



Rassegna Stampa

Buonasera (24)

29.03.2026

Smi Puglia, Cafagna segretario ed Epifani presidente: focus su carenze e liste d'attesa

29 Marzo 2026

BARI - Nuova guida per il Sindacato Medici Italiani in Puglia. Mariano Cafagna è stato eletto segretario regionale, mentre Delia Epifani assume il ruolo di presidente regionale. Le nomine sono state approvate all'unanimità nel corso del congresso che si è svolto a Bari. All'appuntamento hanno preso parte anche il presidente nazionale del sindacato Ludovico Abbaticchio e il segretario organizzativo nazionale Mario Iovane. L'incontro ha rappresentato un momento di confronto sulle principali criticità che interessano il sistema sanitario regionale. Al centro del dibattito la medicina generale e il problema delle liste d'attesa, con il sindacato che ha ribadito come la carenza di medici specialisti stia generando un effetto a catena che ricade direttamente sui cittadini. Una situazione che, secondo lo SMI, contribuisce ad aggravare i tempi per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

Nel corso del congresso è stato inoltre evidenziato come il tempo dedicato all'attività clinica venga sempre più ridotto a causa di adempimenti amministrativi ritenuti eccessivi, che sottraggono risorse alla prevenzione e alla cura.

Il nuovo segretario regionale Cafagna ha indicato tra le priorità del mandato la necessità di riportare al centro del dibattito politico la dignità del lavoro medico, sottolineando l'urgenza di interventi strutturali. «Il nostro obiettivo sarà quello di rimettere la dignità del lavoro medico al centro dell'agenda politica regionale», ha dichiarato, aggiungendo che «servono soluzioni concrete per le carenze di organico e un piano serio di abbattimento dei tempi d'attesa che non passi solo attraverso lo sforzo eroico dei singoli medici».

Il congresso ha così segnato l'avvio di una nuova fase per lo SMI Puglia, con l'intenzione di rafforzare il ruolo del sindacato nel confronto sulle politiche sanitarie regionali.



**Cronaca
Flegrea**
Rione Terra News
23.03.2026

L'ASL Napoli 2 Nord condannata al risarcimento di circa 50 medici di famiglia

23 Marzo 2026

POZZUOLI – Nel 2022 un gruppo di medici hanno fatto causa all'ASL Napoli 2 Nord per la mancata corresponsione delle indennità per il lavoro dei medici nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dal 2020 e cioè da quando è stato normato l' Accordo Integrativo Regionale (AIR) della Campania della medicina generale che stabiliva gli emolumenti previsti. L'ASL è stata condannata in primo grado e in appello; si tratta d'importi che variano dagli ottomila a ventimila euro per ricorrente.

LE CRITICITÀ – “Auspichiamo di non dover ricorrere nuovamente al giudice del lavoro, per ottenere altre indennità (screening, Progetto Agire, UVI, SVAMA, etc.) non corrisposte. A livello regionale, inoltre, e nelle altre ASL della regione, persistono pesanti criticità da risolvere sui tavoli negoziali, legate al nuovo AIR Campania. Queste criticità potrebbero, se non risolte, aprire numerosi contenziosi davanti al Giudice del Lavoro per la violazione dei diritti dei medici di famiglia”, così Salvatore Caiazza, Segretario Aziendale del Sindacato Medici Italiani (SMI) dell' ASL Napoli 2 Nord.



Dott33

27.03.2026

Medici di famiglia

27/03/2026

Medicina generale, Smi avvia consultazione sulla riforma

Il 25 marzo 2026 lo Smi ha avviato una consultazione nazionale sulla riforma della medicina generale e segnala criticità su carichi di lavoro e assetto contrattuale

Lo Smi avvia una consultazione nazionale per raccogliere orientamenti e criticità sulla proposta di riforma della medicina generale attualmente in discussione in Parlamento. L'iniziativa, annunciata il 25 marzo 2026, è collegata alla presentazione alla Camera della proposta di legge n. 2218.

“La politica deve ascoltare, se si vuole porre un argine all'esodo dalla professione ed evitare che milioni di italiani rimangano senza medico”, ha dichiarato **Pina Onotri**, segretario generale del **Sindacato medici italiani**, sottolineando l'obiettivo di coinvolgere i professionisti su alcuni nodi chiave della riforma.

