



LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 24 di Giugno 2025

Clash istituzionale nel Lazio, il Presidente Rocca: “voglio prenderli a pedate!”



Il Presidente della Regione Lazio Francesco Rocca lancia un attacco frontale ai medici di famiglia: «decine di milioni di euro di prescrizioni inappropriate, voglio poter controllare, sanzionare, prendere a pedate chi fa questo per un sistema losco». La reazione della FIMMG è dura: «parole scomposte, inutili incitamenti alla violenza». In un video pubblicato l'11 giugno sulla sua pagina Facebook, il Presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, ha dichiarato con tono deciso: «ho decine di milioni di euro di prescrizioni farmaceutiche inappropriate. Voglio poter controllare tutto questo, sanzionare, prendere a pedate chi fa questo per un sistema magari un po' più losco», riferendosi ai medici di medicina generale. Rocca ha motivato il proprio attacco citando presunti sprechi nella spesa farmaceutica regionale attribuiti ai MMG, minimizzando ogni accusa di volontà di limitare i farmaci ai cittadini. Piuttosto, ha rilanciato la necessità di rispettare le linee guida AIFA e – se necessario – motivare eventuali prescrizioni fuori protocollo. Pochi minuti dopo, la FIMMG Lazio ha reagito con fermezza, definendo l'intervento del Governatore «scomposto e infondato», con «linguaggio fuori da ogni pur minimo galateo istituzionale» rivolto a 4.000 medici territoriali; (...) [Continua all'ultima pag.](#)

L'EDITORIALE

“Oltre la narrazione distorta: la medicina generale merita rispetto”
di Eleonora Grimaldi

Viviamo un momento in cui essere medici di famiglia significa essere quotidianamente al centro della scena pubblica. Ma non come meriteremmo: non per essere riconosciuti, ma per essere giudicati. Puntualmente, quando il sistema sanitario entra in crisi – che siano liste d'attesa, pronto soccorso congestionati o cronici abbandonati – il dito si punta su di noi. E' il momento di dire basta. La medicina generale non è il capro espiatorio, ma il vero filtro e presidio di equità del Servizio Sanitario Nazionale. Ogni giorno garantiamo assistenza a milioni (...) [Continua all'ultima pag.](#)

Liste d'attesa, carenza di MMG e PNRR: dove stanno andando le Regioni?



In piena attuazione del PNRR, la promessa di una sanità territoriale rinnovata sembra sempre più slegata dalla realtà. Case di Comunità immaginarie e le rare presenti aprono senza personale, piattaforme digitali prive di interoperabilità, una medicina d'iniziativa che rischia di diventare medicina d'improvvisazione. Nel frattempo, le Regioni corrono ai ripari con provvedimenti tampone: aumento delle deleghe agli infermieri, esperimenti di “medicina a distanza” con le farmacie. Ma chi si prende davvero cura del paziente cronico, fragile, polipatologico? Il medico di medicina generale, che continua a lavorare spesso da solo, con una mole crescente di compiti e vincoli burocratici. Nel Lazio, come in molte altre regioni, i dati sono impietosi: in 5 anni, il 30% dei medici di famiglia andrà in pensione; circa 400 zone carenti solo a Roma e provincia; tempi di risposta all'utenza sempre più stretti e insufficienti. Eppure, anziché investire in risorse umane e valorizzare la figura del MMG, si continua a fare mobbing su professionisti anziché lavorare su soluzioni organizzative per risolvere un problema strutturale. Con questo chiaro di luna è difficile immaginare un'evoluzione positiva.

audio CENTRI ACUSTICI
experience

Apparecchi acustici per il
benessere uditivo.

06 86 87 30 20

www.audioexperience.it

Laboratori analisi
Centri specialistici

Cerba HealthCare

Trova il centro più vicino su :

<https://www.cerbahealthcare.it>

FAQ SULLA CASELLA “S” E PRESCRIZIONE “INDOTTA”

1. Cosa si intende per “prescrizione indotta”?

Una prescrizione si definisce “indotta” quando il MMG è chiamato a trascrivere su ricetta SSN una prestazione originariamente proposta da un altro professionista, struttura o sistema (es. specialista, CUP, ospedale, ambulatorio privato accreditato).

