

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

ANNO XXVI
NUMERO 1 | 2026
TRIMESTRALE



25

**La nostra rivista
testimone
dei cambiamenti
e memoria storica
delle nostre
battaglie per
il riconoscimento
professionale
ed economico**

Anni di Medical Network

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

Editore

Sumai - Viale di Villa Massimo, 47 - Roma

Tel. 06.232912 E-mail sumai@sumaiweb.it



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medici
Ambulatoriali Italiani
e Professionisti dell'Area Sanitaria



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

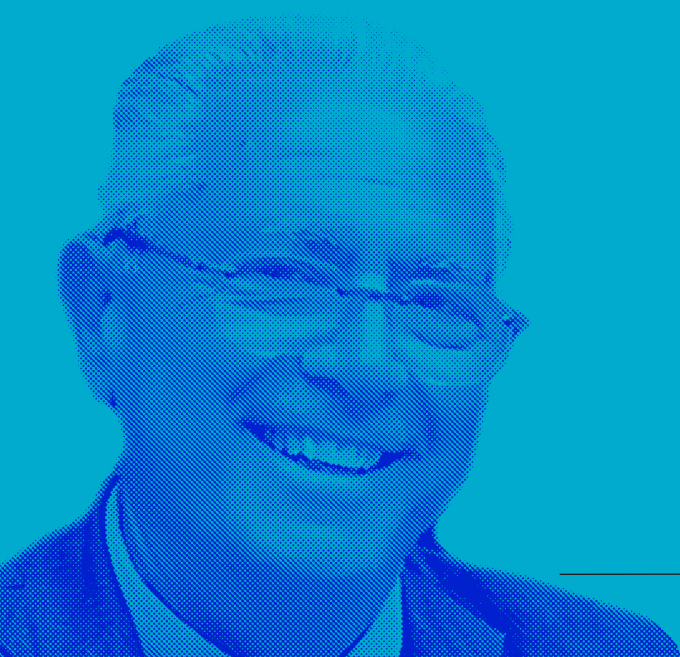
Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

Chiuso in redazione nel mese di aprile 2026

Una politica che dà sempre la solita risposta

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof



Care colleghe e cari colleghi

come ci ricorda il presidente Sodano con il suo articolo all'interno di questo numero, la nostra rivista quest'anno compie 25 anni, infatti "alla fine del 2001 – scrive – nasceva *Medical network*, la Rivista del Medico Specialista Ambulatoriale". Un quarto di secolo in cui su queste pagine abbiamo ospitato contributi, riflessioni e approfondimenti in un'ottica non solo d'informazione ma anche di formazione sindacale grazie al continuo scambio di opinioni.

Se questo quarto di secolo ha visto la crescita dei "sumaisti", una classe dirigente sindacale in grado di tutelare gli iscritti e la salute dei cittadini, purtroppo non possiamo dire lo stesso della classe politica che non ha capito l'importanza della specialistica ambulatoriale e non l'ha tutelata. E così oggi abbiamo il territorio desertificato di specialisti e i cittadini, che non hanno la possibilità di curarsi privatamente, per curarsi fanno ricorso ad un uso improprio del pronto soccorso generando infinite liste d'attesa, vero punto di caduta del nostro Ssn.

A breve, lo sappiamo, partiranno o almeno dovrebbero partire le Case della comunità, Il PNRR ne prevede oltre 1.200 entro il 2026, finanziate con 2 miliardi di euro, per riformare l'assistenza territoriale. Ebbene, quante Regioni sono pronte, quante realtà territoriali sono in grado di rispettare le tempistiche e rispondere positivamente alle aspettative del Pnrr? La domanda evidentemente è retorica e la risposta la conosciamo. Eppure la politica sembra non capire e la risposta che continua ad offrire è la solita: "mettiamo i medici di famiglia nelle case di comunità".

Tutti noi invece sappiamo che per ridurre le liste d'attesa è necessario aumentare il numero di medici specialisti sul territorio e rafforzare le Case di Comunità. Le lunghe attese non si risolvono aumentando i medici di medicina generale, ma occorre intervenire in modo strutturale sull'organizzazione del sistema prima che il nostro Servizio pubblico collassi del tutto.

medical network

Medical Network da 25 anni al servizio della specialistica ambulatoriale

Riprendiamo a pubblicare la nostra rivista "Medical Network" dopo il rinnovo della Segreteria Nazionale, e di buona parte degli incarichi di responsabilità previsti dallo Statuto, a seguito del Congresso nazionale elettivo del Sumai /Assoprof di novembre 2025.

Ho avuto modo di dire che sono entrato nella famiglia della specialistica ambulatoriale dal 1987 per cui ho vissuto in prima persona tutta la evoluzione della specialistica ambulatoriale

Luigi Sodano
Presidente
Sumai Assoprof

riale dalla fine del secolo scorso ad oggi, condividendo con tutti i momenti tranquilli e i momenti più delicati per non dire quelli drammatici negli anni seguiti alla riforma sanitaria del 1992, anni drammatici ma di battaglia sindacale e politica, anni che hanno formato e forgiato la dirigenza sindacale che in parte è ancora oggi ai vertici della nostra associazione. È quella generazione sindacale che nella storia del nostro sindacato ha partecipato alla svolta di Bologna

Il periodico del nostro sindacato da un quarto di secolo svolge l'importante ruolo di testimone dei cambiamenti del Paese e di memoria storica delle nostre battaglie per il riconoscimento professionale ed economico

del 2000 e che ha vissuto e combattuto in prima persona per il recupero graduale del ruolo della categoria con la comparsa prima del protocollo aggiuntivo, poi degli incarichi a tempo determinato, quindi il passaggio a tempo indeterminato, l'ampliamento dell'area alle altre professionalità sanitarie, veterinari, psicologi, biologi, chimici, che ha ottenuto anche la possibilità di consentire agli specialisti ambulatoriali interni di lavorare presso le aziende ospedaliere ed



universitarie quando vi era il blocco dei concorsi, permettendo a numerosi giovani colleghi di trovare soddisfazione lavorativa e professionale in queste strutture sempre attraverso il nostro Accordo Collettivo Nazionale. È quella generazione sindacale che ha dovuto affrontare la regionalizzazione forzata della Sanità nazionale con tutte le storture che ne sono derivate a discapito dell'equità e solidarietà che è alla base dei principi fondanti del nostro Servizio Sanitario Nazionale, una generazione che ancora combatte per una Sanità che vede negli ambulatori specialisti di prossimità un punto di forza originale in Europa e nel mondo, ma anche per una nuova medicina territoriale in cui Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta e Specialista Ambulatoriale Interno collaborano per eliminare le liste di attesa, dare

risposte immediate ai bisogni di salute dei cittadini, evitare il ricorso improprio agli ospedali ed in particolare ai Pronto Soccorso. Ebbene proprio alla fine del 2001 nasceva la nostra rivista "Medical network, la Rivista del Medico Specialista Ambulatoriale" che in più di 25 anni ha seguito tutte le vicende che hanno interessato la specialistica ambulatoriale interna e, più in generale, l'evoluzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Se c'è una memoria storica della nostra Associazione, della nostra categoria, del nostro ruolo nel Servizio Sanitario Nazionale, ma anche delle nostre campagne per la sua salvaguardia e delle nostre battaglie per il riconoscimento professionale ed economico dello specialista del territorio questa memoria la ritroviamo nei numeri e negli articoli della rivista di

questi 25 anni, nelle sintesi dei principali eventi organizzati o a cui ha partecipato il Sumai, nei resoconti dei nostri congressi nazionali con le sintesi degli interventi dei partecipanti, nelle interviste ai principali decisori della politica sanitaria del Paese.

Anche la rivista ha subito una evoluzione legata alle nuove tecnologie e alle nuove modalità di comunicazione, in questi 25 anni non a caso siamo passati dalla tradizionale pubblicazione cartacea, che veniva inviata per via postale a tutti gli iscritti, alla pubblicazione online che oggi ci consente oltre alla pubblicazione sul nostro sito ufficiale, anche di inoltrare la rivista attraverso i tanti canali social, a cominciare dal più semplice e popolare WhatsApp.

Condividendo con il segretario generale Antonio Magi il progetto di formare una nuova classe dirigente sindacale che gradualmente, per motivi anche naturali, ci possa sostituire nel prossimo futuro, come coordinatore della redazione della rivista ho condiviso già da tempo con i colleghi della stessa redazione di indirizzare gli articoli pubblicati più sul piano formativo sindacale che su quello scientifico, e penso proprio che si debba continuare su questa strada, per contribuire ad aggiornare una nuova dirigenza sindacale che adeguatamente formata ed informata possa supportare la nostra area nell'affrontare le nuove minacce che ci vengono già oggi dalla politica ma anche dalle nuove tecnologie che qualcuno forse vorrebbe sostituissero il ruolo del medico e delle altre professioni sanitarie, a cominciare dalla Intelligenza Artificiale di cui si parla tutti i giorni.

Il nostro obiettivo deve essere questo, creare lavoro, tutelare economicamente e professionalmente la categoria, ma anche appassionare i giovani colleghi a farlo nel futuro per sé e per gli altri, sono convinto che lo possiamo fare anche attraverso lo strumento della nostra ormai storica rivista "Medical Network".

Nuovo



Il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale del 5 febbraio 2026 rappresenta un ulteriore passaggio significativo per la specialistica ambulatoriale in un contesto di progressiva ridefinizione dell'assistenza territoriale e dei modelli organizzativi del Servizio sanitario nazionale

Renato Obrizzo
Segretario
Organizzativo
Settore Convenzioni

Con questo numero raccolgo il testimone da Pio Attanasi per gli articoli su *Medical Network* riguardanti la nostra convenzione. Ringrazio Pio per i preziosi consigli, l'entusiasmo e la costante dedizione al nostro sindacato e alla nostra rivista

Con l'intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni il 5 febbraio 2026, pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 20 febbraio 2026, è stato formalmente approvato il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale (Acn).

