



LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 28 di Ottobre 2025

ACN 2022-2024: verso la firma entro giugno 2026, ma il Lazio resta indietro



La prospettiva della firma definitiva dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la medicina generale 2022-2024 si fa più concreta. La conclusione dell'iter è prevista entro giugno 2026, ma il percorso non è privo di ostacoli. Mentre a livello nazionale si attendono gli ultimi passaggi formali, nel Lazio non è stato ancora firmato l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) basato sull'attuale ACN in vigore, e questo ritardo rischia di rallentare ulteriormente l'attuazione concreta del contratto. A livello nazionale, in aprile 2024 è stato approvato l'atto di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni che apre formalmente la strada al rinnovo contrattuale per il triennio 2022-2024. Restano tuttavia da definire i nodi centrali legati alle risorse, alle modalità organizzative e agli incentivi per le nuove forme di medicina di gruppo e per l'assistenza territoriale. La FIMMG in prima linea chiede un contratto che riconosca il ruolo strategico del medico di famiglia e garantisca una reale sostenibilità del sistema, ponendo come condizione una chiusura dell'accordo entro tempi certi e l'assegnazione di risorse adeguate alla medicina generale. Senza un rinnovo contrattuale il territorio rischia di restare privo degli strumenti necessari per affrontare la carenza di personale e l'aumento dei carichi assistenziali. Il Lazio rappresenta oggi uno dei casi più critici. L'assenza di un nuovo AIR, che dovrebbe tradurre a (...) [Continua alla penultima](#)

L'EDITORIALE

"Università o invisibilità: la Medicina Generale negata agli studenti di medicina"

Negli ultimi anni, il dibattito sulla trasformazione della Medicina Generale da corso regionale a scuola di specializzazione universitaria è tornato al centro della scena politica e professionale. Non si tratta di un semplice cambio di etichetta o di una rivendicazione accademica, ma di una questione strutturale che riguarda la sopravvivenza stessa del ruolo dei medici di famiglia nel SSN e la qualità formativa delle nuove generazioni di medici. Oggi la Medicina Generale vive una (...) [Continua a pag. 5](#)

Antibiotici, il rischio del risparmio miope: quando il controllo della spesa può alimentare l'antibiotico-resistenza



Negli anni '40, con l'arrivo della penicillina, la medicina moderna cambiò volto: le infezioni batteriche che fino ad allora erano spesso letali divennero curabili. La mortalità per polmoniti, setticemie ed infezioni chirurgiche precipitò. Oggi, a distanza di ottant'anni, quella vittoria appare fragile. L'Italia è tra i Paesi europei con il più alto tasso di antibiotico-resistenza (AMR): secondo le ultime stime, ogni anno migliaia di persone (tra 8 e 12 mila) muoiono per infezioni resistenti ai farmaci. Mentre la comunità scientifica chiede più sorveglianza, diagnostica e stewardship clinica, in alcune Regioni si ragiona su misure di contenimento della spesa farmaceutica perfino per i reparti di infettivologia. Il principio è legittimo: ridurre l'uso improprio degli antibiotici e controllare i costi; il rischio, però, è di ottenere l'effetto contrario a quello desiderato, ovvero un effetto boomerang del "deprescribing" indiscriminato. Ridurre i consumi non è sempre sinonimo di appropriatezza: se la logica del risparmio spinge verso un "deprescribing (...) [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>

