



LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 33 di Marzo 2026

Sanità del Lazio: la resa dei conti arriverà dopo il PNRR



La Corte dei Conti ha recentemente parificato il rendiconto generale 2024 della Regione Lazio, un passaggio istituzionale rilevante per la valutazione della solidità dei conti regionali e, in particolare, del sistema sanitario. Nel giudizio di parificazione emerge un quadro complessivamente positivo: la sanità regionale avrebbe chiuso con un avanzo di circa 213 milioni di euro e il risultato complessivo di bilancio si attesterebbe a circa 122 milioni dopo la manovra fiscale. Il Presidente della Regione, Francesco Rocca, ha commentato il risultato parlando di una regione “più solida” e di un cambio di passo nella gestione dei conti pubblici. Il dato, tuttavia, va letto nel contesto più ampio delle politiche di investimento degli ultimi anni. Una parte significativa dell’aumento della spesa per investimenti, che nel 2024 avrebbe raggiunto circa 1,26 miliardi di euro, il livello più alto degli ultimi cinque anni, è legata anche alle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, il programma europeo finanziato tramite NextGenerationEU nato per sostenere la ripresa dopo la pandemia. Queste risorse hanno consentito un’accelerazione importante soprattutto nei settori delle infrastrutture sanitarie, della digitalizzazione e dell’ammodernamento tecnologico. Tuttavia si tratta di fondi straordinari e (...) [Continua a pag. 2](#)

L'EDITORIALE

Dal film “Oltre il giardino”: la lezione silenziosa di Chance di Eleonora Grimaldi

Guardando il film “Oltre il giardino”, si resta colpiti da una storia apparentemente semplice che in realtà parla profondamente del nostro modo di comunicare, interpretare e prenderci cura degli altri. Il protagonista, Chance, è un uomo che conosce il mondo solo attraverso il suo giardino e la televisione, eppure, una volta immerso nella società, viene percepito come una figura autorevole e saggia, non perché lo sia davvero secondo i parametri comuni, ma perché gli altri attribuiscono alle sue parole significati che vanno oltre la sua intenzione. (...) [Continua all'ultima pag.](#)

Note AIFA in via di abolizione: più autonomia clinica, nuove responsabilità



Dalla fine del 2024, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha avviato una revisione progressiva delle Note AIFA, uno strumento che per anni ha regolato la prescrizione di numerosi farmaci rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il processo, iniziato con alcune Note già abolite tra il 2025 e il 2026, punta a semplificare la prescrizione e a sostituire vincoli amministrativi rigidi con linee guida cliniche e piani terapeutici mirati. Per il medico di famiglia questo cambiamento significa maggiore autonomia prescrittiva, con meno vincoli burocratici, ma anche più responsabilità clinica, poiché l’appropriatezza dovrà essere giustificata sulla base di linee guida, indicatori clinici e registri di monitoraggio AIFA. Le Note più generali, come quelle sugli IPPI, statine, vitamina D e farmaci per osteoporosi, sono tra le più probabili candidate a essere abolite o trasformate in raccomandazioni cliniche. Invece, le Note relative a farmaci molto costosi o con alto rischio di inappropriata continuazione continueranno a essere presidiate tramite strumenti più mirati, come piani terapeutici (...) [Continua alla penultima pag.](#)

audio CENTRI ACUSTICI
experience

Apparecchi acustici per il benessere uditivo.

06 86 87 30 20

www.audioexperience.it

9° CONGRESSO REGIONALE
FIMMG LAZIO

DA UN SISTEMA BASATO SULLA DOMANDA
A UN SISTEMA BASATO SUI BISOGNI

ROMA 17-18 Aprile 2026

ISCRIZIONI E PROGRAMMA SU:

