



Rassegna Stampa

quotidiano**sanità**.it
04.12.2025

Liste di attesa, serve una vera riforma del SSN per salvaguardare il pubblico 04 Dicembre 2025

Gentile Direttore, il provvedimento licenziato l'anno scorso istituisce, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) la Piattaforma nazionale per le liste d'attesa di cui usufruisce il Ministero della Salute per conoscere i tempi di attesa delle prestazioni, Regione per Regione. Prestazioni che andranno comunque garantite anche attraverso l'apertura a centri accreditati o convenzionati. Le visite diagnostiche e specialistiche vengono estese nel weekend con la possibilità anche di un ampliamento delle fasce orarie delle prestazioni. Ma ci chiediamo con quale personale, se vige ancora il tetto di spesa per l'assunzione di nuovi medici?

Sicuramente rivedere il lavoro dei CUP, rendere più efficace sul piano clinico il lavoro della medicina territoriale ormai massacrata dalla burocrazia, rendere più fluida la prescrizione diretta della specialistica ambulatoriale evitando "i giri di campo" del paziente verso poi l'ambulatorio del medico di medicina generale, e migliorare attraverso l'informazione al cittadino la conoscenza dei luoghi pubblici informativi dove rivolgersi.

Le Regioni bisognerebbero che istituzionalizzassero un tavolo ristretto di medici e operatori della salute che sappiano stare "in sala operatoria" con alcuni amministratori pubblici del settore, competenti con un mandato anche di intervento e verifica della funzione dei servizi con logiche di collaborazione e risoluzione delle difficoltà in loco.

Invece, ancora una volta si punta sul privato accreditato, indebolendo il sistema pubblico di tutela della salute. Le attese per le visite riguardano la maggior parte dei cittadini e sono quelle a cui siamo generalmente sottoposti per ricevere una visita specialistica o un accertamento diagnostico; un problema diffuso e percepito come ostacolo da molti pazienti, e che rischia di minare la credibilità e la fiducia nel nostro sistema sanitario.

Occorre togliere questi blocchi che determinano la crescita delle liste di attesa, per inaugurare una nuova fase della sanità nel nostro Paese che permetta, finalmente, la fruizione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero da parte dei cittadini.

Nuovi investimenti per il SSN con un diverso rapporto PIL/ spesa sanitaria, bloccare la fuga di professionisti e di prestazioni verso il privato, rimuovere i tetti di spesa per il personale medico e sanitario, sono queste le soluzioni a cui puntare. Con l'avvento della autonomia differenziata tra povertà in aumento e servizio pubblico al collasso il sistema salute sarà messo in ginocchio e a pagare saranno maggiormente minori e anziani in povertà relativa e assoluta. Queste leggi devono essere respinte e puntare su una seria riforma sanitaria ospedaliera e territoriale, una nuova visione dell'assistenza sociosanitaria di prossimità.



Le ASL, con i comuni e le istituzioni preposte, dovrebbero attraverso i nuovi contratti nazionali e regionali creare maggior investimento dell'assistenza domiciliare con una nuova visione politico finanziaria.

Ludovico Abbaticchio

Presidente Nazionale

Sindacato Medici Italiani (SMI)



PS PANORAMA SANITÀ
INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE
09.12.2025

Ruolo unico sì, ma solo se differenziato

Dic 9, 2025

L'introduzione del "Ruolo Unico" nelle cure primarie è stata la più inadeguata e devastante idea mai concepita da un decisore politico nella storia della Sanità Pubblica. Ed è facile prevedere che se questa sciagurata innovazione non verrà corretta decreterà la fine tombale della assistenza territoriale

di Carlo Iannotti*

Dopo una sintetica, necessaria analisi dello stato delle cose mi permetterò – da medico di medicina generale – di suggerire una soluzione compromissoria praticabile.

