



LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 26 di Agosto 2025

Il costo sanitario dell'odio: quando la guerra diventa una malattia dei popoli



L'elemento comune in guerra è l'odio verso un popolo che diventa bersaglio in quanto tale; e' una costante di tutti i conflitti: la propaganda deumanizza il nemico, lo trasforma in un "oggetto" da eliminare. Al di là delle definizioni giuridiche: crimini di guerra, crimini contro l'umanità, genocidio, ciò che accomuna le popolazioni civili colpite dalla guerra è il prezzo pagato in termini di salute. Anche la sanità è sotto attacco: ospedali distrutti o resi inagibili, medici costretti a operare senza anestesia o sotto i bombardamenti, ambulanze prese di mira. Il Sistema Sanitario di un Paese in guerra è messo a dura prova dal crollo delle strutture energetiche, dal blocco totale che impedisce l'arrivo di forniture. Consideriamo le emergenze infettive: l'acqua contaminata, la mancanza di farmaci e la promiscuità dei rifugi sovraffollati favoriscono epidemie di gastroenteriti, epatite, infezioni respiratorie. Un altro allarme sono le cure croniche interrotte: pazienti oncologici, dializzati, diabetici o cardiopatici si trovano senza farmaci e senza accesso alle cure, con un costo in vite umane invisibile rispetto alle vittime dirette delle bombe. Numerose le uccisioni tanto quanto i traumi ed i postumi sulla salute mentale: bambini feriti, (...)

[Continua all'ultima pag.](#)

L'EDITORIALE

"La spinta gentile in medicina generale: quando un piccolo gesto cambia la salute pubblica"
di Eleonora Grimaldi

In uno studio di medicina generale, ogni decisione pesa, non solo quelle cliniche, ma anche quelle che riguardano l'adesione ad un esame di screening, una vaccinazione o una terapia cronica. E se esistesse un modo per orientare positivamente l'azione dei pazienti e, talvolta anche di noi medici, facendo tesoro nell'organizzazione del nostro lavoro, dei saperi della psicologia cognitiva e dell'economia comportamentale? Sappiamo che compiere le scelte più appropriate non è sempre e solo frutto di valutazioni razionali, ma è orientato da una (...) [Continua alla penultima pag.](#)

PASS e liste d'attesa: strumento di garanzia o soluzione illusoria?



Negli ultimi mesi, il dibattito sulle liste d'attesa ha ripreso vigore, alimentato da disservizi diffusi e crescenti difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini. In questo contesto, molte Regioni, tra cui il Lazio, hanno potenziato o attivato strumenti digitali come il PASS (Portale di Accesso ai Servizi Sanitari), pensato per garantire trasparenza e rispetto dei tempi previsti dal PNGLA 2024-2026. Ma il PASS è davvero la soluzione al problema delle liste d'attesa o rischia di essere solo una valvola di sfogo burocratica? Il PASS è una piattaforma digitale integrata con il sistema CUP, attraverso cui il cittadino o il medico può inserire una richiesta di prestazione sanitaria (visita specialistica, esame diagnostico, etc.), monitorare la disponibilità effettiva nelle strutture pubbliche e convenzionate, verificare se il tempo d'attesa rispetta la classe di priorità (U, B, D, P) indicata sull'impegnativa, attivare il cosiddetto "percorso di garanzia" se i tempi non sono rispettati: in tal caso, l'ASL ha l'obbligo di farsi carico della prestazione anche in intramoenia o presso erogatori privati accreditati, a carico del SSR. In teoria, il PASS dovrebbe semplificare il lavoro dei medici di famiglia, aiutando i pazienti a ottenere nei tempi utili quanto prescritto. (...) [Continua all'ultima pag.](#)