Si è concluso così l'iter dopo l'inaspettato stop da parte della Conferenza Stato-Regioni del 15 gennaio 2026 in seguito ai rilievi inviati dalla Ragioneria Generale dello Stato; l'immediata dichiarazione dello stato di agitazione da parte del Segretario Generale, Antonio Magi, e i successivi chiarimenti pervenuti anche dal Ministero della Salute hanno portato alla

positiva conclusione della vicenda. Alcuni degli obiettivi che il Sumai ha perseguito con il nuovo Acn sono:

- la valorizzazione economica delle attività degli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e professionisti
- il riconoscimento del ruolo degli specialisti nei processi di trasformazione della sanità territoriale
- l'ampliamento dell'offerta specialistica ambulatoriale
- la maggiore integrazione con le altre figure professionali nei vari setting
- la partecipazione alle équipe multiprofessionali territoriali
- il contributo alla riduzione delle liste d'attesa

Il nuovo accordo riguarda complessivamente circa 19.000 specialisti tra medici e professionisti operanti nel Servizio sanitario nazionale.

Il Sumai da sempre ha puntato al crescente sviluppo del ruolo professionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti, e soprattutto recentemente nel quadro della riorganizzazione della sanità territoriale prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in conformità con le disposizioni del DM del 23 maggio 2022, n 77.

Il successo della riforma dell'assistenza territoriale in atto dipende anche dalla stipula di Acn in grado di promuovere un nuovo equilibrio tra esigenze organizzative del SSN e aspettative dei professionisti.

L'Acn assume quindi un ruolo centrale come leva di cambiamento in grado di tradurre le innovazioni previste dalla riforma in regole operative, con la garanzia di risorse certe e attraverso percorsi concreti con gli specialisti ambulatoriali nel ruolo di protagonisti.

Il nuovo accordo disciplina il triennio 2022-2024 introducendo modifiche prevalentemente sul piano economico e alcune modifiche normative.

Le novità economiche si basano sull'incremento complessivo della massa salariale pari al 5,78%, incremento sicuramente insufficiente come denunciato ma in linea con gli altri rinnovi contrattuali del pubblico impiego sanitario relativi allo stesso periodo. Le principali innovazioni contenute nell' Acn sono di seguito sinteticamente analizzate evidenziando le modifiche della remunerazione oraria, la struttura della retribuzione e le implicazioni organizzative.

Va sottolineato che il Sumai attraverso il Segretario Generale ha richiesto ed ottenuto che le risorse destinate alla retribuzione delle PPI degli specialisti ambulatoriali, dei veterinari e psicologi fossero utilizzate per valorizzare la componente variabile del trattamento economico di tutti i Professionisti. Tale scelta rappresenta un ulteriore passo importante ai fini della riduzione del gap retributivo sto-

**ARRETRATI
CONTRATTUALI**

Il rinnovo contrattuale prevede il pagamento degli arretrati per il periodo di vacanza contrattuale e il pagamento degli arretrati per l'adeguamento della quota oraria dal 1.1.2024	
L'erogazione delle risorse relative agli arretrati e agli incrementi a decorrere dal 1.1.2024 sono al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico delle Aziende.	
Periodo	Effetto economico
2022-2023	Vacanza contrattuale (Art 5 Tabelle A1,B1, C1)
1.1.2024	Adeguamento nuova quota oraria e pagamento arretrati (Art 5 Tabelle A2,B2,C2)

**LE NUOVE
QUOTE ORARIE**
Incrementi economici

Categoria	Incremento dal 1° gennaio 2024	Riferimento ACN
Specialisti e veterinari	+1,36 €/h	Art43,comma 1, lettera A,punto 1
Fondo integrativo	+0,68 €/h	Fondo ex Art 43, comma 1, lettera B, punto 8
Professionisti sanitari	+0,63 €/h	Art 44,comma 1, lettera A,punto 1
Fondo integrativo	+0,32 €/h	Fondo ex Art 44, comma 1, lettera B, punto 7

**INCARICHI
A TEMPO
INDETERMINATO**

Il compenso orario viene quindi rideterminato:		
Categoria professionale	Quota oraria (€)	Riferimento ACN
Specialisti ambulatoriali	31,35 €/ora	Art 43, comma 1, lettera A, punto 1
Medici veterinari	31,35 €/ora	Art 43, comma 1, lettera A, punto 1
Psicologi	24,86 €/ora	Art 44, comma 1, lettera A, punto 1
Biologi	24,86 €/ora	Art 44, comma 1, lettera A, punto 1
Chimici	24,86 €/ora	Art 44,c omma 1, lettera A, punto 1

**INCARICHI
A TEMPO
DETERMINATO
O PROVVISORI**

Categoria	Incremento	Quota oraria (€)	Riferimento ACN
Specialisti ambulatoriali, veterinari, psicologi, biologi, chimici	+ 3,03 €/h	45,06 €/ora	Art 49 comma 1

ricamente presente rispetto alle altre categorie inserite nella medesima convenzione.

Struttura del nuovo accordo

- Il nuovo Acn conserva l’articolazione in diverse sezioni che regolano:
- Il trattamento economico
 - Il conferimento degli incarichi
 - L’organizzazione dell’attività professionale
 - I diritti e doveri dei professionisti
 - Il sistema delle incompatibilità
 - La formazione e l’aggiornamento professionale.

Le novità economiche

- Tra gli elementi economici principali vanno segnalati:
- Il riconoscimento degli arretrati contrattuali
- L’incremento della quota oraria
- L’incremento dei fondi “accessori”(componenti della quota variabile)

Arretrati contrattuali

Il rinnovo contrattuale prevede il pagamento degli arretrati per il periodo di vacanza contrattuale e il pagamento degli arretrati per l’adeguamento della quota oraria dal 1.1.2024

L’erogazione delle risorse relative agli arretrati e agli incrementi a decorrere dal 1.1.2024 sono al netto degli oneri previdenziali e fiscali a carico delle Aziende.

Impatto organizzativo sulla sanità territoriale

Il nuovo Acn si inserisce nel processo di rafforzamento dell’assistenza territoriale previsto dalle politiche sanitarie nazionali, con gli specialisti ambulatoriali interni che assumono un ruolo sempre più rilevante prevalentemente nell’ambito delle strutture territoriali integrate, tra cui:

- Case della Comunità
- Centrali operative territoriali
- Ospedali di Comunità
- Servizi di assistenza specialistica distrettuale.

NUOVO ACN 2022-2024
LE NUOVE QUOTE ORARIE

NUOVO ACN 2022-2024 LE NUOVE QUOTE ORARIE <i>Incarichi a tempo indeterminato</i>			
Categoria professionale	Quota oraria (€)	Riferimento ACN	
Specialisti ambulatoriali	31,35 €/ora	Art 43, comma 1, lettera A,punto 1	
Medici veterinari	31,35 €/ora	Art 43, comma 1, lettera A,punto 1	
Psicologi	24,86 €/ora	Art 44, comma 1, lettera A,punto 1	
Biologi	24,86 €/ora	Art 44, comma 1, lettera A,punto 1	
Chimici	24,86 €/ora	Art 44, comma 1, lettera A, punto 1	
<i>Incarichi a tempo determinato o provvisori</i>			
Categoria	Incremento (dal 1° gennaio 2024)	Quota oraria (€)	Riferimento ACN
Specialisti ambulatoriali, veterinari, psicologi, biologi, chimici	+ 3,03 €/h	45,06 €/ora	Art 49 comma 1
NUOVA TABELLA RETRIBUTIVA VALIDA DAL 1 GENNAIO 2024			

Uno degli elementi su cui punta anche il nuovo accordo è il rafforzamento della collaborazione tra le diverse figure professionali favorendo lo sviluppo di percorsi assistenziali integrati, con particolare attenzione alla gestione delle patologie croniche.

Criticità e prospettive future

Nonostante gli elementi positivi del rinnovo contrattuale, permangono alcune criticità su cui dovremo concentrare la nostra attenzione e tra queste:

- l’insufficiente incremento economico rispetto all’inflazione
- le disomogeneità regionali nell’applicazione degli accordi integrativi regionali
- carenza di specialisti in alcune discipline.

Tuttavia il nuovo Acn rappresenta un passo importante verso la valorizzazione della specialistica territoriale e il rafforzamento del ruolo dello specialista ambulatoriale interni nel Servizio Sanitario Nazionale pubblico.

Conclusioni

Il rinnovo dell’Accordo Collettivo Nazionale del 5 febbraio 2026 rappresenta un ulteriore passaggio significativo per la specialistica ambulatoriale in un contesto di progressiva ridefinizione dell’assistenza territoriale e dei modelli organizzativi del Servizio sanitario nazionale.

Sappiamo che il valore delle norme pattizie si misurerà soprattutto nella fase applicativa. Sarà quindi determinante vigilare affinché le previsioni contrattuali trovino una coerente e uniforme attuazione nei diversi contesti regionali e aziendali. In questa prospettiva il ruolo del nostro sindacato con la partecipazione attiva degli iscritti è elemento essenziale non solo per garantire la piena applicazione dell’accordo, ma anche per accompagnare l’evoluzione della specialistica ambulatoriale nei prossimi anni.