Il Metaverso e la Medicina Generale: opportunità, sfide e vie di sviluppo



Negli ultimi anni si è diffusa, in ambiti tecnologici e non solo, l'idea del metaverso: spazi digitali immersivi, realtà aumentata, realtà virtuale e gemelli digitali che promettono non solo intrattenimento, ma trasformazioni profonde in vari settori, compresa la sanità. Per noi mmg, che operiamo a stretto contatto con persone, famiglie e comunità, la domanda è: in che modo il metaverso può cambiare il nostro modo di curare e quanto siamo pronti? In Italia, alcune iniziative già operative o in via di sviluppo offrono un quadro interessante: è in corso la realizzazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina, parte del PNRR, per migliorare l'assistenza sul territorio, con particolare attenzione ai pazienti cronici. Le linee guida nazionali del 2022 hanno definito le prestazioni di telemedicina, come televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio, con indicazioni precise per la loro erogazione. Anche il quadro normativo su privacy, sicurezza e interoperabilità viene rafforzato, con il Garante della Privacy che ha espresso pareri su decreti come quello relativo alla Piattaforma Nazionale di Telemedicina. Alcune sperimentazioni in realtà virtuale e aumentata sono già in uso per terapie del dolore, salute mentale, riabilitazione e per la formazione del personale sanitario. Il metaverso potrebbe integrarsi nella pratica del mmg in diversi ambiti. Le visite virtuali avanzate o la telepresenza immersiva potrebbero consentire al paziente di mostrare le proprie condizioni tramite avatar o sensori, permettendo al medico di osservare postura, camminata, dolore localizzato e utilizzare strumenti immersivi per visualizzare immagini diagnostiche o modelli anatomici. Il monitoraggio continuo dei pazienti cronici tramite wearable, sensori ambientali e dati biometrici integrati nei sistemi del medico potrebbe consentire interventi tempestivi, anche con incontri virtuali immersivi per spiegare terapie o fare esercizi guidati. Spazi virtuali potrebbero essere utilizzati per educazione e prevenzione, per simulazioni sugli effetti a lungo termine di comportamenti a rischio o per gruppi di pazienti come corsi di gestione del diabete o supporto a persone con obesità. La formazione professionale potrebbe beneficiare di simulazioni in VR per emergenze, anatomia, tecniche di comunicazione e procedure poco praticate nella routine, offrendo spazi sicuri per sperimentare e migliorare. Il supporto a pazienti fragili o domiciliari, come anziani, disabili o malati cronici, potrebbe essere esteso attraverso il metaverso, permettendo al medico di "entrare virtualmente" e monitorare segni vitali, mobilità, somministrazione farmaci e ferite con il caregiver presente. La collaborazione multidisciplinare tra medici ed altri professionisti sanitari potrebbe avvenire in ambienti virtuali condivisi, favorendo la discussione di casi, piani terapeutici e seconde opinioni anche a distanza. I vantaggi attesi comprendono migliore accessibilità per chi vive in zone interne o ha mobilità ridotta, tempi di attesa e spostamento ridotti, maggiore efficienza organizzativa, potenziale miglioramento della relazione medico-paziente grazie a strumenti immersivi e più ricchi, maggiore aderenza alle cure se le terapie diventano più interattive, prevenzione potenziata grazie alla possibilità di mostrare e simulare i rischi, nonché supporto alla salute mentale, benessere psicologico e riabilitazione. Tuttavia, non mancano limiti, rischi e ostacoli: la diagnosi fisica e gli esami diretti restano insostituibili, il digital rischia di aumentare le disuguaglianze, la privacy e la sicurezza dei dati sensibili devono essere garantite con standard elevati, servono regole chiare su responsabilità legale, certificazione delle tecnologie, riconoscimento professionale e rimborsi, i costi per hardware, software, manutenzione e formazione devono essere sostenibili per un vero cambiamento culturale.



**Manuale per l'uso
del medico di medicina generale**
Acquistalo on line

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



Cari colleghi,

da questo mese la nostra newsletter diventa ancora più vostra!

Nasce **“Cara redazione”**, uno spazio dedicato a voi per condividere esperienze, dubbi, osservazioni, riflessioni o suggerimenti.

Vogliamo ascoltarvi: le vostre lettere ci aiuteranno a costruire contenuti sempre più vicini alle esigenze quotidiane della medicina di famiglia.

Inviateci i vostri contributi a redazione@fimmgroma.it per partecipare attivamente alla vita della nostra comunità professionale.

Le lettere selezionate verranno pubblicate nella newsletter, con il vostro nome o in forma anonima, come preferite.

Non perdetevi l'occasione di far sentire la vostra voce!

Di seguito pubblichiamo la nostra prima lettera

Di Ombretta Papa

«Era tanto bravo il medico mio: mi prescriveva tutto quello che chiedevo, mi faceva il certificato per telefono e veniva a casa a misurarmi la pressione...»