La geniale trovata del "Ruolo Unico" nasce, in primo luogo, dal clima ostile ai Mmg creatosi durante l'epidemia Covid-19 generato da un'infame narrazione, tanto disinformata quanto mendace, secondo la quale i medici di medicina generale si sarebbero allora "imboscati" sottraendosi ai propri doveri. A tale narrazione se ne è poi aggiunta un'altra secondo la quale i medici di famiglia vengono pagati profumatamente per lavorare solo quindici ore alla settimana. Qui la mistificazione raggiunge l'apoteosi perché se è vero che i medici di famiglia vengono pagati per quel numero di ore va invece considerato che essi lavorano "a domanda" e cioè fino a quando tutte le richieste giornaliere non vengano esaudite, senza alcuna limitazione oraria decretabile con il timbro di un cartellino. Fa molto comodo dunque alla parte pubblica pagare i medici per 15 ore settimanali a fronte delle 40/50 ore effettivamente "lavorate".

Senza contare le visite domiciliari giornaliere da erogarsi a richiesta, oltre quelle programmate in Assistenza Domiciliare Integrata/Assistenza Domiciliare Programmata, le richieste su telefono, telefonino, e-mail, WhatsApp che pervengono in ogni ora del giorno e della notte e stendendo un velo pietoso sulle ore spese in un pesantissimo lavoro burocratico in back-office. Siffatta narrazione – strumentale e disinformata – non solo aggiunge al danno le beffe ma ha anche convinto qualcuno che se i medici di famiglia vengono pagati profumatamente per non fare nulla (dimenticando che il primo 50% se ne va in tassazione Irpef) allora possono essere utilizzati per dare una mano ai PP.SS. che boccheggiano. Già, perché alla diffamatoria narrazione si aggiunge anche il corollario mistificatorio che i PP.SS. sono sovraffollati perché l'utenza non "trova" il proprio medico di famiglia "fannullone". Anche qui la retorica della narrativa finge di dimenticare che il sovraffollamento dei PP.SS. è causato da politiche economiche dissennate che – negli ultimi venti anni – hanno imposto la chiusura di 115 PP.SS., di oltre 70 ospedali, la perdita di quasi 80 mila posti letto e di 30 mila specialisti. Oggi mancano all'appello 29 mila operatori sanitari ed il SIMEU ha informato che, agli inizi del 2026, i PP.SS. avranno la metà dei medici necessari. Ma anziché invertire questa scellerata deriva, si è, invece, partorita l'idea di fare "le nozze con i fichi secchi". E così per alleggerire gli accessi ai PP.SS. si è deciso di utilizzare i medici di famiglia, con funzione di filtro, costringendoli a lavorare a turni per l'intera giornata in una sede comune unica (AFT).



Tuttavia il progetto è miseramente fallito perché, in carenza di una sede unica, nessun paziente va in giro con un planning riassuntivo di sede ed orario della trentina di medici membri della sua ATF di riferimento. A parte ogni altra considerazione sulla insurrogabilità delle prestazioni dei PP.SS. da parte dei MMG. Ma tant'è, dato che la desiderata soluzione di passare dalla convenzione alla dipendenza sarebbe stata economicamente insostenibile. Si è infine profilata l'opportunità della "quadratura del cerchio" con i fondi del PNRR: il problema della sede unica sarebbe stato risolto con l'edificazione della Case di Comunità. Insomma una bella riforma a costo zero! Senza pagare i medici di famiglia per le ore aggiuntive pretese dalla parte pubblica e senza sostenere i costi delle sedi. Peccato che nessun medico convenzionato accetterà mai il ricatto di essere sfruttato come un dipendente senza tutele (ferie, malattia, infortunio, maternità etc.) e con ruolo scaduto a quello di tappabuchi (CdC, Guardia Medica, Medicina Generale vaccinazioni e quant'altro). Lo dimostra il fatto che l'unica Casa di Comunità attualmente in funzione in Italia si trova a Roma ed è attrezzata di tutto tranne che di medici di famiglia. Prevedo, che a queste condizioni nessun medico accetterà mai la nuova convenzione.

