



LO DICE LA FIMMG

La salute di famiglia

Mensile on line della Fimmg Roma

Numero 31 di Gennaio 2026

Un nuovo capitolo per la medicina generale: le principali novità dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2022-2024



Negli ultimi mesi, il contratto nazionale che regola i rapporti dei medici di medicina generale con il Servizio Sanitario Nazionale ha subito una svolta attesa da tempo. Dopo anni di trattative, l'ACN 2022-2024 introduce importanti cambiamenti economici, organizzativi e professionali che incidono direttamente sul lavoro quotidiano dei medici di famiglia e sulla struttura stessa dell'assistenza territoriale. Tra le novità più significative vi è il rilancio del concetto di "ruolo unico" per l'assistenza primaria, che mira a rafforzare la stabilità e la continuità del rapporto convenzionale. Il medico di famiglia viene riconosciuto come figura di riferimento territoriale a tempo pieno, con incarichi che combinano attività capitolina, oraria e distrettuale. Questo modello punta a integrare maggiormente la medicina generale nella rete dei servizi territoriali con le AFT e nelle Case di Comunità, in linea con quanto previsto dal DM 77/2022 e dal PNRR. Per i nuovi incarichi sono previste modalità più definite di organizzazione del lavoro, mentre ai medici già convenzionati vengono garantiti i diritti acquisiti. Si tratta di un passaggio culturale importante: la medicina generale viene inserita in un sistema più strutturato e orientato alla collaborazione tra professionisti. Dal punto di vista economico, l'accordo (...) [Continua a pag. 2](#)

L'EDITORIALE

"Un SSN in bilico: cosa significa per chi è in prima linea?"
di Eleonora Grimaldi

Negli ultimi anni non si è fatto che parlare di crisi del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN): liste d'attesa sempre più lunghe, crescente ricorso alla sanità privata e difficoltà nel garantire uniformità di accesso alle cure sul territorio. Un'analisi che riesce a cogliere questa crisi nella sua profondità sistemica è condotta da Francesco Taroni nei suoi libri: è calzante la metafora del SSN paragonabile al calabrone, che continua a volare nonostante tutto sembri suggerire il contrario: riforme incomplete, assetti istituzionali complessi, tensioni tra Stato (...) [Continua all'ultima pag.](#)

Vaccino anti-VRS: cosa ci dicono le nuove evidenze e perché sono cruciali anche per l'Italia



Il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) non è solo un patogeno pediatrico, ma è ormai riconosciuto come una delle principali cause di ospedalizzazione negli anziani e nei pazienti fragili, con un impatto paragonabile a quello dell'influenza e capace di innescare riacutizzazioni importanti di patologie croniche. L'arrivo del vaccino VRS pre-F rappresenta quindi un cambiamento significativo nella prevenzione respiratoria dell'adulto, e le nuove evidenze prodotte nel Regno Unito forniscono indicazioni fondamentali anche per il contesto italiano. Uno studio multicentrico pubblicato su The Lancet Infectious Diseases nell'ottobre 2025 ha valutato l'efficacia del vaccino bivalente pre-F (Abrysvo) negli adulti tra 75 e 79 anni, analizzando un'intera stagione invernale all'interno del sistema di sorveglianza HARISS, che coinvolge 14 ospedali inglesi. I risultati sono impressionanti: l'efficacia nel prevenire i ricoveri per infezione respiratoria acuta da VRS raggiunge l'82,3%, sale all'86,7% nei casi più severi che richiedono ossigenoterapia, arriva all'88,6% per le polmoniti e le (...) [Continua alla penultima pag.](#)

audio  CENTRI ACUSTICI
experience

Apparecchi acustici per il
benessere uditivo.