Sono parole che evocano un tempo in cui il medico di famiglia era una presenza costante, vicina, quasi parte della famiglia. Oggi si sentono sempre più di rado. I medici di medicina generale cercano infatti di restituire rigore scientifico e rispetto delle norme alla propria pratica professionale. Tuttavia, la nostalgia che traspare da certe narrazioni ci ricorda che non dobbiamo perdere ciò che di buono contenevano: la dimensione umana e relazionale della cura. Come ricorda spesso Pierluigi Bartoletti, noi medici di medicina generale abbiamo il privilegio e la responsabilità di essere “medici della persona”. Un ruolo che richiede di coniugare competenza e consapevolezza con l'umanità della relazione di cura — una sfida impegnativa ma fondamentale. Da un lato, infatti, non bastano empatia e disponibilità: servono rigore scientifico, aderenza alle linee guida, attenzione alla medicina personalizzata e un costante aggiornamento professionale, sostenuto da quella umiltà socratica che ci spinge a non smettere mai di imparare. Dall'altro, solo unendo scienza e relazione, competenza e umanità, possiamo restituire pieno valore alla nostra professione e riaffermare il ruolo della medicina generale come spazio di cura autentica, non ridotta alla mera erogazione di prestazioni. Solo noi, medici di medicina generale, possiamo prenderci realmente cura della persona nella sua interezza e nel suo contesto di vita. Per questo motivo, il cambio di denominazione e di gestione, da più parti evocato, della formazione post-laurea del MMG — che, a titolo personale, non ritengo necessario — appare in ogni caso insufficiente. Il vero lavoro da fare riguarda i contenuti, tanto tecnici quanto umani, della relazione di cura. È lì che si gioca il futuro della nostra professione.

Microbiota intestinale e qualità della vita nei pazienti con IBD: un nuovo paradigma terapeutico



Le malattie infiammatorie intestinali (IBD), tra cui il morbo di Crohn e la colite ulcerosa, sono patologie croniche che colpiscono milioni di persone in tutto il mondo. Tradizionalmente, la gestione clinica si è concentrata sul controllo dell'infiammazione intestinale; tuttavia, studi recenti hanno evidenziato un aspetto fondamentale: l'alterazione del microbiota intestinale è strettamente associata ad una qualità della vita inferiore. Una ricerca pubblicata sull'*American Journal of Gastroenterology* ha dimostrato che la composizione del microbiota intestinale è più fortemente correlata con la qualità della vita dei pazienti rispetto all'attività della malattia stessa. In particolare, anche nei pazienti in remissione, la disbiosi intestinale è associata a punteggi più bassi nella valutazione della qualità della vita correlata alla salute (HRQoL). Questo fenomeno è stato osservato anche in studi condotti in Italia, dove è emerso che l'alterazione del microbiota intestinale influisce negativamente sul benessere psicologico e fisico dei pazienti, indipendentemente dall'attività clinica della malattia. La disbiosi intestinale non solo compromette la qualità della vita, ma è anche correlata a sintomi psicologici come ansia e depressione. Alla luce di queste evidenze, la modulazione del microbiota intestinale emerge come una strategia terapeutica promettente. Interventi come l'uso di probiotici, prebiotici, antibiotici mirati e trapianto di microbiota fecale (FMT) sono stati studiati per ripristinare un equilibrio microbico sano e migliorare la qualità della vita dei pazienti. Il medico di famiglia svolge un ruolo cruciale nella gestione delle IBD. Oltre a monitorare l'attività clinica della malattia, è fondamentale valutare la qualità della vita dei pazienti, identificare segnali di disbiosi intestinale e indirizzare verso specialisti quando necessario. Una gestione integrata che consideri sia la componente fisica che psicologica può contribuire a migliorare il benessere complessivo dei pazienti, offrendo un approccio perso-

Microplastiche e microbiota intestinale: nuove evidenze di rischi per la salute



Studi recenti hanno evidenziato come l'esposizione alle microplastiche possa alterare la composizione e la funzionalità del microbiota intestinale umano, con potenziali implicazioni per la salute mentale, metabolica e immunitaria. Le microplastiche, presenti in alimenti, acqua potabile ed aria, possono essere ingerite quotidianamente, accumulandosi progressivamente nell'intestino ed interferendo con l'equilibrio microbico. Un'indagine condotta dalla Medical University of Graz ha esposto colture di microbiota intestinale umano a diversi tipi di microplastiche, dimostrando modifiche significative nel metabolismo batterico e nel pH intestinale, con alterazioni dei principali percorsi metabolici. Altri studi in modelli animali hanno confermato effetti simili: riduzione della diversità microbica, aumento di batteri proinfiammatori e diminuzione di batteri protettivi, con conseguente incremento della permeabilità intestinale e marcatori infiammatori sistemici. Queste alterazioni del microbiota intestinale possono influenzare l'asse intestino-cervello, con potenziali effetti sulla salute mentale, inclusi stati depressivi e ansiosi; inoltre, può favorire infiammazione cronica, contribuendo allo sviluppo di malattie metaboliche, cardiovascolari e gastrointestinali. Studi recenti suggeriscono anche un possibile ruolo delle microplastiche nell'aggravamento di malattie infiammatorie intestinali e nel favorire condizioni di stress ossidativo a livello epiteliale. È consigliabile che si adottino strategie per ridurre l'esposizione alle microplastiche, come evitare di riscaldare alimenti in contenitori di plastica, preferire materiali alternativi come vetro o acciaio inossidabile e limitare l'uso di prodotti confezionati in plastica. Anche l'informazione e la sensibilizzazione sui rischi derivanti dalle microplastiche rappresentano un ruolo chiave per i medici di famiglia. È fondamentale che i professionisti della salute monitorino questi sviluppi, aggiornino le proprie conoscenze e guidino i pazienti nell'adozione di comportamenti di prevenzione, consolidando così il ruolo del medico di medicina generale come punto di riferimento per la salute ambientale ed intestinale.