Secondo lo Smi, la consultazione nasce per evitare che il nuovo modello organizzativo venga definito senza un confronto con i medici di medicina generale. Il progetto di legge, viene evidenziato, prevede una riorganizzazione dell'attività tra studi dei medici e strutture territoriali, come le Case di comunità, senza considerare pienamente le condizioni di lavoro attuali.

Tra le principali criticità segnalate dal sindacato vi è l'ipotesi di articolare l'attività in venti ore settimanali negli studi e diciotto ore nelle strutture delle Asl. Una proposta che, secondo Onotri, non tiene conto del lavoro di back office e delle attività non visibili, che portano già oggi l'impegno complessivo dei medici di famiglia a quaranta o cinquanta ore settimanali.

Il rischio indicato è quello di configurare un impiego dei medici di medicina generale “in una cornice di un rapporto di dipendenza ma senza le tutele previste dal lavoro dipendente”.

Lo Smi segnala infine la disponibilità ad avviare iniziative di proposta e di protesta per difendere le condizioni professionali della categoria, invitando i medici a partecipare alla consultazione online.



27.03.2026

[Riforma Medicina generale: cosa ne pensano i medici di famiglia?](#)

27/03/2026

Il **Sindacato medici italiani (Smi)** ha annunciato l'avvio di una consultazione online rivolta a tutti i propri iscritti e ai medici del territorio, con l'obiettivo di mappare le reazioni della categoria di fronte alla proposta di riforma del settore attualmente in discussione (PdL n. 2218 che vede come primo firmatario l'**On. Matteo Benigni**). L'iniziativa nasce dalla necessità di tradurre le istanze dei singoli professionisti in una strategia sindacale solida, capace di interloquire con le istituzioni portando al centro del dibattito le reali criticità del lavoro quotidiano negli studi dei Mmg.

Il questionario distribuito dallo Smi analizza i punti nodali del progetto di legge, con particolare attenzione a:

- **Assetto organizzativo:** l'integrazione dei medici di famiglia nelle nuove strutture territoriali previste dal Pnrr.
- **Micro-team assistenziali:** le modalità di finanziamento e gestione del personale di studio (infermieri e collaboratori).
- **Governance clinica:** i sistemi di monitoraggio dell'attività professionale e l'utilizzo dei dati sanitari.

Nel comunicato stampa di presentazione, lo Smi ha esplicitato una serie di perplessità tecniche e ordinarie emerse da una prima analisi del testo legislativo. Tra i rilievi segnalati figurano:

1. **Sostenibilità dei carichi di lavoro:** lo studio dell'impatto che l'integrazione obbligatoria nelle Case della comunità potrebbe avere sull'attività oraria dei medici.
2. **Tutela dell'autonomia professionale:** la verifica delle compatibilità tra il modello di "dipendenza funzionale" previsto dal PdL 2218 e l'attuale regime di convenzionamento.
3. **Ricambio generazionale:** la valutazione dell'efficacia delle misure proposte per incentivare l'ingresso dei giovani medici nel sistema della Medicina generale.
4. **Rapporto fiduciario:** l'analisi di come la nuova organizzazione per aggregazioni possa influire sulla relazione diretta tra medico e paziente. I dati raccolti attraverso la consultazione online verranno elaborati in un documento di sintesi. Tale report costituirà la base tecnica per le future interlocuzioni dello Smi con il Ministero della Salute e le Commissioni parlamentari competenti, allo scopo di proporre eventuali emendamenti al testo di legge.



Quotidiano Sanità

01.04.2026

Medici di famiglia: il Ruolo Unico accentua la crisi della medicina generale

Gentile Direttore, alcuni giorni fa la Commissione Sanità del Consiglio Regionale delle Marche ha proseguito le audizioni sul ruolo del medico di assistenza primaria e sulle aggregazioni funzionali territoriali, ascoltando anche il Sindacato Medici Italiani di cui mi onora essere la Segretaria Regionale....

Gentile Direttore,

alcuni giorni fa la Commissione Sanità del Consiglio Regionale delle Marche ha proseguito le audizioni sul ruolo del medico di assistenza primaria e sulle aggregazioni funzionali territoriali, ascoltando anche il Sindacato Medici Italiani di cui mi onora essere la Segretaria Regionale. Abbiamo espresso le nostre valutazioni partendo dal fatto che la professione del medico di famiglia sta attraversando una profonda crisi identitaria forse la più significativa degli ultimi decenni.