06 86 87 30 20

www.audioexperience.it

Un nuovo capitolo per la medicina generale: le principali novità dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) 2022-2024



Segue (...) prevede un incremento complessivo di circa 300 milioni di euro l'anno, con un aumento medio di circa il 6% rispetto al precedente contratto. Le risorse sono ripartite in parte sulla quota fissa (capitaria e oraria) e in parte su un fondo legato al raggiungimento di obiettivi nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). È inoltre previsto il recupero degli arretrati per il periodo 2022-2024, che dovranno essere corrisposti entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del contratto. Pur rappresentando un passo avanti sul piano economico, resta la necessità di verificare quanto questi aumenti riescano a compensare i costi crescenti della professione e le nuove attività richieste, come la presa in carico dei pazienti cronici, la telemedicina e l'assistenza domiciliare. Un altro elemento qualificante riguarda le tutele professionali e personali: l'ACN introduce misure dedicate alla conciliazione tra vita lavorativa e familiare, con particolare attenzione alla genitorialità, alla gravidanza e alla malattia. La crescente femminilizzazione della professione viene finalmente riconosciuta come un dato strutturale che richiede politiche di sostegno e flessibilità. Sul piano pratico, il nuovo accordo potrà tradursi in scenari differenti a seconda della regione e dell'età professionale del medico. I giovani che entrano nel sistema troveranno un modello definito, con vincoli orari e parametri chiari di attività territoriale. I medici già in servizio dovranno confrontarsi con una graduale evoluzione del proprio ruolo, che potrà includere nuove forme di collaborazione e responsabilità all'interno delle reti assistenziali. Rimangono tuttavia alcune criticità aperte: l'attuazione concreta dell'accordo dipende dalle singole regioni, che dovranno adottare atti applicativi e modelli organizzativi coerenti. C'è il rischio di disomogeneità sul territorio nazionale, con differenze significative nell'accesso alle risorse e nelle modalità operative. Anche la quota economica legata agli obiettivi potrebbe creare incertezza, soprattutto se i criteri di valutazione non saranno omogenei o realistici. A ciò si aggiunge la questione dell'attrattività della professione: la medicina generale continua a scontare difficoltà nel reclutamento dei giovani medici e le nuove norme dovranno essere accompagnate da interventi concreti per rendere il percorso più sostenibile e stimolante. In conclusione, l'ACN 2022-2024 rappresenta un passaggio importante verso una medicina generale più moderna, integrata e riconosciuta nel suo ruolo strategico all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Tuttavia, la vera sfida sarà quella dell'attuazione. La qualità della sanità territoriale dipenderà dalla capacità di rendere effettive le innovazioni contrattuali, di distribuire equamente le risorse e di valorizzare la professionalità dei medici di famiglia. Sarà necessario un impegno collettivo da parte delle istituzioni, dei sindacati e dei singoli professionisti per trasformare le parole dell'accordo in un reale miglioramento del lavoro e della cura dei cittadini.

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,

Scrivo come giovane medico in formazione specifica in Medicina Generale, con il rispetto dovuto alle istituzioni, ma anche con la franchezza di chi vive quotidianamente il rapporto diretto con i pazienti e con le loro difficoltà di accesso alle cure.

La recente delibera regionale che riduce drasticamente la validità delle ricette in base alla classe di priorità viene presentata come uno strumento per garantire il rispetto dei tempi di attesa. In realtà, nella pratica clinica, rischia di produrre l'effetto opposto: non accorcia i tempi, ma li rende invisibili.

Quando una prestazione non è disponibile entro i termini previsti, far scadere la ricetta non crea nuovi posti né aumenta l'offerta sanitaria. Costringe semplicemente il paziente a tornare dal medico per una nuova prescrizione, riavviando artificialmente il conteggio dei giorni. Così la prestazione risulterà "nei tempi" nei report, anche se il cittadino ha atteso mesi.

Come medico in formazione, mi preoccupa il messaggio culturale che passa: si interviene sugli strumenti di misurazione, invece che sulle cause strutturali del problema. Si trasferisce il peso dell'inefficienza organizzativa sul medico, trasformato in un passaggio burocratico obbligato, e sul paziente, che vede moltiplicarsi accessi e frustrazione per la lunga attesa.