L'EDITORIALE "Università o invisibilità: la Medicina Generale negata agli studenti di medicina"

Segue... contraddizione che rasenta il paradosso: molti medici di famiglia sono docenti universitari, ma non possono insegnare la loro disciplina. Insegnano medicina interna, medicina legale, medicina d'urgenza... tutto, tranne ciò che praticano ogni giorno. La conseguenza devastante è che nelle aule universitarie di Medicina e Chirurgia, gli studenti non incontrano mai la Medicina Generale come materia autonoma, non vedono il medico di famiglia come docente e non scoprono la realtà dell'assistenza primaria, della presa in carico, della continuità delle cure. È una distorsione profonda, che priva la formazione universitaria del contatto con la medicina territoriale e nega agli studenti la possibilità di conoscere la prima linea del sistema sanitario. La formazione regionale, pur avendo garantito per decenni un percorso dedicato, non riesce a rispondere alle esigenze di un sistema che chiede competenze complesse, integrazione territoriale, capacità di ricerca e visione comunitaria. Senza un riconoscimento universitario, la Medicina Generale resta fuori dai luoghi in cui si formano i futuri medici e questo silenzio accademico si traduce in un'assenza culturale ed istituzionale. Per capire dove potremmo arrivare, basta guardare alla storia recente degli infermieri. Negli anni '90, con la legge 341/1990 e le successive riforme, la professione infermieristica è passata da scuole regionali a corsi universitari, fino a costruire una carriera accademica autonoma, con lauree magistrali, dottorati e percorsi di ricerca. Non fu un processo semplice, ma fu una scelta politica sostenuta da una categoria compatta, capace di comunicare un messaggio chiaro: "l'infermiere è un professionista della cura, pilastro del SSN". Oggi quella scelta si è tradotta in dignità professionale, riconoscimento accademico e piena visibilità pubblica. La Medicina Generale, invece, è rimasta ai margini. Le Regioni gestiscono la formazione post lauream in medicina generale, le borse di studio restano inferiori rispetto a quelle universitarie sia nel numero che nella retribuzione mensile, ed il titolo non è equiparabile ad una specializzazione, non perché considerato di serie B, ma perché lo studente non conosce né in teoria né in pratica la professione del medico di famiglia. Questa asimmetria indebolisce l'attrattività del percorso per i giovani, ma soprattutto perpetua una marginalità culturale che incide sull'intero sistema. La nostra disciplina è centrale nel SSN, ma invisibile nel mondo accademico: è una frattura che non riguarda solo i medici di famiglia, ma la stessa coerenza della formazione medica in Italia. Trasformare la Medicina Generale in una scuola di specializzazione universitaria non è un privilegio da conquistare, ma una necessità per il Paese. Significa garantire standard formativi nazionali, creare un ponte stabile tra università e territorio, valorizzare la ricerca nelle cure primarie e restituire dignità accademica a una professione che è il fondamento della sanità pubblica. Significa anche permettere agli studenti di conoscere, studiare e scegliere la Medicina Generale per ciò che realmente è, ovvero una disciplina clinica complessa, moderna, fondata sulla relazione e sulla continuità di cura. Il vero ostacolo non è tecnico, ma politico-sindacale. Siamo di fronte ad un triangolo di resistenze: Ministero della Salute, Regioni e Università, ciascuno geloso delle proprie competenze. A ciò si aggiunge la frammentazione della categoria: troppe sigle, troppi tavoli, troppi linguaggi diversi. Mentre gli infermieri si muovevano come un corpo unico, nel mondo della medicina generale c'è un arcipelago di isole: numerose divisioni anche quando si potrebbe condividere la stessa meta. Dunque, serve un cambio di passo: se vogliamo una Medicina Generale universitaria, dobbiamo prima costruire una Medicina Generale unitaria. Serve una voce sola, capace di parlare ai decisori politici e di raccontare un nuovo immaginario: quello del medico di famiglia come clinico esperto, docente di prossimità e protagonista dell'innovazione territoriale. Non si tratta solo di chiedere una scuola di specializzazione, ma di rivendicare il diritto di esistere nella formazione dei futuri medici. Finché la Medicina Generale resterà fuori dall'università, resterà fuori anche dal futuro della medicina italiana. Perché la vera emergenza non è la mancanza di risorse, ma la nostra invisibilità formativa. Un sapere che non si insegna, presto o tardi, smette di esistere.

