



Due anni di “Lo dice la Fimmg-La Salute di famiglia” Il racconto in prima linea della medicina di famiglia romana



Negli ultimi due anni, la newsletter “Lo dice la Fimmg-La Salute di famiglia” è diventata la voce ufficiale dei medici di medicina generale della Capitale, ripercorrendo con determinazione le battaglie e le proposte del sindacato provinciale FIMMG Roma. Tra proteste, riforme, nuove iniziative e allarmi sanitari, il filo conduttore resta la difesa della dignità professionale e del ruolo centrale del medico di famiglia per la salute dei cittadini. Ripercorriamo insieme i momenti più importanti:

1. Proteste e mobilitazioni contrattuali:

- Protesta “colorata” con 10 000 ricette (febbraio 2025): medici e cittadini uniti contro la riforma che vorrebbe trasformarli in dipendenti pubblici; distribuzione di ricette promemoria con barcode per sensibilizzare l’opinione pubblica.
- Lettera aperta ai colleghi (febbraio 2025): l’allarme formale di FIMMG Lazio sugli effetti negativi del

L'EDITORIALE

“Il medico di famiglia nella modernità liquida: tra sorveglianza, fiducia e autonomia” di Eleonora Grimaldi

Alcune personali riflessioni baumaniane su una professione sempre più osservata, ma sempre meno compresa... Viviamo tempi liquidi, scriveva Zygmunt Bauman, in cui le strutture della società si dissolvono più rapidamente di quanto possiamo comprenderle o adattarci. Anche la medicina generale, tradizionalmente percepita come presidio stabile di prossimità, si trova immersa in un flusso continuo di trasformazioni che riguardano non solo le pratiche cliniche, ma anche il controllo, l’identità professionale e la relazione con i (...) [Continua all’ultima pag.](#)

West Nile Virus: una minaccia emergente per la salute pubblica anche in Italia



A distanza di oltre vent’anni dalla sua comparsa negli Stati Uniti, il virus del Nilo Occidentale (West Nile Virus, WNV) si conferma una minaccia persistente e sottovalutata per la salute pubblica globale. Lo ricorda una recente e autorevole revisione pubblicata su JAMA (luglio 2025) che fotografa un quadro epidemiologico in evoluzione, caratterizzato da epidemie sempre più frequenti e severe, anche in Europa e nel bacino del Mediterraneo. Il WNV, un flavivirus trasmesso dalle zanzare del genere Culex, è oggi la principale causa di malattia neuroinvasiva da arbovirus negli Stati Uniti. Dal 2014 al 2023, si sono verificati in media 1.298 casi di malattia neuroinvasiva e 129 decessi all’anno solo negli USA. La trasmissione umana avviene quasi esclusivamente attraverso la puntura di zanzara infetta, ma sono documentati anche casi da trasfusioni, trapianti, esposizione perinatale e trasmissione transplacentare. L’infettivologo Emanuele Nicastrì dell’Istituto Spallanzani ha segnalato i primi due casi confermati di infezione da WNV nella Regione Lazio, con pazienti residenti a Priverno e Cisterna (provincia di Latina), ricoverati per sindrome neurologica acuta presso l’ospedale Santa Maria Goretti. Purtroppo, l’anziana è deceduta. (...) [Continua a pag. 2](#)

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>

West Nile Virus: una minaccia emergente per la salute pubblica anche in Italia



Segue (...) Ad oggi, salgono a 6 i pazienti ad aver contratto la malattia, sempre in provincia di Latina. Questi casi, mai rilevati prima nella nostra Regione, sottolineano l'importanza di considerare il WNV tra le diagnosi differenziali nei casi di sindromi neurologiche acute a eziologia ignota, soprattutto se i comuni test su liquor (antigenici e molecolari) risultano negativi. In tali circostanze è raccomandata una consulenza infettivologica (in presenza o tramite sistema ADVICE). I casi neuroinvasivi rappresentano solo la punta dell'iceberg: nei soggetti giovani e adulti sani, l'infezione può manifestarsi come una semplice sindrome febbrile, talvolta con rash morbilliforme, da differenziare da altre esantematiche virali o arbovirosi importate, come dengue e chikungunya. In caso di sospetto diagnostico, è possibile richiedere la ricerca di anticorpi specifici su plasma e liquor e PCR su sangue, liquor e urine, da inviare al laboratorio di virologia dell'Istituto Spallanzani, operativo h24 (tel. 06 55170666), allegando la scheda di notifica di caso sospetto di WNV secondo le consuete modalità regionali. L'80% delle infezioni da WNV è asintomatico e circa il 20% dei pazienti sviluppa una febbre simil-influenzale (West Nile fever), mentre meno dell'1% evolve in forme neuroinvasive gravi (meningite, encefalite, mielite flaccida acuta). I soggetti anziani o immunodepressi sono a maggior rischio di complicanze e morte; più del 50% dei pazienti ospedalizzati manifesta sequele a lungo termine: astenia, deficit cognitivi, depressione, disabilità motoria. Ad oggi non esistono terapie specifiche né vaccini approvati per uso umano. La prevenzione si fonda su comportamenti individuali e misure di sanità pubblica: uso di repellenti, zanzariere, rimozione di acque stagnanti, sorveglianza entomologica e interventi larvicidi/adulticidi. Tuttavia, l'adesione della popolazione resta limitata, soprattutto tra gli anziani. I medici di famiglia rappresentano il primo presidio nella sorveglianza e nella prevenzione: oltre a riconoscere i segni clinici sospetti, possono promuovere comportamenti protettivi nei pazienti a rischio (anziani, immunocompromessi), collaborare con la rete infettivologica e attivare tempestivamente i canali diagnostici e notificatori in caso di sospetto clinico. In sintesi, la presenza di WNV nella nostra Regione non è più un'ipotesi, ma una realtà che chiama i medici di famiglia ad ampliare la propria vigilanza clinica e a contribuire attivamente alla prevenzione e al contenimento di un'infezione in espansione.