La Medicina Generale dovrebbe essere valorizzata come presidio clinico e relazionale, non utilizzata come ammortizzatore amministrativo per correggere statistiche. Migliorare le liste d'attesa significa investire in organizzazione, personale, agende disponibili e presa in carico reale, non accorciare la validità di una ricetta medica!

Segnalo queste criticità con spirito costruttivo e con la speranza che il confronto resti aperto, soprattutto coinvolgendo chi la sanità pubblica la vive ogni giorno sul campo, anche nelle sue fasi formative.

Con stima,
un medico in formazione specifica in Medicina Generale



www.fimmglaziotv.org



www.miosostituto.it

Il Mio Sostituto
RICERCA SOSTITUZIONI DI MEDICINA GENERALE

Patient Summary e Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nel Lazio: tra obblighi e disfunzioni



Il Patient Summary è uno strumento che a livello nazionale dovrebbe essere già a disposizione di tutti i cittadini attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0). Una rete informatica che raccoglie le informazioni cliniche più importanti del paziente (allergie, terapie in corso, diagnosi rilevanti), utile in caso di emergenze o cure anche fuori regione. Ad oggi nel Lazio il FSE non è ancora realmente funzionante e questo genera non pochi problemi. Diverse sono le criticità per i medici di famiglia come l'obbligo senza strumenti, ovvero la normativa nazionale assegna a MMG e pediatri di libera scelta (PLS) il compito di compilare e aggiornare il Patient Summary. Ma come farlo se il portale regionale non consente un flusso stabile, automatico e realmente utilizzabile? Si aggiungono responsabilità legali dal momento che il rischio è che i medici vengano caricati di un dovere che, senza un'infrastruttura informatica affidabile, diventa impossibile da svolgere in maniera corretta. Sono da considerare le disparità territoriali: mentre in alcune regioni il FSE funziona e consente già la produzione automatica di documenti, nel Lazio è assente. In questa fase di transizione e difficoltà, il ruolo del sindacato è fondamentale per difendere i medici e garantire ai cittadini un servizio reale ed utile. È necessaria uniformità nazionale: denunciare la disomogeneità tra Regioni, che crea cittadini di "serie A" e "serie B" nell'accesso al FSE e mette i medici del Lazio in una posizione difficile; in ultimo, ma non meno importante è il riconoscimento del lavoro: chiedere compensi ed incentivi specifici per l'attività di compilazione e aggiornamento, quando sarà realmente possibile svolgerla con un adeguato sostegno economico e strumenti informatici all'altezza. Il Patient Summary è potenzialmente uno strumento utile, ma senza un FSE funzionante resta una bella idea sulla carta. Nel Lazio i medici di famiglia si trovano schiacciati tra obblighi normativi ed assenza di strumenti pratici per cui è importante battersi affinché (...) **Segue...**

Segue (...) a Regione attivi al più presto il FSE e, nel frattempo, tutelare i mmg da responsabilità improprie. Solo così il Patient Summary potrà diventare davvero ciò che deve essere: un alleato per la salute dei pazienti e non un ulteriore peso burocratico per i medici.

Dr. Knock: satira, sovratrattamento e fiducia nel paziente. Quando la medicina diventa spettacolo