ACN 2022-2024: verso la firma entro giugno 2026, ma il Lazio resta indietro



Segue... livello regionale le disposizioni dell'ACN, crea una situazione di disomogeneità tra ASL e una mancanza di coordinamento che penalizza i medici e i cittadini. La FIMMG Lazio ha più volte sollecitato la Regione ad aprire il tavolo negoziale, chiedendo che il tema venga inserito con priorità nel bilancio sanitario 2026. Una delegazione trattante è in fase di definizione, ma i tempi restano incerti. Gli ostacoli da superare non sono solo burocratici. Il rinnovo del contratto dovrà garantire un equilibrio tra innovazione organizzativa e tutela dell'autonomia professionale del medico di medicina generale. La FIMMG ha ribadito la necessità di un modello che valorizzi la collaborazione multiprofessionale senza snaturare il rapporto convenzionale, evitando derive verso forme di lavoro assimilabili alla dipendenza. Se la firma nazionale non arriverà entro metà 2026, si rischia di prolungare ulteriormente la vacatio contrattuale, con ricadute su arretrati, stipendi ed investimenti territoriali. Per il Lazio, il mancato AIR rappresenta già oggi un freno operativo e simbolico: senza un quadro regionale aggiornato, l'ACN rischia di restare una cornice priva di contenuto concreto. La finestra temporale è stretta, ma decisiva: FIMMG punta ad un accordo che rilanci la medicina generale come pilastro del SSN. La sfida ora è far sì che la trattativa nazionale e quelle regionali viaggino insieme, evitando che l'Italia a due velocità si rifletta anche nella sanità territoriale.

Antibiotici, il rischio del risparmio miope: quando il controllo della spesa può alimentare



Segue (...) amministrativo", ovvero tagli o restrizioni che limitano l'accesso a farmaci mirati o di seconda linea, si rischia di non trattare correttamente infezioni che richiedono una terapia specifica e tempestiva. Un paziente settico che riceve un antibiotico meno efficace o più tardivamente non solo ha più probabilità di morire, ma aumenta anche la diffusione di ceppi resistenti, alimentando proprio quel fenomeno che si voleva contenere con la conseguenza del paradosso: taglio a monte corrispondente a spesa più alta a valle. Studi economici mostrano che risparmi sul farmaco a breve termine possono essere annullati da costi maggiori di degenza e complicanze. L'errore di fondo è confondere uso appropriato con riduzione quantitativa. Il primo richiede diagnosi precise, consulenza infettivologica, test microbiologici rapidi, rivalutazione terapeutica a 48-72 ore; il secondo, se imposto per via economica, taglia costi immediati, ma moltiplica quelli futuri: giornate di degenza più lunghe, terapie di salvataggio più costose, mortalità più alta. Un problema di governance, non solo di prescrizione: in Italia esiste un Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR), ma la sua attuazione è disomogenea. Solo alcune Regioni hanno programmi di stewardship avanzati, con team infettivologi attivi negli ospedali. Quando mancano risorse e personale, è più facile che le politiche di contenimento si traducano in vincoli burocratici anziché in scelte cliniche guidate dall'evidenza. Eppure i dati parlano chiaro: gli ospedali che hanno adottato programmi strutturati di stewardship, con protocolli condivisi, audit clinici e formazione, hanno ridotto il consumo di antibiotici e la spesa senza aumentare la mortalità. La chiave, quindi, non è "usare meno", ma usare meglio. L'Italia è davanti ad un bivio: il Paese che per primo ha conosciuto i benefici degli antibiotici rischia oggi di pagare il prezzo di una gestione miope. Se il contenimento della spesa diventa un dogma e non una strategia, si corre verso un effetto boomerang sanitario: più resistenze, più costi, più morti evitabili. Investire nella stewardship, nella diagnostica rapida e nella formazione del personale non è un lusso, ma l'unica via per evitare che l'antibiotico, il simbolo della medicina moderna, perda definitivamente il suo potere salvavita. È importante fare una considerazione, ovvero che impedire l'antibiotico-resistenza non significa vietare gli antibiotici, ma usare il farmaco giusto, nel modo giusto, per il tempo giusto con lo scopo di proteggere la comunità da infezioni evitabili.

