network medical

LA RIVISTA DEL MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE

ANNO XXVI
NUMERO 3 | 2026
TRIMESTRALE



Casa della Comunità: non si inaugura... si organizza.

Le Case della Comunità non sono poliambulatori.

Speciale

58° Congresso nazionale Sumai

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile
Antonio Magi

Coordinatore editoriale
Stefano Simoni

Hanno collaborato
Giuseppe Nielfi,
Stefano Simoni,
Luigi Sodano

Editore
Sumai - Viale di Villa Massimo, 47 - Roma
Tel. 06.232912 E-mail sumai@sumaiweb.it

Sumai ASSOPROF
Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria

SIFOP SOCIETÀ ITALIANA DI FORMAZIONE PERMANENTE PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

Registrazione al Tribunale di Roma
n.446 del 22.10.2001 Roma

Diritto alla riservatezza:
"Medical Network" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

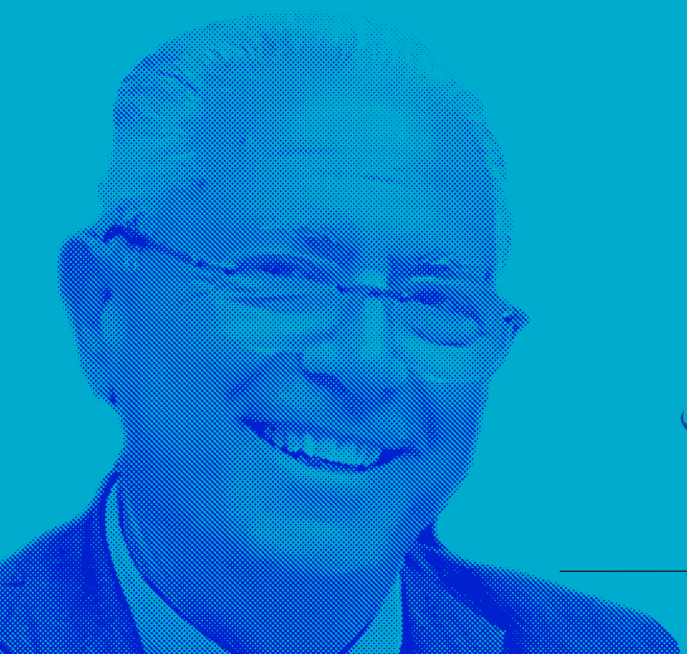
Progetto grafico e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

Chiuso in redazione nel mese di settembre 2026

EDITORIALE

Le Cdc non si inaugurano… si organizzano, e senza i sumaisti non funzionano.

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof



Care colleghe e cari colleghi
il conto alla rovescia per il 58° Congresso Nazionale del SUMAI Assoprof è iniziato. Un appuntamento che giunge in uno dei momenti più delicati e complessi per la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare, della sanità di prossimità. La riforma dell'assistenza territoriale, spinta dai fondi del PNRR e delineata dal DM 77, sta prendendo forma con la realizzazione fisica delle Case di Comunità. Ma la struttura da sola, per quanto moderna ed efficiente sul piano edilizio, non cura i cittadini. A curare sono i professionisti della salute: i medici di famiglia, i pediatri e naturalmente gli Specialisti ambulatoriali convenzionati.

Ed è proprio qui che il modello pensato per rilanciare la medicina del territorio rischia di incepparsi. Assistiamo con crescente preoccupazione alla cronica carenza di specialisti ambulatoriali interni titolari di incarico e, allo stesso tempo, all'allungarsi delle graduatorie di chi è in attesa di incarico, una vera e propria emergenza che rischia di trasformare le nuove Case di Comunità in enormi cattedrali nel deserto. Senza un potenziamento strutturale del monte orario della specialistica convenzionata, senza un ricambio generazionale adeguato e senza retribuzioni più competitive, il sogno di una presa in carico globale delle cronicità resta solo sulla carta.

La medicina specialistica territoriale non è un ripiego, ma la colonna portante della continuità assistenziale. È il ponte tra l'ospedale e il domicilio del paziente, il filtro fondamentale per evitare il collasso dei Pronto Soccorso e per contenere le liste d'attesa. Ignorare il ruolo centrale degli specialisti ambulatoriali significa condannare al fallimento sia la riforma della sanità territoriale prima ancora che sia a regime ma anche conseguentemente e contemporaneamente quella ospedaliera.

Al 58° Congresso Nazionale porteremo queste istanze all'attenzione delle istituzioni e della politica. Chiediamo investimenti certi sulle risorse umane, la valorizzazione dell'Accordo Collettivo Nazionale e condizioni lavorative che rendano attraente la nostra professione per i giovani medici. Il tempo delle soluzioni tampone è finito: senza gli specialisti ambulatoriali,
le Case di Comunità restano soltanto gusci vuoti.

Buon congresso a tutte e a tutti!

Case di Comunità, è l'ora di un modello uniforme nazionale. Il ruolo dello specialista ambulatoriale



Il presidente del Sumai Assoprof riprende la riflessione iniziata nel numero scorso sul rapporto tra CdC e specialistica ambulatoriale interna. Obiettivo individuare il futuro della categoria in questi modelli assistenziali

Luigi Sodano
Presidente Nazionale Sumai Assoprof

In occasione del precedente numero della nostra rivista ho cominciato ad affrontare il tema Case di Comunità e specialistica ambulatoriale interna al fine di individuare quale potesse essere il futuro della categoria in questi modelli assistenziali.
Dall'1 di luglio queste "CdC" sono state attivate ma ancora non è chiaro il ruolo degli specialisti ambulatoriali sebbene in numerose regioni comunque gli stessi sono stati chiamati ad operarvi.
Ritengo che il tema vada letto su tre livelli: quadro nazionale, normativa contrattuale dello specialista ambulatoriale interno (SAI) e concreta declinazione regionale/aziendale nelle Case della Comunità (CdC).

1. Il quadro nazionale

La Casa della Comunità nasce con il DM 77/2022 come luogo fisico e modello organizzativo dell'assistenza di prossimità. Non è quindi semplicemente un nuovo poliambulatorio: il principio è quello dell'équipe multiprofessionale, nella quale devono integrarsi MMG, PLS, infermieri di famiglia e di comunità, specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie e sociali.
Per lo specialista ambulatoriale questo comporta un cambiamento importante: da professionista prevalentemente dedicato all'erogazione della singola prestazione specialistica a componente stabile della rete territoriale, con responsabilità che riguardano anche presa in carico, integrazione professionale e continuità dei percorsi. L'ACN 2022-2024 della specialistica ambulatoriale diventato esecutivo nel febbraio 2026, rafforza questa impostazione. In particolare, la specialistica ambulatoriale viene organizzata attraverso AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e forme organizzative multiprofessionali, con collegamento con le AFT della medicina generale e con le UCCP (Unità Complesse di Cure primarie).
In varie parti dell'Accordo si prevede espressamente che gli specialisti possano operare presso Case della Comunità hub e spoke, UCCP, Ospedali di Comunità e altre sedi individuate dall'Azienda.
In definitiva, lo SAI nella Casa di Comunità dovrebbe svolgere almeno sei funzioni:

Com'è tradizione ormai per la nostra testata, in occasione del Congresso Nazionale Sumai Assoprof, i responsabili dele varie professionalità hanno fornito il loro contributo per fare il punto sulle proprie materie di competenza. Buona lettura



- **Attività specialistica di prossimità**
- Visite specialistiche (prime visite, controlli e follow-up);
- prestazioni diagnostiche;
- gestione delle patologie croniche ad elevata prevalenza;
- riduzione degli accessi impropri all'ospedale;
- consulenza al MMG/PLS

Lo specialista diventa una risorsa del territorio per il medico di assistenza primaria, favorendo la shared care: il modello di collaborazione tra medici specialisti e medici di medicina generale per cui il paziente può essere seguito congiuntamente.

- **Presa in carico multiprofessionale**

Il paziente complesso (anziano fragile, pluripatologico, cronico, disabile) non dovrebbe essere trattato attraverso una sequenza di visite specialistiche indipendenti. Lo specialista partecipa alla definizione del percorso insieme a MMG, infermiere di famiglia, professionisti della riabilitazione, psicologo e servizi sociali.

Speciale

58° Congresso nazionale Sumai

- **Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali**

Le AFT della specialistica e quelle della medicina generale sono chiamate a sviluppare percorsi condivisi, compresi quelli realizzati nelle Case della Comunità e negli Ospedali di Comunità.

- **Continuità ospedale-territorio**

Lo specialista territoriale può diventare una figura di collegamento dopo la dimissione ospedaliera, contribuendo a evitare il ritorno all'ospedale e gli accessi spesso impropri al PS.

- **Sanità di iniziativa e prevenzione**

Il ruolo non è necessariamente limitato alla risposta alla domanda già espressa: nelle CdC lo specialista può partecipare a programmi di screening, monitoraggio della cronicità, prevenzione delle complicanze e individuazione precoce dei pazienti a rischio.

2. Normativa contrattuale dello specialista ambulatoriale interno

Per quanto riguarda gli aspetti contrattuali va ricordato un punto fondamentale: lo SAI non è un dirigente medico dipendente, lo specialista ambulatoriale interno e altro professionista sanitario convenzionato mantiene il proprio specifico rapporto convenzionale disciplinato dall'ACN. La Casa di Comunità costituisce quindi soprattutto il luogo organizzativo e assistenziale nel quale viene esercitata l'attività, non determina nessuna trasformazione del rapporto di lavoro, anzi le attività assistenziali specialistiche dovranno continuare ad essere erogate nel totale rispetto delle caratteristiche proprie del rapporto convenzionale nazionale e individuale dello specifico specialista.

3. Declinazione regionale/aziendale nelle Case della Comunità (CdC)

Arriviamo quindi al ruolo delle Regioni e dell'Aziende sanitarie che devono definire:

- quali branche specialistiche sono necessarie e quante ore assegnare;

- quali sedi utilizzare;
- quali percorsi assistenziali attivare;
- come collegare SAI, MMG, PLS e servizi distrettuali;
- come organizzare AFT e UCCP;
- quali indicatori utilizzare per valutare l'attività.

È qui purtroppo sorgono le diversità con una applicazione concreta che sempre più spesso è appunto diversa da Regione a Regione, infatti al momento non esiste un unico modello italiano di funzionamento delle CdC. Il DM 77 stabilisce la cornice nazionale, mentre Regioni, Aziende sanitarie e accordi integrativi definiscono una parte significativa dell'organizzazione.
Mi viene naturale presentare, sebbene in maniera grossolana e riassuntiva, alcuni esempi che si possono leggere quotidianamente sia sulla stampa specializzata che sulla generalista e con l'aiuto della IA.
In **Lombardia** si parla di integrazione con la rete territoriale prevedendo che le Case di Comunità siano integrate con la rete distrettuale e che venga garantito il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali convenzionati. La normativa regionale prevede anche il collegamento con le UCCP e la medicina di iniziativa per cronicità e fragilità.
Elemento caratteristico lombardo è la forte attenzione alla rete tra Casa di Comunità, ASST, MMG e specialistica, piuttosto che alla Casa di Comunità considerata come struttura isolata.
Per l'**Emilia-Romagna** si parla di forte integrazione organizzativa ed è uno dei modelli più interessanti per l'integrazione della specialistica ambulatoriale perché nel nuovo Accordo integrativo regionale del 2026, AFT e UCCP diventano modelli organizzativi obbligatori per gli specialisti ambulatoriali e per le altre professionalità interessate. L'obiettivo dichiarato è integrare i professionisti, favorire la presa in carico dei cronici e fragili, ridurre le liste d'attesa e rafforzare il collegamento territorio-ospedale. Lo specialista viene quindi inserito in un modello ampio di governo clinico territoriale, non semplicemente chiamato a "fare visite" nella CdC.
In **Toscana** si parla di équipe multiprofessionale e Case hub/spoke prevedendo esplicitamente l'azione d'équipe tra MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri di famiglia e altri professionisti. Qui è interessante l'introduzione sperimentale, in alcune CdC hub, dei Punti di Intervento Rapido (PIR) per la gestione delle urgenze differibili a bassa complessità. Questo aumenta potenzialmente il ruolo dello specialista territoriale come alternativa all'invio sistematico al pronto soccorso.
Nel **Lazio** si è puntato alla presenza concreta dello specialista nelle CdC con una integrazione molto evidente nelle strutture inaugurate nel giugno 2026, che comprendono esplicitamente specialisti ambulatoriali all'interno del team multiprofessionale con un'area specifica per specialistica ambulatoriale e diagnostica di base. Interessante anche il fatto che nel 2026 la Regione Lazio abbia costituito un gruppo di lavoro specifico per elaborare il modello delle équipe multiprofessionali all'interno delle Case della Comunità, comprendendo SAI, specialisti dipendenti, infermieri e altre figure.
In **Puglia** il modello è esplicitamente multiprofessionale e richiama direttamente il DM 77 definendo la CdC come sede nella quale lavorano insieme MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, assistenti sociali e altri professionisti sanitari. La CdC hub deve inoltre garantire attività specialistica e diagnostica di base,



xxx



mentre lo spoke ha una funzione più orientata all'assistenza primaria e alla prevenzione, pertanto la differenza hub/spoke è particolarmente importante anche per determinare la quantità e la tipologia di attività specialistica disponibile.
In **Sicilia** la specialistica viene vista come componente strutturale della CdC con la programmazione 2025-2026 che considera esplicitamente il rapporto tra CdC e specialistica ambulatoriale.
Le Case di Comunità, organizzate in hub e spoke, sono chiamate a garantire anche servizi specialistici per le patologie ad elevata prevalenza, in rete con l'attività ospedaliera e attraverso piattaforme informatiche e percorsi clinici condivisi. Il modello siciliano appare quindi orientato a utilizzare la CdC come nuovo punto di erogazione della specialistica territoriale, mantenendo però una forte connessione con l'ospedale.

Speciale

58° Congresso nazionale Sumai

Il **Piemonte** ha puntato ad una forte governance della specialistica con un'organizzazione particolarmente strutturata della specialistica ambulatoriale interna attraverso il Comitato Paritetico Regionale, che svolge funzioni di governance, programmazione, monitoraggio del monte ore e verifica degli accordi aziendali. È importante perché dimostra che l'inserimento dello specialista nelle CdC non può essere separato dalla programmazione complessiva dell'offerta specialistica regionale.
Il **Veneto** dispone di un sistema consolidato di gestione della specialistica ambulatoriale interna, con accordi regionali e procedure centralizzate. La Regione mantiene una disciplina specifica degli specialisti ambulatoriali e delle relative graduatorie. Il modello veneto è quindi caratterizzato da una forte componente di governance regionale e aziendale della specialistica, che dovrà essere progressivamente coordinata con la rete delle CdC.
La **Campania** sta procedendo alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso AFT e UCCP. La documentazione regionale più recente evidenzia che l'integrazione con le CdC e la definizione delle modalità operative sono strettamente legate agli accordi regionali e aziendali. Il processo campano è quindi ancora fortemente caratterizzato dalla fase di implementazione organizzativa.
Fatta questa disamina della variegata situazione nazionale rimane quale problema centrale: «presenza fisica» o «integrazione».
Una Casa di Comunità può avere lo specialista ambulatoriale presente per alcune ore alla settimana e, formalmente, rispettare il principio della presenza specialistica ma questo non significa che il modello della CdC sia stato realizzato.
A dirla tutta il vero salto organizzativo si ha quando lo specialista rientra da uno schema così:
MMG ➔ impegnativa ➔ visita specialistica ➔ referto ➔ paziente restituito al MMG.
che sostanzialmente è il vecchio modello ambulatoriale trasferito dentro una nuova struttura,
ad un nuovo schema così:
MMG ➔ richiesta/consulto ➔ specialista ➔ condivisione del piano ➔ infermiere di famiglia ➔ eventuale diagnostica ➔ follow-up ➔ eventuale ospedale.