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>

La riforma universitaria della formazione in Medicina Generale: luci ed ombre



La riforma del Corso di Formazione in Medicina generale rappresenta un passo fondamentale per garantire standard formativi universitari ed omogenei su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, l'implementazione di questo nuovo modello rischia di disperdere un patrimonio di competenze costruito negli anni da centinaia di medici di medicina generale impegnati nella docenza e nel tutoraggio, molti dei quali operano oggi attraverso le scuole regionali e in convenzione con associazioni sindacali di categoria, come la FIMMG. Questi professionisti non solo conoscono le esigenze formative della disciplina, ma hanno sviluppato metodologie didattiche consolidate, capacità di insegnamento sul campo e un radicamento nella rete territoriale che nessun docente privo di esperienza diretta potrebbe sostituire senza compromettere la qualità formativa. Se la riforma dovesse prendere vita, sicuramente diventerebbe necessario garantire continuità e valorizzazione di queste figure, trasformando la loro esperienza in un requisito preferenziale per l'accesso ai nuovi incarichi universitari. Ciò eviterebbe l'ingiusta perdita di competenze, tutelerebbe la qualità della formazione specialistica e assicurerebbe una transizione ordinata dal sistema regionale a quello universitario. Il riconoscimento di questa esperienza rafforzerebbe la motivazione dei tutor e docenti MMG, creando un senso di continuità nella comunità professionale e contribuendo a preservare il legame tra università e territorio, elemento fondante della medicina generale. E' importante difendere la qualità della formazione territoriale della medicina generale e garantire che la riforma non cancelli, ma valorizzi il patrimonio di professionalità che i medici di famiglia hanno costruito negli anni. Questa riforma offre l'opportunità storica di elevare la disciplina a piena specializzazione universitaria, tuttavia, senza una tutela esplicita nei testi legislativi e nei decreti attuativi, esiste il rischio concreto che il passaggio di competenze alle università comporti l'esclusione di figure chiave che oggi garantiscono la qualità della formazione: i medici di medicina generale coordinatori, docenti e tutor dei corsi regionali. Questi professionisti rappresentano un patrimonio di competenze unico, costruito in anni di esperienza sul territorio e consolidato nella formazione pratica e teorica di generazioni di futuri medici di famiglia. Escluderli o relegarli a ruoli marginali significherebbe perdere capacità organizzativa e know-how didattico. Le principali paure espresse da parte della categoria sono in primis, la perdita degli incarichi di coordinamento per cui si chiede di garantire la continuità d'incarico ai mmg del territorio; poi si pensa alla tutela e alla valorizzazione dell'esperienza: l'aver svolto coordinamento, docenza o tutoraggio nei corsi regionali deve diventare titolo preferenziale vincolante, assicurando priorità nell'accesso ai nuovi ruoli universitari. In riferimento alla tutela del tutoraggio, la riforma non deve lasciare "a buon cuore" dei direttori la scelta dei tutor, ma inserire criteri obbligatori basati sull'esperienza maturata, preservando la qualità della formazione sul campo. Questa clausola di salvaguardia non ostacolerebbe l'innovazione della riforma, ma garantirebbe che il passaggio all'università avvenga senza disperdere il patrimonio professionale esistente e mantenendo in futuro il legame imprescindibile tra formazione accademica e realtà territoriale. Garantire una transizione ordinata, evitando conflitti interni alla categoria e presentare al Paese una riforma forte, inclusiva e sostenibile, dovrebbero essere gli obiettivi prioritari.

E' DECEDUTO IL COLLEGA FRANCO MINNELLI DI OSTIA



E' deceduto il 21 Agosto 2025 il collega **Franco Minnelli**, di Ostia, ultimo di quattro figli di una famiglia di origini modeste, si è laureato in Medicina nel 1960 profondendosi nella tutela della salute nel territorio dove abita da 83 anni. Medico notturno alla clinichetta Villa del Lido, poi aiuto medico nel pronto soccorso di spiaggia, medico scolastico, addetto al Servizio vaccinazioni, infine medico di famiglia. Iscritto Fimmg Attivissimo nella sezione Fimmg di Ostia, era molto conosciuto tra i colleghi del litorale che ne apprezzavano le qualità umane come medico e come amico.