2. Quando va biffata la casella S (suggerita)?

La casella S va sempre selezionata quando:

- la prestazione è stata richiesta da un altro professionista o struttura;
- si tratta di una trascrizione di indicazione altrui;
- l’indicazione è avvenuta fuori dal tuo atto clinico diretto;
- la prescrizione viene compilata per motivi burocratici (es. richiesta del CUP, errata compilazione iniziale, impossibilità tecnica da parte del richiedente).

3. La casella S è un’ammissione di responsabilità?

No. È un atto di tutela professionale che serve a:

- tracciare l’origine della prescrizione;
- distinguere la responsabilità clinica diretta da quella indotta;
- proteggere il MMG in caso di contestazioni o verifiche.

4. Come va gestita una richiesta ambigua da parte di CUP o specialisti?

- Se la richiesta non è formalizzata (es. indicazione verbale o telefonica), pretendi sempre un referto o una richiesta scritta.
- Se ti viene chiesto di modificare tempi (U, B, D, P) o codici prestazione, non è tua responsabilità adattarti senza motivazione clinica.
- Se subisci pressioni, documenta l’episodio e segnalalo al sindacato. **Segue (...)**



I Borghi più belli d'Italia

Oltre 360 Borghi selezionati e certificati (con un procedimento certificato ISO9001) che sono l’espressione della Bellezza e del fascino cui l’Italia è leader nel mondo. (convenzione FIMMGdi)

<https://borhipiubelliditalia.it/>

FAQ SULLA CASELLA “S” E PRESCRIZIONE “INDOTTA”

Segue (...)

5. Le strutture accreditate devono poter prescrivere in autonomia?

Sì. FIMMG ha richiesto alla Regione che tutti i professionisti accreditati siano dotati di credenziali digitali valide per prescrivere prestazioni in formato dematerializzato, senza “scaricare” l’onere sui MMG.

6. Cosa posso fare se una struttura mi costringe sistematicamente a prescrivere?

- Biffa sempre la casella S.
- Scrivi nelle note la dicitura: “Prescrizione su indicazione di...” (se nota).
- Segnala al sindacato (anche in forma anonima) il nome della struttura e la tipologia di prestazioni.
- Conserva documentazione utile (richiesta, email, messaggi).

7. La Regione ha diffuso dati sulla percentuale di caselle S biffate. Sono attendibili?

No. Il dato del 49% è sottostimato e decontestualizzato. La FIMMG Lazio ha chiesto trasparenza con dati disaggregati per struttura e per tipologia di prestazione.

8. Posso rifiutarmi di prescrivere prestazioni indotte?

In linea generale, se non c’è una motivazione clinica condivisa o una documentazione adeguata, il MMG può e deve valutare l’opportunità di rifiutare la prescrizione, sempre documentando le ragioni.

9. Perché è importante agire in modo uniforme come categoria?

Perché solo un comportamento sindacalmente coeso:

- ci tutela da responsabilità improprie,
- consente di costruire dati affidabili da opporre a quelli della Regione,
- rafforza la nostra posizione nei tavoli tecnici e politici.

Hai dubbi o segnalazioni?

Scrivi all’indirizzo: redazione@fimmgroma.it

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		RICETTA ELETTRONICA - PROMEMORIA PER L'ASSISTITO	
LAZIO			
COGNOME E NOME /INIZIALI DELL'ASSISTITO:			
ESENZIONE: NON ESENTE	SIGLA PROVINCIA: RM	CODICE ASL: 202	DISPOSIZIONI REGIONALI:
TIPOLOGIA PRESCRIZIONE (S,H), SUGG.	ALTRO:	PRIORITA' PRESCRIZIONE (U,B,D,P):	
PRESCRIZIONE:			
90.83.A (90.83.A.6) - ACIDI NUCLEICI DI MICRORGANISMI (BATTERI, VIRUS, MICETI, PROTOZOI) RICERCA SU TAMPONE vaginale/cervicale per INFEZ. SESSUALMENTE TRASMESSE. Almeno cinque microrganismi di uno o più gruppi di microrganismi (incluso C. trachomatis, N. gonorrhoeae, T. vaginalis).		QTA	NOTA
90.87.6 (90.87.6.2) - BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA NAS		1	
90.93.B (90.93.B.0) - ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO VAGINALE. Ricerca Lieviti e Trichomonas (colturale o ricerca antigene).		1	
91.08.4 (91.08.4.2) - STREPTOCOCCO AGALACTIAE ESAME CULTURALE. TAMPONE VAGINALE		1	
QUESITO DIAGNOSTICO:			
N.CONFEZIONI/PRESTAZIONI: 4	TIPO RICETTA: Assist.SSN	DATA: 25/06/2025	CODICE FISCALE DEL MEDICO:
NOME DEL MEDICO:			

