sul lavoro e tutele in caso di inidoneità, alla richiesta di una vera semplificazione burocratica, fino al mancato riconoscimento delle zone disagiate, elementi che incidono direttamente sull'equità dell'assistenza. In conclusione, il documento dell'Intersindacale della Medicina Generale avverte con chiarezza il rischio sistemico di costruire "strutture senza contenuti", in cui le Case della Comunità diventino contenitori privi di un mandato clinico definito e di strumenti adeguati. Senza una revisione sostanziale della bozza di AIR, che renda reale la prossimità delle cure, garantisca i LEA in modo uniforme, integri la diagnostica di primo livello e valorizzi il ruolo dei medici di medicina generale, la riforma del territorio nel Lazio rischia di rimanere una cornice organizzativa priva della sostanza clinica necessaria ad affrontare le vere emergenze sanitarie del presente e del futuro.

Frequent attenders: la minoranza che satura gli studi dei medici di famiglia



Il fenomeno dei "frequent attenders", ovvero i pazienti che accedono in modo ripetuto o ricorrente ai servizi di medicina generale, rappresenta una delle criticità più pressanti della medicina territoriale. Nonostante costituiscano solo una piccola quota della popolazione assistita, circa il 15%, questi pazienti occupano una parte sproporzionata del tempo clinico e delle risorse dedicate dal medico di famiglia, arrivando a saturare fino al 25% del carico di lavoro complessivo dello studio con frequenze di visita anche dieci volte superiori rispetto alla frequenza media del resto dei pazienti. Queste osservazioni sono confermate da studi internazionali, che mostrano come i frequent attenders rappresentino fino a circa il 40% delle consulenze complessive in medicina generale, con un ruolo crescente nelle attività di cura. Dietro l'iperfrequenza delle visite non sempre si cela un bisogno clinico evidente: molti pazienti presentano profili clinici e psicosociali complessi, con comorbidità somatiche e disturbi psicologici che richiedono tempo, ascolto e management integrato. Fattori come isolamento, stress cronico o disturbi d'ansia contribuiscono alla richiesta costante di contatto con il medico. L'impegno richiesto per seguire i frequent attenders può comportare forti pressioni assistenziali, riducendo la disponibilità per altri pazienti e aumentando il rischio di stress, insoddisfazione professionale e burnout. La sfida per i medici di medicina generale consiste nel trovare un equilibrio tra garantire accesso alle cure e gestire casi complessi, individuando strategie mirate come la care coordination, il supporto psicologico, triage avanzato delle richieste e sinergie con servizi territoriali di salute mentale e sociale. In un contesto in cui la medicina di famiglia affronta crescenti carichi di lavoro e risorse limitate, è fondamentale promuovere ricerca, formazione e strumenti organizzativi adeguati per affrontare il fenomeno dei frequent attenders, garantendo assistenza di qualità e sostenibilità professionale.

L'EDITORIALE "Dalla fisica quantistica alla cura quotidiana: l'eguaglianza come principio della medicina di famiglia"
di Eleonora Grimaldi

Segue (...) sorprendentemente familiare. Il medico di medicina generale lavora ogni giorno dentro un sistema di relazioni: tra sintomi e storia personale, tra individuo e contesto sociale, tra biologia, emozioni e condizioni di vita. Il paziente non è mai un'entità isolata, così come non lo è una particella nella fisica quantistica. Proprio come le particelle quantistiche, che non hanno uno stato definito fuori dal loro contesto di osservazione, anche la persona non può essere letta a prescindere dalle sue connessioni. La medicina della persona, cuore della medicina generale, è una medicina "relazionale": sappiamo che una diagnosi cambia significato a seconda della biografia del paziente, che la stessa terapia ha effetti diversi in contesti e genere diversi, che la salute non è una proprietà individuale, ma un equilibrio che coinvolge famiglia, lavoro, comunità. Esattamente come insegna la fisica contemporanea, il contesto non è un accessorio, ma parte costitutiva del fenomeno. Rovelli invita anche a una postura culturale che la medicina conosce bene: l'umiltà del dubbio. La fisica quantistica ci ha insegnato che l'incertezza non è un limite della conoscenza, ma una sua caratteristica strutturale. In medicina generale questo si traduce nella capacità di accompagnare, osservare nel tempo, evitare risposte affrettate, riconoscere che non tutto è immediatamente misurabile o codificabile. Il concetto di eguaglianza assume un valore etico che interpella direttamente il nostro lavoro quotidiano. Se nulla esiste da solo e nulla vale più di altro in modo assoluto, allora ogni persona merita la stessa attenzione, indipendentemente dalla complessità, dalla fragilità o dalla "convenienza" clinica. È un principio che rafforza il ruolo del medico di famiglia come garante di equità, prossimità e continuità delle cure. Questa idea di uguaglianza non è un dogma politico, ma una chiamata etica: riconoscere che nessuno è completamente separato dall'altro e che ogni intervento (clinico, sociale, politico) tocca un tessuto più vasto. In un mondo in cui la medicina di famiglia è spesso tirata tra richieste burocratiche, vincoli organizzativi e bisogni sempre più complessi dei pazienti, questo richiamo alla relazione ed interconnessione può diventare una bussola: curare non è solo somministrare farmaci, ma sostenere persone inserite in reti di significato e comunità. In un sistema sanitario sempre più frammentato e iperspecializzato, la medicina generale resta il luogo in cui l'eguaglianza non è uno slogan, ma una pratica quotidiana: ascoltare, comprendere, mettere in relazione. Forse, senza saperlo, da sempre esercitiamo una fisica quantistica della cura. Ora che lo sappiamo, continuiamo ad esercitarla con consapevolezza e dignità professionale.

LO DICE LA FIMMG

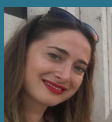
EDITORE : FIMMG ROMA
Mensile telematico della Fimmg Roma
Registrazione presso tribunale di Roma n. 233 /2004
del 27 /05/2004



SECRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi

Redazione : Piazza G. Marconi 25 Roma
E mail : redazione@fimmgroma.it