Dal PDTA al PAI: la personalizzazione che fa la differenza in medicina generale



Negli ultimi anni, la gestione delle patologie croniche ha visto un'evoluzione significativa: dalla rigidità dei protocolli standardizzati alla necessità di percorsi più flessibili e centrati sulla persona. In questo contesto, l'integrazione tra PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali) e PAI (Piani Assistenziali Individualizzati) rappresenta una delle sfide e, allo stesso tempo, delle opportunità più rilevanti per la medicina generale. Il PDTA è la cornice clinica di riferimento: definisce in modo standardizzato e condiviso le tappe fondamentali per la diagnosi, il trattamento e il follow-up di una specifica patologia, secondo le migliori evidenze disponibili. È uno strumento di uniformità e qualità, ma per sua natura ha un approccio "popolazione". Il PAI, invece, è lo strumento che porta il

PDTA sul piano del singolo paziente. Tiene conto non solo della malattia, ma anche di comorbidità, fragilità, condizioni sociali e preferenze personali. È il documento che traduce lo standard in un piano di cura personalizzato, realmente attuabile nella quotidianità del paziente. Il medico di medicina generale è nella posizione ideale per operare l'integrazione PDTA-PAI, grazie alla conoscenza diretta della storia clinica e del contesto di vita del paziente. Il processo parte dal PDTA aziendale o regionale come base clinica, per poi modulare frequenza di controlli, obiettivi terapeutici e modalità di follow-up secondo le esigenze reali. Un esempio: nel PDTA del diabete tipo 2 è previsto un controllo dell'HbA1c ogni sei mesi. Nel PAI di un paziente fragile con comorbidità importanti, il MMG può decidere di ridurre la frequenza a una volta l'anno, privilegiando il comfort e la prevenzione di ipoglicemie, oppure, al contrario, intensificarla se la situazione clinica lo richiede. Questo dunque è il valore aggiunto della personalizzazione che permette di migliorare l'aderenza terapeutica grazie al coinvolgimento attivo del paziente; coordinare in modo più efficace i diversi professionisti e servizi coinvolti; ridurre interventi inappropriati o ridondanti; focalizzarsi non solo sugli esiti clinici, ma anche sulla qualità di vita. Per far comprendere come sia uno strumento concreto per la pratica e per facilitare il lavoro dei colleghi, abbiamo elaborato un modello di PAI "pronto all'uso" che può essere facilmente adattato alle patologie croniche più frequenti e che può essere incluso nei software della medicina generale in cooperazione applicativa con la regio. Il modello prevede sezioni dedicate a diagnosi e contesto clinico, obiettivi, piano di intervento, coordinamento multiprofessionale, monitoraggio e consenso informato. L'obiettivo è semplice: trasformare un documento tecnico in un piano di cura realmente utile, condiviso e dinamico. Un buon PAI non è statico: va rivisto periodicamente, aggiornato dopo eventi clinici significativi e ricalibrato in base ai cambiamenti nella vita del paziente. Questo esempio mostra perfettamente come integrare PDTA e PAI non significa duplicare il lavoro, ma passare da un approccio standardizzato ad uno sartoriale, in cui il paziente è davvero al centro e si realizza la medicina della persona, personalizzando il processo di cure.

PDTA e PAI a confronto: Sintesi operativa per il MMG

Tabella di confronto		
Aspetto	PDTA	PAI
Definizione	Percorso standard per una specifica patologia, basato su linee guida ed evidenze.	Piano personalizzato per il singolo paziente, adattato al contesto clinico e sociale.
Approccio	Popolazione	Individuale
Finalità	Uniformare diagnosi, trattamento e follow-up	Adattare obiettivi e interventi alle esigenze reali
Contenuto	Esami, controlli, terapia, monitoraggio standard	Obiettivi clinici e assistenziali personalizzati, ruoli e responsabilità
Aggiornamento	Periodico, in base a nuove evidenze	Dinamico, ogni volta che cambia la situazione del paziente

Passaggi chiave per l'integrazione

1. Usare il PDTA come cornice clinica.
2. Personalizzare nel PAI frequenza controlli, obiettivi e modalità di esecuzione.
3. Coinvolgere il paziente e il caregiver nella definizione del piano.
4. Coordinarsi con infermieri, specialisti e servizi sociali.
5. Rivedere regolarmente il PAI e aggiornarlo quando necessario.

Nota: PDTA e PAI non si escludono, ma si completano. Il primo assicura standard di cura, il secondo garantisce che siano compatibili con la vita reale del paziente.