Rilasciato ai sensi dell'art. 11, comma 16 del DL 31 mag 2010 n.78 e dell'art. 1, comma 4 del DM 2 nov 2011
Il nuovo numero RaiCUP di REGIONE LAZIO per le prenotazioni e' 069939

Crisi di organico: nel Lazio 400 MMG in pensionamento, 600.000 cittadini senza assistenza



Il sistema della medicina generale regionale sta affrontando una vera emergenza di organico. Secondo gli ultimi dati FIMMG, circa 400 medici di famiglia nel Lazio andranno in pensione entro i prossimi due anni, mentre la carenza di nuovi medici è sempre più evidente. Il risultato è che tra 400.000 e 600.000 cittadini rischiano di rimanere senza un medico di riferimento, con inevitabili ricadute sulla presa in carico e la continuità assistenziale. La FIMMG Lazio chiede interventi immediati:

- sblocco della graduatoria regionale per permettere l'ingresso di neo-convenzionati;
- incentivi all'ingresso e al mantenimento in servizio nei territori più difficili;
- attivazione di progetti integrati per sostenere la professione.

Solo così si potrà evitare il collasso del servizio sanitario territoriale, salvaguardando la salute della popolazione e la qualità delle cure.

Nuove Linee Guida sulla Vitamina D: Cosa Cambia per la Medicina Generale



Un recente articolo pubblicato su JAMA ha aggiornato le linee guida sull'uso della vitamina D nella pratica clinica, con importanti implicazioni per la medicina generale. La supplementazione di vitamina D è raccomandata principalmente per individui con fattori di rischio specifici: osteoporosi, malassorbimento intestinale o uso prolungato di corticosteroidi. Per la popolazione generale non ci sono evidenze sufficienti che giustifichino un uso routinario di integratori di vitamina D. L'articolo sottolinea che la misurazione dei livelli di vitamina D nel sangue dovrebbe essere riservata a pazienti con sospetta carenza o condizioni cliniche che ne giustifichino il monitoraggio. Ciò rappresenta un cambiamento significativo rispetto alla pratica diffusa di testare e supplementare indiscriminatamente. Queste nuove indicazioni mirano a promuovere un uso più mirato e basato sull'evidenza della vitamina D, riducendo il rischio di sovratrattamento e ottimizzando le risorse sanitarie; ciò implica un approccio più selettivo nella prescrizione e nel monitoraggio.

Leggi tutto [l'articolo](#)

La salute transgender oggi: tra diritti, accesso al SSN e medicina della persona



Negli ultimi anni si è finalmente iniziato a parlare di salute transgender anche in ambito sanitario, ma l'accesso alle cure resta ancora disomogeneo, frammentato e, spesso, ostacolato da pregiudizi o mancanza di formazione. La medicina transgender è una disciplina che si occupa della salute delle persone la cui identità di genere non corrisponde al sesso assegnato alla nascita. È un ambito che richiede un approccio multidisciplinare e centrato sull'autodeterminazione, l'ascolto e il rispetto. In Italia, la legge di riferimento è la 164 del 1982, che regola la possibilità di cambiare il proprio sesso anagrafico previa autorizzazione giudiziaria. Tuttavia, grazie a una serie di sentenze, negli ultimi anni si è affermato il principio che non è più necessario un intervento chirurgico per rettificare i documenti. La transizione può comprendere anche solo un percorso psicologico o ormonale. Ma il percorso non è semplice: mancano centri pubblici dedicati, la presa in carico è spesso lasciata al singolo professionista e molte persone sono costrette a rivolgersi al privato o a spostarsi in altre regioni. Le persone transgender possono avere bisogni di salute specifici legati alla transizione (ormonoterapia, interventi chirurgici), ma anche necessità comuni a chiunque altro: prevenzione, salute sessuale, salute mentale. Spesso, però, incontrano barriere nell'accesso ai servizi di base, legate a stigma, discriminazioni o ignoranza degli operatori. È per questo che la formazione dei medici e del personale sanitario è un punto cruciale. Organizzazioni come la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) e la Endocrine Society hanno pubblicato linee guida aggiornate e basate sull'evidenza, che pongono al centro l'autodeterminazione della persona. Non si parla più di "diagnosi" ma di consenso informato. I protocolli oggi prevedono percorsi individualizzati, accompagnati da supporto (...) **Segue...**