<https://www.dreamcom.it/congressofimmg26/>

Sanità del Lazio: la resa dei conti arriverà dopo il PNRR

Segue (...) temporanei, destinati a esaurirsi entro il 2026, e quindi non rappresentano entrate strutturali del bilancio regionale. Ciò significa che se da un lato il PNRR sta producendo un forte aumento degli investimenti pubblici, dall'altro la sostenibilità nel lungo periodo dipenderà dalla capacità delle amministrazioni di mantenere e gestire le nuove strutture e tecnologie con risorse ordinarie. Per il sistema sanitario questo aspetto è particolarmente rilevante. Molti progetti finanziati dal PNRR, dalle nuove Case della Comunità all'acquisto di apparecchiature diagnostiche fino alle piattaforme digitali, comporteranno costi di gestione permanenti legati a personale, manutenzione e funzionamento. Una volta terminata la stagione dei fondi straordinari europei, la sfida per le regioni sarà dunque quella di sostenere queste strutture senza poter contare sullo stesso livello di finanziamenti aggiuntivi. Alcuni economisti parlano in questo senso di possibile "effetto scalino": una fase di forte espansione degli investimenti tra il 2021 e il 2026 seguita da un rallentamento se non verranno attivati nuovi programmi di finanziamento. Nel caso del Lazio, l'attenzione ai conti della sanità è storicamente particolarmente elevata. La regione ha infatti alle spalle una lunga fase di difficoltà finanziarie, culminata nei primi anni Duemila con uno dei più grandi deficit sanitari regionali del Paese. Nel 2008 lo Stato impose un piano di rientro con controlli stringenti sulla spesa, limitazioni alle assunzioni e un monitoraggio costante da parte delle istituzioni centrali. Negli anni successivi, durante la presidenza di Zingaretti, il sistema sanitario regionale ha progressivamente ridotto il disavanzo e migliorato gli equilibri finanziari, uscendo dalla fase più critica del piano di rientro. Questo passato spiega perché ancora oggi ogni giudizio della Corte dei Conti sui conti sanitari del Lazio venga osservato con particolare attenzione. I costi della sanità regionale restano tra i più elevati in Italia per ragioni strutturali. Il Lazio ospita infatti a Roma alcuni dei più grandi poli sanitari nazionali, come il Policlinico Universitario Agostino Gemelli, il Policlinico Umberto I, l'Ospedale San Camillo-Forlanini e il Policlinico Tor Vergata, strutture ad alta specializzazione che trattano casi complessi e attirano pazienti da tutto il Paese. A ciò si aggiunge una presenza significativa di strutture private accreditate che operano in convenzione con il servizio sanitario regionale e che contribuiscono ad ampliare l'offerta assistenziale ma richiedono al tempo stesso un attento controllo della spesa. La dimensione demografica della regione (oltre cinque milioni di abitanti concentrati in gran parte nell'area metropolitana romana) e l'elevata mobilità sanitaria completano il quadro di un sistema particolarmente complesso. Il giudizio di parificazione della Corte dei Conti non è stato tuttavia privo di rilievi tecnici. I magistrati contabili hanno infatti segnalato due capitoli di bilancio non parificati, tra cui uno relativo a un residuo attivo di circa 1,883 milioni di euro ritenuto inesistente. Nel linguaggio della contabilità pubblica un residuo attivo rappresenta un credito che l'amministrazione prevede di incassare ma che non è stato ancora riscosso entro la chiusura dell'esercizio. Quando la Corte ritiene che tale credito non sia più esigibile o non sia adeguatamente documentato, ne contesta la registrazione perché potrebbe gonfiare artificialmente le entrate. Anche se la cifra in questione è relativamente modesta rispetto al volume complessivo del bilancio regionale, il principio contabile è rilevante: i crediti iscritti nei conti pubblici devono essere effettivamente recuperabili e basati su titoli giuridici solidi. In casi come questo l'amministrazione è chiamata a correggere la voce contabile o a fornire ulteriori chiarimenti. Nel complesso, il quadro che emerge dal rendiconto 2024 è quello di una sanità regionale che appare più stabile rispetto al passato, ma che resta inserita in un contesto finanziario complesso, caratterizzato da grandi investimenti sostenuti da fondi europei temporanei e da un sistema sanitario tra i più articolati e costosi del Paese. Per i medici di medicina generale, che rappresentano uno dei pilastri dell'assistenza territoriale, la sfida dei prossimi anni sarà probabilmente quella di integrare le nuove infrastrutture e i modelli organizzativi introdotti grazie al PNRR con una gestione sostenibile delle risorse nel lungo periodo.



