



LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 30 di Dicembre 2025

2025: la resa dei conti! Non siamo il problema: siamo la risposta!



L'anno 2025 è stato caratterizzato da un dibattito pubblico acceso sulle liste d'attesa, sull'accesso alle cure primarie, sulla spesa farmaceutica e sulla mancanza di medici, la medicina generale si è trovata spesso sotto i riflettori, non per essere valorizzata, ma per essere messa in discussione. Chiudiamo un anno difficile che ha messo sotto forte stress l'intera categoria professionale: siamo stanchi di sentire dire che i medici di famiglia "non si trovano", che "non fanno abbastanza", che "sono assenti sul territorio". La verità è che il territorio si sta svuotando perché non si investe in ciò che lo tiene vivo. I medici di medicina generale sono ogni giorno negli studi, negli ambulatori, nelle case e nei luoghi della fragilità, affrontando una domanda di salute crescente con risorse e strumenti insufficienti, se non inesistenti. La FIMMG non ci sta. Lo diciamo con forza: non siamo il collo di bottiglia del sistema, siamo la base che lo tiene in piedi. La carenza dei medici è il frutto di scelte politiche miopi e di una programmazione che per anni ha ignorato le dinamiche demografiche della professione. Oggi ne vediamo gli effetti: territori scoperti, giovani scoraggiati, anziani senza riferimenti. Mentre le Regioni cercano soluzioni-tampone, si pensa di "sostituire" il medico di famiglia con (...) [Continua a pag. 2](#)

L'EDITORIALE

"2025: un anno di transizione, tra identità professionale e futuro della Medicina Generale"
di Eleonora Grimaldi

Il 2025 è stato un anno denso, complesso, a tratti faticoso, ma anche profondamente rivelatore per la Medicina Generale. Un anno che ha messo in luce, con chiarezza ormai ineludibile, le tensioni irrisolte del SSN ed il ruolo cruciale, troppo spesso dato per scontato, dei medici di famiglia. Al centro del dibattito pubblico e professionale si sono imposti i temi della riforma dell'assistenza territoriale, del ruolo unico, delle nuove forme organizzative e del rapporto, ancora fragile, tra Medicina Generale, Regioni (...) [Continua all'ultima pag.](#)

Spesa farmaceutica: oltre il costo, verso indicatori di qualità ed outcome



Il tema della spesa farmaceutica continua ad essere cruciale nel lavoro dei medici di medicina generale, spesso però affrontato con un approccio riduttivo, focalizzato quasi esclusivamente sul contenimento dei costi. A partire da Corefa (Commissione Regionale del Farmaco) della Regione Lazio ed estendendo il ragionamento alle CAPI (Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva) delle ASL, appare sempre più evidente la necessità di una revisione profonda degli indicatori utilizzati per valutare le prescrizioni dei medici di famiglia. L'indicatore della spesa totale, così come oggi impiegato, non discrimina la qualità né l'appropriatezza prescrittiva. Un medico può avere una spesa apparentemente "virtuosa", ma basata su prescrizioni clinicamente discutibili, mentre un altro può sostenere una spesa più elevata perché assiste pazienti complessi, anziani, con pluripatologie croniche o residenti in contesti territoriali che richiedono maggiore intensità di cura. Età media degli assistiti, prevalenza delle patologie croniche, grado di complessità clinica e caratteristiche del (...) [Continua a pag 2](#)

audio  CENTRI ACUSTICI
experience

Apparecchi acustici per il
benessere uditivo.

06 86 87 30 20

www.audioexperience.it

2025: la resa dei conti! Non siamo il problema: siamo la risposta!



Segue (...) piattaforme, protocolli, numeri verdi o addirittura altri professionisti non medici, mentre noi continuiamo a prenderci cura delle persone. Serve una riforma vera, serve un contratto regionale serio, serve formazione, attrattività, semplificazione, ma soprattutto serve rispetto. Lo diciamo da tempo, lo ribadiamo oggi: la medicina generale non si riforma senza ascoltarci, e non si salva la sanità pubblica ignorando chi ogni giorno la fa vivere. Chiediamo ascolto e scelte coraggiose!