Il nuovo Ruolo Unico di Assistenza Primaria, previsto dall'ACN 2024 e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, impone ai medici un'organizzazione rigida e insostenibile, costringendoli a svolgere contemporaneamente medicina di famiglia e continuità assistenziale, senza possibilità di scelta e ignorando carichi di lavoro, competenze specifiche e vita personale. Questa riforma ha ulteriormente diminuito l'attrattiva della professione, già compromessa da carichi di lavoro eccessivi (superamento del limite normativo di 1.500 assistiti).

La burocrazia è opprimente, infatti il 50% del tempo lavorativo dei medici è dedicato alla compilazione di moduli, piani terapeutici e documentazione e così si riduce il tempo disponibile per l'assistenza ai pazienti.

Bisogna tenere anche presente che oggi una quota consistente di questi medici è donna, che spesso scelgono questo settore lavorativo anche per la possibilità di gestire, sebbene con difficoltà, l'equilibrio tra vita professionale e familiare.

I recenti dati della Fondazione Gimbe dimostrano proprio questo, nelle Marche entro il 2028 saranno 202 i medici di medicina generale che raggiungeranno l'età di pensionamento dei 70 anni, considerando il rapporto ottimale pari a un MMG ogni 1.200 assistiti, al primo gennaio 2025 in regione di fatto già mancano 161 medici di medicina generale.

Ma tra i dati più negativi emerge quello secondo cui, nel 2025, i partecipanti delle Marche al concorso nazionale per il Corso di Formazione Specifica in Medicina generale sono stati inferiori ai posti disponibili e cioè 78 candidati in meno rispetto alle borse finanziate, pari al -49% rispetto ai posti a fronte di una media Italia del +26%.

Il Sindacato Medici Italiani è critico rispetto a diversi aspetti del nuovo modello organizzativo, in particolare riguardo alla fattibilità di alcuni standard del DL 77/2022, alla loro integrazione all'interno delle AFT e all'integrazione funzionale con gli altri servizi della rete (COT, PUA ecc.).



Riteniamo che vi sia bisogno della formazione del personale dedicato ai servizi (attualmente la formazione e l'aggiornamento è lasciata all'iniziativa personale del singolo) e di un provider unico di comunicazione tra i servizi (non può esistere come ora, una modalità dedicata per la contattabilità di ogni singolo servizio, diversa a volte da distretto a distretto).

Riteniamo che la professione del medico di medicina generale non possa essere più immaginata senza l'introduzione di tutele e di garanzie (maternità, ferie, malattia, infortunio).

Alla firma dell'Accordo Integrativo Regionale nell'agosto 2025 apponemmo solo una firma tecnica; infatti, avremmo voluto avere il tempo sufficiente per effettuare una migliore allocazione delle risorse e dare risposte più stringenti ai territori delle aree montane e disagiate, individuando migliori e ulteriori soluzioni che andassero incontro alle necessità dei medici di medicina generale di tutto il territorio marchigiano. Già in quel contesto abbiamo rappresentato il malcontento del personale medico in merito al fatto che il ruolo unico sia un obbligo per i giovani medici e non una libera scelta, così come il lavoro nelle Case di Comunità e nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) come oggi concepito, illustrando come quelle scelte dell'AIR avrebbero potuto contribuire a un ulteriore impoverimento della medicina territoriale con la conseguente fuga dei professionisti. La legge sul Ruolo Unico, invece di affrontare davvero questa emergenza, propone una soluzione miope: obbligare i nuovi medici a farsi carico di un modello già in crisi, ignorando i profondi cambiamenti sociali, demografici e tecnologici degli ultimi decenni. Ci auguriamo che un approfondimento delle problematiche e del corretto ruolo di tutti gli attori del sistema, possa portare ad una riorganizzazione territoriale adeguata al fine di garantire i fabbisogni di salute necessari alla popolazione marchigiana.