Il cinema, anche quando si propone come intrattenimento leggero, può offrire strumenti di riflessione insospettabili sulla pratica medica. È il caso di Dr. Knock (2017), remake della celebre commedia francese di Jules Romains, in cui un medico arriva in un piccolo villaggio apparentemente sano e trasforma ogni minima sensazione di malessere in motivo di consulto e terapia. La storia, seppur comica, solleva questioni profonde: fino a che punto la medicina può spingersi nella "creazione" di malattie? Quando l'informazione diventa strumento di persuasione anziché di cura? E quali sono le conseguenze di una sovramedicalizzazione? Nel film, Knock convince gli abitanti che la loro salute apparente è in realtà un rischio inespresso, inducendoli a sottoporsi a visite e terapie continue. La vicenda è esagerata, ma ci ricorda una realtà ben presente nella medicina moderna: la pressione sociale e culturale verso diagnosi immediate, esami multipli e trattamenti preventivi talvolta non necessari può generare ansia, sovratrattamento e, paradossalmente, peggiorare la qualità della vita. La responsabilità di intervenire, spesso amplificata dalla paura di errori o di azioni legali, può portare il medico ad adottare un atteggiamento difensivo, prescrivendo test o trattamenti "per sicurezza". Allo stesso tempo, aspettative dei pazienti, carichi di lavoro, pressione dei risultati e difficoltà a trovare equilibrio tra diagnosi tempestiva e sovratrattamento rendono la pratica quotidiana complicata. Per i medici di famiglia, il messaggio è chiaro. La nostra professione non consiste nel riempire referti o aumentare numeri di prestazioni, ma nel costruire un rapporto di fiducia con il paziente, ascoltare i sintomi, valutare il contesto e decidere interventi realmente necessari. La medicina non è un prodotto da vendere: è un servizio che si fonda su rigore scientifico, etica professionale e attenzione alle persone. La medicina di famiglia, in questo senso, è un terreno di equilibrio.

Tumori ereditari di seno ed ovaio: disuguaglianze nei test genetici e sfida per i LEA



I tumori ereditari di seno ed ovaio rappresentano oggi una delle aree in cui la medicina di precisione ha dimostrato con maggiore evidenza il proprio valore clinico, preventivo e terapeutico. In Italia si stima che circa il 10% dei carcinomi mammari ed ovarici sia legato ad una predisposizione genetica, in particolare alle mutazioni dei geni BRCA1 e BRCA2, con migliaia di nuovi casi ogni anno. L'identificazione di queste mutazioni non ha solo un significato prognostico, ma consente di intervenire precocemente sui familiari sani, orientare le scelte terapeutiche e ridurre l'impatto complessivo della malattia sul sistema sanitario. Nonostante queste evidenze, l'accesso ai test genetici resta ancora profondamente diseguale sul territorio nazionale. La possibilità di eseguire test BRCA o valutazioni più complesse come l'HRD per altri oncogeni dipende spesso dalla Regione di residenza, dai percorsi locali e dalla disponibilità dei centri di riferimento, generando una sanità a più velocità che penalizza pazienti e famiglie. In molte aree del Paese i tempi di attesa sono lunghi o l'accesso è limitato a criteri restrittivi, mentre in altre realtà i test sono inseriti in percorsi strutturati di presa in carico multidisciplinare. Questa frammentazione si traduce in ritardi diagnostici, minori opportunità di prevenzione e, in alcuni casi, in trattamenti meno appropriati. Il nodo centrale resta quello dei Livelli Essenziali di Assistenza. L'assenza di un chiaro e uniforme inserimento dei test genetici oncologici nei LEA rende l'accesso incerto e disomogeneo, nonostante il loro riconosciuto valore clinico. Società scientifiche, oncologi e genetisti concordano sul fatto che includere in modo strutturale questi test significherebbe garantire equità di accesso, appropriatezza prescrittiva e una gestione più razionale delle risorse, evitando costi futuri legati a diagnosi tardive e percorsi terapeutici meno efficaci. In un sistema sanitario che si dichiara universalistico, la medicina di precisione non può restare un'opportunità riservata a pochi. Va inoltre ricordato che la predisposizione genetica al tumore della mammella e dell'ovaio non si esaurisce nelle mutazioni BRCA. Altri geni, come PALB2, TP53, PTEN o STK11, possono aumentare significativamente il rischio oncologico e richiedono valutazioni genetiche più articolate, basate sulla storia personale e familiare del paziente. Questo rende ancora più evidente la necessità di percorsi di consulenza genetica accessibili e ben integrati nella pratica clinica. In questo scenario il medico di famiglia ha un ruolo cruciale: la R accolta accurata dell'anamnesi familiare, l'attenzione a tumori insorti in età giovane o a casi multipli nella stessa famiglia e la capacità di intercettare situazioni di rischio rappresentano il primo anello di una catena preventiva che può fare la differenza. Rafforzare il collegamento tra medicina generale, genetica medica e oncologia significa trasformare la conoscenza scientifica in reale tutela della salute. Il tema dei test genetici nei tumori ereditari di seno e ovaio non è solo una questione tecnica o specialistica, ma un banco di prova per il SSN. Rendere omogeneo l'accesso a strumenti ormai indispensabili significa scegliere se la medicina di precisione debba essere un diritto per tutti o restare un privilegio legato al codice di avviamento postale.