L'Italia vive più a lungo, ma non meglio: allarme salute dal Rapporto SDGs 2025



L'Italia si conferma tra i Paesi con la maggiore aspettativa di vita in Europa: 83,4 anni, in crescita rispetto al 2023. Il dato però inganna: secondo l'ultimo Rapporto SDGs 2025 – Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia, pubblicato dall'Istat, gli anni vissuti in buona salute sono solo 58,1, ovvero quasi un quarto della vita media viene trascorso con disabilità o malattie croniche. L'indagine, giunta all'ottava edizione, misura i progressi del nostro Paese rispetto ai 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs) fissati dall'ONU per il 2030. I risultati mostrano una realtà sfaccettata: oltre il 60% degli indicatori migliora nel lungo periodo, ma quasi un indicatore su quattro peggiora nel breve ed i segnali più preoccupanti arrivano proprio dal Goal 3: Salute e benessere. Tra i principali indicatori in deterioramento spicca la mortalità prematura (30-69 anni) per malattie croniche non trasmissibili, che nel 2022 ha colpito l'8,2% della popolazione. Il sovrappeso infantile è ormai emergenza nazionale: colpisce oltre un bambino su quattro tra 0 e 18 anni, con punte del 33,8% tra i 3 e i 5 anni. Anche il sistema ospedaliero continua a soffrire: i posti letto restano al di sotto della media europea, con forti disuguaglianze territoriali: nel Sud si registrano appena 27 letti ogni 10.000 abitanti, contro i 32,5 del Nord-Ovest. Un altro fronte critico è la salute mentale: i servizi territoriali restano carenti, con reti fragili ed insufficienti a rispondere alla crescente domanda, specie tra i giovani e nei contesti di marginalità. Dove sta andando la sanità pubblica? Il Rapporto evidenzia come il 40% degli indicatori sanitari monitorati mostri un andamento negativo. Un dato che pesa come un macigno sul futuro della sanità pubblica italiana, oggi impegnata in una difficile transizione tra riforme territoriali, carenza di personale e disuguaglianze crescenti. Colpisce anche il dato sugli incidenti stradali: nel 2023 sono morti 4,9 italiani ogni 100.000 abitanti, con una netta prevalenza maschile (8,1 contro 1,9 per le donne). In questo contesto, la figura del medico di medicina generale si conferma centrale: la prossimità territoriale, la continuità assistenziale ed il rapporto fiduciario con il paziente rendono i medici di famiglia protagonisti nella lotta alle cronicità, nella promozione degli stili di vita salutari e nella prevenzione precoce. La sfida per i prossimi anni sarà integrare queste competenze nei nuovi modelli organizzativi: Case della Comunità ed Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Ma servono risorse, formazione continua, e soprattutto una visione politica chiara e lungimirante. Il quesito che dobbiamo porci è: una sanità più equa è ancora possibile? A cinque anni dal traguardo dell'Agenda 2030, il Rapporto SDGs lancia un messaggio chiaro: senza investimenti strutturali, la salute rischia di diventare un diritto a geometria variabile, condizionato da residenza, età, condizione sociale. I dati parlano chiaro: tocca ora ai decisori politici ascoltarli ed agire, perché vivere più a lungo non basta: occorre vivere meglio.

Fonte [Rapporto SDGs 2025](#)



Influenza stagionale 2025-2026: le raccomandazioni operative per i medici di famiglia