Spesa farmaceutica: oltre il costo, verso indicatori di qualità ed outcome



Segue (...) territorio (urbano o rurale) sono variabili che incidono in modo significativo sulla spesa e che non possono essere ignorate. Il rischio di un sistema che incentiva unicamente la riduzione della spesa è duplice: da un lato penalizza chi lavora correttamente in contesti più complessi, dall'altro può demotivare l'utilizzo appropriato dei farmaci innovativi quando clinicamente indicati. Il caso di farmaci come tirzepatide (Mounjaro), di fatto completamente bloccate, è emblematico: l'attenzione esclusiva al costo rischia di tradursi in una barriera all'innovazione terapeutica, con un impatto diretto sulla qualità dell'assistenza e sugli outcome dei pazienti. Serve quindi un cambio di paradigma: spostare il baricentro dalla sola spesa alla qualità e agli esiti di salute. Non si tratta di negare l'importanza della sostenibilità economica, ma di inserirla in una visione più ampia ed equilibrata, che affianchi agli indicatori quantitativi (spesa, numero di ricette) indicatori qualitativi e di outcome, come l'appropriatezza prescrittiva, l'aderenza alle linee guida ed i risultati clinici ottenuti. Tra le possibili soluzioni, emerge con forza il concetto di spesa aggiustata per casemix, ovvero una valutazione che corregga i costi in base a fattori strutturali e clinici della popolazione assistita: età media, percentuale di pazienti cronici, fragilità e complessità assistenziale. In alternativa, o in aggiunta, potrebbe essere utilizzato un indice di variabilità rispetto alla media regionale, confrontando la performance del singolo medico o del gruppo con un benchmark locale e individuando eventuali outlier, senza ricorrere a generalizzazioni punitive. Fondamentale è anche superare una logica basata esclusivamente su indicatori "negativi" (spesa alta) per introdurre e valorizzare indicatori "positivi", capaci di riconoscere e premiare le buone pratiche cliniche. Un sistema moderno di governance della spesa farmaceutica dovrebbe essere orientato non solo al controllo, ma anche al raggiungimento di obiettivi condivisi e a meccanismi di premialità per i medici più performanti, in termini di appropriatezza e risultati di salute. In questo contesto, non può passare inosservata una contraddizione evidente: mentre ai medici di famiglia vengono richiesti sacrifici continui e restrizioni sempre più stringenti, la Regione Lazio ha accumulato, di fatto, un consistente "salvadanaio" alimentato dai risparmi ottenuti attraverso una pressione crescente sui MMG. Una politica che "scanna" i professionisti rischia però di essere miope: senza motivazione, senza riconoscimento del valore clinico e senza investimenti sulla qualità, il risparmio di oggi può trasformarsi nel costo sanitario di domani. Ripensare gli indicatori di spesa farmaceutica non è quindi solo una questione tecnica, ma una scelta politica e culturale: significa decidere se valutare la medicina generale come un semplice centro di costo o come il fulcro di un sistema sanitario orientato alla qualità, all'appropriatezza e alla salute reale delle persone.

LA SALUTE DI FAMIGLIA



I nostri REEL

Cara Redazione...



Inviatemi i vostri contributi a redazione@fimmgroma.it , le lettere selezionate verranno pubblicate sulla newsletter.

Cara Redazione,



Il 4 settembre scorso il Consiglio dei ministri ha approvato il disegno di legge di delega al Governo in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Primarie finalità sono quelle di ridurre i costi della medicina difensiva, che ammontano a circa 11 miliardi di euro l' anno, e di garantire la sicurezza degli operatori sanitari, circoscrivendone la responsabilità nell' esercizio della loro attività lavorativa.

Il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 dicembre 2026, uno o più decreti legislativi, ovvero atti aventi valore di legge ordinaria in base ad una delega conferita dal Parlamento con legge (legge di delega).