Fonte [Jamanet work](#), [Regione Lazio](#)

Ringraziamenti

Dott. Roberto Ieraci, dott.ssa Maria Corongiu, Dott. Andrea Liberti



MANUALE
per l'uso del Medico di Medicina Generale

SCARICA IL MANUALE E TUTTE LE INFORMAZIONI UTILI SU :
<https://fimmgroma.it/manualemedico>

Sanità in Movimento: il rapporto AGENAS svela numeri e squilibri della mobilità sanitaria



Oltre 2,3 miliardi di euro e più di 500.000 ricoveri: il secondo rapporto AGENAS fotografa le disuguaglianze territoriali e le dinamiche dei viaggi della salute

Il “Secondo Rapporto sulla Mobilità Sanitaria in Italia”, pubblicato da AGENAS (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), offre un’analisi approfondita di un fenomeno strutturale del SSN: la migrazione dei pazienti da una regione all’altra per ricevere cure. Con dati aggiornati al 2023, il documento evidenzia la persistente disomogeneità nell’accesso e nella qualità dell’assistenza tra le diverse aree del Paese. Il rapporto rivela che la mobilità sanitaria, ossia il ricorso dei cittadini a strutture sanitarie situate al di fuori della propria regione di residenza, è un fenomeno strutturale ed ha rappresentato nel 2023 circa l’8,69% dei ricoveri ospedalieri, con un impatto economico superiore ai 2,3 miliardi di euro. Si tratta di un incremento rispetto all’8,5% del 2022, che segna un pieno ritorno ai livelli pre-pandemici. Il fenomeno si divide in mobilità attiva (quando una regione attrae pazienti da altre regioni) e passiva (quando i residenti si curano altrove). Nel 2023 la spesa complessiva per mobilità sanitaria interregionale ha raggiunto circa 2,85 miliardi di euro, suddivisa in 2,3 miliardi per ricoveri ospedalieri (80%) e 550 milioni per prestazioni ambulatoriali (20%). Sebbene la mobilità ambulatoriale rappresenti solo il 2,42% dei volumi totali di prestazioni, il suo impatto economico è tutt’altro che trascurabile. La discrepanza tra volumi elevati e spesa contenuta riflette la natura eterogenea delle prestazioni ambulatoriali, che vanno dalle semplici analisi a procedure diagnostiche ad alta complessità. Sud in fuga, Nord attrattivo: i numeri parlano chiaro: il Sud Italia continua a registrare i flussi di migrazione sanitaria più alti. Sicilia, Calabria, Campania e Puglia da sole rappresentano oltre il 57% della spesa nazionale per mobilità non di confine. In particolare, Molise e Basilicata mostrano i più alti indici di “fuga”, mentre la Provincia Autonoma di Bolzano si distingue per il numero più basso di ricoveri in fuga rispetto al fabbisogno di prestazioni espresso dai propri residenti. Tuttavia, è importante sottolineare che il rapporto AGENAS non include i flussi di mobilità sanitaria transfrontaliera, e quindi non contabilizza i ricoveri effettuati da cittadini altoatesini in Austria. In un territorio di confine come Bolzano, questa componente può essere significativa, per cui i dati ufficiali potrebbero sottostimare la reale entità della mobilità sanitaria in uscita. Le regioni del Nord consolidano il loro ruolo di poli attrattivi. Strutture come l’Istituto Clinico Humanitas di Rozzano e il Policlinico Gemelli a Roma si confermano mete preferite per chi è costretto a spostarsi per ottenere cure di alta qualità. L’ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, in particolare, detiene il primato per numero di ricoveri da pazienti provenienti da altre regioni. Una quota significativa dei flussi di mobilità è legata alla complessità delle cure richieste. Le Malattie dell’apparato muscolo-scheletrico (MDC 08) rappresentano da sole il 33% dei ricoveri in mobilità. Inoltre, nel 2023 i ricoveri con DRG (Diagnosis-Related Group) ad alta complessità hanno rappresentato il 42,2% della spesa complessiva per mobilità passiva, un dato in crescita. Non mancano, però, segnali di inappropriately: Province come Trento e Umbria mostrano percentuali elevate di ricoveri classificati con DRG potenzialmente inappropriati, ovvero cure che potrebbero (o dovrebbero) essere evitate o gestite diversamente. Interessanti le considerazioni sull’indice di distanza accettabile, introdotto da AGENAS per misurare se il ricorso a strutture extraregionali sia giustificato dalla distanza. Spesso, infatti, i pazienti si spostano anche se esistono strutture nella loro stessa regione che sarebbero più vicine e accessibili, segnalando un problema di fiducia o percezione della qualità. Nel 2023, quasi la metà della spesa per ricoveri in mobilità riguarda strutture situate a oltre 180 minuti dalla residenza del paziente. In oltre il 55% dei casi, i ricoveri in mobilità effettiva avvengono tra regioni confinanti – soprattutto al Nord (Veneto ed Emilia-Romagna superano il 90%). Altro dato rilevante: il 68% della spesa per mobilità effettiva è stata assorbita da strutture private accreditate. La sanità privata, dunque, gioca un ruolo sempre più centrale nell’erogazione di cure a cittadini provenienti da fuori regione, con percentuali particolarmente alte nelle regioni meridionali. Il rapporto AGENAS non si limita a fotografare l’esistente, ma fornisce anche una serie di indicatori: dall’indice di fuga all’indice di soddisfazione della domanda interna utili per i decisori politici, dunque è uno strumento per pianificare il futuro. **Continua alla pag. successiva**