Alessandra Moraca

Segretaria Regionale Marche SMI, Sindacato Medici Italiani



PS PANORAMA SANITÀ
INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE
02.04.2026

Sanità territoriale al collasso: lo SMI chiede le dimissioni dell'Assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna

Aprile 2, 2026

La Segreteria Regionale Emilia Romagna del Sindacato Medici Italiani denuncia il fallimento della programmazione regionale e lancia l'allarme su una crisi strutturale del sistema territoriale

“Denunciamo con estrema preoccupazione il quadro emerso dalla pubblicazione delle zone carenti per la Medicina Generale in Emilia-Romagna per l'anno 2026. I dati ufficiali mostrano un aumento diffuso e strutturale delle carenze nella quasi totalità delle province. Un dato che si pone in evidente contrasto con gli obblighi di programmazione sanitaria regionale e con quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN), che impone di garantire un'assistenza territoriale capillare, efficace e universalistica”. Così una nota della Segreteria Regionale Emilia Romagna SMI che aggiunge “Non si tratta più di una criticità episodica, ma di un vero e proprio fallimento della pianificazione dell'assistenza primaria. Le conseguenze sono già sotto gli occhi di tutti: cittadini con sempre maggiori difficoltà ad accedere alle cure, medici sempre più sovraccarichi e privi di adeguate tutele, e un progressivo indebolimento del presidio sanitario pubblico sul territorio.

I numeri: carenze in aumento quasi ovunque.

I dati comparativi confermano una tendenza allarmante:

- Piacenza: 111 (assegnate 1) → 127 (+16)
- Parma: 144 (assegnate 25) → 151 (+7)
- Reggio Emilia: 209 (assegnate 7) → 207 (-2)
- Modena: 267 (assegnate 24) → 292 (+25)
- Bologna: 247 (assegnate 94) → 164

(dato non attendibile per mancata pubblicazione completa, in difformità rispetto all'ACN)

- Imola: 34 (assegnate 6) → 38 (+4)
- Ferrara: 105 (assegnate 13) → 110 (+5)
- Ravenna: 109 (assegnate 19) → 121 (+12)
- Forlì: 120 (assegnate 7) → 140 (+20)
- Rimini: 90 (assegnate 26) → 93 (+3)

Non siamo di fronte a un'emergenza temporanea – afferma ancora il sindacato – ma a una crisi strutturale della medicina territoriale ulteriori 110.000 cittadini senza assistenza. Il numero dei medici che parteciperanno alle assegnazioni sarà inferiore rispetto all'anno precedente, aggravando ulteriormente la situazione complice anche il nuovo Accordo Integrativo Regionale con il Ruolo Unico che non favorisce l'entrata di nuovi convenzionati alla Medicina Generale. Il sistema, a nostro avviso, sta progressivamente perdendo attrattività e capacità di risposta, con il rischio concreto di lasciare intere aree senza adeguata copertura assistenziale. Alla luce di un quadro così grave e



documentato individuamo precise responsabilità politiche nella gestione e nella programmazione dell'assistenza territoriale. Per questo chiediamo un'assunzione immediata di responsabilità e le dimissioni dell'Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna. La tutela del diritto alla salute dei cittadini e la salvaguardia del servizio sanitario pubblico non sono più compatibili con l'attuale gestione", conclude la nota dello Smi.



RADIO ROMA

.IT

02.04.2026

Tensione tra medici e Regione Lazio, sospesa la circolare sulle prescrizioni

Ospite in collegamento: Claudia Felici, Responsabile Regionale area convenzionata SMI Lazio

Sono stati giorni di **forte tensione** quelli appena trascorsi tra il comparto dei **medici di medicina generale** e la **Regione Lazio**. Al centro della controversia la [circolare del 26 marzo](#) scorso, con la quale la Pisana chiedeva **controlli più stringenti sulle prescrizioni mediche ritenute "inappropriate"**. E così, dopo la proclamazione dello stato di agitazione da parte dei camici bianchi, il tutto si è concluso con la sospensione della circolare incriminata.

La decisione della Regione

La circolare prevedeva per le **Asl** l'impegno delle commissioni competenti nell'analisi, mese per mese, del profilo prescrittivo di **dieci medici**, con raccolta di contro-deduzioni sui casi anomali e una rendicontazione di esiti, risposte accolte o respinte ed eventuali **recuperi economici**. Un'impostazione di **"strict control"** che, pur presentata come atto tecnico, è stata vissuta dagli operatori come misura punitiva.