Ci sono troppi modelli differenti in cui la stessa figura professionale può avere organizzazione, monte ore, percorsi e modalità di integrazione diversi da una Regione all'altra il che significa, non dobbiamo mai dimenticarlo, diversa assistenza specialistica al cittadino, spesso purtroppo diseguaglianza geografica nell'assistenza al cittadino.
La normativa nazionale ormai identifica chiaramente lo specialista ambulatoriale come componente dell'équipe territoriale, il problema non è più stabilire se debba esserci, ma come utilizzarne competenze, ore e professionalità, quindi è l'ora che si addivenga al più presto ad un nuovo ACN che definisca, normativamente e economicamente, un modello uniforme di operatività professionale nelle CdC degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie da applicare in tutto il Paese.

Difendere la sanità pubblica formando i giovani specialisti

Il programma della Scuola di Formazione per i prossimi anni: un grande investimento sul ricambio generazionale. Comunicazione, conoscenza delle clausole contrattuali e tecniche avanzate di negoziazione per cominciare quindi la trasformazione digitale, le problematiche della telemedicina e le responsabilità professionali.

Francesca Castellani
Direttore Scuola Formazione Sindacale



Guardare al futuro della specialistica ambulatoriale significa prima di tutto capire come tutelare concretamente il Servizio Sanitario Nazionale in un momento di profonda trasformazione. Difendere la sanità pubblica non significa attendere decisioni calate dall'alto, ma garantire ogni giorno la continuità delle cure sul territorio e rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. Per sostenere ciò serve una leadership sindacale preparata, autorevole e capace di incisività politica e culturale. È con questa consapevolezza che la Scuola di Formazione Nazionale del SUMAI vuole investire con decisione sulle nuove generazioni, offrendo ai giovani colleghi la visione e le competenze necessarie per guidare la sanità di domani.Oggi un medico e un rappresentante sindacale devono essere capaci di valicare i confini del proprio ambulatorio o dei tavoli di trattativa, imparando a comunicare, argomentare, spiegare e guidare l'opinione pubblica e le istituzioni verso scelte consapevoli. È in questa prospettiva che si inserisce anche la recente e intensa esperienza formativa in occasione del corso di comunicazione giornalistica per medici, dal titolo «La notizia non può attendere» proposto in più edizioni. Un evento di altissimo profilo, accreditato ECM, condotto da due firme storiche del giornalismo italiano come Margherita De Bac e Giuliano Giubilei.
In quei giorni di formazione, i numerosi giovani colleghi che hanno partecipato, si sono messi in gioco davanti a una telecamera, cimentandosi in interviste simulate, imparando i tempi e i registri della televisione, della radio, della carta stampata e dei social media.
Anche partendo da questo entusiasmo nasce il cuore del nuovo programma della Scuola di Formazione per i prossimi anni: un grande investimento sul ricambio generazionale che si concretizzerà in un percorso sistematico di incontri mensili dedicati ai delegati di ciascuna provincia italiana. Vogliamo creare una rete capillare di giovani dirigenti, un coordinamento permanente che si riunisca a cadenza regolare per costruire una nuova classe dirigente sindacale altamente qualificata e consapevole. Questi appuntamenti mensili saranno strutturati come veri e propri laboratori operativi di approfondimento. Il punto di partenza sarà sicuramente lo studio analitico dell'Accordo Collettivo Nazionale e delle normative regionali, fornendo ai giovani delegati la padronanza giuridica e normativa. Ma la conoscenza delle clausole contrattuali rappresenta solo il primo livello della nostra azione formativa. Gli incontri mensili affronteranno i grandi temi della politica sanitaria e dell'economia della salute, insegnando ai nostri rappresentanti ad avere una visione sull' ottimizzazione delle risorse, a sapere interpretare i dati epidemiologici territoriali e a comprendere i meccanismi della programmazione regionale.
Accanto alla teoria contrattuale e normativa, il progetto dedicherà ampio spazio alle tecniche avanzate di negoziazione, affinché ogni delegato provinciale impari a sedersi ai tavoli di trattativa con autorevolezza tecnica e capacità dialettica. Analizzeremo insieme la trasformazione digitale della sanità, le problematiche legate alla telemedicina, le responsabilità professionali. Inseriremo inoltre moduli specifici sulla comunicazione istituzionale per insegnare ai delegati come interfacciarsi in modo efficace con la stampa locale, con i Direttori Generali e con i decisori politici del territorio.
Fare sindacato in Sanità Pubblica significa costruire pilastri solidi a tutela dell'universalismo delle cure. Ma tutto ciò si realizzerà solo grazie all'impegno, alle idee e alla voce dei professionisti che operano ogni giorno. Continuare a investire sulla formazione dei giovani specialisti, offrendo loro uno spazio mensile di crescita, confronto e affiancamento costante, non è una semplice scelta metodologica, ma è l'investimento importante per garantire un futuro solido e autorevole alla specialistica ambulatoriale e alla salute di tutti.

Speciale
58° Congresso nazionale Sumai

Senza un Atto di indirizzo immediato per l'ACN 2025–2027, le Case di Comunità sono a rischio. Il Sumai-Assoprof chiede un disegno contrattuale integrato per tutta la medicina del territorio.

Un contratto che non può aspettare

Il 30 giugno 2026 è stata la data entro cui il sistema delle Case di Comunità avrebbe dovuto essere a regime. Strutture costruite, inaugurate, finanziate con i fondi del PNRR. Ma funzionanti? Su questo la risposta è tutt'altro che scontata. Una Casa di Comunità senza specialisti ambulatoriali è un contenitore architettonico, non un presidio sanitario.

È con questa urgenza sullo sfondo che il SUMAI Assoprof ha richiesto con forza l'adozione immediata di un Atto di indirizzo per il rinnovo dell'ACN 2025–2027. La carenza di specialisti disponibili a coprire i turni nelle strutture territoriali non è uno scenario futuro: è una realtà presente che si aggrava di mese in mese. La convenzione attualmente non compete con il settore privato sul piano economico, né con i contesti ospedalieri sul piano delle dotazioni tecnico-strumentali. Il risultato è una progressiva fuga verso altre forme di esercizio, con una desertificazione specialistica che rischia di rendere irreversibile il fallimento degli obiettivi di presa in carico.

La posizione del sindacato è netta: non servono contratti rinnovati in ordine sparso, ma un impianto integrato tra tutte le componenti della medicina convenzionata — MMG, specialisti ambulatoriali, altri professionisti del territorio — con principi comuni e tempi sincronizzati. Una riforma basata sull'integrazione multiprofessionale non può poggiare su ACN disallineati. Se le innovazioni — FSE 2.0, telemedicina, farmacia dei servizi — vengono declinate in modo non coordinato, il risultato non è l'integrazione: è la moltiplicazione dei silos. A questo si aggiunge una denuncia altrettanto netta: l'asimmetria tra comparti. Mentre allo stato attuale (inizio settembre) le trattative per il rinnovo del CCNL della stessa dirigenza medica sono in fase di stallo sulla parte economica, la medicina convenzionata accumula ritardi so-



Renato Obrizzo
Segretario
Organizzativo
Settore Convenzioni



stanziali — precedenti accordi non sempre applicati, voci retributive erogate parzialmente, arretrati non liquidati. Un professionista che vede il proprio contratto disapplicato non è stimolato ad investire la propria carriera nella convenzione. E un sistema non credibile non può attrarre nuovi professionisti.

Le richieste sono tre e precise: Atto di indirizzo immediato, avvio contestuale delle trattative con risorse congrue, definizione di obiettivi comuni tra i diversi ACN.

Ma la forza delle richieste dipende anche da quanto queste siano radicate nella realtà concreta che vivono ogni giorno i nostri colleghi sui territori. Per questo, parallelamente all'azione istituzionale, il Segretario Generale con la Segreteria Nazionale ha scelto di raccogliere criticità, esigenze, proposte attraverso incontri online con i Segretari Regionali e Provinciali in tutta Italia.

Tra aprile e maggio 2026 in cinque tappe - Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud, Isole - sono state raccolte e sistemizzate molte segnalazioni. Il risultato è il «**Progetto Ascolto Attivo**»: utile base empirica su cui potranno poggiare le eventuali proposte per i tavoli negoziali. Il progetto restituisce alla categoria una fotografia in chiaroscuro. Sono state evidenziate difficoltà locali dell'azione sindacale legate prevalentemente a nodi di natura sistemica che richiederanno l'impegno di tutti. Il risultato degli incontri è un *documento di lavoro** che la Segreteria Nazionale ha elaborato, una mappa delle criticità sistemiche e alcune proposte operative, riferimento per l'azione negoziale dei prossimi mesi. Dall'analisi dei contributi dei Segretari Regionali e Provinciali risalta una generale concordanza geografica. Le criticità segnalate a Torino, a Napoli, a Palermo, a Cagliari etc., sono strutturalmente le stesse, con variazioni di intensità ma non di natura. Questo significa che stiamo parlando di problemi locali non generati dall'azione sindacale inefficace ma da rapporti sindacali difficili con amministrazioni regionali e aziendali inefficienti; stiamo parlando cioè di un sistema che produce sistematicamente le stesse disfunzioni su tutto il territorio nazionale. Tra le criticità più evidenti vi è la carenza di specialisti disponibili a coprire i turni pubblicati. In Lombardia, su 7.700 ore pubblicate nel marzo 2026, solo il 5-10% è stato assegnato. Quasi tutte le altre Regioni segnalano situazioni analoghe. Una delle risposte più frequenti — «bisogna comunicare meglio la professione ai giovani» — appare però insufficiente. Il problema non è di immagine: è di sostanza. Nonostante tutto il lavoro costantemente assicurato dai vari livelli dirigenziali del nostro sindacato, la convenzione, così com'è oggi strutturata, appare ancora poco competitiva sul mercato professionale rispetto alle alternative disponibili, che siano la dipendenza ospedaliera, la libera professione pura o i contesti con maggiore dotazione tecnologica. Inoltre finché l'incremento della massa salariale previsto per il prossimo rinnovo ACN (2025-2027) si attesterà intorno a poco più del 5%, la distanza non sarà facile colmarla. La rigidità delle attuali incompatibilità rappresenta un altro elemento sottolineato da molti colleghi e a questo si aggiunge l'applicazione disomogenea degli accordi già sottoscritti. Ci sono Regioni con Accordi Integrativi Regionali fermi da quasi vent'anni. Ci sono Province dove gli arretrati sono calcolati in maniera difforme, come segnalato dalla Calabria. Ci sono Aziende dove la stessa voce contrattuale viene interpretata in modo difforme a pochi chilometri di distanza! Appare difficile costruire un senso di appartenenza professionale su questa base.

> **Tra le criticità più evidenti vi è la carenza di specialisti disponibili a coprire i turni pubblicati. In Lombardia, su 7.700 ore pubblicate nel marzo 2026, solo il 5-10% è stato assegnato.**

> **Quasi tutte le altre Regioni segnalano situazioni analoghe**

Le Case di Comunità: la sfida più urgente.

Il capitolo più delicato del documento riguarda le Case di Comunità, il cuore della riforma territoriale prevista dal DM 77/2022 e finanziata dal PNRR. Il problema non è la riforma in sé — la direzione è quella giusta — ma le

modalità con cui si sta attuando sul campo. In molte realtà le strutture stanno aprendo prima che siano stati definiti le risorse economiche, il personale, i ruoli e le dotazioni tecnologiche. E le Direzioni strategiche, trovandosi davanti a un vuoto, lo riempiono come possono: a volte spostando specialisti ambulatoriali senza negoziazione, a volte — come documentato in Abruzzo — impiegando personale ospedaliero nelle strutture territoriali senza nemmeno comunicarlo alle organizzazioni sindacali. Su questo punto il documento sviluppa una riflessione che vale la pena riportare con chiarezza, perché tocca un nodo identitario della categoria. Lo specialista ambulatoriale che lavora nelle Case di Comunità è una figura professionale con un mandato specifico e non intercambiabile: gestire il paziente cronico polipatologico, fragile, la cui stabilità clinica dipende da determinanti sociali, economici e familiari oltre che clinici. L'impostazione biopsicosociale, la gestione dell'incertezza diagnostica a bassa probabilità pre-test, l'appropriatezza prescrittiva nel contesto territoriale sono competenze che si costruiscono nell'esercizio continuato di quel ruolo, non si improvvisano. Un professionista formato esclusivamente in ambiente ospedaliero, inserito senza transizione nelle Case di Comunità, tende strutturalmente all'iper-diagnostica e alla medicalizzazione inappropriata. Non è un giudizio di valore: è una differenza di ecosistema clinico. Ma il documento va oltre la sola tutela difensiva, e avanza una riflessione più originale. Gli specialisti ambulatoriali che operano oggi negli ospedali e nelle università rappresentano una risorsa professionale peculiare: non hanno, nella maggioranza dei casi, esperienza diretta del setting territoriale, ma occupano una *posizione preferenziale* che nessun'altra figura professionale del SSN occupa. Sono specialisti convenzionati collocati fisicamente nell'ospedale, con accesso alle sue tecnologie e alle sue reti cliniche, ma inseriti nel medesimo quadro normativo e contrattuale dei colleghi specialisti ambulatoriali operanti nel setting territoriale. Invece ipoteticamente di spostarli verso le Case di Comunità — impoverendo il secondo livello senza aggiungere reale vantaggio alla sanità territoriale e riducendo contemporaneamente le competenze ospedaliere — si potrebbe valutare di riconoscere e normare la funzione che solo loro possono svolgere: quella di nodo preferenziale di raccordo clinico nei percorsi integrati tra territorio e ospedale. Il SAI operante in ospedale che riceve la richiesta dal collega territoriale per un percorso di cura condiviso, risponde con gli strumenti dell'ospedale e restituisce un piano clinico utilizzabile nella logica della presa in carico longitudinale. Svolge talvolta una funzione che oggi avviene in modo informale, non remunerata e non tutelata. Renderla un profilo professionale riconosciuto contrattualmente rappresenterebbe una proposta di sistema, non una rivendicazione corporativa.

> **Gli specialisti ambulatoriali che operano oggi negli ospedali e nelle università rappresentano una risorsa professionale peculiare: occupano una posizione preferenziale che nessun'altra figura professionale del SSN occupa**

Speciale
58° Congresso nazionale Sumai

Governance, retribuzione, innovazione: le tre leve.

Le altre priorità del documento si articolano su tre assi. Il primo è la semplificazione retributiva: ridurre la quota variabile dell'ACN e accorpare le numerose componenti in un valore unico chiaramente determinato, sottraendolo alla discrezionalità interpretativa delle singole Aziende. Il secondo è il rafforzamento dei Comitati Regionali e Zonali, oggi in molte realtà ancora puramente consultivi o addirittura non costituiti: senza organismi territoriali con potere effettivo di verifica, anche il migliore accordo nazionale o regionale rimane depotenziato. Il terzo asse riguarda l'innovazione digitale: il prossimo lancio della App SUMAI — piattaforma per telemedicina, booking, domiciliarità e integrazione con le farmacie di prossimità, sviluppata in collaborazione con Federfarma — rappresenta un'occasione che la Segreteria Nazionale intende cogliere come strumento di valorizzazione professionale strutturale, da integrare negli accordi e nei progetti incentivanti regionali.

Perché questo documento conta.

Il «Progetto Ascolto Attivo» non vuole essere un esercizio di stile. È la prima volta che il SUMAI, con questa modalità, costruisce sistematicamente, da Nord a Sud, una base empirica comune utile per incidere sul peso specifico delle eventuali proposte ai tavoli negoziali. Le criticità non sono solo segnalazioni episodiche di singole Segreterie periferiche, sono dati aggregati, confrontabili, trasparenti. Il lavoro può contribuire forse a una maggiore consapevolezza interna alla categoria: sapere che il collega di Palermo vive lo stesso problema del collega di Torino non risolve il problema, ma è il primo passo per smettere di considerarlo e trattarlo come questione solo locale e riconoscerlo invece per quello che è — una questione di sistema che merita una risposta di sistema con il contributo di tutti. Buon Congresso a tutti!