Segue (...) L'obiettivo: riequilibrare l'offerta sanitaria sul territorio nazionale, rafforzare le reti ospedaliere regionali e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure. In definitiva, la mobilità sanitaria non è solo un indicatore di disagio, ma anche una bussola che orienta le politiche sanitarie. Dove i cittadini vanno a curarsi racconta molto di dove il sistema funziona... e dove invece va riformato. C'è un riferimento anche alla medicina generale, ma in modo marginale rispetto alle aree ospedaliere e specialistiche, che costituiscono il cuore dell'analisi. Nel capitolo dedicato alla compensazione interregionale della mobilità sanitaria, la medicina generale è elencata tra le sette tipologie di prestazioni oggetto di accordi interregionali per la regolazione dei flussi finanziari. Nello specifico, i sette flussi previsti dall'accordo interregionale del 22 settembre 2021 (in vigore per le attività dell'anno 2020) sono:

1. Ricoveri ospedalieri e day hospital (pubblico e privato);
2. Medicina generale;
3. Specialistica ambulatoriale (pubblico e privato);
4. Farmaceutica;
5. Cure termali;
6. Somministrazione diretta di farmaci;
7. Trasporti con ambulanza ed elisoccorso.

Questa suddivisione serve a regolare i rimborsi tra regioni quando un paziente riceve una prestazione al di fuori della propria regione di residenza. Dunque, qual è il ruolo della medicina generale nel contesto della mobilità sanitaria? Anche se non oggetto di analisi dettagliata in questo rapporto, la medicina generale può contribuire indirettamente ai fenomeni di mobilità sanitaria:

- Accessibilità di prossimità e capillarità territoriale: un sistema di medicina generale ben funzionante può ridurre la necessità per i pazienti di rivolgersi altrove per ottenere diagnosi o cure.
- Continuità assistenziale: Dove la medicina territoriale è debole, aumenta la pressione sugli ospedali, contribuendo alla mobilità.
- Pianificazione delle cure: i medici di famiglia sono i principali gatekeeper del sistema sanitario. Se operano in un contesto con risorse limitate, spesso devono indirizzare i pazienti verso altre regioni per esami, terapie o ricoveri.

Il rapporto non entra nel dettaglio dei flussi di mobilità legati alla medicina generale (es. visite fuori regione, accesso ad ambulatori di medici di base in altre regioni), né fornisce indicatori specifici su questa area. Questo riflette un limite legato alla disponibilità di dati ma anche all'impostazione ospedalocentrica del monitoraggio della mobilità. La medicina generale è considerata nel quadro dei flussi economici interregionali, ma non viene analizzata in termini di mobilità dei pazienti o di performance regionale. Tuttavia, un rafforzamento della medicina territoriale potrebbe contribuire significativamente a ridurre la mobilità passiva, specialmente nelle regioni del Sud, migliorando l'equità nell'accesso alle cure. I dati raccolti da AGENAS offrono una fotografia nitida di quanto la mobilità sanitaria sia lo specchio delle disuguaglianze territoriali. Se da un lato i flussi sanitari tra regioni possono rivelare dinamiche fisiologiche o geograficamente inevitabili (come nel caso dei territori di confine), dall'altro rappresentano anche il sintomo di squilibri profondi nell'organizzazione, nella qualità e nella capacità attrattiva dei servizi sanitari regionali. In questo contesto, appare difficile sostenere che la soluzione alle disparità tra Nord e Sud possa risiedere in un'ulteriore autonomia differenziata. Al contrario, l'esperienza maturata con i piani di rientro e i commissariamenti, applicati prevalentemente nel Mezzogiorno, dimostra come meccanismi di controllo centralizzato, non accompagnati da investimenti strutturali e da una reale logica di solidarietà nazionale, non siano riusciti a colmare il divario. Come dimostrano anche i dati della mobilità sanitaria, il rischio concreto è quello di accentuare la frammentazione e aumentare la dipendenza delle regioni più fragili dai poli di eccellenza del Nord. Un sistema sanitario pubblico e universale, per rimanere tale, ha bisogno oggi più che mai di coesione, equità e una rinnovata solidarietà tra territori. Questo passaggio non è né ideologico né retorico, ma si basa su evidenze e conseguenze ormai documentate.

Ringraziamenti

Dott. Marco Di Marco (AGENAS)

Quando l'occhio inganna la mente: cosa possono insegnarci le illusioni percettive nella pratica medica?