Un ruolo unico "differenziato" è una ipotesi compromissoria semplice, ad isorisorse ed accettabile per tutte le parti e potrebbe ragionevolmente sostanziarsi in una netta separazione di ruoli tra medici addetti alle Case di Comunità (CdC) e medici titolari di proprio studio sul territorio secondo il modello attuale. La modifica proposta potrebbe beneficiare di una significativa semplificazione burocratica abolendo le sedi inutilmente ridondanti delle AFT e le CdC Spoke. Resterebbero attive solo le CdC Hub ove opererebbero – turnando h24 – soltanto i medici che optino per le 38 ore settimanali. Ciascun medico potrebbe scegliere se aprire un suo studio a regime di scelta, oppure optare per 38 ore settimanali presso una CdC Hub ove attendere alle funzioni già previste ivi compreso la continuità assistenziale. Ciascun medico, poi, potrebbe essere libero di passare da un "ruolo" all'altro su domanda in relazione ad un rapporto ottimale da individuarsi per ciascuna CdC Hub analogamente per quanto avviene per i MMG del territorio. A regime nelle CdC si potrebbero svolgere tutte le funzioni distrettuali compreso le attività di laboratorio, le prestazioni di primo livello, il 118 e la Continuità Assistenziale. Il medico di medicina generale potrebbe così coordinare le prestazioni di primo livello e le prestazioni specialistiche. In conclusione: soddisfazione e praticabilità professionali per i medici a 38 ore e filtro efficace per i PP.SS. Tale proposta avrebbe anche il pregio di salvaguardare il rapporto di fiducia medico-paziente e la prossimità degli studi di medicina generale, entrambi messi perniciosamente in discussione dal modello di Ruolo Unico attualmente proposto.

**Medico di medicina generale e Presidente Collegio Nazionale Revisore dei Conti Sindacato Medici Italiani*



DOCTOR33
10.12.2025

Di semplificazioni, Smi rilancia sulla televisita nelle certificazioni di malattia

Il sindacato chiede procedure rapide e semplificate per l'uso della televisita nelle certificazioni dopo il richiamo del DL Semplificazioni sulla tele-certificazione

Procedure semplici e immediate per l'utilizzo della televisita nelle certificazioni di malattia. È la richiesta rilanciata dal Sindacato Medici Italiani (Smi) dopo l'approvazione del DL Semplificazione, che all'articolo 58 demanda a un accordo in Conferenza Stato-Regioni l'individuazione dei casi e delle modalità di ricorso alla tele-certificazione.

Secondo il sindacato, l'attuale gestione delle certificazioni determina un'elevata pressione su presidi sanitari territoriali e ospedalieri, già in sofferenza per carenze di personale, perché costringe molti cittadini a recarsi fisicamente in ambulatorio anche in assenza di reali bisogni clinici. Una situazione che, sempre secondo lo Smi, limita l'accesso dei pazienti che necessitano di valutazioni esclusivamente cliniche e non di adempimenti burocratici.

Il segretario generale dello Smi, Pina Onotri, ha rivendicato il ruolo della petizione promossa dal sindacato a fine 2024, che ha raccolto oltre 30.000 firme, e delle proposte emendative presentate a diversi provvedimenti parlamentari, nel portare all'attenzione istituzionale il tema della televisita finalizzata alle certificazioni di malattia.

L'obiettivo indicato dal sindacato è consentire il ricorso alla televisita senza l'obbligo di utilizzo di piattaforme dedicate di telemedicina e senza l'introduzione di procedure tecnologiche aggiuntive che possano gravare sull'attività dei medici di famiglia. Parallelamente, lo Smi continua a chiedere l'introduzione dell'autocertificazione per le malattie brevi, con particolare riferimento ai primi tre giorni di assenza, misura che non risulta compresa nel testo normativo recentemente approvato.

Il sindacato auspica che l'accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni venga definito in tempi rapidi e che contenga indicazioni operative snelle, in modo da rendere concretamente applicabile il ricorso alla tele-certificazione come strumento di semplificazione dell'attività dei medici e di razionalizzazione degli accessi ai servizi sanitari territoriali.