Il disegno di legge sostituisce il testo dell' art. 590 sexies del codice penale (Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario), ove si esclude la punibilità SOLO per imperizia, mentre rimane la responsabilità per negligenza o imprudenza, con un nuovo dettato dell' art. 590 sexies, intitolato "LIMITI DELLA RESPONSABILITA' NELL' ATTIVITA' SANITARIA". In esso si circoscrive la punibilità per omicidio colposo e lesioni personali colpose nell' esercizio dell' attività sanitaria ai soli casi di colpa grave, purché l' operatore abbia osservato le linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge oppure abbia seguito le buone pratiche clinico assistenziali, sempre che tali raccomandazioni o buone pratiche risultino appropriate alle specificità del caso concreto.

Inoltre il disegno di legge introduce un nuovo articolo nel codice penale, ovvero l' art. 590 septies dal titolo "COLPA NELL' ATTIVITA' SANITARIA".

Con esso il Giudice, ai fini dell' accertamento della colpa o del suo grado, deve considerare una serie di parametri quali la scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, eventuali carenze organizzative, scarsità e carenze non evitabili da parte dell' esercente l' attività sanitaria, ovvero la complessità della patologia del paziente nonché la presenza di situazioni di urgenza o emergenza.

Trattasi della mera estensione, nel campo penale, della limitazione di responsabilità prevista dall' art. 2236 del codice civile (Responsabilità del prestatore d' opera), il quale prevede che il prestatore d' opera risponda dei danni soltanto nei casi di dolo o colpa grave quando la prestazione comporta la soluzione di problemi tecnici particolarmente difficili.

AVV .Olindo Cazzolla , penalista

Celiachia: le nuove linee guida 2025 cambiano il paradigma diagnostico. Cosa deve sapere il Medico di famiglia



Le nuove Linee guida 2025 della European Society for the Study of Coeliac Disease (ESsCD) segnano un passaggio cruciale nella diagnosi della celiachia dell'adulto, introducendo un approccio più semplificato, meno invasivo e maggiormente centrato sul paziente. Per la prima volta anche nell'adulto viene infatti riconosciuta, seppur in modo condizionato e selettivo, la possibilità di una diagnosi senza biopsia, rafforzando al contempo il ruolo della sierologia e il contributo strategico del Medico di Medicina Generale nel sospetto e nell'identificazione precoce della malattia. Il documento ribadisce che il test sierologico di primo livello per la celiachia è rappresentato esclusivamente dal dosaggio delle IgA anti-transglutaminasi di tipo 2 (anti-TG2), eseguito con metodiche ad alte prestazioni e sempre associato alla determinazione delle IgA totali, per escludere un deficit selettivo. I test storici di malassorbimento vengono definitivamente archiviati, mentre l'uso routinario degli anticorpi anti-endomisio non è più raccomandato, restando riservato solo ai casi diagnostici dubbi. In presenza di deficit di IgA, le linee guida confermano l'utilizzo di test IgG-based, in particolare anti-TG2 IgG o anti-DGP IgG. La vera novità è rappresentata dall'introduzione, anche nell'adulto, della possibilità di una diagnosi "no-biopsy". Questa opzione è prevista nei pazienti selezionati con elevata probabilità pre-test, in presenza di valori di IgA anti-TG2 pari o superiori a dieci volte il limite superiore della norma, confermati su un secondo prelievo, e con assenza di glutine mantenuta. Si tratta di una raccomandazione condizionata, basata su evidenze prospettiche recenti, che non sostituisce il gold standard istologico ma apre a un percorso diagnostico condiviso e meno invasivo, soprattutto nei soggetti più giovani e con quadri clinici coerenti. Quando indicata, la biopsia duodenale resta centrale, ma con criteri più rigorosi: sono richiesti almeno quattro campioni dal duodeno distale (...) **Segue...**