La sfida della Competenza

Il Sumai come ultimo argine contro la privatizzazione della selvaggia della salute. Per tradurre questa visione in realtà tre strumenti fondamentali: una Formazione Regionale capillare, un Laboratorio di Politica Sanitaria e infine Digitalizzazione e Networking

Francesca Castellani
Direttrice
della Scuola
di Formazione
Sumai

La Scuola di Formazione Nazionale Sindacale non è più soltanto un luogo di trasmissione di saperi tecnici; essa rappresenta oggi una finalità di politica sanitaria strategica. In un'epoca di trasformazioni profonde, il Sumai deve riaffermare la sua identità: non siamo semplicemente un sindacato che tutela diritti, ma un'istituzione capace di produrre pensiero, competenza e soluzioni per il Sistema Sanitario Nazionale. Per diventare una proposta autorevole agli occhi delle istituzioni, la formazione dei dirigenti sindacali e di tutti i colleghi diventa lo strumento essenziale, il vero motore del cambiamento.

Troppo spesso i decisori politici guardano alla sanità attraverso freddi fogli di calcolo.

Tuttavia, esiste un dato di realtà che nessun algoritmo può ignorare: uno specialista ambulatoriale a orario completo incontra oltre 300 persone al mese. Moltiplicando questo valore per le migliaia di colleghi attivi sul territorio, emerge chiaramente che il Sumai non rappresenta solo una categoria, ma un immenso osservatorio sociale e clinico. Noi siamo il vero "front-office" del SSN. Questa capillarità ci conferisce una responsabilità unica: essere interlocutori imprescindibili per la politica, indipendentemente dal colore dei governi.

Chi decide deve imparare ad affidarsi a chi lavora sul campo, a chi tocca con mano quotidianamente le fragilità dei pazienti e le difficoltà del sistema.

Il mio progetto come Direttore della Scuola per i prossimi anni non si limiterà alla pur necessaria spiegazione delle clausole contrattuali. Certamente, la padronanza dell'Acn resta l'elemento centrale per valorizzare il nostro ruolo, ma oggi non è più sufficiente. È necessario promuovere una formazione itinerante, presente in ogni regione, che metta al centro la nostra peculiare natura giuridica. È qui che risiede il cuore della questione: siamo l'unica figura capace di coniugare flessibilità e stabilità, l'anello di congiunzione vitale tra l'ospedale e il territorio. Siamo noi lo strumento per abbattere il muro delle liste d'attesa e per gestire le cronicità, evitando che il sistema collassi sotto il peso di accessi impropri al Pronto Soccorso e dei ricoveri non necessari. Rivendicare questa identità significa difendere l'esistenza stessa della medicina convenzionata, che considero l'ultimo vero argine alla privatizzazione selvaggia della salute.

Per tradurre questa visione in realtà, la Scuola si articolerà su tre pilastri fondamentali. Innanzitutto, una For-

mazione Regionale capillare, capace di calarsi nelle diverse realtà locali. In parallelo, istituiremo un Laboratorio di Politica Sanitaria: moduli specifici per formare rappresentanti capaci di dialogare con le istituzioni non come ospiti, ma come protagonisti della programmazione sanitaria. Infine, punteremo con decisione sulla Digitalizzazione e il Networking, attraverso una piattaforma avanzata che permetta lo scambio costante di competenze tra province, mettendo a disposizione una biblioteca digitale interattiva anche con pareri legali e sentenze

Consolideremo e rilanceremo i corsi universitari di alta formazione in collaborazione con i più prestigiosi Atenei, un percorso di eccellenza accademica che il Sumai porta avanti con successo ormai da anni. Questa sinergia storica con il mondo universitario è la garanzia che la nostra classe dirigente possieda non solo la passione sindacale, ma anche quel rigore scientifico e gestionale necessario per sedere ai tavoli tecnici non come ospiti, ma come protagonisti della programmazione sanitaria.

La Scuola si farà promotrice anche di un Osservatorio Permanente sulla Specialistica, capace di produrre dati oggettivi da contrapporre alla narrativa burocratica, e di una "Academy" dedicata ai giovani specialisti, per garantire che il ricambio generazionale porti con sé non solo entusiasmo, ma anche una profonda consapevolezza della "liturgia" negoziale. Investiremo nella comunicazione strategica, perché ogni delegato sia un leader capace di orientare le scelte di Direttori Generali e Assessori.

In definitiva, la formazione è l'unico modo per garantire che il Sumai resti un punto di riferimento. Dobbiamo essere i più preparati di tutti per dimostrare che, senza la medicina specialistica ambulatoriale, il Servizio Sanitario Nazionale non ha futuro.

La Specialistica Ambulatoriale Interna nella “scatola nera” del Ssn

L'identificazione di standard di offerta minima per l'assistenza specialistica territoriale: il tassello mancante del DM 77/2022

Giorgio Visca
Direttore nazionale
Centro Studi

La riforma dell'assistenza territoriale è oggi – spesso letteralmente – uno dei principali cantieri aperti del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il DM 77 del 2022 hanno delineato infatti un nuovo modello organizzativo che punta a rafforzare le reti di prossimità attraverso lo sviluppo delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle cure domiciliari.

In questo assetto la disponibilità di competenze specialistiche rappresenta una condizione indispensabile per garantire percorsi assistenziali realmente integrati in particolare per la cronicità. Senza un adeguato supporto specialistico, infatti, le nuove strutture territoriali rischiano di rimanere semplici “contenitori”, incapaci come tali di offrire una presa in carico adeguata ai bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana e malata.

Eppure, proprio mentre la legislazione conferma formalmente il ruolo strategico della specialistica ambulatoriale nel nuovo modello di assistenza territoriale, emerge un para-

dosso difficilmente spiegabile: il Servizio Sanitario Nazionale non dispone di strumenti adeguati sia per misurare, sia per programmare l'offerta di assistenza specialistica territoriale.

Assenza di standard di presenza minimi garantiti

La prima e fondamentale criticità riguarda la totale assenza di standard nazionali relativi all'offerta della specialistica ambulatoriale interna che deve essere garantita a livello territoriale.

Nel sistema sanitario italiano esistono da sempre parametri di riferimento per numerose figure professionali. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta operano infatti sulla base di rapporti ottimali definiti rispetto alla popolazione assistita, rapporti che costituiscono uno strumento fondamentale per la programmazione dell'offerta di cure primarie. Analogamente, nei nuovi documenti di programmazione delle reti territoriali vengono previsti standard minimi di presenza per molte professionalità sanitarie, comprese quelle di



nuova identificazione come l'Infermiere di Comunità

Per la componente specialistica, invece, non esiste nulla di simile.

Le linee di indirizzo nazionali per le Case di Comunità elaborate dall'AGENAS indicano infatti con precisione il fabbisogno minimo di molte figure professionali, ma quando si arriva alla componente specialistica il riferimento si limita alla presenza di ciò che viene definito un “congruo numero di ore di specialisti”, da determinare genericamente sulla base dei bisogni del territorio.

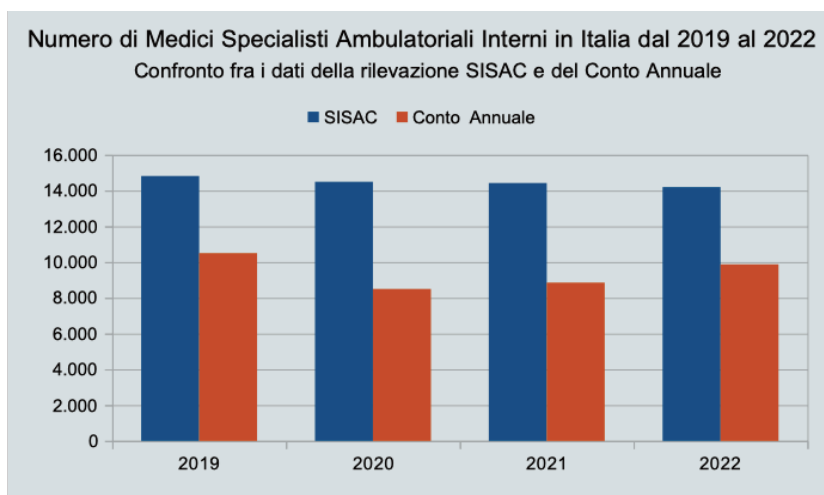
Una formulazione vaga, che rende da un lato impossibile qualsiasi valutazione sistematica dell'adeguatezza dell'offerta e non offre dall'altro nessuna garanzia sulla presenza della stessa.

Assenza di dati relativi all'offerta assistenziale presente

Se la mancanza di standard rappresenta una prima radicale anomalia, il quadro diventa ancora più problematico e paradossale quando si analizzano i dati disponibili sull'offerta di specialistica ambulatoriale interna.



Figura 1
Analisi dei sistemi informativi nazionali per l'offerta di assistenza specialistica ambulatoriale interna in ambito territoriale
 Fonte: Visca G. Orecchia S.



Un esame delle principali fonti informative istituzionali dedicate al personale sanitario nazionale mostra infatti un quadro sorprendentemente lacunoso.

I flussi ed i sistemi informativi nazionali che raccolgono dati sul personale sanitario sono diversi, ma solo due contengono variabili riferibili agli specialisti ambulatoriali interni: il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato e la rilevazione della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC).

Le informazioni disponibili sono tuttavia estremamente limitate e riguardano sostanzialmente:

- il numero totale di specialisti (presente in entrambi i flussi);
- la distribuzione per genere e specializzazione (presente solo nel Conto Annuale);
- il numero complessivo di ore erogate (presente solo nella rilevazione SISAC).