**Documento programmatico «Progetto Ascolto Attivo – Documento di lavoro», elaborato dalla Segreteria Nazionale SUMAI-Assoprof sulla base degli incontri territoriali di aprile–maggio 2026*

Giorgio Visca
Direttore Centro Studi Nazionale

Dal bisogno al fabbisogno di assistenza specialistica di comunità



Una rete specialistica territoriale esiste nel Servizio Sanitario Nazionale fin dalla sua nascita. La sfida oggi è trasformare un bisogno crescente, alimentato da invecchiamento, cronicità e multimorbilità, in un fabbisogno programmato di competenze e risorse

Il bisogno di assistenza specialistica di comunità

Il concetto di "bisogno" costituisce uno dei fondamenti teorici del campo della sanità pubblica e della programmazione sanitaria. Nel *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 15 marzo 2010, n. 38*, Anni 2015-2017, esso viene definito come *«lo stato di tensione più o meno intensa dovuto alla mancanza di qualcosa»*. Il bisogno in ambito sanitario diventa quindi l'oggetto della programmazione, poiché richiede di essere tradotto in interventi, servizi e risorse capaci di ridurre lo scostamento tra le condizioni di salute osservabili nella popolazione e quelle potenzialmente conseguibili attraverso interventi efficaci.
In questa prospettiva, **il bisogno non coincide con la domanda di assistenza, ma rappresenta il presupposto epidemiologico sul quale dovrebbe fondarsi la definizione dell'offerta sanitaria e del relativo fabbisogno di risorse e competenze professionali.**
L'attuale transizione demografica (Fig. 1) ed epidemiologica ha profondamente modificato i bisogni della popolazione rispetto a quelli presenti alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale, rendendo progressivamente inadeguati modelli assistenziali pensati e costruiti in un'epoca nella quale la popolazione era più giovane, prevalevano le malattie acute e l'ospedale costituiva il principale luogo di erogazione delle cure specialistiche.

Questi cambiamenti hanno reso progressivamente **esplicito il bisogno di un'assistenza specialistica anche nei contesti territoriali della cronicità**, rendendo indispensabili un diverso modo di pensare le Cure Primarie e una ridefinizione del ruolo della medicina specialistica all'interno del territorio.
Negli ultimi anni numerosi Paesi occidentali, pur senza criticità demografiche così pronunciate come quelle italiane, nella crescente consapevolezza di questo bisogno hanno quindi avviato processi di riorganizzazione finalizzati a trasferire stabilmente una parte dell'assistenza specialistica dagli ospedali ai servizi di comunità, sviluppando forme di collaborazione tra specialisti, medicina generale e servizi territoriali.
Paradossalmente, **mentre molti sistemi sanitari stanno costruendo nuovi modelli di *community-based specialist care*, l'Italia dispone da quasi cinquant'anni di una rete pubblica di specialistica ambula-**

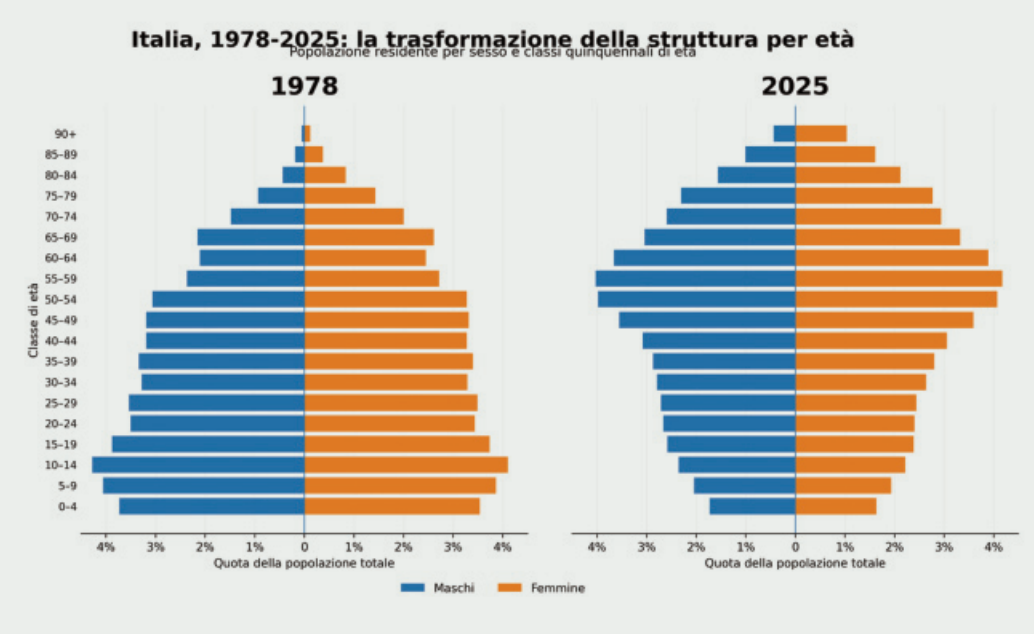


Speciale

58° Congresso nazionale Sumai

toriale territoriale che rappresenta una delle caratteristiche più originali, ma anche meno valorizzate, del proprio Servizio Sanitario Nazionale.
Fin dalla sua istituzione nel 1978, infatti, il legislatore aveva previsto la presenza di specialisti operanti stabilmente nei servizi distrettuali e negli ambulatori territoriali. Tale scelta esprimeva una visione particolarmente lungimirante: riconoscere che una parte significativa dei bisogni specialistici dovesse essere soddisfatta direttamente sul territorio, in stretta connessione con i servizi di prossimità e non esclusivamente attraverso il livello ospedaliero.
Per molti anni questa organizzazione è stata interpretata prevalentemente come una modalità di erogazione decentrata di prestazioni ambulatoriali. Alla luce dell'evoluzione epidemiologica odierna, essa assume invece un significato diverso, orientato verso un concetto di presa in carico specialistica del paziente cronico nei diversi setting territoriali: ambulatorio, cure domiciliari, residenzialità e nuove Case e Ospedali di Comunità. Un'impostazione ripresa e confermata, più recentemente, anche dal D.M. 77 del 2022.

Quarantasette anni di transizione demografica: struttura per età e sesso della popolazione residente in Italia, 1978 e 2025. **(Fonte: elaborazione Centro Studi SUMAI-Assoprof su dati ISTAT: Per il 1978: Popolazione e bilanci demografici per sesso, età e regione, ricostruzione per gli anni 1972-1981, Supplemento al Bollettino mensile di statistica n. 14, 1985; per il 2025: Popolazione residente per sesso ed età al 1° gennaio 2025, DEMO - Demografia in cifre)**



La specialistica ambulatoriale interna italiana può essere riletta quindi come il primo modello di assistenza specialistica di comunità, sviluppato con largo anticipo rispetto a orientamenti che soltanto negli ultimi anni stanno emergendo in altri sistemi sanitari.
Questo patrimonio assistenziale ha trovato una significativa conferma nel 2012 con il decreto-legge 158, comunemente noto come decreto Balduzzi. La portata innovativa del provvedimento è stata generalmente ricondotta all'introduzione per tutti i professionisti convenzionati delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse di Cure Primarie. Tale interpretazione, pur corretta, rischia tuttavia di sottovalutare un altro elemento di particolare rilievo della norma nel panorama internazionale.
Per la prima volta veniva infatti formalmente collocata la specialistica ambulatoriale territoriale all'interno dell'organizzazione delle Cure Primarie. Si tratta di un passaggio di notevole importanza culturale oltre che organizzativa. La medicina specialistica non viene più considerata esclusivamente come livello assistenziale successivo rispetto alla medicina generale, ma come componente integrante del sistema delle Cure Primarie, chiamata a collaborare stabilmente nella presa in carico della popolazione.
Sotto questo profilo il decreto Balduzzi rappresenta un punto di svolta superando una concezione esclusivamente generalista delle Cure Primarie e introducendo un modello fondato sull'integrazione tra competenze generalistiche e specialistiche sulla base del quale **non è più possibile considerare la medicina specialistica come una componente esterna alle Cure Primarie**.
È proprio su questo punto che emerge una delle principali contraddizioni del nostro sistema sanitario. Pur



avendo progressivamente riconosciuto, anche sul piano normativo, il bisogno della specialistica territoriale, **il Servizio Sanitario Nazionale non si è ancora dimostrato in grado né di valorizzarne pienamente il contributo né di sviluppare strumenti adeguati per programmarne l'offerta.**

Fin dalla sua istituzione il Servizio Sanitario Nazionale ha infatti potuto contare su una componente professionale che ha operato quotidianamente nel territorio, spesso lontano dai riflettori del dibattito sanitario e della stessa programmazione nazionale. Cardiologi, diabetologi, pneumologi, neurologi, fisiatri, ginecologi, oculisti, dermatologi, dentisti e numerosi altri specialisti, medici nonché psicologi, hanno garantito, attraverso i poliambulatori pubblici e i servizi distrettuali, milioni di prestazioni cliniche, attività di follow-up, percorsi diagnostico-terapeutici e consulenze integrate con la medicina generale e con quella ospedaliera, contribuendo in modo sostanziale alla gestione della cronicità e alla continuità delle cure.

Eppure, nonostante questa lunga storia, **il contributo della specialistica ambulatoriale territoriale al mantenimento dello stato di salute della popolazione italiana non è mai stato oggetto di una reale valorizzazione istituzionale né di una sistematica riflessione scientifica**.

Questo appare ancora più sorprendente se si considera che l'Italia viene costantemente collocata, dai principali organismi internazionali, tra i Paesi con i migliori livelli di salute della popolazione, con una delle più elevate aspettative di vita e risultati complessivamente favorevoli in numerosi indicatori di performance del sistema sanitario, nonostante la scarsità delle risorse finanziarie dedicate.

Tuttavia, **nel ricostruire le ragioni ed i meriti di tali risultati, la specialistica ambulatoriale territoriale è risultata sempre pressoché assente dal dibattito scientifico e istituzionale.**

Questa invisibilità investe la stessa capacità del sistema di conoscere e governare una componente strutturale della propria organizzazione.

Paradossalmente, nonostante la specialistica ambulatoriale interna rappresenti oggi, dopo la medicina generale, la più numerosa delle componenti convenzionate del Servizio sanitario nazionale, è l'unica a non essere descritta attraverso uno specifico sistema informativo nazionale.

A differenza di quanto avviene per gli altri professionisti delle Cure Primarie, non esiste infatti un flusso informativo nazionale dedicato che consenta di quantificare in modo sistematico l'offerta di assistenza specialistica territoriale, analizzarne la distribuzione per discipline e monitorarne l'evoluzione nel tempo.

Ciò che non viene misurato difficilmente viene programmato; ciò che non viene programmato tende a non essere considerato nelle strategie di sviluppo del sistema sanitario. L'invisibilità informativa si trasforma così in invisibilità programmatoria e, infine, in invisibilità culturale.

Dal bisogno al fabbisogno: la principale criticità della programmazione della specialistica territoriale

Il Servizio sanitario nazionale, pur riconoscendo ormai da tempo, almeno sul piano normativo, la necessità di una presenza specialistica all'interno delle Cure Primarie, non è mai stato in grado di definire criteri programmatori capaci di stabilire quale dotazione specialistica debba essere garantita nei diversi territori.

In altri termini, **il sistema riconosce ufficialmente il bisogno di assistenza specialistica territoriale, ma non ne definisce il "fabbisogno" in termini di risorse umane necessarie.**

Questa situazione rappresenta una significativa anomalia nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Per le altre componenti delle Cure Primarie, ossia la medicina generale e la pediatria di libera scelta, esistono infatti parametri relativi alla popolazione assistita espressi in termini di rapporto ottimale di medici per numero di abitanti. La specialistica ambulatoriale territoriale costituisce invece l'unica grande componente delle Cure Primarie per la quale manca oggi qualsiasi riferimento nazionale relativo all'offerta di assistenza da garantire alla popolazione.

Eppure non è sempre stato così. Fino alla metà degli anni Novanta la programmazione nazionale prevedeva infatti criteri quantitativi basati sul numero di ore di attività specialistica ambulatoriale da assicurare in rapporto alla popolazione residente e differenziati per branca specialistica. Con l'abolizione del "fabbisogno" la programmazione della specialistica territoriale si è quindi sviluppata prevalentemente attraverso meccanismi locali, fortemente influenzati dalla disponibilità di risorse economiche, dalla storia organizzativa delle singole aziende sanitarie e dalle dinamiche del turn over professionale, piuttosto che da un'analisi sistematica dei bisogni epidemiologici.

Sulla spinta del contenimento della spesa, e con la specialistica ambulatoriale interna collocata alla voce "Beni e Servizi" nei bilanci aziendali, si è assistito in molte Regioni italiane a una progressiva e importante erosione dell'offerta di assistenza specialistica pubblica in ambito territoriale, particolarmente evidente in alcune aree del Nord, con una conseguente rilevante disomogeneità della presenza specialistica a livello nazionale.

Questa situazione appare ancora più problematica oggi nel contesto della riforma delle cure territoriali prevista dal DM 77/2022. Le Case della Comunità rappresentano il principale



investimento organizzativo del Servizio sanitario nazionale realizzato negli ultimi decenni. La loro efficacia, tuttavia, dipenderà non tanto dalla realizzazione delle strutture edilizie, ma dalla capacità di dotarle, oltre le altre professionalità, anche delle competenze specialistiche necessarie.

Ne consegue che **la definizione del fabbisogno specialistico in ambito territoriale rappresenta oggi una delle condizioni essenziali per il funzionamento dell'intero sistema.**

In assenza di tali riferimenti, il rischio è che la composizione specialistica delle équipe venga determinata prevalentemente dalle scelte di allocazione economica delle singole direzioni aziendali o dalla disponibilità contingente dei professionisti, piuttosto che dai bisogni della popolazione, contribuendo ad ampliare le diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari che già caratterizzano il nostro Paese ed alimentando sempre più il ricorso alla spesa sanitaria out-of-pocket da parte dei cittadini.

> **Rendere nuovamente attrattiva la specialistica ambulatoriale interna, a partire da una remunerazione adeguata al valore e alla responsabilità professionale**

A questa criticità programmatoria se ne aggiunge oggi una seconda, sempre più evidente e progressivamente "drammatica": la crescente difficoltà ad assegnare i turni di specialistica ambulatoriale interna messi a disposizione dalle Aziende Sanitarie. In molte realtà, ormai a livello nazionale, **le ore pubblicate rimangono senza candidati e una quota dell'offerta potenziale non riesce quindi a trasformarsi in assistenza effettivamente erogata**. Il fenomeno rischia di assumere un peso particolarmente rilevante proprio mentre le Case della Comunità richiedono, per diventare realmente operative, una presenza stabile di competenze specialistiche nel territorio.

Ricondurre questa difficoltà alla carenza di medici specialisti sarebbe tuttavia riduttivo e sostanzialmente non supportato dai dati. Un elemento decisivo è infatti la perdita di attrattività del lavoro specialistico territoriale nel Servizio sanitario nazionale: la remunerazione prevista per gli incarichi convenzionati, insieme alle condizioni organizzative e alle prospettive professionali offerte, fatica sempre più a sostenere il confronto con le opportunità disponibili nel settore privato. **Rendere nuovamente attrattiva la specialistica ambulatoriale interna, a partire da una remunerazione adeguata al valore e alla responsabilità professionale, diventa pertanto rilevante quanto la programmazione del fabbisogno: non è infatti sufficiente stabilire quante ore e quali competenze servano, se il sistema non è poi in grado di reclutare i professionisti necessari a garantirle.**

In assenza di interventi che siano in grado di attrarre e mantenere la componente specialistica all'interno del sistema sanitario e di programmarne in modo strutturale il fabbisogno assistenziale a livello territoriale, la riforma del 2022 si limiterà ad essere una costellazione di "Case vuote", assolutamente non in grado di affrontare e superare gli attuali limiti dell'assistenza territoriale e garantire una presa in carico efficace della popolazione cronica nel territorio.