Segue (...) e due dal bulbo, anche in assenza di alterazioni macroscopiche endoscopiche. La classificazione istologica di riferimento rimane la Marsh modificata. Le linee guida sottolineano inoltre che una mucosa apparentemente normale all'endoscopia non esclude la malattia, rendendo la biopsia fondamentale nei casi di sospetto clinico persistente. Un altro aspetto chiave dell'aggiornamento è il rafforzamento del concetto di celiachia come malattia sistemica immunomediata, caratterizzata non solo da sintomi gastrointestinali ma anche da numerose manifestazioni extra-intestinali. Anemia sideropenica, osteoporosi precoce, neuropatie periferiche, disturbi riproduttivi e astenia cronica sono segnali che il Medico di famiglia deve riconoscere come possibili campanelli d'allarme. Le linee guida dedicano ampio spazio anche alla gestione delle forme complesse, come la celiachia potenziale, la celiachia sieronegativa con atrofia dei villi e le forme refrattarie, per le quali è necessario un percorso diagnostico specialistico avanzato. Particolarmente rilevante per la medicina generale è l'esplicito riconoscimento del ruolo del MMG nello screening mirato e nell'identificazione precoce dei pazienti a rischio. In questo contesto si inseriscono anche le esperienze nazionali di screening in età pediatrica, come il progetto D1Ce Screen, che hanno mostrato una prevalenza di celiachia superiore a quella attesa, rafforzando l'idea di una significativa quota di malattia non diagnosticata nella popolazione generale. Nel complesso, le Linee guida ESsCD 2025 delineano un modello diagnostico più moderno, pragmatico e sostenibile, fondato su una sierologia affidabile, su biopsie mirate e su un processo decisionale condiviso con il paziente. Per il Medico di Medicina Generale si tratta di un'evoluzione rilevante, che valorizza il primo livello di cura e rafforza la capacità del territorio di intercettare precocemente una patologia ancora oggi ampiamente sotto-diagnosticata.



Turismo e Sanità: come i visitatori possono accedere alle cure nel SSN italiano



L'Italia continua a rappresentare una delle principali mete turistiche a livello mondiale e, con l'aumento costante dei flussi internazionali, cresce anche il numero di cittadini stranieri che durante il soggiorno necessitano di assistenza sanitaria. Per i medici di medicina generale questo fenomeno non è marginale: sempre più frequentemente i MMG si trovano a gestire richieste di cura da parte di turisti, spesso disorientati rispetto alle regole di accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Conoscere il quadro normativo è quindi essenziale non solo per una corretta presa in carico clinica, ma anche per un'adeguata informazione al paziente. I cittadini provenienti da Paesi dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo e dalla Svizzera hanno diritto ad accedere alle cure sanitarie durante un soggiorno temporaneo in Italia attraverso la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM o EHIC). Questo strumento consente l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie che risultino medicalmente necessarie e non differibili durante la permanenza nel nostro Paese, alle stesse condizioni previste per i cittadini italiani, inclusa l'eventuale compartecipazione alla spesa tramite ticket. Il principio alla base di questo meccanismo è quello della reciprocità tra i sistemi sanitari dei Paesi aderenti, che consente al SSN di erogare le prestazioni e di rivalersi successivamente sullo Stato di provenienza del cittadino assistito. È importante sottolineare che la TEAM non copre le cure programmate né sostituisce un'assicurazione di viaggio, non includendo, ad esempio, il rimpatrio sanitario o l'accesso al circuito privato. Diversa è la situazione dei turisti provenienti da Paesi extra-UE. In assenza di accordi specifici, a questi cittadini è comunque garantito l'accesso alle cure urgenti e indifferibili, in particolare attraverso il pronto soccorso, ma le prestazioni vengono erogate a pagamento secondo le tariffe regionali vigenti. Alcuni Paesi extra-UE hanno stipulato accordi bilaterali con l'Italia che prevedono forme di assistenza sanitaria in regime di reciprocità, seppur con limiti variabili a seconda dello Stato di origine; in questi casi è necessario che il turista presenti la documentazione sanitaria rilasciata dal proprio Paese. Per le cure non urgenti o programmate, invece, resta centrale il ruolo dell'assicurazione sanitaria privata, che costituisce peraltro un requisito frequentemente richiesto per il rilascio del visto di ingresso nell'area Schengen. Dal punto di vista operativo, per i medici di medicina generale è fondamentale distinguere tra prestazioni urgenti, che devono sempre essere garantite, e prestazioni differibili o programmate, che possono richiedere il pagamento diretto o il ricorso a percorsi assicurativi privati. La verifica della documentazione sanitaria, TEAM per i cittadini europei, assicurazione privata o moduli bilaterali per gli extra-UE, rappresenta un passaggio chiave, così come l'informazione al paziente sui limiti di copertura e sulle eventuali quote di compartecipazione alla spesa. In un sistema sanitario universalistico come quello italiano, il SSN non si configura come un'assicurazione di viaggio, ma come una rete di tutela della salute che garantisce a tutti, cittadini e visitatori, l'accesso alle cure urgenti e necessarie, nel rispetto delle regole di sostenibilità e appropriatezza. Per i MMG, padroneggiare questi aspetti significa non solo evitare fraintendimenti amministrativi, ma anche rafforzare il ruolo della medicina generale come primo punto di riferimento per la salute, capace di coniugare accoglienza, equità e responsabilità professionale in un contesto sempre più globale.