Il Ministero della Salute ha pubblicato la circolare con le raccomandazioni per la prevenzione e il controllo dell'influenza stagionale 2025-2026. Come ogni anno, i medici di famiglia sono al centro delle strategie vaccinali e di sorveglianza. La stagione 2024-2025 ha registrato un picco a fine gennaio con 17,6 casi per mille assistiti. In Italia è stata osservata una co-circolazione di virus influenzali, VRS e Rhinovirus, con un impatto rilevante su pronto soccorso e ricoveri, soprattutto in soggetti fragili. Gli obiettivi della campagna vaccinale restano gli stessi della scorsa stagione: ridurre la morbosità, le ospedalizzazioni e la mortalità; proteggere i soggetti più vulnerabili; contenere la diffusione nei contesti comunitari; raggiungere una copertura minima del 75% e ottimale del 95% negli over 65. I vaccini disponibili includono formulazioni trivalenti e quadrivalenti (inattivati, adiuvati, ricombinanti e spray nasale). L'OMS ha aggiornato i ceppi virali da includere per la stagione 2025-2026, con sostituzioni nei virus di tipo A (H3N2). Sono previste 2 dosi per i bambini sotto i 9 anni mai vaccinati, una dose per adulti e soggetti già vaccinati, vaccini potenziati raccomandati negli over 65. La vaccinazione è offerta attivamente e gratuitamente ad over 60, bambini da 6 mesi a 6 anni, donne in gravidanza, persone con patologie croniche, operatori sanitari e lavoratori essenziali, contatti stretti di soggetti a rischio, lavoratori a contatto con animali e donatori di sangue. È possibile offrire la vaccinazione a chiunque ne faccia richiesta, dopo aver coperto le categorie prioritarie. Il sistema RespiVirNet, coordinato dall'ISS, resta lo strumento principale di sorveglianza epidemiologica e virologica ed i MMG partecipano attivamente come medici sentinella. Le indicazioni operative sono la possibile co-somministrazione con vaccini anti-COVID-19, anti-pneumococco, anti-Herpes Zoster e dTpa; nessuna controindicazione specifica per allergici all'uovo (eccetto allergie documentate gravi); resta fondamentale segnalare eventuali reazioni avverse tramite il sistema nazionale di farmacovigilanza.

Vaccini e fiducia nella medicina del futuro: cosa ci dice il rapporto Pfizer-Censis



In un momento storico in cui la fiducia nella scienza è tornata al centro del dibattito pubblico, il recente rapporto Pfizer-Censis getta nuova luce sul ruolo dei vaccini e sull'evoluzione della medicina nella percezione degli italiani. Il documento, frutto di un'indagine condotta su un campione rappresentativo della popolazione adulta, offre spunti preziosi per i mmg, da sempre sentinelle del territorio e punto di riferimento per la salute dei cittadini. Secondo il rapporto, l'86% degli italiani esprime un giudizio positivo sulla medicina del futuro, vista come più preventiva, personalizzata, accessibile e umanizzata. Tuttavia, accanto a questa fiducia si affaccia una crescente attenzione ai rischi: il 61,3% teme che le nuove tecnologie sanitarie possano sfuggire al controllo umano. La figura del medico, e in particolare quella del mmg, resta cruciale per mediare tra innovazione e sicurezza percepita. Il 90,5% del campione riconosce l'importanza dei vaccini per la salute pubblica e per la protezione individuale, a testimonianza di quanto l'esperienza della pandemia abbia rafforzato la consapevolezza collettiva. Tuttavia, non mancano ambivalenze: il 45,4% dichiara di avere paura degli effetti collaterali ed il 24,2% pensa che si tratti di un business per l'industria farmaceutica. In questo contesto, la relazione fiduciaria tra medico e paziente si conferma decisiva: il mmg è chiamato a ricostruire, con ascolto ed autorevolezza, il patto terapeutico, rispondendo ai dubbi e valorizzando la scelta vaccinale come atto di cura. Per il 90,8% degli italiani, il rilancio del SSN passa attraverso il rafforzamento della sanità di prossimità. Il 78,6% chiede investimenti sui mmg, riconoscendone il ruolo insostituibile nella prevenzione, nel follow-up e nella presa in carico delle cronicità. La transizione verso una medicina più integrata, preventiva e digitale non può prescindere dal coinvolgimento diretto dei mmg nei percorsi decisionali e nella governance territoriale. Questo rapporto lancia un messaggio chiaro: il futuro della salute passa dalla capacità di costruire una nuova alleanza tra cittadini e sistema sanitario, fondata sulla prossimità, sulla fiducia e sull'autorevolezza scientifica, pertanto i mmg ne sono, non solo attori, ma anche garanti. In un'epoca segnata da complessità e nuove sfide, riscoprire il valore del tempo clinico, del dialogo e della responsabilità condivisa può fare la differenza. La medicina del futuro, per essere davvero tale, ha bisogno della medicina della relazione al cui centro c'è la persona.