8° Rapporto GIMBE: il SSN perde forza, cresce la pressione sul Territorio

2025

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH8° Rapporto GIMBE sul
Servizio Sanitario NazionalePresentato a Roma, 8 ottobre 2025
Sala della Regina, Palazzo Montecitorio
Camera dei Deputati

#SalviamoSSN

L'8° Rapporto GIMBE sul SSN, presentato nel 2025, conferma e amplifica i segnali di crisi già evidenziati nel rapporto precedente. Nonostante un apparente aumento delle risorse, il SSN continua a perdere capacità reale: l'inflazione, i maggiori costi energetici e la persistente carenza di personale erodono quotidianamente l'efficacia del sistema. Per i mmg, in prima linea nella cura dei cittadini, le conseguenze sono evidenti e preoccupanti. I numeri parlano chiaro: quasi 5,8 milioni di persone hanno rinunciato a visite, esami o prestazioni sanitarie nel 2023, di cui circa 3,1 milioni per motivi economici. Le disuguaglianze territoriali rimangono marcate, con il Mezzogiorno e le aree interne che soffrono maggiormente per tempi di attesa più lunghi e minore accesso alle cure. Anche la motivazione del personale sanitario è in calo: la fuga verso il privato e la stanchezza da carico crescente diventano fenomeni strutturali, minacciando la continuità assistenziale e la qualità delle cure. Inoltre, il rapporto denuncia un "definanziamento mascherato": pur con incrementi nominali del Fondo Sanitario Nazionale, il potere reale delle risorse diminuisce, riducendo la capacità del sistema di rispondere ai bisogni crescenti. Rispetto al 7° Rapporto, presentato nell'ottobre 2024, la situazione appare più critica. Se allora circa 4,5 milioni di persone avevano rinunciato alle cure, oggi il numero sale a quasi 5,8 milioni; il divario di spesa pubblica pro-capite rispetto alla media dei paesi OCSE è calcolato in 727 euro, con un gap complessivo stimato di circa 42,9 miliardi di euro. Viene inoltre rafforzata l'analisi sulle patologie sistemiche del SSN e sulla necessità di riforme strutturali per ridurre le disuguaglianze e migliorare l'efficienza del sistema. Per i mmg, questi dati significano che i pazienti arrivano spesso con bisogni più complessi e che il carico assistenziale sul territorio cresce ogni giorno. Il ruolo del medico di famiglia diventa cruciale: non solo come erogatore di prestazioni, ma come fulcro della presa in carico integrata dei cittadini, capace di coordinare cure, prevenzione e follow-up. Partecipare attivamente ai tavoli decisionali locali e regionali diventa essenziale per orientare le risorse dove sono più necessarie e per contrastare il rischio di un sistema sempre più frammentato e privatizzato nei fatti. Il Rapporto GIMBE indica anche alcune priorità per il futuro: finanziare in modo dedicato il territorio, sviluppare reti integrate tra medicina generale, specialistica ambulatoriale e assistenza domiciliare, e rendere la professione del medico di famiglia attrattiva, sostenibile e valorizzata. Solo con un rafforzamento reale della medicina territoriale il SSN potrà continuare a garantire equità e accesso universale alle cure, evitando che le difficoltà attuali diventino un punto di non ritorno. [Leggi qui](#)



LO DICE LA FIMMG

EDITORE : FIMMG ROMA

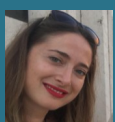
Mensile telematico della Fimmg Roma

Registrazione presso tribunale di Roma n. 233 /2004
del 27 /05/2004

SEGRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi

Redazione : Piazza G. Marconi 25 Roma

E mail : redazione@fimmgrroma.it