Salute prima della nascita: la forza della teoria DOHaD nel ruolo del medico di famiglia

PRIMI MILLE GIORNI



La visione classica della prevenzione: intervenire in età adulta quando compaiono fattori di rischio clinici, è ormai superata. Una delle più convincenti evidenze in ambito sanitario contemporaneo è rappresentata dalla teoria Developmental Origins of Health and Disease (DOHaD): secondo questo paradigma, i primi 1.000 giorni di vita, dal concepimento ai due anni, sono una “finestra critica” in cui ambiente materno, nutrizione, stress, esposizioni ambientali plasmano a lungo termine la salute del nascituro. L’origine del concetto risale agli studi del gruppo di David Barker, che già negli anni ’80 e ’90 ipotizzava una “fetal programming”: bambini nati con basso peso avevano maggiore rischio di malattie cardiovascolari e metaboliche in età adulta. Questa ipotesi si è evoluta nel paradigma DOHaD, estendendo l’attenzione non solo alla nutrizione, ma a tutti gli stimoli ambientali ed epigenetici tipici delle fasi precoci dello sviluppo. Un’importante review del 2015: “Developmental Origins of Health and Disease: Integrating Environmental Influences”, sottolinea che dati robusti (da studi umani e animali) supportano il paradigma DOHaD: non solo la nutrizione, ma anche “sostanze ambientali chimiche, stress, tossine, esposizioni ambientali” durante la gravidanza o la primissima infanzia possono aumentare il rischio di malattie non comunicabili (come obesità, diabete, ipertensione, disturbi metabolici e cardiovascolari) in età adulta. Il meccanismo biologico di fondo è oggi ben compreso: durante la vita fetale e nei primi mesi di vita l’organismo è in una fase di straordinaria plasticità. Fattori ambientali, nutrizionali, metabolici o tossici possono indurre modificazioni epigenetiche: metilazione del DNA, modificazioni degli istoni, microRNA che alterano l’espressione genica senza mutare il DNA. Questi cambiamenti «programmano» sistemi metabolici, endocrini, neurologici, cardiovascolari, immunitari. Un ragguardevole esempio viene dallo studio Developmental pathways to adiposity begin before birth and are influenced by genotype, prenatal environment and epigenome (2017), che mostra come le traiettorie verso l’aumento di massa grassa e obesità partano già prima della nascita, influenzate da interazione di genetica, ambiente prenatale ed epigenoma. Ma le implicazioni non riguardano solo il metabolismo. Una review recente: “Oxidative Stress and Fetal Programming” evidenzia come stress ossidativo, carenza nutrizionale o altre aggressioni durante la gestazione possano influenzare la programmazione fetale, con effetti a lungo termine su rischio cardiovascolare e funzione degli organi. Parallelamente, gli studi su esposizioni ambientali complesse (inquinanti, interferenti endocrini, stress sociale) ampliano il paradigma: secondo la review Evolution of DOHaD: the impact of environmental health sciences (2014), è emerso con forza che le “early-life exposures” non si riducono alla nutrizione, ma comprendono un ampio spettro di fattori (chimici, tossici, sociali), tutti in grado di condizionare il rischio di malattie croniche e anche di trasmettere effetti sulle generazioni successive. Questa ampiezza rende il paradigma DOHaD uno strumento potente per la medicina preventiva e un appello alla responsabilità collettiva: la salute del futuro non si costruisce solo con controlli e terapie, ma con cura dell’ambiente prenatale e infantile. Per i medici di famiglia, la DOHaD rappresenta un’opportunità e un impegno: educazione preconcezionale, attenzione alla nutrizione materna, supporto psicologico, riduzione di esposizioni ambientali, promozione dell’allattamento e un follow-up attento nei primi anni di vita, sono tutte leve concrete per modificare il decorso di salute di un individuo. Alla luce delle evidenze, la prevenzione primaria non può più ignorare i primissimi giorni di vita perché è lì che si gioca gran parte della partita della salute di domani ed il medico di famiglia può essere il protagonista di questa strategia preventiva in un quadro clinico più completo nel contesto della medicina della persona.