Vaccinazione anti-COVID-19: raccomandazioni JCVI per autunno 2026 e primavera 2027

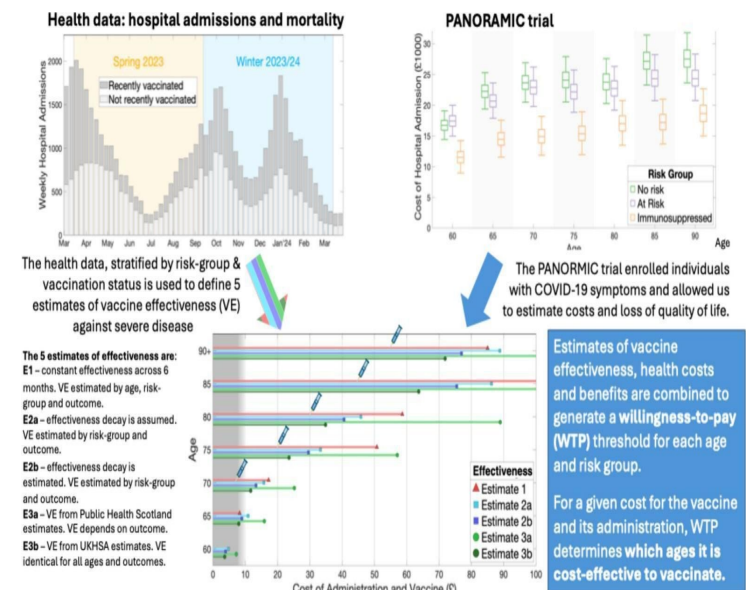
Il Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI) ha pubblicato le nuove raccomandazioni per le campagne di vaccinazione contro il COVID-19 previste nell'autunno 2026 e nella primavera 2027. Il documento, reso noto il 16 luglio 2025, conferma la linea già intrapresa nel corso delle ultime stagioni e punta a garantire continuità e chiarezza nelle indicazioni rivolte alla popolazione e agli operatori sanitari. Secondo il parere del Comitato, la vaccinazione dovrà essere offerta agli adulti a partire dai 75 anni di età, agli ospiti delle strutture residenziali per anziani e alle persone immunosopresse dai 6 mesi in su. La scelta di mantenere invariati i gruppi eleggibili rispetto alle campagne precedenti è stata motivata con l'esigenza di semplificare la comunicazione e rafforzare la fiducia nei programmi di prevenzione, evitando modifiche frequenti che potrebbero generare esitazione. Le somministrazioni dovrebbero avvenire, come regola generale, a distanza di almeno sei mesi dall'ultima dose ricevuta. È prevista tuttavia una certa flessibilità operativa, con la possibilità di anticipare la vaccinazione a tre mesi qualora si rendesse necessario, una misura pensata per agevolare l'organizzazione dei servizi sanitari e rispondere in maniera rapida a eventuali situazioni locali di maggiore rischio. Il quadro epidemiologico che ha fatto da base alle raccomandazioni appare rassicurante. Nel Regno Unito, per la prima volta dall'inizio della pandemia, non si è osservata un'ondata significativa di COVID-19 durante l'inverno 2024-2025. I picchi più rilevanti si sono verificati nei mesi estivi e, in misura minore, in autunno, mentre nei mesi freddi la circolazione del virus è rimasta contenuta e inferiore rispetto a quella di altri agenti respiratori come influenza, virus respiratorio sinciziale e rinovirus. Anche l'evoluzione del SARS-CoV-2 sembra rallentata: le varianti attualmente in circolazione appartengono alla famiglia JN.1 e i vaccini disponibili risultano ancora ben adattati a contrastarle. Sul fronte delle tipologie di vaccino, il JCVI non indica preferenze specifiche, sottolineando l'importanza di mantenere un'offerta ampia che includa sia vaccini a mRNA che proteici. La varietà di piattaforme è considerata un elemento chiave per garantire l'accessibilità e rispondere meglio alle diverse esigenze cliniche della popolazione. Le valutazioni economiche alla base delle raccomandazioni restano ancorate (...) **Segue...**

COVID-19 vaccination in autumn 2026 and spring 2027: JCVI advice, 16 July 2025



Segue (...) ad un'analisi realizzata nell'ottobre 2024, con un costo stimato di circa 25 sterline a dose, comprensivo di vaccino e somministrazione. La scelta di non aggiornare il modello deriva dalla difficoltà di prevedere con precisione l'andamento epidemiologico a lungo termine, ma il JCVI ritiene che le evidenze raccolte finora giustifichino pienamente la prosecuzione della strategia. Le nuove indicazioni rappresentano un passo ulteriore nel processo di normalizzazione della gestione del COVID-19, che da emergenza globale viene progressivamente integrato nella routine delle campagne di prevenzione stagionali. L'approccio non punta più a una copertura universale, ma a una protezione mirata delle fasce più vulnerabili della popolazione, con criteri stabili e sostenibili dal punto di vista clinico, organizzativo ed economico.