Cara Redazione...



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

Cara Redazione,

sono una studentessa del VI anno di Medicina e Chirurgia che guarda con interesse, ma anche con preoccupazione, al futuro della medicina generale. Negli ultimi anni il dibattito sull'organizzazione delle cure territoriali si è concentrato molto sulle Case di Comunità, individuate dal PNRR come elemento centrale di riorganizzazione dell'assistenza di prossimità. L'obiettivo di rafforzare il territorio è certamente condivisibile, ma resta aperta una domanda fondamentale: questo modello risponde davvero alle esigenze concrete dei medici di medicina generale e dei cittadini? Il rischio è che le Case di Comunità diventino prevalentemente contenitori organizzativi pensati più per rispondere a logiche di programmazione che ai bisogni reali della pratica clinica quotidiana. Il lavoro del MMG si svolge principalmente nello studio medico, luogo in cui si costruisce nel tempo la relazione fiduciaria con il paziente, si intercettano precocemente i bisogni di salute e si gestisce la complessità assistenziale. Spostare il baricentro dell'organizzazione verso strutture percepite come esterne rispetto a questo contesto potrebbe generare ulteriore frammentazione, anziché rafforzare la presa in carico. Da futura giovane medico, trovo invece particolarmente interessante il modello delle AFT, che favorisce il confronto tra colleghi e la collaborazione professionale senza snaturare la centralità dello studio medico. Le AFT permettono di condividere percorsi assistenziali, esperienze cliniche e strumenti organizzativi, mantenendo l'autonomia che rappresenta uno degli elementi qualificanti della medicina generale. La possibilità di lavorare in rete, con strumenti digitali realmente funzionali e con un'organizzazione flessibile, appare più coerente con le aspettative delle nuove generazioni, attente non solo alla qualità della pratica clinica, ma anche alla sostenibilità del proprio percorso professionale nel lungo periodo. Un ulteriore elemento che meriterebbe attenzione riguarda la formazione universitaria. Sarebbe auspicabile poter conoscere più da vicino la medicina generale già durante il percorso di studi, attraverso esperienze strutturate sul territorio. Oggi molti neoabilitati si trovano ad iniziare la propria attività professionale come sostituti di studio di MMG o in ex CA senza aver mai avuto un reale contatto con il contesto territoriale durante l'università. Questo appare paradossale, considerando che proprio queste rappresentano le prime esperienze lavorative di un giovane medico. Arrivare a tali responsabilità senza aver potuto osservare in anticipo l'organizzazione dello studio, la gestione della cronicità e la relazione continuativa con il paziente può generare senso di incertezza e scoraggiare l'avvicinamento alla medicina generale. Il PNRR rappresenta un'occasione importante per investire nella medicina territoriale, ma forse la vera innovazione non consiste soltanto nel creare nuovi spazi fisici, quanto nel rafforzare le connessioni tra i professionisti che già operano sul territorio e nel valorizzare la formazione specifica in questo ambito fin dall'università. Investire sulle AFT e sostenere concretamente il lavoro negli studi medici potrebbe contribuire a rendere la medicina generale una scelta più convincente per chi, come me, sta costruendo il proprio futuro professionale.



www.fimmglaziotv.org



www.miosostituto.it

Il Mio Sostituto

RICERCA SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE

Screening mammografico: è ora di superare il modello basato sull'età?