Manuale per l'uso del
Medico di Medicina Generale

SCARICALO ON LINE

SCARICA IL MANUALE E TUTTE LE INFORMAZIONI UTILI
SU :

<https://fimmgroma.it/manualemedico>

L'EDITORIALE "2025: un anno di transizione, tra identità professionale e futuro della Medicina Generale" di Eleonora Grimaldi

Segue (...) ed Università. Le discussioni sull'ACN, sui limiti di assistiti, sugli incarichi e sulle incompatibilità hanno evidenziato una criticità strutturale: l'assenza di una visione condivisa e di lungo periodo sulla figura del MMG. Il 2025 ha segnato anche un passaggio chiave sul fronte della formazione: le tensioni legate alla specializzazione in Medicina Generale, al ruolo dei tutor, alla docenza e all'integrazione con il mondo accademico hanno mostrato quanto sia urgente investire seriamente nella qualità formativa, senza mortificare l'esperienza dei professionisti sul campo né alimentare una competizione sterile tra modelli. Grande attenzione è stata dedicata ai cambiamenti demografici ed epidemiologici: invecchiamento della popolazione, cronicità, multimorbilità, fragilità sociali e disuguaglianze di accesso alle cure. In questo contesto, la Medicina di Famiglia si è confermata presidio fondamentale di prossimità, chiamata ad un lavoro sempre più complesso di coordinamento, ascolto e presa in carico globale della persona. Non meno rilevante è stato il focus su salute mentale, burn-out professionale e condizioni di lavoro dei medici. Il disagio crescente, soprattutto tra i più giovani, ha aperto una riflessione necessaria su carichi assistenziali, riconoscimento professionale e sostenibilità del ruolo nel tempo. Nel corso dell'anno abbiamo affrontato anche temi di medicina di genere, prevenzione, innovazione digitale ed intelligenza artificiale, con la consapevolezza che il progresso tecnologico può essere un alleato solo se integrato in una relazione di cura autentica ed umana. Il 2025 ci consegna dunque una certezza: la Medicina di Famiglia non è un residuo del passato, ma una chiave per il futuro del SSN. A patto che venga ascoltata, valorizzata e coinvolta nelle scelte strategiche. Chiudiamo quest'anno con più domande che risposte, ma anche con una consapevolezza più matura: senza i medici di famiglia non esiste sanità territoriale e senza una sanità territoriale forte non esiste un SSN equo e sostenibile. Il 2026 ci attende con nuove sfide: affrontiamole insieme, con spirito critico, competenza e la responsabilità che da sempre contraddistingue la nostra professione.

| | | |
|--|--|--|
|  www.fimmglaziotv.org |  | www.miosostituto.it Il Mio Sostituto RICERCA SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE |
|--|--|--|

LO DICE LA FIMMG

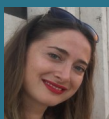
EDITORE : FIMMG ROMA
Mensile telematico della Fimmg Roma
Registrazione presso tribunale di Roma n. 233 /2004
del 27 /05/2004



SEGRETARIO PROVINCIALE : Pier Luigi Bartoletti



DIRETTORE RESPONSABILE : Giampiero Pirro



CAPOREDATTRICE : Eleonora Grimaldi

Redazione : Piazza G. Marconi 25 Roma
E mail : redazione@fimmgroma.it