Questo livello di dettaglio risulta completamente insufficiente per descrivere un settore complesso come l'assistenza specialistica territoriale. Ma la situazione appare ancora più

critica se si considera che i dati prodotti dalle due fonti per l'unica variabile comune – il numero di specialisti – non coincidono. Le differenze registrate negli ultimi anni tra il numero di specialisti rilevato dai due sistemi informativi sono infatti molto ampie, con scostamenti che oscillano tra circa il 30% e oltre il 40% (Fig. 1), una discrepanza che rende difficile persino stimare con precisione la consistenza numerica della categoria.

A questa incongruenza si aggiunge un'altra lacuna ancora più significativa: nessuno dei sistemi informativi disponibili consente di conoscere quante ore di attività vengono erogate per ciascuna specializzazione e dove queste attività vengono svolte. Non è infatti possibile distinguere in modo sistematico infatti tra attività svolta in ambito territoriale e attività svolta in ambito ospedaliero.

Risulta quindi di fatto impossibile con gli attuali sistemi informativi nazionali analizzare la distribuzione delle ore specialistiche erogate per disciplina o per area territoriale con il livello di dettaglio necessario per una

reale programmazione sanitaria.

Qualsiasi attività di pianificazione sanitaria richiede infatti la conoscenza di due elementi fondamentali: la domanda di servizi e l'offerta disponibile. Nel caso della specialistica ambulatoriale, entrambe queste dimensioni risultano difficili da analizzare con gli strumenti informativi attualmente disponibili.

Anche sul versante della domanda, infatti, le informazioni risultano incomplete. Eccetto alcuni sistemi attivi solo in alcune Regioni, i flussi informativi nazionali in uso consentono di monitorare attualmente solo le prestazioni effettivamente erogate da parte delle strutture dei Servizi Sanitari, ma non permettono di analizzare in modo sistematico altri aspetti fondamentali, come le prestazioni prenotate, i mancati accessi, la consistenza delle liste di attesa o i tempi reali di erogazione.

In queste condizioni diventa estremamente difficile per non dire impossibile valutare l'equilibrio tra domanda e offerta di assistenza specialistica e individuare gli interventi necessari per migliorare l'accesso ai servizi.

Il rischio di un'erosione silenziosa dell'offerta pubblica

La mancanza di dati e di standard non rappresenta soltanto un problema tecnico di programmazione sanitaria. Può avere conseguenze molto concrete sull'evoluzione ed il mantenimento del sistema.

In assenza di strumenti di monitoraggio adeguati, infatti, diventa difficile individuare eventuali riduzioni dell'offerta pubblica di assistenza specialistica territoriale. Il rischio è che tali "tagli" avvengano in modo progressivo e poco visibile, senza che il sistema sia in grado di rilevarli e correggerli tempestivamente.

In questo scenario, la diminuzione dell'offerta pubblica potrebbe essere progressivamente compensata dall'espansione dell'offerta privata, con conseguenze rilevanti in termini di equità di accesso alle cure.

Si tratterebbe di una trasformazione silenziosa, ma profonda, del sistema sanitario, che rischierebbe di compromettere uno dei principi fondamentali su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale: la garanzia di accesso universale alle prestazioni sanitarie.

L'irrinunciabilità di dati e standard

Se la specialistica ambulatoriale è destinata a svolgere un ruolo centrale nel nuovo modello di assistenza territoriale, è necessario che il sistema sanitario compia un salto di qualità nella capacità di misurare e programmare questo settore.

Il primo passo riguarda il rafforzamento dei sistemi informativi. È indispensabile reintrodurre nei flussi nazionali la rilevazione del numero di ore di attività specialistica erogate per ciascuna specializzazione e per ciascun distretto sanitario, informazioni di livello minimo per valutare l'offerta di servizi in rapporto alla popolazione. Questi dati, la cui raccolta era peraltro prevista in passato nei sistemi informativi nazionali fino alla metà degli anni Novanta, (Fig. 2) sono basilari per qualsiasi attività di programmazione e valutazione dell'assistenza specialistica.

Il secondo irrinunciabile intervento,

Figura 2

Estratto dal Mod. STS21 del DM 19 marzo 1988
"Nuovi modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali." (GU Serie Generale n.81 del 07-04-1988) in vigore fino al 1996

Persapernerne di più

Visca G.
Orecchia S.
Analisi dei sistemi informativi nazionali per l'offerta di assistenza specialistica ambulatoriale interna in ambito territoriale. Epidemiologia e Prevenzione 2025;49 (5-6):371-379

7-4-1988 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 81

ALLEGATO 7

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
MINISTERO DELLA SANITÀ
SERVIZIO CENTRALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
CONSIGLIO SANITARIO NAZIONALE
SEGRETARIATO

STS.21
SOSTITUZIONE
S

ATTIVITÀ CLINICA
DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE E DI LABORATORIO
(rilevazione mensile)

A DENOMINAZIONE PRESIDIO

B CODICE REGIONE C CODICE U.S.C. D CODICE PRESIDIO E ANNO F MESE

G ATTIVITÀ CLINICA

DESCRIZIONE	CODICE	ATTIVITÀ SVOLTA DA MEDICI DIPENDENTI		ATTIVITÀ SVOLTA DA MEDICI CONVEGNATI	
		ORE	VISITE (1)	ORE	VISITE (1)
CARDIOLOGIA	0,8				
CHIRURGIA GENERALE	0,9				
DERMATOLOGIA	5,2				
MEDICINA GENERALE	2,6				
OCULISTICA	3,4				
ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA	3,5				
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3,6				
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3,7				
OTORINOLARINGOIATRIA	3,8				
PEDIATRIA	3,9				
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE (2)	5,6				

primo per importanza, riguarda la definizione di standard minimi di offerta specialistica territoriale. Con il contributo di epidemiologi ed esperti di sanità pubblica, dovrà necessariamente essere individuato un parametro di riferimento che esprima il rapporto standard tra numero di ore specialistiche da garantire a livello territoriale per ciascuna disciplina e popolazione residente. Si tratta di introdurre, anche per la specialistica ambulatoriale territoriale, un principio di programmazione analogo a quello già previsto da decenni per la medicina generale e la pediatria di libera scelta: **un rapporto ottimale di ore per specialità rispetto a un determinato numero di abitanti.** Senza un parametro di questo tipo, qualsiasi discorso sulle reti territoriali e cure primarie resta inevitabilmente generico ed una mera dichiarazione di intenti non in grado di incidere in alcun modo sullo spostamento a livello territoriale del baricentro dell'assistenza sanitaria.

Conclusioni

La specialistica ambulatoriale interna rappresenta oggi uno degli elementi meno leggibili all'interno della "sca-

tola nera" del Servizio Sanitario Nazionale. Non perché i dati siano particolarmente complessi da interpretare, ma perché semplicemente non esistono.

Gli specialisti ambulatoriali interni sono infatti l'unica categoria professionale operante nel SSN per la quale non è disponibile un sistema informativo nazionale in grado di monitorare in modo adeguato l'offerta assistenziale e per i quali non è previsto un fabbisogno rispetto alla popolazione residente.

In un momento storico in cui la riforma dell'assistenza territoriale attribuisce alla specialistica un ruolo fondamentale nelle reti di prossimità, queste lacune non sono più sostenibili.

Solo in presenza di dati affidabili e di standard di riferimento sarà possibile infatti avviare un vero sviluppo dell'assistenza specialistica territoriale, valutarne l'adeguatezza e monitorarne nel tempo l'evoluzione.

E una riforma dell'assistenza territoriale che non sappia garantire, misurare e programmare tutte le sue componenti – inclusa quindi anche la specialistica ambulatoriale – è una riforma destinata a rimanere incompiuta.

Un'esperienza virtuosa

Maria Carla Onofri
vice presidente
Sumai Assoprof

A Ferrara, il Centro Salute Donna, con i servizi offerti che includono consulenze ginecologiche, assistenza alla gravidanza, e prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili rappresenta un punto d'eccellenza unico nel panorama nazionale

Nella florida Emilia-Romagna esiste una realtà forse non abbastanza conosciuta di buona integrazione tra le varie componenti della sanità territoriale per fornire assistenza e terapia alle donne in tutte le fasi della loro esistenza.

A Ferrara in una sede periferica ma ben accessibile alla popolazione da molti anni è ubicato il Centro Salute Donna che credo rappresenti un unicum non solo nelle Regione ma forse anche in Italia.

Vi lavorano 13 medici specialisti ginecologi che per la quasi totalità (11/13) sono convenzionati interni assicurando quotidianamente visite ginecologiche, ostetriche, rieducazione del pavimento pelvico, visite per menopausa e per la cura e prevenzione della osteoporosi post menopausale, spazio giovani con distribuzione gratuita dei contraccettivi secondo quanto previsto dalla normativa della ER, spazio immigrate, ambulatori di ecografia sia ostetrica che ginecologica e ambulatorio di screening per ca cervice e corsi di preparazione al parto.

Queste attività che rappresentano la totalità dell'assistenza territoriale in questa città sono svolte quasi esclusivamente da specialisti convenzionati interni compreso il Responsabile della struttura, avvalendosi del supporto delle ostetriche, e con un filo diretto con l'ospedale di riferimento con percorsi condivisi e con un buon dialogo con i MMG.

Non è stato facile addivenire a questa organizzazione e alla gestione diretta delle attività partendo da un pregiudizio sugli specialisti ambulatoriali che erano considerati in Regione come disinteressati ai progetti aziendali e desiderosi solo della loro attività privata. Credo che come specialisti del territorio si sia fatto un buon lavoro di stima e apprezzamento delle competenze e della professionalità indicando una strada percorribile per tutti gli specialisti convenzionati che possa dare anche soddisfazione e crescita personale e nel contempo sia molto apprezzata dall'utenza.

