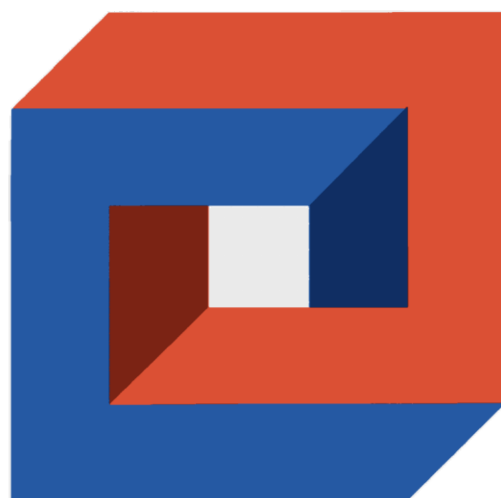


58° Congresso Nazionale Sumai

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



Le Case della Comunità non sono Poliambulatori

Persone, ore e risorse per la sanità del territorio

Relazione
del Segretario
Generale **Antonio Magi**

ROMA
18 – 21 OTTOBRE 2026

Indice

5 Introduzione

PARTE I 9 PNRR e DM 77

- 1 10 Come doveva essere
- 1 10 Com'è oggi
- 1 14 La proposta del SUMAI Assoprof

PARTE II 15 La Casa della Comunità

- 2 16 Come doveva essere
- 2 17 Com'è oggi
- 2 18 La proposta del SUMAI Assoprof

PARTE III 19 Non si inaugura... si organizza

- 3 20 Come doveva essere
- 3 20 Com'è oggi
- 3 21 La proposta del SUMAI Assoprof

PARTE IV 23 La Casa della Comunità non è un poliambulatorio

- 4 24 Come doveva essere
- 4 24 Com'è oggi
- 4 26 La proposta del SUMAI Assoprof

PARTE V 27 Persone, ore e risorse per la sanità del territorio

- 5 28 Come doveva essere
- 5 28 Com'è oggi
- 5 31 La proposta del SUMAI Assoprof

PARTE VI 33 Il SUMAI Assoprof propone...

- 6 34 Come doveva essere
- 6 34 Com'è oggi
- 6 34 La proposta del SUMAI Assoprof

39 Conclusioni

41 Quadro di sintesi

41 Fonti

Introduzione

Care colleghe, cari colleghi, gentili ospiti, autorità,

benvenuti al 58° Congresso Nazionale del SUMAI Assoprof.

Quest'anno ho voluto che il titolo del Congresso fosse già, da solo, la sintesi della relazione: «La Casa della Comunità non si inaugura... si organizza». E accanto, due sottotitoli che sono due avvertimenti: le Case della Comunità non sono poliambulatori; servono persone, ore e risorse per la sanità del territorio.

Le Case della Comunità sono il progetto più ambizioso della sanità italiana dell'ultimo decennio. L'idea è giusta e noi l'abbiamo sostenuta fin dal primo giorno: portare vicino alla casa dei cittadini la medicina generale, la pediatria, la specialistica ambulatoriale, l'infermieristica di famiglia e i servizi sociali, dentro strutture riconoscibili, aperte e integrate.

Il PNRR le ha finanziate, pensando però solo agli edifici. Il DM 77 del 2022 le ha disegnate, definendo il modello organizzativo e il personale necessario. Le Regioni le hanno inaugurate, con personale insufficiente, e in molti casi si sono limitate a cambiare l'insegna a un poliambulatorio che esisteva già.

Ma gli edifici, anche se inaugurati, da soli non curano nessuno. A curare sono le persone che ci lavorano dentro. E le persone si pagano con le risorse che il sistema decide di destinare loro.

«Con quali professionisti e con quali soldi riempiremo le Case della Comunità?»

È questa la domanda semplice e scomoda da cui parte la mia relazione. E per rispondere ho scelto un metodo che vi chiedo di seguire con me per tutti i prossimi minuti.

La relazione è divisa in sei parti, le stesse sei parti del titolo: il PNRR e il DM 77; la Casa della Comunità; il fatto che non si inaugura ma si organizza; il fatto che non è un poliambulatorio; le persone, le ore e le risorse; e infine ciò che il SUMAI Assoprof propone.

Ognuna di queste sei parti la leggeremo con tre lenti, sempre le stesse. Primo: come doveva essere. Secondo: come è oggi, numeri alla mano. Terzo: che cosa proponiamo noi. È il modo più onesto per misurare la distanza tra le promesse e la realtà, e per dire con chiarezza come colmarla.

TABELLA	SEI PARTI, TRE LENTI
Parte	Titolo
Parte prima	PNRR e DM 77
Parte seconda	La Casa della Comunità
Parte terza	Non si inaugura... si organizza
Parte quarta	La Casa della Comunità non è un poliambulatorio
Parte quinta	Persone, ore e risorse per la sanità del territorio
Parte sesta	Il SUMAI Assoprof propone...

Tabella 1 — La struttura della relazione. Ogni parte è letta con tre lenti: come doveva essere → com'è oggi → la proposta del SUMAI Assoprof.

Prima di cominciare, però, lasciatemi ricordare da dove veniamo, perché questa non è la prima volta che ne parliamo da questo palco.

Nel 2021, al 53° Congresso, parlavamo già di PNRR e riforma del territorio, di équipe territoriale, della questione femminile, e soprattutto della carenza di specialisti ambulatoriali che avrebbe compromesso le Case della Comunità.

Nel 2022, al 54° Congresso, il titolo era una domanda: «PNRR Missione 6: specialista dove 6 ?». Lanciavamo l'allarme sulla mancanza di specialisti convenzionati interni nel territorio.

Nel 2023, al 55°, chiedevamo di portare a 38 ore settimanali, su base volontaria, gli specialisti che non avevano raggiunto il massimale orario, per aumentare l'offerta e ridurre le liste d'attesa senza cedere alle sirene del privato.

Nel 2024, al 56°, chiedevamo di programmare la nuova sanità sul fabbisogno reale di specialisti per le Case e gli Ospedali di Comunità, l'assistenza domiciliare, la telemedicina e gli ospedali.

E l'anno scorso, al 57°, abbiamo detto ancora una volta che la specialistica ambulatoriale interna è la vera soluzione sostenibile per ridurre le liste d'attesa e riempire di specialisti le Case della Comunità. Altrimenti, dicevamo, avremo cattedrali nel deserto.

Richieste incomprensibilmente ignorate. Con un solo risultato, assai prevedibile: un'inutile e dannosa operazione politica e mediatica sul rapporto giuridico dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, per riempire Case della Comunità vuote. Risultato finale: 6 ore settimanali di medicina generale nelle CdC, pochi o nessuno specialista, pochi infermieri. Quasi un ulteriore ambulatorio di medicina generale.

Guardiamo allora chi c'è oggi nelle Case della Comunità hub già inaugurate, e con quale valorizzazione.

I medici di medicina generale: 6 ore settimanali per 48 settimane, in turni continui di almeno 3 ore nella fascia 8-20, a 40 euro lordi l'ora, in alcune Regioni fino a 60. Significa 720 euro al mese per 3 ore e 1.440 euro al mese per 6 ore, oltre alla retribuzione per paziente in carico. Per fare cosa? In larga parte le stesse cose che possono fare nei loro studi.

Gli specialisti ospedalieri: 100 euro lordi l'ora, in orario aggiuntivo, dopo aver lavorato in ospedali con organici già carenti, freschi come una rosa, e con benefici fiscali che gli altri non hanno. Oppure trasferiti in parte sul territorio, sguarnendo ulteriormente l'ospedale.

Gli specialisti ambulatoriali interni: 31,35 euro lordi l'ora, la stessa tariffa che percepiscono ordinariamente, nello stesso orario, per l'attività prestazionale, e chiamati a farsi carico anche della presa in carico, il cui compenso è tutto da prevedere nel prossimo ACN.

E i pediatri di libera scelta? Forse ci si è dimenticati di loro, o forse no. Ma vedrete che ci saranno anche loro, a 6 ore la settimana, per fare le stesse cose che già fanno nel loro studio.

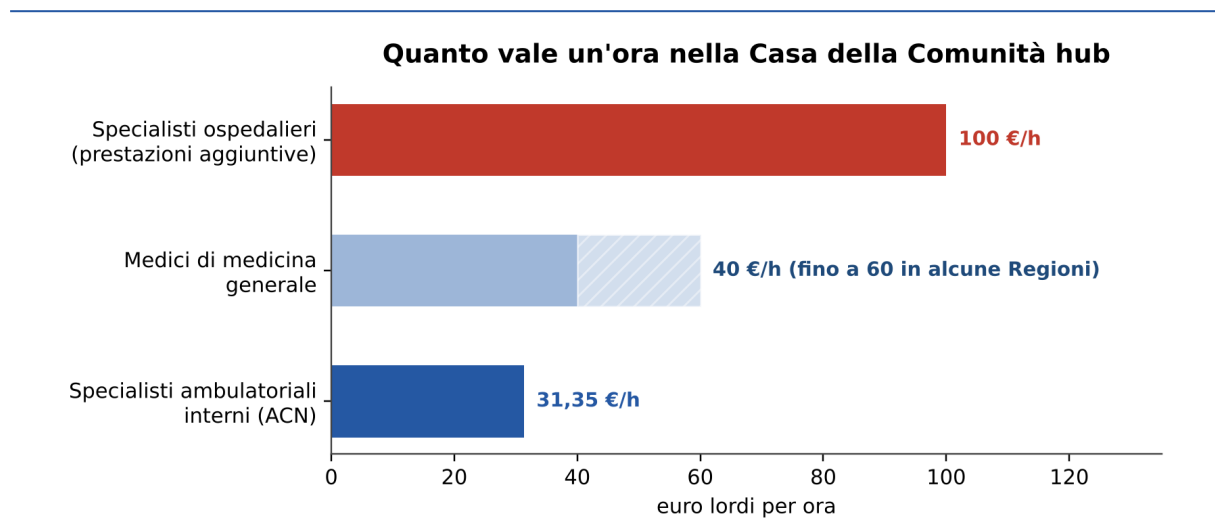


Figura 1 — Valorizzazione oraria lorda nelle Case della Comunità hub già inaugurate, per figura professionale. Per i MMG 6 ore settimanali per 48 settimane, in turni di almeno 3 ore nella fascia 8-20.

| «Secondo voi, può funzionare?»