Il dibattito sul futuro dello screening mammografico sta attraversando un momento di svolta: alla tradizionale politica preventiva costruita quasi esclusivamente sull'età cronologica delle donne si affiancano sempre più evidenze e proposte per approcci personalizzati basati sul rischio individuale. Le implicazioni, tanto scientifiche quanto organizzative e cliniche, meritano la nostra piena attenzione come medici di famiglia, primi interlocutori e promotori di salute per le nostre pazienti. In Italia, lo screening per il tumore della mammella è offerto gratuitamente alla popolazione femminile nella fascia 50–69 anni, con alcune Regioni che hanno esteso la partecipazione ai 45–74 anni. Questo modello age-based si basa sul concetto che l'età sia il principale determinante del rischio di malattia. Tuttavia, crescenti evidenze scientifiche indicano che l'età da sola è un criterio troppo grezzo per massimizzare i benefici della diagnosi precoce e minimizzare i suoi potenziali danni. Fattori come densità mammaria, storia familiare, profili genetici poligenici, stile di vita e comorbidità influenzano in modo significativo il rischio di sviluppare carcinoma mammario e la loro integrazione potrebbe modulare l'accesso, la frequenza e l'intensità dello screening in modo più sensato. Studi clinici innovativi come il trial WISDOM hanno seguito oltre 28.000 donne in diverse fasce di età e hanno mostrato che uno screening personalizzato sulla base del rischio non aumenta i tumori diagnosticati in stadio avanzato rispetto agli schemi tradizionali, pur riducendo la quantità di mammografie inutili nelle donne a basso rischio. Analoghe analisi di modellizzazione condotte in ambito internazionale evidenziano come strategie basate sul rischio possano ottenere risultati comparabili in termini di mortalità evitata, con un numero inferiore di richiami e falsi positivi rispetto alle strategie rigide basate solo sull'età. Accanto alle evidenze favorevoli alla personalizzazione, non mancano voci critiche che sottolineano i limiti attuali: il rischio di sovradiagnosi rimane significativo, (...) **Segue...**

Segue (...) le prove disponibili richiedono ulteriori conferme su scala più ampia e l'implementazione di una stratificazione di rischio richiede infrastrutture diagnostiche, capacità di calcolo e percorsi chiari di counseling genetico non ancora omogeneamente disponibili su tutto il territorio nazionale. Per il medico di famiglia, il dibattito non è accademico, ma strettamente operativo. In prima linea nella prevenzione, svolgiamo un ruolo cruciale nell'informare e coinvolgere le donne, valutare insieme il profilo di rischio individuale, facilitare l'accesso a percorsi diagnostici personalizzati e collaborare con strutture specialistiche per l'integrazione di test genetici, valutazione della densità mammaria e altre metodiche di stratificazione del rischio. L'evoluzione del paradigma di screening mammografico riflette una più ampia trasformazione della medicina preventiva: una transizione da modelli standardizzati ad approcci personalizzati basati sul profilo di rischio individuale e sulla medicina di precisione. Le prove emergenti indicano che questa strada non è solo teorica, ma praticabile e sicura. Tuttavia, la sfida più grande resta quella di tradurre i dati scientifici in politiche sanitarie e percorsi di cura omogenei, accessibili ed equi per tutte le donne. Come medici di famiglia, possiamo essere promotori ed accompagnare questa trasformazione, facendo da ponte tra evidenza scientifica, bisogni delle pazienti e sistemi sanitari locali.

Mobilità sanitaria nel Lazio: numeri chiari, implicazioni per la medicina di famiglia



Nel 2023 la mobilità sanitaria interregionale per i cittadini residenti nel Lazio ha fatto registrare un saldo economico negativo di circa 191,7 milioni di euro: è il risultato della differenza tra le risorse che la Regione riceve curando pazienti provenienti da altre regioni (circa 430 milioni di euro) e quelle spese dai propri residenti che si sono rivolti fuori per farsi curare (circa 621,7 milioni di euro) secondo l'ultimo report della Fondazione Gimbe. Questi numeri fotografano un fenomeno persistente: il Lazio continua a essere tra le regioni con maggiore mobilità passiva a livello nazionale, ossia con un'elevata quota di cittadini costretti o orientati a cercare cure fuori dai confini regionali. Il peso del Lazio su questo fronte è rilevante: rappresenta circa il 12,1% dell'intero valore nazionale di mobilità passiva, insieme a Campania e Lombardia che sono tra le tre principali regioni "in fuga" per prestazioni sanitarie. (...) **Segue...**

Mobilità sanitaria nel Lazio: numeri chiari, implicazioni per la medicina di famiglia