Dal Museo delle Illusioni agli studi di medicina generale: come e perché il nostro cervello interpreta (e a volte distorce) ciò che vede. Partiamo dal paradosso del vedere per credere: abbiamo sempre creduto che “vedere” equivalga a “sapere”, eppure, un semplice giro al Museo delle Illusioni ci dimostra quanto la nostra percezione possa essere fallace. Ma cosa c'entra tutto questo con la medicina generale? Molto, perché anche nel nostro lavoro quotidiano, ciò che il paziente racconta, ciò che osserviamo e persino ciò che crediamo di vedere può essere soggetto a bias, illusioni, interpretazioni errate. Per esempio la lampadina post-immagine: dopo aver fissato a lungo una fonte luminosa, vediamo la sua “traccia” anche su uno sfondo neutro. Il nostro sistema visivo continua a processare uno stimolo anche dopo che è sparito. Come in medicina: una convinzione pregressa su un paziente può persistere nella nostra mente anche quando la situazione è cambiata. Attenzione ai “fantasmi diagnostici” Nell'illusione fotografica e nel Vero Specchio ciò che vediamo può sembrarci un volto frontale o un profilo ed il “vero specchio” ci mostra come ci vedono gli altri: l'immagine che il paziente ha di sé spesso non coincide con quella che noi osserviamo, pertanto coltivare l'empatia significa anche considerare il vissuto soggettivo, non solo l'evidenza clinica. Nell'illusione di Jastrow e nelle Scatole di Shepard due figure identiche sembrano di dimensioni diverse a seconda del contesto; così funziona anche il confronto clinico: una stessa pressione arteriosa può apparire “buona” o “cattiva” in due pazienti diversi a seconda dell'età, dei fattori di rischio o della storia pregressa. Nell'illusione delle mani di velluto un semplice gesto, se guidato da stimoli sovrapposti, può generare la percezione di un materiale che non c'è: la percezione del dolore o di sintomi funzionali può essere influenzata da stimoli multisensoriali o emozionali. Il dolore “esiste”, anche se non sempre si misura. L'immagine in movimento sembra che si muova con noi, ma è una superficie statica; come le nostre diagnosi: a volte

seguiamo un' “immagine mentale” che si adatta ai nostri spostamenti, ma che in realtà non cambia, serve uno sguardo più oggettivo. Il triangolo di Penrose, illusione geometrica apparentemente tridimensionale, ci ricorda che anche ciò che sembra “strutturalmente logico” può essere una costruzione mentale, come in una diagnosi: l'apparente coerenza dei sintomi può ingannarci se non valutiamo ogni elemento in modo critico. Occhio ai “falsi oggetti” diagnostici. Nell'illusione della griglia scintillante non riesci a contare i punti neri perché sembrano muoversi: l'occhio è attratto dal movimento, ma è solo un'illusione, così anche nella clinica: ciò che è più appariscente (un valore alterato, un sintomo vistoso) può farci perdere il quadro generale: occorre attenzione agli “incroci nascosti”. Nell'illusione fotografica (viso doppio) la domanda che ci si pone è “Sta guardando te o è un profilo?” Una diagnosi, come un volto, può apparire diversa a seconda della prospettiva. Un paziente che oggi ci sembra depresso, domani può apparire solo affaticato. Il contesto, l'ascolto e il tempo modificano la percezione clinica. Nel bastoncino insidioso il cervello crede che il bastone non possa passare nel foro curvo: lo spazio mentale che riserviamo a un evento (una prognosi, una terapia, una guarigione) è spesso rigido, ma la realtà biologica può sorprendere: una guarigione inaspettata o un peggioramento improvviso. Mai dare nulla per scontato. Nella lampadina post-immagine dopo aver fissato la lampadina nera, appare quella bianca: il nostro cervello “vede” anche quando l'informazione non c'è più. Come un sintomo che persiste anche in assenza di causa organica: il dolore cronico, la stanchezza post-virale, l'ansia somatizzata, come un promemoria sulla potenza delle tracce neurali. L'illusione della testa che ruota ambigua: la direzione in cui ruota la testa cambia in base alla percezione individuale. Così la medicina di famiglia: il nostro approccio deve essere dinamico, adattandosi al punto di vista del paziente. Cosa ci racconta la sua “versione della realtà”? C'è poi la scala impossibile: come in questa scala infinita, anche in sanità si può avere la sensazione di “non arrivare mai”: burocrazia, liste d'attesa, cure senza esiti. L'illusione dell'avanzamento è stressante, occorre riorientare la direzione: non sempre salire è progredire. La ruota che gira senza muoversi possiamo paragonarla ad alcuni pazienti che sembrano “muoversi” nella loro evoluzione clinica, ma in realtà restano fermi. L'illusione del miglioramento può (...)

[Segue pag successiva](#)

Quando l'occhio inganna la mente: cosa possono insegnarci le illusioni percettive nella pratica medica?