**DIRE**

10.12.2025

SMI: PETIZIONE RICONOSCIMENTO TELE VISITA HA DATO RISULTATO (DIRE) Roma, 10 dic. - "Siamo soddisfatti come il DL Semplificazioni, approvato recentemente dal Parlamento e in via di promulgazione in Gazzetta Ufficiale al suo articolo 58 stabilisce, con un prossimo accordo in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, l'individuazione dei casi e della modalità di ricorso alla tele certificazione; risultato della petizione lanciata dal Sindacato Medici Italiani a fine del 2024, che ha raccolto più di trentamila firme e di nostre proposte emendative presentate a vari provvedimenti parlamentari". Così, in un comunicato, Pina Onotri, segretaria generale del Smi. "L'enorme richiesta di certificazioni per malattia-prosegue- provoca un overbording di presenze che gravano sui presidi sanitari, sia ospedalieri che territoriali (tra l'altro già in sofferenza per carenza di personale), che fa da barriera all'accesso dei pazienti che necessitano di sola assistenza clinica e non burocratica. Per tale ragione la nostra petizione chiedeva la possibilità di introdurre la tele visita, nonché l'autocertificazione dei primi 3 giorni di malattia. Continueremo a chiedere anche l'autocertificazione per malattie brevi, auspicando che l'accordo sulla tele visita in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni venga stilato in tempi brevissimi e che preveda procedure oltremodo semplificate senza necessità di utilizzo di piattaforme particolari di lavoro in telemedicina che sono sul mercato e il cui acquisto viene proposto ai medici. Siamo contenti che anche coloro, che all'inizio, si mostravano perplessi o addirittura contrari, oggi esprimono soddisfazione", conclude Onotri.



10.12.2025

Sanità tra luci e ombre, il Lazio fuori dalla classifica dei migliori ospedali d'Italia

10 Dicembre 2025

Ospite: Andrea Figà Talamanca, [Segreteria Nazionale del Sindacato Medici Italiani \(SMI\)](#)

Che la nostra sanità non stia affrontando uno dei momenti più rosei della storia è ormai fatto risaputo a cui molti si stanno quasi abituando, come una vecchia stanca cantilena. Eppure fa sempre male sapere che nella **“classifica” delle migliori strutture ospedaliere d'Italia**, Roma e il Lazio restano fuori.

L'elenco (guai a chiamarla “classifica”, ma tant'è...) arriva dal **Piano nazionale esiti 2025**, presentato dall'**Agenas**, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali: sono state valutate complessivamente **1.117 strutture di ricovero** per patologie acute, sulla base di 218 indicatori: 189 relativi all'assistenza ospedaliera e 29 relativi all'assistenza territoriale.

Ebbene, in tutta Italia sono **15 le strutture che presentano un livello molto alto** e tra queste troviamo l'ospedale Bolognini di Seriate, l'ospedale civile di Montebelluna (in provincia di Treviso) e l'ospedale di Bentivoglio (Bologna). Se si scorre la lista non c'è nessun nome proveniente da Roma e Lazio.

I risultati ci sono (solo) per specifici ambiti

I numeri analizzano un quadro complessivo, ma che succede se si prendono in considerazione specifici ambiti? Qui qualcosa di concreto (e rassicurante) c'è. Anche per gli **ambiti cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto**, c'è infatti un elenco dei “migliori” e in questo caso Roma e Lazio ci sono: il **San Camillo Forlanini** e il **Sant'Andrea**, ad esempio, fanno registrare le performance migliori per ambito cardiocircolatorio; nell'area della chirurgia oncologica, i migliori sono il Gemelli, il policlinico Umberto I, il Sant'Eugenio.



SUDPRESS
09.12.2025

L'ENPAM di Oliveti nella bufera: il prof. Sciacchitano, l'associazione AMIRE e "Stop questo ENPAM" denunciano da anni un sistema di potere incredibile. Noi ne scriviamo dal 2013...