Segue (...) La mobilità attiva, cioè il flusso di pazienti che scelgono di curarsi nel Lazio pur non essendovi residenti, mostra numeri importanti: la regione si colloca tra le principali destinazioni, con una quota significativa di prestazioni erogate a non residenti (l'8,9% dell'intero valore nazionale di mobilità attiva, subito dopo Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto). Parallelamente, i dati mostrano come questa mobilità sia fortemente sbilanciata verso determinate aree e tipologie di prestazioni: gran parte dei flussi sia in entrata sia in uscita riguarda ricoveri ospedalieri e prestazioni specialistiche, con una successiva concentrazione di spesa verso le strutture private accreditate. Per il Lazio una quota significativa delle prestazioni nel contesto di mobilità sanitaria è erogata dal privato convenzionato, riflettendo dinamiche di scelta del cittadino e disponibilità dell'offerta. Questi dati dicono molto sulla percezione di accessibilità e qualità delle cure e sulle difficoltà che i cittadini incontrano nel trovare risposte adeguate, tempestive e vicine al proprio domicilio. Quando la medicina territoriale funziona a pieno ritmo, il medico di famiglia è spesso il primo interlocutore nella gestione dei bisogni di salute: intercetta i segnali clinici, orienta il percorso diagnostico e terapeutico e facilita l'accesso alla rete di specialisti e strutture appropriatamente. In un contesto in cui la (...) **Continua alla penultima pag.**

Quando i chatbot diventano confidenti: i dati di Ipsos Doxa e Telefono Azzurro



Emerge con forza un fenomeno che sta trasformando la vita digitale degli adolescenti italiani: secondo l'indagine Telefono Azzurro-Ipsos Doxa, nel 2025 circa il 35 % dei ragazzi tra i 12 e i 18 anni utilizza con regolarità strumenti di intelligenza artificiale come i chatbot tra le attività online più frequenti, con ChatGPT in testa, seguito da altri modelli come Gemini, Meta AI e Microsoft Copilot.

Questo dato segnala non solo una diffusione tecnologica ampia e trasversale, ma anche l'ingresso di queste tecnologie nel terreno delicato delle relazioni personali e delle emozioni: il 14 % degli adolescenti afferma di rivolgersi spesso ad un chatbot per ricevere consigli personali, mentre un ulteriore 34 % lo ha fatto almeno qualche volta. Ciò che colpisce non è solo la frequenza d'uso, ma il significato attribuito dagli adolescenti a queste interazioni: i giovani tendono a percepire i chatbot con un alto grado di fiducia: in media 6,6 su 10, con oltre la metà dei rispondenti che assegna un punteggio superiore a 7, inoltre, tendono ad attribuire loro una certa "umanità", con un livello medio di antropomorfismo pari a 3,2 su 5. Molti dichiarano di rivolgersi a questi strumenti per curiosità, per la qualità percepita dei consigli, ma anche per il senso di non essere giudicati o di sentirsi meno soli: una motivazione che, pur comprensibile, richiama l'attenzione su quanto spazio emotivo e relazionale i chatbot stiano assumendo nelle vite dei più giovani. Questa tendenza va letta nel più vasto contesto di fragilità psicologica dell'adolescenza: Telefono Azzurro richiama, citando dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che circa un adolescente su sette tra i 10 e i 19 anni sperimenta un disagio mentale spesso non riconosciuto né trattato, mentre uno su cinque dichiara di sentirsi solo, con percentuali più elevate tra le ragazze. In questo quadro, l'IA sembra intercettare un bisogno immediato di ascolto ed orientamento che in parte il sistema educativo, familiare e sociale fatica a soddisfare. Tuttavia, non mancano le spie d'allarme lanciate dagli stessi adolescenti: una parte consistente del campione riconosce possibili effetti collaterali legati all'uso dei chatbot, tra cui una riduzione del pensiero critico (segnalata dal 40 %), la diminuzione delle relazioni sociali reali (35 %), il rischio di confondere realtà e finzione (33 %), potenziali dipendenze, diffusione di informazioni errate e problemi di privacy. Solo il 10 % ritiene che non vi siano effetti negativi, a conferma di una consapevolezza diffusa ma non sempre accompagnata da strumenti di gestione adeguati. Per i medici di famiglia, che quotidianamente si confrontano con ragazzi e famiglie, questo fenomeno rappresenta una lente attraverso cui osservare bisogni emotivi, fragilità e vuoti relazionali che emergono nell'adolescenza moderna, ma anche una sfida educativa per integrare l'uso delle tecnologie digitali con una crescita equilibrata ed un sano sviluppo psicologico.