Segue (...) L'illusione del miglioramento può dipendere dalla nostra interpretazione o da aspettative non esplicitate: serve oggettivare sempre. Ci sono le ombre che deformano la percezione: due sintomi simili possono essere percepiti in modo totalmente diverso se "illuminati" da contesti diversi: sociale, familiare, lavorativo. È il contesto a cambiare la nostra interpretazione, non solo ciò che il paziente riferisce, ma come lo vive. L'illusione della barra fluttuante è come quando nella relazione col paziente qualcosa "non torna" e ci sembra di fluttuare in un'interpretazione sfocata. È il momento di fermarsi, centrare lo sguardo e ascoltare, solo così possiamo "fermare" la barra e capire davvero. Dunque, illusioni percettive e bias cognitivi: perché dovrebbero servire ai medici di famiglia? Lavoriamo ogni giorno con informazioni incomplete, complesse, frammentate, la mente ci aiuta a sintetizzarle, ma questo processo può portarci ad errori sistematici. Le illusioni sono una metafora visiva di quei bias che, se non riconosciuti, influenzano anche il ragionamento clinico. Un museo delle illusioni può sembrare un gioco per famiglie, ma per un medico è un prezioso richiamo all'umiltà: ciò che sembra ovvio non sempre lo è. Alleniamoci a vedere meglio, che spesso significa mettere in discussione ciò che pensavamo di aver già visto.



Intramoenia, spesa privata e squilibri regionali: cosa ci dicono i numeri sulla sanità che cambia

La sanità italiana sta vivendo una trasformazione silenziosa, ma profonda. I recenti dati pubblicati dal Sistema Informativo Sanitario ci offrono uno spaccato che merita attenzione, soprattutto da parte di noi medici di famiglia, chiamati ogni giorno a gestire le conseguenze dirette di un sistema in progressiva mutazione. Cresce la spesa per l'intramoenia: una sanità "a due velocità"... Nel 2023 la spesa media procapite per prestazioni in intramoenia è salita a 21,8 euro, con picchi nelle regioni del Centro-Nord: Toscana (37,8 €), Valle d'Aosta (33,9 €), Veneto (29,0 €). In regioni del Sud come Calabria (6,6 €), Molise (4,7 €), Sicilia (10,1 €), la spesa resta ben al di sotto della media nazionale. Questo dato non fotografa solo le scelte individuali, ma riflette disparità di accesso, disponibilità di offerta specialistica e possibilità economiche delle famiglie. L'intramoenia, nata come strumento complementare, sta diventando in molti casi una via obbligata per ottenere prestazioni nei tempi giusti, soprattutto dove il SSN è sotto pressione. Nel 2023 i ricavi totali dell'attività libero-professionale intramoenia (ALPI) hanno superato 1,28 miliardi di euro, in crescita costante dal 2021. Parallelamente, sono aumentati anche i costi e il saldo netto (il margine positivo), rendendo questa attività sempre più remunerativa per le aziende sanitarie. Ma è lecito chiedersi: la crescita dell'intramoenia è una risposta al fallimento del sistema pubblico o ne è una conseguenza strutturale? Quanto incide sulla percezione di accessibilità delle cure da parte dei cittadini? E quanto rischia di alimentare un doppio binario tra chi può pagare e chi no? Il terzo dato che interroga profondamente la nostra professione riguarda la spesa sanitaria privata complessiva, che nel 2023 ha toccato il valore record di 45,86 miliardi di euro, trainata da:

- Farmaci e presidi (15,3 mld)
- Servizi dentistici (9,6 mld)
- Servizi medici ambulatoriali (5,6 mld)
- Diagnostica privata (3,4 mld)

TAB.3 - COMPONENTI DELLA SPESA PRIVATA: PRESTAZIONI EXTRA-LEA, PRESTAZIONI CON RILEVANTE QUOTA A CARICO DEGLI UTENTI, PRESTAZIONI CON QUOTA E PREVALENZA LEA (VALORI ASSOLUTI IN MILIARDI DI EURO)

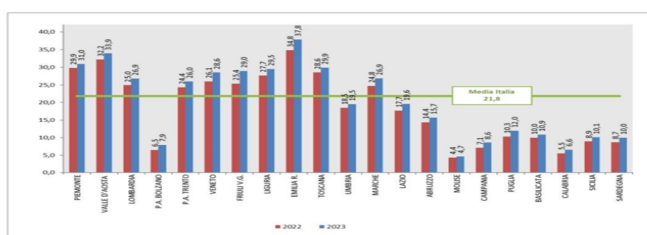
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Servizi dentistici ambulatoriali	7.939	7.536	8.388	7.976	7.641	7.421	9.094	9.601	9.665
Farmaci e presidi medici	12.965	12.884	13.410	13.877	14.563	14.304	14.996	15.423	15.354
Totale quota extra-LEA	20.904	20.420	21.798	21.853	22.204	21.725	24.090	25.024	25.019
LTC ospedaliere/residenziale	3.407	3.522	3.641	3.738	3.797	3.564	3.900	3.967	4.008
Assistenza di natura ospedaliera per cura e riabilitazione	2.380	2.232	2.279	2.237	2.179	1.700	2.039	2.201	2.175
Servizi medici ambulatoriali	4.356	4.468	4.840	5.019	5.348	4.901	5.638	5.342	5.668
Servizi diagnostici ambulatoriali	3.080	3.132	3.348	3.242	3.239	2.693	3.304	3.356	3.478
Servizi paramedici ambulatoriali	2.769	2.952	2.959	2.823	2.923	2.639	3.075	3.561	3.779
Governance e amministrazione	0.926	1.054	1.136	1.285	1.346	1.666	1.545	1.552	1.635
Totale	37.481	37.880	39.580	40.196	40.836	38.488	43.511	44.913	45.862