Le contestazioni dei medici

I professionisti hanno contestato un **approccio giudicato riduzionista**, incentrato sul solo merito economico, che non considera la complessità clinica di pazienti spesso anziani, pluripatologici e fragili: *"Curiamo persone, non facciamo i ragionieri – hanno detto -. Non abbiamo davanti algoritmi, né codici fiscali, né spese o bilanci. Abbiamo davanti persone con problematiche e patologie"*.

I numeri della spesa nel Lazio

E così il presidente della Giunta, **Francesco Rocca**, ha congelato il provvedimento, ribadendo però l'obiettivo di ridurre sprechi e **prescrizioni inappropriate**. Nel Lazio la spesa farmaceutica pro capite è pari a **398 euro l'anno**, superiore a **Emilia-Romagna** e **Piemonte**, ma inferiore a diverse regioni del Sud. Intanto, il nuovo modello territoriale delle **Case di comunità** resta in fase di sviluppo, con **sei strutture pienamente operative**.

Resta, però, aperta la questione centrale: come intervenire sulle prescrizioni non appropriate senza trasformare la verifica in un processo permanente per i medici di famiglia. La sospensione della circolare punta a riaprire il confronto, cercando un equilibrio tra sostenibilità della spesa e tutela della **appropriatezza clinica**.



Quotidiano Sanità

13.04.2026

Alcool-emergenza salute giovanile e fragilità delle istituzioni

Gentile Direttore, tra i tanti temi che riguardano la salute degli adolescenti, quello del consumo delle sostanze alcoliche viene, spesso, sottovalutato a partire dai genitori...

Gentile Direttore,

tra i tanti temi che riguardano la salute degli adolescenti, quello del consumo delle sostanze alcoliche viene, spesso, sottovalutato a partire dai genitori. Le analisi più aggiornate sul consumo dell'alcol in adolescenza in Italia, basati su ISTAT e Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2025 con dati riferiti al 2023-2024 sono questi:

- Quanti adolescenti bevono? Età 11-15 anni: nonostante il divieto di vendita ai minori, beve alcol il 9,1% degli uomini e il 6,6% delle donne. Età 11-25 anni: il 19% degli uomini e il 13% delle donne consuma alcol in modo considerato "a rischio per la salute" secondo ISS, circa 1.370.000 ragazzi. Popolazione 11 anni e più: il 15,1% ha almeno un comportamento di consumo a rischio, con oltre 8 milioni di persone. Le prevalenze più alte sono tra adolescenti, giovani adulti e anziani.
- Comportamenti a rischio. Il Binge Drinking (cinque e più unità alcoliche in una sola occasione) viene praticato dall'11% degli uomini e dal 6% delle donne tra 11-25 anni. In generale riguarda oltre 4 milioni di persone, con picco 18-24 anni. Tra le donne è aumentato dell'80% in 10 anni. Consumo di alcol fuori pasto: riguarda 32% degli uomini e 25% delle donne 11-25 anni. È il comportamento in crescita, mentre il consumo quotidiano eccedentario cala nel lungo periodo.
- Cosa bevono i ragazzi 11-25 anni. Uomini : birra 42%, aperitivi alcolici 37%, vino 31%. Donne: aperitivi alcolici 33%, birra 28%, vino 24%. C'è uno spostamento del consumo dal vino a pasto verso birra e aperitivi fuori pasto.
- Perché questi comportamenti sono pericolosi in adolescenza? L'ISS ricorda che nei giovani l'alcol interferisce con lo sviluppo della corteccia prefrontale e provoca danni potenzialmente irreversibili all'ippocampo, aumentando il rischio di deficit cognitivi. L'alcol è, inoltre, classificato come cancerogeno di gruppo 1 e presenta effetti epatotossici particolarmente gravi nei soggetti giovani.
- Trend . Nel 2023 circa 8 milioni di italiani hanno consumato alcol mettendo a rischio la salute, con prevalenza significativa tra 16-17enni. Risultano essere 780 mila sono "consumatori



dannosi” che avrebbero bisogno di trattamento, ma il Servizio Sanitario Nazionale ne intercetta solo 63 mila. Il consumo a rischio è più frequente al Nord, specie Nord-Est, e nei piccoli comuni.

Questi dati sulla diffusione dell’alcol tra gli adolescenti, insieme ad altre insidie, che vanno dall’uso delle droghe, all’abuso farmacologico, al disagio psicofisico (legato a tanti fattori sia emozionali, interpersonali e social e di videodipendenza), devono indurre le istituzioni ad affrontare il tema salute del popolo minorile come una reale e seria emergenza, che non si può più fare finta di non sapere e di non vedere.

Strategico e necessario avviare progetti di legge da finanziare per rendere efficaci e utili programmi istituzionali di educazione alla salute nelle scuole utilizzando le competenze professionali che già presenti nei territori. Bisogna partire dagli Ambiti Comunali, dai Distretto Sanitario, dai medici e pediatri di famiglia, dai consultori, dal mondo operativo qualificato del terzo settore. In questi luoghi istituzionali ci sono professioni e competenze non ben utilizzate che possono diventare utilissime al miglioramento dello stato di salute del nostro mondo giovanile. Ci vogliono leggi e persone competenti nel Parlamento Italiano, nelle Regioni e nei Comuni che abbiamo in sé il vero senso di responsabilità istituzionale per avviare politiche a favore di un mondo giovanile spesso sottovalutato o dimenticato; i genitori ora da soli non ce la possono fare!

Ludovico Abbaticchio

Presidente Nazionale Sindacato Medici Italiani (SMI)



Metropolis

9.04.2026

Alcool-emergenza salute giovanile e fragilità delle istituzioni

Gentile Direttore, tra i tanti temi che riguardano la salute degli adolescenti, quello del consumo delle sostanze alcoliche viene, spesso, sottovalutato a partire dai genitori...

Gentile Direttore,

tra i tanti temi che riguardano la salute degli adolescenti, quello del consumo delle sostanze alcoliche viene, spesso, sottovalutato a partire dai genitori. Le analisi più aggiornate sul consumo dell'alcol in adolescenza in Italia, basati su ISTAT e Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2025 con dati riferiti al 2023-2024 sono questi:

- Quanti adolescenti bevono? Età 11-15 anni: nonostante il divieto di vendita ai minori, beve alcol il 9,1% degli uomini e il 6,6% delle donne. Età 11-25 anni: il 19% degli uomini e il 13% delle donne consuma alcol in modo considerato "a rischio per la salute" secondo ISS, circa 1.370.000 ragazzi. Popolazione 11 anni e più: il 15,1% ha almeno un comportamento di consumo a rischio, con oltre 8 milioni di persone. Le prevalenze più alte sono tra adolescenti, giovani adulti e anziani.
- Comportamenti a rischio. Il Binge Drinking (cinque e più unità alcoliche in una sola occasione) viene praticato dall'11% degli uomini e dal 6% delle donne tra 11-25 anni. In generale riguarda oltre 4 milioni di persone, con picco 18-24 anni. Tra le donne è aumentato dell'80% in 10 anni. Consumo di alcol fuori pasto: riguarda 32% degli uomini e 25% delle donne 11-25 anni. È il comportamento in crescita, mentre il consumo quotidiano eccedentario cala nel lungo periodo.
- Cosa bevono i ragazzi 11-25 anni. Uomini : birra 42%, aperitivi alcolici 37%, vino 31%. Donne: aperitivi alcolici 33%, birra 28%, vino 24%. C'è uno spostamento del consumo dal vino a pasto verso birra e aperitivi fuori pasto.
- Perché questi comportamenti sono pericolosi in adolescenza? L'ISS ricorda che nei giovani l'alcol interferisce con lo sviluppo della corteccia prefrontale e provoca danni potenzialmente irreversibili all'ippocampo, aumentando il rischio di deficit cognitivi. L'alcol è, inoltre, classificato come cancerogeno di gruppo 1 e presenta effetti epatotossici particolarmente gravi nei soggetti giovani.
- Trend . Nel 2023 circa 8 milioni di italiani hanno consumato alcol mettendo a rischio la salute, con prevalenza significativa tra 16-17enni. Risultano essere 780 mila sono "consumatori



dannosi” che avrebbero bisogno di trattamento, ma il Servizio Sanitario Nazionale ne intercetta solo 63 mila. Il consumo a rischio è più frequente al Nord, specie Nord-Est, e nei piccoli comuni.

Questi dati sulla diffusione dell’alcol tra gli adolescenti, insieme ad altre insidie, che vanno dall’uso delle droghe, all’abuso farmacologico, al disagio psicofisico (legato a tanti fattori sia emozionali, interpersonali e social e di videodipendenza), devono indurre le istituzioni ad affrontare il tema salute del popolo minorile come una reale e seria emergenza, che non si può più fare finta di non sapere e di non vedere.

Strategico e necessario avviare progetti di legge da finanziare per rendere efficaci e utili programmi istituzionali di educazione alla salute nelle scuole utilizzando le competenze professionali che già presenti nei territori. Bisogna partire dagli Ambiti Comunali, dai Distretto Sanitario, dai medici e pediatri di famiglia, dai consultori, dal mondo operativo qualificato del terzo settore. In questi luoghi istituzionali ci sono professioni e competenze non ben utilizzate che possono diventare utilissime al miglioramento dello stato di salute del nostro mondo giovanile. Ci vogliono leggi e persone competenti nel Parlamento Italiano, nelle Regioni e nei Comuni che abbiamo in sé il vero senso di responsabilità istituzionale per avviare politiche a favore di un mondo giovanile spesso sottovalutato o dimenticato; i genitori ora da soli non ce la possono fare!

Ludovico Abbaticchio

Presidente Nazionale Sindacato Medici Italiani (SMI)



Doctor 33

13.04.2026

Prescrizione antivirali, Aifa elimina i limiti. Smi: “Sistemi in tilt nelle ricette”

Aifa abroga le Note 11 e 84: antivirali prescrivibili senza limiti e calcio folinato in fascia C. Smi segnala criticità nei sistemi per la dematerializzazione delle ricette

L’Agenzia Italiana del Farmaco ha disposto l’abrogazione delle Note 11 e 84, eliminando le limitazioni prescrittive per gli antivirali e riclassificando in fascia C i medicinali a base di calcio folinato. Le determine, pubblicate in Gazzetta ufficiale il primo aprile 2026, modificano il regime di prescrizione e rimborsabilità per diverse categorie di farmaci utilizzati in ambito territoriale.

Per quanto riguarda la Nota 84, vengono meno i vincoli alla prescrizione a carico del Servizio sanitario nazionale per gli antivirali a base di aciclovir, famciclovir, valaciclovir e brivudina, utilizzati nel trattamento delle infezioni da virus erpetici. I medicinali restano in classe A e sono quindi prescrivibili senza le limitazioni previste dalla precedente disciplina.

La Nota 11, relativa ai medicinali a base di calcio folinato, viene invece abrogata con contestuale riclassificazione in fascia C. I prodotti non sono più rimborsati dal Servizio sanitario nazionale e restano soggetti a prescrizione medica, ma a carico del paziente. Secondo quanto riportato nella determina, la decisione è motivata anche dall’assenza di consumi registrati negli ultimi anni per le confezioni interessate e dalla disponibilità di altre formulazioni classificate come SOP/OTC.

Sull’applicazione delle nuove disposizioni interviene il Sindacato Medici Italiani, che segnala criticità operative nei sistemi informatici della medicina generale. “La Nota Aifa 84, che prevede l’abrogazione dei limiti della prescrizione dei farmaci antivirali, sta mandando in tilt i sistemi gestionali dei medici di famiglia, perché non si riesce più a dematerializzare le ricette per i medicinali in questione”, afferma Gian Massimo Gioria, responsabile nazionale Area convenzionata SMI. Secondo il sindacato, la problematica è stata segnalata all’Aifa, ma la risposta ricevuta indica che la questione deve essere risolta in altra sede. “Non vorremmo che i pazienti rimanessero senza terapie, a causa di un ritardo nel riconoscimento delle nuove norme da parte delle App gestionali”, aggiunge Gioria.

Le determine prevedono inoltre un monitoraggio della spesa e dei consumi a dodici mesi dall’entrata in vigore del provvedimento. In caso di incremento superiore al trend atteso, l’Aifa potrà avviare procedure di rinegoziazione per i medicinali coinvolti, mentre resta in capo a Regioni e aziende sanitarie la verifica dell’appropriatezza prescrittiva in ambito territoriale