(...) psicologico solo se richiesto. Alcune Regioni italiane stanno sperimentando modelli virtuosi: la Toscana e l'Emilia-Romagna, ad esempio, hanno avviato PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali) dedicati, con team multidisciplinari e accesso gratuito ai servizi. Sono passi importanti, ma ancora isolati. Servirebbe una legge nazionale, un investimento sulla formazione e una cultura sanitaria davvero inclusiva. Il medico di famiglia può fare la differenza. È spesso il primo riferimento e può aiutare la persona transgender a sentirsi accolta, ascoltata e orientata. Serve però maggiore consapevolezza, aggiornamento e strumenti operativi. Non si tratta solo di offrire una prestazione, ma di riconoscere una persona nella sua complessità e dignità.

Social Prescribing: può davvero alleggerire la sanità pubblica? Uno studio fa il punto



Di fronte a un sistema sanitario sempre più sotto pressione, il "social prescribing" si presenta come una soluzione innovativa e a basso costo. Ma funziona davvero? Uno studio della University of Westminster ha analizzato l'impatto del social prescribing sulla domanda di servizi sanitari e sui costi per il sistema. Il concetto è semplice: anziché prescrivere solo farmaci, i medici indirizzano i pazienti verso attività della comunità come gruppi di cammino, orti sociali, volontariato o supporto psicologico con l'aiuto di appositi "link workers". L'obiettivo è migliorare il benessere complessivo delle persone, affrontando i determinanti sociali della salute e, al contempo, ridurre l'uso inappropriato di visite mediche, pronto soccorso e prescrizioni. I risultati dello studio, tuttavia, sono contrastanti: se da un lato emergono segnali positivi (diminuzione della frequenza delle visite dal medico di base e qualche risparmio economico in progetti pilota), dall'altro, l'evidenza scientifica appare fragile, non sempre i benefici riscontrati sono attribuibili in modo certo al social prescribing. Perché diventi una leva strutturale della sanità del futuro, serve più ricerca, monitoraggio continuo e il coraggio di sperimentare.

Polifarmacoterapia: come iniziare una deprescrizione ragionata



Ci sono giorni in cui, rivedendo la terapia dei nostri pazienti, ci rendiamo conto che la lista dei farmaci è diventata troppo lunga. Dieci, dodici, a volte quindici principi attivi diversi. Alcuni iniziati anni prima, da altri colleghi, in ospedale, per una condizione acuta che poi è diventata cronica. Altri inseriti "in automatico", secondo linee guida, algoritmi, protocolli. E nessuno si è più chiesto: servono ancora? La polifarmacoterapia è uno dei grandi rischi della cronicità, non solo per le interazioni o per i costi, ma per la perdita di senso clinico. Un farmaco prescritto anni fa rischia di restare nel piano terapeutico per inerzia. Eppure, ogni farmaco ha un prezzo in termini di tollerabilità, aderenza, qualità della vita. Deprescrivere non significa abbandonare, ma prendersi cura in modo più profondo, capire se serve davvero un farmaco, se è ancora efficace, se non sta causando più danni che benefici. È un atto clinico, ma anche relazionale. Da dove iniziare?

1. Anamnesi terapeutica attiva: non basta leggere la lista. Chiediamo al paziente: "Perché prende questo? Si ricorda da quando? Lo prende regolarmente?" Spesso già da lì emergono farmaci "fantasma", che il paziente non assume o non capisce più.
2. Obiettivi condivisi: ogni farmaco deve avere un obiettivo chiaro, per esempio ridurre la pressione. Se non sappiamo più qual è, forse è il momento di rivederlo.
3. Uno per volta: non serve rivoluzionare tutto in un colpo. Scegliamo un farmaco, quello con minore efficacia percepita o maggior rischio, e valutiamo insieme se ridurlo o sospenderlo con monitoraggio attivo.
4. Documentare e comunicare: ogni deprescrizione va spiegata al paziente e, se necessario, agli altri curanti per evitare che il farmaco "riappaia" alla prossima visita specialistica.