Le Linee di indirizzo Agenas, il nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa e il ruolo della specialistica di comunità

Le recenti Linee di indirizzo tecniche sulle équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità" elaborate da AGENAS rappresentano un passaggio importante nel percorso di definizione del nuovo assetto dell'assistenza territoriale. Il documento ha il merito di porre al centro il lavoro in équipe e di riconoscere che la risposta ai bisogni complessi della popolazione richiede l'integrazione di professionalità differenti. Proprio per questa rilevanza appare utile soffermarsi sul modo in cui nel documento viene delineato il ruolo della medicina specialistica territoriale all'interno delle Cure Primarie. Il medico specialista è espressamente previsto nell'équipe allargata e può operare nella Casa della Comunità, anche attraverso la telemedicina o in raccordo con le strutture ospedaliere. **Ciò che non appare sviluppato nel documento è tuttavia il riconoscimento della specialistica territoriale come componente organizzata e stabile delle Cure Primarie**, dotata di una propria rete professionale e chiamata a concorrere continuativamente alla presa in carico della popolazione.

La differenza non è soltanto terminologica. Considerare lo specialista come una professionalità da attivare in relazione a uno specifico bisogno è diverso dal collocare la specialistica ambulatoriale territoriale all'interno di una rete clinica capace di programmare attività, coordinare competenze e condividere responsabilità assistenziali con medicina generale, Distretto e servizi territoriali.

Questo aspetto assume particolare rilievo nei percorsi dedicati alle principali condizioni croniche - diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, fragilità, decadimento cognitivo e altre - nei quali lo specialista territoriale può rappresentare non soltanto un supporto clinico occasionale, ma una componente continuativa e, quando appropriato, corresponsabile del progetto assistenziale.

Una maggiore esplicitazione di questa funzione avrebbe consentito inoltre di chiarire meglio le relazioni tra specialistica ambulatoriale, medicina di famiglia, Case della Comunità, Distretto e ospedale. È proprio nella continuità tra questi livelli, più che nella semplice compresenza di professionisti nella stessa struttura, che si misura la capacità delle nuove organizzazioni territoriali di realizzare una presa in carico effettivamente integrata.

Rimane inoltre aperto il tema del fabbisogno, centrale nelle considerazioni sviluppate in precedenza. Le Linee di indirizzo definiscono infatti principi e modalità di funzionamento delle équipe, ma non si pongono il problema di quantificare la dotazione specialistica necessaria né di individuare standard o branche prioritarie in rapporto alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione. Si tratta di un limite comprensibile rispetto allo specifico oggetto del documento, ma che rende evidente la necessità di un successivo livello di programmazione capace di tradurre il modello organizzativo in risorse professionali concretamente disponibili nei territori.

Analoga attenzione avrebbero meritato le Aggregazioni Funzionali Territoriali e, in particolare, le loro potenzialità nell'organizzazione della specialistica ambulatoriale interna e delle altre professionalità convenzionate. Il richiamo agli Accordi Collettivi Nazionali è presente, ma **il possibile contributo delle AFT come reti professionali funzionali rimane sullo sfondo.**

Integrare maggiormente questa dimensione permetterebbe di leggere la Casa della Comunità non soltanto come il luogo nel quale convergono differenti professionisti, ma come uno dei nodi di una rete clinica ter-

> **Ciò che non appare sviluppato nel documento è tuttavia il riconoscimento della specialistica territoriale come componente organizzata e stabile delle Cure Primarie.**

> **Considerare lo specialista come una professionalità da attivare in relazione a uno specifico bisogno è diverso dal collocare la specialistica ambulatoriale territoriale all'interno di una rete clinica capace di programmare attività, coordinare competenze e condividere responsabilità assistenziali con medicina generale, Distretto e servizi territoriali**

ritoriale più ampia, nella quale anche la specialistica possa assumere un ruolo strutturato e riconoscibile.
Accanto ai contenuti, merita una riflessione anche il processo attraverso il quale le Linee di indirizzo sono state elaborate. Considerato infatti il ruolo che gli specialisti saranno chiamati a svolgere nelle équipe allargate e, più in generale, il patrimonio di esperienza maturato dalla specialistica convenzionata nel territorio, una sua partecipazione diretta all'interno del gruppo di lavoro avrebbe potuto offrire un contributo utile alla definizione delle modalità concrete di integrazione. La stessa considerazione può essere peraltro estesa, con le necessarie differenze, ad altre componenti professionali della rete territoriale analogamente non chiamate a far parte del percorso di redazione del documento.
Di converso, una descrizione quanto più completa e trasparente delle affiliazioni dei componenti del gruppo di lavoro che ha prodotto il documento avrebbe potuto contribuire a rendere ancora più chiaro il quadro delle prospettive rappresentate, soprattutto in una fase nella quale sono in discussione differenti ipotesi di evoluzione delle Cure Primarie.
Nel complesso le Linee di indirizzo, pur potendo essere considerate un contributo significativo alla definizione del lavoro multiprofessionale nelle Case della Comunità, **necessitano tuttavia di alcune fondamentali integrazioni in merito al riconoscimento della specialistica ambulatoriale interna come rete organizzata e pienamente integrata nelle equipe multiprofessionali accanto alle altre professionalità.**
E' importante evidenziare a questo proposito come questo riconoscimento sia stato invece nuovamente formalizzato e reso esplicito nel nuovo **Piano Nazionale di Governo delle Lista di Attesa (PNGLA) per i triennio 2026-2028** recentemente pubblicato in G.U. il 24 agosto 2026 che, oltre a promuovere la riprogrammazione e l'incremento delle ore di specialistica ambulatoriale interna, afferma chiaramente che "**i Piani regionali e aziendali di governo delle liste d'attesa devono promuovere l'organizzazione delle CdC in Equipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative**"



Speciale
58° Congresso nazionale Sumai

Conclusioni

La riorganizzazione delle Cure Primarie impone oggi di affrontare una questione che, pur essendo centrale per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, è rimasta sostanzialmente irrisolta per troppo tempo: definire quale debba essere il ruolo della medicina specialistica territoriale e quale dotazione specialistica sia necessaria per rispondere ai bisogni di salute della popolazione in ambito territoriale. La transizione demografica ed epidemiologica ha infatti modificato in modo strutturale il bisogno di assistenza e la natura della domanda relativa, rendendo insufficiente un modello fondato sulla tradizionale separazione tra medicina generale e specialistica ospedaliera.
L'Italia dispone di un patrimonio di risorse professionali rappresentato dalla specialistica ambulatoriale interna che, pur costituendo da decenni una componente stabile del Servizio Sanitario Nazionale e delle cure di prossimità, continua a essere scarsamente conosciuto, poco valorizzato e privo degli strumenti informativi e programmatori necessari per governarne lo sviluppo, nonché delle risorse economiche idonee ad assicurarne la continuità ed evitarne la fuga verso il settore privato.
In questo contesto, le Linee di indirizzo AGENAS sulle équipe multiprofessionali e multidisciplinari costituiscono un iniziale contributo sotto il profilo organizzativo e offrono una base utile per lo sviluppo del lavoro in équipe nelle Case della Comunità. Alcuni aspetti relativi alla medicina specialistica territoriale necessitano tuttavia di essere ulteriormente sviluppati, in particolare per quanto riguarda la definizione del relativo fabbisogno e la sua configurazione come rete organizzata in raccordo con i modelli già presenti nella medicina convenzionata, configurazione puntualmente riconosciuta e promossa invece nel nuovo PNGLA nazionale 2026-2028.
Accanto all'allocazione di risorse economiche coerenti con il livello professionale richiesto, la definizione del fabbisogno di assistenza specialistica di comunità dovrebbe pertanto costituire una priorità della programmazione sanitaria nazionale. Ciò richiede tuttavia la disponibilità di adeguati flussi informativi, l'individuazione di standard di riferimento correlati alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione e il pieno riconoscimento della specialistica ambulatoriale territoriale quale componente strutturale delle Cure Primarie. Solo in questo modo sarà possibile trasformare il bisogno di assistenza specialistica a livello di comunità, oggi ampiamente riconosciuto sul piano epidemiologico e normativo, in un'offerta organizzata, omogenea e coerente con gli obiettivi della riforma dell'assistenza territoriale.

Nicola Menin
Direttore
Centro Servizi

Un nuovo sito web, i servizi e le convenzioni dedicate agli iscritti

Un portale ricco di informazioni, servizi assicurativi e convenzioni rinnovate, assistenza legale, consulenza previdenziale e fiscale, aggiornamento professionale. Un team di esperti a supporto degli iscritti per soddisfare le esigenze professionali.



Care colleghe e cari colleghi, nel ringraziarvi per la fiducia dimostratami e per l'incarico ricevuto come Direttore del **Centro Servizi del SUMAI Assoprof,** voglio descrivervi quali sono state le attività svolte in questi mesi e illustrarvi i servizi e le convenzioni a disposizione degli iscritti.

Un nuovo sito web più moderno, intuitivo e facile da navigare

Il restiling del sito web è stata, sicuramente, la priorità per il 2026 da parte del Centro Servizi.
Il nuovo sito web, che manterrà il dominio **www.sumaiassoprof.org**, è stato completamente riprogettato e sottoposto a restyling, con l'obbiettivo di renderlo più moderno, funzionale e accessibile.
Il precedente sito presentava alcune criticità: navigazione poco intuitiva, a volte lenta, informazioni non sempre facilmente individuabili, grafica e impostazioni non più adeguate alle esigenze odierne, esperienza di navigazione non ottimale, soprattutto da smartphone e tablet. Il nuovo sito nasce per offrire un'esperienza completamente rinnovata. Abbiamo lavorato su: Struttura e Organizzazione dei Contenuti: informazioni organizzate in modo più logico e razionale e facilmente raggiungibili; Semplicità: una struttura più chiara e ordinata e una navigazione più immediata; Modernità: un design aggiornato, stilisticamente più semplice e leggibile; Accessibilità: contenuti più facilmente consultabili e organizzati per argomento; Collegamenti: con i social e le piattaforme digitali di maggior interesse e utilità; Architettura del sito: per aree tematiche più omogenee con ampia sezione dedicata all'area stampa e alle news; Riorganizzazione e aggiornamento: delle sezioni dedicate ai servizi e alle convenzioni per



gli iscritti.L'area stampa è stata completamente ridisegnata e razionalizzata per raccogliere tutti i comunicati, le notizie e gli aggiornamenti sindacali di interesse per gli iscritti. La sezione include anche la possibilità di leggere e scaricare in formato PDF la rivista **Medical Network** il periodico del nostro sindacato, con tutti i numeri precedenti organizzati per anno e data di pubblicazione. Anche la sezione riguardante l'organizzazione, lo statuto e l'organigramma del sindacato è stata rinnovata e aggiornata; nella pagina documenti infine troverete le normative di interesse, gli AIR e ACN aggiornati e il vademecum per i Segretari Provinciali.

Il nuovo sito è il nostro biglietto da visita per il pubblico e per i giovani medici e professionisti interessati ad iscriversi al SUMAI Assoprof

Nell'area Mail è possibile ottenere gratuitamente la casella di posta elettronica e la PEC (casella di posta elettronica certificata) con l'estensione nome.cognome@pec.sumaiweb.it, resa obbligatoria dalla normativa di legge e che dovrà essere comunicata all'ordine di appartenenza.

Nella sezione Servizi e Convenzioni troverete un quadro completo ed aggiornato dei servizi e delle convenzioni attive per gli iscritti. Chiedi al sindacato permette agli iscritti di mettersi in contatto con gli esperti del sindacato per un supporto rapido per un problema, un'informazione, per un quesito sindacale ed è utilizzabile compilando e inviando la richiesta di informazione dal sito con l'apposito form.

È stata aggiornata anche la pagina "iscriviti al sindacato", i moduli di iscrizione che prima dovevano essere compilati a mano ora sono editabili direttamente sul sito e scaricabili una volta compilati. Nell'area turni vacanti sono pubblicati i turni vacanti pubblicati dai comitati zonali dalle varie province, suddivisi per Regione. A tal proposito si ricorda ai Segretari Provinciali e Regionali l'importanza di inviare i turni vacanti trimestralmente alla segreteria centrale del sindacato in modo da permettere la tempestiva pubblicazione degli stessi sul sito. Sul sito sono inoltre presenti i collegamenti ai principali social network (linkedin, Instagram, Facebook, Youtube); canali di comunicazione di grande utilità, per un'efficace diffusione delle politiche sindacali, e per un maggior coinvolgimento dei colleghi più giovani, interessati all'area della medicina specialistica ambulatoriale. Ampio spazio, nella sezione Eventi, viene dato a notizie e indicazioni riguardanti i congressi, i corsi e i convegni organizzati dal SUMAI Assoprof, al fine di ottenere la massima partecipazione da parte degli iscritti. Accedendo all' Area Riservata gli iscritti troveranno tutti i vantaggi, le convenzioni e i servizi esclusivi offerti dal sindacato.

Il restyling realizzato, pertanto, non rappresenta un mero cambiamento estetico, ma un intervento strutturale volto a creare una piattaforma digitale più veloce nella navigazione, più moderna ed intuitiva finalizzata alle esigenze degli iscritti e allo stesso tempo compatibile con le implementazioni prevedibili nei prossimi anni.

Il nuovo sito è il nostro biglietto da visita per il pubblico e per i giovani medici e professionisti interessati ad iscriversi al SUMAI Assoprof. Rappresenta una risorsa per il sindacato, uno strumento utile sia per chi è già iscritto, sia per favorire le nuove adesioni.

Il sito sarà attivato e utilizzabile da ***gennaio 2027****, mantenendo lo stesso indirizzo e dominio. È previsto un breve periodo di manutenzione necessario per la migrazione di tutti i dati dal vecchio al nuovo portale. La finestra di manutenzione sarà comunicata in anticipo per ridurre eventuali disagi agli utenti.*

Servizi e convenzioni

Assistenza legale: Per gli iscritti SUMAI Assoprof è disponibile un servizio di assistenza legale fornito da Area Sanità a tutela dei diritti dei medici e dei professionisti sanitari. Il servizio include il pronto soccorso legale con supporto telefonico (al numero 0694443683 attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 13.30 e dalle 14.30 alle 17.30) e via e-mail (assistenza@areasanita.it) senza i limiti sul numero di richieste.

Il servizio legale, inoltre, offre:

Assistenza stragiudiziale: prestazioni gratuite per la gestione dei contenziosi stragiudiziali; ad esempio, la redazione della lettera di denuncia sinistro, riscontri, contro-diffide, linee difensive. La richiesta andrà concordata con la propria segreteria provinciale.