Fonte [COVID-19 vaccination in autumn 2026 and spring 2027: JCVI advice, 16 July 2025](#)



Manuale per l'uso del medico di medicina generale

Scaricalo su :

<https://fimmgroma.it/manualemedico/>

L'EDITORIALE "La spinta gentile in medicina generale: quando un piccolo gesto cambia la salute pubblica" di Eleonora Grimaldi

Segue (...) molteplicità di fattori di cui è importante tenere conto per definire l'architettura delle nostre decisioni quotidiane. È proprio questo il cuore della cosiddetta "spinta gentile", o nudge, una teoria resa celebre dal premio Nobel Richard Thaler e dal giurista Cass Sunstein. La teoria del nudge si fonda su un principio semplice quanto potente: le persone possono essere aiutati a fare scelte migliori non solo attraverso l'imposizione, il divieto, e gli incentivi di natura economica, ma anche modificando con intelligenza il contesto in cui prendono decisioni. In sanità, questa intuizione ha trovato negli ultimi anni applicazioni concrete e documentate: dalla maggiore adesione ai programmi di screening, all'incremento della copertura vaccinale antinfluenzale, fino alla riduzione delle prescrizioni inappropriate. Si parte dal presupposto che piccoli interventi, apparentemente banali, possono produrre risultati sorprendenti; alcuni esempi parlano chiaro: in diverse esperienze internazionali, l'invio di messaggi automatici con una scelta attiva ha aumentato in modo significativo la partecipazione ai controlli oncologici; in altri casi, la semplice esposizione in ambulatorio di una dichiarazione firmata dal medico, un impegno pubblico a non prescrivere antibiotici se non necessari, ha ridotto del 20% l'uso inappropriate di questi farmaci. E' proprio sulla prescrizione dei farmaci che la spinta gentile apre un dibattito cruciale: se da un lato gli strumenti digitali possono indurre comportamenti orientati alla spesa, favorendo genericamente i farmaci meno costosi o limitando le prescrizioni per obiettivi di budget, il vero nudge etico in medicina generale non è quello che segue la logica contabile, ma quello che accompagna il medico verso l'appropriatezza clinica, secondo i principi della medicina della persona. La scelta del farmaco giusto, per quel paziente, in quel momento della sua storia clinica, resta la bussola imprescindibile. Una spinta gentile ben progettata non deve trasformare il medico in un esecutore di logiche economiche, ma aiutarlo a prendere decisioni coerenti con la scienza e con la sua responsabilità professionale, rispettando la fiducia del paziente. Anche i sistemi digitali ci offrono nuove opportunità, per esempio impostare come "default" l'opzione di prescrivere il farmaco generico o suggerire la prenotazione del vaccino nel momento in cui si apre la scheda del paziente, sono strategie che rendono la scelta più appropriata anche la più semplice da attuare. Questi interventi non tolgono libertà, ma la accompagnano, la facilitano, ci aiutano ad orientarci verso la decisione che riteniamo razionalmente preferibile. Naturalmente, non esiste un nudge universale né una formula magica: l'efficacia dipende dal contesto, dalla cultura degli utenti, dall'accuratezza nella progettazione. Inoltre, è necessario un equilibrio etico: se da un lato questi strumenti sono potenti alleati della sanità pubblica, dall'altro non devono mai diventare manipolazione occulta. La trasparenza, la condivisione degli obiettivi con il team e con i pazienti, la possibilità di "uscire" da ogni proposta (il cosiddetto opt-out) devono sempre essere garantite. La medicina generale, da sempre radicata nella relazione fiduciaria e nella conoscenza profonda delle persone, è il terreno ideale per coltivare la spinta gentile. Non servono grandi investimenti: basta ripensare i flussi quotidiani, i messaggi nelle sale d'attesa, le modalità di comunicazione e di utilizzo degli strumenti digitali. Ogni occasione è buona per suggerire senza forzare, orientare senza imporre. La spinta gentile non richiede strutture aggiuntive né incentivi economici, ma sfrutta ciò che abbiamo già: sistemi EHR, interazioni quotidiane, dati, contesto organizzativo; cosicché possiamo promuovere un'assistenza più sicura e centrata sul paziente, sostenibile nel tempo e rispettosa della libertà di scelta. In conclusione, la "spinta gentile" non è assolutamente una moda, ma un approccio collaudato che coniuga evidenza scientifica, etica professionale e pragmatismo clinico. Vi invito, dunque, a conoscere questo universo di piccoli e grandi cambiamenti, cominciare a studiarlo e sperimentarlo sapendo che la nostra ambizione, ovvero quella di scegliere sempre il meglio per i nostri pazienti, propria della medicina della persona, non si ferma all'ottimismo: è un pragmatismo consapevole da vivere insieme in nome dell'alleanza terapeutica medico-paziente. In un'epoca in cui il tempo è scarso e la pressione sugli studi medici è costante, la nudge theory ci ricorda che anche il minimo dettaglio può fare la differenza: un click, un promemoria ben calibrato, un'impostazione predefinita possono migliorare la salute di migliaia di persone. E' proprio nei piccoli gesti quotidiani, che si gioca il futuro di una medicina più efficace, più umana e anche più sostenibile.