In un sistema che tende ad accumulare, a prescrivere "per copertura", iniziare una deprescrizione ragionata è un gesto clinico di responsabilità. Richiede tempo, fiducia, competenza. Ma può restituire al paziente una terapia più leggera, più efficace, più sostenibile. Anche al mmg, il ruolo che gli spetta: quello di curare, non solo di prescrivere.

Rabbia: prevenibile al 100%, ma ancora oggi mortale

Il ruolo del medico di famiglia nella profilassi A cura del Dr. Roberto Ieraci – Infettivologo



La rabbia continua a essere una delle malattie infettive più letali al mondo, con una mortalità prossima al 100% una volta comparsi i sintomi clinici.

Tuttavia, è totalmente prevenibile con la vaccinazione, che riveste un ruolo cruciale sia nella profilassi pre-esposizione che nella profilassi post-esposizione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato l'ambizioso obiettivo "Zero by 30": zero morti per rabbia trasmessa da cani entro il 2030. Anche in Italia, dove la rabbia non è endemica, il medico di medicina generale (MMG) ha un ruolo fondamentale nel riconoscere i pazienti a rischio (viaggiatori, veterinari, biologi, speleologi, ecc.); nel consigliare la profilassi pre-esposizione (PrEP); nel gestire prontamente un'esposizione sospetta con un adeguato invio e counseling vaccinale. La PrEP è indicata per soggetti ad alto rischio, prevede due dosi: giorno 0 e giorno 7. In caso di successiva esposizione, non è necessaria la somministrazione di immunoglobuline (RIG), ma solo due richiami (giorno 0 e 3).

Ai fini della profilassi Post-Esposizione (PEP) è importante lavare sempre la ferita con acqua e sapone per 15 minuti. In soggetti non vaccinati:

- Schema a cinque dosi: giorni 0,3,7,14,30 +RIG (le IgG forniscono una protezione passiva nella sede della ferita dando più tempo all'immunità di attivarsi)

- Schema a quattro dosi: 2 dosi al giorno 0, 1 dose al giorno 7 e 1 dose al giorno 14 (oppure 21).

- RIG se l'esposizione è di Categoria III (morsi profondi, contatto con mucose, ecc.).

In soggetti vaccinati in precedenza si somministrano solo due dosi (giorno 0 e 3), senza RIG.

In Italia sono disponibili due vaccini inattivati:

- Verorab® (cellule Vero): somministrabile IM (0,5 ml) o ID (0,1 ml).

- Rabipur® (cellule embrionali di pollo): solo IM (1 ml).

Entrambi sono efficaci per PrEP e PEP in tutte le fasce di età e si conservano tra 2 e 8 °C, (...) **Segue**

(...) al riparo dalla luce. Nei pazienti immunodepressi (HIV, chemioterapia, trapiantati, terapie anti-CD20), la risposta vaccinale può essere ridotta. È consigliato:

- l'uso di schemi potenziati;
- il monitoraggio sierologico dei titoli anticorpali;
- l'impiego sistematico di RIG in caso di PEP.

Il controllo della rabbia nei cani, principale vettore nei paesi endemici, è cruciale per prevenire casi umani. La strategia One Health sottolinea l'interconnessione tra salute umana, animale e ambientale: la vaccinazione dei cani è uno degli interventi più efficaci a livello globale. La rabbia è ancora un killer silenzioso, ma prevenibile. I mmg sono un punto di riferimento per l'identificazione precoce del rischio e l'avvio della profilassi. Formazione e aggiornamento sono strumenti essenziali per affrontare con competenza anche le infezioni rare ma potenzialmente letali.