Segue (...) Rispetto al 2020, in piena pandemia, la spesa privata è aumentata di oltre 7 miliardi. Il messaggio, dunque, è chiaro: i cittadini pagano di tasca propria per ottenere prestazioni sanitarie essenziali, spesso non più garantite nei tempi dal SSN. Non si tratta di una scelta libera, ma forzata. Noi medici di famiglia siamo testimoni quotidiani delle difficoltà di accesso alle cure: visite specialistiche con tempi di attesa biblici, pazienti costretti a rivolgersi al privato o a rinunciare alle cure. Vediamo le disuguaglianze aumentare tra chi può permettersi l'intramoenia o il privato e chi no. Oggi più che mai serve:

- Una riflessione politica seria sul futuro del SSN.
- Un rafforzamento della medicina territoriale, della prevenzione e dell'assistenza primaria.
- Una trasparenza nei dati su attese, attività libero-professionale e spesa privata.
- Un impegno rinnovato per garantire equità di accesso e contenere la deriva privatistica.

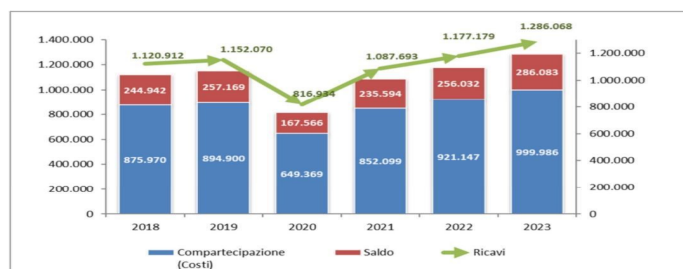
Questi numeri non sono freddi dati di bilancio: raccontano vite, scelte forzate, rinunce. Raccontano anche il rischio che la sanità pubblica perda il suo carattere universale, se non si interviene con politiche chiare, coraggiose e basate sull'equità. Come medici di famiglia, siamo la prima trincea del SSN, e' nostro dovere non solo curare, ma anche dare voce alle contraddizioni del sistema, perché una sanità più giusta non è un'utopia, bensì un diritto.

Graf.3 Spesa pro-capite per prestazioni in Intramoenia €/anno. 2022 vs 2023



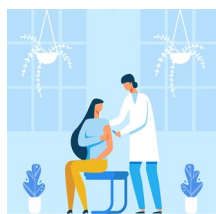
Fonte: Sistema Informativo Sanitario. Spesa calcolata su popolazione residente al 1° gennaio. fonte ISTAT

Graf.1 Ricavi e Costi ALPI (valori in migliaia di euro)



Fonte: Sistema Informativo Sanitario, dati a consuntivo modello CE

Coperture vaccinali antinfluenzali 2024-25: un confronto con la stagione precedente



La prevenzione antinfluenzale rappresenta uno degli strumenti fondamentali di sanità pubblica, soprattutto per la popolazione over 65. I dati preliminari della campagna 2024-2025 sulla copertura vaccinale antinfluenzale (CVA) nel Lazio, messi a confronto con quelli della stagione 2023-2024, offrono spunti di riflessione importanti. Nel confronto tra le due stagioni emerge un miglioramento complessivo del tasso di copertura nelle fasce target, seppur con differenze tra le singole ASL. Questo miglioramento, se confermato dalle analisi finali, potrebbe rappresentare un segnale incoraggiante in termini di adesione alla vaccinazione e di efficacia della rete territoriale di prevenzione. Tra i principali risultati:

- Aumento medio della copertura nella popolazione ≥ 65 anni, con alcune ASL che superano il 58% di copertura nella stagione in corso.
- Progressi significativi in ASL RM1 e RM2, che mostrano un incremento di oltre 1-2 punti percentuali rispetto all'anno precedente.
- Disparità persistenti tra territori, con alcune ASL che rimangono sotto la soglia del 55%, segnalando possibili criticità organizzative o di comunicazione.

Nella fascia degli over 75, la copertura raggiunge in alcune ASL livelli molto prossimi al 65-66%, a conferma di un impegno crescente nell'intercettare i soggetti più vulnerabili. Tuttavia, il dato medio regionale indica che c'è ancora spazio per migliorare, soprattutto in quelle aree dove l'accesso alla vaccinazione può essere limitato da barriere fisiche, sociali o culturali. Questi risultati sottolineano ancora una volta il ruolo cruciale della medicina generale nella promozione vaccinale. La fiducia del paziente, il richiamo attivo, la capillarità della presenza territoriale e la capacità di personalizzare il messaggio di prevenzione sono leve determinanti per raggiungere target ambiziosi, come quelli previsti dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV). Il miglioramento delle coperture è incoraggiante, ma non sufficiente. L'obiettivo dell'OMS rimane quello del 75% nella popolazione over 65, ancora lontano. Serve un impegno coordinato tra istituzioni, ASL, medici di medicina generale e comunicazione pubblica per: (...) **Segue...**

Ringraziamenti:

Dott. Alessandro Sabatini



- migliorare ulteriormente l'accessibilità dei vaccini;
- ridurre le disuguaglianze territoriali;
- rafforzare l'alleanza con il cittadino.