Vaccino anti-VRS: cosa ci dicono le nuove evidenze e perché sono cruciali anche per l'Italia



Segue (...) infezioni del tratto respiratorio inferiore e si mantiene tra il 77% e il 79% nella prevenzione delle riacutizzazioni di malattie croniche come BPCO, scompenso cardiaco e sindrome da fragilità. Anche nei pazienti immunosoppressi, una popolazione particolarmente vulnerabile, la protezione rimane elevata, attestandosi al 72,8%. Questi dati sono

particolarmente rilevanti per la realtà italiana, che condivide con il Regno Unito una popolazione anziana numerosa e caratterizzata da un'elevata prevalenza di patologie croniche. Le esacerbazioni di BPCO e di insufficienza cardiaca rappresentano una delle principali cause di ricovero nei mesi invernali e incidono pesantemente sulla pressione ospedaliera. Un vaccino in grado di ridurre in modo così marcato questi eventi diventa un alleato diretto della sostenibilità del SSN oltre che della qualità di vita dei pazienti. La medicina generale, da sempre primo presidio di prevenzione e punto di riferimento per i pazienti fragili, è naturalmente al centro di questa strategia: identificare i pazienti eleggibili, integrarli nei percorsi vaccinali già esistenti e ridurre le riacutizzazioni stagionali significa avere un impatto concreto sui ricoveri, sulla gestione delle cronicità e sui carichi assistenziali che gravano sugli studi medici. L'Italia ha avviato l'introduzione del vaccino VRS in diverse Regioni, ma una strategia nazionale omogenea è ancora in evoluzione. Le evidenze inglesi offrono però elementi solidi per guidare il processo decisionale: l'efficacia reale è elevata e coerente in tutti i sottogruppi clinici, il profilo di sicurezza è favorevole e i benefici sulla prevenzione delle complicanze respiratorie e delle riacutizzazioni croniche sono evidenti. Per la comunità dei medici di famiglia, il vaccino VRS rappresenta un'opportunità importante per migliorare la protezione degli anziani e dei fragili e per contribuire a una riduzione significativa dei ricoveri invernali. È una delle innovazioni più rilevanti degli ultimi anni nella prevenzione respiratoria dell'adulto e merita di essere integrata con convinzione nella pratica clinica quotidiana. A rafforzare ulteriormente la rilevanza di queste evidenze si colloca anche l'iniziativa parlamentare recentemente presentata in Commissione Affari Sociali, che pone il tema al centro dell'agenda sanitaria nazionale. Nell'interrogazione rivolta al Ministro della Salute si richiama l'impatto crescente delle infezioni respiratorie negli adulti, con oltre 290.000 casi annui di infezione acuta da VRS negli over 60, circa 26.000 ricoveri e 1.800 decessi intraospedalieri stimati ogni anno nel nostro Paese, sottolineando come la vaccinazione anti-RSV, pur autorizzata da AIFA, non sia inclusa nei LEA né nel Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. Il documento chiede chiarimenti sulle ragioni di questa esclusione, sulle valutazioni tecnico-scientifiche ed economiche in corso e sulla possibilità di avviare strategie nazionali coordinate, anche attraverso il coinvolgimento diretto dei MMG, per garantire un accesso equo e strutturato alla vaccinazione degli adulti a rischio. In questo senso, le nuove evidenze internazionali non rappresentano solo un avanzamento scientifico, ma costituiscono un solido supporto decisionale per colmare un vuoto di programmazione e trasformare la prevenzione del VRS nell'anziano in una priorità concreta del Servizio Sanitario Nazionale.