Finalmente firmato l'Accordo collettivo nazionale Sasn 2019-2021

Mauro Ferrettino
Segretario
Organizzativo
Nazionale Settore
Sasn

Per cercare di recuperare il ritardo sono già partite le trattative per l'Acn 2022-2024. Obiettivo giungere ad un Accordo collettivo nazionale unico che possa anche rilanciare un settore peculiare e fondamentale del nostro Ssn

Il Ministero della Salute, attraverso gli ambulatori Sasn di tutto il territorio nazionale, assicura l'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile.

Le prestazioni erogate sono visite mediche generiche, visite mediche specialistiche e prestazioni medico legali quali le visite mediche preventive di imbarco, le visite biennali per accertamento dell'idoneità alla navigazione e le visite mediche di licenza aeronautica.

Finalmente il 4 dicembre 2025 presso la sede del ministero della Salute, in via Ribotta a Roma, alla presenza del direttore generale Dr. Sergio Iavicoli, del Dr. Antonio Salzano, della Dr.ssa Giulia Giordano e della Dr.ssa Antonella Aiello come parte ministeriale e alla presenza della parte sindacale SUMAI Assoprof rappresentata da Stefano Alioto, da Vincenzo Masi, dalla responsabile dei Biologi, Felicia Oliva e da Mauro Ferrettino, è stato firmato sia nella parte normativa che in quella economica l'Accordo Collettivo Nazionale 2019-2021 per i Medici e le altre professionalità sanitarie operanti negli ambulatori Sasn del ministero della Salute con interessanti progressioni economiche e miglioramenti normativi. Si sono altresì già avviate le trattative per il successivo ACN (22-24) nell'auspicata speranza di poter giungere ad un Accordo collettivo nazionale Unico che possa anche rilanciare un settore così peculiare ma altrettanto fondamentale del nostro servizio sanitario nazionale.

L'équipe multidisciplinare per un approccio One Health

L'ultimo Acn della specialistica ambulatoriale parla apertamente di salute unica spingendo i veterinari, i medici i biologi, i chimici e gli psicologi verso una collaborazione interprofessionale per un benessere globale: umano, animale e ambientale

Su spinta dell'Europa, le sorti della veterinaria pubblica in Italia, si svilupperanno per gli anni a venire in un'ottica sempre più di Salute Unica e di evoluzione verso modelli di prevenzione a 360°. La salute unica, o One Health, domina il campo in fatto di prevenzione e dietro queste 2 semplici parole, è racchiuso un mondo che coinvolge *in toto* la medicina veterinaria, di cui quella pubblica, ancor di più.

Lavorare in un'ottica One Health, significa lavorare sulla prevenzione, sulle nuove minacce riguardanti le zoonosi, sul contrasto all'antibiotico-resistenza, sulle vaccinazioni (sia agli animali che all'uomo); vincere le nuove sfide che intrecciano la vita umana, quella animale insieme a quella dell'ambiente in tutte le sue declinazioni. Proprio questi rappresentano gli obiettivi prioritari di politica nazionale, considerati e perse-

guiti dall'Accordo collettivo nazionale della specialistica (in particolare l'articolo 4 dell'ACN del 5 febbraio 2026).

Fino ad oggi i medici veterinari specialisti hanno messo in campo le loro competenze nella gestione delle emergenze sanitarie, nella prevenzione delle zoonosi, nelle attività di ispezione e vigilanza sulla salubrità e tracciabilità dei prodotti di origine animale, nel controllo dell'igiene urbana e nella sorveglianza epidemiologica; ma ora sono chiamati a svolgere una missione che prevede la collaborazione trasversale tra i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e degli IZS ed una connessione, interprofessionale, con il comparto della medicina umana, soprattutto con gli infettivologi, gli oncologi, i mmg, i pediatri ed i geriatri ma anche con i biologi, i chimici e gli psicologi.

ART.4

Obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale

1. La programmazione regionale finalizza gli AAIIRR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

A) PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.)

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, hanno prodotto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo. Il



P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione degli specialisti ambulatoriali e psicologi alla presa in carico delle persone affette da patologie croniche per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. Per la realizzazione di percorsi clinico assistenziali connessi a patologie nutrizionali e disturbi dell'alimentazione può essere prevista la partecipazione di biologi.



B) PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.)

La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale, con vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età e dedicate agli interventi vaccinali destinati a particolari categorie a rischio. Le Regioni definiscono il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e, ove necessario, nell'ambito degli AAIIRR prevedono l'inserimento della vaccinazione e delle relative attività collegate tra i compiti previsti per i medici specialisti ambulatoriali interni.

C) ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO

L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso e l'incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei medici specialisti ambulatoriali interni, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e per quelle riferibili alla non corretta gestione della cronicità.

D) GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA

Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi

ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previste dalle normative vigenti, promuovendo l'integrazione nelle reti territoriali degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio per garantire la continuità dell'assistenza.

E) PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA RESISTENZA ANTIMICROBICA (PNCAR) e PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)

Il Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobicoresistenza analizza in tutti gli aspetti il fenomeno della AMR, un problema di notevole impatto che necessita di urgenti azioni di prevenzione e controllo, indica le azioni da intraprendere a livello nazionale, regionale e locale per contrastare il fenomeno in maniera efficace e promuove il coinvolgimento ed interventi coordinati dei diversi settori interessati. A tal fine è demandata agli Accordi Integrativi Regionali la modalità di partecipazione dei veterinari convenzionati al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento e rafforzamento del sistema di sorveglianza, di trasmissione dei dati tra i sistemi informativi coinvolti, di incremento dell'efficacia dei controlli in termini di farmacovigilanza nonché per l'attuazione delle azioni previste nel PNCAR e nel PNP ed il conseguimento dei risultati attesi.

ART. 6

Istituzione delle forme organizzative (AFT E UCCP)

comma 3: In un'ottica One Health, le Regioni valutano la possibilità di integrare nelle AFT della specialistica ambulatoriale e nelle UCCP anche i veterinari di cui al presente Accordo per attività correlate alla prevenzione. In tal caso i veterinari interessati operano obbligatoriamente nelle nuove forme organizzative



La veterinaria *in primis*, dovrà aprirsi a nuove competenze e nuove specializzazioni che volgono lo sguardo sempre più alle tecnologie e al rispetto del benessere animale, così come a tutte quelle competenze trasversali, che vedono coinvolte le diverse figure professionali che lavorano nella salvaguardia della salute pubblica e di quella ambientale.

Mentre i medici specialisti sono impegnati nell'ardua impresa di mettere in atto le forme organizzative AFT e UCCP previste da anni all'interno dei passati ACN, e non ancora del tutto create, i medici veterinari specialisti potranno essere chiamati a lavorare all'interno delle stesse AFT e UCCP, per le attività correlate alla prevenzione, sulla base dei modelli organizzativi previsti dalle regioni per la medicina veterinaria nella visione One Health.

I medici veterinari specialisti sono chiamati in prima linea in questa nuova realtà, per apportare il loro contributo specialistico di fondamentale rilevanza ed il nostro ultimo ACN, del 5 febbraio 2026, all'**articolo 6 comma 3** è proprio nell'ottica One Health che li chiama ad operare all'interno di queste "nuove" forme organizzative.

Nell'Accordo collettivo nazionale, negli anni abbiamo inserito il seme per coltivare l'**interdisciplinarietà**; perché il nostro è il contratto che, per eccellenza, tiene dentro le varie figure professionali che insieme possono creare la differenza in un sistema sanitario che arranca ma che, inevitabilmente, dovrà confrontarsi con questo affascinante concetto di Salute unica.

Nel nostro cammino verso il nuovo ACN, dovremo certamente continuare a tenere conto di questo, rafforzando, e favorendo, tutte quelle attività di *equipe*, intese nel senso più ampio del termine, che possano andare nella direzione della promozione di un'ottica One Health. La prevenzione e la conoscenza condivisa, così come le competenze affinate con la formazione, rappresentano il *paludum* necessario per l'integrazione tra le attività svolte sul territorio dal-

le diverse figure professionali. Si tratta di un'occasione unica di ripensare la sanità, che ci pone di fronte a grandi responsabilità nella scelta dei corretti percorsi, anche se la via maestra è certamente già segnata dalla necessità di creare e diffondere il concetto di salute circolare, consapevoli che la minaccia ad una delle singole componenti del sistema (sa-

lute umana, animale ed ambientale), avrà impatti pienamente determinanti sulle altre.

Uno sforzo importante però, è necessario che venga da chi ci governa, affinché il lavoro svolto dai medici veterinari, non sia più considerato solo fine a sé stesso ma che, anche in un'ottica antropocentrica, sia visto come assolutamente necessario per far sì, che la salute umana venga salvaguardata davvero, attraverso lo sviluppo di modelli organizzativi che favoriscano l'attuazione dell'interdisciplinarietà, nel rispetto delle competenze. Per far ciò è però necessario assicurare risorse adeguate ed aumentare la consapevolezza politica, che non è più possibile attendere e/o procrastinare semplicemente, perché *"tempus fugit"* e trattenerlo diventa sempre più arduo.