Nel panorama regionale, le ASL RM1 e RM2 si confermano tra le realtà più performanti per copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione over 65, registrando entrambe tassi complessivi superiori al 58%, con un incremento rispetto alla stagione precedente. Questi risultati non arrivano per caso, al contrario, sembrano riflettere una strategia territoriale ben strutturata, in cui la medicina generale gioca un ruolo determinante, grazie a:

- Pianificazione anticipata della campagna vaccinale, con obiettivi chiari e condivisi;
- Coinvolgimento attivo dei MMG, spesso anche nella distribuzione diretta dei vaccini;
- Presenza capillare di punti vaccinali, talvolta integrati con iniziative di prossimità;
- Comunicazione efficace, in grado di intercettare e convincere anche le fasce più scettiche della popolazione anziana.

Particolarmente significativa è la capacità di mantenere livelli elevati di adesione per due anni consecutivi, segno di un investimento strutturale nella prevenzione, non di un picco isolato. Le ASL RM1 e RM2 dimostrano quindi che, quando esiste una regia territoriale forte e condivisa, la vaccinazione antinfluenzale può davvero raggiungere livelli soddisfacenti. La sfida ora è trasformare queste buone pratiche in standard regionali, colmando il divario ancora presente con altre aree del Lazio. Infatti, il confronto tra le ASL del Lazio evidenzia un quadro a due velocità: se da un lato alcune ASL, come Viterbo e Frosinone, mostrano incrementi significativi nei tassi di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione ≥ 65 anni (con aumenti superiori al +4%), altre realtà, come Rieti e Roma 5, registrano un arretramento o una sostanziale stagnazione. Queste differenze non sono casuali: riflettono probabilmente diverse capacità organizzative, livelli di integrazione territoriale, strategie di coinvolgimento attivo della popolazione target e variabilità nella disponibilità dei vaccini e del personale. In particolare, le ASL con le migliori performance sembrano essere quelle che hanno rafforzato la collaborazione con i medici di medicina generale, attuato campagne comunicative (...) **Segue...**

(...) mirate e garantito accessibilità logistica alla vaccinazione; dove invece si osservano flessioni occorre interrogarsi su eventuali criticità nei flussi organizzativi, nella programmazione delle sedute vaccinali o nella tempestività dell'offerta. Questi dati, letti insieme, rappresentano un utile strumento di benchmarking interno e dovrebbero stimolare un confronto costruttivo tra le diverse realtà territoriali. La medicina di famiglia, in quanto presidio di prossimità, rimane decisiva per colmare i gap e uniformare l'accesso alla prevenzione. La stagione 2024-2025 si sta giocando ora: i dati sono la bussola, ma la direzione la decidiamo tutti insieme.

Ringraziamenti:

Dott. Roberto Ieraci

Fonte [Dati della Campagna di vaccinazione antinfluenzale - stagione 2024/2025](#)

“Esami diagnostici in farmacia, gli Ordini dei medici del Lazio denunciano: ‘Regole diverse e ingiuste, serve chiarezza’”



Gli Ordini dei Medici del Lazio (Frosinone, Latina, Rieti, Roma e Viterbo) hanno inviato una lettera al presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, per esprimere forte preoccupazione in merito all'autorizzazione concessa alle farmacie per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche (come ECG, ecografie e Holter) in convenzione con il Servizio Sanitario Regionale. I medici denunciano una disparità di trattamento: mentre gli studi medici e le strutture sanitarie devono affrontare iter autorizzativi complessi e onerosi, le farmacie sembrano poter offrire le stesse prestazioni con criteri molto meno stringenti. Inoltre, si domandano perché la possibilità di effettuare tali esami sia stata concessa alle farmacie e non agli studi di medicina generale o specialistica. Gli Ordini chiedono un incontro urgente con la Regione per chiarire la questione, tutelare l'atto medico, garantire la sicurezza dei pazienti e l'equità del sistema sanitario regionale.

Leggi [qui](#) la lettera.

Ringraziamenti:

Dott. Giovanni Cirilli, Presidente OMCEO LT

Dott. Fabrizio Cristofari, Presidente OMCEO FR

Dott. Antonio Magi, Presidente OMCEO RM

Dott. Enrico Tittoni, Presidente OMCEO RT

Dott. Antonio Maria Lanzetti, Presidente OMCEO VT

Due anni di “Lo dice la Fimmg-La Salute di famiglia”: il racconto in prima linea della medicina di famiglia romana

Segue (...) di uno sciopero generale se la situazione non cambierà.

- Mobilitazione unitaria nazionale (gennaio 2025): a Roma manifestazioni ed iniziative interregionali per “Investire sui medici per salvare il SSN”

2. Rapporto sindacato - Regione in tensione:

- Diffida legale alla Regione (novembre 2024): messa in mora per la mancata convocazione del tavolo regionale di medicina generale e per problemi su pensionamenti e contrattazione integrativa (AIR)
- Critiche ai dati ufficiali (settembre 2024): la FIMMG contesta l’idea di un “surplus” di medici nella regione, evidenziando la grave carenza nelle zone periferiche

3. Nuovo modello di sanità territoriale:

- Presentazione dell’accordo integrativo (novembre 2024): proposta per un’organizzazione moderna che integri assistenza, continuità, laboratoristica, vaccinazioni e tecnologie digitali.
- Congresso regionale FIMMG Lazio (maggio 2025): focus su liste d’attesa, carenza di mmg, AFT e ruolo delle UCP; l’assoluta priorità è garantire assistenza diffusa e capillare.