Secondo l'ECDC il rischio di infezione da rabbia per i viaggiatori che visitano le aree enzootiche della rabbia è considerato molto basso purché si eviti il contatto con mammiferi selvaggi e domestici. In Europa, l'ultimo caso autoctono di infezione umana da RABV risale al 2012 (Romania). Attualmente l'infezione viene acquisita principalmente all'estero in paesi in cui la rabbia canina è endemica e lo sviluppo della malattia è dovuto all'assenza di profilassi pre-esposizione o alla somministrazione tardiva/inappropriata/incompleta della profilassi post-esposizione. Nel 2022 gli Stati membri dell'Unione Europea non hanno segnalato infezioni da lyssavirus umano, la sorveglianza della rabbia è effettuata mediante campionamento e test sugli «animali indicatori»; si tratta di animali selvatici o domestici (volpi, cani, bovini, gatti, pecore, equini, ecc.) che vengono trovati morti (anche uccisi sulla strada) e/o animali sospetti.

Per materiali informativi e schede vaccinali, contatta il tuo Servizio di Igiene Pubblica o consulta le Linee guida OMS aggiornate (2024).

Guarda [qui](#) la Presentazione per il Giubileo 2025

Giubileo 2025 e medicina del viaggiatore: la salute al centro

13 giugno 2025

ROMA
SALA DEL COMMENDATORE ASL ROMA 1
Borgo Santo Spirito, 3

Salute - Paesi senza rabbia entro il 2025

Paesi senza rabbia 2025

Esente dal virus della rabbia
141 NO SI 56

12.00 Focus sulla vaccinazione antirabbica - Ieraci R.

SIMIT

Gestione della depressione in medicina generale: novità e strategie pratiche



La depressione rappresenta una delle sfide più frequenti e complesse nella pratica del medico di famiglia. Negli ultimi anni, diversi studi hanno proposto approcci innovativi e strategie pratiche per migliorare la gestione di questa condizione nei nostri ambulatori. Un recente studio pubblicato su JAMA (2022) ha evidenziato come l'adozione di modelli di cura collaborativa, che coinvolgono team multiprofessionali (mmg, psicologi, psichiatri), porti ad una remissione più rapida e duratura dei sintomi depressivi rispetto alla gestione tradizionale. Questo approccio permette una presa in carico più globale e personalizzata del paziente. Una review su Lancet Psychiatry (2023) sottolinea l'importanza dello screening sistematico tramite strumenti come il PHQ-9. L'integrazione di queste scale nella routine ambulatoriale favorisce la diagnosi precoce e migliora l'aderenza al trattamento. Nell'era della sanità digitale si necessita di interventi digitali: secondo trial pubblicati su BMJ (2023), le app e le piattaforme digitali, se integrate nella gestione da parte del mmg, possono supportare il monitoraggio e la terapia della depressione, in particolare nei pazienti più giovani e digitalizzati. Come approccio terapeutico per tale problematica è utile considerare la prescrizione di attività fisica, lo confermano studi su Annals of Family Medicine (2022). L'allarme crescente sulla salute mentale porta a potenziare la Formazione continua in questo ambito: una metanalisi su Family Practice (2024) suggerisce che la formazione specifica dei mmg sulla salute mentale migliora la gestione terapeutica e la soddisfazione dei pazienti. In conclusione, integrare questi approcci nella pratica quotidiana può fare davvero la differenza nella gestione della depressione in medicina generale, offrendo ai pazienti percorsi più efficaci e personalizzati.