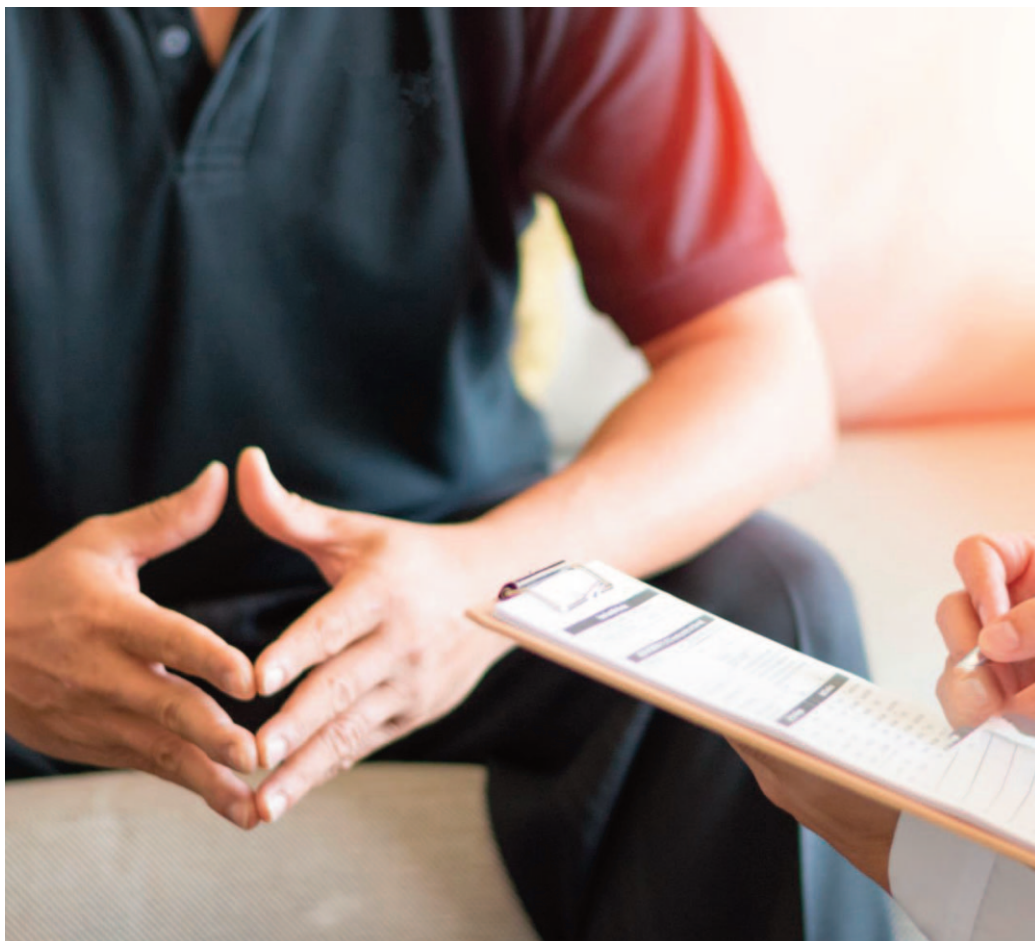
Pierluigi Policastro
vice coordinatore
regionale Area
psicologi Sumai
Assoprof Veneto

L'aggregazione funzionale territoriale degli psicologi.

L'esperienza nella provincia di Padova

L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della specialistica ambulatoriale prevede da anni l'introduzione delle forme organizzative quali le AFT, che mirano a rafforzare l'integrazione multiprofessionale e la presa in carico territoriale. I compiti assegnati alla AFT vanno come sappiamo dall'assicurare l'erogazione dei LEA al contribuire all'applicazione dei principi della *evidence based practice* nell'ottica più ampia della *clinical governance*. Tuttavia, persistono disomogeneità applicative e criticità nella valorizzazione del contributo degli psicologi anche alla luce di questo importante istituto contrattuale che concorre alla realizzazione degli obiettivi distrettuali/aziendali. Si vuole infatti porre una particolare attenzione alla distinzione tra responsabile di branca e referente di AFT, e discutere le implicazioni organizzative alla luce dell'istituzione di una AFT mono - professionale psicologia-psicoterapia nell'AULSS 6 Euganea. Le evidenze scientifiche consolidate sull'efficacia delle terapie psicologiche, unitamente all'incremento dei bisogni di salute psicologica nella popolazione, hanno progressivamente rafforzato il ruolo della psicologia e della psicoterapia nei sistemi sanitari regionali, implementando modelli correlati alla complessità della presa in carico e con l'integrazione con il personale operante nelle Unità Complesse Cure Primarie. Gli interventi

L'integrazione della psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e l'aumento della domanda di interventi psicologici pongono nuove sfide organizzative al Servizio Sanitario Nazionale



psicologici si caratterizzano per un elevato rapporto costo-efficacia e per la capacità di incidere sui determinanti di salute nel medio-lungo periodo.

Nel Ssn italiano, il riconoscimento normativo di tale ruolo si è consolidato con l'inserimento delle prestazioni psicologiche nei LEA, aggiornati in particolare nel contesto dell'assistenza territoriale e socio-sanitaria, nelle implicazioni multidisciplinari ed interistituzionali della presa in carico, in particolar modo nella collaborazione con la Giustizia, la Scuola, Servizio Sociale, Terzo settore, Ambito territoriale.

Il Dpcm 12 gennaio 2017 ha formalizzato l'inclusione delle prestazioni psicologiche in numerosi ambiti assistenziali, tra cui assistenza distrettuale, cure domiciliari, area materno-infantile, salute mentale, benessere psicologico e prevenzione. Tali ambiti risultano coerenti con le evidenze scientifiche che indicano l'efficacia degli interventi psicologici nei disturbi più diffusi, come ansia e depressione. Il quadro normativo è definito dalla Legge 56/1989 sull'ordinamento della professione di psicologo, dal D.lgs. 509/1998 sulle norme per la formazione specialistica nel settore sanitario e dalla Legge 401/2000 sulle norme sull'organizzazione e sul personale del settore sanitario, che delineano la figura dello psicologo come professionista abilitato inserito in un percorso formativo specialistico con rilevante componente esperienziale.

L'ACN vigente della specialistica ambulatoriale costituisce il principale strumento di regolazione organizzativa degli specialisti convenzionati.

In particolare:

- l'art. 6 introduce l'obbligatorietà delle forme organizzative (AFT e UCCP);
- l'art. 7 definisce le AFT come aggregazioni orientate alla qualità e alla clinical governance;
- l'art. 8 disciplina il referente di AFT;
- l'art. 29, comma 7, disciplina il responsabile di branca.



Tale modello si integra con le politiche di rafforzamento dell'assistenza territoriale definite dal DM 77/2022 che regola la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Ssn e che promuove modelli organizzativi orientati alla prossimità, integrazione e presa in carico. Nonostante la chiarezza dell'impianto normativo, l'attuazione delle AFT risulta ancora disomogenea sul territorio nazionale. Le principali criticità riguardano:

- una incompleta implementazione delle AFT e dei responsabili di branca;
- una integrazione limitata nei percorsi assistenziali territoriali;
- difficoltà nella tracciabilità delle prestazioni psicologiche erogate;
- frammentazione organizzativa tra servizi.

Questi elementi riducono la capacità del sistema di garantire uniformità nell'erogazione dei LEA e di sviluppare modelli di presa in carico integrata.



Nel padovano la proposta organizzativa coerente con l'Acn

L'istituzione di una AFT mono-professionale di psicologia – psicoterapia ad integrazione del Responsabile di branca dell'area psicologia-psicoterapia nell'AULSS 6 Euganea rappresenta un'applicazione coerente del modello previsto dall'ACN.

Essa consente di:

- garantire l'erogazione uniforme dei LEA psicologici;
- rafforzare la continuità assistenziale;
- promuovere la medicina d'iniziativa;
- sviluppare strumenti di clinical governance e audit.

In questo contesto, la distinzione tra responsabile di branca e referente di AFT consente di integrare qualità clinica e coordinamento organizzativo. Le AFT mono professionali di psicologia-psicoterapia, con un loro referente, integrate ma differenziate dal ruolo e dalle funzioni del responsabile di branca dell'area psicologia-psicoterapia, rappresentano uno strumento strategico per il rafforzamento



dell'assistenza territoriale, in linea con le recenti indicazioni di programmazione nazionale e internazionale, inclusi gli indirizzi del Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale 2025–2030. L'attivazione omogenea delle AFT di psicologia-psicoterapia può offrire un impianto organizzativo unico nazionale che ciascuna regione potrà applicare nel rispetto dei differenti bisogni dei servizi territoriali, in risposta alla attuale rilevante frammentazione delle risposte sanitarie pubbliche ai sempre più ampi e omogenei bisogni di consulenza e salute psicologica della popolazione. Nel caso della psicologia, le AFT possono contribuire a:

- migliorare l'accesso alle cure;
- valorizzare il contributo professionale;
- supportare la programmazione sanitaria;
- favorire l'integrazione tra servizi e livelli assistenziali.

Nell'attuale contesto – tra riordino dell'assistenza territoriale e nuove sfide nell'assistenza psicologica nelle cure primarie – è l'ACN della specialistica ambulatoriale della specialistica ambulatoriale ancora una volta ad offrire una piattaforma contrattuale in grado di far progredire la ca-

tegoria e l'organizzazione della psicologia territoriale nel pubblico servizio. In tale prospettiva, la costituzione di AFT di psicologia e psicoterapia può rappresentare una leva strategica per migliorare la risposta ai bisogni di salute psicologica della popolazione, ponendosi nella piena direzione di veder rafforzare la presenza degli psicologi nei Servizi che – con il loro patrimonio professionale acquisito in questi decenni – rendono sempre più attrattivo, competitivo e sostenibile il Ssn.