Note AIFA in via di abolizione: più autonomia clinica, nuove responsabilità

Segue (...) e registri AIFA. In pratica, la strategia di AIFA punta a passare da un modello di controllo ex ante, basato sulla regola amministrativa, a un modello di controllo ex post, guidato dall'evidenza scientifica e dalla sorveglianza epidemiologica. Questo approccio allinea l'Italia agli standard europei e riduce le rigidità nella prescrizione territoriale. La scomparsa delle Note AIFA semplifica la burocrazia, ma richiede al medico di famiglia maggiore attenzione alla documentazione clinica e all'appropriatezza prescrittiva. L'ultima novità è l'introduzione della nuova Nota N01 sugli inibitori di pompa protonica: cosa cambia nella pratica clinica? Dal marzo 2026, la Nota N01 dell'AIFA unifica le precedenti Note 1 e 48, regolando in modo chiaro la prescrizione degli inibitori di pompa protonica (IPP) come omeprazolo, pantoprazolo, lansoprazolo, esomeprazolo e rabeprazolo. L'obiettivo della nuova Nota è limitare l'uso cronico non appropriato degli IPP e definire criteri chiari di rimborsabilità, basati su fattori di rischio clinico e su indicazioni preventive o terapeutiche. Gli IPP restano rimborsabili soprattutto nei pazienti a rischio, come quelli con età ≥ 65 anni, pregresse ulcere o sanguinamenti gastrointestinali, o in politerapia con FANS, ASA, anticoagulanti o corticosteroidi. La profilassi secondaria è indicata per pazienti con storia di ulcera peptica o sanguinamento digestivo, con possibilità di continuare l'IPP per tutta la durata della terapia a rischio. Per il medico, la N01 richiede di documentare chiaramente il rischio gastrointestinale del paziente, rivalutare periodicamente la terapia cronica e considerare possibili audit da parte delle ASL basati sull'appropriatezza prescrittiva. La Nota semplifica le regole (un'unica Nota per tutti gli IPP), ma richiede maggiore attenzione clinica, soprattutto nei pazienti in trattamento con ASA, DOAC o doppia anti-aggregazione. Sicuramente la nota N01 non limita l'uso appropriato degli IPP, ma spinge a rivalutare periodicamente la terapia cronica, migliorando la sicurezza e la sostenibilità della prescrizione.

Mobilità sanitaria nel Lazio: numeri chiari, implicazioni per la medicina di famiglia



Segue (...) mobilità sanitaria indica spostamenti non solo geografici ma anche di fiducia e di scelta organizzativa, le riflessioni non possono prescindere dal ruolo centrale della medicina generale. Il medico di famiglia è infatti colui che può arginare la necessità di spostarsi fuori regione individuando precocemente criticità cliniche e costruendo percorsi assistenziali continui e coerenti con il bisogno di cura di ciascun cittadino. Rafforzare la medicina di famiglia attraverso strategie strutturali, dall'organizzazione delle cure primarie alla continuità assistenziale territoriale, dalla piena integrazione con le reti diagnostico-terapeutiche alla valorizzazione del rapporto fiduciario con il paziente, non solo migliorerebbe l'esperienza del cittadino con il Servizio Sanitario Regionale, ma potenzialmente contribuirebbe a ridurre la mobilità passiva e il carico economico associato. La mobilità sanitaria rimane quindi un indicatore importante del funzionamento complessivo del sistema di salute regionale. I dati parlano chiaro: quando il cittadino non trova risposte adeguate vicino casa, sceglie o è costretto ad andare altrove. In questo scenario, la medicina di famiglia non è un semplice anello di collegamento, ma una leva strategica per migliorare l'equità, la qualità e l'efficacia delle cure, con ricadute dirette sulla sostenibilità del sistema sanitario stesso.