Dolore cronico: rivalutare, non solo aggiungere



Il dolore cronico è uno dei temi più ricorrenti nella nostra pratica quotidiana, ma spesso, più che affrontarlo in modo strutturato, ci troviamo ad aggiustare terapie già in corso, ad inseguire piccole variazioni di dose, a provare nuovi farmaci, senza una vera rivalutazione clinica. E così, mese dopo mese, il paziente accumula principi attivi ma non sempre guadagna qualità di vita. La prima domanda da farci è semplice: il dolore è cambiato? Perché un dolore statico da anni è diverso da uno che si modifica, si irradia, o peggiora la notte. Poi, chiediamoci: quello che sta prendendo funziona davvero? Non basta sapere che il paziente assume un FANS, un oppioide debole o il solito paracetamolo. Dobbiamo chiederci: quanto è migliorata la sua quotidianità? Riesce a camminare di più? Dorme meglio? Partecipa di nuovo alla vita familiare? A volte la risposta, tra le righe, è no. E allora serve il coraggio di fermare, di rivalutare l'intero piano terapeutico. Il dolore cronico, infatti, non è solo un problema farmacologico, è spesso un dolore multifattoriale: fisico, psicologico, relazionale. Serve una gestione integrata: fisioterapia, supporto emotivo, tecniche di rilassamento, magari anche una rete di sostegno sociale, dunque una visione d'insieme, che solo il medico di famiglia può avere. Sul fronte dei farmaci, non dimentichiamo i limiti. I FANS hanno un ruolo, ma a lungo tempo possono fare più danni che benefici, specie negli anziani. Gli oppioidi deboli? Vanno usati con attenzione, monitorando efficacia reale e tollerabilità. Quando si sospetta un dolore neuropatico, piuttosto che insistere su analgesici tradizionali, valutiamo con cura l'introduzione di gabapentinoidi, duloxetina o antidepressivi triciclici, se indicati. Infine, una domanda semplice che può cambiare il nostro approccio: "cosa non riesci più a fare a causa del dolore?" Perché è da lì che si parte, per capire se stiamo davvero aiutando quel paziente. Non aggiungendo farmaci, ma restituendo autonomia, funzione e dignità.

L'EDITORIALE

**“Oltre la narrazione distorta: la medicina generale merita rispetto”
di Eleonora Grimaldi**

Segue (...) di cittadini, pur tra carenze di risorse, di personale, di visione politica. Non chiediamo privilegi, ma strumenti. Non difendiamo privilegi, ma diritti: i nostri e quelli dei pazienti. Come FIMMG Roma, continuiamo a portare la voce dei colleghi in ogni sede istituzionale, in ogni tavolo negoziale, in ogni media disposto ad ascoltarci. Ma oggi, più che mai, abbiamo bisogno che ogni medico si riconosca parte di questa battaglia. Una battaglia per la dignità della professione, per la qualità delle cure, per il futuro della medicina generale. Nessuna riforma della sanità può prescindere da noi. Nessuna sanità territoriale può funzionare senza fiducia. La medicina generale è parte della soluzione. Non accetteremo di essere trattati come parte del problema.

Clash istituzionale nel Lazio, il Presidente Rocca: “voglio prenderli a pedate!”

Segue (...) ha convocato Rocca a fornire prove o segnalare eventuali irregolarità alla magistratura — come farebbe un dirigente responsabile — anziché affidarsi a slogan ad effetto; ha puntualizzato che i medici già affrontano critiche e flussi nei pronto soccorso e negli studi, invitando Rocca a «opporsi a questa deriva, non istigare alla violenza». La formula «prendere a pedate» la categoria rappresenta un esempio di retorica aggressiva e irresponsabile da parte di una massima carica istituzionale. Non è solo un'espressione colorita, ma un richiamo alla violenza verbale, inaccettabile in un contesto democratico e professionale. Questa escalation verbale avviene in una fase già critica per la medicina generale nel Lazio, con circa 400 medici in pensionamento e tra 400.000 e 600.000 cittadini senza medico di famiglia. Serve dunque un dialogo costruttivo, non slogan intimidatori. La FIMMG Lazio mantiene aperta la porta al confronto, ribadendo la disponibilità a collaborare su contratti integrativi e appropriatezza prescrittiva — come già avvenuto in Toscana, Puglia e Piemonte. Ma ricorda: **non si educano i medici con le minacce, si coinvolgono con fatti e strumenti». È tempo di tornare al merito, non ai colpi di scena. La sanità si costruisce con rispetto, non con le pedate. Siamo stanchi di sentire dire che i medici di famiglia “non si trovano”, che “non fanno abbastanza”, che “sono assenti sul territorio”. La verità è che il territorio si sta svuotando perché non si investe in ciò che lo tiene vivo: noi. I medici di medicina generale sono ogni giorno negli studi, nelle case della Comunità, nei luoghi della fragilità, affrontando una domanda di salute crescente con risorse e strumenti spesso insufficienti. La FIMMG non ci sta. Lo diciamo con forza: non siamo il collo di bottiglia del sistema, siamo l'unico presidio che lo tiene in piedi.



www.fimmglaziotv.org



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@fimmgrroma.it