09-12-2025

Perché con le pensioni dei medici si avventurano in scalate bancarie? Possiamo dire che la battaglia civica e professionale di molti medici nei confronti della gestione del proprio ente pensionistico parte proprio da Catania e nel lontano 2013, quando il prof. Giansalvo Sciacchitano, già presidente dell'Ordine dei Medici e consigliere ENPAM, cominciò a denunciarne le storture. Pagandone prezzi altissimi: in calce alcuni di quegli articoli che sarebbe bene i medici leggessero. E anche qualche procura.

Ora, ci sono momenti in cui le coincidenze diventano talmente perfette da risultare indecenti. E allora l'unica cosa sensata da fare è smettere di chiamarle coincidenze.

È quello che sta accadendo proprio in questi giorni all'ENPAM, la più ricca tra le casse previdenziali privatizzate, oggi travolta da una nuova, clamorosa ondata di scandalo.

Mentre la Procura di Milano indaga sulla scalata a Mediobanca – una delle operazioni finanziarie più delicate e controverse degli ultimi anni – spunta il ruolo giocato da alcune casse professionali, tra cui proprio l'ENPAM, quella che dovrebbe occuparsi delle pensioni dei medici italiani, che secondo gli inquirenti avrebbe effettuato mosse finanziarie “funzionali” agli scalatori.

E lo avrebbe fatto, come ricostruito da Il Fatto Quotidiano, in un contesto di governance che definire opaco è un eufemismo. E si comincia anche a capire con tutta evidenza il perché alcune posizioni risultano intoccabili e riescono a resistere per decenni, persino a farsi approvare norme ad hoc in aperta contraddizione con l'intero ordinamento che invece vale per tutti gli altri.

Sintesi del ruolo ENPAM nella scalata oggetto d'indagine

Dalle carte emerge che l'ENPAM ha avuto un ruolo decisivo nella scalata Mps–Mediobanca: mentre modificava lo statuto per consentire il terzo mandato a Oliveti, raddoppiava la propria quota in Mediobanca all'1,98% e costruiva una posizione su Mps fino all'1,5%, votando a favore dell'aumento di capitale utile all'Ops. In assemblea, il pacchetto delle casse (ENPAM, Cassa Forense, Enasarco) ha rappresentato il 5% dei voti decisivi che hanno fatto fallire il piano Nagel.

Un intreccio di potere, finanza e politica che ora la Procura di Milano vuole chiarire.

E soprattutto da spiegare perché mai un ente pensionistico dovrebbe usare i soldi dei suoi iscritti per partecipare a scalate politico-finanziarie.

La scalata bancaria e il paradosso dello statuto: mentre la magistratura indaga, il governo Meloni, tramite i ministri dell'Economia Giorgetti e del Lavoro Calderone, consente l'ennesimo mandato per Oliveti.

La parte più scandalosa di questa storia non è solo il coinvolgimento dell'ente previdenziale dei medici in una vicenda finanziaria ad altissimo rischio giudiziario. Ma il tempismo.



Proprio mentre esplodevano le manovre per la scalata bancaria – con ENPAM che movimentava milioni in titoli, si asteneva in assemblea in modo “decisivo” e operava scelte che oggi attirano l’attenzione della magistratura – il Consiglio Nazionale dell’ente approvava il nuovo statuto. Un testo cucito su misura per assicurare il terzo mandato consecutivo al presidente Alberto Oliveti.

Un terzo mandato espressamente vietato persino dalla Corte Costituzionale! Sì: mentre l’ENPAM entra in un’indagine che scuote il sistema finanziario italiano, Oliveti si fa approvare la norma che gli permette di rimanere in sella per altri quattro anni.

Superando così il trentennio ininterrotto di gestione: incredibile!