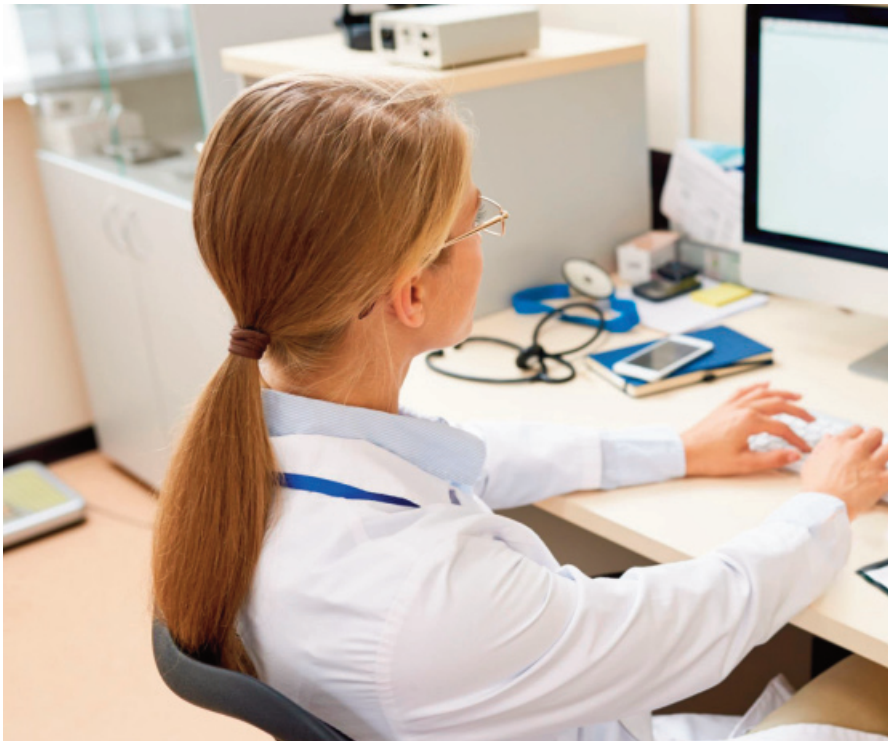
Assistenza giudiziale: è possibile chiedere l'assistenza di un legale del net-

work Area Sanità, usufruendo di tariffe fisse agevolate, per la difesa di diritti e interessi legati ad attività professionale esercitata in regime di convenzione, compresa l'intramoenia.
Azioni risarcitorie: gli associati SUMAI Assoprof che intendano promuovere un'azione risarcitoria potranno rivolgersi agli esperti dell'associazione per una valutazione gratuita sull'opportunità o meno di procedere. La richiesta andrà concordata con la propria segreteria provinciale.

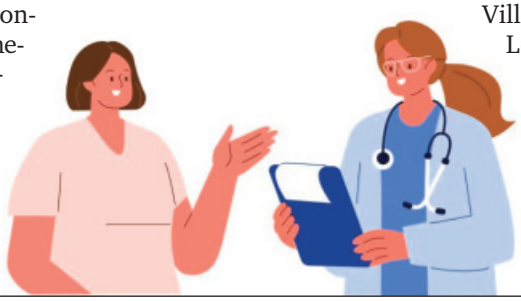
Consulenza previdenziale: Il SUMAI Assoprof offre a tutti i suoi iscritti il servizio di consulenza previdenziale che è svolto dalla Dott.ssa Francesca Magi, presso la sede nazionale di viale di Villa Massimo 47, Roma, tutti i martedì dalle 16 .00 alle 19.00.
Il servizio è gratuito per tutti gli iscritti al Sumai previa prenotazione presso il centralino del sindacato stesso (06 2329121).
Documentazione necessaria da presentare all'appuntamento con il consulente previdenziale: certificati di tutta l'attività lavorativa: ore settimanali, attività extra, plus orario, minus orario e progetti vari svolti dal medico.
E-mail consulenzaprevidenziale@sumaiweb.it

Sportello di consulenza assicurativa: La recente evoluzione legislativa, con i decreti attuativi della Legge Gelli Bianco, rende sempre più importante disporre di un'assicurazione professionale medica completa e personalizzata, in grado di coprire tutte le possibili aree di rischio legate all'esercizio della professione. Per tutti gli iscritti sono attivi lo Sportello di Consulenza Assicurativa dedicata al SUMAI e la piattaforma digitale RC medico di Brooker-in dove si potranno avere tutte le risposte per la responsabilità civile e professionale dei medici e professionisti sanitari e richiedere i preventivi.
Attraverso lo Sportello Assicurativo si potranno ottenere:

Consulenza personalizzata: gli esperti ti guideranno nella scelta della polizza più adatta alle tue esigenze sia per l'attività istituzionale che per la libera professione. Dalle coperture per colpa grave fino alle estensioni per tutela legale medici o per chi esegue interventi complessi, verrà proposta una polizza su misura.



Analisi delle garanzie: verrai aggiornato sulle clausole fondamentali di ogni contratto, inclusa la retroattività e la postuma, due aspetti essenziali per una piena protezione. Che tu abbia bisogno di una assicurazione medico libero professionista o di una soluzione per la colpa grave medico, potrai contare su un confronto trasparente tra diverse compagnie.



Vantaggi riservati ai soci SUMAI Assoprof: grazie a convenzioni speciali, potrai accedere a premi ridotti e condizioni agevolate su diverse tipologie di polizza per poter assicurare la massima serenità professionale, evitando che una controversia possa mettere a rischio il tuo patrimonio e la tua carriera.

Supporto in caso di sinistro: in situazioni complesse come una denuncia per responsabilità civile o contenziosi legati a colpa grave, il team interverrà in tempi rapidi per consigliarti le migliori strategie di difesa e di gestione del caso.
Il servizio è gratuito, per gli iscritti, previa prenotazione al centralino del sindacato (062329121) e viene svolto tutti i martedì dalle ore 16.00 alle ore 19.00 Presso la sede di viale di Villa massimo 47, Roma.
Lo Sportello assicurativo nasce quindi per rispondere a un bisogno concreto di informazione e tutela nel campo dell'assicurazione RC professionale medici e professionisti. Tutti i dettagli operativi, le varie tipologie di polizza assicurativa e le agevo-



lazioni incluse sono consultabili visitando la pagina dedicata sul sito web nella sezione Servizi e Convenzioni, che contiene tutte le informazioni necessarie per aderire e ottenere una copertura su misura, studiata per le specifiche esigenze di chi opera quotidianamente nel settore sanitario.

Altre proposte assicurative e convenzioni: Si invitano gli iscritti a consultare periodicamente l'elenco completo delle soluzioni assicurative e delle convenzioni attive nella sezione "servizi e convenzioni" del sito web che sarà costantemente aggiornata per offrire informazioni sempre attuali sulle opportunità offerte agli iscritti.

Aggiornamento professionale Ecm: Per quanto riguarda l'aggiornamento professionale, agli iscritti viene garantita la possibilità di acquisire gratuitamente l'intero fabbisogno di crediti formativi previsti dalla normativa vigente.
SUMAI - Assoprof in accordo SIFOP (Società Italiana di Formazione Permanente per la Medicina Specialistica) mediante la Rivista Medica Italiana, nella sua nuova versione online, offre l'opportunità di aggiornamento, rivolto a medici e professionisti della salute, con eventi formativi in presenza e con la formazione a distanza (FAD). La rivista è fruibile accedendo all'area riservata del sito (www.larivistamedicaitaliana.it) ed è totalmente gratuita per gli iscritti e permette l'acquisizione di crediti ECM mediante un aggiornamento multidisciplinare. Di particolare importanza, per tutti i colleghi interessati, la possibilità di pubblicare i propri lavori scientifici, risultati di studi, ricerche e sperimentazioni sulla rivista Medica Online diffondendoli via web e rendendoli quindi consultabili a tutti.
Gli articoli inviati, una volta approvati dal comitato di redazione e valutati dal comitato scientifico, saranno pubblicati a titolo gratuito e sotto la diretta esclusiva responsabilità degli Autori. Le norme previste per l'accreditamento e la pubblicazione sono consultabili nella sezione "norme autori" sul sito della Rivista Medica Italiana.
Sempre sul sito della SIFOP troverete l'elenco dei numerosi corsi e congressi residenziali sia a livello regionale che provinciale la cui partecipazione è gratuita per tutti gli iscritti.

> **Per aderire ai piani sanitari in convenzione SUMAI BASE o SUMAI TOP, che prevedono diverse soluzioni sulle prestazioni sanitarie previste, è necessario registrarsi nell'area riservata del sito e accedere alla documentazione informativa completa scaricando i moduli di adesione con le tariffe aggiornate e le modalità di invio**



Assidai: Sempre attiva la convenzione con Assidai per l'assistenza sanitaria integrativa agli iscritti e al loro nucleo familiare. Assidai è un fondo no profit, iscritto all'anagrafe dei Fondi Sanitari, che fornisce servizi sanitari integrativi con clausole difficilmente riscontrabili nel mercato assicurativo: impossibilità di recesso unilaterale da parte del fondo, validità delle coperture in tutto il mondo, nessun limite di età all'ingresso e di permanenza nel fondo, nessun questionario anamnestico al momento dell'iscrizione, contributo unico per l'intero nucleo familiare (figli fino a 26 anni), possibilità di estendere la copertura sanitaria ai figli dopo i 26 aa fino al sessantacinquesimo anno di età anche se sposati attraverso il piano sanitario "familiari", inclusione in tutti i piani sanitari di servizi e prestazioni rivolte a persone non in grado di svolgere autonomamente le principali attività della vita quotidiana (non autosufficienza - LTC long term care), servizio internazionale di Telemedicina.
Per aderire ai piani sanitari in convenzione SUMAI BASE o SUMAI TOP, che prevedono diverse soluzioni sulle prestazioni sanitarie previste, è necessario registrarsi nell'area riservata del sito e accedere alla documentazione informativa completa scaricando i moduli di adesione con le tariffe aggiornate e le modalità di invio.

Disponibile, per gli iscritti, l'adesione a **SaluteMia**, società di Mutuo Soccorso, senza fini di lucro, promossa da Enpam e sostenuta dal nostro sindacato. L'Associazione offre a medici e odontoiatri uno scudo sanitario per spese mediche, visite, interventi ed esami specialistici con condizioni vantaggiose rispetto alle polizze tradizionali.
Per il biennio 2026-27, SaluteMia ha confermato tutte le tutele sociosanitarie offerte in questi anni ai propri iscritti.
I nuovi soci possono sottoscrivere, a costo ridotto, i piani sanitari per costruire una tutela su misura per sé stessi e per i propri familiari. Aderire all'associazione di mutuo soccorso permette di integrare l'offerta del servizio sanitario nazionale e avere una sicurezza in più sui tempi e sulle prestazioni sanitarie. SaluteMia permette attraverso sei piani sanitari, pensati per le diverse esigenze dei professionisti, di costruire una "rete di protezione" per sé stessi e per i propri familiari (coniugi o conviventi, figli a carico fino a 26 anni o con disabilità) ma anche per i familiari non conviventi e le loro famiglie (fratelli e sorelle genitori figli oltre i 26 anni), garantendo, inoltre, una serie di tutele aggiuntive in caso di visite specialistiche, esami diagnostici, ricoveri, prestazioni ospedalieri o extraospe-

daliere e molto altro. Aderire a salute mia è anche un'opportunità per garantirsi e garantire ai propri cari assistenza e supporto nei momenti lieti e significativi della vita, come durante la gravidanza e quando si diventa genitori. Inoltre, l'adesione offre, senza costi aggiuntivi, una copertura infortuni a tutti gli iscritti. Salute mia non è una semplice assicurazione ma una mutua integrativa di categoria, che offre, attraverso i piani sanitari, una copertura ad ampio raggio in Italia e all'estero.
Non prevede barriere di età per entrare e i soci possono rimanere iscritti anche in caso di eventi gravi. I piani sanitari garantiscono copertura delle spese mediche per un ampio ventaglio di prestazioni e, oltre alle molte tutele di base, agli iscritti vengono offerte una serie di garanzie mutualistiche aggiuntive e gratuite: indennità a sostegno della genitorialità, la copertura "*critical illness*", che dà un supporto economico in caso di patologie gravi, la possibilità di monitoraggio delle patologie croniche insorte durante il periodo di iscrizione e l'adesione diretta per gli studenti universitari iscritti a medicina oppure a odontoiatria attraverso tre piani a loro dedicati a un costo ridotto. Aderire a salute mia permette inoltre di abbassare le tasse dal momento che il contributo associativo versato è detraibile. Tutte le altre proposte (es campagna prevenzione 2026) e le modalità di adesione sono consultabili nel nostro sito web, nell'area riservata agli iscritti, accedendo al link del sito di SaluteMia.

Un'offerta di servizi socioassistenziali viene proposta da **Assistiamo Group,** un marchio, sotto il quale, operano diverse società affiliate che svolgono un servizio di assistenza privata specializzato rivolto principalmente agli anziani malati e disabili, parzialmente o totalmente non autosufficienti, nel pieno rispetto del contesto familiare
La struttura del gruppo, presente in modo capillare sul territorio nazionale, offre principalmente i seguenti servizi: assistenza ospedaliera diurna e notturna, per anziani malati e disabili; assistenza domiciliare qualificata anche ventiquattr'ore su 24, servizio di accompagnamento anziani e disabili, assistenza infermieristica qualificata (prelievi o piccola medicina a domicilio), assistenza fisioterapica-riabilitativa a domicilio con personale competente. Il servizio, che viene offerto, è regolato da un semplice contratto di fornitura di servizi con la famiglia e permette il recupero fiscale in sede di dichiarazione dei redditi. Tutti gli operatori, coperti da polizze assicurative RC, sono sottoposti a costanti controlli sotto il profilo sanitario e sono in carico alle società cooperative sociali affiliate, in modo tale che il cliente non abbia né disagi né oneri di natura amministrativa da sostenere. Assistiamo Group offre a tutti gli iscritti SUMAI Assoprof e ai loro familiari, entro il secondo grado di parentela, la seguente agevolazione: sconto del 5% sulle tariffe da applicare ai servizi di assistenza domiciliare e ospedaliera. Sconto del 5% sugli ulteriori servizi previsti dalla convenzione.
Per ogni ulteriore informazione, stima dei costi, servizi offerti, sedi territoriali del gruppo è possibile accedere all'area riservata sul nostro sito o sul sito www.assistiamogroup.com



Grazie al Sumai Assoprof, gli iscritti e i loro familiari potranno avere accesso a un'ampia gamma di servizi e convenzioni vantaggiose nei settori di maggiore interesse



Di particolare interesse anche la convenzione che SUMAI Assoprof ha sottoscritto con **Club Medici** che offre agli iscritti: servizi finanziari (consulenze finanziarie gratuite e campagne promozionali in collaborazione con istituti finanziari sulla base delle esigenze espresse dalla categoria), servizi assicurativi (servizi assicurativi con "formula 12" con premi mensili per singole polizze e pacchetti per RC professionale, infortuni, studio, abitazione, sanitaria, RC della famiglia), servizi Real Estate per vendite immobiliari; turistici (tramite l'agenzia club medici Travel Agency SRL) con servizi di consulenza e prenotazione di viaggi individuali e di gruppo il tutto a condizioni particolarmente vantaggiose. Informazioni sul sito

Consulenza fiscale: è attivo per gli iscritti un servizio di consulenza fiscale in convenzione con lo studio della Dr.ssa Pamela Profeta - dottore commercialista, revisore dei conti custode giudiziario con delega alle vendite delle aste immobiliari (contattabile telefonicamente al 3491876501 e 06-89415682). Nel sito troverete il tariffario aggiornato riservato agli iscritti SUMAI con le tariffe scontate per gli iscritti.

Grazie al Sumai Assoprof, gli iscritti e i loro familiari potranno avere accesso a un'ampia gamma di servizi e convenzioni vantaggiose nei settori di maggiore interesse. Ciò rappresenta un supporto concreto all'attività degli specialisti ambulatoriali e dei professionisti sanitari iscritti, che va oltre la mera tutela sindacale, offrendo una visione più completa di assistenza e sostegno reciproco a testimonianza della presenza costante del sindacato. Tutti gli approfondimenti e tutte le convenzioni sono consultabili accedendo all'area riservata su www.sumaissoprof.org

Maria Carla Onofri
vice presidente
Sumaio Assoprof

La telemedicina applicata alla diabetologia.