Io credo di no. E nei prossimi minuti vi spiegherò perché, e che cosa si può fare.

PARTE PRIMA

PNRR e DM 77

Le risorse del Piano, gli standard del DM 77 e il conto che resta: i muri finanziati, il personale a carico del fondo ordinario



1

PNRR e DM 77

COME DOVEVA ESSERE

Partiamo dalle risorse. La Missione 6 del PNRR, la missione Salute, vale 15,63 miliardi, l'8% del Piano. Con il Piano nazionale complementare e React-EU si arriva a 20,2 miliardi per la sanità tra il 2021 e il 2026.

Di questi, 7 miliardi sono andati alla Componente 1, reti di prossimità e assistenza territoriale: 2,72 miliardi per l'assistenza domiciliare, 2 miliardi per le Case della Comunità, 1 miliardo per gli Ospedali di Comunità, 1 miliardo per la telemedicina, 280 milioni per le Centrali operative territoriali. Altri 8,63 miliardi sono andati a innovazione, ricerca e digitalizzazione.

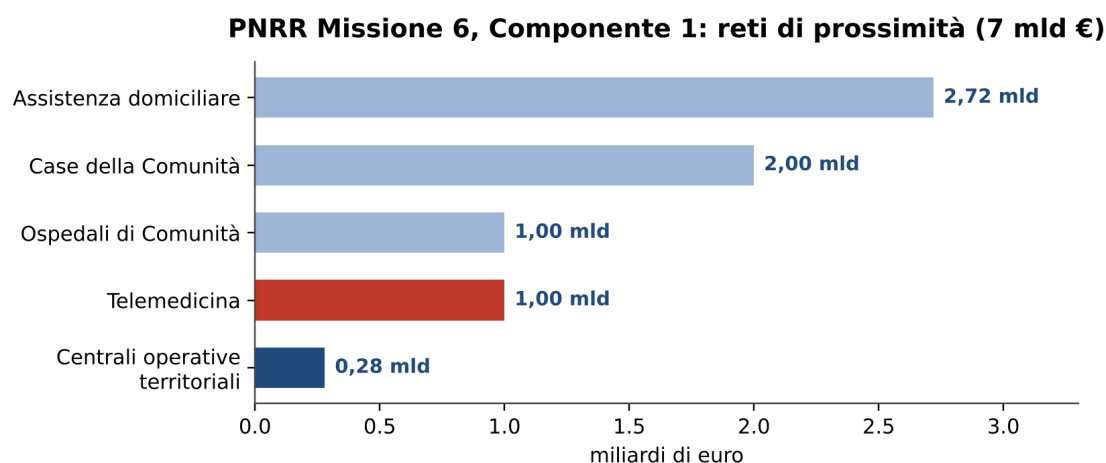


Figura 2 — PNRR, Missione 6 Componente 1 «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale»: ripartizione dei 7 miliardi.

Il DM 77 del 23 maggio 2022 ha poi fissato gli standard: una Casa della Comunità hub ogni 40-50.000 abitanti, affiancata da CdC spoke; presenza medica e infermieristica h24 negli hub; punto unico di accesso; punto prelievi; integrazione con i servizi sociali; e una specialistica ambulatoriale «per tutte le patologie ad elevata prevalenza».

Il disegno era chiaro: spostare il baricentro del Servizio sanitario nazionale dall'ospedale al territorio. Era la riforma giusta. Ma una riforma del territorio avrebbe richiesto anche risorse correnti per chi nel territorio lavora.

COM'È OGGI

Come è andata davvero? La revisione del PNRR del 2023 ha ridotto le strutture. Le Case della Comunità finanziate sono passate da 1.350 a 1.038; gli Ospedali di Comunità da 400 a 307; le Centrali operative da 600 a 480. Il Governo dichiara oggi 1.270 Case, 327 Ospedali e 625 Centrali. Ma 312 Case della Comunità, 93 Ospedali di Comunità e 120 Centrali sono state

spostate fuori dal PNRR, su fondi nazionali per l'edilizia sanitaria e sul Fondo sviluppo e coesione: risorse che non sono aggiuntive.

Le strutture della Missione 6 prima e dopo la revisione

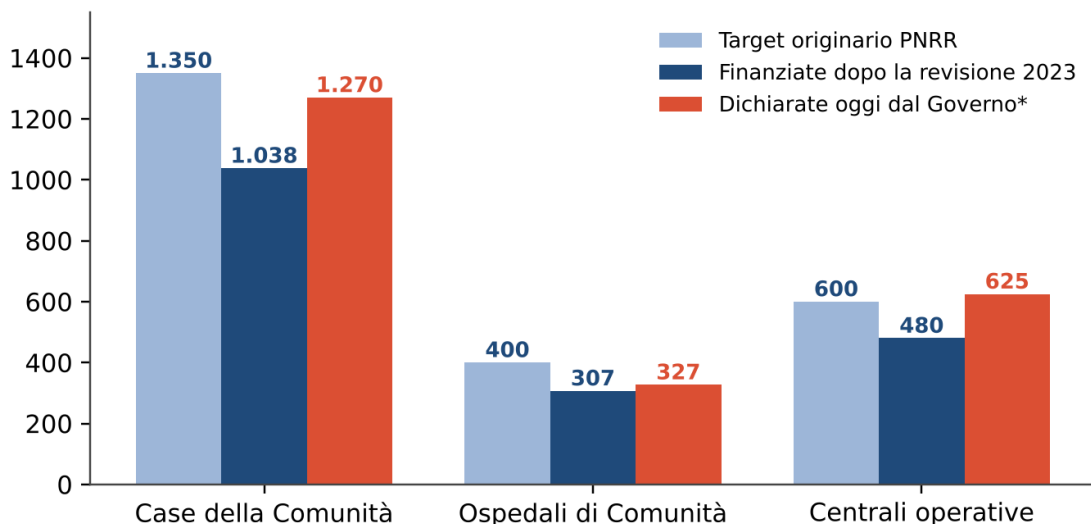


Figura 3 — Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali operative territoriali: target originario, strutture finanziate dopo la revisione del PNRR 2023 e numeri dichiarati dal Governo. *Comprese le strutture spostate fuori dal PNRR su fondi non aggiuntivi.

Sulla spesa, la Corte dei conti certifica che a febbraio 2026 la Missione 6 aveva speso 8,6 miliardi, il 55% della dotazione. I trasferimenti agli enti attuatori sono al 26%, contro una media del Piano del 44%. Il rendicontato è appena il 12,8% dell'erogato. I pagamenti per le Case della Comunità sono al 31%. E 423 milioni di spesa del Ministero della Salute slittano oltre il 2026.

Missione 6: lo stato di attuazione (febbraio 2026)

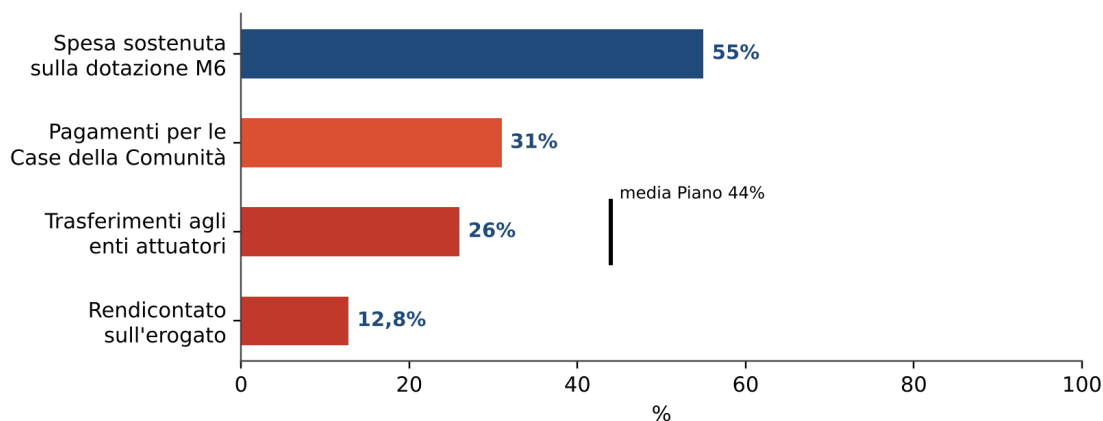


Figura 4 — Lo stato di attuazione finanziaria della Missione 6 a febbraio 2026. Elaborazione su dati Corte dei conti (delibera 12/2026).

Ma il punto vero è un altro. Le Case della Comunità nascono dentro un sistema che per quindici anni ha compresso la spesa corrente, in particolare quella per il personale.

Il Fabbisogno sanitario nazionale è passato da 105,6 miliardi nel 2010 a 142,9 nel 2026. Sembra una crescita continua, ma la curva nasconde tre stagioni. Il decennio del definanziamento, 2010-2019, in cui il fondo cresce meno dell'inflazione e tagli e contributi alla finanza pubblica sottraggono al SSN circa 37 miliardi: il decennio del blocco del turnover e dei tetti di spesa per il personale. L'emergenza pandemica, 2020-2022, in cui il fondo sale da 114,5 a 126,1 miliardi, ma le risorse aggiuntive vanno a vaccini, dispositivi e interventi straordinari, non a personale strutturale. E la stagione attuale, con la manovra 2026 che porta il fondo a 142,9 miliardi: l'incremento nominale più consistente della serie, già in gran parte eroso dall'inflazione e assorbito dai rinnovi contrattuali.

Fabbisogno Sanitario Nazionale (mld €), 2010-2027

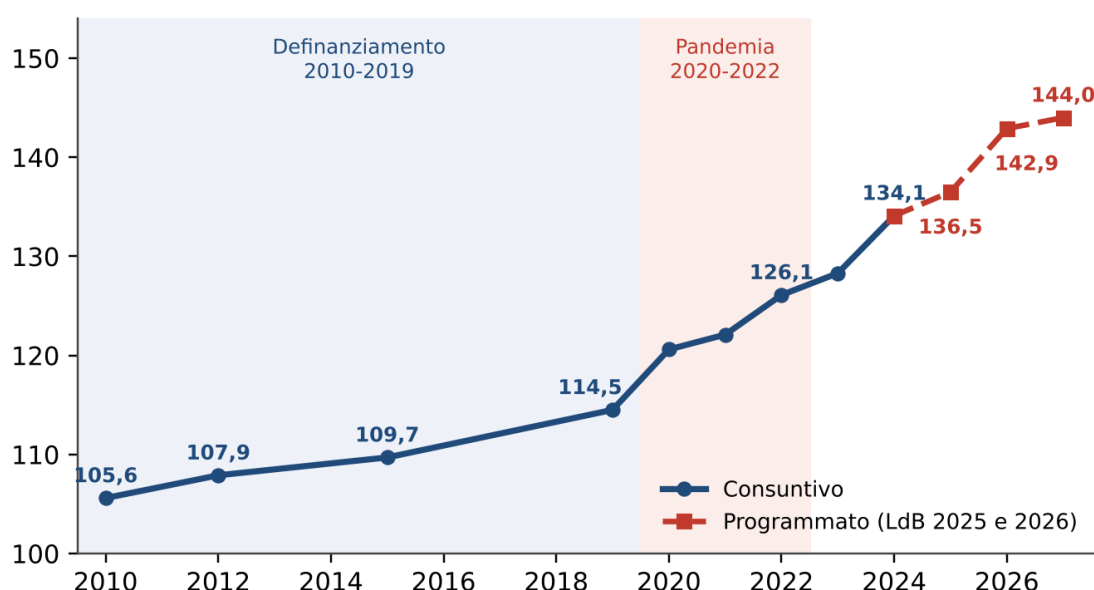


Figura 5 — Il Fabbisogno Sanitario Nazionale 2010-2027 (miliardi di euro). Consuntivi fino al 2024, valori programmati dalle leggi di bilancio 2025 e 2026. Elaborazione su dati Fondazione GIMBE e leggi di bilancio.

In rapporto al PIL la spesa sanitaria pubblica resta intorno al 6,2-6,4%, con previsioni in discesa a fine decennio, mentre Germania e Francia superano il 9-10%.

«Il PNRR paga i muri, circa 2 miliardi per le Case della Comunità. Ma non paga gli stipendi di chi ci dovrà lavorare.»

È la contraddizione fondativa dell'intera operazione. E dal 30 giugno 2026, finiti i cantieri, il personale e la gestione delle strutture sono spesa corrente, a carico del fondo ordinario.

Non solo. Dentro la spesa per il lavoro, la quota destinata al personale dipendente è scesa dal 33,5% del 2012 al 29,9% del 2021, ed è risalita appena al 30,3% nel 2024 per effetto degli arretrati contrattuali. E la medicina convenzionata, medici di famiglia, pediatri, continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale, è scesa dal 5,9% del 2012 al 5,4% del 2021 e al 5,2% del 2024: proprio mentre le si chiedeva di più. Il SSN ha progressivamente sostituito lavoro proprio con acquisti esterni: beni, servizi, gettonisti, esternalizzazioni. E nel 2024 quasi un

italiano su dieci, oltre 5,8 milioni di persone, ha rinunciato a cure necessarie, mentre le famiglie hanno pagato di tasca propria 46,4 miliardi.

Quota della spesa sanitaria pubblica destinata al lavoro (%)

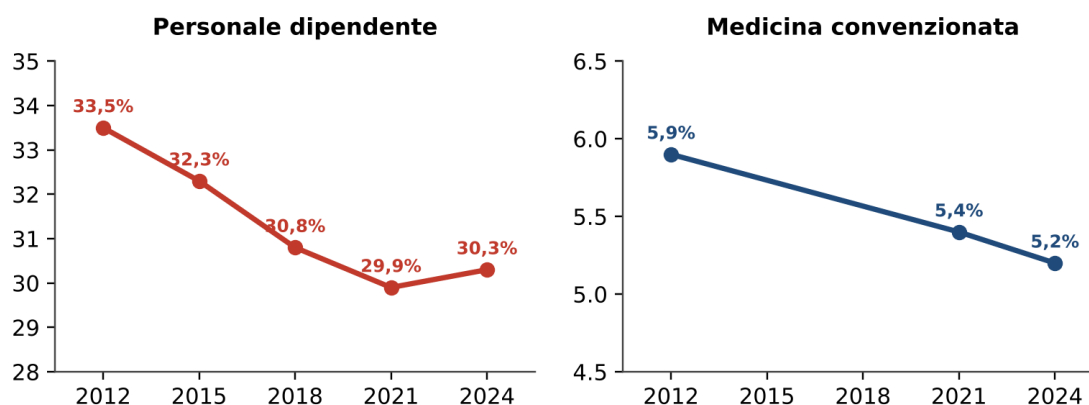


Figura 6 — Quota della spesa sanitaria pubblica destinata al personale dipendente e alla medicina convenzionata (MMG, PLS, continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale), 2012-2024. Elaborazione su dati RGS e Fondazione GIMBE.

E c'è un conto che pochi raccontano. Il 63% del PNRR sono prestiti: 122,6 miliardi da restituire con gli interessi entro il 2058. Gli interessi annui sono già di 2,8 miliardi nel 2026 e 3,4 nel 2027; gli interessi totali stimati superano i 60 miliardi. Applicando alla Missione Salute la quota media dei prestiti, circa 9,9 miliardi della sanità sono debito, con una quota di interessi stimabile in 220-270 milioni l'anno. È una stima illustrativa, ma dà la misura di una cosa semplice: una Casa della Comunità che resta vuota la paghiamo due volte, con il debito e con i servizi che non eroga. Senza contare i possibili tagli alle rate per target non raggiunti, i controlli e i recuperi, e i costi di gestione dopo il 2026, fino a circa un miliardo l'anno senza risorse aggiuntive.

TABELLA	IL CONTO DEL PNRR: PRESTITI E INTERESSI	
Voce	Valore	
Quota del PNRR finanziata con prestiti	63% (122,6 mld €)	
Restituzione dei prestiti	entro il 2058	
Interessi annui 2026 / 2027	2,8 / 3,4 mld €	
Interessi totali stimati	oltre 60 mld €	
Quota della Missione Salute a debito (stima)	circa 9,9 mld €	
Interessi imputabili alla sanità (stima illustrativa)	220-270 mln € l'anno	
Costi di gestione dopo il 2026, senza risorse aggiuntive	fino a circa 1 mld € l'anno	

Tabella 2 — Prestiti, interessi e costi di gestione del PNRR. Stima illustrativa SUMAI Assoprof: alla Missione Salute è applicata la quota media dei prestiti sul Piano.

LA PROPOSTA DEL SUMAI ASSOPROF

Che cosa proponiamo, allora, sulla prima parte?

Primo: monitorare l'operatività reale di Case e Ospedali di Comunità, non le inaugurazioni. Servizi attivi, ore erogate, personale presente.

Secondo: vincolare risorse aggiuntive del fondo sanitario al personale della rete territoriale. Ogni euro in più per il territorio deve andare alle persone, non solo ai muri.

Terzo: completare con fondi certi le strutture uscite dal PNRR, senza penalizzare il Centro-Sud.

Quarto: tornare a programmare sui dati reali e non sui tagli lineari, a partire dal fabbisogno di personale per branca e per territorio. E valorizzare la specialistica ambulatoriale convenzionata, che è già sul territorio e può popolare subito le strutture, riducendo il rischio di pagare debito su investimenti inutilizzati.

PARTE SECONDA

La Casa della Comunità

Il modello disegnato dal DM 77 e dalle Linee di indirizzo AGENAS e
la realtà del monitoraggio 2025



2

La Casa della Comunità

COME DOVEVA ESSERE

Che cosa doveva essere la Casa della Comunità? Un modello di sanità territoriale fuori dall'ospedale, con una sua identità, con i suoi medici specialisti, il suo personale sanitario dedicato e i medici di medicina generale con i loro pazienti in carico. Un centro per la prevenzione su tre livelli.

La prevenzione primaria, che interviene prima che la malattia insorga: vaccinazioni, stili di vita sani, tutele ambientali. La prevenzione secondaria, cioè la diagnosi precoce con gli screening: mammografia, Pap test, ricerca del sangue occulto. E la prevenzione terziaria, la gestione della malattia conclamata, che riguarda 12 milioni di malati cronici che non hanno bisogno del ricovero ma di una presa in carico territoriale, con un'équipe equivalente a quella ospedaliera.

Le Linee di indirizzo AGENAS del 20 novembre 2024, che il SUMAI Assoprof ha sottoscritto insieme a FNOMCeO, FNOPI, FIMMG e alle altre organizzazioni, sono state molto precise. La CdC hub è il luogo di riferimento in cui lavorano in équipe i medici del ruolo unico di assistenza primaria, i pediatri, gli specialisti ambulatoriali interni e dipendenti, gli infermieri di famiglia e comunità, gli assistenti sociali, gli psicologi, i biologi e le altre professioni.

In un bacino di 50.000 abitanti la CdC hub si rivolge a circa 19.500 persone con patologie croniche, il 39% della popolazione, e a 28.500 persone sane o apparentemente sane. E deve avere una presenza minima di personale: medici del ruolo unico h24, da 7 a 11 infermieri di famiglia, un assistente sociale, da 5 a 8 unità di supporto, e, testualmente, «un numero congruo di ore di specialisti ambulatoriali interni e dipendenti in base ai bisogni di salute del territorio».

TABELLA	LA CDC HUB SECONDO LE LINEE DI INDIRIZZO AGENAS
Bacino di 50.000 abitanti	Indicazione
Persone con patologie croniche	circa 19.500 (39% della popolazione)
Persone sane o apparentemente sane	circa 28.500
Medici del ruolo unico di assistenza primaria	presenza h24
Infermieri di famiglia e comunità	da 7 a 11
Assistente sociale	1
Unità di supporto	da 5 a 8
Specialisti ambulatoriali interni e dipendenti	«un numero congruo di ore in base ai bisogni di salute del territorio»

Tabella 3 — Bisogni e presenza minima di personale in una Casa della Comunità hub. Linee di indirizzo AGENAS del 20 novembre 2024.

Questo era il disegno: un filtro vero per gli ospedali e i pronto soccorso, capace di ridurre le liste d'attesa e di portare la buona sanità pubblica vicino alle persone.

COM'È OGGI

Come è oggi? L'ultimo monitoraggio AGENAS, sul secondo semestre 2025, fotografa una realtà molto lontana dagli annunci. Delle 1.715 Case della Comunità programmate, 781, il 45%, hanno almeno un servizio attivo, ma mancano completamente di specialisti. 219 hanno tutti i servizi obbligatori, ma senza la presenza medico-infermieristica prevista e senza specialisti. Soltanto 66, meno del 4%, risultano pienamente operative, con tutti i servizi e la presenza h24. E anche in queste gli specialisti ci sono senza norme contrattuali definite.

Case della Comunità: programmate e realmente funzionanti (AGENAS, II semestre 2025)

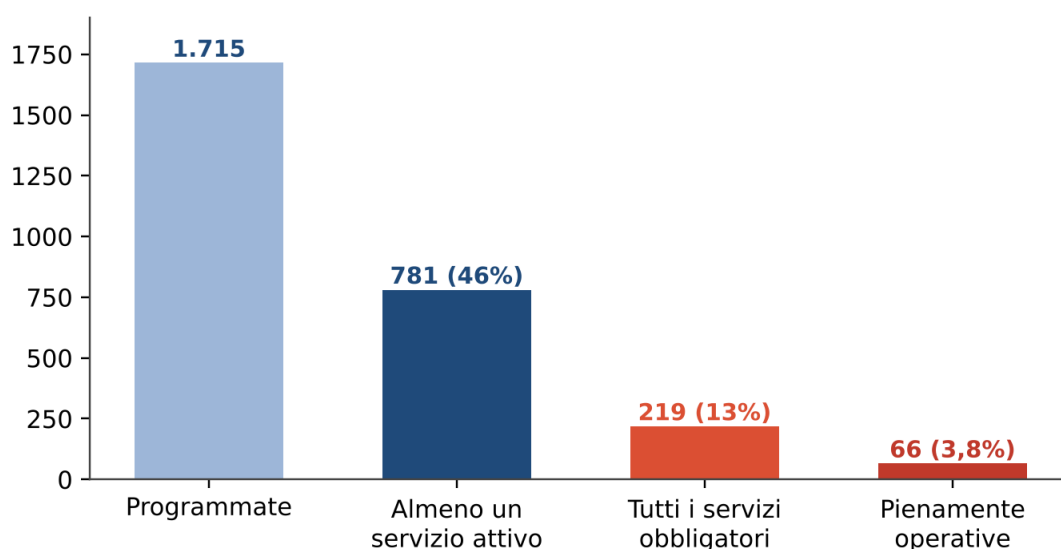


Figura 7 — Case della Comunità programmate e realmente funzionanti al secondo semestre 2025. Elaborazione su dati AGENAS e Fondazione GIMBE.

Le disuguaglianze sono profonde: Lombardia 22, Emilia-Romagna 15, Lazio 6, Piemonte 5. Otto regioni non ne hanno nemmeno una. Degli Ospedali di Comunità, solo 163 su 594 hanno almeno un servizio e nessuno è pienamente funzionante. Le Centrali operative sono l'unico tassello già a regime.

Nel frattempo il legislatore costruisce un presidio territoriale parallelo. Alle circa 20.000 farmacie convenzionate, che già assorbono 7,8 miliardi, più dell'intera medicina convenzionata, la «farmacia dei servizi» affida vaccinazioni, telemedicina, screening, aderenza terapeutica; e la manovra 2026 stanziava 50 milioni l'anno per farne una struttura integrata nel SSN. Capillare, certo, ma clinicamente frammentata. Mentre le Case della Comunità restano senza specialisti, la presa in carico si disperde in mille sportelli.

«Attivate» non vuol dire operative.

E come se non bastasse, sul modello si è creata confusione. A luglio 2026, guarda caso dopo il 30 giugno che segnava l'avvio previsto delle Case della Comunità, esce a sorpresa un nuovo documento AGENAS sulle équipes multiprofessionali e multidisciplinari che stravolge quello del 2024 e quanto prevede il DM 77. Un documento che sembra utile soprattutto a coprire la mancata attuazione nei tempi del PNRR.

Un mese dopo, ad agosto 2026, il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa pubblicato in Gazzetta Ufficiale riprende invece pienamente le Linee di indirizzo del 2024. Due documenti pubblici, a un mese di distanza, che dicono cose diverse sullo stesso modello. Non è così che si costruisce una riforma.

LA PROPOSTA DEL SUMAI ASSOPROF

La nostra proposta, sulla seconda parte, è semplice.

Tornare al DM 77 e alle Linee di indirizzo del 2024, che sono state condivise da tutte le professioni, e applicarle: CdC hub e spoke dotate di specialisti ambulatoriali interni e di strumenti diagnostici, non semplici contenitori.

Definire per ogni CdC il «numero congruo di ore» di specialistica sul bisogno di salute reale del bacino, a partire dai cronici.

Costruire percorsi diagnostico-terapeutici integrati tra medici di medicina generale, pediatri, specialisti ambulatoriali e ospedale.

E usare la telemedicina al servizio della presa in carico, a partire dalla telemedicina di branca dalle hub verso le spoke.

PARTE TERZA

Non si inaugura... si organizza

Ruoli, orari, contratti e remunerazioni: le regole che mancano e quanto costa il disordine



3

Non si inaugura... si organizza

COME DOVEVA ESSERE

Una Casa della Comunità doveva aprire dopo essere stata organizzata: ruoli, orari, contratti e remunerazioni definiti prima del taglio del nastro, per tutti i professionisti che ci devono lavorare. E doveva esserci un Accordo collettivo che disciplinasse la presenza degli specialisti nella CdC, nelle modalità e nella retribuzione, distinguendo l'attività prestazionale dalla presa in carico.

COM'È OGGI

Invece si è fatto il contrario. Si è inaugurato prima e si sta cercando di organizzare dopo. Le Regioni hanno aperto le strutture con quello che avevano: i medici di famiglia a 6 ore, gli ospedalieri in orario aggiuntivo, gli specialisti ambulatoriali alle stesse condizioni di sempre, e i pediatri non pervenuti.

Gli specialisti ambulatoriali interni, che potrebbero trasferire nella CdC per intero o in parte le proprie ore convenzionate, lo fanno senza che l'ACN abbia ancora normato né la modalità né la retribuzione. È questo il punto: non mancano solo le persone, mancano le regole.

E il disordine costa. Guardate questo grafico: il costo stimato di un'ora di specialistica nella Casa della Comunità secondo il regime con cui la si eroga. In convenzione circa 40 euro. In dipendenza circa 70, per ora effettivamente lavorata. In prestazioni aggiuntive 100 euro. Con un medico a gettone delle cooperative si va oltre i 100.

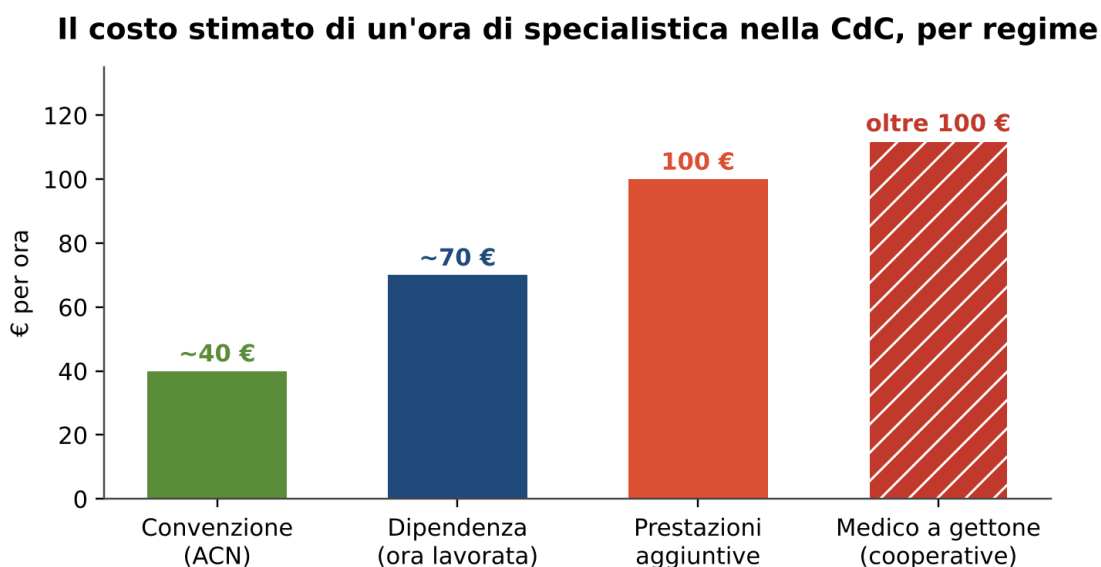


Figura 8 — Il costo stimato di un'ora di specialistica nella Casa della Comunità secondo il regime di erogazione (euro 2026). Stime SUMAI Assoprof.

La CdC tipo, lo vedremo tra poco, richiede 296 ore settimanali di specialistica. Erogarle in prestazioni aggiuntive a 100 euro l'ora invece che in convenzione costa circa 60 euro in più per ogni ora: su 48 settimane sono circa 850.000 euro l'anno per ogni Casa della Comunità. Moltiplicati per le circa 1.430 CdC finanziate dal PNRR, sono circa 1,2 miliardi l'anno.

È una simulazione estrema, perché nella realtà i vuoti si coprono con un mix di strumenti, o non si coprono affatto. Ma fissa il perimetro. E «non coprire affatto» non è un risparmio: è spesa privata delle famiglie, è la rinuncia alle cure di un italiano su dieci, è la cronicità che degenera e torna in ospedale al triplo del costo.

LA PROPOSTA DEL SUMAI ASSOPROF

Che cosa proponiamo?

Organizzare prima di inaugurare: ogni Casa della Comunità apre con un piano di ore per professione e per branca, coerente con il fabbisogno del suo bacino.

Disciplinare nell'ACN l'attività degli specialisti nella CdC, con modalità e remunerazione dedicate, riconoscendo le ore di presa in carico accanto alle ore prestazionali.

Garantire pari dignità tra i professionisti che lavorano nella stessa struttura: non si può chiedere alla specialistica di riempire le Case della Comunità a saldo zero.

E usare lo strumento più efficiente, non il più costoso: ore convenzionali invece di prestazioni aggiuntive, gettonisti e prestazioni acquistate a tariffa.

PARTE QUARTA

La Casa della Comunità non è un poliambulatorio

Dalla prestazione alla presa in carico: le branche della cronicità e un Paese a due velocità



4

La Casa della Comunità non è un poliambulatorio

Il poliambulatorio eroga prestazioni. La Casa della Comunità deve prendere in carico le persone. È una differenza di funzione, non di insegna. Il poliambulatorio non va sostituito: va collegato alla Casa della Comunità, che a sua volta deve essere collegata all'ospedale.

COME DOVEVA ESSERE

La CdC doveva essere un luogo di presa in carico e non uno sportello: punto unico di accesso, primo contatto con l'infermiere di famiglia per gli over 75, progetto di assistenza individuale condiviso con il medico di famiglia, équipe multiprofessionale. E doveva avere al suo interno la specialistica della cronicità: cardiologia, diabetologia ed endocrinologia, pneumologia, oculistica, dermatologia, ginecologia, odontoiatria. Esattamente le «patologie ad elevata prevalenza» del DM 77.

Non è un caso. Se applichiamo alla dotazione oraria di una CdC tipo la distribuzione per branca dei nostri specialisti, le prime dieci branche coprono l'intero perimetro della cronicità ambulatoriale. Ciò che la nostra rete già offre è esattamente ciò che il DM 77 chiede. Settant'anni di specialistica ambulatoriale interna sono, di fatto, il prototipo della Casa della Comunità.

COM'È OGGI

Che cosa si trova davvero, oggi, una Casa della Comunità? Abbiamo fatto un esercizio con i dati veri della SISAC: abbiamo distribuito l'attuale medicina convenzionata sulle CdC teoriche, una ogni 45.000 abitanti, circa 1.310 in tutta Italia.

Una CdC hub tipo da 45.000 abitanti eredita dal proprio bacino 28,1 medici di medicina generale, 4,8 pediatri e 10,7 specialisti ambulatoriali interni, per tutte le branche. In ore settimanali: 169 ore di medicina generale e 29 di pediatria, a 6 ore a testa, più 296 ore di specialistica alle ore reali. In tutto circa 494 ore settimanali, l'equivalente di 13 professionisti a tempo pieno.

TABELLA LA CDC HUB TIPO DA 45.000 ABITANTI (ITALIA)		
Professionisti afferenti	Teste per CdC	Ore settimanali
Medici di medicina generale (6 ore a testa)	28,1	169
Pediatri di libera scelta (6 ore a testa)	4,8	29
Specialisti ambulatoriali interni (ore reali)	10,7	296
Totale (≈ 13 professionisti a tempo pieno)	43,6	494

Tabella 4 — La medicina convenzionata distribuita su circa 1.310 CdC teoriche (una ogni 45.000 abitanti). Elaborazione su dati SISAC (organico al 1° gennaio 2025, ore 2024) e ISTAT.

Ma la media nazionale nasconde un Paese a due velocità. Nelle regioni del Centro-Sud dove la specialistica convenzionata è radicata, Campania, Calabria, Molise, Lazio, Sardegna, la CdC tipo supera le 550 ore settimanali, fino alle 883 della Campania. Nelle regioni del Nord che hanno scelto storicamente la dipendenza ospedaliera, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, la componente specialistica scende sotto le 100 ore e la CdC dipende quasi interamente da medici di famiglia e pediatri.

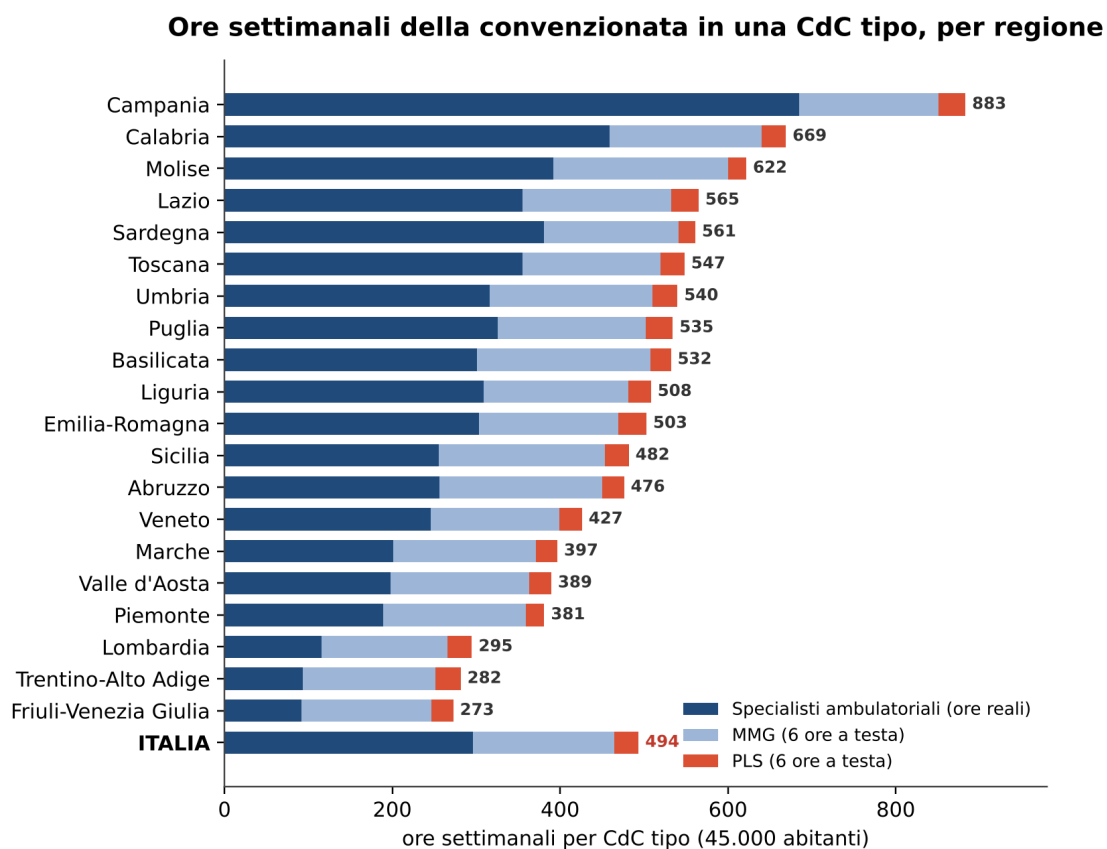


Figura 9 — Ore settimanali della medicina convenzionata in una CdC tipo da 45.000 abitanti, per regione: MMG e PLS a 6 ore a testa, specialisti ambulatoriali a ore reali. Elaborazione su dati SISAC (organico al 1° gennaio 2025, ore 2024) e ISTAT.

Attenzione: non bisogna contare le teste, ma le ore. I medici di famiglia portano in CdC 6 ore ciascuno; ogni specialista ne porta in media quasi 28. Le 22,2 teste campane valgono circa 685 ore settimanali di specialistica; le 3,2 trentine appena 93. Il rapporto tra medici di famiglia e specialisti va da 1,2 a 1 in Campania a 8 a 1 in Trentino.

Senza le branche della cronicità la presa in carico si riduce al rinnovo delle ricette, e il cittadino continua a rivolgersi al CUP ospedaliero, al pronto soccorso o al privato.

E c'è un paradosso economico. Il SSN paga il privato accreditato per ogni singola prestazione, a tariffa da nomenclatore. La rete convenzionata interna è invece remunerata a ora, con 3-5 prestazioni per ora. Portata al massimale orario, potrebbe erogare in parte le stesse prestazioni a costi unitari inferiori, dentro strutture pubbliche, facendo incassare alle aziende anche il ticket.

LA PROPOSTA DEL SUMAI ASSOPROF

La nostra proposta per la quarta parte: un'équipe specialistica stabile in ogni CdC hub, sulle branche della cronicità. Con 296 ore settimanali una CdC media può tenere aperti stabilmente sei-otto ambulatori specialistici.

Dove la specialistica interna non c'è mai stata, costruirla subito, con ore convenzionali e con l'ACN unico di cui parlerò tra poco, senza aspettare undici anni di nuove specializzazioni.

E una rete hub-spoke con la telemedicina di branca, per moltiplicare la copertura delle ore esistenti nelle aree interne.

PARTE QUINTA

Persone, ore e risorse per la sanità del territorio

La scatola della spesa, le ore inutilizzate, il ricambio generazionale
e le sei leve per il territorio



5

Persone, ore e risorse per la sanità del territorio

I muri sono quasi pronti. Le persone no. E le risorse per il lavoro hanno continuato a viaggiare a due velocità.

COME DOVEVA ESSERE

Se il DM 77 chiede al territorio di fare di più, il territorio doveva ricevere di più. Era questa la promessa implicita della riforma: risorse commisurate ai compiti, ore piene per chi già c'è, programmazione delle specializzazioni sul fabbisogno reale.

COM'È OGGI

Apriamo la scatola della spesa. Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica è stata di 139,4 miliardi. Il personale dipendente, concentrato negli ospedali, vale 42,3 miliardi, il 30,3%. Il privato accreditato 27,7 miliardi, quasi il 20%. Le farmacie convenzionate 7,8 miliardi. E tutta la medicina convenzionata, i 36.812 medici di famiglia, i 6.284 pediatri, la continuità assistenziale e i 13.984 specialisti ambulatoriali interni, vale 7,2 miliardi: il 5,2% della spesa. Meno delle farmacie.

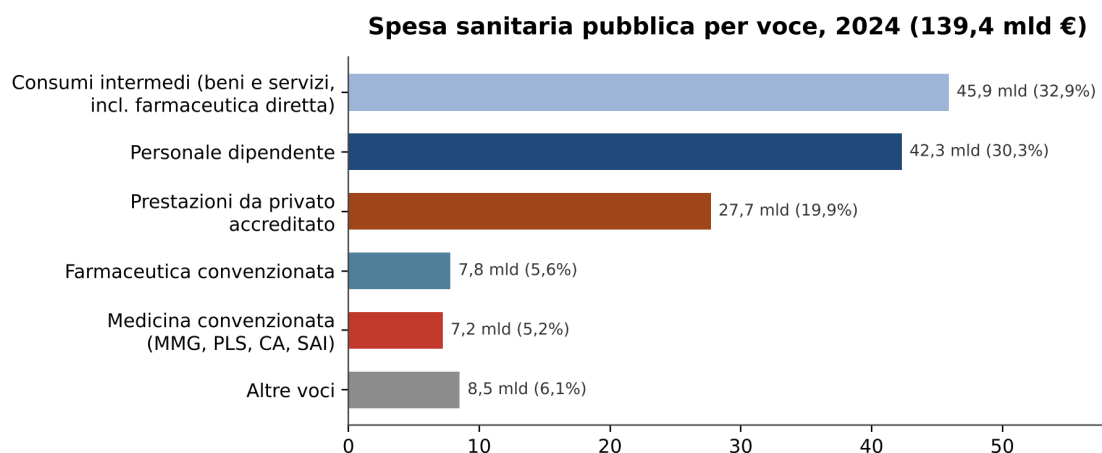


Figura 10 — Spesa sanitaria pubblica per voce economica, anno 2024. Elaborazione su dati RGS, Il monitoraggio della spesa sanitaria (2025).

La specialistica ambulatoriale interna da sola vale meno di un miliardo l'anno: circa lo 0,5% della spesa sanitaria pubblica. Con lo 0,5% della spesa il SSN si compra l'intera rete della specialistica territoriale interna.

E le risorse aggiuntive per il personale sono andate quasi tutte all'ospedale. Alla dipendenza l'indennità di esclusività rivalutata; l'indennità di specificità medica, portata a 9.466 euro l'anno; la defiscalizzazione al 15%; le prestazioni aggiuntive a 100 euro l'ora; e il CCNL 2022-

2024, firmato a febbraio 2026, con 230 euro lordi mensili in più sul tabellare e oltre 2.000 euro pro capite di fondi aziendali.

Alla convenzione nessuna indennità di specificità, nessuna defiscalizzazione, nessun istituto strutturale aggiuntivo: solo il 5,78% degli ACN 2022-2024, siglati a novembre 2025. Per uno specialista ambulatoriale 4.389 euro lordi l'anno, 337 euro al mese, con un'inflazione del triennio stimata al 7-8%.

TABELLA LE RISORSE AGGIUNTIVE PER IL PERSONALE: DUE VELOCITÀ		
Istituto	Dipendenza	Convenzione
Indennità di esclusività	rivalutata	—
Indennità di specificità medica	9.466 € l'anno	nessuna
Defiscalizzazione	al 15%	nessuna
Prestazioni aggiuntive	100 € l'ora	—
Rinnovo 2022-2024	CCNL (febbraio 2026): +230 € lordi mensili sul tabellare e oltre 2.000 € pro capite di fondi aziendali	ACN (novembre 2025): +5,78%; per uno specialista ambulatoriale 4.389 € lordi l'anno, 337 € al mese

Tabella 5 — Le risorse aggiuntive per il personale medico: dipendenza e convenzione a confronto. Inflazione del triennio stimata al 7-8%.

Eppure anche in ospedale non basta: lo dicono le dimissioni volontarie, i prepensionamenti, i concorsi deserti, i vincitori che rifiutano il posto.

E poi ci sono le ore. I nostri 13.984 specialisti lavorano in media 27,8 ore settimanali su un massimale ACN di 38. Non perché non vogliano lavorare, ma perché le ore non vengono pubblicate. Il margine inutilizzato vale 142.987 ore settimanali: l'equivalente di 3.763 specialisti a tempo pieno, già oggi contrattualizzabili senza un solo concorso.

13.984 specialisti ambulatoriali interni	27,8 h ore medie settimanali su un massimale ACN di 38	142.987 ore settimanali inutilizzate	3.763 specialisti a tempo pieno equivalenti, senza concorsi
--	--	--	---

Tabella 6 — Le ore della specialistica ambulatoriale interna: il margine già contrattualizzabile. Elaborazione su dati SISAC (organico al 1° gennaio 2025, ore 2024) e ISTAT.

E il tempo non gioca a nostro favore. Circa il 45% degli specialisti ambulatoriali uscirà entro il 2035: senza interventi la rete passa da 13.984 a circa 12.300 nel 2030 e 10.500 nel 2035, un quarto in meno. I medici di famiglia, ne mancano già 5.575, scenderanno da 36.812 a circa 31.000. Dei 109.024 medici dipendenti, 55.300 usciranno tra il 2027 e il 2036, tra pensionamenti e dimissioni.

Senza interventi: la rete convenzionata al 2030 e al 2035

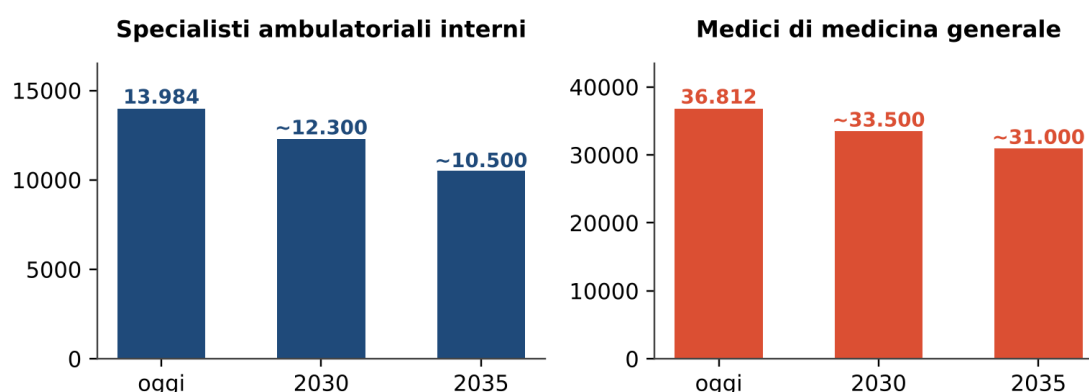


Figura 11 — Specialisti ambulatoriali interni e medici di medicina generale: organico attuale e proiezione tendenziale al 2030 e 2035, senza interventi. Simulazione SUMAI Assoprof su dati SISAC ed ENPAM.

Per i medici dipendenti il numero complessivo probabilmente terrà, perché le borse di specializzazione sono quasi raddoppiate dal 2020. Ma i nuovi specialisti arriveranno a regime solo nel 2036-2037, e il dato aggregato nasconde due squilibri: quello delle discipline, perché cardiologia, diabetologia, pneumologia e geriatria competono con tutte le altre destinazioni per gli stessi giovani; e quello geografico, con concorsi deserti in intere aree del Paese. Il problema del 2030-2035 non sarà «quanti medici», ma «quali e dove». Esattamente ciò che un contratto capace di spostare ore dove servono può governare meglio di cento concorsi.

Ma una cosa positiva c'è: il ricambio della specialistica ambulatoriale è femminile e giovane. Le donne sono già il 56%, oltre due terzi sotto i 45 anni, e scelgono il contratto convenzionale al posto della dipendenza. È una rete che chiede tutele piene di maternità, part-time reversibili, sedi prevedibili. Anche questa è attrattività, e costa molto meno di un gettone.

Per gli infermieri il problema non è la distribuzione, è la quantità: 6,5 ogni 1.000 abitanti contro 9,5 della media OCSE; una carenza di circa 65.000 unità, più 20-30.000 richiesti dal DM 77. E quest'anno, per la prima volta, le domande ai corsi di laurea in infermieristica sono state meno dei posti.

Infermieri per 1.000 abitanti: il confronto internazionale

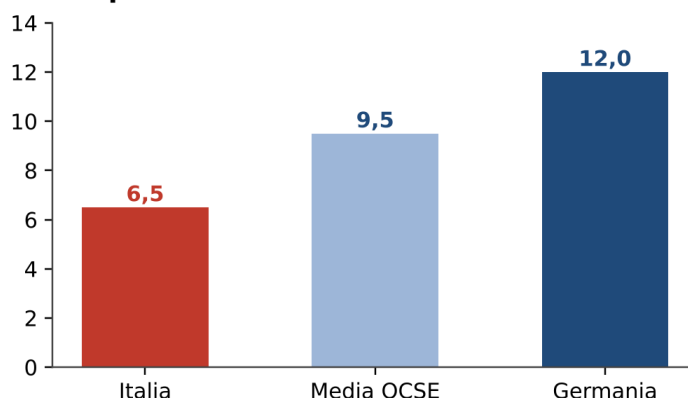


Figura 12 — Infermieri per 1.000 abitanti: Italia, media OCSE, Germania (OCSE, ultimi dati disponibili).

LA PROPOSTA DEL SUMAI ASSOPROF

Su persone, ore e risorse proponiamo sei leve, in ordine di velocità.

Prima: rinnovare subito, e insieme, gli ACN 2025-2027 di medicina generale, pediatria e specialistica ambulatoriale, con articoli e obiettivi comuni sulla Casa della Comunità. E con una condizione di equità: come il legislatore ha stanziato risorse dedicate per la riforma della medicina generale, risorse della stessa natura vanno previste per la specialistica.

Seconda: saturare le ore esistenti, le 142.987 ore settimanali attivabili per semplice ampliamento degli incarichi.

Terza: aprire ore convenzionali ai giovani specialisti e agli specializzandi dell'ultimo anno, perché la CdC diventi il primo contatto con il SSN invece che con il privato.

Quarta: l'ACN unico ospedale-territorio, che consente agli specialisti ospedalieri di svolgere una quota del proprio orario nelle CdC del distretto, come accadeva prima del 1992.

Quinta: trattenere volontariamente chi esce, con incarichi part-time per chi è in quiescenza.

Sesta: la telemedicina di branca dalle hub alle spoke.

A parte le risorse dovute per equità al rinnovo, queste leve non richiedono nuovi stanziamenti. Richiedono decisioni. Il vero rischio di questo «nel frattempo» non è la mancanza di medici: è che, in attesa dei nuovi specialisti, il sistema consolidi le scorciatoie che costano di più e non costruiscono nulla.

PARTE SESTA

Il SUMAI Assoprof propone...

Un ACN unico della specialistica convenzionata, territorio e ospedale, e il doppio canale



6

Il SUMAI Assoprof propone...

E arrivo alla proposta che dà senso a tutto il resto.

COME DOVEVA ESSERE

Un solo Servizio sanitario nazionale, in cui il denaro segue l'attività e non l'appartenenza giuridica. Una specialistica convenzionata con regole nazionali, valide in ospedale come sul territorio.

COM'È OGGI

Oggi, invece, abbiamo una prassi senza sistema. Da diciotto anni, dal blocco del turnover del 2008 e su proposta degli stessi ospedalieri, le aziende pubblicano ore di specialistica convenzionata interna per le attività ospedaliere. In molti ospedali e policlinici universitari, specialmente nel Centro-Sud, gli specialisti ambulatoriali sono fino al 40% dell'organico, nelle sale operatorie, nei reparti, nei pronto soccorso.

Funziona ! Posti coperti prima dei concorsi, costo orario più basso, specialisti stabili al posto dei gettonisti. Ma poggia su accordi aziendali o regionali disomogenei: nessuna regola nazionale su guardie e reperibilità, rapporti con l'équipe non disciplinati, coperture assicurative pensate per l'ambulatorio, ore pubblicate caso per caso. Intanto i concorsi vanno deserti e le aziende pagano i medici a gettone fino a 75 euro l'ora nei servizi ordinari e 85 in pronto soccorso.

LA PROPOSTA DEL SUMAI ASSOPROF

La nostra proposta è un contratto unico della specialistica convenzionata: un ACN unico della Specialistica Convenzionata Interna, Territorio e Ospedale.

Una parte generale comune: graduatorie uniche, compenso base, ENPAM, tutele, formazione, mobilità, ore cumulabili fino a 38. Un ACN Territorio per poliambulatori, Case e Ospedali di Comunità, liste d'attesa, cronicità, domiciliare, telemedicina. E un ACN Ospedale per reparti, sale operatorie, pronto soccorso e diagnostica, con turni sulle 24 ore, guardie e reperibilità con maggiorazioni, responsabilità e assicurazione, e un'integrazione del 10% sul compenso base.

TABELLA IL CONTRATTO UNICO DELLA SPECIALISTICA CONVENZIONATA		
Parte generale comune	ACN Territorio	ACN Ospedale
Graduatorie uniche, compenso base, ENPAM, tutele, formazione, mobilità, ore cumulabili fino a 38	Poliambulatori, Case e Ospedali di Comunità, liste d'attesa, cronicità, domiciliare, telemedicina	Reparti, sale operatorie, pronto soccorso e diagnostica; turni sulle 24 ore, guardie e reperibilità con maggiorazioni, responsabilità e assicurazione; integrazione del 10% sul compenso base

Tabella 7 — L'architettura dell'ACN unico della Specialistica Convenzionata Interna, Territorio e Ospedale, proposto dal SUMAI Assoprof.

E il doppio canale. Per ogni posto di dirigente medico che si libera, la Regione e l'azienda scelgono, motivando nel piano dei fabbisogni, se coprirlo in dipendenza o in convenzione, con incarichi da 12, 24 o 38 ore. Voglio essere chiarissimo: nessuno in servizio cambia contratto; la dipendenza non va ad esaurimento; la direzione di struttura complessa resta in dipendenza. Il passaggio alla convenzione è una scelta, mai un obbligo.

Proponiamo infine che i medici di famiglia e i pediatri con specializzazione possano accedere alle ore della propria branca, entro un massimale orario complessivo e senza ridurre l'assistenza ai propri assistiti.

Conviene? Lo abbiamo calcolato nella relazione tecnica che abbiamo consegnato al Ministero dell'Economia a settembre. A parità di ore, un'ora di specialista convenzionato costa all'azienda tra 46,96 e 58,09 euro, a seconda di quante voci si includono, premi ACN e IRAP compresi. Un'ora di dirigente medico dipendente costa 63,26 euro. La convenzione conviene in tutti gli scenari, e costa molto meno dei gettonisti.

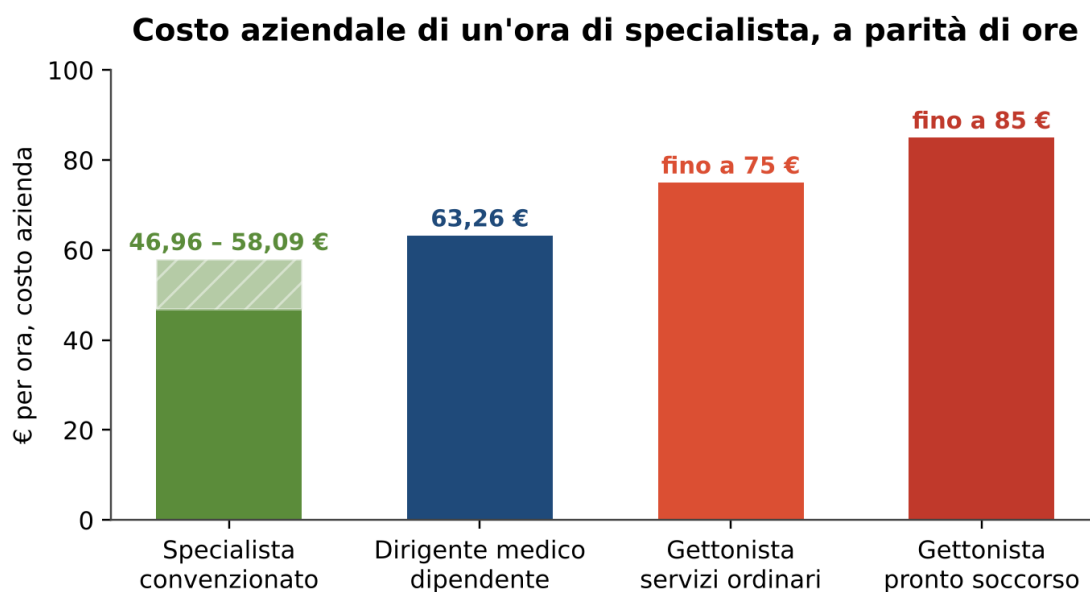


Figura 13 — Costo aziendale di un'ora di specialista a parità di ore: convenzione (premi ACN e IRAP compresi, secondo le voci incluse), dipendenza e medici a gettone. Relazione tecnica SUMAI Assoprof per il MEF (settembre 2026).

Applicando la scelta della convenzione ai posti che si liberano per turnover, le aziende sanitarie risparmiano 4,8 miliardi nel decennio 2027-2036 nello scenario centrale, in una forchetta tra 2,8 e 8,8 miliardi, e circa un miliardo l'anno a regime. Anche nello stress test più severo, con lo scenario più prudente, metà dei posti in convenzione, meno dimissioni e un anno di ritardo, il risparmio resta positivo: circa 0,95 miliardi. E ogni anno di ritardo costa circa 0,84 miliardi, perché il picco dei pensionamenti cade nel 2029-2033.

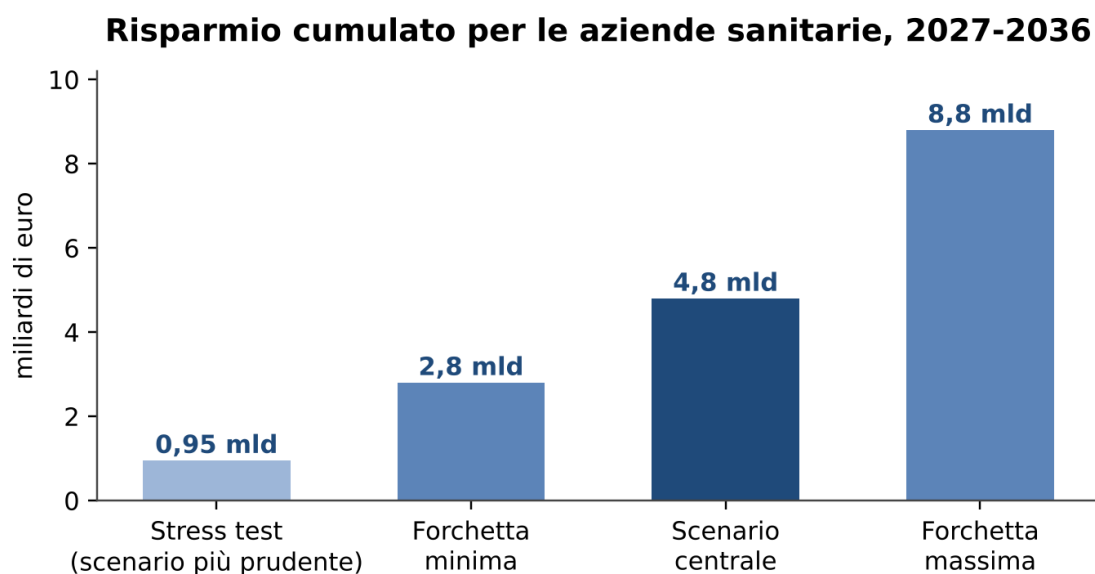


Figura 14 — Risparmio cumulato 2027-2036 per le aziende sanitarie applicando la scelta della convenzione ai posti liberati dal turnover: scenario centrale, forchetta e stress test. Simulazione SUMAI Assoprof a costi costanti 2026; non costituisce quantificazione ufficiale.

Quel risparmio resta nei Servizi sanitari regionali. Può pagare liste d'attesa, territorio, retribuzioni. Un miliardo l'anno vale, a costo pieno, circa 20.000 infermieri: esattamente il fabbisogno del DM 77.

I vantaggi, in sintesi, sono tre. Il risparmio diretto, risorse che restano nel sistema pubblico invece di andare ai gettonisti o al privato accreditato. La ricomposizione dell'offerta, perché lo specialista convenzionato ospedale-territorio è il modo più rapido per portare specialisti veri nelle CdC delle regioni che non hanno mai avuto specialistica interna. E l'attrattività: reinvestiti, i risparmi possono valere fino a 7-8.000 euro l'anno per ciascuno dei circa 130.000 medici del SSN, dipendenti e convenzionati. Un rinnovo contrattuale interamente autofinanziato.

Il doppio canale, in altre parole, non è un'alternativa alla proposta: è il modo in cui la proposta si finanzia da sola.

Le obiezioni serie esistono e le dichiariamo. La convenzione dovrà coprire guardie e continuità h24: l'ACN Ospedale dovrà retribuire le quote di disponibilità, e anche con il 20% delle ore in guardia la tariffa resta sotto il pareggio. Il costo più basso riflette anche minori tutele: la proposta non è estendere le tutele minori, ma rafforzarle con il recupero di efficienza.

Per questo chiediamo una norma abilitante nella legge di bilancio 2027, a invarianza finanziaria, senza alcun obbligo per Regioni e aziende. Chiediamo che i minori costi restino nella disponibilità dei Servizi sanitari regionali. Chiediamo alla Ragioneria i dati per trasformare la nostra simulazione in quantificazione ufficiale, e un chiarimento sul limite di spesa del personale e sull'IRAP. E chiediamo che il monitoraggio di ore, costi e risparmi entri tra gli adempimenti verificati dal Tavolo tecnico.

Conclusioni

Lasciatemi riassumere, con le tre lenti con cui abbiamo cominciato.

Doveva essere una riforma del territorio finanziata, con Case della Comunità piene di professionisti, organizzate prima di essere aperte, capaci di prendere in carico 12 milioni di cronici.

È, oggi, una rete di muri quasi pronti, in cui meno del 4% delle strutture funziona davvero, con medici di famiglia a 6 ore, ospedalieri in orario aggiuntivo, specialisti senza regole e senza risorse, infermieri che mancano, e un debito da restituire.

Proponiamo un ACN unico ospedale-territorio, il doppio canale, il rinnovo contestuale degli Accordi con risorse dedicate anche alla specialistica, la saturazione delle ore che già esistono. Due canali per un solo SSN, con il denaro che segue l'attività.

Le Case della Comunità possono diventare la più grande operazione di prossimità sanitaria d'Europa, o la più grande incompiuta del PNRR.

La differenza non la faranno i muri, che sono quasi pronti, né i medici del 2036, che arriveranno comunque. La faranno le scelte sulle persone e sulle risorse dei prossimi ventiquattro mesi.

I numeri per scegliere bene, ora, ci sono. Il SUMAI Assoprof è pronto. Chiediamo al Governo, al Parlamento e alle Regioni di esserlo altrettanto.

Viva la specialistica ambulatoriale, viva il Servizio sanitario nazionale. Grazie.

Antonio Magi

Segretario Generale SUMAI Assoprof

Roma, 18-21 ottobre 2026

Quadro di sintesi

Tre lenti, sei parti: la distanza tra le promesse e la realtà e la strada per colmarla.

TABELLA	TRE LENTI, SEI PARTI		
Parte	Come doveva essere	Com'è oggi	La proposta SUMAI
1. PNRR e DM 77	Riforma del territorio finanziata, standard chiari, baricentro spostato verso il territorio	Muri pagati dal PNRR, personale a carico di un fondo compresso per quindici anni	Programmazione sui dati e risorse correnti dedicate al personale del territorio
2. La Casa della Comunità	Prevenzione su tre livelli e presa in carico di 12 milioni di cronici	Solo 66 CdC su 1.715 pienamente operative (<4%)	CdC hub e spoke con specialisti, diagnostica, PDTA e telemedicina
3. Non si inaugura... si organizza	Ruoli, orari e contratti definiti prima dell'apertura	MMG a 40 €/h, ospedalieri a 100 €/h, specialisti a 31,35 €/h senza regole per la CdC	Piano di ore per ogni CdC e attività in CdC disciplinata nell'ACN
4. La CdC non è un poliambulatorio	Presa in carico multiprofessionale, branche della cronicità	Poliambulatori ribattezzati; divario di 7 volte tra regioni negli specialisti	Équipe specialistica stabile in ogni CdC hub, rete hub-spoke
5. Persone, ore e risorse	Risorse commisurate ai compiti, ore piene per chi c'è	Specialistica allo 0,5% della spesa, 27,8 ore su 38, rete che invecchia	ACN 2025-2027 insieme e con risorse dedicate; saturazione delle ore; attrattività
6. Il SUMAI Assoprof propone	Un solo SSN, regole nazionali	Prassi ospedaliera senza sistema, gettonisti, 55.300 uscite al 2036	ACN unico Territorio-Ospedale, doppio canale, norma abilitante 2027

Tabella 8 — Quadro di sintesi della relazione.

NOTA SULLE FONTI

SISAC (organico al 1° gennaio 2025, ore 2024); AGENAS, monitoraggio CdC II semestre 2025; RGS, Il monitoraggio della spesa sanitaria (2025) e Conto Annuale; Fondazione GIMBE; ENPAM; Ministero della Salute, personale SSN 2023; OCSE; CCNL area sanità 2022-2024; ACN 2022-2024. Stime e simulazioni SUMAI Assoprof: Relazione tecnica per il MEF «Contratto unico per la specialistica territoriale ed ospedaliera convenzionata» (settembre 2026), valori a costi costanti 2026; non costituiscono quantificazione ufficiale. Monitoraggio PNRR: Cortei dei conti (delibera 12/2026), MEF (richiesta X rata, 29/9/2026), Fondazione GIMBE su dati AGENAS; Linee di indirizzo AGENAS sulle CdC hub (20/11/2024).

58° Congresso Nazionale Sumai

ROMA, 18 – 21 OTTOBRE 2026