Il paradosso diventa grottesco se si considera che precedentemente i due ministeri Economia e Lavoro bocciavano lo statuto dell’ENPAV, l’ente dei veterinari, che provava a introdurre esattamente lo stesso meccanismo: la possibilità di estendere i mandati.

Per l’ENPAV, l’ente previdenziale dei veterinari che pure aveva tentato la stessa operazione, lo stop è stato netto: “principi democratici violati, rischio di autoperpetuazione del potere”. Per l’ENPAM invece – che gestisce oltre 29 miliardi di euro – tutto regolare.

La legge, la giurisprudenza e il buon senso: tutti dicono la stessa cosa. All’ENPAM fanno il contrario.

Il punto è noto a qualsiasi studioso di diritto amministrativo: esiste una vastissima giurisprudenza, dalla Cassazione alla Corte Costituzionale, che ribadisce un principio elementare negli enti pubblici e parapubblici.

Non si possono perpetuare le cariche. I mandati devono essere limitati. Il potere non può consolidarsi per decenni.

Perché? Per evitare proprio quello che si verifica oggi all’ENPAM: un sistema di potere impenetrabile, identico a se stesso da oltre trent’anni, dove gli stessi nomi si alternano tra CdA, comitati, fondi immobiliari, partecipate e perfino organismi di vigilanza, spesso col paradosso che i controllori percepiscono compensi dagli stessi soggetti controllati.

Il risultato è un quadro che definire imbarazzante è riduttivo:

compensi per il presidente che hanno superato i 600 mila euro l’anno, tra indennità, gettoni e incarichi paralleli; gettoni di presenza aumentati del 3.315% in trent’anni;

revisori ministeriali che arrivano a percepire oltre 200 mila euro annui;

una classe dirigente che governa ininterrottamente dagli anni ‘90.

Una deriva perfettamente descritta da anni dal prof. Giansalvo Sciacchitano, dall’associazione AMIRE e dal movimento Stop Questo ENPAM, che hanno prodotto dossier, ricorsi, esposti, richieste di trasparenza – quasi sempre disattese.

Oggi i fatti sembrano drammaticamente dar loro ragione.

Sciacchitano, AMIRE, Stop questo ENPAM: «Vi avevamo avvertiti»

Sono anni, e Sudpress ne ha dato più volte notizia, che il professore Sciacchitano denuncia il rischio sistemico rappresentato da una cassa che:

- gestisce miliardi di contributi obbligatori,



- opera come un fondo speculativo,
- non pubblica i compensi effettivi dei vertici,
- resiste alle richieste di accesso agli atti,
- costruisce statuti che consolidano il potere invece di limitarlo.

AMIRE e “Stop questo ENPAM”, la cui pagina Facebook vanta oltre 26 mila iscritti, hanno documentato tutto: dagli investimenti finanziari in prodotti ad altissimo rischio come i derivati CDO, costati decine di milioni e riconosciuti come danno dalla Corte dei Conti, fino alle operazioni immobiliari discutibili, alle partecipazioni bancarie, alle consulenze, al ruolo dei sindacati corporativi.

Adesso arriva la nuova tegola: la magistratura indaga la scalata bancaria e l'ENPAM ci finisce dentro fino al collo.

Cosa dovrebbe accadere in un paese normale?

Almeno due cose:

1. Dimissioni immediate dei vertici.
2. Blocco del nuovo statuto e delle modifiche che garantiscono il terzo mandato.

Ma questo è il paese dove un presidente può governare per trent'anni e farsi rieleggere scrivendo lui stesso le regole della propria rielezione.

Il nodo politico: chi controlla i controllori?

Il problema non è solo l'ENPAM. È il modello delle casse privatizzate. Un sistema opaco, autoreferenziale, dove:

- i controlli ministeriali sono deboli e spesso formalistici;
- gli organi di vigilanza sono in conflitto di interessi;
- gli iscritti non hanno veri strumenti democratici;
- la gestione finanziaria è enorme e poco trasparente.

E qui sta il punto: se una cassa sbaglia, paga lo Stato. Se va bene, comandano sempre gli stessi.