**Manuale per l'uso del
Medico di Medicina Generale**
SCARICALO ON LINE

**SCARICA IL MANUALE E TUTTE LE INFORMAZIONI UTILI
SU :**

<https://fimmgroma.it/manualemedico>

L'EDITORIALE Dal film "Oltre il giardino": la lezione silenziosa di Chance di Eleonora Grimaldi

(...) **Segue...** Il nome stesso del protagonista, Chance, non è casuale: indica possibilità, opportunità, casualità. Chance non possiede abilità eccezionali, ma la percezione degli altri trasforma ogni suo gesto e parola in qualcosa di significativo. Nella medicina di famiglia, questo ci ricorda quanto sia fondamentale riconoscere le opportunità insite nelle relazioni quotidiane con i pazienti: ogni incontro può diventare l'occasione per comprendere, prevenire o sostenere, perché la cura non nasce solo dai protocolli clinici, ma dalla capacità di cogliere le sfumature della vita e dei bisogni delle persone. È una dinamica che ritroviamo ogni giorno nella relazione tra medico di famiglia e paziente. Nella pratica clinica la comunicazione non è mai unidirezionale: ciò che il medico dice non coincide sempre con ciò che il paziente comprende, e ciò che il paziente esprime non esaurisce mai davvero ciò che prova o di cui ha bisogno. La medicina generale vive di questa interpretazione continua, di questa capacità di leggere tra le parole, nei silenzi, nei gesti, nelle esitazioni. Il film ci ricorda anche quanto sia facile lasciarsi guidare dalle apparenze. Chance diventa credibile perché appare tale, perché il contesto lo legittima. Nella realtà sanitaria, il rischio di "etichette rapide" è sempre presente: il paziente ansioso, il paziente difficile, il paziente che esagera, il paziente che non aderisce alle terapie. Eppure la medicina di famiglia insegna che dietro ogni etichetta c'è una storia, un contesto, una fragilità che merita di essere compresa prima di essere classificata. C'è poi il tema, attualissimo, dell'informazione: Chance costruisce la propria visione del mondo attraverso la televisione; oggi i nostri pazienti lo fanno attraverso una molteplicità di fonti, spesso non verificate, dai social alle piattaforme online fino all'IA. Questo rende il medico di famiglia non solo un clinico, ma anche un punto di riferimento informativo, una guida capace di orientare, chiarire, tradurre la complessità in indicazioni comprensibili e affidabili. In un contesto in cui le informazioni sulla salute circolano in modo rapido e spesso distorto, la relazione fiduciaria diventa uno strumento di cura tanto quanto la prescrizione. "Oltre il giardino" suggerisce anche il valore della semplicità: le parole di Chance sono essenziali, comprensibili, dirette. È una lezione preziosa: la buona medicina non si misura dalla complessità del linguaggio, ma dalla capacità di farsi capire. Parlare chiaro, usare esempi, verificare la comprensione non è una semplificazione della competenza, ma la sua espressione più alta. Infine, resta l'immagine simbolica del finale, che lascia lo spettatore sospeso tra realtà e metafora: è come un invito a riconoscere quanto sia delicato il terreno su cui si muove la medicina territoriale, sospesa tra dimensione biologica, psicologica e sociale. Il medico di famiglia attraversa ogni giorno questi piani diversi, accompagnando le persone nei momenti di fragilità, aiutandole a dare senso ai sintomi, alle diagnosi, alle terapie. In questo senso, andare "oltre il giardino" significa per la medicina generale andare oltre le apparenze, oltre le parole, oltre i dati isolati, per incontrare la persona nella sua interezza. È qui che si costruisce davvero la salute di famiglia: nello spazio della relazione, dell'ascolto e della responsabilità condivisa.

LO DICE LA FIMMG

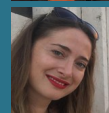
EDITORE : FIMMG ROMA
 Mensile telematico della Fimmg Roma
 Registrazione presso tribunale di Roma n. 233 /2004
 del 27 /05/2004



SEGRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi