



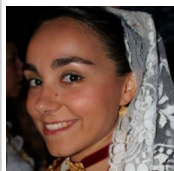
LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 27 di Settembre 2025

Morte sul lavoro: non solo nei cantieri, anche negli studi medici



La morte della dottoressa Maddalena Carta, 38 anni, medico di famiglia a Dorgali, ha scosso la comunità professionale e l'opinione pubblica. È un fatto che richiama alla mente le numerose morti sul lavoro che ogni giorno riempiono le cronache italiane: operai nei cantieri, agricoltori nei campi, autotrasportatori sulle strade. La sua storia ci ricorda che anche la professione medica non è immune da questo drammatico fenomeno. Se la morte sul lavoro è una piaga nazionale, la medicina generale aggiunge un elemento ulteriore: la totale assenza di tutele reali per chi si ammala o attraversa un momento di fragilità. Non si tratta solo di orari lunghi, di carichi burocratici e di stress crescente: è il paradosso di una categoria che deve garantire salute, ma che non vede garantita la propria. Il medico di famiglia è vincolato a garantire la continuità dell'assistenza, ma chi si prende cura del medico quando la sua salute vacilla? Dietro la retorica del "professionista autonomo" si nasconde una realtà fatta di solitudine, sostituzioni difficili, giornate in cui anche una malattia improvvisa diventa un ostacolo insormontabile. Le storie sono tante, e quasi mai arrivano alla ribalta: c'è chi, colpito da un infarto, pensa prima a trovare un sostituto per i pazienti che a se stesso; c'è chi, ricoverato per un intervento urgente, delega ai familiari il compito di chiamare colleghi; c'è chi, in piena (...) [Continua all'ultima pag.](#)

L'EDITORIALE

"La cura come merito condiviso"
di Eleonora Grimaldi

Viviamo un tempo in cui la parola merito sembra essere stata sequestrata dal linguaggio della competizione. Si parla di merito come classifica, come performance, come corsa al risultato, ma, come ci ricorda Massimo Recalcati, il merito non è la misura di chi vince, bensì la possibilità che ciascuno ha di far emergere il proprio talento singolare, la propria vocazione. Per i medici di famiglia, questo rovesciamento di prospettiva è decisivo. Il nostro lavoro non si esaurisce nel compilare ricette o nel decifrare protocolli; non siamo funzionari del sintomo, ma (...) [Continua alla penultima pag.](#)

Lazio: spesa sanitaria privata in crescita, famiglie in difficoltà. Cosa emerge per i medici di famiglia



Un recente rapporto della Fondazione Gimbe fornisce un quadro allarmante della spesa sanitaria privata nel Lazio: per molte famiglie la pressione economica cresce e con essa anche le disuguaglianze nell'accesso alle cure. Per i medici di famiglia, questi dati toccano direttamente il loro ruolo sanitario, ma anche sociale, nella comunità. Ecco i dati più rilevanti emersi: nel 2023, la spesa sanitaria privata pro-capite nel Lazio è stata di 852 euro, ben al di sopra della media nazionale di 730 euro; ogni famiglia laziale ha speso in media 1.852,2 euro per salute nel privato, il valore più alto fra tutte le regioni; circa il 10,5% delle famiglie del Lazio ha rinunciato alle cure nel 2023, contro una media nazionale del 7,6%. Questi dati mostrano che non solo chi ha capacità economiche maggiori si rivolge al privato, ma che anche chi ha meno risorse è costretto a rinunciare, con possibile danno alla salute. Un tema caldo emerso nel dibattito regionale è quello dell'appropriatezza prescrittiva: il presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, ha (...) [Continua alla penultima 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>

Amalia Moretti Foggia: la lezione che le donne medico non possono dimenticare



Nella medicina italiana c'è un nome che non può essere dimenticato: Amalia Moretti Foggia (1872–1947): pediatra, divulgatrice, pioniera dell'emancipazione femminile, Amalia ha aperto una strada che, ancora oggi, non è del tutto percorsa fino in fondo. Fu tra le prime donne in Italia a laurearsi in Medicina e la prima a specializzarsi in Pediatria. Nei primi decenni del Novecento esercitare la profes-

sione medica per una donna era un atto rivoluzionario; per quarant'anni, nella Poliambulanza di Porta Venezia a Milano, Amalia si prese cura dei bambini e delle donne più fragili: operaie, prostitute, madri sole, e allo stesso tempo educava la popolazione all'igiene e alla prevenzione. Sulle pagine de La Domenica del Corriere, per essere credibile, firmava la rubrica sanitaria come "Dottor Amal", mentre come "Petronilla" insegnava a cucinare piatti nutrienti e semplici, specialmente negli anni duri della guerra. Con due pseudonimi e oltre 800 articoli, raggiunse milioni di famiglie italiane, dimostrando che il sapere scientifico poteva diventare strumento di emancipazione. Questa grande figura professionale di donna emancipata è un'eredità più attuale che mai. Molto è cambiato da allora, ma il gap di genere in sanità è ancora evidente. Secondo gli ultimi dati AGENAS e FNOMCeO, il 70% dei medici sotto i 40 anni è donna, ma solo il 16% delle direzioni sanitarie è affidato a donne. Nelle università, meno del 20% delle cattedre ordinarie di area medica è occupato da donne, e il divario retributivo medio si attesta ancora tra il 10 e il 15% più basso rispetto ai colleghi uomini. Questo squilibrio non è solo una questione di giustizia: è un problema di efficienza del sistema sanitario. E' dimostrato che dove le donne hanno ruoli di leadership, i modelli organizzativi risultano più inclusivi e orientati alla presa in carico globale del paziente, valori che Amalia Moretti Foggia incarnava già un secolo fa. Come medici di famiglia, siamo in prima linea non solo nella cura dei pazienti, ma anche nella costruzione di una sanità più equa. L'esempio di Amalia ci ricorda che l'emancipazione non è un traguardo già raggiunto, ma un percorso che va alimentato con scelte concrete: sostenere le carriere femminili, favorire la conciliazione vita-lavoro, garantire pari accesso ai ruoli apicali. Amalia affrontò gli ostacoli con tenacia e determinazione, scegliendo di far sentire la sua voce attraverso il linguaggio della cura e della conoscenza. Oggi spetta a noi raccogliere questa eredità, impegnandoci per un sistema sanitario più equo e inclusivo, capace di valorizzare il contributo delle donne medico non solo nella pratica clinica, ma anche nei ruoli di governance. Non possiamo permettere che la strada aperta da Amalia si richiuda, perché il futuro della medicina, quella vera, fatta di ascolto, prossimità e responsabilità sociale, dipende dalla capacità di riconoscere e valorizzare tutte le competenze, senza pregiudizi né barriere di genere.

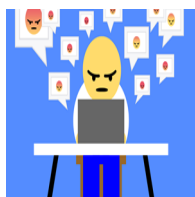


I Borghi più belli d'Italia

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://borghipiubelliditalia.it/>

Odio sui social network: una sfida anche per la professione medica



Negli ultimi anni i social network sono diventati uno spazio sempre più centrale nella vita pubblica e privata, un luogo in cui si condividono informazioni, opinioni ed emozioni. Allo stesso tempo però si sono trasformati in una cassa di risonanza anche per rabbia e ostilità. L'odio in rete non risparmia nessuno e colpisce anche la professione medica. I medici di famiglia, in particolare, si trovano spesso ad essere bersaglio diretto di commenti ed attacchi personali. Essere la porta di ingresso al sistema sanitario significa trovarsi di fronte non solo a richieste cliniche, ma anche a frustrazioni e aspettative. È facile che un disaccordo sulla gestione di un sintomo, una prescrizione non ritenuta adeguata o un ritardo nella presa in carico si trasformino in un messaggio pubblico di critica che, amplificato dai social, assume toni aggressivi e talvolta offensivi. Non si tratta più solo di un'opinione, ma di un vero e proprio attacco che rischia di minare il rapporto di fiducia con i pazienti e la serenità del professionista. Le conseguenze di questi episodi sono spesso sottovalutate perché l'odio online non è solo una questione di reputazione. Porta con sé ansia, stress, senso di isolamento; il clima ostile che si diffonde in rete può trasferirsi anche nella vita reale, alimentando conflitti nello studio e rendendo più difficile quella relazione di prossimità che è la cifra distintiva della medicina generale. Le cause sono molteplici: da un lato c'è la percezione di distanza tra cittadini ed istituzioni e il medico viene visto come rappresentante di un sistema percepito come lento e burocratico; dall'altro c'è la diffusione incontrollata di fake news in ambito sanitario che spingono molti a contrapporre opinioni personali alle indicazioni della scienza. Infine, l'anonimato del web abbassa la soglia del rispetto e rende più facile trasformare il disagio in aggressività. Come affrontare tutto questo? È necessario un impegno condiviso: occorre educazione digitale per diffondere la cultura del confronto e del rispetto, occorre far conoscere ai professionisti gli strumenti legali contro la diffamazione online e renderne più semplice l'utilizzo, occorre che ordini e sindacati offrano supporto concreto sia legale sia psicologico. È importante che i medici stessi presidino i social in modo proattivo con informazioni chiare e aggiornate sottraendo spazio alle fake news e che costruiscano reti di sostegno reciproco per condividere esperienze e strategie di risposta. Non si tratta di un problema che il singolo può risolvere da solo. Contrastare l'odio online significa difendere non solo la dignità dei medici, ma anche la qualità del rapporto di fiducia con i pazienti e quindi la salute stessa della comunità. È una sfida che richiede alleanza tra professionisti, istituzioni, cittadini e piattaforme digitali affinché i social network possano essere strumenti di connessione. Il "Manuale per l'uso del

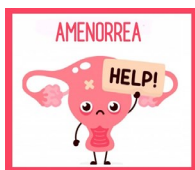


Manuale per l'uso del medico di medicina generale

Edito da "Diritti e salute Onlus", è una semplice guida per il cittadino al fine di usufruire al meglio della Medici-

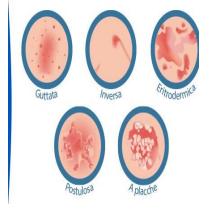
SCARICA IL MANUALE E TUTTE LE INFORMAZIONI UTILI SU :
<https://fimmgroma.it/manualemedico>

Amenorrea e ipoprolattinemia: un campanello d'allarme raro ma da non sottovalutare



Nel lavoro quotidiano dei medici di famiglia capita spesso di affrontare disturbi mestruali, più raramente però ci si trova di fronte ad amenorrea associata a ipoprolattinemia. Una condizione insolita che merita attenzione, perché può nascondere un quadro più complesso di disfunzione ipotalamo-ipofisaria. Se l'iperprolattinemia è una delle cause più frequenti di alterazioni del ciclo, la prolattina bassa isolata ha scarso significato clinico. Quando però si accompagna ad amenorrea, può essere il segnale di una riduzione globale della funzione ipofisaria, come accade in caso di sindrome di Sheehan, esiti di chirurgia o radioterapia, traumi cranici o ipopituitarismo idiopatico. In questi scenari il deficit di prolattina non è il problema principale, ma un indicatore di possibili carenze anche di gonadotropine, tiroidei o corticotropi. Il ruolo del medico di famiglia è fondamentale per intercettare questi casi. Di fronte a una paziente con amenorrea e valori bassi di prolattina, è opportuno confermare l'esame, valutare l'anamnesi accuratamente e programmare uno studio ormonale completo (FSH, LH, estradiolo, TSH, FT4, ACTH, cortisolo). Quando il sospetto persiste, la strada da percorrere è la consulenza endocrinologica e, se indicata, una risonanza magnetica ipofisaria. Non sempre si tratta di patologie gravi, ma il rischio di trascurare un quadro di ipopituitarismo rende importante non banalizzare il reperto. Per il medico di medicina generale la parola d'ordine è vigilanza: saper distinguere un'anomalia di laboratorio isolata da un segnale precoce di malattia sistemica.

Psoriasi: una sfida crescente per la salute globale e per la medicina di famiglia



La psoriasi non è soltanto una malattia cutanea: è una patologia infiammatoria cronica che incide profondamente sulla qualità di vita delle persone e rappresenta un onere sempre più rilevante per i sistemi sanitari. Un recente studio pubblicato sul Journal of Investigative Dermatology (settembre 2025) ha analizzato i trend globali della psoriasi negli ultimi trent'anni, evidenziando dati che devono far riflettere anche noi medici di famiglia. Secondo l'indagine, il numero di persone affette da psoriasi è quasi raddoppiato tra il 1990 e il 2021, arrivando a oltre 43 milioni di casi nel mondo, con 5,1 milioni di nuove diagnosi nel solo 2021. Le proiezioni stimano una crescita costante fino al 2040, con particolare concentrazione tra i 50 e i 70 anni e una maggiore incidenza in Asia orientale. Lo studio ha messo in luce anche il peso economico della malattia: nel 2021 l'impatto globale è stato di circa 148 miliardi di dollari, di cui 95 miliardi relativi a costi sanitari diretti e oltre 53 miliardi legati a perdite di produttività. Nei Paesi ad alto reddito l'onere si concentra soprattutto sulle spese sanitarie, mentre nei Paesi a basso reddito prevalgono le conseguenze sulla capacità lavorativa dei pazienti. Tra i principali fattori di rischio individuati figurano obesità, sedentarietà, inquinamento atmosferico e radiazioni ultraviolette: elementi che riportano il tema della psoriasi all'interno di una visione più ampia di salute pubblica e prevenzione. Per noi medici di medicina generale, questi dati sottolineano l'importanza di un approccio integrato: non solo diagnosi precoce e gestione clinica della patologia cutanea, ma anche presa in carico dei fattori di rischio modificabili, counseling sugli stili di vita, supporto psicologico e coordinamento con lo specialista dermatologo. La psoriasi, quindi, si conferma una malattia cronica complessa, che va oltre la pelle e richiede strategie di prevenzione e assistenza personalizzate, capaci di ridurre disuguaglianze e migliorare la qualità di vita dei nostri pazienti.

Genitorialità in Medicina Generale: diritti, tutele e prospettive per i medici di famiglia



La genitorialità rappresenta un momento fondamentale nella vita di ogni persona, ma per i MMG può diventare anche una sfida complessa da conciliare con le esigenze professionali e assistenziali. Negli ultimi anni, l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) e l'ENPAM hanno introdotto strumenti di tutela e sostegno economico per favorire una gestione più equilibrata tra lavoro e vita privata. L'articolo 22 dell'ACN disciplina i casi di sospensione dell'attività per i medici di medicina generale:

1. Assistenza a familiari gravi: fino a 3 giorni/mese di sospensione.
2. Allattamento, adozione, assistenza a minori non autosufficienti o familiari con invalidità: fino a 18 mesi di sospensione parziale nell'arco di 5 anni.
3. Maternità o adozione: 5 mesi di sospensione, totale o parziale, obbligatoria per gli incarichi orari in caso di gravidanza. È inoltre possibile richiedere l'articolazione dell'orario in modalità diurna o attivare incarichi a tempo parziale, anche nei contratti a termine.

L'ENPAM, inoltre, garantisce un sistema articolato di indennità:

1. Maternità, adozione o interruzione di gravidanza oltre il 6° mese: copertura di 5 mesi (estendibile di altri 3 in caso di redditi bassi).
2. Affidamento minore: indennità di 3 mesi.
3. Gravidanza a rischio: indennità fino a due mesi prima del parto.
4. Interruzione di gravidanza tra 3° e 6° mese: un mese di indennità. L'indennità corrisponde all'80% di 5/12 del reddito imponibile del secondo anno precedente alla nascita, con un minimo garantito di circa 6.000 euro e un massimo di quasi 30.000 euro. In caso di difficoltà della madre, la prestazione può spettare al padre.

Di seguito sussidi ed ulteriori tutele:

- Sussidio bambino: contributo una tantum di 2.000 euro (per spese di nido o babysitter), accessibile sia a madri che a padri medici, anche entrambi se genitori medici.
- Polizza primi 30 giorni: copertura sostitutiva in caso di ricovero del figlio minore, allattamento e interruzione di gravidanza. (...) **Segue...**

Segue...

- Medici in formazione: sospensione obbligatoria di 5 mesi con recupero della borsa e sessioni straordinarie di tesi.
- Contributo volontario: possibilità di versare contributi per non perdere anzianità pensionistica durante i periodi di sospensione.

Questo tema rappresenta una sfida culturale e professionale: se da un lato esistono strumenti concreti di sostegno, dall'altro resta ancora forte la difficoltà dei medici di famiglia a "fermarsi", per il senso di responsabilità verso i propri assistiti e per la complessità nella gestione dei sostituti. La genitorialità, però, non può e non deve trasformarsi in un ostacolo alla vita professionale. È piuttosto un'occasione per ripensare modelli organizzativi, rafforzare la rete di sostituzione e valorizzare la dimensione umana del nostro lavoro. La sfida per la medicina generale è garantire una reale conciliazione tra professione e vita privata, affinché ogni medico possa vivere pienamente la propria esperienza di genitore senza sentirsi penalizzato o costretto a scegliere tra cura dei pazienti e cura della propria famiglia.

Ringraziamenti

Dott.ssa Celeste Russo

La formazione continua dei medici di famiglia: nuove sfide e opportunità



Nel contesto sanitario in rapido cambiamento, la formazione continua dei medici di famiglia è cruciale per mantenere elevati standard di assistenza e adeguarsi alle innovazioni terapeutiche e organizzative.

La FIMMG Roma promuove iniziative formative rivolte a:

- aggiornamenti su patologie croniche e fragilità;
- utilizzo di tecnologie digitali in ambulatorio;
- approccio multidisciplinare e collaborazione con le strutture ospedaliere e territoriali.

La Regione Lazio è invitata a sostenere con fondi dedicati e risorse strutturali questi percorsi, per garantire che la formazione non sia solo un obbligo burocratico, ma una reale opportunità di crescita professionale e miglioramento della cura.

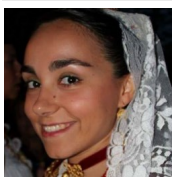
L'EDITORIALE "La cura come merito condiviso" di Eleonora Grimaldi

Segue (...) interpreti di un desiderio di salute che prende forme sempre diverse in ogni paziente. È qui che il merito acquista un significato radicalmente umano: non il merito di chi accumula prestazioni, ma quello di chi riesce a riconoscere ed accogliere l'unicità dell'altro. Anche per noi, medici, il merito non coincide con il solo possesso di conoscenze tecniche, è piuttosto la capacità di testimoniare un desiderio, di trasmettere fiducia, di costruire un legame. In questo senso, l'insegnamento e la cura si somigliano: entrambe richiedono di andare oltre il sapere codificato, per toccare la vita concreta dell'altro. In un tempo in cui la medicina di famiglia è spesso descritta solo in termini di numeri, carichi e carenze, questo richiamo ci invita a non dimenticare che la nostra vera forza non risiede nella quantità, ma nella qualità della relazione. Se vogliamo difendere e rinnovare la medicina generale, dobbiamo riportare al centro questa idea di merito: la possibilità di custodire l'incontro, di sostenere la singolarità, di dare spazio al desiderio di cura. Non è una meritocrazia di graduatorie quella che ci serve, ma una meritocrazia della prossimità: dove il merito non si misura con il cronometro o con il numero di pazienti visti, ma con la capacità di generare senso, fiducia e speranza nelle comunità che serviamo per una medicina sempre più della persona.

Lazio: spesa sanitaria privata in crescita, famiglie in difficoltà. Cosa emerge per i medici di famiglia

Segue (...) affermato che ci sarebbero oltre 200 milioni di euro di spesa da prescrizioni inappropriate da parte dei medici di famiglia. La FIMMG Lazio ha respinto queste accuse, chiedendo dati certi e trasparenti, affermando che, secondo i dati AIFA, la spesa farmaceutica convenzionata attribuibile ai MMG è sotto il tetto previsto. Per chi svolge la professione di MMG, questi dati implicano alcune riflessioni importanti, in primis sul ruolo nella prevenzione ed educazione sanitaria: il fatto che una quota significativa di popolazione rinunci alle cure suggerisce che non basta garantire l'offerta, ma serve che le persone capiscano quando, come e perché è opportuno rivolgersi al medico. Sulla appropriatezza prescrittiva e trasparenza, le accuse relative a prescrizioni inappropriate mettono sotto pressione la categoria. È importante che ci siano dati chiari, verificate le fonti e processi condivisi per la valutazione dell'appropriatezza. Ciò include strumenti per self-audit o peer review, formazione continua, aggiornamento sulle linee guida e chiarezza sulle richieste di prestazioni diagnostiche o farmaci da parte dei pazienti. Diventa necessario gestire i tempi di attesa e l'offerta pubblica: uno dei motivi per cui i cittadini ricorrono al privato è la difficoltà di accesso al pubblico per i lunghi tempi d'attesa. Se il sistema pubblico non risponde nei tempi, la richiesta privata cresce, con costi elevati per le famiglie e rischio di rinuncia per chi non può permetterselo. Un altro tema è l'equità e la sostenibilità del sistema: la spesa elevata delle famiglie e la rinuncia alle cure sono segnali di squilibrio; il SSN deve garantire non solo l'offerta, ma l'accessibilità effettiva, indipendentemente dalle risorse personali. I MMG si trovano spesso in prima linea, con pazienti in difficoltà economica, sociale o con scarsa alfabetizzazione sanitaria. Alla luce dei dati, occorre maggiore monitoraggio territoriale, con dati disaggregati per aree, per capire dove le rinunce sono maggiori ed intervenire. È auspicabile un dialogo trasparente fra regione, istituzioni sanitarie e rappresentanze dei MMG per definire i dati reali dell'appropriatezza e costituire percorsi condivisi di miglioramento. L'obiettivo dovrebbe essere integrare sempre di più la medicina di famiglia nei percorsi di politica sanitaria regionale: non solo come erogatori, ma come partner nella progettazione, nella prevenzione e nella gestione dei cittadini fragili. I MMG, con la loro presenza capillare e il rapporto di fiducia con i pazienti, possono essere un pilastro fondamentale per contenere la spesa privata, ridurre le rinunce alle cure, migliorare l'appropriatezza prescrittiva, e garantire che il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione, sia davvero per tutti.