**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 "Un SSN in bilico: cosa significa per chi è in prima linea?" di Eleonora Grimaldi

Segue (...) e Regioni. Un "volo" reso possibile soprattutto dal lavoro quotidiano di chi tiene insieme il sistema dal basso, spesso senza clamore e senza adeguato riconoscimento. In questo scenario, la medicina generale occupa un posto centrale nel pensiero di Taroni. Nei suoi lavori emerge con chiarezza l'idea che i medici di famiglia non siano un semplice "filtro" dell'assistenza territoriale, ma una componente strutturale del SSN, presidio di equità, prossimità e continuità delle cure. Quando la medicina generale è debole, frammentata o lasciata sola, l'intero sistema perde coesione e i cittadini più fragili pagano il prezzo più alto. Nell'arco degli ultimi vent'anni, c'è stata una progressiva trasformazione del SSN universalistico in un mosaico di servizi pubblici e privati interconnessi. È questa "crisi di sistema", frutto di anni di stagnazione dei finanziamenti pubblici, politiche di austerità e crescente permeabilità alle logiche di mercato, che oggi rischia di erodere la funzione costituzionale della tutela della salute. In questo quadro complesso, il ruolo dei medici di famiglia emerge come un elemento decisivo del nostro SSN, che è decisamente sotto pressione. Sono i MMG la prima interfaccia tra i bisogni di salute dei cittadini e l'intero sistema di cura; senza una rete di medicina territoriale forte e ben supportata, la distanza tra cittadini e sistema sanitario rischia di allargarsi ulteriormente. La crisi nelle cure primarie non è solo un problema di risorse, ma anche di riconoscimento del valore professionale, di condizioni di lavoro dignitose e di efficacia di un modello che ha nella continuità delle cure il suo tratto distintivo. Non è tagliando il perimetro pubblico del SSN che si risolvono le criticità, ma colmando il divario tra le politiche sanitarie e i reali bisogni della popolazione. Questo significa investire non solo in Case o ospedali di Comunità, ma nelle équipes territoriali della medicina generale e nelle condizioni che permettono ai MMG di operare con efficacia, dedizione e continuità. In un momento storico in cui il dibattito pubblico tende spesso a polarizzarsi tra soluzioni semplicistiche, è prezioso avere contributi come quello di Taroni che ci invitano a guardare alla sanità pubblica come ad un bene collettivo da rafforzare nelle sue fondamenta. Ad oggi la realtà della Regione Lazio è l'emblema di tensioni irrisolte tra politica e medicina generale, poiché non si guarda al futuro del SSN partendo dalle cure primarie, riconoscendo il valore strategico dei medici di famiglia ed affrontando con decisione le sfide strutturali che minacciano l'assistenza di base. Il rischio è ignorare i principi costituzionali di universalità ed accessibilità delle cure: se il SSN continua a "volare", come il calabrone di Taroni, è anche grazie ai medici di famiglia che ogni giorno tengono insieme bisogni complessi, fragilità sociali e limiti organizzativi, ma nessun sistema può reggersi all'infinito solo sulla resilienza dei suoi professionisti. Ripartire dal territorio, e dalla medicina generale, non è una scelta ideologica: è una necessità per il futuro della sanità pubblica, nel Lazio come nel resto del Paese. E' ora che la politica della Regione Lazio ne prenda atto!

LO DICE LA FIMMG

EDITORE : FIMMG ROMA

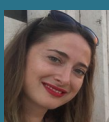
Mensile telematico della Fimmg Roma

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