4. Vaccinazioni, prevenzione e servizi:

- Campagne vaccinali ripartite: i medici di famiglia somministrano vaccini agli ultraottantenni e fragili, con l’obiettivo di almeno 300 000 dosi mensili (novembre 2023/24)
- Allerta sanitaria a Natale 2023: boom di infezioni influenzali e Covid, con misure preventive consigliate ai pazienti, specialmente fragili

5. Appropriately prescriptive and stress laborativo:

- Opposizione al DM sull’appropriatezza (2024): FIMMG Roma denuncia pressioni e intimidazioni per “esami inutili” e mette in guardia sul fatto che l’obiettivo non è migliorare la qualità, ma risparmiare.
- Allarme violenze contro i medici (settembre 2024): crescono aggressioni fisiche, preoccupazioni per la sicurezza e il benessere degli operatori, con richieste d’azione concreta.

La linea guida che emerge:

1. Autonomia professionale: medici di famiglia come punto centrale con radicamento locale e fiducia reciproca.
2. Riforma partecipata: rifiuto di modelli imposti: serve dialogo strutturato, non riforme calate dall’alto.
3. Potenziare la medicina territoriale: servizi integrati, vaccini, diagnostica, UCCP ed AFT devono diventare realtà di sanità territoriale.
4. Difesa del SSN e dignità professionale: contro tagli ingiustificati, burocratizzazione e precarietà del lavoro dei giovani mmg.

In due anni, abbiamo documentato con forza la voce di una categoria sotto pressione: tra resistenze contrattuali, battaglie per l’appropriatezza, impegni concreti sul territorio ed iniziative di mobilitazione, la medicina generale a Roma si fa guardiana del Servizio Sanitario Nazionale. Tra rivendicazioni pressanti ed i percorsi di rinnovamento, la promessa del sindacato FIMMG è chiara: mettere il cittadino ed il medico di famiglia al centro della salute pubblica.

L’agenda resta densa: continueranno le campagne vaccinali, si monitorerà la transizione contrattuale e, soprattutto, si manterrà alta la pressione per una sanità territoriale efficace e finalmente valorizzata.

L'EDITORIALE

"Il medico di famiglia nella modernità liquida: tra sorveglianza, fiducia ed autonomia" di Eleonora Grimaldi

Segue (...) pazienti. Nel suo libro "Sesto potere", scritto con David Lyon, Bauman analizza con lucidità la metamorfosi della sorveglianza nell'era digitale: da strumento visibile ed autoritario a meccanismo diffuso, discreto, quasi invisibile, ma potentissimo. Un potere che non si limita ad osservare, ma plasma comportamenti, modella desideri, influenza decisioni. Anche i medici di famiglia sono oggi soggetti ad una forma di "sorveglianza liquida": le piattaforme di telemedicina, i sistemi di prescrizione elettronica, la tracciabilità dei dati clinici ed amministrativi, le valutazioni di performance, spesso calate dall'alto, rappresentano forme di controllo che, pur giustificate da esigenze di efficienza e sicurezza, rischiano di minare la libertà professionale. Il paradosso è evidente: mentre da un lato si richiede al medico di assumersi sempre maggiori responsabilità, dall'altro gli si toglie autonomia decisionale, attraverso protocolli, algoritmi, audit e logiche prestazionali. Come ci insegna Bauman, non è solo la privacy ad essere messa in discussione, ma l'identità stessa della professione. Bauman ci ricorda che nella modernità liquida l'individuo si muove costantemente tra due poli: il bisogno di autonomia ed il bisogno di appartenenza. I medici di famiglia vivono quotidianamente questa tensione: desiderano essere riconosciuti come professionisti indipendenti, ma sono costretti a conformarsi ad un sistema che li vuole sempre più intercambiabili, sempre più standardizzati, sempre più "valutabili". Nel frattempo, anche i pazienti, anch'essi soggetti ed oggetti della sorveglianza, vengono plasmati da dinamiche simili: abituati alla sanità "on demand", ai portali online, alla medicina del "clic", rischiano di perdere la percezione della relazione di cura come patto fiduciario e umano, non solo prestazionale. L'invito di Bauman è chiaro: occorre ricostruire un'etica collettiva che dia senso alle nostre azioni, che opponga alla frammentazione della modernità liquida una nuova solidarietà. Nella medicina generale, questo significa ripensare il nostro ruolo non solo come erogatori di prestazioni, ma come custodi della relazione, della prossimità, della responsabilità verso le comunità. Resistere alla disumanizzazione della sorveglianza non significa rifiutare il progresso, ma riappropriarsi del senso della nostra professione. Farlo insieme, come categoria, come rete di cura, come cittadini, è forse il primo passo per costruire una medicina davvero "solida" in un tempo sempre più liquido.

Per approfondire: Zygmunt Bauman & David Lyon, "Sesto potere. La sorveglianza nella modernità liquida", Laterza, 2013. Un testo fondamentale per comprendere come il potere, oggi, non solo osservi, ma influenzi profondamente le nostre scelte quotidiane. Anche, e soprattutto, nella Sanità pubblica.


www.fimmglaziotv.org

www.miosostituto.it
Il Mio Sostituto

RICERCA SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE

LO DICE LA FIMMG

EDITORE : FIMMG ROMA

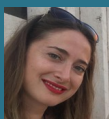
Mensile telematico della Fimmg Roma

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@fimmgroma.it