L'esperienza di Ferrara

Il capoluogo della provincia emiliana propone un modello in grado di integrare la presa incarico del paziente, la terapia, il monitoraggio da remoto, la televisita e il tele-consulto. Ovviamente la telemedicina non sostituisce la relazione di cura e gli Specialisti Ambulatoriali Interni svolgono un ruolo principale



Speciale
58° Congresso nazionale Sumai

Negli ultimi anni la telemedicina ha cambiato completamente il modo di prendersi cura delle persone affette da diabete. Per il paziente poter dialogare con il proprio team curante senza doversi necessariamente spostare dal proprio domicilio significa meno tempo perso, meno stress, e, soprattutto, un monitoraggio più continuo e tempestivo della malattia.Per chi convive ogni giorno con il diabete questo si traduce in una migliore qualità della vita e in una gestione più efficace delle terapie, specialmente quando si utilizzano dispositivi tecnologici come microinfusori e sensori per il monitoraggio glicemico.La Diabetologia di Ferrara che è una Unita Operativa Complessa Territoriale con Dirigente Ospedaliero ma costituita per la quasi totalità da Specialisti Convenzionati Interni, già da diversi anni promuove e applica la telemedicina divenendo una eccellenza ed un punto di riferimento regionale.
Il modello proposto integra la presa incarico del paziente, la terapia, il monitoraggio da remoto, la televisita e il tele-consulto. Sono stati creati modelli di cura strutturati attivi in più fronti: il percorso maggiormente consolidato è quello dedicato al follow-up del diabete gestazionale attivo già dal 2018 che permette alle future mamme di essere seguite con frequenza ravvicinata senza il peso di spostamenti continui in un periodo della vita in cui il controllo della glicemia è cruciale per la salute della mamma e del bambino.

A questo si affianca un ambulatorio di video-visita dedicato ai pazienti che utilizzano microinfusori e altre tecnologie avanzate creato per accompagnare da vicino chi gestisce dispositivi che richiedono aggiustamenti frequenti e un supporto specialistico costante.
Insieme a questi percorsi specifici sono attive video-visite generali per il follow-up ordinario dei pazienti diabetici e diverse forme di tele-consulto indirizzate alle Case di cura del territorio, agli MMG e altri Specialisti, alle Case di Comunità nonché alla Casa Circondariale al fine di assicurare l'accesso alle prestazioni specialistiche anche alle persone detenute.

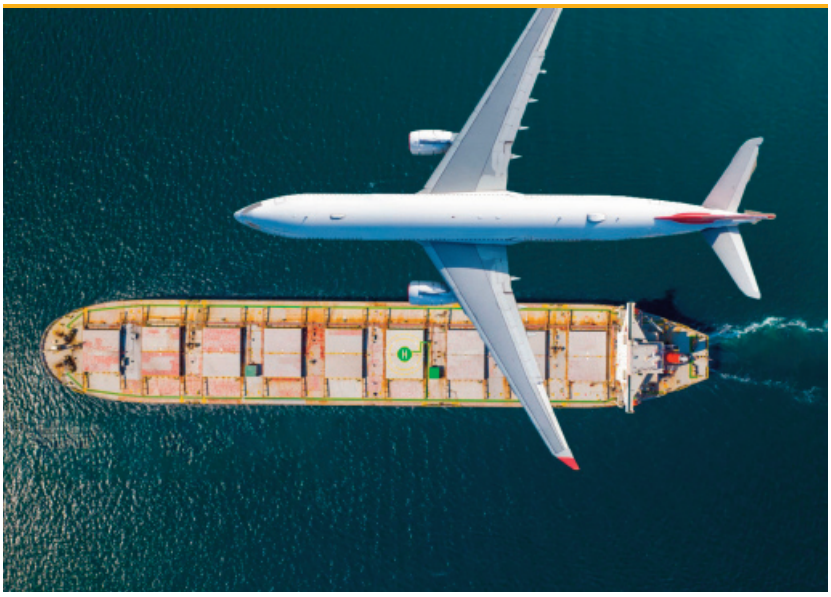
Non sempre queste attività proseguono in modo spedito: la piattaforma utilizzata è aziendale e non sempre supporta tutte le attività, i pazienti spesso anziani hanno bisogno di assistenza e di acquisire tecnologie avanzate ma il percorso è segnato ed il futuro è già qui: l'importante è condividere la scelta che la telemedicina, che si svilupperà sempre più, produce risultati validi e misurabili quando non sarà solo una tecnologia ma parte essenziale di un percorso organizzato di assistenza.

Ovviamente la telemedicina non sostituisce la relazione di cura ma se ben organizzata la rende più capillare, tempestiva e vicina alle esigenze reali dei pazienti.
In questa prospettiva gli Specialisti Ambulatoriali Interni, in quanto specialisti del territorio e conoscitori delle sue esigenze, svolgono il ruolo principale.

Sasn. Ministero Salute:

"Servizio competente e professionale"

È la constatazione del DG della prevenzione Iavicoli in visita negli Ambulatori Usmaf Sasn di Genova, La Spezia e Livorno. Iavicoli ha inoltre espresso la volontà di: chiudere l'iter d'adeguamento contrattuale in corso e snellire le pratiche per il rinnovo dei prossimi Acn



Mauro Ferrettino
Coordinatore Nazionale
Area Sasn Sumai

Il 5 e 6 agosto 2026 il Direttore generale della Prevenzione del Ministero della Salute, dottor Sergio Iavicoli, ha fatto visita presso gli Ambulatori Usmaf Sasn di Genova, La Spezia e Livorno egregiamente condotti dalla dottoressa Antonella Mofferdin Direttore USMAF SASN Liguria/ Emilia Romagna/ Toscana e presso i quali mi onoro di lavorare come Medico Specialista Ambulatoriale e Responsabile Sanitario del Poliambulatorio di Genova.
In questa occasione il Direttore Generale ha potuto constatare di persona la competenza, la professionalità e il senso di appartenenza di tutto il personale sanitario operante in un settore estremamente delicato quale quello marittimo e aereo e ci ha voluto ribadire la volontà di concludere rapidamente l'iter dell'adeguamento contrattuale in corso oltre all'intenzione di voler snellire le pratiche per il rinnovo dei successivi Accordi Collettivi sui quali stiamo lavorando per una prossima Convocazione Rinnovo ACN 2022/2024.

L'anno trascorso dall'ultimo Congresso Nazionale SUMAI siamo stati impegnati a concludere l'Accordo collettivo nazionale 2019/2021 per i Medici e le altre Professionalità Sanitarie operanti presso gli ambulatori SASN.
Il 4 dicembre 2025, presso la sede del Ministero della Salute in via Ribotta a Roma, presenti le Direzioni competenti del Ministero della Salute e la Delegazione Sindacale SUMAI Assoprof area Sasn al completo, abbiamo finalmente siglato l'accordo (vedi articolo n.1 /2026 Medical Network).

Attualmente siamo in attesa che, una volta completato l'iter burocratico presso il Ministero dell'Economia e Finanze, ci vengano riconosciuti gli adeguamenti e gli arretrati economici.
Il Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti (SASN) è il servizio del Ministero della Salute che garantisce la tutela della salute, l'assistenza sanitaria e gli accertamenti medico legali al personale navigante e aereo navigante. Presso gli ambulatori Sasn, distribuiti attualmente in cinque macro regioni in Italia, operano medici ambulatoriali specialisti e generici in regime di convenzione secondo l'ACN firmato dal SUMAI Assoprof.

Il Personale Sanitario operante presso i poliambulatori SASN spesso in condizioni difficili, assicura un servizio capillare e completo di assistenza sanitaria in un settore lavorativamente particolare e complesso quale quello aeronavigante e per il quale rappresenta sul territorio italiano anche in collaborazione con i Medici Fiduciari una sorta di Casa di Comunità sempre attiva.
Il nostro intento per il futuro sarà pertanto quello di rendere sempre più visibile il nostro servizio anche attraverso relazioni lavorative con la Sanità Regionale Territoriale e Ospedaliera e rapporti di collaborazione con le realtà Universitarie e Ordinistiche ma altresì di veder riconosciuto il nostro lavoro a partire da un rapido adeguamento normativo ed economico nella speranza di poter giungere in breve ad un Accordo Collettivo Nazionale Unico che ci liberi dalle lungaggini di estenuanti e ripetute trattative contrattuali.

In vista del Congresso Nazionale una breve sintesi dello stato attuale della professione all'interno della medicina convenzionata e le priorità che la categoria ritiene non più rinviabili

Biologi convenzionati Sumai

Un ruolo che evolve, un contratto da adeguare

Dal 2018 i biologi sono professionisti sanitari ai sensi della Legge 3/2018. All'interno del Servizio Sanitario Nazionale svolgono attività di diagnostica di laboratorio, genetica, microbiologia, controllo di qualità, nutrizione clinica e prevenzione. Si tratta di prestazioni a elevato contenuto tecnico-scientifico, indispensabili per i percorsi di diagnosi, cura e follow-up del paziente.

L'inquadramento contrattuale previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina specialistica ambulatoriale non ha ancora recepito pienamente questa evoluzione normativa e professionale. I biologi convenzionati operano con regole e tutele che non risultano omogenee rispetto a quelle delle altre professioni sanitarie presenti nell'ACN. Tale asimmetria genera incertezza applicativa e non valorizza adeguatamente il contributo professionale.

Dal confronto con i coordinamenti regionali emergono tre ambiti di intervento prioritario: sul piano contrattuale ed economico, il mancato adeguamento dell'ACN ai rinnovi e l'assenza di meccanismi di progressione economica comparabili con quelli delle altre figure sanitarie riducono l'attrattività del rapporto di convenzione. I ritardi nei rinnovi incidono sulla sostenibilità dell'incarico e sulla capacità di trattenere i professionisti nel servizio pubblico.

Per quanto riguarda la valorizzazione delle prestazioni, il nomenclatore tariffario e i disciplinari aziendali non sempre prevedono voci specifiche per le attività svolte dai biologi. Prestazioni quali la consulenza nutrizionale clinica, la validazione e taratura di metodiche diagnostiche, la gestione dei sistemi di qualità secondo le norme vigenti, restano spesso non tariffate o ricondotte a voci generiche. Ciò determina una perdita di tracciabilità dell'attività e una sottostima del valore prodotto per il SSN.



Felicia Oliva
Coordinatrice Nazionale Biologi Convenzionati

Infine, la programmazione dei fabbisogni e l'accesso alla professione presentano criticità. La definizione di fabbisogni e la gestione delle graduatorie per i biologi risultano disomogenee a livello regionale. I giovani laureati incontrano difficoltà nell'accesso alla convenzione e percepiscono prospettive di carriera poco definite. Il rischio è una progressiva riduzione dei professionisti disponibili per i laboratori e i servizi diagnostici, in una fase in cui la domanda di prestazioni e i tempi di attesa richiedono un potenziamento strutturale.

In occasione del Congresso, il coordinamento nazionale sottopone all'assemblea e ai tavoli istituzionali tre linee di intervento. In primo luogo, l'allineamento normativo ed economico dell'ACN alle caratteristiche delle professioni sanitarie, con meccanismi di adeguamento automatico e progressione economica chiari, sostenibili e coerenti con il ruolo. In secondo luogo, la revisione e l'ampliamento del nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, per garantire il riconoscimento tariffario delle attività già erogate e migliorare la trasparenza dei dati di produzione. Infine, la pianificazione dei fabbisogni e la stabilizzazione degli incarichi, per assicurare continuità assistenziale nei servizi di laboratorio e diagnostici. Si tratta di leve fondamentali per la riduzione delle liste d'attesa e per la piena attuazione degli obiettivi del PNRR.

Il Servizio Sanitario Nazionale si regge sul contributo integrato di tutte le professioni sanitarie. I biologi convenzionati rappresentano una componente qualificata e insostituibile, in particolare nei settori della diagnostica, della prevenzione e della nutrizione clinica.

Il 58° Congresso Nazionale del SUMAI Assoprof costituisce l'occasione per riaffermare con responsabilità istituzionale che la qualità del servizio dipende anche dall'equità delle condizioni di lavoro. Il coordinamento nazionale dei biologi è disponibile a un confronto costruttivo con le istituzioni e con le altre componenti sindacali per tradurre queste priorità in norme contrattuali e organizzative utili al sistema e, in definitiva, ai cittadini.

Valorizzare il biologo convenzionato non significa rivendicare uno spazio professionale, ma mettere a disposizione del SSN competenze che possono contribuire concretamente alla qualità, alla appropriatezza ed alla capacità di risposta dei servizi.

Speciale
58° Congresso nazionale Sumai

Tiziana Felice
Coordinatrice Nazionale Sumai per i Medici Veterinari



L'approvazione di un emendamento contenuto nella legge di bilancio 2026 permetterebbe ai Veterinari, titolari di un contratto a tempo indeterminato per 38 ore settimanali, di effettuare un passaggio al contratto della Dirigenza. La domanda nasce spontanea: *Cui prodest*?

Spunti di riflessione su una realtà non proprio chiara

Nel 2025 è stato approvato l'emendamento che permetterebbe ai Medici Veterinari Specialisti Convenzionati, titolari di un contratto a tempo indeterminato per 38 ore settimanali, di effettuare un passaggio al contratto della Dirigenza (comma 940 della Legge di Bilancio 2026). Analizzando la realtà attuale dei Medici Veterinari Specialisti Convenzionati che lavorano sul territorio a tempo indeterminato per 38 ore settimanali, nasce spontanea una domanda: a chi giova tale passaggio? Al Medico Veterinario Specialista? Non direi proprio…
Il Medico Veterinario Specialista a 38 ore, per lo più, è un professionista che è giunto al completamento orario dopo diversi anni di servizio e che tanto giovane non lo è più davvero. Cosa se ne fa del passaggio al contratto della Dirigenza in termini pensionistici? Nulla davvero, perché non avrà alcun giovamento da questa transizione. In particolare, dopo aver versato i contributi previdenziali per decenni come Medico Veterinario Convenzionato nelle casse dell'Enpav, che senso avrebbe iniziare a versare in altra cassa previdenziale?
Non gli gioverebbe in termini di carriera perché, certamente, trovarsi incardinato in un sistema gerarchico, essendo "l'ultimo arrivato", ad oltre 40 anni di età non risulta propriamente attrattivo da un punto di vista professionale. Giova quindi al Servizio Sanitario Nazionale? Assolutamente, no!

È ben noto che c'è una carenza costante e perpetua di Medici Veterinari Specialisti Convenzionati sul territorio, necessari, anzi fondamentali, per effettuare le prestazioni nelle tre Aree (Area A, B e C) della Veterinaria. Tale carenza, ahinoi, è dovuta principalmente ad impedimenti "politici", alla pubblicazione di ore e ad una assegnazione delle ore stesse in maniera spesso poco trasparente e che sfugge agli stessi Comitati Zonali. Il tipo di contratto che caratterizza il rapporto di lavoro del Medico Veterinario Specialista Convenzionato, è un contratto di parasubordinazione che risulta essere perfettamente funzionale alle attività prestazionali sul territorio, necessarie, anzi fondamentali, per il raggiungimento dei Livelli Essenziali



Speciale
58° Congresso nazionale Sumai

di Assistenza (LEA), previsti dal Servizio Sanitario Nazionale e per "la lotta alle epizoozie" come sempre è stato, da almeno 20 anni a questa parte.
E non è certo un contratto per "precari", come alcuni sindacati poco informati e non poco interessati vogliono far intendere. Cosa se ne fa il Servizio Sanitario Nazionale di tutto il Personale Dirigente, che per lo più dovrebbe svolgere attività di coordinamento, direzione ed ispezione? Chi svolgerà le prestazioni sul territorio, qualora i Medici Veterinari Convenzionati scegliessero tutti il passaggio alla Dirigenza?
Ma, soprattutto, la norma parla chiaro: il passaggio deve avvenire ad **isorisorse**, il che è praticamente impossibile, poiché risulta inevitabile un incremento dei costi. Basti considerare già, solo a titolo di esempio, che, ad oggi, per un Medico Veterinario Dirigente il versamento pensionistico in INPS è pari al 33% e per un Medico Veterinario convenzionato il versamento in ENPAV è del 24%, ci sono poi i costi delle tutele che il contratto della Dirigenza offre e non sono certamente gratuite per il Servizio Sanitario Nazionale.
La questione continua ad essere sempre meno chiara, ma se poi riflettiamo sull'effetto o l'interpretazione che tale norma può sortire nelle diverse Regioni, rischiamo di non comprendere davvero più quale sia il senno.
In Puglia, in particolare si assiste alla peggiore di queste interpretazioni e in Commissione Sanità giunge una richiesta (la nr. 1443 del 22 giugno 2026) in cui si parla di ***"stabilizzare i medici veterinari specialisti ambulatoriali convenzionati"***. Stabilizzare? La stabilizzazione si effettua per sanare una condizione di PRECARIATO. E qui veniamo al punto: cosa intendiamo con "*precariato*" e cosa si intende per "*stabilizzazione*"? Secondo il vocabolario Treccani "*precario*" è *"chi ha un rapporto di lavoro temporaneo senza garanzie di stabilità o continuità, legato ad un contratto a termine"*. Poi ancora, secondo il vocabolario Treccani, la parola "*stabilizzare*" in senso estensivo significa *"rendere durevole, continuo e costante, tale da non subire cambiamenti o variazioni, spostamenti o modificazioni: (…) provvedimenti per stabilizzare il personale precario"*.