Morte sul lavoro: non solo nei cantieri, anche negli studi medici



Segue (...) pandemia, compilava ricette dal letto d'ospedale. La morte sul lavoro, qualunque sia il contesto, ha un filo comune: la mancanza di protezione per chi lavora. Non riguarda solo le fabbriche o i cantieri, ma tutti i settori in cui l'organizzazione scarica i rischi sull'individuo. Anche la medicina generale, in Italia, vive questa contraddizione: la salute dei pazienti dipende dalla salute del medico, ma il sistema non sempre lo riconosce. Non servono slogan, ma interventi concreti, iniziando dal garantire reti di supporto che coprano le assenze improvvise; alleggerire il peso della responsabilità individuale in caso di malattia o lutto; riconoscere che la tutela della salute del medico è parte integrante della tutela del cittadino. La morte della giovane dottoressa non è soltanto una tragedia privata, ma un monito pubblico. Come ogni morte sul lavoro, ci obbliga a riflettere sul valore della vita di chi lavora e sulla fragilità di sistemi che chiedono tanto senza dare abbastanza. Se non impariamo a proteggere chi cura, rischiamo di scoprire che a mancare, un giorno, non sarà solo un medico, ma l'intero presidio di salute che rappresenta.

Fuori appuntamento, urgenze e "false urgenze": come gestirle nello studio del medico di famiglia

Ogni giorno, negli studi dei medici di famiglia, si ripete la stessa scena: pazienti che arrivano senza appuntamento, convinti di avere un'urgenza: alcuni hanno davvero bisogno di un intervento rapido; altri, invece, si presentano per un rinnovo di ricetta o per un disturbo che dura da settimane. È la realtà quotidiana della medicina generale, sospesa tra la volontà di non lasciare indietro nessuno e la necessità di garantire tempo e attenzione a chi ne ha davvero bisogno. La distinzione tra urgenza vera e urgenza percepita non è sempre facile, né per i pazienti né per i medici. Per il paziente, qualsiasi sintomo nuovo o fastidioso può sembrare un campanello d'allarme; per il medico, invece, alcune situazioni richiedono una risposta immediata, mentre altre possono essere tranquillamente programmate. Il problema è che quando tutto diventa urgente, nulla lo è davvero, e a rimetterci sono soprattutto i pazienti più fragili. Ecco perché sempre più studi stanno adottando sistemi organizzativi chiari: alcuni prevedono triage telefonico, con domande semplici e mirate per capire se si tratta di una vera urgenza o di una situazione differibile. Altri studi dedicano fasce orarie precise alle urgenze, lasciando slot liberi ogni giorno per chi ha bisogno immediato, senza compromettere l'agenda delle visite programmate. Fondamentale è anche il ruolo della comunicazione con i pazienti: avvisi, ma anche i social possono spiegare chiaramente la differenza tra emergenze, urgenze e non urgenze. È un lavoro educativo: i pazienti imparano a riconoscere quando rivolgersi subito al medico, quando chiamare il 118, e quando invece prenotare un appuntamento con calma o usare i canali digitali per semplici richieste. Non è questione di rigidità, ma di responsabilità condivisa. Se un paziente arriva senza appuntamento per un certificato o per il rinnovo di una terapia cronica, toglie tempo e spazio a chi potrebbe avere un problema serio e improvviso. In un sistema sanitario spesso sovraccarico, la gestione corretta delle urgenze negli studi dei medici di famiglia non è un dettaglio organizzativo, ma un atto di cura. Significa garantire che chi ha bisogno trovi sempre una porta aperta.



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

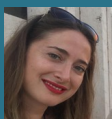
E mail : redazione@fimmgroma.it



SEGRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi