

57°

CONGRESSO
NAZIONALE
SUMAI

medical
network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

ANNO XXV
NUMERO 4 | 2025
TRIMESTRALE



Sumai
ASSOPROF

Associazione Nazionale
Medici Ambulatoriali

e Professionisti dell'Area Sanitaria



Sifop
SOCIETÀ ITALIANA
DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

SPE
CIA
LE

post
57°
CONGRESSO
NAZIONALE
SUMAI

Magi: Siamo la cura
più efficace
per questo Ssn

Senza di noi le Case di Comunità resteranno
delle scatole vuote, cattedrali nel deserto.

Chiediamo investimenti, strumenti e risorse.

medical
network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

Hanno collaborato

Giuseppe Nielfi,
Stefano Simoni,
Luigi Sodano

Editore

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



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 dicembre 2025

Questo editoriale eccezionalmente assume la forma di articolo più esteso del solito, per affrontare in maniera approfondita la legge di bilancio 2026. Buona lettura

EDITORIALE

Legge di Bilancio. Analisi comparativa sul finanziamento della sanità 2024-2026

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof



Il SSN è oggi a un bivio: può essere progressivamente ridotto a rete residuale, lasciando spazio a un sistema sanitario fondato sul reddito e sulle assicurazioni, oppure può essere rilanciato come pilastro universale del welfare. Il rilancio o il suo definitivo affossamento è una mera scelta politica.

1. Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale

Il triennio 2024-2026 rappresenta una fase **decisiva e potenzialmente irreversibile** per il futuro del **Servizio Sanitario Nazionale**. Non si tratta di una normale fase di transizione, ma di un passaggio strutturale nel quale si stanno consolidando dinamiche che rischiano di modificare profondamente la natura stessa del SSN, da sistema universalistico fondato sul diritto alla salute a modello progressivamente selettivo e diseguale. A distanza di alcuni anni dalla pandemia da COVID-19, che aveva riportato la sanità pubblica al centro del dibattito politico e dell'attenzione dell'opinione pubblica, il SSN si trova oggi a fronteggiare **criticità simultanee e interconnesse**, che non possono più essere considerate emergenziali o temporanee, ma assumono carattere strutturale.

In primo luogo, persiste una **carenza strutturale di personale medico e**

sanitario, frutto di decenni di politiche di contenimento della spesa, blocco del turn over, programmazione inadeguata dei fabbisogni e mancato allineamento delle condizioni di lavoro e retributive agli standard europei. Tale carenza colpisce in modo particolare la sanità territoriale e la specialistica ambulatoriale, compromettendo la capacità del sistema di garantire prossimità delle cure, continuità assistenziale e presa in carico dei pazienti cronici e fragili parallelamente intasando nello stesso momento ospedali e pronti soccorsi.

Si registra, infatti, un **progressivo e generalizzato allungamento delle liste d'attesa**, che rappresenta oggi uno degli indicatori più evidenti della difficoltà del SSN a rispondere in modo tempestivo ai bisogni di salute della popolazione. Le liste d'attesa non sono soltanto un problema organizzativo, ma il sintomo di uno squilibrio profondo tra domanda di salute e capacità di offerta del sistema pubblico, aggravato dalla carenza di personale e da un finanziamento non adeguato alla complessità crescente dei bisogni assistenziali.

A queste criticità si accompagna una **crescita costante della spesa sanitaria privata a carico diretto dei cittadini (out-of-pocket)**, che non nasce da una libera scelta, ma da una necessità indotta. Sempre più cittadini sono costretti a rivolgersi al settore privato per ottenere prestazioni diagnostiche e terapeutiche in tempi compatibili con le proprie condizioni di salute, determinando un progressivo spostamento del peso finanziario della sanità dalle istituzioni pubbliche alle famiglie.

In tale contesto si inserisce l'**espansione del sistema assicurativo sanitario**, che sta assumendo un ruolo sempre più rilevante non come complemento, ma come alternativa al SSN. Le polizze sanitarie, nate stori-

camente con funzione integrativa, stanno progressivamente trasformandosi in strumenti sostitutivi, con un conseguente aumento dei premi assicurativi e un rischio crescente di esclusione delle fasce di popolazione più fragili, meno tutelate o con maggiori bisogni di cura.

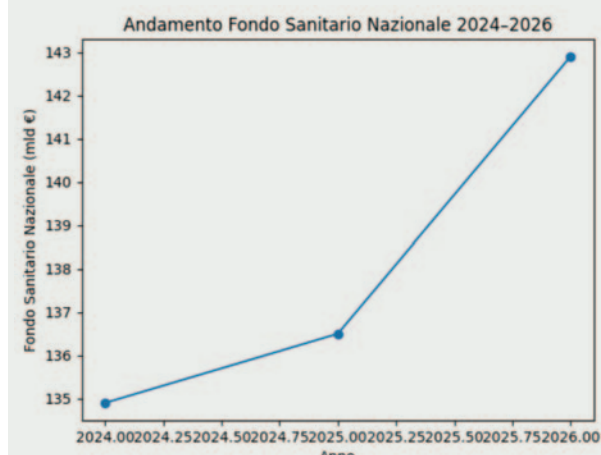
È all'interno di questo quadro complesso che si collocano le **Leggi di Bilancio 2024-2026**. Esse mostrano, sul piano formale, un **riconoscimento politico dell'importanza della sanità pubblica**, testimoniato da incrementi nominali del Fondo Sanitario Nazionale e da interventi settoriali mirati. Tuttavia, tali misure **non determinano una reale inversione di tendenza strutturale**, poiché non incidono in modo significativo sul peso della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL ma anche senza confronto con il PIL, non affrontano in maniera organica il tema del personale e non contrastano efficacemente la crescita della sanità privata e assicurativa.

Il rischio concreto è che, in assenza di scelte politiche coraggiose e di un rifinanziamento stabile e strutturale del SSN, il triennio 2024-2026 venga ricordato non come la fase di rilancio della sanità pubblica, ma come il periodo in cui si è definitivamente avviata la **trasformazione silenziosa del SSN**, con un progressivo arretramento del principio di universalità e di equità nell'accesso alle cure.

2. Andamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN)

Grafico 1
Fondo Sanitario Nazionale 2024-2026

2024: ~134,9 mld €
2025: ~136,5 mld €
2026: ~142,9 mld €



2.1 Il dato nominale: crescita visibile, ma non decisiva

L'aumento del FSN nel triennio è **oggettivo in termini assoluti** e, sul piano politico, segnala che la sanità continua a essere considerata una voce rilevante della spesa pubblica. L'incremento 2026 rispetto al 2025 risulta anche più marcato rispetto alla dinamica 2024-2025.

Tuttavia, in un sistema complesso come quello sanitario, il **dato nominale** (quanti miliardi in più "sulla carta") non è sufficiente per valutare la reale capacità della manovra di:

- migliorare i servizi,
- ridurre le liste d'attesa,
- rafforzare il personale,
- rendere operative le riforme della sanità territoriale.

Per il Sumai, il punto centrale è distinguere tra:

1. **aumento nominale** (contabile)
2. **aumento reale** (capacità aggiuntiva di produrre prestazioni, assumere, rinnovare contratti e rafforzare la rete territoriale).

2.2 La composizione dell'aumento: "nuovo" vs "programmato"

Una parte **significativa** della crescita del FSN deriva da **stanziamenti già previsti** in quadri di finanza pubblica, clausole di incremento pluriennali o rifinanziamenti progressivi già impostati in esercizi precedenti.

Questo significa che l'aumento complessivo:

- **non coincide** automaticamente con nuove politiche
- spesso **copre** solo costi già maturati o inevitabili
- lascia una quota più contenuta di risorse realmente "libere" per cambiare l'offerta sanitaria.

Messaggio chiave: non basta "aumentare il FSN" se l'incremento è in larga parte assorbito da dinamiche inerziali già note.

Il settore salute subisce una pressione inflattiva spesso **superiore** a quella media, perché incorpora:

- energia e costi di gestione strutture
- contratti di fornitura e manutenzione
- tecnologie e apparecchiature
- farmaci innovativi e nuovi standard terapeutici
- dispositivi medici e materiali di consumo.

Quindi, anche con un FSN più alto, il **potere d'acquisto** reale può ridursi:

- se aumentano i costi unitari, con lo stesso budget si producono **meno prestazioni**;
- senza una quota aggiuntiva "netta", l'aumento diventa **difensivo**, non trasformativo.

In pratica: parte dell'aumento serve a "restare fermi", non ad avanzare.

2.3. Rinnovi contrattuali e dinamiche retributive: risorsa che si auto-assorbe

Una delle principali ragioni per cui l'aumento del FSN non produce automaticamente più servizi è l'assorbimento da:

- **rinnovi contrattuali** (dirigenza medica, comparto, convenzionati)
- indennità e specificità

- progressioni e adeguamenti misure tampone per tenuta del sistema (straordinari, *gettonismo*, prestazioni aggiuntive).

Il tema non è "se" rinnovare o adeguare (lo sappiamo è necessario), ma che **senza un rifinanziamento strutturale superiore**, gli aumenti salariali e gli adeguamenti diventano indispensabili per evitare la fuga ma, allo stesso tempo, insufficienti per ricostruire organici e produttività pubblica.

Risultato tipico: si evita il collasso immediato ma non si crea nuova capacità stabile

2.4. Fabbisogni di personale: il punto che trasforma il finanziamento in prestazioni

Il nodo centrale è che il SSN oggi ha un vincolo primario: **la disponibilità di personale.**

Se il FSN aumenta ma:

- non si finanziano assunzioni stabili
- non si rendono attrattive le condizioni di lavoro
- non si aumenta la capacità produttiva pubblica in modo ordinato

la domanda inevasa (liste d'attesa) si sposta:

- sul privato puro
- sul privato accreditato
- sull'out-of-pocket
- oppure su canali emergenziali e costosi (prestazioni aggiuntive, esternalizzazioni, gettoni).

Qui si genera l'effetto paradosso: più risorse senza strategia possono aumentare la spesa, ma non ridurre l'attesa.

2.5 Sanità territoriale e DM 77/2022: la riforma "senza gambe"

Il finanziamento dovrebbe rendere operativo il passaggio strategico verso:

- Case della Comunità
- Ospedali di Comunità
- Centrali Operative Territoriali
- integrazione multiprofessionale e presa in carico.

Ma la sanità territoriale non funziona

per "edifici" o "contenitori": funziona con:

- specialisti ambulatoriali
- MMG e continuità assistenziale
- infermieri di famiglia e comunità
- diagnostica di prossimità
- reti integrate e governance clinica.

Se l'aumento del FSN non porta un investimento strutturale sul personale territoriale (anche specialistico), la riforma rischia di rimanere:

- una rete formalmente prevista
- ma operativamente sotto-dotata
- con servizi disomogenei tra Regioni.

Per il Sumai senza specialistica ambulatoriale e dotazioni professionali adeguate, la sanità territoriale resta incompiuta.

2.6 L'effetto "assorbimento": dove finiscono davvero gli incrementi

Nel concreto, gli incrementi del FSN vengono spesso assorbiti da voci "inelastiche" rappresentate da:

- rinnovi
- inflazione
- farmaci e dispositivi
- urgenze gestionali
- equilibrio dei bilanci regionali
- coperture di disavanzi e costi pregressi.

Questo produce un impatto limitato su ciò che il cittadino percepisce come miglioramento. ovvero:

- tempi di attesa
- disponibilità di visite specialistiche
- diagnostica
- continuità assistenziale
- prossimità delle cure.

Indicatore politico: se le liste d'attesa non scendono, l'aumento "non ha fatto sistema".

2.7 Il rischio di una traiettoria "non strutturale"

Quando l'aumento del FSN non è accompagnato da un piano pluriennale coerente (personale + organizzazione + produzione pubblica + territorio), si consolida una traiettoria fatta di:

- rincorsa alle emergenze,
- misure a breve respiro,

- frammentazione regionale,
 - maggiore dipendenza da privato e spesa diretta delle famiglie.
- In sintesi, la crescita del FSN diventa **necessaria ma non sufficiente**.

2.8 Valutazione Sumai: posizione politica sintetica ma robusta

Il segnale politico è positivo perché il finanziamento cresce e la sanità resta una voce prioritaria nel dibattito però, allo stesso tempo, dobbiamo registrare **l'assenza di un piano di rifinanziamento strutturale** in quanto non emerge una strategia capace di:

- stabilizzare e potenziare il personale,
- aumentare la produzione pubblica,
- rendere il territorio operativo (DM 77/2022),
- ridurre l'out-of-pocket e l'assicurativizzazione.

Formula politica: "Il FSN cresce, ma cresce soprattutto per assorbire costi inevitabili. Senza un salto strutturale, l'aumento non si traduce in prestazioni aggiuntive e non riduce l'out-of-pocket."

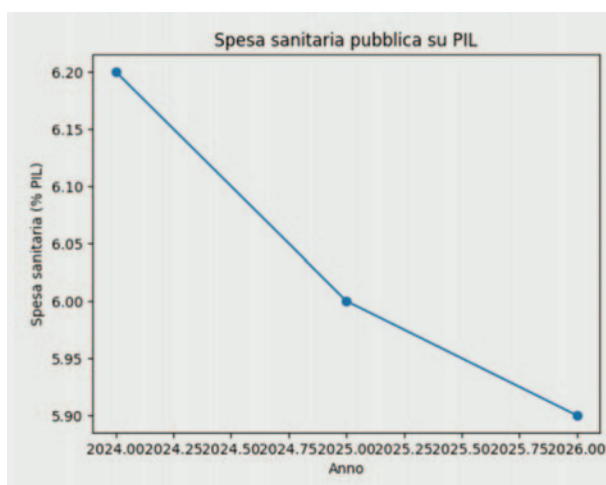
2.9 In sostanza

Secondo il Sumai Assoprof nel triennio 2024-2026, l'incremento del FSN rappresenta un impegno che va riconosciuto. Tuttavia, la dimensione e la struttura di tale incremento non appaiono adeguate a invertire le tendenze in atto. In assenza di un piano pluriennale di rifinanziamento e di un investimento stabile sul personale, la sanità pubblica rischia di non riuscire a recuperare capacità di risposta, alimentando ulteriormente la migrazione verso il privato, l'aumento della spesa delle famiglie e la trasformazione del sistema assicurativo da integrativo a sostitutivo del SSN.

3. Spesa sanitaria pubblica e PIL: il vero indicatore di priorità

Grafico 2
Spesa sanitaria pubblica (% PIL)

2024: ~6,2%
2025: ~6,0%
2026: ~5,9%



3.1 Perché il rapporto spesa sanitaria/PIL è l'indicatore decisivo

Il rapporto tra **spesa sanitaria pubblica e PIL** rappresenta **l'indicatore più affidabile per valutare il grado di priorità che un Paese assegna alla tutela della salute**.

A differenza del valore nominale del Fondo Sanitario Nazionale, questo indicatore:

- misura la **quota di ricchezza nazionale** destinata alla sanità pubblica
- consente confronti internazionali omogenei
- evidenzia le **scelte politiche strutturali**, al netto di inflazione e dinamiche contabili.

Dal punto di vista del Sumai, questo indicatore è centrale perché chiarisce se l'aumento delle risorse sanitarie rappresenti una **scelta strategica** oppure un semplice **adeguamento difensivo** per assorbire costi crescenti.



3.2 Un paradosso evidente: più FSN, meno peso sul PIL

Il triennio 2024-2026 evidenzia un paradosso significativo:

- il FSN aumenta in termini assoluti;
- ma la **spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL diminuisce**.

Questo significa che:

- la sanità cresce **meno dell'economia complessiva**;
- altri capitoli di spesa o priorità economiche avanzano più rapidamente;
- la salute perde progressivamente **centralità nella politica economica nazionale**.

In termini sostanziali, il sistema sanitario non partecipa pienamente alla crescita del Paese, ma viene **mantenuto sotto una soglia di contenimento**.

3.3 La collocazione italiana nel contesto europeo

Il dato italiano, già storicamente inferiore alla media europea, si colloca nel triennio:

- **al di sotto dei principali Paesi UE** (Germania, Francia, Spagna, Paesi nordici)
- lontano dai sistemi che investono stabilmente tra il **7% e il 9% del PIL** in sanità pubblica.

Questa distanza non è solo quantitativa, ma qualitativa:

- meno risorse pubbliche significa minore capacità di assorbire in-



novazione

- maggiore dipendenza dal privato
- maggiore esposizione dei cittadini al pagamento diretto delle cure.

Il gap europeo non si riduce: tende a stabilizzarsi o ad ampliarsi.

3.4 Effetti macroeconomici della riduzione del peso della sanità

La riduzione della spesa sanitaria sul PIL non è neutra dal punto di vista macroeconomico.

Essa comporta:

- minori investimenti in capitale umano sanitario
- perdita di attrattività del SSN come datore di lavoro
- riduzione dell'indotto economico e tecnologico
- rallentamento dell'innovazione organizzativa e clinica.

La sanità, anziché essere considerata **investimento produttivo**, continua a essere trattata prevalentemente come **costo da contenere**, con effetti negativi anche sulla crescita di medio-lungo periodo.

3.5 Conseguenze dirette sul funzionamento del SSN

Dal punto di vista operativo, la progressiva riduzione del peso della sanità sul PIL determina:

- minore capacità di programmare investimenti pluriennali
- difficoltà a sostenere riforme strutturali (DM 77/2022)

- tensioni continue tra fabbisogni reali e risorse disponibili
- crescente dipendenza da strumenti straordinari e temporanei.

Il SSN entra così in una **logica di gestione emergenziale permanente**, incompatibile con un sistema universalistico stabile.

3.6 L'effetto distributivo: aumento delle disuguaglianze

Quando la spesa pubblica non cresce in linea con i bisogni di salute:

- le Regioni con maggiore capacità fiscale riescono a compensare parzialmente
- le Regioni più fragili accumulano ritardi e disavanzi
- le disuguaglianze territoriali si ampliano.

In questo contesto, la riduzione della spesa sanitaria sul PIL:

- rafforza la sanità privata dove c'è domanda solvibile;
- indebolisce il SSN nelle aree a maggiore fragilità sociale;
- compromette l'equità di accesso alle cure.

3.7 Il legame diretto con l'out-of-pocket e l'assicurativizzazione

La diminuzione del peso della sanità pubblica sul PIL è **direttamente correlata** all'aumento della spesa sanitaria a carico dei cittadini e alla crescita delle polizze sanitarie. Quando



Il rischio è la progressiva perdita di centralità del SSN e il consolidamento di un modello nel quale l'accesso alle cure dipende sempre più dalla capacità di spesa individuale

la sanità pubblica arretra in termini relativi il vuoto viene colmato dal mercato quindi i cittadini anticipano o sostituiscono la spesa pubblica e le assicurazioni aumentano i premi per sostenere costi sempre meno coperti dal SSN. Questo meccanismo produce una **trasformazione strutturale del sistema**, non dichiarata ma concreta.

3.8. Il messaggio politico

Il messaggio che emerge dal dato spesa sanitaria rapporto al PIL è chiaro: la sanità è considerata una voce da gestire entro vincoli stringenti non è considerata come un'infrastruttura sociale strategica e non beneficia di una protezione politica strutturale. In altri termini, **l'aumento del FSN non equivale a una priorità di sistema** se non considerato nel rapporto con la ricchezza prodotta dal Paese.

3.9 Valutazione Sumai: lettura politica del trend

Per il Sumai Assoprof, la riduzione progressiva della spesa sanitaria pubblica sul PIL:

- certifica l'assenza di una scelta strutturale di rilancio del SSN
- espone il sistema a una privatizzazione strisciante
- trasferisce oneri crescenti sui cittadini
- mette a rischio l'universalità del diritto alla salute.

In sintesi "se la sanità cresce meno del PIL, non è una priorità. E quando la sanità pubblica arretra il mercato avanza."

3.10 In sostanza

Nel triennio 2024-2026 il progressivo calo della spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL rappresenta il segnale più evidente dei limiti delle politiche di finanziamento adottate. Al di là degli incrementi nominali del Fondo Sanitario Nazionale, il dato certifica che la sanità non viene assunta come priorità strutturale della politica economica. In assenza di un'inversione di tendenza, il rischio è la progressiva perdita di centralità del SSN e il consolidamento di un modello nel quale l'accesso alle cure dipende sempre più dalla capacità di spesa individuale o dalla copertura assicurativa.

4. L'effetto collaterale: crescita dell'out-of-pocket

Grafico 3
Spesa sanitaria a carico dei cittadini (out-of-pocket)

2024: ~23%

2025: ~24%

2026: ~25-26%



4.1 L'out-of-pocket come indicatore di fallimento sistemico

La crescita della spesa sanitaria direttamente sostenuta dai cittadini rappresenta uno degli **indicatori più sensibili e preoccupanti** dello stato di salute di un sistema sanitario pubblico. In un sistema universalistico, l'out-of-pocket dovrebbe avere un ruolo **residuale**, limitato a prestazioni marginali o a scelte volontarie. Nel triennio 2024-2026, invece, la sua crescita assume un significato strutturale: essa segnala che il SSN **non riesce più a intercettare una quota crescente di bisogni di salute**, trasferendo di fatto l'onere economico dalle istituzioni pubbliche alle famiglie.

4.2 Una spesa "obbligata", non una libera scelta

È fondamentale chiarire un punto politico e culturale centrale: l'**aumento**

dell'out-of-pocket non è frutto di una preferenza dei cittadini per il privato, ma una scelta obbligata imposta dalle condizioni di accesso al sistema pubblico.

I motivi per cui cittadini ricorrono alla spesa privata possono essere svariati:

- i tempi di attesa nel SSN non sono compatibili con il bisogno di cura
- l'offerta pubblica è insufficiente o disomogenea sul territorio
- la prossimità delle cure, soprattutto specialistiche, non è garantita
- la presa in carico è frammentata e spesso rinviata.

In questo senso, l'out-of-pocket rappresenta una **tassa sanitaria implicita**, non dichiarata ma concreta.

4.3 Liste d'attesa: il principale motore della spesa privata

Cone sappiamo le **liste d'attesa non governate** costituiscono il principale fattore di spinta verso la sanità privata. Infatti, quando una prestazione è disponibile entro pochi giorni nel privato ma dopo mesi nel pubblico, il cittadino si trova di fronte a una falsa alternativa: attendere con rischio clinico o **pagare di tasca propria**.

Le liste d'attesa diventano così non solo un elemento di forte criticità del Ssn ma anche un meccanismo di selezione economica, un fattore di disuguaglianza sociale e uno strumento indiretto di privatizzazione del bisogno di salute.

4.4 Carenza di specialisti e personale: il collo di bottiglia strutturale

Alla base dell'aumento dell'out-of-pocket vi è la **carenza strutturale di personale sanitario**, in particolare di medici specialisti ambulatoriali, di professionisti della diagnostica e di personale sanitario territoriale. Quando il personale manca, lo sappiamo bene, l'offerta pubblica si riduce, le agende si svuotano e la capacità produttiva del SSN si contrae. Il bisogno di salute, tuttavia, **non diminuisce** viene semplicemente soddisfatto altrove, a carico del cittadino.

4.5 Ridotta capacità di garantire tempestività e prossimità delle cure

Il SSN fatica sempre più a garantire la **tempestività** delle prestazioni e la **prossimità** dell'assistenza, soprattutto sul territorio. Questo è particolarmente evidente nelle aree periferiche e interne e nelle fasce orarie non coperte, ma anche per le prestazioni specialistiche di primo livello e nella gestione dei pazienti cronici. La non piena attuazione della sanità territoriale (DM 77/2022) trasforma la distanza temporale e geografica in **costo economico diretto per il cittadino**.

4.6 Out-of-pocket e disuguaglianze sociali

L'aumento della spesa privata produce un effetto regressivo che pesa proporzionalmente di più sui redditi medio-bassi i quali rinunciano alle cure e questo si traduce in un incremento del divario tra chi può pagare e chi no. Numerosi cittadini dunque sono costretti a rinviare, o peggio, ad evitare prestazioni diagnostiche a interrompere percorsi di cura o semplicemente ad accedere in ritardo ai servizi, con peggioramento degli esiti clinici. Dunque l'out-of-pocket è un **fattore di disuguaglianza sanitaria e sociale**.

4.7 Il circolo vizioso pubblico-privato

Possiamo quindi dire che la crescita dell'out-of-pocket alimenta un **circolo vizioso** fatto di un Ssn che non riesce a rispondere alla domanda e di un privato che si espande perché i cittadini sono costretti ad accedervi. Ma attenzione perché anche il personale si sposta verso il privato perché lì trova le migliori condizioni sia economiche che lavorative. Questo meccanismo non è neutro: **indebolisce progressivamente il SSN**, rendendo sempre più difficile recuperare capacità pubblica.

4.8 Il legame con la sanità assicurativa

La riduzione dell'offerta pubblica aumenta l'out-of-pocket spingendo una

parte crescente di cittadini verso polizze sanitarie individuali o, in alternativa, verso fondi sanitari integrativi. Tuttavia, in un contesto di arretramento del pubblico le assicurazioni non integrano più il SSN ma, al contrario, coprono solo prestazioni essenziali e aumentano i premi per sostenere costi crescenti consolidando così una **sanità assicurativa sostitutiva**, con ulteriori effetti selettivi ed esclusivi.

4.9 Il dato politico: trasferimento occulto di spesa

Dal punto di vista politico, la crescita dell'out-of-pocket rappresenta:

- un trasferimento occulto di spesa sanitaria dallo Stato ai cittadini;
- una riduzione indiretta della copertura pubblica;
- una forma di compartecipazione non esplicitata né regolata.

È una scelta di fatto, non dichiarata, che modifica la natura del SSN senza un confronto parlamentare e sociale trasparente.

4.10 Valutazione Sumai: posizione chiara e non ambigua

Per il Sumai Assoprof la crescita dell'out-of-pocket non è fisiologica né inevitabile poiché è il risultato diretto di politiche di sottofinanziamento e rappresenta un campanello d'allarme sulla tenuta del SSN. Possiamo quindi affermare che "Quando il pubblico non riesce a rispondere, il cittadino paga. E quando il cittadino paga sempre di più, il SSN perde la sua funzione universalistica."

4.11 Dunque

Nel triennio 2024-2026, la crescita della spesa sanitaria a carico dei cittadini assume un valore strutturale e non più contingente. Essa riflette l'incapacità del sistema pubblico di governare la domanda di salute attraverso un'offerta adeguata, tempestiva e prossima. Senza un intervento deciso sul finanziamento, sul personale e sull'organizzazione della sanità territoriale, l'out-of-pocket è destinato ad aumentare ulteriormente, accelerando la trasformazione del sistema sanitario italiano da universalistico a selettivo.



5. Sanità assicurativa: da integrativa a sostitutiva

5.1 Il cambiamento di paradigma del sistema assicurativo sanitario

Il sistema assicurativo sanitario italiano sta attraversando una **trasformazione profonda e silenziosa**, strettamente connessa al sottofinanziamento progressivo del Servizio Sanitario Nazionale.

In origine, le polizze sanitarie e i fondi integrativi erano concepiti per svolgere una funzione **complementare** al SSN: coprire prestazioni aggiuntive, comfort alberghieri, tempi più rapidi su base volontaria, senza intaccare il perimetro dei livelli essenziali di assistenza garantiti dal sistema pubblico.

Nel triennio 2024-2026, questa impostazione risulta sempre meno aderente alla realtà.

Le assicurazioni sanitarie stanno progressivamente assumendo un ruolo **sostitutivo**, coprendo prestazioni che dovrebbero essere erogate ordinariamente dal SSN ma che il sistema pubblico non riesce più a garantire in tempi adeguati o in modo uniforme sul territorio.

5.2 Dal complemento alla sostituzione: un processo non dichiarato

La mutazione in atto non è il risultato di una riforma esplicita o di una scelta politica formalizzata, ma di

un **processo indotto**:

- il SSN riduce la propria capacità di risposta;
- le liste d'attesa si allungano;
- i cittadini cercano soluzioni alternative;
- il mercato assicurativo intercetta questa domanda insoddisfatta.

In assenza di un rafforzamento strutturale del finanziamento pubblico, le assicurazioni colmano spazi sempre più ampi, trasformandosi da strumenti integrativi a **canali sostitutivi di accesso alle cure**.

Questo avviene senza un disegno regolatorio complessivo e senza una valutazione di impatto sull'equità del sistema.

5.3. L'aumento dei premi assicurativi: un effetto inevitabile

Quando le assicurazioni passano da una funzione integrativa a una sostitutiva, il loro modello economico cambia radicalmente. Il risultato è l'**aumento dei premi assicurativi**, che non rappresenta una distorsione del mercato, ma una conseguenza diretta del nuovo ruolo assunto dalle polizze. Premi più elevati rendono l'accesso alle coperture sanitarie sempre più selettivo, limitandolo alle fasce di popolazione con maggiore capacità di spesa.

5.4 Esclusione dei cittadini più fragili

Il rafforzamento del ruolo sostitutivo delle assicurazioni produce un effetto di **esclusione sociale** e sono i più fra-



gili ovvero: anziani, cronici, cittadini con redditi medio-bassi e lavoratori precari e discontinui a pagare il prezzo più alto in termini di mancata assistenza. Il sistema assicurativo, infatti, per sua natura, non può garantire universalità, e tende a **escludere proprio chi ha più bisogno di cure**, amplificando le disuguaglianze già presenti.

5.5 Selezione del rischio: incompatibilità strutturale con l'universalismo

Un elemento centrale del modello assicurativo è la **selezione del rischio**. In un contesto di crescente domanda sanitaria è evidente come i profili a basso rischio vengano privilegiati mentre i soggetti ad alto rischio diventano economicamente svantaggiati. Questo meccanismo è strutturalmente incompatibile con i principi fondanti del SSN, che si basa sulla solidarietà, sulla mutualità generale e sull'accesso universale indipendentemente da età, reddito o stato di salute.

L'espansione della sanità assicurativa sostitutiva introduce nel sistema sanitario italiano **logiche di mercato** che confliggono con la tutela del diritto alla salute come diritto costituzionalmente garantito.

5.6 Erosione progressiva del principio di universalità

La conseguenza più rilevante della trasformazione in atto è l'**erosione del principio di universalità**. Il diritto alla salute perde la sua natura di diritto universale e si avvicina a una **prestazione condizionata dal reddito**. Questo processo non è improvviso, ma graduale e cumulativo, e rischia di diventare irreversibile se non viene contrastato con politiche pubbliche strutturali.

5.7 L'effetto di trascinamento sul SSN

L'espansione della sanità assicurativa produce anche un **effetto di trascinamento negativo** sul SSN per cui come abbiamo visto si spostano risorse umane verso il privato, si legit-



Senza un rifinanziamento strutturale del SSN e senza un investimento deciso sul personale e sulla sanità territoriale, il rischio è la progressiva perdita dell'universalità del sistema sanitario italiano

tima l'idea che il mercato possa sostituire lo Stato e al contempo si riduce la pressione politica per rifinanziare il pubblico. Nel medio-lungo periodo, questo porta a un **indebolimento sistemico del SSN**, che perde centralità, capacità attrattiva e consenso sociale.

5.8 Un modello duale: il rischio di una sanità a due velocità

Il risultato finale della deriva sostitutiva è la costruzione di un modello sanitario duale con un SSN residuale, sottofinanziato, per chi non può pagare e di contro un sistema assicurativo-privato per chi può permetterselo. Questo modello mina alla base i principi costituzionali e introduce una **sanità a due velocità**, con conseguenze sanitarie, sociali ed economiche di lungo periodo.

5.9 Il mercato cresce perché il pubblico arretra

A questo punto possiamo affermare che il messaggio politico è chiaro: **il mercato assicurativo non cresce per scelta ideologica dei cittadini, ma perché il SSN arretra**. La crescita delle assicurazioni è quindi un indicatore indiretto della debolezza del sistema pubblico, non una sua alternativa virtuosa.

5.10 Valutazione Sumai: posizione netta

Per noi del Sumai Assoprof la sanità assicurativa può avere un ruolo

solo **integrativo e regolato**, non può e non deve diventare sostitutiva del SSN e diciamo forte e chiaro che il sottofinanziamento pubblico è il vero fattore che alimenta la deriva assicurativa. La sintesi è che quando il SSN arretra, il mercato assicurativo avanza. Ma un sistema basato sulle polizze non può sostituire un servizio sanitario universale.

5.11 Triennio 2024-2026

La trasformazione della sanità assicurativa da strumento integrativo a meccanismo sostitutivo rappresenta uno dei segnali più critici della crisi del finanziamento pubblico. Senza un rifinanziamento strutturale del SSN e senza un investimento deciso sul personale e sulla sanità territoriale, il rischio è la progressiva perdita dell'universalità del sistema sanitario italiano, con un aumento delle disuguaglianze e una riduzione della tutela del diritto alla salute.

6 Personale sanitario: il grande assente

6.1 Il personale come fattore produttivo decisivo del SSN

Il personale sanitario rappresenta il **fattore produttivo centrale** del Servizio Sanitario Nazionale. Ospedali, Case della Comunità, strutture territoriali e tecnologie possono esistere solo se supportati da una dotazione adeguata di professionisti.



L'assenza di una strategia nazionale sul personale impedisce la costruzione di équipes multiprofessionali strutturate

Senza personale, le risorse finanziarie restano **contabili**, non si trasformano in **prestazioni**, e le riforme organizzative rimangono sulla carta. Nel triennio 2024-2026, nonostante il riconoscimento formale della centralità del capitale umano, il personale sanitario continua a essere il **grande assente delle politiche strutturali**.

6.2. Assenza di un piano straordinario nazionale

L'elemento più critico è l'**assenza di un piano straordinario nazionale per il personale sanitario**, che definisca:

- fabbisogni reali per disciplina e territorio;
- obiettivi pluriennali di assunzione;
- modalità di reclutamento omogenee;
- risorse dedicate e stabili.

Le scelte adottate nel periodo considerato restano:

- frammentate;
- affidate alle singole Regioni;
- condizionate da vincoli di bilancio locali;
- prive di una regia nazionale.

Questo approccio impedisce di affrontare una crisi che è **sistemica e nazionale**, non territoriale.

6.3 Interventi tampone: indennità e prestazioni aggiuntive

Gli strumenti prevalenti utilizzati nel triennio 2024-2026 sono stati principalmente l'indennità di specificità, le prestazioni aggiuntive, gli straordinari e le forme di incentivazione economica temporanea. Tutti strumenti necessari per evitare il collasso immediato e che hanno consentito di tamponare carenze acute di certo però non creano occupazione stabile né sono in grado di aumentare strutturalmente la capacità produttiva del SSN. Il rischio è quello di una **gestione emergenziale permanente**, costosa e poco efficiente, che consuma risorse senza generare soluzioni durature.

6.4 Specialistica ambulatoriale: un pilastro sottovalutato

Noi del Sumai lo sappiamo, la **specialistica ambulatoriale** rappresenta uno snodo fondamentale per una serie di motivi che vanno dalla riduzione delle liste d'attesa fino alla diagnosi precoce passando per la presa in carico dei pazienti cronici grazie anche all'integrazione ospedale-territorio. Eppure, nel triennio in esame (2024-2026) abbiamo visto che manca una strategia nazionale di potenziamento della nostra categoria, non esiste un piano di incremento strutturale delle ore, non sono previste politiche di valorizzazione professionale coerenti e infine persiste una forte disomogeneità regionale. Il risultato è una **sottoutilizzazione di una risorsa chiave**, la specialistica ambulatoriale, che potrebbe produrre rapidamente prestazioni pubbliche aggiuntive a costi controllati.

6.5 Sanità territoriale: strutture senza professionisti

La riforma della sanità territoriale prevista dal DM 77/2022 ha delineato un nuovo assetto organizzativo fondato su:

- Case della Comunità;
- Ospedali di Comunità;
- Centrali Operative Territoriali.

Tuttavia, nel triennio 2024-2026, emerge una criticità evidente: **le strutture avanzano più velocemente del personale necessario a renderle operative** e così senza gli specialisti ambulatoriali, i MMG integrati, gli infermieri di famiglia e comunità e il personale sanitario dedicato la sanità territoriale rischia di trasformarsi in un sistema di **contenitori vuoti**, incapaci di intercettare la domanda di salute e di ridurre il carico sugli ospedali.

6.6 Integrazione multiprofessionale: un obiettivo non attuato

Uno dei principi cardine delle riforme recenti è l'**integrazione multiprofessionale**. Tuttavia, tale integrazione non può essere affidata alla buona volontà dei singoli, richiede modelli

organizzativi chiari, personale sufficiente e stabile con in più il supporto normativo di contratti e regole coerenti. Al contrario l'assenza di una strategia nazionale sul personale impedisce la costruzione di équipes multiprofessionali strutturate, rendendo l'integrazione episodica, disomogenea e dipendente dalle condizioni locali.

6.7 Effetti sistemici della carenza di personale

La carenza strutturale di personale produce una serie di effetti concatenati:

- riduzione dell'offerta pubblica;
- allungamento delle liste d'attesa;
- aumento dell'out-of-pocket;
- espansione della sanità privata e assicurativa;
- perdita di attrattività del SSN come luogo di lavoro.

Si innesca così un **circolo vizioso** che accelera la perdita di capacità del sistema pubblico.

6.8 La fuga dal SSN e il problema dell'attrattività

Senza un piano strutturale:

- i giovani professionisti guardano altrove;
- aumenta l'esodo verso il privato e l'estero;
- cresce il turn over non sostituito;
- si riduce il capitale di competenze nel SSN.

Le politiche basate solo su incentivi economici parziali non sono sufficienti a rendere il SSN competitivo rispetto ad altri modelli lavorativi più attrattivi.

6.9 Il nodo della programmazione dei fabbisogni

La mancanza di una visione strutturale si riflette anche nella programmazione inadeguata dei fabbisogni formativi, nello scollamento tra università, specializzazioni e bisogni reali e nei ritardi nella sostituzione del personale in uscita. Senza una programmazione coerente, ogni aumento di risorse rischia di essere inefficace.

6.10 Una criticità strategica

L'assenza di una politica strutturale sul personale rappresenta il **principale limite delle Leggi di Bilancio 2024-2026. Le risorse stanziare non sono irrilevanti. Ma senza personale non producono servizi, riduzione delle attese o rafforzamento del territorio.** Dunque “Senza un investimento strutturale sul personale, ogni euro speso rischia di restare contabile e non clinico.”

6.11 Anello debole

Nel triennio 2024-2026, il personale sanitario continua a rappresentare il principale anello debole del Servizio Sanitario Nazionale. L'assenza di un piano straordinario nazionale, la frammentazione degli interventi e la mancata valorizzazione della specialistica ambulatoriale e della sanità territoriale impediscono di trasformare le risorse disponibili in servizi effettivamente erogati. Senza una strategia strutturale sul personale, il SSN non potrà arrestare la crescita dell'out-of-pocket né contrastare la deriva verso una sanità sempre più privata e assicurativa.

7. Valutazione politica complessiva

7.1 Una valutazione che distingue tra segnali e risultati

La valutazione complessiva sulla Legge di Bilancio 2026 si fonda su una distinzione netta tra **segnali politici** e **risultati strutturali**. La manovra contiene elementi che attestano una rinnovata attenzione formale verso la sanità pubblica, ma tali elementi non si traducono in un cambiamento sostanziale delle traiettorie che negli ultimi anni hanno progressivamente indebolito il Servizio Sanitario Nazionale.

È quindi necessario riconoscere ciò che la manovra fa, ma soprattutto evidenziare ciò che **non riesce a fare**.

7.2 Il riconoscimento formale del valore del SSN

Riconoscimento politico del SSN

La Legge di Bilancio 2026 conferma il SSN come pilastro del welfare nazionale, mantenendo un impianto universalistico sul piano dichiarativo e assicurando un incremento del Fondo Sanitario Nazionale. Questo riconoscimento evita una riduzione esplicita delle risorse, preserva il perimetro dei Livelli Essenziali di Assistenza e segnala una consapevolezza politica delle criticità del sistema. Tuttavia, sul piano politico, il riconoscimento **non è accompagnato da una scelta di priorità strutturale**, ma resta ancorato a un approccio prudente e difensivo.

7.3 L'aumento delle risorse nominali: necessario ma non trasformativo

Aumento nominale delle risorse

L'incremento del FSN nel 2026 è un dato positivo e non può essere ignorato. Esso consente di:

- assorbire parte dell'inflazione sanitaria;
- sostenere rinnovi contrattuali indispensabili;
- evitare tensioni immediate nei bilanci regionali.

Tuttavia, l'aumento nominale:

- non produce un ampliamento significativo della capacità produttiva pubblica;
- non si traduce in una riduzione sistematica delle liste d'attesa;
- non consente un pieno sviluppo della sanità territoriale.

In assenza di un piano pluriennale coerente, l'incremento rimane **necessario ma non sufficiente**.

7.4 Il nodo irrisolto: la riduzione del peso della sanità sul PIL

Mancato arresto della riduzione del peso sul PIL

Il dato più critico, dal punto di vista politico ed economico, è il progressivo calo della spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL. Questo indicatore segnala una perdita di centralità della sanità nelle politiche pub-

bliche e colloca l'Italia stabilmente sotto la media europea, riducendo la capacità del SSN di sostenere innovazione e riforme. Nessuna manovra può essere considerata realmente espansiva se non **protegge e rafforza la quota di PIL destinata alla sanità**.

7.5 Privatizzazione strisciante: una dinamica non contrastata

Assenza di contrasto alla privatizzazione strisciante

La Legge di Bilancio 2026 non affronta in modo strutturale la crescita dell'out-of-pocket capace di generare l'espansione del privato accreditato come sostituto e allo stesso tempo la deriva della sanità assicurativa.

La privatizzazione non avanza per scelta ideologica esplicita, ma a causa dell'insufficienza dell'offerta pubblica, della carenza di personale e dell'incapacità di governare la domanda. L'assenza di misure strutturali equivale, di fatto, a una **accettazione passiva del processo**.

7.6 Universalismo sotto pressione

Tutela insufficiente del carattere universalistico

Il combinato disposto di una serie di fattori tra i quali la crescita della spesa privata e l'aumento del ruolo assicurativo, in grado di generare disuguaglianze territoriali, mette sotto pressione il principio di universalità, che rischia di trasformarsi in un principio **formale ma non sostanziale**. Quando l'accesso alle cure dipende sempre più dal reddito il SSN perde progressivamente la sua funzione di strumento di coesione sociale.

7.7 Il limite politico della manovra: gestione dell'esistente

Nel suo complesso, la Legge di Bilancio 2026 appare principalmente orientata a **gestire l'esistente** evitando crisi immediate così da rinviare le scelte strutturali. In sostanza si tratta di una manovra che:

- non affronta il nodo del personale;



È necessario un cambio di passo che assuma la sanità pubblica come priorità strutturale e investimento strategico per il Paese

- non investe in modo decisivo sulla sanità territoriale;
- non arresta la deriva verso un modello misto sbilanciato sul privato.

7.8 Il rischio di una normalizzazione del declino

Il rischio più rilevante, dal punto di vista politico, è la **normalizzazione del declino** del SSN.

Incrementi nominali contenuti, interventi settoriali e misure tampone rischiano di rendere accettabile un livello di servizi inferiore riducendo la pressione per un rilancio strutturale. Questo scenario non è inevitabile, ma diventa probabile in assenza di un cambio di paradigma.

7.9 Una valutazione netta ma costruttiva

Da qui la **critica ferma ma responsabile** all'Esecutivo e a questa legge di bilancio perché pur riconoscendone l'impegno richiama la necessità di scelte più coraggiose in quanto riconosce il valore del SSN, ma non lo mette al centro delle politiche economiche rischiando la perdita progressiva dell'universalità.

7.10 Invertire le tendenze

Alla luce dell'analisi comparativa 2024-2026, la Legge di Bilancio 2026 appare insufficiente a invertire le tendenze che stanno progressivamente indebolendo il Servizio Sanitario Nazionale. Pur riconoscendo formalmente il valore del SSN e incrementando le risorse nominali, la manovra non arresta la riduzione del peso della sanità sul PIL, non contrasta la privatizzazione strisciante e non tutela in modo adeguato il carattere universalistico del sistema. È necessario un cambio di passo che assuma la sanità pubblica come priorità strutturale e investimento strategico per il Paese.



8. Il bivio del SSN

8.1 Un momento di scelta storica

Il triennio 2024-2026 colloca il Servizio Sanitario Nazionale di fronte a un **bivio storico**. Le dinamiche analizzate nei capitoli precedenti non rappresentano fenomeni contingenti o ciclici, ma segnali convergenti di una trasformazione strutturale in atto. In assenza di un cambio di rotta deciso, il rischio non è soltanto l'indebolimento del SSN, ma la **ridefinizione silenziosa del suo ruolo** all'interno del sistema di welfare italiano.

Il SSN non è oggi in crisi per inefficienza intrinseca, ma per una **scelta politica di sottofinanziamento progressivo**, che ne ha ridotto la capacità di rispondere a bisogni di salute sempre più complessi e crescenti.

8.2. Il rischio di un SSN residuale

Senza un intervento strutturale, il SSN rischia di scivolare verso una funzione **residuale**, limitata a garantire livelli minimi di assistenza, farsi carico delle fasce più fragili, gestire l'emergenza e l'urgenza.

Un SSN residuale non è più un sistema universalistico, ma un **sistema di ultima istanza**, che interviene dove il mercato non trova convenienza economica. Questo scenario rappresenta una rottura profonda con l'impianto costituzionale e con la tradizione di equità e solidarietà su cui il SSN è stato costruito.

8.3 Sanità privata e assicurativa come sistema sostitutivo

L'arretramento del SSN apre inevitabilmente spazio a:

- sanità privata pura;
- privato accreditato con funzione sostitutiva;
- sanità assicurativa sempre più pervasiva.

In questo scenario, il sistema privato e assicurativo non integra il pubblico, ma lo **sostituisce** progressivamente,



Il SSN non è oggi in crisi per inefficienza intrinseca, ma per una scelta politica di sottofinanziamento progressivo

assumendo un ruolo centrale nell'erogazione delle prestazioni essenziali. La sanità diventa così un bene acquistabile, regolato dalle logiche di mercato, piuttosto che un diritto garantito.

8.4 Il legame tra diritto alla salute e reddito

La conseguenza più grave di questo processo è la **rottura del principio di uguaglianza nell'accesso alle cure**. Quando i tempi del pubblico diventano incompatibili con i bisogni di salute e l'accesso tempestivo dipende dal pagamento diretto la copertura assicurativa diventa necessaria, il diritto alla salute si trasforma così in una **funzione del reddito** producendo frattura del patto sociale.

8.5 Il SSN come infrastruttura sociale strategica

Lo diciamo da anni che il SSN non è una voce di spesa da comprimere, ma una **infrastruttura sociale strategica**, al pari dell'istruzione, della sicurezza e della giustizia. Investire nella sanità pubblica significa varie cose tra cui tutelare la coesione sociale, sostenere la produttività del Paese, ridurre costi indiretti e futuri, garantire stabilità al sistema di welfare. Un SSN forte non è un costo, ma un **fattore di sviluppo e resilienza nazionale**.

8.6 Rifinanziare stabilmente il SSN: condizione necessaria

Salvare il SSN richiede innanzitutto un **rifinanziamento stabile e strutturale** in grado riportare la spesa sanitaria pubblica su valori coerenti con i principali Paesi europei così da proteggere la sanità dalle oscillazioni congiunturali consentendo una programmazione pluriennale certa. Senza una base finanziaria adeguata, ogni riforma organizzativa è destinata a rimanere incompiuta.

8.7 Investire sul personale: la leva decisiva

Il cuore del rilancio del SSN è l'investimento sul **personale sanitario**.



Questo significa un piano straordinario nazionale di assunzioni, valorizzazione professionale ed economica, condizioni di lavoro sostenibili e riconoscimento del ruolo della specialistica ambulatoriale. Senza professionisti motivati e numericamente adeguati, il SSN non può recuperare capacità produttiva né ridurre l'out-of-pocket.

8.8 Rafforzare la sanità territoriale e la specialistica pubblica

La sanità territoriale rappresenta il luogo in cui si gioca la partita dell'accessibilità, della prossimità e della continuità delle cure. Rafforzarla significa:

- rendere operative le Case della Comunità;
- integrare MMG, specialisti ambulatoriali e infermieri di famiglia;
- portare la diagnostica e la presa in carico vicino ai cittadini.

La specialistica ambulatoriale pubblica se messa in condizione di lavorare bene è uno strumento in grado di aumentare l'offerta pubblica, ridurre le liste d'attesa e anche contenere la spesa privata.

8.9 Fermare l'espansione incontrollata dell'out-of-pocket

Contrastare l'aumento dell'out-of-pocket non significa demonizzare il privato, ma riportare il SSN al suo ruolo di **consequenza diretta** del rafforzamento del pubblico, non una misura isolata.

8.10 Il ruolo politico del Sumai Assoprof

Il Sumai Assoprof rivendica un ruolo attivo e responsabile:

- nel difendere il carattere universalistico del SSN;
- nel proporre soluzioni concrete e sostenibili;
- nel rappresentare la specialistica ambulatoriale come risorsa strategica.

Il contributo del Sumai non è corporativo, ma **sistemico**, orientato alla salvaguardia dell'interesse pubblico.

8.11 Messaggio finale

Il SSN è oggi a un bivio: può essere progressivamente ridotto a rete residuale, lasciando spazio a un sistema sanitario fondato sul reddito e sulle assicurazioni, oppure può essere rilanciato come pilastro universale del welfare.

Per noi la strada è chiara: **rifinanziare stabilmente il SSN, investire sul personale, rafforzare la sanità territoriale e specialistica pubblica, fermare la deriva dell'out-of-pocket**.

Non farlo significherebbe accettare, senza dichiararlo, la fine del Servizio Sanitario Nazionale così come lo abbiamo conosciuto e difeso.

ANTONIO MAGI

Gli specialisti ambulatoriali sono la cura più efficace per questo Ssn malato

“Ma siamo anche la terapia meno costosa e la più efficace di tutte quelle messe in campo negli ultimi anni e di cui il Ssn ha urgente bisogno. Senza di noi le Case di Comunità resteranno delle scatole vuote, cattedrali nel deserto. Chiediamo investimenti, strumenti e risorse”. Così Antonio Magi, aprendo i lavori congressuali

Dal 9 al 13 novembre, a Roma, si è svolto il consueto Congresso nazionale del Sumai Assoprof, giunto quest’anno alla sua 57° edizione caratterizzata dalle elezioni per il rinnovo del direttivo e dalla numerosa presenza di ospiti di varia natura: politici, rappresentanti delle regioni e stakeholder che hanno animato le due tavole rotonde e i lavori congressuali.

“Dove finisce la teoria e inizia la cura” La specialistica ambulatoriale tra aspettative irrealizzate e impegno questo il titolo del congresso che, come ogni anno ha vissuto il momento centrale nella relazione del segretario generale Antonio Magi.

“Con la riforma del 1978, l’Italia decise che la salute non poteva più essere considerata un privilegio, un bene da acquistare sul mercato. La salute divenne un diritto universale, esigibile da tutti, indipendentemente dal reddito, dalla condizione sociale, dal luogo di nascita. Fu una scelta rivoluzionaria, perché restituiva dignità a milioni di cittadini che, fino ad allora, potevano curarsi solo se avevano i mezzi per pagare. Il SSN è stato, ed è ancora, una delle più grandi riforme democratiche della storia italiana. Negli ultimi quindici anni il Ssn è stato messo alla prova come mai prima. Il definanziamento strutturale – oltre 37 miliardi sottratti tra il 2010 e il 2019 – ha inciso non solo sui conti, ma sulla pelle viva del sistema: meno posti letto, meno personale, meno investimenti in tecnologia. In termini medici potremmo dire che il paziente Servizio sanitario nazionale ha subito



ANTONIO MAGI

una dieta forzata e sbagliata, al punto da compromettere la sua capacità di reagire alle infezioni. Il Servizio Sanitario Nazionale non è soltanto una macchina organizzativa, un sistema di leggi, bilanci e strutture. È prima di tutto una conquista di civiltà”.

Difendere il SSN è un atto politico e morale

“Difendere il SSN – ha aggiunto Magi alla presenza del ministro Schillaci, presentando la sua relazione – non è più solo una questione tecnica o sindacale. È essenzialmente un atto politico e morale. **Politico**, perché significa decidere se vogliamo continuare a essere un Paese che crede nell’universalità dei diritti oppure se vogliamo rassegnarci a un modello in cui chi ha soldi si cura e chi non li ha aspetta. **Morale**, perché la salute è la condizione stessa della dignità umana: privarne qualcuno o renderla dipendente dal portafoglio, significa tradire il principio più profondo della nostra Costituzione.

Da qui – ha spiegato il segretario generale – una chiamata all’azione. Noi specialisti ambulatoriali siamo la cura di cui ha bisogno il Ssn, ma siamo anche la terapia meno costosa e la più efficace di tutte quelle messe in campo negli ultimi anni e di cui il Ssn ha urgente bisogno. La specialistica ambulatoriale è il cuore della riforma territoriale. Senza di noi Le Case di Comunità restano scatole vuote, le nuove cattedrali nel deserto”.

“Siamo il cuore pulsante della sanità di prossimità, anche se troppo spesso siamo considerati comprimari, secondari o addirittura, per qualcuno, una cura che sarebbe meglio eliminare. È il momento di dire basta. Senza gli specialisti convenzionati interni nessuna riforma territoriale potrà funzionare con ripercussioni sempre più devastanti anche sugli ospedali e sui Pronto soccorso”.

Il suggerimento di Magi è di “destinare risorse economiche sul personale e soprattutto sulla medicina del territorio. In particolare, sulla spe-

cialistica ambulatoriale convenzionata interna perché in gioco non c’è solo la nostra professione all’interno del servizio pubblico, ma il futuro stesso del Ssn. Nonostante i medici continuino a ripetere che servono proteine, vitamine e terapie adeguate, i governi hanno preferito tagliare le spese, ridurre le terapie, comprimere i servizi. Invece di curare il Ssn irrobustendolo, lo si è messo a dieta. Anziché rafforzarne i muscoli – cioè il personale, la formazione, la medicina territoriale – si è scelto di alleggerirlo nei punti vitali, illudendosi che un sistema più magro fosse anche più efficiente. Il risultato è sotto gli occhi di tutti: un Ssn indebolito, anemico, con organici ridotti, risorse insufficienti e tempi d’attesa infinite”. Le disuguaglianze economiche e territoriali, ha proseguito il segretario Magi “Non sono un destino inevitabile, ma il risultato di scelte politiche e gestionali che negli anni hanno progressivamente indebolito la capacità del sistema di garantire uguali opportunità di cura a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza. È necessario intervenire con politiche di riequilibrio strutturale al fine di rafforzare la medicina di prossimità: la specialistica ambulatoriale convenzionata interna

pubblica, la medicina generale e la pediatria nelle aree carenti e investire nel personale sanitario promuovendo un accesso equo ai servizi digitali. Solo così sarà possibile ridurre le disuguaglianze e riportare la salute al centro delle politiche pubbliche come diritto e non come privilegio”.

La specialistica ambulatoriale è il cuore della riforma territoriale

“La specialistica ambulatoriale non è un dettaglio – ha concluso Magi –, è il cuore della riforma territoriale. Chi è lo specialista che prende in carico il malato cronico, specie se complesso, evitandogli il ricovero, il collega ospedaliero? Lo specialista privato? Ma se mancano anche in ospedale gli specialisti, quando lo farebbero, nei ritagli di tempo? Ma ha tempo? Senza di noi Le liste d’attesa continueranno a crescere sempre di più, come gli accessi al pronto soccorso o negli ospedali. Senza di noi, l’integrazione tra ospedale e territorio rimane solo uno slogan. Chiediamo investimenti, strumenti e risorse ma soprattutto riconoscimento del nostro ruolo professionale. Non vogliamo riconoscimenti di facciata, vogliamo risorse e contratti”.



Gli interventi

Schillaci
Ministro della Salute

Specialisti ambulatoriali congiunzione tra ospedale e territorio

“**Gli specialisti** ambulatoriali non sono un elemento accessorio del Servizio sanitario nazionale. Sono un anello fondamentale di congiunzione tra l’ospedale e il territorio. Sono i garanti della continuità assistenziale e della presa in carico dei pazienti e questo evita anche oneri aggiuntivi al sistema. Con la nuova finanziaria,



Orazio Schillaci
Ministro della Salute

che oggi è all’esame del Parlamento, vogliamo estendere le agevolazioni fiscali per le prestazioni aggiuntive che sono già previste per i dirigenti medici”. Con queste parole il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, ha aperto il suo intervento al 57° Congresso Sumai Assoprof.

Il titolare del dicastero ha illustrato alla platea degli specialisti ambulatoriali convenzionati interni gli obiettivi raggiunti dal Governo, come la legge sulle liste d’attesa – Decreto n. 73 del 7 giugno 2024 – le case di comunità, l’aumento dei fondi del Pnrr per l’assistenza domiciliare integrata di 250 milioni e l’aumentato di 500 milioni di fondi per la telemedicina nell’ottica di aumentare “il numero di persone che possono essere assistite e seguite con questi servizi per una sanità di prossimità che riduce le distanze e le disuguaglianze e migliora la qualità della vita dei pazienti”.

Pur avendo raggiunto importanti risultati, il ministro ha però osservato che “abbiamo davanti tante sfide, ma credo che abbiamo intrapreso la strada giusta. Vogliamo collaborare ancora più con il Sumai Assoprof – ha detto prima di concludere – e sono fiducioso che potremo veramente avere quel cambio di passo per il quale tutti siamo impegnati per conservare forse la struttura più bella che abbiamo, il nostro Servizio sanitario nazionale pubblico, invidiato da tutto il mondo. Un sistema basato sull’uguaglianza, sull’equità e sulla gratuità. Conserviamolo lavorando con due caratteristiche la serietà e la professionalità”.

Mantovano
Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio

Il governo ha posto al centro dell’attenzione il personale sanitario

L’intervento del sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, **Alfredo Mantovano**, in un messaggio inviato al Congresso del Sumai Assoprof.

“Saluto il sindacato Sumai Assoprof, saluto e ringrazio in modo particolare il segretario Antonio Magi. La salute e il benessere della popolazione italiana costituiscono per il Governo italiano una priorità fin dai primi giorni della sua attività. Lo dimostrano le iniziative messe in campo in questi tre anni per dotare le professioni sanitarie di mezzi adeguati. Ricordo, da ultimo, lo stanziamento cospicuo di risorse nella legge di bilancio per



Alfredo Mantovano
Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio

l'assunzione di migliaia di medici e infermieri su tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è offrire servizi sanitari sempre più efficienti certo con la collaborazione di chi poi utilizzerà questi fondi, a cominciare dalle regioni, incoraggiando l'utilizzo delle tecnologie digitali e della telemedicina. Questi strumenti che immagino molti di voi già adopereranno, consentono di raggiungere in modo ancora più capillare la popolazione al proprio domicilio. Ma oltre al piano finanziario, il governo ha posto al centro dell'attenzione il personale sanitario. Va in questa direzione la scelta concordata con i vostri ordini professionali di rendere più appropriate, per selezionare la futura classe medica, l'abolizione del numero chiuso per l'accesso alla facoltà di medicina. Siamo intervenuti poi per introdurre forme di tutela per il personale sia di tipo economico, con la sottoscrizione di nuovi Contratti collettivi nazionali per professioni sanitarie, sia di tipo giuridico, adeguando la legislazione penale alle esigenze del mondo sanitario per evitare che la pur comprensibile frustrazione per la sofferenza o per la morte di un congiunto si trasformi in un ingiustificato rischio penale per chi se n'è preso cura”.



Per quanto riguarda le persone con disabilità grazie alla riforma sulla disabilità e al progetto di vita in particolare, mettiamo al centro la persona del sistema di presa in carico che tiene insieme gli aspetti prettamente sanitari

Locatelli
Ministro per le Disabilità

Serve una svolta nella presa in carico. Al centro la qualità di vita, non solo le terapie

“Il sistema di presa in carico delle persone dal punto di vista sociale, sanitario e sociosanitario deve avere una svolta, deve avere uno sguardo differente per il futuro”. Questo il messaggio di **Alessandra Locatelli**, Ministro per le Disabilità, alla platea di specialisti ambulatoriali convenzionati interni riuniti a congresso. Locatelli si è complimentata con il sindacato “per tutto il lavoro che state portando avanti in un settore molto complesso, molto delicato, ma anche molto sfidante. Devo dire che soprattutto per noi che ci occupiamo anche della dimensione sociale e relazionale della vita delle persone è importante più che mai guardare al futuro in un’ottica di cambiamento. In un’ottica anche un po’ di ripensamento e di ristrutturazione di tutti quelli che sono i sistemi di presa in carico della persona. Nel mio caso intendo della persona con disabilità, con patologie gravi, complesse ma anche degenerative,

oncologiche, rare ma io direi più in generale, questo vale per tutti”. “Ecco – ha quindi sottolineato il ministro -, il sistema di presa in carico delle persone dal punto di vista sociale, sanitario e sociosanitario deve avere una svolta, deve avere uno sguardo differente per il futuro. Per quanto riguarda le persone con disabilità grazie alla riforma sulla disabilità e al progetto di vita in particolare, mettiamo al centro la persona del sistema di presa in carico che tiene insieme gli aspetti prettamente sanitari, con quelli prettamente sociali, per obbligare chi opera nei due settori a dialogare ma non solo, a cooperare per dare delle risposte che tengano conto davvero della vita di ogni persona, dei suo diritto di scegliere, delle preferenze, così come previsto dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità”. “Questa – ha proseguito – è una grande sfida che abbiamo davanti, ma sempre più determinante da qui e per il futuro perché abbiamo capito, ormai da tempo, che gli strumenti di cui ci siamo sempre avvalsi fino ad oggi, ora iniziano a scricchiolare. Forse non funziona più tutto come fun-



Alessandra Locatelli,
Ministro per le Disabilità

zionava quarant'anni fa, 30 anni fa, quando sono iniziati i primi sistemi di welfare. Anche un po' prima. Ma abbiamo bisogno di dare risposte sempre più mirate, personalizzate e anche di flessibilizzare i servizi proprio per andare incontro alle esigenze specifiche di ogni persona e per rendere dignitosa la vita di ognuno, anche nel percorso di cura, che sia ospedaliero, che sia domiciliare, che sia di un decorso rispetto a una malattia o una patologia, oppure in una condizione di disabilità grave o gravissima che necessita di sostegni davvero che siano specifici e mirati alle esigenze e ai bisogni. In tutto ciò non ci possiamo dimenticare delle famiglie, ma quello che sinceramente io ritengo più importante è far emergere la persona, il suo valore, le sue capacità. Una persona per avere una vita dignitosa ha bisogno sicuramente di benessere, salute e cure, di medicine magari, ma ha bisogno anche di poter avere una vita piena e partecipata dal punto di vista sociale, ricreativo, sportivo, relazionale, affettivo. Ecco, noi viviamo per questo, per poter avere una vita felice".

"Quindi – ha concluso il ministro – tutti coloro che operano nelle istitu-

zioni, nei vari contesti, dicevamo, sanitario, sociosanitario, sociale, in qualsiasi ambito della vita, anche quello scolastico, sportivo e quello del lavoro, devono in qualche modo tutti questi ambiti e tutti coloro che operano in questi ambiti, devono concorrere alla costruzione di un progetto di vita e di un percorso dignitoso nella vita di ogni persona. Sono sicura che ognuno di voi sta facendo questo e queste sono riflessioni che oggi farete, alle quali appunto volevo portare uno spunto in più e che concorreranno anche a dare davvero uno sguardo, spero sempre più rinnovato verso il futuro".

Fedriga
presidente
della Conferenza delle Regioni
e delle Provincie Autonome

**Serve una sanità territoriale
integrata e sostenibile.
La specialistica ambulatoriale
è centrale**

"L'invito al 57 congresso Nazionale del Sumai offre l'occasione di testimoniare, come Presidente della Con-



Risulta quanto mai importante completare l'attuazione delle misure previste dalla Missione 6 del Pnrr per fornire al cittadino risposte da parte del territorio, a partire dal domicilio del paziente

ferenza delle Regioni e delle province autonome, l'attenzione da parte del sistema delle regioni verso le tematiche poste al centro dei lavori. Temi che assumono un rilievo ancor più determinante ove si consideri che siamo dinanzi a una nuova fase per il nostro paese, rispetto alla quale siamo chiamati ad assicurare quegli interventi necessari ad attuare le riforme che sono state varate nell'ultimo periodo, con particolare riferimento ovviamente al Pnrr e con esso al tema della medicina territoriale e al nuovo ruolo della specialistica ambulatoriale". Così **Massimiliano Fedriga**, presidente della Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome, al 57 congresso nazionale del Sumai Assoprof.

Per Fedriga "risulta infatti quanto mai importante completare l'attuazione delle misure previste dalla Missione 6 del Pnrr per fornire al cittadino risposte da parte del territorio, a partire dal domicilio del paziente. A riguardo ricordo l'importante traguardo raggiunto con il decreto 77 del 23 maggio del 22, con cui si è provveduto a definire gli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale a cui le regioni



Massimiliano Fedriga
Presidente della Conferenza delle Regioni
e delle Provincie Autonome

stanno dando attuazione con grande impegno, nonostante innegabili difficoltà legate alla carenza di personale. In questo contesto una funzione centrale è senz'altro affidata alla specialistica ambulatoriale chiamata a fornire diagnosi e trattamenti specializzati a pazienti affetti da una vasta gamma di condizioni, garantendo l'accesso a cure specialistiche di alta qualità in modo tempestivo ed efficace”.

“È evidente – ha aggiunto il presidente della Conferenza delle Regioni – che per rispondere alle sfide che il sistema sanitario deve affrontare occorre un approccio strategico e integrato volto a delineare un modello programmatico organizzativo dell'assistenza territoriale. La programmazione, il fabbisogno e la progettazione sono pertanto leve fondamentali per costruire un sistema sanitario più efficace, equo e sostenibile che tenga conto dei bisogni dei cittadini, della sostenibilità finanziaria e della qualità delle cure”.

A riguardo, ha ricordato Fedriga, “lo scorso 9 settembre la Conferenza delle Regioni ha approvato le linee di indirizzo per l'attività oraria da rendere da parte dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle case di comunità in attuazione del DM 77 e della CN 1921 del 4 Aprile 24. Scopo del documento è quello di delineare delle prime indicazioni operative per la definizione delle attività e rapporto orario che i medici del ruolo unico di assistenza primaria sono chiamati a svolgere all'interno delle case della comunità hub e spoke, riconosciute dalle regioni in favore di tutta la popolazione di riferimento previsto dal nuovo modello di assistenza territoriale. Con l'obiettivo di renderla più accessibile continua è orientata la prossimità, tenendo conto dei compiti previsti dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale relativa al triennio 2019-2021. Le case della Comunità diventano luogo di riferimento dell'assistenza territoriale. In esse si concretizza il principio della sanità di prossimità, con un'attenzione particolare alla presa in ca-

rico delle persone con patologie croniche, fragilità e bisogni sociosanitari complessi. I medici del ruolo unico inseriti in equipe multiprofessionali, condividono informazioni e piani di cura attraverso strumenti interoperabili come il fascicolo sanitario elettronico e la piattaforma di telemedicina”.

L'obiettivo, ha spiegato il presidente della Conferenza delle Regioni, “è superare la frammentazione tra i vari setting assistenziali, garantendo continuità, tempestività e presa in carico proattiva. Occorre poi investire anche nella valorizzazione delle professioni sanitarie e migliorare l'attrattività e la gestione dei carichi di lavoro affinché le figure mediche assumano sempre più un ruolo centrale sul territorio quale punto di riferimento per il cittadino. Pertanto, lo scorso 17 aprile la conferenza ha approvato ed inviato al Governo un documento di analisi e proposte in tema di personale del servizio sanitario nazionale, con l'auspicio che lo stesso possa costituire la base per una strategia nazionale condivisa. Tale documento, che ha l'obiettivo di voler stimolare un confronto istituzionale costruttivo e di promuovere misure normative, organizzative e contrattuali coerenti

con le reali esigenze del sistema, propone un'analisi aggiornata delle principali criticità e un insieme articolato di proposte st

Fedriga ha inoltre spiegato come si stia lavorando “per la nuova tornata contrattualistica, quella dal 2022 al 2024. Come noto, abbiamo approvato l'atto di indirizzo inerente agli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta ed i medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professioni sanitarie. Riteniamo ci siano, dunque, le condizioni affinché la trattativa con le organizzazioni sindacali possa portare con celerità alla sottoscrizione dell'accordo per il triennio 2022-2024, rinviando alla successiva tornata contrattuale 2025-2027 i temi di maggiore complessità. Siamo certi che il confronto di oggi costituirà un'occasione per raccogliere stimoli e riflessioni sui temi che ci vedranno impegnati nei prossimi anni. Vi auguro buon lavoro e grazie per il lavoro quotidiano che fate a favore dei nostri cittadini”, ha concluso il presidente della Conferenza delle Regioni rivolto all'assemblea congressuale.



Rilanciare il Ssn Riorganizzare il tempo di cura Detassare le attività aggiuntive

Queste le richieste del Sumai alla politica

Il quadro che esce dal 57 congresso nazionale del Sumai Assoprof pur rivendicando l'eccellenza del modello sanitario italiano, allo stesso tempo ne riconosce le criticità e punta ad una riorganizzazione profonda spingendo sull'asse dell'assistenza territoriale e la razionalizzazione dell'offerta ospedaliera destinata a diagnosi e cura di malattie che richiedono interventi urgenti o che non possono essere affrontate presso il domicilio del paziente o in ambulatorio.

Il quadro che esce dal 57 congresso nazionale del Sumai Assoprof pur rivendicando l'eccellenza del modello sanitario italiano, allo stesso tempo ne riconosce le criticità e punta ad una riorganizzazione profonda spingendo sull'asse dell'assistenza territoriale e la razionalizzazione dell'offerta ospedaliera destinata a diagnosi e cura di malattie che richiedono interventi ur-

genti o che non possono essere affrontate presso il domicilio del paziente o in ambulatorio.

In particolare la riorganizzazione deve prevedere, secondo quanto dichiarato dal segretario Magi: atti di indirizzo e rinnovo immediati degli Acn prima della scadenza, investimenti seri, retribuzioni adeguate e riconoscimento del ruolo fondamentale della specialistica ambulatoriale. A questi punti è utile aggiungerne altri due ovvero la riorganizzazione del tempo di cura, richiesta avanzata dal Presidente del Sumai Assoprof, Giuseppe Nielfi e la necessità, secondo il vice Presidente, Gabriele Peperoni, di detassare le attività aggiuntive anche degli specialisti ambulatoriali.

Giuseppe Nielfi, intervenendo durante i lavori ha sottolineato la necessità di ripensare l'organizzazione della

sanità territoriale per restituire tempo alla cura e ridurre il peso burocratico sui medici. “Vivendo la realtà del territorio tutti i giorni – ha detto – riscontriamo che, al di là dei modelli organizzativi presentati, nella pratica si continua a lavorare come si è sempre fatto”. Il presidente uscente ha evidenziato che “gli adempimenti non strettamente connessi all'atto medico stanno sottraendo tempo prezioso ai pazienti”, chiedendo un modello che “consenta al professionista di tornare accanto al paziente”. Ha inoltre ricordato come “anni fa negli ambulatori c'erano infermieri e personale amministrativo di supporto, oggi quasi del tutto scomparsi”. Nielfi ha infine richiamato l'attenzione sulle “difficoltà di collegamento tra ambulatorio, ospedale e assistenza domiciliare”, che creano disequaglianze e richiedono “un ascolto reale dei professionisti e un'azione immediata per rendere il servizio sanitario più efficiente”.

“Detassare le attività aggiuntive anche degli specialisti ambulatoriali” è invece la richiesta urgente arrivata da **Gabriele Peperoni**, Vice Presidente Sumai Assoprof.

“Nel corso della sua relazione all'interno del 57° Congresso Nazionale del Sumai Assoprof, Antonio Magi, segretario generale del sindacato maggiormente rappresentativo della categoria, in un passaggio ha sottolineato la differenza di tassazione tra gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni rispetto ai colleghi dirigenti che svolgono le medesime funzioni. Il Ministro Schillaci, intervenendo al 57° Congresso nazionale del Sumai Assoprof, ha ascoltato e nel corso del suo intervento si è impegnato a proporre di detassare le attività aggiuntive anche degli specialisti ambulatoriali”. Così il Vice Presidente Sumai che ha concluso “Un intervento, quello del Ministro, che più volte è stato chiesto dai colleghi, soprattutto, ma non solo, da coloro che lavorano negli ospedali. Speriamo che l'esecutivo adotti un provvedimento non solo di equità ma anche in grado di rendere maggiormente attrattiva la specialistica convenzionata interna”.



Eletto il nuovo direttivo

Cambio alla guida della presidenza, Magi confermato segretario

Presidente Luigi Sodano, Maria Carla Onofri e Piero Bergamo i suoi Vice. “Il lavoro da fare è tanto e, a cascata, dovrà essere fatto anche a livello regionale e provinciale oltre che nelle sedi dove lavorano gli specialisti. Non sarà un compito facile, ma la squadra c’è e per questo siamo fiduciosi”.

Il 57° congresso Nazionale Sumai Assoprof prima di concludere i suoi lavori ha eletto e proclamato il direttivo che per i prossimi quattro anni guiderà la segreteria nazionale del Sindacato. **Antonio Magi** è stato confermato nel ruolo di segretario generale,

Luigi Sodano sarà il Presidente nazionale, accanto a lui due vice presidenti: **Maria Carla Onofri** e **Piero Bergamo**. Tesoriera nazionale è stata eletta **Lella Iossa**. “La sanità sta vivendo un momento di grande trasformazione: Transizione digitale, Differenze di genere, Formazione quadri e Ricambio generazionale sono le sfide più urgenti. Questa nuova segreteria naziona-

le è la risposta più adeguata per rispondere ai tempi che cambiano. Nel corso del nostro 57° congresso nazionale abbiamo ripetuto più volte, sia alla politica che agli stakeholder con cui ci siamo confrontati, che gli specialisti ambulatoriali sono la cura più efficace per questo Ssn malato”. Così Antonio Magi presentando i nuovi compagni di viaggio per i prossimi quattro anni alla guida del Sumai Assoprof. “Le segreterie regionali e provinciali saranno chiamate a lavorare di concerto con la nuova segreteria nazionale. Dal centro alla periferia, e viceversa, dovrà esserci uno scambio costante d’informazioni perché il Ssn è un sistema molto frammentato con esigenze e realtà differenti da territorio a territorio”. “Prima di augurare buon lavoro a tutti – ha concluso Magi – vorrei ringraziare i componenti della precedente segreteria per il lavoro e il supporto. In particolare coloro i quali, per raggiunti limiti di età, lasciano l’attività sindacale dopo anni di battaglie e successi di cui li ringrazio”.



Le segreterie regionali e provinciali saranno chiamate a lavorare di concerto con la nuova segreteria nazionale. Dal centro alla periferia, e viceversa, dovrà esserci uno scambio costante d’informazioni



Il nuovo direttivo Sumai Assoprof

Segretario Generale
Antonio Magi

Presidente
Luigi Sodano

Vice Presidenti
Maria Carla Onofri
Piero Bergamo

Tesoriere Nazionale
Lella Iossa

Presidente
Collegio nazionale probiviri
Fernando Muià

Segretario organizzativo
settore convenzioni
Renato Obrizzo

Vice Segretario organizzativo
settore Convenzioni
Gaetano Amorico

Direttore centro Studi
Giorgio Visca

Vice Direttore Centro Studi
Lucia Pierazzoli

Direttore Scuola
Formazione Sindacale
Francesca Castellani

Direttore del Centro Servizi
Nicola Menin

Vice Direttore
del Centro Servizi
Alessandra Maria
Elvira Stillo

Responsabile
dei rapporti con l'Inail
Arturo Di Folco

Responsabile
Transizione Digitale
Franca Teras

Vice Responsabile
Transizione Digitale
Anna Comparetto

Coordinatore Nazionale
Area Sasn
Mauro Ferretino

Coordinatore Nazionale
Area Medicina Veterinaria
Tiziana Felice

Coordinatore Nazionale
Area Biologia
Felicia Oliva

Coordinatore Nazionale
Area Psicologia
Filippo Cantone

Componenti eletti
Francesco De Marco
Mauro Poggi
Ciro Schiano

Luigi Sodano,
 Presidente Sumai
 Assoprof

Formare una nuova classe dirigente. È questa la nostra priorità

Il saluto del neo presidente che ringrazia il past president e il segretario generale per il lavoro sin qui svolto e gli obiettivi per il prossimo quadriennio a partire dalla necessità, improcrastinabile, di creare i quadri sindacali del futuro per il bene del Sumai

Care Colleghe, cari Colleghi, per prima cosa consentitemi una serie di ringraziamenti. Ringrazio il Segretario Generale Antonio Magi che mi ha proposto alla Presidenza nazionale, tutti i Segretari provinciali che mi hanno eletto e, naturalmente, il mio predecessore Giuseppe Nielfi che ha ricoperto per più di 20 anni questa carica in maniera encomiabile e difficilmente replicabile per l'impegno e la passione che ci ha messo. Non posso naturalmente non ringraziare la mia sezione provinciale di Napoli e la sezione regionale della Campania che nei vari incarichi ricoperti in questi anni ho sempre cercato di rappresentare al meglio dentro e fuori il Sindacato e che oggi gioiscono con me per questo prestigioso riconoscimento.

Voglio agganciarvi a quanto ha scritto il Presidente Giuseppe Nielfi nel suo articolo sulla nostra rivista, Medical Network, distribuita nei giorni congressuali, rivista la cui redazione ho avuto il piacere di coordinare in questi anni.

Io sono entrato nella famiglia della specialistica ambulatoriale nel 1987 come medico generico con compiti di istituto e poi nel 1990 sono transitato nella branca della otorinolaringoiatria dopo una vera e propria battaglia sindacale personale che vinta consentì a me e ad altri numerosi colleghi di poter transitare appunto nella branca di specializzazione di cui si era in possesso. È doveroso ricordare che in quella occasione il Sumai mi fu vicino con l'allora Segretario provinciale Giovanni Sodano, mio omonimo e amico, che era convinto della validità della mia battaglia perché quanto io chiedevo era previsto dall'Accordo dell'epoca.

Rinunciai volutamente al passaggio alla Medicina dei servizi e immediatamente dopo alla dipendenza medica che mi avrebbe forse aperto la carriera della dirigenza aziendale, ma volevo fare lo specialista Otorinolaringoiatra, volevo mantenere il rapporto con i pazienti, volevo fare

diagnosi e cura, così come mi era stato insegnato prima all'Università e poi durante alcuni anni di frequentazione ospedaliera.

Quando nel 1992 la categoria fu posta ad esaurimento, mi vidi crollare il mondo addosso soprattutto da giovane marito e da giovane padre e co-



minciai a frequentare il sindacato, a cui ero naturalmente già iscritto, e da attivista partecipai anche io alla storica manifestazione del 21 ottobre 1993 e a tutte le lotte per il mantenimento del rapporto convenzionale che seguirono, mentre nel sindacato provinciale occupavo gradualmente vari incarichi.

Anche io ho partecipato alla svolta di Bologna del 2000 insieme a Roberto Lala, Gabriele Peperoni, Francesco Losurdo, Giuseppe Nielfi ed altri, nel 2001 mi fu addirittura affidata la vice Presidenza nazionale del Sumai e da quel momento sono sempre stato presente in Segreteria nazionale prima in contatto diretto con Roberto Lala e poi con Antonio Magi.

Ho quindi vissuto in prima persona il recupero graduale del ruolo della categoria con la comparsa del protocollo aggiuntivo, poi degli incarichi a tempo determinato, poi il passaggio a tempo indeterminato, l'ampliamento dell'area alle altre professionalità sanitarie, veterinari, psicologi, biologi, chimici, cose che a Napoli, attraverso il Comitato zonale della provincia di Napoli, abbiamo sempre cercato di applicare immediatamente, riuscendoci.

A Napoli dove, tra i primi, abbiamo ottenuto la possibilità agli specialisti ambulatoriali di lavorare presso le aziende ospedaliere ed universitarie quando vi era il blocco dei concorsi, consentendo a numerosi giovani colleghi di trovare soddisfazione lavorativa e professionale in queste strutture attraverso il nostro Accordo Collettivo Nazionale.

Ovviamente consentitemi di citare il Segretario provinciale di Napoli e vice Presidente nazionale Gabriele Peperoni con il quale ho condiviso tutti i momenti che ho riportato.

Veniamo alla realtà di oggi, non voglio approfondirmi sulle tematiche sindacali su cui avremo modo di discutere nei prossimi mesi anche se ovviamente va detto, l'obiettivo è e rimane la salvaguardia del Servizio Sanitario Nazionale e del suo essere equo e solidale in tutto il Paese, una



Come coordinatore della redazione della nostra rivista ho condiviso con i colleghi di indirizzare gli articoli pubblicati più sul piano formativo sindacale che su quello scientifico, ed invito a continuare su questa strada

Sanità che vede negli ambulatori specialisti di prossimità un punto di forza originale in Europa e nel mondo, una medicina territoriale in cui MMG, PLS e SAI 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.

Per quanto invece riguarda il Sindacato, oggi condivido completamente con il segretario Antonio Magi il progetto di formare una nuova classe dirigente sindacale che gradualmente, per motivi anche naturali, ci possa sostituire nel prossimo futuro, 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.

Da Direttore della Scuola di formazione sindacale ho cercato di trovare strade formative, voglio ricordare negli anni due corsi di management sanitario con la Bocconi di Milano, due con la Federico 2° di Napoli, due con

la nostra SIFoP a Roma e Caserta, con ALTEMS dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Anche per motivi economici, spostare le persone non è facile per cui ho suggerito di organizzare corsi locali, mentre come coordinatore della redazione della nostra rivista ho condiviso con i colleghi di indirizzare gli articoli pubblicati più sul piano formativo sindacale che su quello scientifico, ed invito a continuare su questa strada, come ha anche detto il nostro Segretario generale.

In generale i giovani, compresi i medici, non sono molto interessati alla politica e al sindacalismo, è difficile appassionarli.

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.

Da Presidente della nostra gloriosa Associazione io sono a disposizione del Segretario generale Antonio Magi e di tutta la Segreteria per essere presente dove necessario per perseguire questi obiettivi.

Grazie Antonio, grazie a tutti e buon lavoro.

CONCLUSIONI

Mozione conclusiva del 57° Congresso

L'assemblea del 57° Congresso Nazionale Sumai Assoprof riunita a Roma dal 9 al 13 novembre 2025

PRESO ATTO

delle Mozioni presentate dalle Sezioni Provinciali e dalle Commissioni

UDITA

La Relazione del Segretario Generale

L'APPROVA E DA MANDATO

Alla Segreteria Nazionale del Sumai Assoprof di:



- **Mettere** subito in atto tutte le iniziative per sollecitare l'approvazione in Conferenza Stato-Regioni dell'ACN 2022/2024 appena siglato e subito dopo l'emanazione dell'Atto di indirizzo per avviare nel più breve tempo possibile il tavolo di trattativa per il rinnovo dell'ACN 2025/2027, consentendo un recupero di quanto dovuto e maturato negli anni precedenti e, laddove necessario, partecipare anche ad eventuali iniziative sindacali comuni che altre categorie mediche dovessero mettere in campo per raggiungere questo primo obiettivo.
- **Operare**, alla luce delle esperienze maturate non con esito positivo con le amministrazioni regionali, affinché nei nuovi accordi gli incrementi economici ottenuti in sede di contrattazione nazionale, vengano erogati prevalentemente per obiettivi definiti da accordo nazionale e solo per percentuali

minime da accordi regionali ed aziendali e comunque prevedere per le Regioni obblighi temporali per l'erogazione delle quote variabili.

- **Precisare** che le funzioni e i compiti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse delle Cure Primarie vanno attivate in tutte le Regioni e Aziende in quanto fondamentale modello organizzativo volto a prendere atto della centralità della medicina territoriale, garantire la piena integrazione tra. Le varie funzioni dei MMG, PLS e SAI chiarendo le responsabilità e le collaborazioni tra questi professionisti del territorio e concludere così un percorso di innovazione e cambiamento reale.
- **Prevedere** nel prossimo ACN l'applicazione dell'art. 24, comma 2, del Dlgs 80/2015 lì dove prevede: "le lavoratrici titolari di rapporti

di collaborazione coordinata e continuativa inserite nei percorsi di protezione relativi alla violenza di genere, ...omissis...hanno diritto alla sospensione del rapporto contrattuale per motivi connessi allo svolgimento del percorso di protezione per il periodo corrispondente all'astensione la cui durata non può essere superiore a tre mesi."

- **Definire** nuove modalità per il calcolo delle trattenute sindacali.
- **Intervenire** immediatamente affinché venga completato da parte dell'INAIL il recepimento dell'ACN per la parte rimasta in sospeso e che doveva essere completata entro tre mesi dalla sottoscrizione dell'Accordo avvenuta nell'Ottobre 2024.

- **Promuovere** nei confronti dell'INAIL una diffida per tale inadempienza e mettere in atto tutte le azioni necessarie (anche azioni legali) per far valere i diritti degli specialisti del settore INAIL.
- **Promuovere** l'iscrizione, facilitata ed adeguatamente pubblicizzata, a Sumai giovani per le seguenti categorie: medici neo laureati, specializzandi e corsisti in medicina generale.
- **Promuovere** la presenza di una sezione dedicata ad ogni evento organizzato sia sindacale che scientifico, sia nazionale che locale, anche per la medicina generale allo scopo di avere maggiore visibilità territoriale.
- **Affiancare** il lavoro di informatizzazione e digitalizzazione tra specialisti territoriali, medici di medicina generale e medici ospedalieri.
- **Chiedere** nel prossimo ACN che possa essere meglio formulata, quantificata e definita la spettanza dell'indennità di UPG al pari dei medici veterinari dirigenti, rilevando una difficoltà nel recepirla da parte di molte Aziende, nonostante il già avvenuto riconoscimento della stessa nel vigente ACN.
- **Chiedere** per gli specialisti ambulatoriali, per i medici veterinari e per i professionisti che svolgono attività anche nei giorni festivi e nelle ore notturne, una revisione della maggiorazione oraria prevista per i festivi, poiché quella attuale risulta ormai non proporzionata ed adeguata all'impegno profuso.
- **Agire per** poter giungere ad una rapida conclusione dell'iter burocratico e ad una rapida pubblicazione dell'ACN-SASN 2019-2021.
- **Cercare** di ottenere un trattamento economico paritario per le branche di Psicologia e Psicoterapia, in considerazione dei medesimi requisiti professionali richiesti per l'assegnazione degli incarichi, con conseguente aggiornamento dell'art. 46 dell'ACN.
- **Promuovere** la piena integrazione degli specialisti ambulatoriali, dei medici veterinari e dei professionisti nelle equipe multidisciplinari e multiprofessionali, nonché nelle forme organizzative previste dall'ACN, quali AFT, UCCP, Case e Ospedali di Comunità e quanto previsto dall'art. 4 ACN.
- **Contrastare** a livello regionale i tentativi di sostituire nelle cure primarie e nei servizi territoriali lo psicologo specialista ambulatoriale con forme contrattuali diverse da quelle del nostro ACN, assicurando quanto già previsto dallo stesso circa l'integrazione con MMG e PLS, confermate dalle linee di indirizzo della conferenza Stato-Regioni e dal DM 77/22.
- **Assicurare** con ogni opportuna modifica statutaria pari opportunità per tutti gli iscritti nei vari organi sindacali.
- **Seguire** con particolare attenzione non solo il riconoscimento della equivalenza professionale degli specialisti ambulatoriali, che operano presso strutture ospedaliere e universitarie con quella dei colleghi dipendenti, ma anche il riconoscimento economico e le agevolazioni fiscali delle attività aggiuntive finalizzate ad assicurare l'attività di pronto soccorso e urgenza nonché, più in generale, per l'abbattimento delle liste d'attesa, previste al momento solo per i dipendenti.
- **Proseguire** con la Federazione Nazionale, gli Ordini professionali e le altre Organizzazioni sindacali nella battaglia contro le aggressioni e le minacce che ancora tutti gli operatori sanitari subiscono giorno dopo giorno tanto nelle strutture ospedaliere quanto in quelle territoriali.
- **Vigilare**, anche attraverso i nostri rappresentanti nella Consulta e nel CdA dell'ENPAM, sulla fondazione perché questa si attivi affinché tutte le voci contrattuali ordinarie e aggiuntive che riguardano gli anni precedenti al 31/12/2004, siano riconosciute trovando anche una soluzione che superi la frequente inerzia delle A.A.S.S.L.L. a dare risposte esautive in tal senso.
- **Analizzare** i dati relativi alla presenza delle donne all'interno del sindacato e del lavoro, per identificare aree di miglioramento.
- **Avanzare** proposte concrete per la conciliazione dei tempi vita-lavoro (come per esempio la flessibilità oraria e il telelavoro) e implementare misure di sicurezza, magari fornendo supporto alle vittime di discriminazione.
- **Offrire** occasioni di formazione tematica e sensibilizzazione di genere all'interno del contesto sindacale.
- **Collaborare** con altre organizzazioni che si occupano di temi affini per ampliare l'impatto delle azioni del sindacato.
- **Promuovere** la presenza delle specialiste convenzionate all'interno dei Comitati Unici di Garanzia nelle varie aziende.



Chiedere per gli specialisti ambulatoriali, per i medici veterinari e per i professionisti che svolgono attività anche nei giorni festivi e nelle ore notturne, una revisione della maggiorazione oraria prevista per i festivi



Sumai

A S S O P R O F

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org