> **Ma non sarà che le storture e le vie subdole non sono garanzia di integrità e di correttezza etica e morale e, nello stesso tempo, non sono nemmeno garanzia di assenza di conflitti di interesse?**

La "stabilizzazione" consiste quindi nella assunzione definitiva ed a tempo indeterminato, mediante concorso pubblico o per assunzione diretta, del lavoratore precario che ha maturato una certa esperienza lavorativa a seguito di contratti a termine reiterati nel tempo. Cosa ha a che fare tutto ciò con i Medici Veterinari Specialisti Ambulatoriali Convenzionati di cui si tratta? Essi già hanno un regolare contratto di lavoro a tempo indeterminato per 38 ore settimanali, regolarmente retribuito con definizione dei diritti e doveri chiaramente esplicitati in un Accordo Collettivo Nazionale.

Il nostro Accordo è il frutto di trattative sindacali che avvengono in ambito Sisac. Se non fosse chiaro, la Sisac svolge il ruolo di rappresentante negoziale delle Regioni e delle Province Autonome per le trattative sindacali negli Accordi Collettivi Nazionali (Acn); come può quindi una Regione considerare "precari" i Medici Veterinari Convenzionati a fronte di un Accordo Collettivo Nazionale concluso in Sisac?
Queste interpretazioni distorte, strumentali e tendenziose ci lasciano a dir poco, perplessi e ci chiediamo come abbiano fatto ad essere portate avanti in maniera così forte da quei sindacati della Convenzionata che dimostrano, ancora una volta, di tenere un piede in due scarpe. E ancora una volta sorge spontanea una domanda: si può fare sindacato essendo nel direttivo di un sindacato per la Dirigenza e contemporaneamente essere il Segretario di un sindacato dei Convenzionati?
"Chiedo per un amico…" ma non sarà che le storture e le vie subdole non sono garanzia di integrità e di correttezza etica e morale e, nello stesso tempo, non sono nemmeno garanzia di assenza di conflitti di interesse?
Nasce forte un altro dubbio: se tale norma non giova al Medico Veterinario Convenzionato e non giova al Servizio Sanitario Nazionale, perché dei Sindacati si sono tanto spesi per promuoverne l'approvazione? Non resta altro da fare che augurarsi che non si tratti di un altro modo per agevolare alcuni eletti, desiderosi di divenire Dirigenti (nonostante tutto e forse di giovane età), aggirando le norme che prevedono il superamento di un regolare concorso per l'accesso alla Dirigenza Veterinaria stessa.

Filippo Cantone
Coordinatore
nazionale Sumai
Assoprof psicologi
psicoterapeuti

Gli psicologi tra innovazione e nuove prospettive nella sanità di prossimità



Il riordino dell'assistenza territoriale rappresenta un'occasione storica per collocare stabilmente la funzione psicologica all'interno della presa in carico della cronicità e dei nuovi bisogni emergenti di salute

Speciale
58° Congresso nazionale Sumai

La partecipazione sempre più numerosa degli psicologi specialisti ambulatoriali anche ai lavori di questo 58° Congresso nazionale Sumai Assoprof è la testimonianza del contributo dell'Area per lo sviluppo dei temi al centro del dibattito nazionale sulla salute degli italiani, per la condivisione con tutte le altre professioni, e riflette la sua consistenza funzionale come categoria, oltre che la sua significativa crescita numerica nel Ssn e nella nostra OS. Concretezza, autonomia, responsabilità e integrazione, credo siano stati in quest'ultimo anno di intenso impegno sindacale i cardini dell'agire quotidiano della categoria, sapendo collaborare ad ogni livello per gli interessi degli psicologi psicoterapeuti, con incarico o aspiranti, sia sul piano decentrato (aziendale, provinciale e regionale) che su quello nazionale con il nuovo quadro normativo in vigore.

Il consistente aumento degli psicologi ambulatoriali in termini di presenza nei servizi territoriali si è rivelata fondamentale per sostenere il pubblico servizio in termini di prevenzione, di diagnosi, di supporti e cure psicologiche all'interno delle strutture sanitarie, determinando anche l'esigenza di attuare politiche di valorizzazione – normativa quanto economica – adeguate, nell'ottica di una maggiore equità retributiva tra le varie figure professionali della sanità territoriale, in segno di tutela di un patrimonio di competenze che in decenni di lavoro sul campo abbiamo costruito, in sinergia con le altre professioni della specialistica ambulatoriale e tutti gli altri sanitari convenzionati operanti sul territorio secondo l'ACN relativo al triennio 2022-24.

Crediamo che il riordino dell'assistenza territoriale – di cui il DM 77/2022 è un riferimento centrale - non possa che richiedere la piena valorizzazione delle AFT se vuole segnare un passaggio decisivo verso un modello multiprofessionale e multidisciplinare, dove agli psicologi è riconosciuta la funzione di promozione della salute, prevenzione, valutazione multidimensionale e presa in carico integrata. Non mancano criticità applicative, bisogno di presiedere e monitorare nel tempo i livelli di coerenza tra norme e reale attuazione, per offrire anche ai colleghi iscritti il pieno sostegno, affinché il ruolo si traduca in presenza reale in tutti i servizi senza rischi di limitazione del suo agire operativo e della sua autonomia.

In fondo, appare molto chiaro come il quadro di riferimento ed il paradigma che ha ispirato il DM 77/22 tiene conto di un rilevante dato epidemiologico dal carattere ormai strutturale presente nel nostro Paese, quale quello di una quota rilevante della popolazione che convive con almeno una patologia cronica, e con la multi morbilità in costante aumento e - come sostenuto dall'OMS - con solo una parte dei pazienti cronici che aderisce correttamente alle terapie prescritte, e che i fattori psicologici incidono in modo determinante sull'aderenza terapeutica, sull'autogestione della malattia, sugli stili di vita e sugli esiti clinici complessivi.

In questo scenario, i bisogni emergenti a cui la psicologia ambulatoriale è chiamata a rispondere non riguardano più soltanto l'ambito della sofferenza psichica conclamata, ma si estendono trasversalmente a tutte le condizioni di cronicità e fragilità: l'impatto psicologico della diagnosi, le difficoltà di adattamento a un percorso di cura di lungo periodo, il sostegno ai caregiver, la prevenzione del burnout familiare, l'accompagnamento nei momenti di transizione della malattia. Si tratta di bisogni che richiedono una presa in carico integrata, costruita insieme alle altre figure sanitarie del territorio (medici



di medicina generale, infermieri di famiglia e comunità, specialisti delle diverse branche), e non più erogata in modo occasionale o residuale.
Per questo la nostra rappresentanza continua a sostenere la necessità di un pieno riconoscimento della funzione psicologica nella presa in carico della cronicità, non come servizio aggiuntivo ma come componente strutturale del percorso di cura, coerentemente con quanto lo stesso PNRR – attraverso la Missione 6 Salute – ha inteso finanziare nella costruzione della nuova rete territoriale.

Il riordino dell'assistenza territoriale rappresenta un'occasione storica per collocare stabilmente la funzione psicologica al centro della presa in carico della cronicità e dei nuovi bisogni emergenti, a condizione che a questo riconoscimento normativo corrispondano investimenti coerenti in termini di ore convenzionate, integrazione nelle équipe e formazione specialistica continua. Il mutamento in questione è stato plasmato in gran parte da fattori chiave come la crescente richiesta di servizi specializzati per affrontare i bisogni di salute accuratamente definiti da parte dei cittadini e delle Istituzioni quali Scuole, Tribunali e Servizi Sociali. Inoltre, l'attenzione amplificata del Ssn verso gli attuali quadri epidemiologici è stata determinante, specialmente nel rispondere con soluzioni adeguate alle questioni connesse alle dinamiche familiari, alla protezione dei minori e delle donne, nonché al disagio degli adolescenti ed alle altre sfide legate alle fragilità. Occorre potenziare la presenza degli psicologi nei servizi "storici", come quelli dei dipartimenti di salute mentale o quelli consultoriali, ma anche di assicurare le attività nelle Case di comunità, nella domiciliarità, nei centri di prossimità, nelle strutture intermedie e negli ospedali per ottimizzare l'integrazione e le competenze psicologiche con le attività complessive del Ssn in una logica di 'sistema a rete', che valorizzi l'approccio ai bisogni reali della persona su un piano preventivo, proattivo, di promozione delle risorse, e sulla casa come primo luogo di cura, prossimità e continuità tra i diversi livelli del sistema; oltre che a valorizzare la psicologia secondo i livelli di intervento multidisciplinare e multiprofessionale ed incidere in generale sui fattori finanziari e quello dei costi-benefici per la riduzione e l'appropriatezza della spesa sanitaria.

> **Ammalarsi di una condizione cronica comporta un cambiamento radicale rispetto alla vita conosciuta fino a quel momento, e impone la ricerca di un nuovo significato di sé: un processo che può generare reazioni fortemente disfunzionali, fino al rifiuto delle cure**

Su questa base, la riforma ha individuato nelle Case della Comunità il fulcro del nuovo modello di prossimità, pensate come punto di accesso unico per i bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini, con particolare attenzione all'accompagnamento delle persone con patologie croniche fin dalle fasi precoci della malattia.
Il progressivo spostamento del baricentro della psicologia ambulatoriale verso la presa in carico delle malattie croniche richiede un investimento formativo specifico, che non può esaurirsi nella sola formazione di base in psicologia clinica. Ne consegue che la formazione continua dello psicologo specialista ambulatoriale debba orientarsi in modo sempre più deciso verso competenze di psicologia della salute e psico-oncologia/psico-cardiologia/psico-diabetologia applicate ai diversi ambiti di cronicità; strumenti di valutazione multidimensionale del paziente cronico; tecniche di intervento orientate al miglioramento dell'aderenza terapeutica e dell'autogestione della malattia (self-management), incluse le competenze di psicoeducazione; modelli di lavoro integrato con caregiver e famiglia, per la prevenzione del carico assistenziale e del burnout; competenze di lavoro in équipe multiprofessionale e di partecipazione attiva alla costruzione dei PDTA aziendali e distrettuali.
La SIFoP, cui aderiamo, è pronta a proseguire nei prossimi tempi attraverso una programmazione ECM affinché questa formazione specialistica sulla cronicità diventi patrimonio diffuso della categoria, che superi Il modello biomedico tradizionale, centrato sulla malattia acuta a decorso lineare, per sostituirlo con una concettualizzazione più complessa della patologia cronica e degenerativa, determinata da una molteplicità di fattori non solo medici ma anche psicosociali. Ammalarsi di una condizione cronica comporta per la persona un cambiamento radicale rispetto alla vita conosciuta fino a quel momento, e impone la ricerca di un nuovo significato di sé: un processo che può generare reazioni fortemente disfunzionali, fino al rifiuto o all'evitamento del contatto con i curanti, con sintomatologia ansiosa o depressiva che, se non riconosciuta, aggrava il quadro clinico generale.
Le sfide aperte e le linee di ricerca necessarie per l'efficacia di modelli e protocolli terapeutici nella pratica clinica, così come la collaborazione tra psicologi e gli altri specialisti, la telemedicina, rappresentano sempre più i punti chiave per supportare la salute globale del cittadino in un contesto epocale dove la qualità della sua vita è fortemente caratterizzata dalla presenza di contrasti, iperconnessioni, competizioni, dalle comodità e opportunità senza precedenti della tecnologia con i suoi riflessi e le sue influenze.

Quest'anno la società scientifica ha raggiunto un traguardo importante con l'auspicio di un percorso sempre più ambizioso con la condivisione di tutti gli Iscritti

SIFOP Quarant'anni



Paola Matteti
Presidente Sifop

Nel prestigioso Auditorium dell'OMCEO di Napoli e Provincia si è svolto il VII Convegno Regionale Campano *SIFoP* dal titolo "Il vaso di Pandora dell'Insulinoresistenza: dalla clinica alle ricadute cliniche e sociosanitarie. Modello Operativo Multidisciplinare".
L' evento, accreditato per medici di tutte le specialità, odontoiatri, biologi, psicologi, è stato molto apprezzato per gli argomenti che sono stati trattati, in modo approfondito da ottimi relatori, tutti Specialisti Ambulatoriali, ed ha spronato una partecipazione attiva da parte dei cento iscritti.
In questa occasione ho voluto, in qualità di Presidente, festeggiare i 40 anni della nostra Società Scientifica. Su una simbolica torta troneggiava la candelina dei 40 anni, accesa al momento della conclusione del Convegno, che ho spento, accompagnata dagli applausi di tutti i presenti.
Un momento emozionante e gioioso, preceduto da un mio intervento per sintetizzare la storia e la mission della *SIFoP,* i percorsi presenti e le progettualità future, che ho aperto con questa diapositiva:

La Sifop e le sue origini

La Società di formazione Permanente per la Medicina Specialistica Ambulatoriale è stata costituita nel 1986, rappresentando la continuità del "Comitato di Iniziativa e Programmazione FNOM-SUMAI", istituito nel 1976 con l'obiettivo di provvedere alla formazione permanente degli Specialisti Ambulatoriali.
Dal 2001 con l'introduzione del sistema operativo ECM, la SIFoP, seguendo le direttive del Ministero della Salute, ha voluto rendersi partecipe di questo nuovo metodo di aggiornamento iscrivendosi, in data 7/9/2001 come Provider. Nel 2014 la SIFoP ottiene l'accreditamento Standard di Agenas avendo il riconoscimento di tutti i requisiti previsti. Nel 2021 ha ottenuto il rinnovo come Provider ECM Standard, che è stato riconfermato l'11 marzo 2026.

La Mission

La *SIFoP* può ritenersi orgogliosa di aver dato sempre un rilievo prioritario alla formazione multidisciplinare, dalla sua istituzione nel 1986, sin dal primo statuto all'ultimo revisionato e approvato il 19/03/2025.
Da sempre la Società ha una missione

ben delineata, punto di forza e di lungimiranza, nell'assicurare una formazione interdisciplinare per i Medici Specialisti Ambulatoriali, che è stata estesa con lo Statuto approvato nel 2017, anche alle altre professioni: biologi, chimici, psicologi, odontoiatri, veterinari. Le diverse professionalità, anelli indispensabili di un sistema rivolto alla tutela della salute, sono sempre più consapevoli dell'importanza fondamentale della formazione pluridisciplinare. Un aggiornamento, spesso da me già citato, che non è un mero obbligo finalizzato all'acquisizione degli ECM, ma un vero e proprio dovere morale nei riguardi di una sanità sempre più bisognosa di competenze approfondite per il progresso e l'innovazione in campo clinico, diagnostico e terapeutico e non solo. La formazione deve essere "pertinente, efficace, funzionale, innovativa", operando sulla programmazione e sul coinvolgimento motivazionale, sia degli organizzatori che dei partecipanti. In tale ottica, essa implica sia la sfera cognitiva, rafforzando e rinnovando le conoscenze. Ma la formazione ha anche un altro aspetto peculiare: favorisce la rete di integrazione professionale e umana tra i colleghi, potenziando il lavoro di squadra. E, allo stesso tempo, permette di condividere i percorsi di formazione anche con altri operatori della sanità. Unire le forze è indispensabile per l'organizzazione delle Equipe Multidisciplinari attualmente più che mai necessarie per il consolidarsi dei nuovi modelli organizzativi come le Case di Comunità. Si avvalora e si potenzia, quindi, il ruolo della *Multidisciplinarietà* sanitaria perno centrale della medicina clinica, chirurgica, diagnostica che punta su tecnologie sempre più sofisticate.
Quindi la SIFoP ottempera alle funzioni principali richieste a una Società Scientifica contribuendo alla:
a. Formazione e Aggiornamento
b. Ricerca e pubblicazioni
c. Linee guida e protocolli
d. Rapporto con le Istituzioni
Ben consapevole di accrescere il suo impegno futuro, in particolare ai punti b e c.