Il peggiore dei mondi possibili

Conclusione: il vaso è colmo. E questa volta potrebbe rompersi davvero.

Le indagini giudiziarie non sono opinioni.

Le sentenze della Corte dei Conti non sono sensazioni.

I dossier prodotti in questi anni da Sciacchitano, AMIRE e Stop questo ENPAM non sono propaganda.

Formano un corpo unico: la prova di un sistema di potere che dura da decenni e che oggi, finalmente, scricchiola.

La domanda non è se l'ENPAM sia nella bufera.

La domanda è se – dopo trent'anni – questa bufera sarà finalmente sufficiente a spazzare via un modo di gestire il denaro dei medici che non è più tollerabile.

E soprattutto: ma i medici italiani cominceranno a capire a che servono i loro soldi e come sono gestiti quelli che dovrebbero garantire le loro pensioni?



14.12.2025

Lo SMI ribadisce il suo no all'accordo integrativo regionale*14 Dicembre 2025*

Siamo stati contrari all'Accordo Integrativo Regionale (AIR) di medicina generale della Campania, chiedendone la sospensiva, perché non condividiamo la sua impostazione in quanto valutiamo, negativamente l'evoluzione dell'AFT come erogatrici di servizi, che molto spesso non hanno a che fare con la cura del paziente, così Giovanni Senese, Segretario Regionale Campania dello SMI.

Sosteniamo con forza un ritorno al ruolo clinico del medico di medicina generale, con le visite mediche ai pazienti, invece di caricarlo di oneri burocratici che le Aziende Sanitarie Locali (ASL) non riescono a portare avanti. In questo modo si allontana il medico, dalla cura dei cittadini. Dobbiamo, invece, puntare sul consolidamento della medicina del territorio e rafforzare sia delle ASL sia degli studi medici.

La nostra contrarietà all'AIR deriva anche dal giudizio negativo sul Ruolo Unico, così come si è strutturato, in quanto questo significherebbe che i medici, per erogare servizi devono ricorrere quasi sempre all'utilizzo di cooperative.

Ritornare a valorizzare il medico come clinico significherebbe invertire una tendenza negativa che si è sviluppata in questi anni e rendere più attrattiva la nostra professione, che soffre molto perché i giovani non scelgono più di fare i medici di famiglia.

Questa tendenza della poca attrattività della professione medica verso le giovani generazioni si riscontra molto nelle recenti assegnazioni, degli ultimi giorni, delle zone carenti della Campania di medici di medicina generale. Su 700 carenze pubblicate sono state solo assegnate 335 e questo dimostra la grande difficoltà di un cambio generazionale nella professione medica. In questo senso un forte incentivo potrebbe rappresentare l'istituzione della scuola di specializzazione universitaria e valutare di abbassare il massimale dei pazienti per ogni medico da 1500 pazienti a 1200 pazienti.

L'AIR, invece, a nostro avviso, va in tutt'altra direzione, innalzando il massimale dei pazienti a 1800 per ogni medico di famiglia, riducendo la nostra attività alla prescrizione di ricette, di farmaci per patologie croniche, senza lasciare più tempo ad attività clinica per i pazienti.

Riponiamo, inoltre, molte speranze con l'elezione di Roberto Fico a Presidente della Regione Campania, perché uscendo dalla fase del commissariamento della sanità potremmo arrivare alla risoluzione delle questioni che interessano sia la salute dei cittadini campani e sia le condizioni del lavoro dei medici.

Ci aspettiamo un'inversione di tendenza con il non ampliamento a 1800 pazienti per i medici, attendiamo misure per tutelare la dignità e la professione del medico di famiglia che possa essere messo in grado di lavorare nel proprio studio senza più il peso di una burocrazia ormai insopportabile. Auspichiamo, infine, nuove risorse, che ricordiamo, solo le stesse di quattro anni fa, senza nessun adeguamento, a partire



dall'inflazione che ha eroso di molto gli stipendi dei professionisti della medicina.