In questo quadro, in conclusione, l'analisi porta a ritenere fondamentali due considerazioni. La prima è che la distinzione tra responsabile di branca e referente di AFT di psicologia-psicoterapia rappresenta un elemento chiave per una governance efficace, capace di integrare qualità clinica e organizzazione territoriale. La seconda è che la piena attuazione di questa forma organizzativa richiede omogeneità applicative, specialmente nel garantire chiare valorizzazioni delle funzioni di coordinamento previste.

Bibliografia

Conferenza Stato-Regioni. *Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (ACN)*. 4 aprile 2024.

Conferenza Stato-Regioni. *Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale*. 8 febbraio 2024.

Istituto Superiore di Sanità. *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Roma: ISS; 2022.

Abbass A, Kisely S, Kroenke K. *Short-term psychodynamic psychotherapy for common mental disorders*. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 7:CD004687.

Luyten P., Blatt SJ., Van Houdenhove B. *Depression research and treatment: integrating biological and psychological perspectives*. J Anal Psychol. 2021;66(3):546–560.

World Health Organization. *Mental health action plan 2013–2030*. Geneva: WHO; 2021.

Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Cronicità*. Roma; 2016.

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi. *Codice Deontologico degli Psicologi Italiani*. Roma.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). *Modelli e strumenti per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Ssn*. Roma: AGENAS; 2022.

Nuti S., Vainieri M., Barsanti S. *Misurare la performance dei sistemi sanitari regionali: il network italiano*. Mecosan. 2013;22(87):15–32.

Ministero della Salute. *Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025–2030*. Roma; 2025.

Legge 18 febbraio 1989, n. 56. *Ordinamento della professione di psicologo*. Gazzetta Ufficiale n. 46 del 24 febbraio 1989.

Decreto Legislativo 11 dicembre 1998, n. 509. *Norme per la formazione specialistica nel settore sanitario*.

Legge 29 dicembre 2000, n. 401. *Norme sull'organizzazione e sul personale del settore sanitario*. Gazzetta Ufficiale n. 5 dell'8 gennaio 2001.

Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017.

DM 23 maggio 2022, n. 77. *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

Nel contesto sanitario italiano la figura del biologo, talvolta, viene ancora percepita in modo improprio, come quella di un tecnico subordinato alle decisioni del medico. Questa rappresentazione non corrisponde alla reale natura scientifica e professionale della categoria

L'obiettivo di questo contributo è proprio quello di chiarire il ruolo del biologo e di promuovere una maggiore consapevolezza delle sue competenze e responsabilità all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

Felicia Oliva
Coordinatore
Nazionale Biologi
Sumai Assoprof

Le ragioni di questo equivoco sono principalmente due: La prima è di natura storica, la professione di biologo, istituzionalizzata circa ottant'anni fa, è relativamente giovane rispetto ad altre professioni sanitarie. Nei primi decenni molti biologi, non trovando ancora un adeguato collocamento nel settore pubblico coerente con il proprio profilo professionale, finirono per ricoprire ruoli tecnici nei laboratori. Questa situazione ha contribuito a consolidare nel tempo una percezione parziale e riduttiva della professione.

La seconda ragione è legata alla natura stessa della professione. Quella del biologo è una professione tecnica nel senso scientifico del termine, analoga per molti aspetti a quella degli ingegneri o di altre professioni ad alta specializzazione. Tuttavia, mentre nessuno metterebbe in dubbio l'autonomia professionale di un ingegnere, il biologo continua talvolta a essere impropriamente assimilato a una figura meramente tecnica.

È quindi necessario ribadire che il biologo è un professionista altamente qualificato, il cui percorso formativo prevede cinque anni di formazione universitaria (tre anni di laurea più due anni di laurea magistrale), ai quali si aggiungono generalmente quattro o cinque anni di specializzazione post-laurea. L'attività del biologo è professionalmente autonoma e si svolge nel rispetto delle responsabilità scientifiche proprie della professione, pur inserendosi nelle normali strutture organizzative e gerarchiche delle istituzioni sanitarie.

Il quadro normativo che disciplina la professione è definito dalla Legge n.

Il Biologo nella sanità italiana: una professione autonoma ancora poco conosciuta

396 del 24 maggio 1967, che istituisce l'Ordine dei Biologi. Si tratta di un riconoscimento di particolare rilievo, considerato che pochi ordini professionali in Italia sono stati istituiti direttamente per legge. Tale normativa attribuisce al biologo un campo di attività estremamente ampio, che comprende ambiti che vanno dal-

l'ambiente alla salute, dalla valutazione delle tossicità alla nutrizione. Proprio per definire in modo più dettagliato le prestazioni professionali venne emanato il Decreto Ministeriale del 27 marzo 1976, relativo al Tariffario per le prestazioni professionali dei Biologi, che elencava puntualmente le attività riconosciute alla



professione. Sebbene nel tempo i tariffari siano stati superati, ciò non ha in alcun modo ridimensionato il valore e la specificità delle competenze professionali.

Un passaggio fondamentale per l'inserimento del biologo nel sistema sanitario pubblico si è avuto con il Decreto del Presidente della Repubblica del 30 ottobre 1979, emanato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833, con il quale la figura del biologo è stata inclusa nella specialistica ambulatoriale del Servizio Sanitario Nazionale.

I primi incarichi vennero conferiti prevalentemente nei laboratori di analisi territoriali. Con il progressivo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale, l'attività dei biologi si è estesa anche ad altri ambiti, tra cui le strutture di igiene pubblica, il controllo della qualità delle acque e le attività di educazione alla salute e alla corretta alimentazione.

Ancora oggi la presenza più consistente dei biologi ambulatoriali si registra nei laboratori di analisi cliniche, dove operano in diversi settori specialistici, tra cui chimica clinica, microbiologia, genetica, tossicologia e citologia, utilizzando tecnologie e metodiche diagnostiche sempre più avanzate.

Dal 1979 a oggi il percorso di riconoscimento professionale e contrattuale della categoria è stato lungo e articolato. Inizialmente la rappresentanza sindacale dei biologi era affidata a un'unica organizzazione; nel tempo le sigle sono diventate due e successivamente tre. Le trattative contrattuali si svolgevano su tavoli separati rispetto a quelli dei medici.

Una tappa importante è stata rappresentata dal Decreto del 2001, attraverso il quale biologi, psicologi e chimici hanno ottenuto la piena equiparazione dei compensi orari con i medici, sia sotto il profilo economico sia

Il riconoscimento della pari dignità professionale — anche sotto il profilo economico — non rappresenta una rivendicazione corporativa, ma una condizione necessaria per valorizzare pienamente il contributo di tutte le figure che operano nel sistema sanitario

sotto quello giuridico. Alla quota economica veniva inizialmente affiancata una voce aggiuntiva — il cosiddetto compenso aggiuntivo — successivamente abolita e riassorbita nella quota oraria fissa.

Nel 2003 i tavoli di trattativa vennero infine unificati. In effetti non esistevano più motivi validi per mantenere negoziazioni separate tra professioni sanitarie. In quella fase venne introdotto un nuovo modello retributivo basato su una quota fissa e su una componente variabile collegata al raggiungimento di specifici obiettivi organizzativi.

L'obiettivo era quello di migliorare le condizioni economiche e di incentivare l'attività professionale in funzione delle esigenze delle diverse realtà regionali. Tuttavia, questo sistema non sempre ha prodotto i risultati attesi, determinando talvolta differenze tra regioni "più dinamiche" e regioni "meno attente", e persino tra diverse aziende sanitarie all'interno della stessa regione.

Nel frattempo, i biologi sono entrati a far parte del SUMAI, successivamente divenuto SUMAI Assoprof, un'organizzazione sindacale che rappresenta l'insieme delle professioni della specialistica ambulatoriale. Al suo interno operano i Coordinatori nazionali per branca specialistica, incaricati di elaborare le proposte contrattuali e partecipare ai tavoli di negoziazione.

Oggi il biologo opera sempre più frequentemente all'interno di équipe multidisciplinari, rappresentando una componente essenziale del sistema sanitario. Il contributo dei biologi consente infatti ai colleghi medici di disporre di informazioni diagnostiche fondamentali per l'inquadramento clinico dei pazienti. Senza questa collaborazione il processo diagnostico rischierebbe spesso di rimanere incompleto.

Proprio per questo motivo è necessario ribadire il principio della pari dignità tra tutte le professioni sanitarie, anche sotto il profilo economico. Da tempo la categoria richiede nei tavoli di trattativa il pieno riconoscimento del valore del proprio lavoro, attra-

verso una reale equiparazione delle quote economiche.

Questa richiesta trova un solido fondamento nella natura delle responsabilità professionali assunte dai biologi specialisti, in particolare da quelli che operano nei laboratori di patologia clinica. In questo ambito il biologo non svolge una mera funzione tecnica, ma partecipa attivamente alla validazione e alla valutazione critica dei risultati diagnostici, alla supervisione delle metodiche analitiche e alla gestione dei sistemi di qualità del laboratorio. Si tratta di attività che comportano responsabilità scientifiche e professionali dirette, anche sotto il profilo medico-legale, analoghe a quelle dei medici specialisti che operano nello stesso contesto e che concorrono, insieme ai biologi, alla definizione del percorso diagnostico.

Un esempio significativo è rappresentato dall'ingresso più recente dei veterinari nella specialistica ambulatoriale, ai quali è stata riconosciuta fin da subito l'equiparazione economica attraverso l'applicazione della quota oraria già esistente. Una scelta che ha rispettato il principio di coerenza tra responsabilità professionali e riconoscimento economico.

Questo episodio richiama tuttavia un principio più generale: tutte le professioni sanitarie contribuiscono, con competenze specifiche ma complementari, alla qualità e alla sicurezza dell'assistenza sanitaria. In questo contesto la medicina di laboratorio rappresenta uno degli esempi più avanzati di integrazione multiprofessionale, dove biologi e medici condividono responsabilità scientifiche e professionali all'interno dello stesso processo diagnostico. Proprio per questo motivo il riconoscimento della pari dignità professionale — anche sotto il profilo economico — non rappresenta una rivendicazione corporativa, ma una condizione necessaria per valorizzare pienamente il contributo di tutte le figure che operano nel sistema sanitario e per garantire la qualità delle prestazioni offerte ai cittadini.

Opportuno che tutti conoscano l'impegno quotidiano della Sifop

Dalla disamina dei Bilanci (Consuntivo e Previsionale) al lavoro per il rinnovo dello statuto e dell'accreditamento ECM come Provider. L'attività della società scientifica costituisce un punto di forza per la formazione della Specialistica Ambulatoriale e delle altre Professioni Sanitarie

Il mio contributo nello scrivere un articolo "sulla vita della SiFop" è quello di rendervi partecipi di quanto fatto e di quanto vogliamo pianificare come Direttivo insieme a tutti voi iscritti. Spesso parlo del lavoro di squadra, come strumento indispensabile per l'affermazione e la crescita di un progetto: il nostro è quello di dare dignità, credibilità e visibilità alla SiFop che in simbiosi all'attività instancabile del SUMAI, costituisce un punto di forza e di orgoglio per la formazione della Specialistica Ambulatoriale e delle altre Professioni Sanitarie. Nell'anno 2025 due momenti salienti del percorso della nostra Società Scientifica sono stati rappresentati dal lavoro svolto per il rinnovo dello statuto e per il rinnovo dell'accreditamento ECM come Provider.

Dall'approvazione dello Statuto al Piano Formativo 2026

19 marzo del 2025 è stato approvato dall'Assemblea dei Soci, in presenza del Direttivo e del notaio il nuovo statuto che era stato modificato, in precedenza nel 2017. L'impegno del Consiglio Direttivo convocato numerose volte è stato prezioso e accurato. Molti articoli sono stati riconfermati, dopo attenta disamina, e in particolare è stata ribadita la "Mission della nostra Società Scientifica Intercategoriale ed Interdisciplinare" come riportato nell'articolo 2 che avvalorata la lungimiranza della SiFop di risaltare l'importanza di una formazione multidisciplinare, ora tanto invocata

alla luce dei nuovi modelli territoriali, riconosciuti nel Decreto 77/22. L'organizzazione dei PDTA necessita delle equipe multidisciplinari che hanno il compito della presa in carico a 360 gradi in particolare, dei pazienti cronici, affetti da patologie ad elevato impatto sociosanitario, in considerazione di una prevalenza notevolmente incrementata.

Punto rilevante 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 mantengono rapporti di confronto con il Vice Presidente delegato, previsto dall'art. 12. Ritengo necessario, come riportato nell'articolo 19, sottolineare che Il Comitato Regionale, eletto dall'Assemblea Regionale è composto dal Coordinatore del Comitato Regionale e dal Coordinatore per ciascuna provincia della Regione. "Al Coordinatore del Comitato Regionale spetta il compito della realizzazione ed organizzazione dei Corsi regionali, provinciali ed aziendali in materia di educazione terapeutica e formazione permanente, valuta ed eventualmente accoglie le proposte formative dei Soci, coordina i corsi interdisciplinari regionali, provinciali e aziendali, avvalendosi delle competenze e della collaborazione di esperti e cultori della materia e dei Coordinatori Provinciali".

Il Direttivo ha ritenuto prioritaria questa modifica dello Statuto per po-



Paola Mattei
Presidente SiFop

tenziare l'impegno delle sedi Regionali e per sensibilizzare e rendere tutti i soci motivati a contribuire all'organizzazione di eventi formativi, a essere propositivi per programmare ed aderire a studi scientifici e a tutto ciò che dia risalto all'impegno quotidiano e alla qualità professionale della categoria.

Il feedback su questa modifica dello Statuto è stato positivo. Il *Piano Formativo 2026* inviato dalla Segreteria SiFop all'AGENCIAS, dopo l'approvazione del Comitato Scientifico delle singole proposte trasmesse per una attenta valutazione, è costituito da 30 progetti formativi, molto attuali sia di approfondimento scientifico e sia di management sanitario, che si svolgeranno durante l'anno presso Sedi Regionali e Provinciali rappresentative quasi di tutta l'Italia.

Con Piero Bergamo, Vicepresidente SiFop, delegato per i rapporti con i Coordinatori Regionali, come già condiviso, seguiremo gli esiti di questo percorso con incontri online programmati per costruire un dialogo propositivo con i Coordinatori Regionali, nell'ottica di realizzare eventi formativi itineranti e interregionali per accrescere il confronto e l'interesse degli iscritti a contribuire più attivamente alla formazione.



Rembrandt
Lezione di anatomia
del dottor Nicolaes Tulp, 1632
Mauritshuis, L'Aia

Dal rinnovo alle delucidazioni sui i compiti come provider della Sifop

Il parere favorevole della Commissione Nazionale ECM è stato comunicato dall'AGENAS il 12 marzo 2026 a seguito della mia richiesta in qualità di Legale Rappresentante del Provider SiFop, per il 2° rinnovo dell'accreditamento Standard trasmessa nell'aprile 2025. Vi faccio partecipi del lavoro svolto dalla Segreteria SiFop con il mio costante confronto, facendo partecipi tutto il Direttivo.

Una responsabilità importante che voglio sottolineare, e che nella mia descrizione dettagliata, forse troppo pedante, ritengo indispensabile esporre, per informare gli iscritti.

La domanda di Rinnovo dell'Accreditamento Standard ha come presupposto che il Provider sia "in regola con il versamento dei contributi annuali e con i versamenti del contributo per le singole attività formative, trasmissione delle relazioni annuali e dei report per le singole attività formative (pena la decadenza della qualifica di Provider ECM)".

A seguito della validazione della domanda di rinnovo, "la Segreteria della Commissione Nazionale per la Formazione continua ha inviato una comunicazione con richiesta di allegare mediante apposita funzione informa-

In questo mio articolo ho voluto "aprire una finestra sul ruolo della SiFop", su questi aspetti prioritari, per portarli a conoscenza di tutti

tica, la documentazione di un evento scelto a campione svolto negli ultimi 2 anni. La medesima comunicazione ha riportato anche le indicazioni circa la verifica in loco presso la sede di svolgimento di un evento che il provider ha programmato ed inserito nella sezione "eventi definitivi".

Tale controllo svolto da 2 ispettrici inviate dall'Agenas è avvenuto nella sede di Napoli il 3 luglio 2025, durante lo svolgimento del Convegno organizzato da Monaco Maria Palmira dal titolo "Attuali scenari dell'antibiotico-resistenza, evoluzione di una nuova epidemia"

La verifica con esito positivo, ha richiesto, però di specificare il contratto di Partenariato tra SiFop e Sumai, documentato con la Convenzione esistente dal 2018 e rinnovata nel maggio 2025. Il percorso di rinnovo dell'accreditamento è stato lungo, ma alla fine una documentazione richiesta, ulteriormente a fine novembre, per integrazioni stabilite a ottobre per tutti i Provider, ha dato l'esito positivo che aspettavamo da tempo.

Ritengo necessario sottolineare che l'attività di Gestione ECM, da parte dell'AGENAS richiede di ottemperare a numerose incombenze che se non rispettate prevedono, come già in precedenza riportato, sanzioni amministrative, fino alla decadenza del Provider. Quindi è fondamentale un impegno quotidiano e attento da parte della Segreteria SiFop che non si limita ad assicurare gli ECM.

Voglio ribadire, a questo punto che ci sono costi obbligatori per l'aggiornamento, oltre ai costi di normale amministrazione che riporto nella seguente tabella:

1) Contributo annuale Agenas di euro 2.582,28;

2) Canone annuo piattaforma FAD e incarico informatico di euro 3.650,00;

3) Contributo Agenas per ogni singolo evento RES che va da un minimo di 258,22 ad un massimo di 1,498,222 euro seconda dei crediti attribuiti;

4) Contributo per 4 numeri della "Rivista medica italiana" di 4.000,00 euro;

5) Contributo Agenas per ogni evento FAD di circa 1.000,00.

Da precisare che le procedure di accreditamento si diversificano per i Corsi Residenziali, da quelli FAD, a quelli sponsorizzati. Inoltre, annualmente la Segreteria Sifop, come per ogni Provider, deve ottemperare a quanto riportato in questa seconda tabella:

1) Inserimento degli eventi proposti e approvati dal Comitato Scientifico, nel Piano Formativo (entro il 28 febbraio) sul portale dell'AGENAS;

2) Versamento del contributo annuale, come già prima riportato, entro il 31 marzo;

3) Resoconto (entro il 31 marzo) dei singoli eventi svolti nell'anno precedente con numero dei partecipanti, con crediti e senza. Percentuale della valutazione di gradimento e se si è percepita influenza di eventuali Sponsor. Rapporto economico tra entrate ed uscite. Autocertificazione sulla correttezza dei dati inseriti e se c'è stato, eventualmente, un discostamento tra gli eventi programmati e quelli erogati.

In questo mio articolo ho voluto "aprire una finestra sul ruolo della SiFop", su questi aspetti prioritari, per portarli a conoscenza di tutti.

Il sapere aumenta la consapevolezza e favorisce la motivazione

Vi saluto e alla prossima per aggiornarvi sul cammino che auspico porti soddisfazioni ed entusiasmo per un unico obiettivo: la crescita formativa e scientifica è il pilastro di una medicina di precisione, di etica e di passione.



Sumai

ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org