Le diverse professionalità, anelli indispensabili di un sistema rivolto alla tutela della salute, sono sempre più consapevoli dell'importanza fondamentale della formazione pluridisciplinare

Excursus dei traguardi raggiunti dal 2024 al 2026

Insediato il nuovo Direttivo con la mia Presidenza dal gennaio 2024 abbiamo lavorato per la revisione e stesura del nuovo statuto che è stato approvato il 19 marzo del 2025. Ritengo necessario riportare ,quanto già scritto in un mio precedente articolo pubblicato sul Medical Network: il punto saliente del nuovo Statuto è rappresentato nell'Articolo 18 BIS dal Coordinamento Nazionale delle Regioni, costituito dai Coordinatori dei Comitati Regionali che interagiscono con il Consiglio Direttivo e con il Vice Presidente delegato, previsto dall'art.12. Quindi quasi tutte le regioni hanno individuato il Coordinatore Regionale e i Coordinatori per tutte le Province. Insieme al Dr. Piero Bergamo, che ha la nomina di Vicepresidente delegato con i Coordinatori Regionali, ci siamo confrontati spesso per risolvere dubbi che sono potuti insorgere tra i neo-coordinatori e abbiamo indetto 2 riunioni per aggiornare i colleghi sul lavoro da svolgere presso le singole regioni e accogliere le loro proposte. Abbiamo preventivato entrambi con i Coordinatori Regionali di realizzare un incontro durante il 58 °Convegno Nazionale SUMAI per programmare eventi interregionali che potranno consolidare la conoscenza dei colleghi, alfine di realizzare momenti formativi di maggiore spessore e dare voce il più possibile a tutti gli iscritti, che vogliono dare un contributo alla formazione, pilastro anche dell'attività sindacale. Il tutto per potenziare la rete di formazione che favorirà una maggiore visibilità della società a livello delle Istituzioni Regionali e Nazionali. Un primo importante traguardo è stato il numero di proposte di eventi che sono stati programmati nelle singole regioni, raggiungendo un numero mai raccolto in precedenza. Infatti, dopo l'approvazione del Comitato Scientifico, il PIANO FORMATIVO 2026 caricato dalla Segreteria SIFoP sul portale dell'AGENAS entro il 28 febbraio, è costituito da 32 progetti formativi che si sono svolti o che sono in itinere presso sedi regionali e provinciali rappresentative di quasi tutta l'Italia. Alla Segreteria SIFoP sono arrivate ulteriori 7 richieste ottemperando con solerzia a tutti i passaggi burocratici che ne favorissero la realizzazione per un totale di 39 eventi dei quali si riportano in sintesi titolo e sede nelle tabelle nelle pagine successive.

In questa mia disamina sulle attività e traguardi della SIFoP nell'ultimo triennio evidenzio che la SIFoP è presente da anni in vari Gruppi di Lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità, dando il suo prezioso contributo in particolare in quello **dell'Alleanza per le Malattie Cerebrovascolari, delle Linee Guida per la Gestione dell'Arresto Cardiaco e della Presa in Carico Riabilitativa nell'Assistenza a lungo termine delle Persone Sopravvissute a Ictus.**

L'ambizioso traguardo raggiunto

Consentitemi di concludere con orgoglio ricordando che il 4 agosto scorso ho ricevuto la comunicazione ufficiale da parte dell'Istituto Superiore di Sanità che la nostra proposta, presentata nel febbraio 2025 come Ente Capofila sulle RBPCA dal titolo "Riconoscimento delle sindromi dell'adulto che riferisce dolore toracico e/o dispnea e/o cardiopalmo in setting ambulatoriale specialistico extraospedaliero", ha avuto esito positivo. Riporto la comunicazione dell'ISS e il frontespizio del documento ufficiale, anticipandovi che tutto il gruppo di lavoro organizzerà un evento per divulgare il documento ufficiale e rendere fruibile a tutti l'utilizzo delle "Raccomandazioni" e per illustrare il lavoro svolto per raggiungere questo brillante traguardo, con l'auspicio che ne seguiranno altri.

ELENCO EVENTI SVOLTI NEL PRIMO SEMESTRE 2026

TITOLO	SEDE E DATA
PDTA E CDCD PERCORSI DI CURA DEI DISTURBI COGNITIVI E DELLE DEMENZE	NAPOLI, 23 FEBBRAIO 2026
LA RIVISTA MEDICA ITALIANA N. 1/2026	FAD – 9 MARZO/18 DICEMBRE 2026
VIVERE AUTONOMI: INNOVAZIONI NEL MONITORAGGIO E NELLA PROMOZIONE DELL'INDIPENDENZA QUOTIDIANA	NAPOLI, 26 MARZO 2026
LA SFIDA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE INTEGRATA	UNIV. S. CUORE – ROMA, 17 APRILE/12 DICEMBRE 2026
VII CONV. REG. SIFOP CAMPANIA: UN VIAGGIO NELL'INSULINO RESISTENZA. IMPLICAZIONI CLINICHE E SOCIO SANITARIE	NAPOLI, 23 APRILE 2026
AUTOIMMUNITA' SENZA CONFINI: DIALOGO MULTIDISCIPLINARE NELLA PRATICA AMBULATORIALE	SALERNO, 6 MAGGIO 2026
LA FIBROMIALGIA: DALL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO ALL'APPROCCIO TERAPEUTICO	CASERTA, 12 MAGGIO 2026
OLTRE IL CORPO: MEDICINA DI GENERE E NUOVE IDENTITA'	NAPOLI, 21 MAGGIO 2026
SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA E RETI DI PROSSIMITA' (DM 77/22)	ASTI, 23 MAGGIO 2026
IN (IN)SOSTENIBILE INTEGRAZIONE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI TRA DISTRETTI E PERCORSI OSPEDALE-TERRITORIO	BOLOGNA, 20 GIUGNO 2026
SANITA' DI PROSSIMITA': IL PRESENTE E FUTURO DELLE CASE DI COMUNITA'	NAPOLI, 22 GIUGNO 2026
INNOVAZIONE E COLLABORAZIONE NELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE EMATOLOGICHE	NAPOLI, 25 GIUGNO 2026

LETTERA RICEVUTA DALL'ISS

Gentile Presidente,
sono lieto di comunicare che la vostra RBPCA dal titolo «**Riconoscimento delle sindromi dell'adulto che riferisce dolore toracico e/o dispnea e/o cardiopalmo in setting ambulatoriale specialistico extraospedaliero**» è stata pubblicata ed è disponibile al seguente link: https://www.iss.it/web/guest/-/rbpca-00107.
Colgo l'occasione per ringraziare le Società e l'intero gruppo multi-societario per la preziosa e proficua collaborazione, e invitiamo a condividere la presente comunicazione con tutti i componenti coinvolti.
Con i migliori saluti

Per il Direttore CNCG
Romano Arcieri

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
CENTRO NAZIONALE CLINICAL GOVERNANCE ED ECCELLENZA DELLE CURE

SOCIETÀ SCIENTIFICHE ACHE HANNO ADERITO AL PROGETTO

AIAC – Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione
A.N.M.C.O. – Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – NEXT GENERATION
GISeG·ETS – Gruppo Italiano Salute e Genere
IRC Italian Resuscitation Council
Società Italiana di Cardiologia
SIP IRS – Società Italiana di Pneumologia
siiet
SIMEU – società italiana medicina d'emergenza-urgenza
SIMLA

ELENCO EVENTI PROPOSTI PER IL SECONDO SEMESTRE 2026	
TITOLO	**SEDE E DATA DEFINITA E/O PERIODO**
LA RIVISTA MEDICA ITALIANA N. 2/2026	FAD
SPECIALISTICA AMBULATORIALE: CASI CLINICI DALLA REAL LIFE	NAPOLI, 17 SETTEMBRE 2026
PROGETTO "RESPIRA"	ROMA, 26 SETTEMBRE 2026
LA RIMEDIAZIONE DELLA SORDITA' OGGI	PIANEZZA (TO), 23 SETTEMBRE 2026
APPROCCIO ALL'EMERGENZA-URGENZA IN AMBULATORIO	ROMA, SETTEMBRE 2026
TAI CHI CHUAN, MEDICINA TRADIZIONALE CINESE E MEDICINA OCCIDENTALE: TRE MODI DI PRENDERSI CURA DI SE STESSI	TARANTO, SETTEMBRE 2026
LA FORMA DEL DOLORE	BENEVENTO, 24 SETTEMBRE 2026
DALLA ROTTURA AL CONTENIMENTO: AGGRESSIVITÀE DEVIANZA NEI GIOVANI	SALERNO, 29 SETTEMBRE 2026
CARDIOGERIATRIA E LONGEVITA'	TARANTO, AUTUNNO 2026
LA GESTIONE DEL DOLORE TORACICO	TOSCANA, OTTOBRE 2026
L'IMPORTANZA DELL'ORGANIZZAZIONE INTEGRATA ORIENTATA ALL'INNOVAZIONE	FAD
PDTA ONCOLOGICI: IL PERCORSO ASSISTENZIALE DALLA DIAGNOSI ALLA CURA	VIBO VALENTIA
ADDESTRAMENTO PRATICO ALL'INTERPRETAZIONE ELL'ECG	ROMA, OTTOBRE 2026
LA RIVISTA MEDICA ITALIANA N. 3/2026	FAD
LA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO	NAPOLI, AUTUNNO 2026
L'AUTOIMMUNITA' NELL'ERA DELLE TERAPIE AVANZATE	NAPOLI, AUTUNNO 2026
L'INTEGRAZIONE DEI SAPERI NELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	NAPOLI, AUTUNNO 2026
MEDICINA DI GENERE: UN VIAGGIO ATTRAVERSO LA SPECIFICITA'	VARESE, 2 OTTOBRE 2026
VII CONVEGNO REGIONALE SIFoP PIEMONTE	TORINO, 9 OTTOBRE 2026
I.A. NELLA GESTIONE DEL DIABETE	PADOVA, 24 OTTOBRE 2026
INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN MEDICINA	NAPOLI, 28 OTTOBRE 2026
IL TRATTAMENTO DOMICILIARE DELLE ULCERE DA DECUBITO	TARANTO, OTTOBRE 2026
IL GENERE COME FATTORE DI QUALITA': EVOLUZIONE PER LA SALUTE E PER IL TERRITORIO	AVELLINO – AUTUNNO 2026
DONNA, SALUTE E SOCIETA' – XV EDIZIONE	NAPOLI – AUTUNNO 2026
TRATTAMENTO DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA SISTEMICA SECONDO LE LINEE GUIDA ESC	LECCE, DA DEFINIRE
LA RETE CHE CURA: DAL MODELLO PRESTAZIONALE ALLA PRESA IN CARICO	BARI, DA DEFINIRE
LA RIVISTA MEDICA ITALIANA N. 4/2026	FAD

Nel salutare tutti e ringraziando per la lettura, voglio riportare questa citazione in cui credo molto e che invito tutti a leggere e renderla realizzabile perché la SIFoP possa accrescere le sue potenzialità con la partecipazione di tutti gli iscritti.

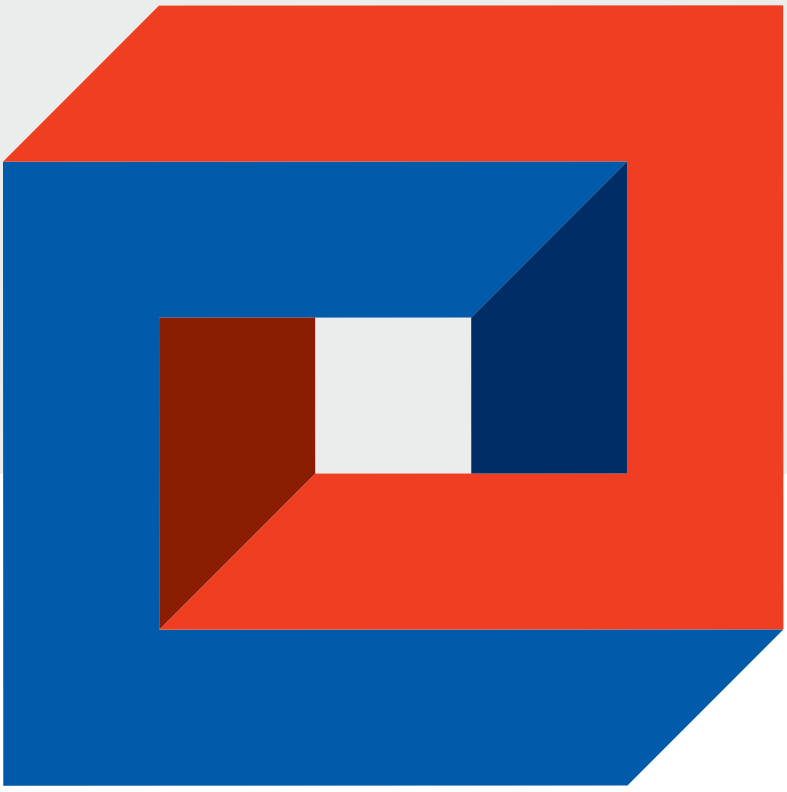
"A livello individuale, siamo una goccia. insieme, siamo un oceano." (R. Satoro)



Speciale

58° Congresso nazionale Sumai

Casa della Comunità: non si inaugura



58° Congresso nazionale Sumai

Roma 18 – 21 Ottobre 2026
Ergife Palace Hotel
Largo Lorenzo Mossa 8

...si organizza.

Le Case della Comunità non sono poliambulatori.

Programma

DOMENICA 18

	Arrivo in hotel
17.00	**Apertura segreteria congressuale**
	Registrazione dei partecipanti
18.30	**Segreteria Nazionale**
	Cena libera

LUNEDÌ 19

10.00	**Ecm**
13.00	Pranzo
15.00	**Ecm**
18.00	**Consiglio Nazionale**
20.00	**Termine dei lavori**
	Cena libera

MARTEDÌ 20

10.00	**Tavola rotonda (politica con Ecm)** **La riforma della sanità territoriale senza gli specialisti ambulatoriali rischia di fallire**
Modera	**Maria Giulia Mazzoni** Giornalista Panorama della Sanità
Partecipano	**Ugo Cappellacci** Presidente XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati
	Andrea Costa Esperto per le strategie di attuazione PNRR (Missione 6 Salute)
	M. Domenica Castellone Vice Presidente del Senato
	Beatrice Lorenzin Senato della Repubblica
	Antonio Magi Segretario Generale Sumai Assoprof
	Francesco Zaffini Presidente X Commissione Affari Sociali, Senato della Repubblica
13.00	Pranzo
15.00	**Cerimonia Inaugurale**
	Relazione del Segretario Generale Antonio Magi
	Interventi delle Autorità e degli Ospiti
	Sarà presente il Ministro della Salute Orazio Schillaci
19.00	**Termine dei lavori**
	Cena di gala

MERCOLEDÌ 21

9.30	**Consiglio Nazionale**
	Relazione Tesoriere Nazionale
	Approvazione rendiconto consuntivo
	Assemblea Congressuale
	Presentazione mozioni conclusive
13.00	**Chiusura del congresso**

Sumai ASSOPROF
Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria

Sumai
ASSOPROF
Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org