Il costo sanitario dell'odio: quando la guerra diventa una malattia dei popoli



Segue (...) mutilati, orfani; intere comunità segnate da stress post-traumatico, ansia e depressione; il trauma psicologico sarà una ferita che durerà ben oltre la fine delle ostilità. Per noi medici che ci occupiamo quotidianamente di salute, queste guerre ci ricordano che la medicina non è mai neutrale di fronte alla distruzione. Quando un ospedale diventa un obiettivo, quando un farmaco salvavita non arriva, quando la paura impedisce a un bambino di crescere sano, la guerra non colpisce solo i corpi: mina le basi stesse della società. La voce del mondo sanitario deve restare vigile e universale: denunciare la violenza, chiedere corridoi umanitari, ricordare che ogni popolo sotto le bombe (palestinese, ucraino o di qualsiasi altra parte del mondo) paga con la salute il prezzo più alto dell'odio.

PASS e liste d'attesa: strumento di garanzia o soluzione illusoria?



Segue (...) Tuttavia, nella pratica spesso il paziente torna dal medico dopo aver scoperto che la prestazione non è disponibile entro i tempi previsti, chiedendo modifiche o alternative; inoltre, il percorso di garanzia può essere attivato solo online (con SPID o CIE) o tramite CUP e farmacie, ma non tutti i cittadini hanno la dimestichezza per farlo autonomamente; l'accesso all'intramoenia a carico del SSR, pur teoricamente garantito, non è sempre disponibile per carenza di offerta o resistenze organizzative. Il risultato? Il medico di famiglia si trova ancora una volta a mediare tra sistema e cittadino, con un carico gestionale che va oltre la prescrizione clinica. Il PASS rappresenta un passo importante verso la digitalizzazione e la trasparenza, ma da solo non può risolvere il problema strutturale delle liste d'attesa, che dipende da diversi fattori, come l'insufficienza dell'offerta pubblica rispetto alla domanda; il sottofinanziamento cronico di alcuni settori specialistici; la carenza di personale e ridotta attrattività del SSN; l'uso improprio del sistema intramoenia, spesso visto come alternativa di fatto al pubblico.

Come medici di medicina generale, possiamo certamente valorizzare strumenti come il PASS per aiutare i nostri pazienti e orientarli nel sistema, ma è essenziale continuare a chiedere interventi strutturali, non solo digitali perché senza un vero potenziamento dell'offerta pubblica, nessun algoritmo potrà garantire il diritto alla cura nei tempi dovuti. Il PASS è un buon semaforo, ma servono strade libere per far scorrere il traffico ed i medici di famiglia non possono continuare ad essere vigili urbani!



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

Redazione : Piazza G. Marconi 25 Roma

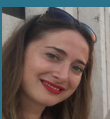
E mail : redazione@fimmgroma.it



SEGRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi