

network medical

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE
ANNO XXI
NUMERO 1 | 2021
TRIMESTRALE



Sindacato Unico Medico
Pediatri, Ginecologi
e Professionisti del Area Sanitaria



Aggiornato

L'ACCORDO DELLA SPECIALISTICA

Dopo le indicazioni
della Corte dei Conti

network

medical

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Consulenza redazionale

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma
Telefono 06.594461 Fax 06.59446228

Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

Hanno collaborato

Giuseppe Nielfi,
Stefano Simoni,
Luigi Sodano

Progetto grafico e impaginazione

Edizioni Health Communication, Roma

Editore

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



Pubblicità

Edizioni Health Communication, Roma
Telefono 0331.074259

Edizioni Health Communication

Edizioni e servizi di interesse sanitario



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

Chiuso in redazione
nel mese di aprile 2020

Il riconoscimento del nostro ruolo: un passaggio non più rinviabile

Care colleghe e cari colleghi

nell'ultimo editoriale, parlando del nuovo Governo che si andava formando, auspicavo una riconferma di Roberto Speranza alla Salute. Il buon senso, infatti, suggeriva che con la pandemia da gestire e il piano vaccinale da organizzare chi fino a quel momento aveva preso decisioni, conosceva piani e dossier, era preferibile restasse al posto di comando per evitare ulteriori perdite di tempo. Così è stato e ce ne siamo rallegrati un po' tutti.

Nel frattempo però, in attesa che il Governo Draghi si insediasse non siamo stati fermi, anzi. Come saprete infatti, e come potete leggere all'interno di questo numero, abbiamo lavorato con la Sisac per aggiornare l'Acn superando alcune criticità; abbiamo firmato un protocollo con il Ministero e le Regioni per far sì che anche i sumai, che si rendono disponibili, possano entrare a far parte dei vaccinatori contro il Covid (e per quest'obiettivo di sanità pubblica all'interno del Def sono previsti oltre 750 milioni da distribuire tra noi, i Mmg, i Pls e gli odontoiatri); e infine il nostro sindacato ha raddoppiato la sua presenza all'interno del Comitato Centrale della Fnomceo.

Da qui ai prossimi mesi si apriranno nuovi scenari a partire dalla riorganizzazione del Ssn e della sanità territoriale perché è evidente, e la pandemia lo ha reso ancor più palese, che i modelli organizzativi sin qui considerati vanno ridisegnati. I servizi socio-sanitari extra-ospedalieri infatti devono prevedere quello che noi diciamo da tempo ovvero: una reale, concreta ed efficace integrazione tra gli specialisti e i medici di medicina generale.

Il vecchio modello binario che vede l'assistenza sanitaria affidata o all'ospedaliero o al medico di famiglia è per una parte superato e per l'altra fallimentare. La medicina è sempre più specialistica e le risposte di salute sempre più complesse. Lo specialista ambulatoriale interno non è una figura marginale da prendere in considerazione in seconda o terza battuta ma un protagonista del percorso di cura specie nella gestione dei cronici. Questo purtroppo è un concetto che fa ancora fatica ad entrare nella testa di alcuni decisori, specie gli amministrativi, che sono i più restii a concederci gli spazi che lo stesso Ministro Speranza e la politica ci riconoscono.

Il riconoscimento del nostro ruolo a questo punto è diventato un passaggio non più rinviabile e ognuno di noi, in quanto rappresentante sindacale con delle responsabilità verso i suoi iscritti, è chiamato a ribadire a tutti i livelli: da quello centrale a quello periferico.

Al lavoro!

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof

Aggiornato

l'accordo della specialistica secondo le indicazioni della Corte dei Conti

Affermata l'importanza delle forme organizzative della Specialistica Ambulatoriale, chiarite le norme su rappresentanza e rappresentatività sindacale, ribadita l'odontoiatria sociale

Dalla redazione

Un anno fa, il 31 marzo, in pieno *lock-down* entrava in vigore l'Accordo collettivo nazionale della specialistica ambulatoriale interna, triennio 2016-2018. Quell'Acn però, su indicazione della Corte dei Conti, aveva bisogno di alcune correzioni previste nell'atto di indirizzo. Quelle modifiche sono state apportate e appena prima di Pasqua il SUMAI Assoprof ha siglato l'accordo con la Sisac.

In sostanza si tratta di un aggiornamento dell'Acn firmato nell'estate del 2019 e le correzioni che sono state riportate dovrebbero essere immediatamente esecutive senza ulteriori passaggi formali.

“Questo *upgrade* – spiega il segretario del SUMAI – si è reso necessario a seguito di alcune **sottolineature evidenziate dalla Corte dei Conti**, e dalla stessa Sisac. Abbiamo quindi modificato l'articolo 3 secondo le osservazioni dell'Alta Corte contabile che chiedeva il mantenimento e consolidamento delle risorse economiche e del flusso contributivo verso gli enti previdenziali per evitarne problemi di sostenibilità”.

Magi ricorda che a seguito della modifica è stata “ribadita l'importanza delle forme organizzative della Specialistica Ambulatoriale quindi delle Aft e delle Uccp prevedendo l'inserimento di queste aggregazioni in tutti gli atti aziendali. In tema



di **Rappresentanza e rappresentatività sindacale** è stato chiarito il principio dell'impossibilità di avere incarichi dirigenziali contemporaneamente in più sindacati”.

Viene inoltre prevista “la pubblicazione e l'assegnazione dei turni anche per i medici iscritti all'albo degli odontoiatri e per i laureati in odontoiatria non specialisti, in sintesi si riapre all'**Odontoiatria sociale** garantendo cure dentistiche a chi non può permetterselo.

Infine abbiamo corretto l'art. 54, **Anticipazione di prestazione previdenziale**, come recentemente approvato dall'ENPAM e dai Ministeri vigilanti abolendo la norma che prevedeva il limite d'età dei 43 anni per

avere l'incarico”.

In sostanza – conclude il segretario del SUMAI Assoprof – siamo molto soddisfatti del lavoro di sintesi che corregge e migliora un buon Accordo e per questo voglio ringraziare anche il coordinamento SISAC”.

I responsabili della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati fanno sapere che “per la prima volta si dà seguito alla nuova funzione di monitoraggio nell'applicazione dell'ACN disposta dall'ultima tornata negoziale. Le necessità sopravvenute e le eventuali criticità emerse in fase di attuazione trovano, dunque, un nuovo modello di relazioni sindacali che ha evidenziato la piena collaborazione delle OO.SS. di settore”.

Firmato il protocollo d'intesa tra Governo, Regioni e Organizzazioni Sindacali della Specialistica ambulatoriale convenzionata interna che prevede la possibilità per i medici del territorio di vaccinare sia durante che fuori l'orario di servizio

Gli Specialisti Ambulatoriali interni saranno vaccinatori



Anche gli specialisti ambulatoriali interni saranno, su base volontaria, vaccinatori. Lo prevede il protocollo d'intesa che è stato siglato a metà marzo tra le OoSS, il Governo e le Regioni. Il documento e la successiva firma hanno fatto seguito all'incontro tra il ministro della Salute, Roberto Speranza e il segretario generale del SUMAI Assoprof, Antonio Magi. In quell'occasione Magi aveva parlato chiaro "Il ministro ha condiviso l'importanza del ruolo della categoria e sul fatto che gli specialisti ambulatoriali interni, proprio per la loro capillare presenza sul territorio, contribuiscono in maniera efficace nella gestione specialistica territoriale e perciò possono contribuire ulteriormente nel contrasto della pandemia" riconoscendo allo stesso tempo che la vaccinazione è però "solo una delle ulteriori mansioni in cui si possono impiegare gli specialisti ambulatoriali interni. Ho ribadito come questa figura professionale sia fondamentale per esempio nella gestione e cura dei cronici, anche al loro domicilio, che sono milioni e che non possono essere abbandonati".

Cosa prevede il documento

Il Coinvolgimento, su base volontaria, dei medici Sai convenzionati nelle attività di somministrazione dei vaccini contro il Sars-CoV-2, può avvenire previo accordo con lo specialista sia durante l'orario di servizio che attraverso l'attribuzione di un orario ag-

Con la firma del protocollo – conclude Magi – viene ribadita l'importanza della nostra categoria per quanto riguarda l'assistenza del territorio e nello specifico le vaccinazioni che dal mese di aprile speriamo possano subire un importante incremento così da sconfiggere la pandemia.



giuntivo nel rispetto di quanto previsto dall'ultimo Accordo collettivo nazionale (firmato il 31 marzo 2020); Garantire l'aggiornamento, in tempo reale, dell'anagrafe vaccinale è una condizione indispensabile per assicurare l'efficacia ed il pieno successo della campagna di vaccinazione. A tal fine, verrà utilizzata la piattaforma prevista dal comma 1 dell'articolo 3 del decreto legge 14 gennaio 2021, n. 2 e per consentire alle regioni e alle province autonome di trasmettere all'anagrafe vaccini nazionale anche i dati sulle vaccinazioni effettuate dai medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni, i predetti medici sono tenuti a trasmettere i dati in questione con immediatezza in modalità telematica, attenendosi alle indicazioni tecniche fornite dalla regione o P.A.;

Il finanziamento di queste prestazioni è a carico di quota parte del Fondo sanitario nazionale. Pertanto, la remunerazione dell'effettuazione delle vaccinazioni anti-Covid 19 da parte dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni rende necessario un finanziamento aggiuntivo ad integrazione del Fsn da destinare sia alla remunerazione delle eventuali ore aggiuntive da dedicare all'attività vaccinale che alla disponibilità del fondo per le prestazioni di particolare interesse (Ppi) previste dall'Acn del 31 marzo 2020. Il finanziamento sarà progressivamente definito sulla base

dell'andamento della campagna vaccinale. A tal fine il Governo s'impegna ad adottare uno o più provvedimenti d'urgenza per lo stanziamento delle risorse necessarie alla copertura degli oneri derivanti dall'esecuzione della vaccinazione da parte degli specialisti ambulatoriali convenzionati ai sensi del d.lgs. 502/92.

Questi i punti salienti del protocollo sottoscritto a metà marzo tra le OoSS, il Governo e le Regioni.

Pieno coinvolgimento dunque degli Specialisti Ambulatoriali interni nella campagna vaccinale anti Covid-19. D'altronde in questa fase particolarmente delicata della lotta alla pandemia in cui da un lato sono aumentati i contagi in maniera drammatica (il numero dei morti totali ha superato la soglia psicologica di centomila, le regioni sono in prevalenza in zona Rossa e il lockdown esteso per tutto il territorio nazionale nei giorni di Pasqua), e dall'altro è previsto un implemento della campagna vaccinale con l'arrivo a partire dal mese di aprile – secondo quanto ribadito a più riprese dal ministro Speranza – di decine di milioni di dosi è necessario e giusto che tutte le categorie mediche vengano coinvolte. Tra queste anche gli specialisti ambulatoriali interni che nel territorio hanno il loro perimetro d'azione e che sono costantemente a contatto con i pazienti.

Si raddoppia la presenza del SUMAI Assoprof all'interno dei vertici della Federazione dei Medici. Oltre a Luigi Sodano, riconfermato, per i prossimi quattro anni nel Comitato centrale della Fnomceo ci sarà anche il segretario generale Antonio Magi

Magi e Sodano nel Comitato centrale

Filippo Anelli per i prossimi quattro anni sarà nuovamente alla guida della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri. Il nuovo Comitato Centrale lo ha infatti riconfermato Presidente, all'unanimità. Insieme a lui sono stati riconfermati all'unanimità Giovanni Leoni alla vicepresidenza, Roberto Monaco come Segretario e Gianluigi D'Agostino come Tesoriere.

A comporre il nuovo Comitato Centrale anche Anna Maria Ferrari (Reggio Emilia), Salvatore Amato (Palermo), Antonio Magi (Roma), Paola David (Pistoia), Guido Giustetto (Torino), Luigi Sodano (Napoli) Giovanni Pietro Ianniello (Benevento), Emilio Montaldo (Cagliari), Guido Marinoni (Bergamo), Vincenzo Antonio Ciconte (Catanzaro), Fulvio Borromei (Ancona), Cosimo Napoletano (Teramo).

Per la componente odontoiatrica entrano nel Comitato centrale il Presidente e vicepresidente della Commissione Albo Odontoiatri, Raffaele

Iandolo e Brunello Pollifrone, Andrea Senna (Milano) e come detto il tesoriere Gianluigi D'Agostino.

Revisori dei Conti sono Maria Erminia Bottiglieri (Caserta), Roberto Carlo Rossi (Milano) e Maria Teresa Gallea, Consigliere dell'Ordine di Padova, nominata Cavaliere della Repubblica per la sua attività durante la pandemia.

Commissione Albo Odontoiatri – I primi 4 eletti entrano di diritto nel Comitato Centrale. Raffaele Iandolo, Andrea Senna Brunello Pollifrone, Gianluigi Enrico Maria D'agostino, Elena Boscagin, Alessandro Nisio, Rodolfo Berro, Diego Paschina, Corrado Bondi.

Quelle per il rinnovo del Comitato Centrale FNOMCeO, della Commissione Albo Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti sono state le prime elezioni a svolgersi con voto elettronico, in presenza, e telematico, a distanza, il che ha permesso di conoscere subito i risultati. I nuovi organi dureranno in carica quattro anni, sino a tutto il 2024. Hanno votato 105 Ordini su 106, esprimendo 1.528 su 1.533 disponibili. I voti di lista sono stati il 65%; il 35% le preferenze attribuite ai singoli candidati.

All'interno dello scorso numero di *Medical Network* abbiamo dato notizia degli iscritti del SUMAI Assoprof che sono entrati nei nuovi Ordini dei medici provinciali laddove presenti. In questo numero riprendiamo, e concludiamo l'argomento, segnalando i "SUMAISTT" eletti nelle recentissime votazioni che si sono concluse a fine marzo, appena prima di quelle che hanno nominato i vertici della Fnomceo.

TOSCANA

Omceo Prato
Lucia Pierazzoli
Segretario
Omceo Arezzo
Alberto Cinelli
Tesoriere
Gianfranco Moncini
Consigliere

Omceo Siena
Danila Lanzetta
Consigliere
Omceo Livorno
Antonio Luvèrè
Consigliere
Omceo Pistoia
Leonardo Marini
Consigliere
Omceo Grosseto
Cristina Cianchi
Revisore Conti

MOLISE

Omceo Campobasso
Angelo Marchegiani
Consigliere
Domenico Coloccia
Consigliere nel Consiglio degli Odontoiatri

CAMPANIA

Omceo Napoli
Luigi Sodano
Segretario
Andrea Montella e Clara Imperatore
Consiglieri

PUGLIA

Omceo Bari
Daria Losurdo
Consigliere
Omceo Taranto
Teresa Candreva
Consigliere
Omceo Foggia
Matteo Buono
Tesoriere
Pasquale Pracella
Consigliere Odontoiatra



È necessario avviare un processo di riorganizzazione della medicina del territorio e di tutti i servizi socio-sanitari extra-ospedalieri per un'efficace integrazione tra specialisti e medici di medicina generale. Il Pnrr prevede risorse, non sprechiamo quest'occasione

La specialistica ambulatoriale in Lombardia durante la fase più acuta dell'emergenza Covid



Giuseppe Nielfi
presidente
SUMAI Assoprof

Ripercorrendo quest'anno di pandemia da Covid-19, con lo sguardo rivolto all'epicentro della prima ondata di diffusione del virus, la Lombardia, poniamo la nostra attenzione più in dettaglio sulla specialistica ambulatoriale. Una riflessione sugli eventi, sulle decisioni prese in questo contesto di emergenza, sulle conseguenze, può essere un buon punto di partenza per fornire indicazioni in tema di riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali.

Nella prima fase, tragicamente iniziata nel febbraio 2020, si è cercato di contribuire al contenimento della diffusione del virus nell'unico modo possibile: la riduzione al minimo dei servizi, stante anche la difficoltà a reperire i dispositivi di protezione individuale. Con un decreto regionale

del marzo (Decreto 3353 del 15.03.2020) si è disposta la quasi totale chiusura dei servizi ambulatoriali, riducendo le attività alle prestazioni con priorità U e B nonché alle indifferibili (legate all'oncologia, alla dialisi ecc.). Per le ore di attività non più utilizzate, gli specialisti e professionisti, messi a disposizione delle aziende, hanno attivato servizi innovativi di consulenza telefonica, di monitoraggio in remoto dei pazienti, di teleconsulto, anche se con una distribuzione assai eterogenea fra le diverse aziende.

Fine lockdown e ripresa delle attività

Questa fase è coincisa con il lockdown nazionale fino a tutto il mese di maggio; alla fine di questo periodo le attività sono riprese ma subito ci

si è resi conto della grande mole di arretrato che si è andato accumulando, con la necessità di dare ordine al recupero delle prestazioni sospese affinando ulteriormente le priorità di esecuzione degli accertamenti richiesti e di definire regole omogenee per l'utilizzo degli specialisti ambulatoriali in caso di una seconda ondata di infezione. L'attività è ripresa, come disposto dalla DGR 3115 del 7.5.2020, con l'obiettivo di proteggere i pazienti tramite *triage* all'ingresso, distanziamento e controllo dei flussi così da evitare assembramenti e garantire gli operatori con adeguati dispositivi di protezione individuali; il risultato purtroppo è stato di una minore offerta complessiva. Questa nuova modalità ha consentito ai poliambulatori e agli spazi sanitari in genere di uscire pienamente dal novero dei luoghi a maggior rischio di diffusione del virus, cosa che non era stato possibile nella prima fase di diffusione della pandemia. Questa cautela ha reso ancora più evidente il *gap* già esistente fra offerta di servizi sanitari sul territorio e domanda da parte dei cittadini, con ulteriore allungamento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni ed una sostanziale paralisi del processo di presa in carico del malato cronico; migliore si è rivelata la situazione sul versante ospedaliero dove si è registrato una ripresa delle attività non solo di urgenza ma anche di elezione con ritardi meno traumatici. Ciò a riprova che, mentre il modello assistenziale in regime di degenza si fonda su basi solide e collaudate, il territorio è ancora alla ricerca di un proprio modello clinico-organizzativo, che vada più nel dettaglio di quanto definito dalla legge 189/2012, soprattutto sciogliendo il nodo della titolarità organizzativa dei servizi riconducendo l'organizzazione del territorio a basi e regole più omogenee su tutto l'ambito nazionale.

La delibera regionale di agosto

La rilevazione di questa situazione e dei comportamenti estremamente eterogenei a livello aziendale nell'utilizzo degli specialisti ambulatoriali ha portato all'apertura di un confronto con il SUMAI in sede di comitato consultivo regionale, confluito in una delibera regionale del mese di agosto (DGR 3523 del 5.8.2020) che ha fornito finalmente indicazioni omogenee per la gestione della specialistica ambulatoriale in un contesto pandemico.

Nella delibera viene individuata una popolazione fragile e critica, rappresentata dal malato cronico, categoria all'interno della quale individuare i soggetti da indirizzare prioritariamente alla vaccinazione antinfluenzale, prova generale del processo di stadiazione della popolazione necessario per la vaccinazione anti-Covid, proprio nell'ottica di affiancare un ulteriore criterio selettivo a quello minimo della selezione per fasce di età o per attività/sede di lavoro.

Inoltre, si è puntato sulla flessibilità del rapporto di lavoro dello specialista, interpretata in questa emergenza come flessibilità di sede, per utilizzarlo dove possono essere meglio garantite le condizioni di sicurezza nello svolgimento dell'attività di diagnosi e cura, indipendentemente dalla sede abituale di servizio.

La delibera intende inoltre dare un nuovo impulso al teleconsulto con il medico di medicina generale e promuovere l'introduzione di un triage telefonico sulle prestazioni con obiettivo di risolvere quanto più possibile a distanza le problematiche di salute che portano al contatto ambulatoriale, evitando un inutile contatto. Quest'ultima modalità di lavoro si è rivelata un felice esperimento, gradito ai pazienti, che ha consentito di ridurre nettamente gli accessi pur mantenendo aperto il rapporto con lo specialista; una nuova modalità di lavoro da approfondire e strutturare meglio in futuro. La delibera di agosto ha infine affrontato un tema che sta progressivamente facendosi più grave e urgente: il rallentamento se non l'interruzione del processo di presa in carico del paziente cronico, obiettivo

della legge regionale 23/2015, che aveva promosso un nuovo modello organizzativo della rete ospedale-territorio ed una nuova modalità proattiva di gestione delle patologie croniche, che rappresentano il 70-80% della spesa sanitaria regionale.

Fine 2020 definizione dell'Air

In questo contesto di ritorno ad una certa normalità, fra novembre e dicembre 2020, si sono svolte in videoconferenza le trattative per la definizione dell'accordo integrativo regionale (approvato poi con la delibera 4277 dell'8.2.2021), che ha adeguato le retribuzioni per quanto concerne la quota variabile dei compensi ed ha recepito i nuovi istituti normativi previsti dall'ACN. Vengono confermati gli obiettivi territoriali preesistenti: la presa in carico del paziente croni-



Il nuovo AIR ha indicato i campi di intervento dei progetti obiettivo aziendali per gli specialisti e i professionisti, da un lato confermando linee operative già presenti nei precedenti accordi e dall'altro inserendone di nuove, relative alla partecipazione alle campagne vaccinali così come organizzate nel modello regionale.

Dove intervenire

Bisogna intervenire sulla tecnologia dotando gli ambulatori delle attrezzature necessarie per raggiungere gli obiettivi sanitari prefissati; bisogna intervenire sul personale, definendo anche per la specialistica ambulatoriale il "rapporto ottimale" in proporzione alle esigenze assistenziali della popolazione come avviene per la medicina generale così da ricondurre i tempi di attesa all'interno delle previsioni normative grazie a un migliore rapporto tra offerta e domanda di prestazioni. Bisogna intervenire sulla formazione prevedendo una formazione specifica per lo specialista e il professionista ambulatoriale (come avviene per il medico di medicina generale) che qualifichi il singolo professionista, il responsabile di branca e il referente

co, la partecipazione attiva all'erogazione dei livelli di assistenza per la popolazione non cronica, sempre avendo come punto di riferimento il modello adottato a livello aziendale/provinciale e non un modello complessivo ed unificante nazionale, purtroppo.

Limitazioni all'attività specialistica ambulatoriale

E arriviamo al marzo 2021, con l'attuale forte ripresa della circolazione del virus che sta nuovamente ponendo limitazioni all'attività specialistica ambulatoriale, per ora solo in alcune zone della Lombardia, ma con il rischio, sempre incombente, di vedere estese queste zone ad aree sempre più ampie della Regione.

In conclusione, l'esperienza di questo anno porta a considerare come sia imperativo avviare un processo di riorganizzazione della medicina del territorio e di tutti i servizi socio-sanitari extra-ospedalieri nell'ottica di una efficace integrazione tra specialisti e medici di medicina generale. Si tratta di un intervento globale sulla tecnologia, le persone e i processi.

di AFT, per rispondere alle peculiari esigenze del territorio. Bisogna intervenire sui processi adottando finalmente un modello omogeneo di organizzazione della specialistica territoriale che permetta anche di formalizzare e inserire stabilmente nel modello operativo le innovazioni tecnologiche del rapporto col paziente che sono state introdotte in via sperimentale nella fase più acuta della pandemia.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha reso ancora più evidente ed urgente la necessità di porre mano all'organizzazione complessiva ed organica della medicina del territorio, specialistica e generalista. Una parte del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza andrà alla sanità: le risorse ci sono, vediamo di non sprecare questa occasione.



Inviata al Parlamento la bozza con obiettivi e scadenze intermedie. Il documento si compone di circa 500 pagine redatte in inglese all'interno delle quali viene spiegato con precisione come si arriva alla determinazione degli stanziamenti e, per alcuni capitoli, indicato il cronoprogramma da qui al 2026 con le tappe intermedie come chiesto da Bruxelles



Antonio Chiacchio
Componente
segreteria nazionale
SUMAI Assoprof

La bozza di PNRR, secondo quanto emerge anche dall'audizione svolta ai primi di marzo presso le competenti Commissioni della Camera e del Senato, dal Ministro dell'economia e delle finanze, Daniele Franco, si basa sulla disponibilità di 196,5 miliardi (di cui 127,6 di prestiti e 68,9 miliardi di sovvenzioni) a valere sul Dispositivo di Ripresa e Resilienza (RRF) e di 13 miliardi del programma *React EU* (rispetto ai 13,5 miliardi complessivamente previsti). A tali impieghi vengono aggiunti 14,4 miliardi circa quale quota aggiuntiva, eccedente l'ammontare complessivo delle risorse europee spettanti all'Italia.

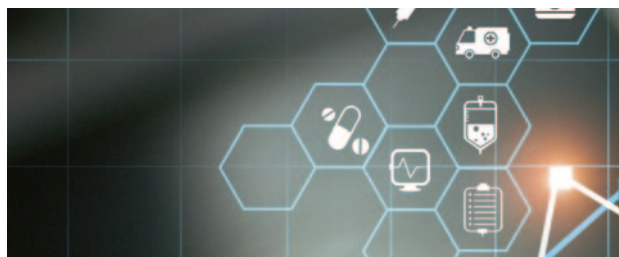
Il documento si compone di sei voci, definite Missioni, ognuna delle quali con le relative risorse destinate. Nello specifico: Digitalizzazione, innova-

zione, competitività e cultura (46,29 miliardi); Rivoluzione verde e transizione ecologica (69,79 miliardi); Infrastrutture per una mobilità sostenibile (31,98 miliardi); Istruzione e ricerca (28,49 miliardi); Inclusione e sociale (27,62 miliardi).

L'ultima missione com'è noto è destinata alla Sanità a cui andranno quasi 20 miliardi, 19,72 per la precisione. Grazie a queste risorse del Recovery il Servizio sanitario nazionale rafforzerà presidi locali e ospedali e finanzierà la ricerca scientifica. Stando alle previsioni dunque la sanità italiana dovrebbe andare finalmente incontro ad una stagione di investimenti. Il programma a sostegno della **salute degli italiani** si reggerà su due componenti.

La prima di 7,9 miliardi i cui fondi sono destinati per la componente "assistenza di prossimità e telemedicina", che è finalizzata a "potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria; a superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali garantendo omogeneità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza; a potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali".

La seconda componente di 11,8 miliardi destinati all'innovazione dell'assistenza sanitaria, che mira all'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN.



Assistenza di prossimità e telemedicina

Con 7,5 miliardi a cui si aggiungono 400 milioni di ReactEU, questa prima componente mira da un lato a potenziare le reti territoriali di assistenza socio-sanitaria e dall'altro a rafforzare la capacità del Paese di rispondere ai rischi ambientali e climatici sulla salute. Per quanto riguarda le reti territoriali, il progetto punta a mettere in piedi un sistema di assistenza sanitaria di prossimità fondato su: 2.500 presidi socio-sanitari (le Case di Comunità) che dovrebbero diventare il punto di riferimento, accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria.

“La scheda progetto – si legge nella sintesi delle **“Note tecniche analitiche del Mef”** elaborata dai **Servizi studi della Camera e del Senato** – specifica che il Ministero della Salute è responsabile della pianificazione, dell'esecuzione, della gestione e del monitoraggio della componente M6C1 nel suo complesso. In relazione alle azioni che presentano un concorso di competenze di altre amministrazioni pubbliche (ad esempio le Regioni), saranno applicati strumenti di *governance* coordinati e negoziati, quali il Contratto Istituzionale di Sviluppo con il ministero della Salute quale autorità responsabile e attuatrice e la partecipazione delle Amministrazioni regionali insieme agli altri soggetti interessati. Questo approccio consentirà di semplificare le procedure - comprese le procedure di autorizzazione - se accompagnate dall'attivazione di conferenze di servizi. Le dimensioni verde e digitale della componente sono rinvenute nella capacità di migliorare

l'efficienza tecnologica, potenziando tutte le forme di innovazione e di perfezionamento dei processi produttivi di salute, con una attenzione particolare alle attività di prevenzione e alle relazioni clima/ambiente/salute”.

“Per quanto riguarda l'**Investimento 1.1: Case della comunità** – prosegue il documento – la scheda progetto sottolinea che la Casa della comunità, grazie allo sviluppo e gestione di una banca dati sanitaria unitaria, potrà fungere da Punto unico di accesso ai servizi sanitari. Inoltre, sarà il luogo in cui verranno erogate le prestazioni sanitarie e sociali ai pazienti non autosufficienti e cronici. Più specificamente, si prevede l'attivazione di 2.575 case della comunità, una ogni 23.400 abitanti (nel PNRR è prevista l'attivazione di 2.564 nuove Case della Comunità, una ogni 24.500 abitanti). La scheda di progetto reca il cronoprogramma, sulla base del quale, entro il primo trimestre del 2022, dovrà essere conclusa la mappatura e identificazione delle Case della comunità esistenti (da ripristinare o istituire attraverso la riconversione di presidi sanitari già esistenti) e quelle da costruire da zero. La realizzazione dell'intervento è prevista entro il primo trimestre del 2026 per un costo stimato di circa 4 miliardi di euro (lo stesso del PNRR). Nella sezione *Milestones, targets and timeline* vengono riportati in dettaglio il costo stimato di una Casa della Comunità, pari a 1,28 mln euro e i costi tecnologici a questa riferibili, pari a euro 273mila euro circa.

Il documento prevede anche il rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI). Su questo punto si legge nella sintesi del centro Studi di Camera e Senato: “Strettamente connesso con il precedente, ma destinato principalmente alla popolazione di età superiore ai 65 anni (circa 14 milioni di persone), ha obiettivi, risultati e costi coincidenti con quelli del PNRR, ma, a differenza di quest'ultimo, specifica in dettaglio i *targets* intermedi del cronoprogramma come segue:

- progettazione di un modello digitale di Assistenza domiciliare inte-

grata (ADI) a seguito di un'analisi delle migliori pratiche nazionali/internazionali sull'applicazione dell'intelligenza artificiale in questo settore (*big data* e sistemi di apprendimento automatico) - entro il secondo trimestre del 2022;

- sviluppo del modello digitale di ADI (costo stimato circa 35 milioni di euro) - entro il quarto trimestre del 2023;

attuazione di 575 centri di coordinamento ADI (costo stimato circa 212 milioni di euro) – entro secondo trimestre 2024;

- fornitura di dispositivi tecnologici ai professionisti dell'assistenza domiciliare (ADI) (costo stimato circa 189 milioni di euro) – entro 2 trimestre 2026;

- fornitura di tecnologie di telemedicina ai pazienti vulnerabili, assistiti a domicilio - entro il primo trimestre del 2026.

Per l'acquisto di licenze *software*, servizi con soluzioni CRM *open source*, *home* e *Asset management* si prevede l'utilizzo di appalti Consip in procedura aperta ai sensi del D.Lgs. 163/2006.

L'implementazione di presidi sanitari a degenza breve (Ospedali di comunità) destinati a svolgere una funzione 'intermedia' tra il domicilio e il ricovero ospedaliero al fine di sgravare l'ospedale da prestazioni di bassa complessità”.

A chiudere la prima componente della Missione Salute del PNRR troviamo: l'Ospedale di Comunità e obiettivi di Salute, ambiente e clima. “L'Investimento destinato all'Ospedale di comunità – spiega il documento di sintesi – ha risultati e costi coincidenti con quelli del PNRR (753 strutture da ultimare nel 2026 per un ammontare di 2 miliardi) ma una maggiore specificazione dei *targets* intermedi che prevedono il riconoscimento e l'identificazione delle strutture esistenti da ripristinare, da convertire e da realizzare *ex novo* entro il primo trimestre del 2022. Nella sezione *Milestones, targets and timeline* vengono riportati in dettaglio il costo stimato di un Ospedale di Comunità, pari a euro

2,28 mln di euro e i costi tecnologici a questo riferibili, pari a 375 mila euro. La scheda progetto, nella parte dedicata all' **Investimento 2.1: Salute, ambiente e clima** evidenzia come molte zone del paese abbiano subito una contaminazione significativa, con conseguente necessità di successiva bonifica (58 SIN, 6 milioni di abitanti interessati).

Anche in questo caso, vengono fornite informazioni più dettagliate relativamente alla tempistica e ai costi dei *targets* intermedi. Più in particolare si prevede:

- istituzione/rafforzamento di centri di eccellenza a livello nazionale;
- creazione/rafforzamento delle strutture locali delle reti SNPS-SNPA e di altri istituti pubblici di ricerca - entro il primo trimestre 2022;
- creazione/rafforzamento di poli regionali e locali con competenze e responsabilità specifiche in materia di salute, ambiente e clima - entro il primo trimestre del 2025;
- digitalizzazione delle reti SNPA e SNPS, compresa la digitalizzazione delle reti a livello locale - entro il primo trimestre del 2025;
- accordo con il Ministero dell'Università e istituzione di una Scuola di specializzazione in salute, ambiente e clima presso i Dipartimenti di Medicina - entro il primo trimestre del 2025;
- istituzione del centro per la formazione e l'aggiornamento in materia di ambiente e clima e corsi di formazione a distanza - entro il primo trimestre del 2025;
- bandi di ricerca triennali nel settore della salute, dell'ambiente e del clima entro il primo trimestre del 2025;
- rafforzamento delle strutture sanitarie regionali, degli ospedali, dell'IRCSS e di altre organizzazioni di ricerca, per lo sviluppo di interventi integrati in materia di promozione della salute, sorveglianza attiva e assistenza sanitaria e sistemi di comunicazione partecipativa delle comunità - entro il primo trimestre del 2026.



Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria

11,8 miliardi saranno usati invece per ammodernare gli ospedali, investire nella ricerca, sostenere la telemedicina e migliorare la formazione dei medici. Entrando nel merito dei progetti elencati nel documento, saltano subito all'occhio i 10,01 miliardi di euro con cui sarà assicurato l'ammodernamento (anche tecnologico) della nostra rete ospedaliera attraverso:

- L'acquisto di strumentazioni e tecnologie all'avanguardia per gli ospedali e una loro digitalizzazione, per arrivare a sostituire tutto il parco delle grandi apparecchiature sanitarie con più di 5 anni;
- La realizzazione di 675 interventi di adeguamento antisismico degli ospedali italiani entro il 2026, che potranno contare anche su 680 milioni di risorse complementari stanziare nella Legge di Bilancio 2021;
- Il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Il capitolo "ricerca, trasferimento tecnologico e formazione", invece, potrà contare su 1,81 miliardi di euro. In questo caso, se è vero che la parte del leone la farà lo "sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità" a cui sono destinati 1,51 miliardi (diretti anche ad attivare nuove borse di studio in medicina generale), sono sottolineare alcuni bandi che riguardano invece il trasferimento tecnologico e la ricerca.

Altri 100 milioni di euro, invece, saranno usati per finanziare altri due

bandi diretti, in questo caso, a sostenere programmi/progetti di ricerca finalizzata in materia di malattie rare e tumori rari. Anche in questo caso le tempistiche sono quelle del 2023.

Questi obiettivi sono certamente in linea con quanto affermato dal Presidente del Consiglio Mario Draghi nel suo programma di insediamento presentato alle camere

"Sulla base dell'esperienza dei mesi scorsi dobbiamo aprire un confronto a tutto campo sulla riforma della nostra sanità, il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria)".

"È questa la strada per rendere realmente esigibili i "Livelli essenziali di assistenza" e affidare agli ospedali le esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. La "casa come principale luogo di cura" è oggi possibile con la telemedicina, con l'assistenza domiciliare integrata".

Le considerazioni espresse da Draghi sembrano perfettamente in linea con quanto da tempo va affermando il nostro sindacato, rilanciare la sanità territoriale, da troppi anni Cenerentola del sistema sanitario italiano che è essenzialmente ospedale-centrico, credo che il SUMAI-ASSOPROF debba contribuire con la sua esperienza e le sue idee a costruire la sanità del futuro in un momento storico in cui sicuramente non mancheranno le risorse economiche.



Le considerazioni espresse da Draghi sembrano perfettamente in linea con quanto da tempo va affermando il nostro sindacato, rilanciare la sanità territoriale, da troppi anni Cenerentola del sistema sanitario italiano

Ministero della Salute

Presentate
le linee di intervento

Un piano strutturato in cinque assi che corrispondono ai cinque principali ambiti in cui è più urgente e strategico intervenire a partire dal Territorio. Il ministro ha parlato anche della situazione epidemiologica e della campagna vaccinale

Roberto Speranza ministro della Salute nell'audizione di presentazione delle linee programmatiche



Dalla Redazione

Il ministro della Salute, Roberto Speranza, è intervenuto il 17 marzo in audizione davanti alle **Commissioni riunite** Affari sociali della Camera e Sanità del Senato. All'ordine del giorno la situazione della pandemia di Covid-19, l'andamento della campagna vaccinale e le linee programmatiche del suo dicastero. Speranza ha aperto il suo intervento facendo riferimento alla sospensione temporanea e precauzionale del vaccino Astrazeneca, decisa dai principali Paesi europei, dopodiché è passato ad illustrare la campagna vaccinale.

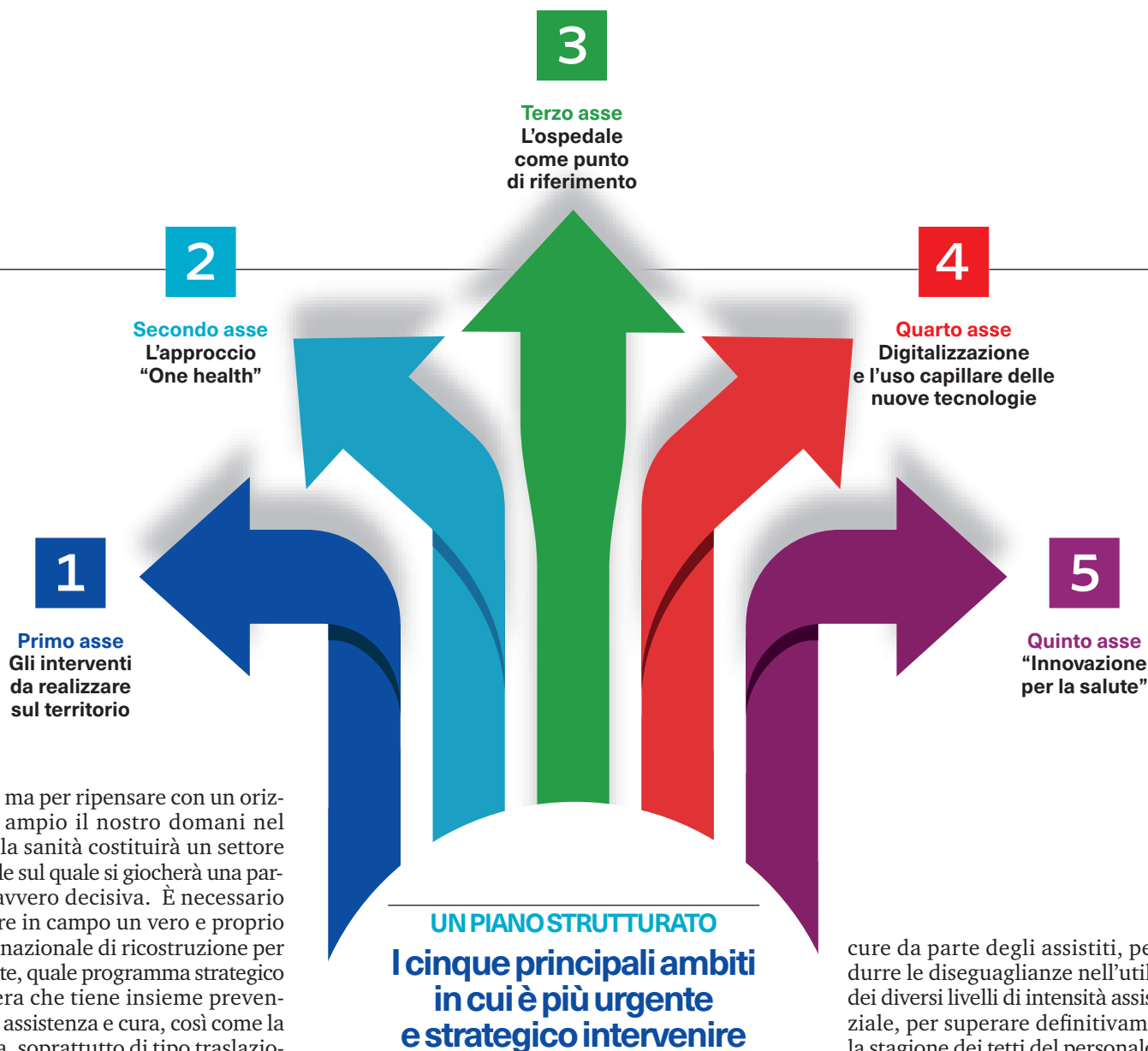
La campagna vaccinale

La campagna vaccinale è stata programmata su trimestri prevedendo per il secondo trimestre l'arrivo di 50 milioni di dosi in arrivo (di queste 7,3 milioni di J&J, vaccino in una dose unica) e 80 milioni nel terzo trimestre. Sono previsti vigilanza e sollecito quotidiano su aziende produttrici e UE per il rispetto degli impegni. In vista della previsione di questa ingente disponibilità di dosi, è stato programmato l'impiego di molte risorse umane per accelerare la campagna vaccinale. Sono stati stipulati protocolli con medici di me-

dicina generale, specializzandi e pediatri al fine di creare una rete sanitaria capillare sul territorio che potrà avvalersi anche di **specialisti ambulatoriali** "con cui – sono state le parole di Speranza – è stata fatta una intesa *ad hoc*, per utilizzare anche una parte delle loro ore per la campagna di vaccinazione" e odontoiatri, nonché infermieri e farmacie.

Situazione epidemiologica, misure di contenimento e varianti del virus

In queste settimane, ha spiegato il ministro, stiamo vivendo una situazione epidemiologica complicata, soprattutto per la presenza di varianti con maggiore capacità diffusiva (in particolare la variante inglese, con una capacità di diffusione maggiore tra il 35-40%). Alla luce di questo quadro, sono state adottate nuove misure di contenimento seguendo il principio della massima cautela. Al contempo, la situazione è oggi totalmente differente da marzo scorso in virtù degli strumenti oggi disponibili: testing, farmaci, dispositivi di sicurezza personali e soprattutto vaccini. Esaurita la prima parte del suo intervento, relativa all'andamento della campagna vaccinale, il ministro è passato quindi all'illustrazione delle linee programmatiche del suo dicastero. "La pandemia ancora in essere – ha spiegato – ha fatto emergere in più occasioni la necessità di non abbassare la guardia e soprattutto di passare con determinazione alla fase in cui occorre progettare idee, non solo per la ripar-



tenza, ma per ripensare con un orizzonte ampio il nostro domani nel quale la sanità costituirà un settore cruciale sul quale si giocherà una partita davvero decisiva. È necessario mettere in campo un vero e proprio piano nazionale di ricostruzione per la salute, quale programma strategico di filiera che tiene insieme prevenzione, assistenza e cura, così come la ricerca, soprattutto di tipo traslazionale e il sistema industriale di riferimento. **Un piano** che deve essere strutturato, a mio parere, **in cinque assi** che corrispondono ai cinque principali ambiti in cui è più urgente e strategico intervenire. Ogni attore coinvolto nel processo di rilancio del rinnovamento del Servizio sanitario nazionale potrà portare il proprio contributo e assumere la propria parte di responsabilità. L'obiettivo è raggiungere un livello di servizio in linea con le migliori pratiche e con le nazioni più virtuose del panorama europeo ed è un obiettivo che l'Italia è pienamente in grado di raggiungere. Ma non possiamo permetterci di disperdere energie, risorse ed è indispensabile l'impegno di ciascun soggetto in campo.

1
Primo asse d'intervento
Gli interventi da realizzare sul territorio
Il primo asse riguarda gli interventi da realizzare sul territorio attraverso il potenziamento dei servizi assistenziali territoriali, per consentire una effettiva esigibilità dei LEA (Livelli essenziali di assistenza), da parte di tutte le persone, indipendentemente dalla regione di residenza, costruendo un modello condiviso ad oggi estremamente necessario. È questo il primo e fondamentale presupposto per potere definire in modo più puntuale gli standard di personale per aumentare e facilitare l'utilizzo delle

cure da parte degli assistiti, per ridurre le disuguaglianze nell'utilizzo dei diversi livelli di intensità assistenziale, per superare definitivamente la stagione dei tetti del personale ancorati a tempi e modalità assolutamente inadeguate rispetto alle sfide future.

■ Occorrerà, in primo luogo, considerare **la casa come primo luogo di cura e prevenzione e il presidio essenziale per la salute**. In questa ottica, il rafforzamento delle cure domiciliari, soprattutto per i malati cronici, acuti non ospedalizzati, immunodepressi, disabili, non autosufficienti e affetti da patologie rare, diventa una priorità il Servizio sanitario nazionale per evitare che alla malattia si aggiunga una separazione traumatica del paziente dal suo tessuto sociale. Implementare un'assistenza di prossimità significa mitigare la povertà sanitaria, migliorare le ca-

pacità di risposta ed adattamento del sistema e sostenere le fasce di popolazione più fragili. Significa incentivare una ripresa economica e sociale, basata sui principi dell'equità, dell'inclusione e della coesione.

■ Altro intervento significativo del primo asse riguarderà la **creazione di un nuovo punto di riferimento della sanità**, sociosanitario e sociale, che integrerà e sosterrà la funzione fondamentale attualmente svolta dalla medicina generale. Tale punto sarà costituito dalla Casa di comunità che è espressione concreta del concetto di prossimità e sarà presidio della salute in grado di dare risposte alle necessità più basilari e quotidiane. Una visita medica, un ventaglio di esami come ecografie, elettrocardiogramma, un consulto sulla salute dei bambini, un primo supporto per le situazioni che associano rischi sociali e rischi per la salute, come la violenza domestica o la depressione.

■ La rete della **Casa della comunità** all'interno dei distretti sanitari riorganizzerà esperienze e strutture al momento frammentariamente presenti sul territorio sotto diverse denominazioni, dai consultori alle Case della salute. Nella Casa delle comunità donne e uomini potranno essere seguiti nelle loro esigenze di prevenzione e cura, nei progetti di genitorialità consapevole. Le vittime di abusi sapranno di poter trovare un punto di riferimento e un aiuto immediato, le persone con disabilità intraprenderanno percorsi di accoglienza, riabilitazione, integrazione e le loro famiglie avranno assistenza e supporto. Qui soprattutto potranno essere presi in carico, in una ottica di prossimità, i pazienti cronici che costituiscono, come abbiamo visto, una parte così rile-

vante della popolazione e la vera sfida da vincere per il nostro Servizio sanitario nazionale.

■ Ancora nell'ambito di questo primo asse dell'assistenza territoriale saranno rafforzati anche **gli ospedali di comunità**, quali strutture intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, in sostanza un ponte tra questo e i servizi territoriali per tutte le persone che non hanno necessità di cure acute e dunque di essere ricoverate in reparti specialistici, ma hanno bisogno di una assistenza sanitaria che non potrebbero ricevere a domicilio. Infatti nel percorso di cura delle persone l'assistenza a monte e, soprattutto, a valle del ricovero ospedaliero è oggi un punto molto critico.

Una volta dimesso, il paziente viene lasciato troppo spesso solo a fronteggiare una fase di riabilitazione che può essere complessa e richiedere assistenza pressoché continua. Se non ha il supporto di una compagine familiare o di una rete di prossimità in grado di garantire questa assistenza, il deterioramento della sua salute e delle sue condizioni psicologiche è un rischio assai elevato. Se la compagine esiste, si ritroverà gravata di un peso destinato a drenare tempo, denaro ed energie. In tutti i casi si acuiranno le disuguaglianze tra chi può permettersi di avere o di fornire assistenza e chi no. Una volta dimesso dall'ospedale il paziente non deve incontrare il vuoto o l'incertezza, deve poter contare sulle cure intermedie e in particolare sugli ospedali di comunità, indispensabili, tra l'altro, anche a monte del ricovero per ridurre l'ospedalizzazione per soggetti con patologie croniche riacutizzate.

■ Inoltre, a coordinare le varie forme di offerta sul territorio finaliz-



La pandemia ha fatto emergere in più occasioni la necessità di non abbassare la guardia e soprattutto di passare con determinazione alla fase in cui occorre progettare idee, non solo per la ripartenza, ma per ripensare con un orizzonte ampio il nostro domani

zate alla risposta assistenziale non urgente, saranno le centrali operative territoriali. Il loro lavoro di ascolto e di raccordo consentirà di ottimizzare la gestione dei servizi, dei **team assistenziali** e del sistema dei servizi sanitari e sociali, interpellando per ogni singolo caso la struttura più vicina e più adatta a occuparsene. Le centrali operative territoriali avranno la funzione di punto di riferimento, sia per l'accesso alle cure da parte delle persone, sia per gli operatori impegnati all'assistenza, uno snodo fondamentale per garantire l'integrazione ospedale-territorio.

■ Altra questione da affrontare riguarda le fasce di popolazione che si trovano in situazione di grave marginalità sociale e di elevata fragilità sociosanitaria, a partire dai 4,85 milioni di persone che vivono in una condizione di povertà assoluta e che hanno bisogno più di altre di essere raggiunte e prese in carico dal Servizio sanitario nazionale. Proteggere e includere chi oggi rischia di restare escluso dall'assistenza è necessario, non solo in nome della universalità del nostro Servizio sanitario nazionale, ma per rafforzare in modo strutturale l'intero sistema. La salute del singolo si realizza pienamente solo in una comunità sana, più che mai in questo ambito è necessario un pieno coordinamento tra Stato e regioni, tra diverse istituzioni pubbliche, e tra le aziende sanitarie e le varie realtà del terzo settore.

Un appropriato intervento clinico-assistenziale deve tenere presenti le molte sfaccettature del contesto di vita delle persone cosiddette «*hard to reach*», i gruppi più vulnerabili della nostra popolazione. In questa ottica vanno attivati i centri territoriali contro la povertà sanitaria da situare presso le aree più a rischio di marginalità sociale e sanitaria. Le *équipe* da formare per il lavoro in questi centri dovranno essere multidisciplinari per dare risposta a una varietà di esigenze, dalla prevenzione sui corretti stili di vita, al monitoraggio di situazioni a rischio di violenza, dalle campagne di *screening* e vaccinazione, all'assistenza domiciliare in situazioni abitative depresse o a rischio.



Ogni attore coinvolto nel processo di rilancio del rinnovamento del Servizio sanitario nazionale potrà portare il proprio contributo e assumere la propria parte di responsabilità. L'obiettivo è raggiungere un livello di servizio in linea con le migliori pratiche e con le nazioni più virtuose del panorama europeo ed è un obiettivo che l'Italia è pienamente in grado di raggiungere

2

Secondo asse d'intervento L'approccio "One health"

Il secondo asse: un approccio one health che consideri la connessione profonda tra salute, ambiente e animali rappresenta il secondo asse indicato dal Ministro, che fa riferimento all'urgente transizione ecologica e agli insegnamenti della pandemia riguardo un'attenzione globale alle nostre prassi quotidiane. È necessario sviluppare un rapporto organico tra scuola e sanità e, superando una visione miope e parcellizzata della salute, considerare tra gli ambiti di intervento del SSN anche l'area della tutela dell'ambiente e del clima, in sinergia con un armonico sviluppo economico e sociale del Paese. Strettamente connesso al presente asse anche il tema della sicurezza degli alimenti.

4

Quarto asse d'intervento Digitalizzazione e l'uso capillare delle nuove tecnologie

Il quarto asse riguarda interventi per una massiccia digitalizzazione e per un uso capillare delle nuove tecnologie che risultano essere necessarie per attivare nuove e più efficienti modalità di erogazione dei servizi sanitari. Questi interventi suggeriti da Speranza sono individuati al fine di semplificare la vita dei cittadini, ottimizzare le risorse e i servizi e infine migliorare l'accessibilità al SSN in un'ottica di prossimità alla persona. Prioritario è migliorare il trattamento dei dati sanitari, la telemedicina e i modelli predittivi degli scenari. "Investire nel progresso tecnologico e nella trasformazione digitale è una priorità per assicurare maggiore equità e sostenibilità del sistema". Fondamentale è garantire l'accesso al fascicolo sanitario elettronico per conoscere la storia sanitaria di un individuo.

3

Terzo asse d'intervento L'ospedale come punto di riferimento

Nel piano è previsto inoltre un terzo asse che avrà come punto di riferimento l'ospedale, come luogo per affrontare nel modo migliore peculiari esigenze sanitarie. Il DM 70 del 2015 ha ridisegnato la rete ospedaliera definendone gli standard. A tale decreto è opportuno fare un vero e proprio "tagliando" per correggerne i limiti che spesso hanno causato disuguaglianze tra i territori. In particolare, alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza COVID-19, l'ospedale dovrà divenire flessibile attraverso un ripensamento degli spazi atto a garantire un'efficace e sicura erogazione dei servizi. In programma interventi sul patrimonio edilizio ospedaliero.

5

Quinto asse d'intervento "Innovazione per la salute"

L'ultimo asse, non per ordine di importanza, il quinto, è centrato sull'ecosistema "innovazione per la salute", inteso come sistema complesso costituito non solo dagli ospedali e dall'assistenza sul territorio ma anche da formazione, ricerca, innovazione tecnologica e rivoluzione digitale, nonché da un'importante filiera industriale. L'obiettivo al quale tendere è uno sviluppo organico dell'ecosistema innovazione e salute con il sostegno di investimenti pubblici e privati. Più che mai, ha affermato Speranza, l'emergenza Covid-19 ha evidenziato la necessità di sviluppare relazioni durevoli e trasparenti, nonché l'urgenza di definire nuove regole che consentano di aumentare gli investimenti in ricerca e sviluppo.

“Vita brevis, ars longa, occasio volucris,
periculosa experimentia, iudicium difficile.”

La vita è breve, l'arte è lunga, l'occasione è fugace, l'esperienza è fallace, il giudizio è difficile

IPPOCRATE IV SEC A.C.

La medicina territoriale personalizzata e partecipata al tempo del Sars CoV-2



Ironia della sorte, ricordo l'ultimo aggiornamento ECM on line a Dicembre 2019 organizzato dalla mia ASL: infezioni emergenti e dispositivi di protezione. Fu in quell'occasione che appresi l'esistenza delle mascherine FFP2.

Era un corso breve e utile per un po' di punteggio ECM ma non di particolare interesse per l'argomento, visto che ancora nessuno parlava del Sars CoV-2 e l'Ebola era passato da un bel po' di tempo.

Arrivò così la fine di Febbraio 2020 con i primi casi di Sars CoV-2 in Italia e successivamente, i primi di marzo, io stesso sono stato investito in pieno dal Covid: una autodiagnosi presunta, una terapia basata sul sollievo dei

sintomi autoprescritta, un auto-confinamento e un'auto-quarantena, un auto-allontanamento dal lavoro, un auto-cerchezza: senza tampone fatto non sarei tornato al lavoro tra anziani e RSA. (1)

I 4 tamponi consecutivi positivi di Aprile da guarito confermavano il mio "autismo", confermavano l'intuito o il sesto senso del sogno e della coscienza ma rappresentavano anche il fallimento della scienza medica perché nulla di quanto avevo fatto era in un protocollo!

Non solo la terapia sintomatica, ma nemmeno la necessità di non andare al lavoro senza febbre o il mancato confinamento tardivo dei miei familiari o la richiesta di un tampone a

Libertario Donato Raffaelli
Specialista
ambulatoriale in
Urologia - Azienda
USL Toscana
Centro; Presidente
dell'Accademia
Multidisciplinare
per l'Urologia
Territoriale (@IMUT)

guarigione avvenuta e asintomatico erano prassi. Solo ragioni – si direbbe – “di buon senso” nulla di più ma con conseguenze pratiche importanti come un “case report” che fa luce su quello che non si pensava potesse essere risolto e che invece si è risolto trattandolo come un “*time for one person trial*” tipico della Medicina di Precisione.

Mentre la scienza ufficiale produceva protocolli e DPCM e gli scienziati, insieme ai virologi, pontificavano sui media si bloccava la medicina territoriale a tutti i livelli con la giustificazione che mancavano mascherine, visiere e guanti e i trattamenti dovevano essere ricondotti tutti a studi controllati in contesti ospedalieri.

E intanto la gente moriva nonostante molta letteratura sul Sars CoV-1 e molti Report da tutto il mondo aprissero diverse possibilità sia di prevenzione che di organizzazione domiciliare che di terapia empirica in tutte le fasi della malattia.

Non tutti però si sono appiattiti sull'impotenza del fare e del curare o del delegare l'uso di farmaci comuni alle sperimentazioni accademiche. Anche le forme polmonari iniziali sono state trattate come le comuni polmoniti atipiche a casa e con farmaci disponibili e a basso costo. (2)

A Giugno la mia famiglia usciva dal tunnel e per questo avevo prenotato un viaggetto “liberatorio” nell'arcipelago Toscano rimasto indenne dal Sars CoV-2 grazie al buon senso dei suoi amministratori.

Al porto di Livorno inattesa dell'imbarco per la Capraia ricordo lo stupore dei volontari assegnati ai tamponi sierologici rapidi Sars CoV-2: proprio non gli tornava che io avessi le IgG schizzate mentre mia moglie e mio figlio no, nonostante il contatto stretto avuto per i 2 mesi in cui io ero infetto. Comunque certificati, guariti e quarantenati potevamo imbarcarci. Molte famiglie sono state colpite in maniera multiforme dal Sars CoV-2: dalla morte di un congiunto al nul-

Bibliografia e Web Ref.

- 1 Scienza e incoscienza al tempo del Covid2, Toscana Medica Luglio 2020
- 2 Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection American Journal of Medicine Gennaio 2021
- 3 intervista al Dr Dilip Pawar :
<https://ippocrate.org/2020/11/03/intervista-al-dr-dilip-pawar/>
- 4 Seven question for Personalized Medicine JAMA, Settembre 2015
- 5 https://ec.europa.eu/health/state/summary_it
- 6 Treatment of Covid 19 - EBM or personalized Medicine ? Clin. Infect. Dis. Luglio 2020
- 7 <https://www.icpermed.eu>
- 8 <https://eupati.eu>

la assoluto di altri conviventi.

Ma se un virus agisce in modo così bizzarro e personalizzato come può essere affrontato se non in modo altrettanto personalizzato?

La diatriba tra sostenitori della metodologia medica scientifica classica e quelli della metodologia scientifica personalizzata è non solo inutile ma anche pericolosa per la vita delle persone: i morti diminuiscono con approcci più empirici e pragmatici. (2, 3)

La Pandemia Sars CoV-2, per la sua drammatica velocità, mette in difficoltà le critiche che la EBM (Evidence Based Medicine) pone alla medicina personalizzata. (4)

Eppure la medicina personalizzata applicata all'oncologia e alle malattie rare ha prodotto risultati eccezionali proprio in Italia (5). In *medio stat virtus*: la vera soluzione della diatriba è che queste due modalità scientifiche possono coesistere e convivere: anima clinica e anima sperimentale. (6)

Ed è in questo contesto che si muovono le Istituzioni scientifiche europee attraverso i numerosi programmi dedicati allo sviluppo della medicina Personalizzata nel Sars CoV2 nell'ambito dell'IC PerMed (International Consortium for Personalized Medicine). (7)

Abbiamo ormai una tale mole di letteratura sulle interazioni multiformi del nuovo virus sui nostri sistemi biologici che presto grazie anche all'analisi dei "big data" avremo accurati indici di rischio di infezione e progressione per tutti basati proprio sugli algoritmi della medicina personalizzata, algoritmi che appartengono ai sistemi Bayesiani oggi evoluti nella complessità degli algoritmi dell'intelligenza artificiale (IA). Ne è un esempio l'AI-SCoRE (*Artificial Intelligence – Sars Covid Risk Evaluation*), realizzato con il concorso di risorse dell'Unione Europea, dello Stato italiano e della Regione Lombardia. I pattern genetici come gli aplotipi



del Neanderthal, i pattern genetici di flogosi e di espressione dell'interferone e molti altri emergono dall'analisi "intelligente" di piattaforme e data base "intelligenti" di screening genetico come 32andMe e si affiancano ai classici elementi anamnestici e clinici che tutti noi specialisti e medici del territorio raccogliamo da sempre nella nostra attività: i gruppi ABO, l'età, le comorbidità (diabete ipertensione cardiopatie e sindrome metabolica), le terapie mediche e le associazioni di farmaci. Studi significativi aggiungono altre conoscenze come le relazioni e interazioni tra infezione Sars CoV-2 e farmaci attivi sui recettori Ace 2, effetti protettivi di antiandrogeni e inibitori del DHT (diidrotestosterone) o storia di pregressa vaccinazione BCG o l'effetto di microrganismi particolari. Tutti altri piccoli tasselli di un puzzle che forse a breve



Termino questo intervento per ricordare i medici e i sanitari morti a causa del Covid, medici del territorio per lo più come lo fu Carlo Urbani sceso dall'Accademia in campo, in mezzo alla gente.

ci consentirà di classificare soggetti a rischio clinico in cui la prevenzione può essere tutto e non solo il vaccino rispetto ad altri soggetti meno suscettibili all'infezione perché dotati di una immunità naturale al Sars CoV-2 nelle varianti attuali e future.

Approcci di questo tipo hanno dato risultati migliori là dove si è potenziato in modo sistematico il territorio come in Toscana e in Emilia Romagna dopo un difficile iniziale rodaggio. Qui le USCA (unità speciali di continuità assistenziale) si sono subito interfacciate con i medici di famiglia e anche i protocolli di terapia a domicilio sono stati più pragmatici e più articolati della semplice osservazione e Tachipirina come panacea. Se una correzione di rotta drastica a favore del territorio è stata di recente introdotta dal nuovo Governo lo si deve anche alla partecipazione della gente, alle discussioni sui media e sui social – anche dirompenti e antisistema – fenomeni nuovi ma non nuovissimi perché già in oncologia e nel vasto campo delle malattie rare le associazioni dei malati e delle loro famiglie hanno il merito di aver portato avanti "le politiche sanitarie" necessarie a migliorare qualità di vita e sopravvivenza dei diretti interessati.

Oggi la partecipazione è diventata una necessità "scientifica" per esprimere un consenso "veramente" informato non solo per terapie empiriche, sperimentali e vaccini ma anche per metabolizzare restrizioni e decisioni di politica sanitaria. La Comunità Europea con il progetto EUPATI (European Patients' Academy on Therapeutic Innovation) ha già posto le basi metodologiche per questa rivoluzione culturale. (8)

Termino questo intervento per ricordare i medici e i sanitari morti a causa del Covid, medici del territorio per lo più come lo fu Carlo Urbani sceso dall'Accademia in campo, in mezzo alla gente.

a cura di
 **Davide Di Fusco^{1,2},
 Carmine Stolfi¹,
 Antonio Di Grazia¹,
 Vincenzo Dinallo¹,
 Federica Laudisi¹,
 Irene Marafini¹,
 Alfredo Colantoni¹,
 Ivan Monteleone¹
 e Giovanni
 Monteleone¹**

1 Università degli
 Studi di Roma
 "Tor Vergata"
 2 Specialista
 ambulatoriale
 ASL Roma 5

L'Albendazolo regola negativamente la proliferazione dei cheratinociti

Uno studio condotto presso l'Università di Roma di Tor Vergata dimostra come il farmaco antiparassitario "Albendazolo" è in grado di ridurre alcune delle lesioni tipiche della psoriasi

La psoriasi è una patologia infiammatoria cronica della pelle che colpisce circa il 2-3% della popolazione mondiale. Le lesioni tipiche di questa patologia sono la comparsa di placche squamose ben delimitate di tipo eritematoso che possono coinvolgere qualsiasi parte della pelle, più frequentemente le superfici flessorie degli arti oltre che i palmi delle mani e le piante dei piedi ed il cuoio capel-

luto. Le lesioni psoriasiche si presentano a livello istologico come zone di iper-proliferazione, caratterizzate da un accelerato turnover epidermico, un'incompleta maturazione dei cheratinociti con i nuclei ben visibili nello strato corneo (paracheratosi), maggiore angiogenesi e infiltrazione dermica di cellule infiammatorie, come macrofagi, cellule dendritiche, cellule T e neutrofilii.

Precedenti studi scientifici su modelli murini di psoriasi hanno dimostrato che difetti primari nei cheratinociti sono sufficienti a promuovere un'iperproliferazione epidermica e lo sviluppo di reazioni immuno-infiammatorie simili a quelle osservate in corso di psoriasi.

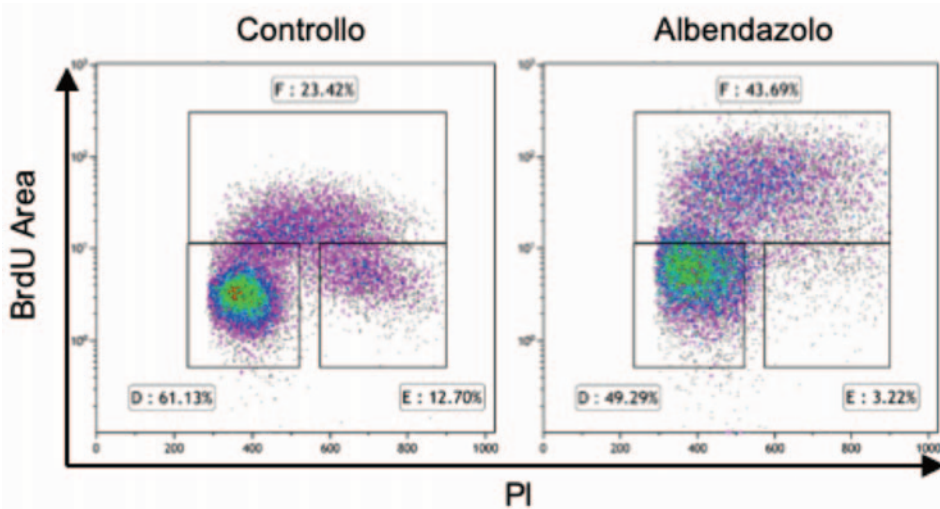
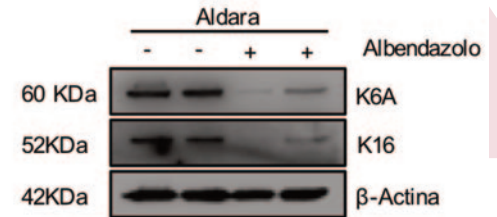
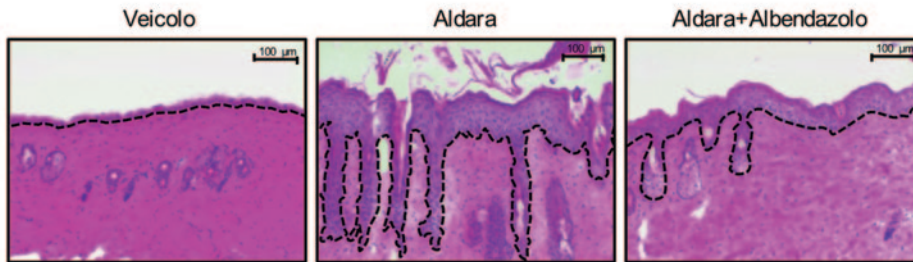
Poiché lo sviluppo di nuovi farmaci è un processo molto lungo e costoso, in questi ultimi anni sta prendendo sempre più piede il cosiddetto "riposizionamento dei farmaci" (Drug Repositioning), ovvero la possibilità di utilizzare farmaci già approvati, per curare malattie diverse da quelle per cui erano stati sviluppati.

L'Albendazolo è un farmaco antiparassitario ad ampio spettro, attivo contro la maggior parte delle parassitosi intestinali sostenute da cestodi e nematodi. Gli effetti biologici mediati dall'Albendazolo si basano principalmente sull'alterazione di alcuni meccanismi indispensabili per la sopravvivenza del parassita tra cui la polimerizzazione della tubulina e il blocco dell'utilizzo del glucosio da parte del parassita stesso.

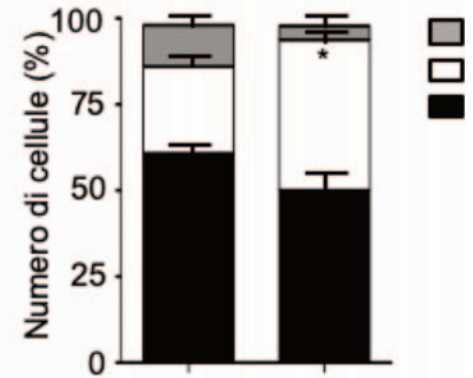
Pertanto sulla base di queste osservazioni abbiamo ipotizzato che l'albendazolo potesse regolare anche la proliferazione/attivazione dei cheratinociti ed esercitare degli effetti anti-proliferativi nella psoriasi. In questo studio abbiamo valutato la capacità terapeutica dell'albendazolo nel ridurre le lesioni psoriasiche in un modello murino di malattia e identificare il meccanismo attraverso cui tale farmaco interferisce con la proliferazione dei cheratinociti.



Colorazione con ematossilina/eosina della pelle murina dopo 4 giorni di trattamento con la crema Aldara in presenza/assenza di Albendazolo (sinistra). Pannelli rappresentativi di Western blot raffiguranti l'espressione delle citocheratine (K) 6 e 16 (destra).



Grafici rappresentativi di analisi del ciclo cellulare dei cheratinociti umani (HaCaT) trattati in presenza/assenza di Albendazolo per 24h.



Risultati

Nel nostro modello murino di psoriasi indotta dalla crema Aldara, quattro applicazioni topiche quotidiane di albendazolo hanno portato ad una riduzione significativa dello spessore epidermico, una diminuzione del numero di cheratinociti proliferanti e ad una ridotta espressione delle citocheratine (K) 6 e 16, marcatori di differenziazione e proliferazione epidermica.

Inoltre abbiamo osservato una riduzione dell'infiltrato immuno-infiammatorio nel derma con una ridotta espressione del TNF- α , IL-6, IL-17, CCL17 e CXCL2.

Successivamente abbiamo condotto

esperimenti mediante l'utilizzo di una linea di cheratinociti umani immortalizzati non tumorali denominata HaCaT. Anche in questo caso il trattamento dei cheratinociti con l'albendazolo riduceva l'espressione di K6 e K16 e inibiva reversibilmente la crescita cellulare, promuovendo l'accumulo delle cellule nella fase S del ciclo cellulare.

Abbiamo notato che questo fenomeno era accompagnato da una down-regolazione di CDC25A, una fosfatasi che regola la progressione del ciclo cellulare attraverso la fase S e dall'iper-fosforilazione di eIF2 α da parte della chinasi PKR, un inibitore selettivo

del ciclo cellulare. Abbiamo così replicato questi risultati anche *in vivo* ed osservato che nei topi trattati con l'Aldara, l'albendazolo era in grado di attivare PKR, promuovere l'iper-fosforilazione di eIF2 α e la conseguente riduzione dell'espressione di CDC25A. Questi risultati mostrano per la prima volta la capacità dell'Albendazolo nel bloccare reversibilmente la crescita dei cheratinociti esercitando un effetto terapeutico in un modello sperimentale di psoriasi.

Di Fusco D et al., *Clinical Science* 2020



Antibiotico resistenza: un problema di sanità pubblica

L'Italia è al primo posto in Europa per numero di infezioni antibiotico-resistenti, più di 200.000, e di morti, circa 10.000, causate dall'antibiotico-resistenza. Una minaccia globale in cui, come abbiamo visto con la Sars -Cov 2, non esistono confini né geografici, né politici, né tanto meno barriere di specie

Con il termine antibiotico-resistenza si intende la capacità di un batterio di resistere all'azione di uno o più farmaci antibiotici e quindi di sopravvivere e moltiplicarsi anche in loro presenza. Questa resistenza può essere sia naturale (quando il batterio è naturalmente resistente ad un antibiotico), sia acquisita (quando un batterio si adatta a resistere ad un farmaco antibiotico mediante modifiche al proprio patrimonio genetico).

Approccio "One Health"

L'antibiotico-resistenza è uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello mondiale e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha prodotto una serie di raccomandazioni e proposto varie strategie finalizzate a contenere il fenomeno con un approccio cosiddetto "One Health", un metodo in cui si considera in modo integrato la salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente. Quindi la prima cosa che credo sia importante sottolineare è che l'antibiotico-resistenza è una problematica dall'importante impatto sull'uomo, sugli animali e sull'ambiente più di quanto si possa pensare. La scoperta

Luigi Sodano,
Responsabile
branca ORL ASL
Napoli 1 centro

della difficoltà a curare le malattie infettive è drammaticamente esplosa a seguito della pandemia da Coronavirus perché si è trattato di dover affrontare un virus e una malattia assolutamente sconosciuta, ma in realtà è sempre più difficile riuscire a curare le malattie infettive, anche quelle più note o più comuni, proprio perché a causa dell'antibiotico-resistenza si possono avere conseguenze sulla qualità della vita delle persone dal rilevante impatto economico per il singolo e la collettività: la patologia, batterica in questo caso, può avere un decorso più lungo, con un forte aumento del rischio di complicanze e, purtroppo, sempre più spesso le statistiche ci parlano di esiti invalidanti e morte.

Non sta a me dirlo, ma le stesse difficoltà di cura si riflettono anche nella medicina veterinaria dove a causa della minore disponibilità di antibiotici vi sono problemi nel curare le infezioni sia degli animali domestici ma soprattutto negli allevamenti dalle conseguenze sanitarie ed economiche inimmaginabili. Non voglio entrare in un campo che non mi compete ma un accenno va al fatto che il

numero di animali domestici cresce costantemente, insieme alla maggiore attenzione per la loro salute e il loro benessere, cosa che si traduce in un numero maggiore di cure. Anche qui l'eventuale utilizzo inappropriato o indiscriminato di antibiotici e la cattiva abitudine, da parte di alcuni proprietari, di non rispettare alla lettera le prescrizioni del medico veterinario, può facilitare la diffusione della resistenza antibiotica favorita dalla crescente condivisione di abitudini e ambienti tra animali da compagnia e proprietari. Altro fattore che può contribuire all'antibiotico-resistenza è la somministrazione di antibiotici agli animali da allevamento per evitare la comparsa di malattie negli ambienti sovraffollati degli allevamenti intensivi, vedi il caso più tipico degli allevamenti di polli. Poiché gli antibiotici impiegati per curare e prevenire le infezioni batteriche negli animali destinati all'alimentazione umana appartengono alle stesse classi di quelle usate per l'uomo, è possibile che i batteri resistenti sviluppatasi negli animali siano trasmessi agli esseri umani attraverso il cibo. Va precisato che il Ministero della Salute e le Re-



One Health

Un metodo in cui si considera in modo integrato la salute dell'uomo, degli animali e dell'ambiente



gioni fanno da sempre controlli ufficiali, che rappresentano un fiore all'occhiello del nostro Paese e garantiscono alimenti sicuri sulle nostre tavole, ma naturalmente gli allevatori possono e devono fare la loro parte ricorrendo agli antibiotici solo in presenza di prescrizione del medico veterinario.

Sempre tornando alla esperienza delle infezioni virali non bisogna mai dimenticare che anche i batteri resistenti e i geni di trasmissione della resistenza non riconoscono barriere e possono passare dall'animale all'uomo e viceversa.

Italia prima in Ue per morti causate dall'antibiotico-resistenza

Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è una minaccia globale in cui non si riconoscono confini né geografici, né politici, né tanto meno barriere di specie anche se gli studi hanno dimostrato nel tempo iniziali differenze tra un Paese e l'altro con la tendenza graduale a equipararsi.

Secondo recenti studi europei, purtroppo l'Italia è al primo posto in Europa per numero di infezioni antibiotico-resistenti (più di 200.000) e di

In Italia

Infezioni causate dall'antibiotico-resistenza

200.000

Morti causate dall'antibiotico-resistenza

10.000

morti (circa 10.000) causate dall'antibiotico-resistenza; la maggior parte delle infezioni antibiotico-resistenti è dovuta ad infezioni ospedaliere provocate da batteri multiresistenti.

In Italia, nel 2017 è stato approvato il "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020" contenente le strategie utili a contrastare il fenomeno a livello locale, regionale e nazionale in accordo con gli obiettivi dei piani di azione dell'OMS e dell'UE.

La sorveglianza nazionale dell'antibiotico-resistenza è coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e si basa su una rete di laboratori di microbiologia ospedalieri distribuiti su tutto il territorio nazionale che, annualmente, forniscono all'ISS i dati di antibiotico-resistenza relativi ad un selezionato gruppo di microrganismi isolati da infezioni importanti clinicamente (batteriemie o meningiti). Per ogni microrganismo, l'attenzione è posta prevalentemente su alcuni antibiotici o classi di antibiotici particolarmente significativi in terapia. La sorveglianza permette di monitorare di anno in anno l'andamento

dell'antibiotico-resistenza in Italia analizzando i dati provenienti da laboratori ospedalieri presenti in tutte le regioni italiane.

Va detto che non si tratta solo di un uso sbagliato o superfluo perché non va sottovalutato il rischio del rilascio nell'ambiente dei residui di questi medicinali, che vanno a contaminare acqua, suolo e vegetazione rimanendo attivi nell'ambiente contribuendo a selezionare batteri resistenti.

Uso errato degli antibiotici

Non per ripetere cose già note ma purtroppo va sempre ribadito che: gli antibiotici sono medicinali efficaci esclusivamente per contrastare le malattie causate da batteri laddove sono inutili per curare infezioni virali, come ad esempio il raffreddore o l'influenza, vanno assunti solo dopo valutazione da parte di un medico. Non sono mai rientrati tra i medicinali da automedicazione e, in farmacia, possono essere venduti esclusivamente dietro presentazione di ricetta medica. Sono farmaci per i quali contrariamente a quello che comunemente si crede è indispensabile seguire scrupolosamente le indicazioni del me-



dico relativamente al dosaggio, alla tempistica e alla durata della terapia e troppo spesso lo stesso paziente di sua iniziativa modifica dosaggio e tempistica. Nella mia esperienza di otorinolaringoiatra è frequente constatare che i pazienti, o spesso le mamme dei pazienti più piccoli, alla prima scomparsa o attenuazione della sintomatologia, di loro iniziativa modificano la posologia e i tempi della terapia pur prescritta.

Ci sono patologie per le quali vanno bene alcune classi di antibiotici, ve ne sono altre per le quali possono andare bene più classi di antibiotici, e non bisogna mai dimenticare la necessità di tener presente l'età del paziente, le patologie croniche o ancor di più la cosiddetta policronicità ormai diffusa, l'uso contemporaneo di altri farmaci che possono o meno entrare in conflitto con l'antibiotico scelto. L'uso corretto e responsabile devono diventare le parole d'ordine per evitare un pericoloso ritorno al passato quando gli antibiotici non esistevano e le malattie infettive avevano spesso un esito fatale. Quindi prescrizione da parte del medico, assunzione delle dosi consigliate, senza ec-

cedere o ridurre autonomamente il dosaggio nei tempi prescritti dal medico, per non ridurre l'efficacia della terapia e aumentare il rischio che i batteri sviluppino resistenza all'azione di quell'antibiotico, rendendolo quindi inutile. Uno degli errori più grandi che si fanno è ritenere autonomamente che una infezione simile alla precedente possa essere curata con l'antibiotico senza consultare il medico, laddove invece molte malattie infettive presentano sintomi simili ma sono provocate da microrganismi assolutamente differenti e possono richiedere o meno la necessità di intraprendere la terapia antibiotica e il tipo di antibiotico da assumere.

Cosa fare per ridurre l'antibiotico-resistenza?

A questo punto la domanda è che cosa si deve fare per ridurre la antibiotico-resistenza? Non sono solo le cose che ho detto prima sull'uso controllato della terapia antibiotica ma paradossalmente la risposta è

Uno degli errori più grandi che si fanno è ritenere autonomamente che una infezione simile alla precedente possa essere curata con l'antibiotico senza consultare il medico

soprattutto evitare le infezioni e se c'è una cosa che la pandemia ci sta insegnando è proprio come evitare di infettarsi attraverso una attenzione all'igiene che forse si era persa: lavarsi le mani regolarmente con acqua e sapone, soprattutto dopo aver usato il bagno, dopo aver viaggiato sui mezzi pubblici, dopo aver maneggiato la spazzatura o essere stati a contatto con animali, prima di mangiare, prima di preparare i cibi e dopo la manipolazione di carni crude. I prodotti alimentari di origine animale sono spesso contaminati da batteri e quindi possono costituire una via di trasmissione anche di batteri antibiotico-resistenti. Anche frutta e verdura possono essere una via di trasmissione, se venute a contatto con rifiuti animali o acqua contaminata, quindi è importante lavarle bene e mantenere le superfici di lavoro della cucina sempre pulite. E se non si ha a disposizione acqua e sapone si possono usare i gel idroalcolici che purtroppo oggi sono diventati di uso quotidiano ma sono effettivamente efficaci.

Cosa stiamo rischiando?

Che cosa può accadere? Si rischia seriamente di tornare all'era pre-antibiotica, quando i trapianti di organi, la chemioterapia, la terapia intensiva e tutte le altre procedure mediche, incluse alcune cure odontoiatriche, non sarebbero più possibili senza l'insorgenza di infezioni anche gravi. Le malattie batteriche si diffonderebbero e potrebbero non essere più curabili con aumento dei pazienti morti per le infezioni. Dato che purtroppo la ricerca da qualche anno ha abbandonato o fortemente ridotto gli investimenti in questo campo, bisogna impegnarsi per mantenere efficaci gli antibiotici attuali e assicurarsi che funzionino ancora in futuro. Si tratta di una responsabilità condivisa primariamente dai Governi nazionali e istituzioni sanitarie internazionali ma anche dai pazienti, genitori, medici, infermieri, farmacisti, veterinari, allevatori, agricoltori, gente comune.



Questi strumenti sono utili poiché, se integrati con altri dispositivi, consentono di compiere una valutazione iniziale approfondita. Tra i più utilizzati nei contesti ambulatoriali: il test di Rorschach, quella della Figura Umana e il Disegno dell'Albero

La valutazione diagnostica ai tempi del Covid-19: l'uso dei test proiettivi nei contesti sanitari



La pandemia, che fa da sfondo alle nostre vite da un anno a questa parte, ha limitato la possibilità di vedersi, di ritrovarsi e di comunicare. Ad aver sofferto di più questa condizione di perenne distanziamento e reclusione sono per lo più i giovani e gli anziani, le fasce estreme e più a rischio della nostra società. Fenomeni di ansia, stress e depressione sono in aumento tra i giovani a causa dell'iso-

lamento forzato a cui sono stati sottoposti negli ultimi mesi e questo ha incrementato, negli ambulatori del Servizio sanitario nazionale, l'esigenza di rapide e accurate valutazioni cliniche per impostare modalità di intervento efficaci.

È fondamentale per lo Psicologo-Psicoterapeuta – da specialista – avere un quadro preciso della personalità del paziente, oltre che dei sintomi



che quest'ultimo presenta e per realizzare tale premessa, la strumentazione professionale di cui può avvalersi è rappresentata principalmente dal colloquio, dall'osservazione e dai test grafici proiettivi. I test psicologici, risultano quindi strumenti utili perché, integrati con altri strumenti diagnostici, consentono di compiere una valutazione iniziale (assessment) approfondita. Essi si prestano bene ad essere utilizzati sia con gli adulti che con i bambini. In particolare, i test proiettivi che utilizzano il disegno, detti test grafici proiettivi, sono particolarmente utili per conoscere approfonditamente gli aspetti più intimi del soggetto in maniera poco intrusiva. Il soggetto, infatti, preso dall'aspetto ludico dell'esperienza proposta, proietta quasi senza accorgersene sentimenti, emozioni, paure e desideri. Il metodo inoltre ha il vantaggio di essere di facile applicazione, può essere eseguito in un tempo non particolarmente lungo, è utilizzabile anche con le persone che hanno difficoltà nell'esprimersi verbalmente e



I test proiettivi che utilizzano il disegno, detti test grafici proiettivi, sono particolarmente utili per conoscere gli aspetti più intimi del soggetto in maniera poco intrusiva

può essere applicato con soggetti di scarsa cultura o stranieri. I test psicologici, conosciuti e utilizzati in modo corretto, diventano un valido veicolo di informazioni necessarie rispetto agli aspetti comportamentali, cognitivi e di personalità. In altre parole essi consistono in una valutazione e misurazione - attraverso schemi attendibili e convalidati - delle differenze mentali fra gli individui o i gruppi, o delle diverse reazioni dello stesso individuo in situazioni diverse e sono utilizzati sia per contribuire alla diagnosi psicologica, sia nell'orientamento professionale. Tra i più noti test proiettivi utilizzati nei contesti ambulatoriali troviamo il test di Rorschach, il test della Figura Umana e il Disegno dell'Albero.

Il test di Rorschach, dal nome del suo creatore Hermann Rorschach (1884-1922), è un noto test psicologico proiettivo utilizzato per l'indagine della personalità. In particolare, fornisce dati utili per quanto riguarda il funzionamento del pensiero, l'esame di

realtà, il disagio affettivo e la capacità di rappresentazione corretta di sé e degli altri nelle relazioni. Si tratta inoltre di uno strumento che non lascia spazio alle mezze misure. Risulta al tempo stesso difeso e criticato. Il Rorschach è complementare alle abilità del professionista che si appresta a somministrarlo e ad interpretarlo. A differenza di altri test, il Rorschach è molto complesso e necessita di un adeguato training per poter essere somministrato e poi interpretato. La novità apportata da H. Rorschach è l'ideazione di una sorta di codice utile a fissare con una sigla ciò che il soggetto vede nelle macchie, dove lo vede e perché. Oltreché una serie di manifestazioni particolari, come turbandamenti o commenti che il soggetto fa nei confronti delle macchie e dell'esaminatore.

È possibile inoltre, distinguere due filoni d'indagine: il metodo americano, francese e infine il metodo italiano sviluppato dal professor Carlo Rizzo. La metodologia Exneriana ha avuto da un lato il merito di aver standardizzato l'approccio allo strumento. La metodologia francese invece privilegia l'interpretazione più a carattere simbolico di chiara matrice psicodinamica, non approfondendo gli aspetti statistici. Il metodo italiano, portato avanti dalla scuola Romana Rorschach, rappresenta un'integrazione dei due filoni precedentemente riferiti. L'intento di Rizzo era quello di sfruttare le interpretazioni del test, la relazione tra l'esaminato e l'esaminatore e le interpretazioni simboliche senza però tralasciare gli aspetti psicometrici.

Il test si compone essenzialmente di 10 tavole, su ciascuna delle quali è riportata una macchia d'inchiostro simmetrica: 5 monocromatiche, 2 bicolori e 3 colorate. Le tavole vengono sottoposte all'attenzione del soggetto una alla volta e, per ciascuna e senza limiti di tempo imposto, gli viene chiesto di esprimere tutto ciò cui secondo lui la tavola somiglia.



Il disegno della figura umana è uno dei test più semplici, ed è il primo ad essere somministrato. Questo strumento ha diversi punti di forza, ed è definito un test qualitativo, poiché ci consente di valutare la qualità del prodotto. Questo test è definito proiettivo, in cui il foglio bianco funge da “ambiente” su cui noi ci relazioniamo; ognuno disegnerà a modo proprio in base al proprio vissuto. Più che test si tratta di DISEGNO che però arriva ad essere test perché consente alla persona di esprimere la propria vita e ci permette di capire lo sviluppo sia cognitivo che affettivo del bambino. E ciò a partire dai primi grafismi. Nei primi due anni di vita il bambino scopre molto presto che può lasciare una traccia di sé, ciò avviene in modo casuale. Gli basta una superficie liscia e il proprio dito incomincia ad incidere una linea sulla sabbia, oppure tracciando un segno sul vetro appannato.

Da tutto ciò il bambino resta affascinato. Dai tre ai quattro anni con la comparsa del cerchio nasce il primo abbozzo della figura umana. A quattro anni

il bambino arriva a produrre un disegno della persona ben riconoscibile, i bambini più esperti riescono anche ad ottenere determinate figure geometriche. In questa fase compare una certa unità stilistica del disegno, una maggiore espressività e un minore schematismo. Infine se il bambino ha a disposizione dei colori è in grado anche di riempire le forme con i colori. Dai sette anni in poi il bambino impara a riconoscersi in quella figura che ha rappresentato, a volte ricorre alla fotografia per aggirare gli ostacoli che la riproduzione dell'oggetto gli pone. Da questo momento in poi si inizia ad esprimere il rapporto affettivo con l'oggetto disegnato. Dalla preadolescenza all'adolescenza si compie il processo di maturazione intellettuale del ragazzo, questi possiedono ormai un vasto repertorio di schemi figurati che può utilizzare.

Il test del disegno dell'albero fa parte della famiglia dei test proiettivi grafici. Le tecniche proiettive sono metodologie di indagine globale della personalità la quale viene

considerata come una totalità in evoluzione di cui gli elementi costitutivi sono in interazione. Attraverso la produzione spontanea del soggetto vengono valutati gli elementi che egli proietta evocando, attraverso lo stimolo ambiguo proposto, “situazioni nuove, inconsuete, ambigue, davanti le quali l'individuo, per sedare ansia, mette in atto i suoi processi per dare forma e/o significato agli stimoli, svelando così la struttura del suo pensiero, la sua modalità di affrontare le situazioni, i meccanismi che attua per uniformarsi in modo adeguato alle nuove realtà, mettendo a nudo le sue problematiche, i suoi timori, le sue speranze”. La peculiarità di tali tecniche consiste, oltre che nella scarsa strutturazione

dello stimolo proposto, nella vaghezza della consegna in relazione al compito richiesto, fattori che permettono libertà di espressione del soggetto, il quale proietta contenuti inconsci e meccanismi difensivi. La paternità del termine “test proiettivo” è da attribuire a L. Frank, il quale lo definisce come “metodo di studio della personalità che pone il soggetto a confronto con una situazione alla quale egli risponde secondo il significato che tale situazione ha per lui e secondo ciò che egli sente in sé nel corso della risposta. Il carattere essenziale delle tecniche proiettive sta nel fatto che esse evocano nel soggetto ciò che, in diversi modi, è l'espressione del suo modo personale”. Le tecniche proiettive possono venire suddivise in quattro categorie. Tale suddivisione, proposta da Frank, poggia sulla tipologia del materiale somministrato e sulla metodologia in cui è organizzata la prova, si possono così individuare: metodi proiettivi, costitutivi, metodi interpretativi, metodi proiettivi cartacei e metodi proiettivi costruttivi.

BIBLIOGRAFIA

- BOHM E. “Manuale di Psicodiagnostica di Rorschach”. Giunti (1998).
- MOCCIA G., Solano L., “Psicoanalisi e Neuroscienze”. Franco Angeli (2009).
- RIZZO C. “L'Adulto Sano di Mente, alla Luce della Psicodiagnosi Rorschach”. Dispensa della Scuola Romana Rorschach.
- ROBERTI L. “Il Test Del Disegno dell'Albero”. Guida all'interpretazione in ambito clinico e fiorense. Franco Angeli (2017). I Edizione.

Identità di genere ed endocrinologo territoriale



L'identità di genere è materia inerente l'attività clinica dell'Endocrinologo territoriale? Sicuramente sì, poiché questo professionista, formato e competente, ha un ruolo fondamentale nella gestione delle persone con varianza di genere

Per legge, basandosi sull'osservazione dei genitali esterni, alla nascita viene attribuito il "sesso" che è l'insieme delle caratteristiche biologiche con le quali una persona nasce – per esempio i cromosomi sessuali (XY per i maschi e XX per le femmine), le gonadi (testicoli per i maschi e ovaie per le femmine), i genitali e gli ormoni sessuali – e che in base alla logica binaria è solo maschile o femminile. **I caratteri sessuali**, primari e secondari, sono il complesso delle caratteristiche che differenziano un sesso biologico dall'altro.

Si parla di persone *cisgender* quando l'identità di genere è in linea con il sesso assegnato alla nascita ma non sempre il sesso attribuito alla nascita è congruo con l'**Identità di genere**,

Adriana Godano
Specialista
ambulatoriale,
Endocrinologa
ed Androloga,
ASL Città di Torino,
Socio Fondatore
e Past President
ONIG, membro
WPATH

che designa il «sentimento di appartenenza» all'uno o all'altro genere, permettendo alla maggior parte di noi di dire: «Io sono un uomo, io sono una donna (o nessuno dei due)», indipendentemente dal sesso anatomico di nascita. Il **genere** si riferisce alle caratteristiche definite socialmente che distinguono il maschile dal femminile, vale a dire norme, ruoli e relazioni tra individui definiti come maschi e femmine e che risentono del contesto storico e socio-culturale.

L'Incongruenza di Genere è una condizione caratterizzata da una significativa e persistente incongruenza tra l'identità di genere ed il sesso assegnato alla nascita. Questa definizione compare nell'ultima edizione della classificazione internazionale



delle malattie (ICD-11), redatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ed è inclusa tra le condizioni correlate alla salute sessuale, e non alla patologia.

La **Varianza di genere** si riferisce alla condizione di tutte quelle persone la cui identità di genere o espressione di genere differisce da ciò che è considerato comunemente appropriato per il sesso assegnato alla nascita (maschile o femminile).

Il termine **Disforia di Genere (D.G.)** designa il disagio o la sofferenza dovuti all'incongruenza tra l'identità di genere, il sesso assegnato alla nascita e/o i caratteri sessuali primari e secondari. Inizialmente era definita come "Disturbo di Identità di Genere" (D.I.G.), termine abolito nel 2013 dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5), perché patologizzante. Tale condizione si associa a una profonda sofferenza che compromette lo svolgimento delle attività in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. Oggi la D.G. non è più considerata una patologia ma una variante dell'identità di genere.

Transessuale è una persona che si sente uomo in un corpo femminile o donna in un corpo maschile. Termine oggi meno utilizzato, sta a indicare quelle persone transgender che desiderano modificare il proprio corpo attraverso trattamenti ormonali e/o chirurgici.

FtM: persona alla quale alla nascita è stato assegnato il sesso femminile e che ha cambiato, sta cambiando o desidera cambiare il proprio corpo e/o la propria identità di genere in direzione maschile. Il termine più appropriato per indicare la persona FtM è uomo transgender o transmen.

MtF: persona alla quale alla nascita è stato assegnato il sesso maschile e che ha cambiato, sta cambiando o desidera cambiare il proprio corpo e/o la propria identità di genere in direzione femminile. Il termine più appropriato per indicare la persona MtF

è donna transgender o transwoman. Transgender: è un aggettivo, non un sostantivo, che indica le persone la cui identità di genere e/o ruolo di genere non si allineano al sesso assegnato alla nascita. Il termine transgender non indica attrazione o orientamento sessuale; sono persone che non sentono di appartenere in maniera rigida né all'uno né all'altro genere. Le identità transgender sono sempre più riconosciute come in sé comprendenti un ampio e variegato spettro di espressioni e come possibile declinazione esistenziale, da sempre documentata in differenti aree geografiche e contesti storici al di là di qualsivoglia istanza patologizzante.

TGNC: persone transgender e gender con conforming.

Pertanto il termine **AFAB** "Assigned Female At Birth", femmina assegnata alla nascita, include donne cisgender, uomini transgender e persone non binarie mentre **AMAB** "Assigned Male At Birth", maschio assegnato alla nascita, include uomini cisgender, donne transgender, persone non binarie.

Gender fluid: espressione utilizzata per descrivere quelle persone la cui identità di genere fluttua tra i generi variando a seconda del momento o di altre circostanze. Essere gender fluid non ha nulla a che vedere con l'aspetto fisico, con i caratteri sessuali o con l'orientamento sessuale.

L'espressione "**Non-Binary And Genderqueer**" (NBGQ) si riferisce all'identità di genere di coloro che non si riconoscono nel binarismo di genere.

Agender: "senza genere", si riferisce alle persone che non si identificano in nessun genere.

Infine, e fondamentale, l'**Orientamento sessuale** indica l'attrazione fisica, emozionale, romantica e/o sessuale di una persona per un'altra ed è ben distinto dal sesso biologico, dall'identità di genere e dal ruolo di genere.

Un po' di storia.

Il Consultorio di Sessuologia e l'ONIG



...ricordo il mio sconcerto nel cercare in sala d'attesa un paziente con un nome pesantemente maschile ed affacciarsi una fanciulla bionda...

Vidi il mio primo paziente "trans"¹ (anzi, la mia prima paziente trans) nel 1983.

L'anno prima era stata approvata in Italia una legge per regolamentare il cambiamento di sesso: L.164/14 aprile 1982 "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso", successivamente modificata dal Decreto legislativo n. 150 del 1/9/2011 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale N. 220 del 21 Settembre 2011 (Disposizioni complementari al codice di procedura civile in materia di riduzione e semplificazione dei procedimenti civili di cognizione, ai sensi dell'articolo 54 della legge 18 giugno 2009, n. 69. (1110192) per cui il testo attuale è vigente a far data dal 6/10/2011.

All'epoca lavoravo al Consultorio di Sessuologia dell'Ospedale Mauriziano (primo in Italia ad occuparsi di Sessuologia e di Identità di Genere) ed io, nonostante una Laurea in Medicina ed una specializzazione in Endocrinologia conseguite a pieni voti, non conoscevo né il significato della parola "transessuale" né di Identità di Genere poiché non si studiava nel corso di Laurea né in quello del corso di Specializzazione. Ricordo il mio sconcerto nel cercare in sala d'attesa un paziente con un nome pesantemente maschile ed affacciarsi una fanciulla bionda. E il mio sconcerto aumentò ulteriormente al momento della visita poiché il mio sguardo non

¹ Utilizzo qui il termine "trans" che è quello utilizzato all'epoca. Successivamente per brevità utilizzerò il termine T* che comprende tutte le varianze di genere.

poteva cogliere l'insieme: era una ragazza dall'ombelico in su, con un bel seno, ed inequivocabilmente maschio dall'ombelico in giù. Era il primo paziente che si rivolgeva al nostro Consultorio e obbligando la nostra équipe a studiare; però all'epoca non esistevano libri di testo sui quali studiare, né letteratura scientifica e i medici, anche specialisti, non sapevano neppure la differenza tra orientamento sessuale ed identità di genere. Comparvero i primi articoli su riviste scientifiche, si iniziò a parlarne nei convegni di Sessuologia.

La mia esperienza al Consultorio di Sessuologia è stata fondamentale per acquisire la capacità di lavorare in équipe multidisciplinare in un periodo in cui non era consuetudine e non esisteva ancora la "rete", intesa come Internet: riunioni settimanali di discussione dei casi tra Professionisti che parlavano linguaggi differenti (Assistente Sociale, Endocrinologa, Psicologa, Psichiatra, Ginecologa, Urologo, Chirurgo Plastico...) e imparavano a capirsi. Come endocrinologa ho inevitabilmente acquisito una sensibilità psicologica.

I primi anni imparai dai/dalle pazienti a utilizzare alcune terapie che scoprii avere un potere impensato sul corpo: corpo come tabula rasa, che cambiava con gli ormoni, e le persone sbocciavano, rifiorivano. L'unico articolo esistente in Letteratura relativo alle terapie ormonali nel "Trans" era per l'appunto del 1983 (Futterweit et al.).

Per i primi anni le persone "trans" aderivano alla logica binaria del sesso, essendo essi stessi binari: donne che si sentivano maschi e volevano acquisire il più possibile le sembianze maschili tramite terapie ormonali ed interventi chirurgici e maschi che si sentivano femmine. Successivamente sono emerse la varianza e la fluidità di genere: le persone Gender non Conforming, Non-Binary, Gender Fluid e via dicendo. Ancora una volta mi sono trovata a dover studiare, a



In Italia esistono diversi gruppi di lavoro multidisciplinari (Centri ONIG, www.onig.it), nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, che si rifanno alle linee guida dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere, così come Professionisti, "Psi" ed Endocrinologi

modificare il mio operato, a scrivere, con gli altri Endocrinologi esperti, un capitolo nuovo della terapia ormonale.

Nel 1996 i pochi Professionisti e i rappresentanti delle Associazioni delle persone interessate che a livello Nazionale si occupavano del tema del Transgenderismo (così definito all'epoca) crearono una "segreteria costituente" che portò nel 1998 alla nascita dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere (ONIG)(2) che stilò i primi Standard d'intervento, recentemente modificati dopo ampia discussione all'interno dell'ONIG e con le associazioni di persone T* (espressione che comprende tutte le varianze di genere), Standard sui percorsi di affermazione di genere nell'ambito della presa in carico delle persone Transgender e Gender Non-conforming -TGNC.

L'ONIG condivide i principi della "World Professional Association for Transgender Health" (WPATH)(3), in passato definito "Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association" (HBIIGDA), organizzazione mondiale multidisciplinare *no profit* di professionisti impegnati nella tutela della salute e del benessere delle persone transgender, adattandoli alla realtà nazionale. Nel 1999 sono state pubblicate le Linee Guida Endocrinologiche Italiane (4) e quelle dell'Endocrine Society (5), successivamente riviste nel 2017 (6).

Dove rivolgersi in Italia

In Italia esistono diversi gruppi di lavoro multidisciplinari (Centri ONIG, www.onig.it), nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, che si rifanno alle linee guida dell'Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere, così come Professionisti, "Psi"² ed Endocrinologi, che hanno acquisito competenza ed esperienza nel settore, ed anche se non lavorano in un Centro Regionale, lavorano in rete in team

² "Psi": Psicologi, Psicoterapeuti e Psichiatri

multidisciplinari, come la sottoscritta. Quasi tutti i Centri ONIG offrono anche la possibilità di effettuare uno o più interventi chirurgici di affermazione del genere. Occorre ricordare che per essere inseriti nelle liste d'attesa chirurgiche è indispensabile aver ottenuto l'autorizzazione all'intervento da parte del Tribunale di residenza.

Ulteriori informazioni possono essere reperite sul portale InfoTrans, il portale istituzionale dell'Istituto Superiore di Sanità dedicato al benessere e alla salute delle persone transgender che ha come obiettivo primario definire lo stato di salute della popolazione transgender adulta in Italia, e come obiettivo secondario comparare lo stato di salute della popolazione transgender adulta con quello della popolazione generale.

Cosa chiede una persona T* all'Endocrinologo.

La terapia affermativa di genere (cross sex)

L'Endocrinologo è colui che ha il "potere" di prescrivere gli ormoni che consentono di modificare il corpo rendendolo più simile a ciò che la persona sente di essere (ovvero alla sua identità di genere). Anche qui negli anni le richieste sono variate: dai primi decenni nei quali la terapia ormonale cross sex era la richiesta fondamentale di tutti i pazienti, prima di arrivare all'intervento chirurgico, oggi non sempre è richiesta, o è richiesta solo parzialmente. Sono nati gruppi di "trans non med", cioè persone che esprimono un'identità di genere non congrua con il sesso assegnato alla nascita, ma che non desiderano terapia ormonale: esprimono il loro genere attraverso abbigliamento, comportamento, etc..

L'Endocrinologo che si occupa di persone T* deve avere un approccio clinico appropriato che presuppone innanzitutto una visione libera da qualsiasi pregiudizio ed adottare una pro-

spettiva aperta sull'identità sessuale e di genere, riconoscendo che essa può essere vissuta ed espressa in differenti modi che possono andare al di là della dicotomia tradizionale maschile/femminile e del modello eteronormativo.

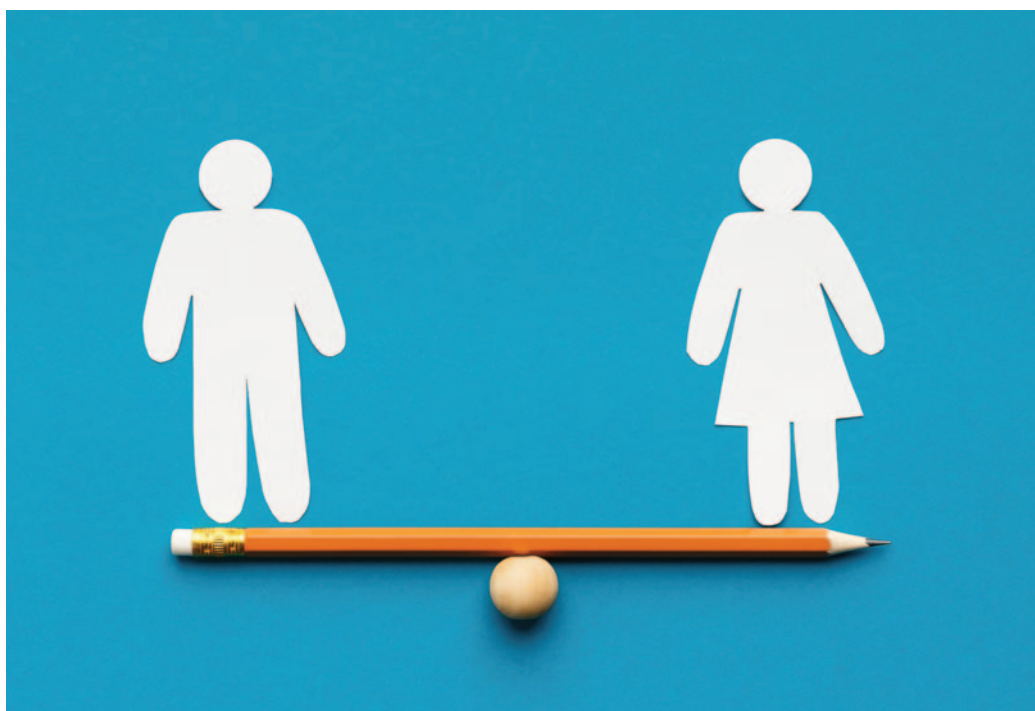
Il percorso di affermazione di Genere o di transizione.

È il percorso che porta una persona ad appartenere al genere in linea con l'identità di genere percepita.

Chi desidera una terapia ormonale inizia un percorso che prevede una valutazione psicologica parallela a quella endocrinologica (vedi Standard sui Percorsi di Affermazione, www.onig.it). Il percorso psicologico è una delle fasi fondamentali ma non obbligatoria del processo di transizione anche se spesso è vissuto come "obbligo", e pertanto non adeguatamente sfruttato dalle persone T*. In realtà ha una doppia valenza, diagnostica e terapeutica/supportiva: la prima ha lo scopo di valutare correttamente la situazione visto l'impatto che i passi successivi possono avere sulla persona, mentre la seconda deve servire da "appoggio" alla persona per aiutarla nei momenti difficili del percorso (comunicazione alla famiglia, agli amici, nell'ambiente di lavoro, reazioni emotive ai cambiamenti fisici...).

L'Endocrinologo che prende in carico la persona deve valutare innanzitutto la domanda e le aspettative. Quindi esegue una normale visita endocrinologica con anamnesi, E.O. e prescrizione di esami. Se il caso, molto raramente, richiede una visita psichiatrica. Nella visita successiva valuta gli accertamenti eseguiti e, qualora ci siano le condizioni (indicazioni e controindicazioni), prescrive la terapia cross sex (= di affermazione sessuale) a seguito di consenso informato.

Lo scopo della terapia è modificare i caratteri sessuali secondari femminilizzando l'aspetto nelle AMAB e



Le determine Aifa

Determina n. 104272/2020: Inserimento dei medicinali testosterone, testosterone undecanoato, testosterone enantato, esteri del testosterone nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per l'impiego nel processo di virilizzazione di uomini transgender, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere formulata da una équipe multidisciplinare e specialistica dedicata. (GU Serie Generale n. 242 del 30-09-2020).

Determina n. 104273/2020: Inserimento dei medicinali estradiolo, estradiolo emiidrato, estradiolo valerato, ciproterone acetato, spironolattone, leuprolide acetato e triptorelina nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi della legge 23 dicembre 1996, n. 648, per l'impiego nel processo di femminilizzazione di donne transgender, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere, formulata da una équipe multidisciplinare e specialistica dedicata. (GU Serie Generale n. 242 del 30-09-2020)

mascolinizzarlo negli FAMB, per quanto possibile, inibendo anche le manifestazioni fisiche del sesso biologico di appartenenza (inibire/ridurre erezione ed eiaculazione, bloccare il ciclo mestruale). Tale trattamento deve essere strettamente personalizzato in base ai desideri del richiedente, le sue condizioni cliniche, le eventuali problematiche contingenti e dev'essere finalizzato al benessere psico-fisico globale

La terapia ormonale determina effetti sia fisici che psicologici e pertanto ha anche una forte valenza «auto-diagnostica», in quanto tali effetti possono determinare una spinta confermativa o, al contrario, indurlo a riconsiderare tutto il percorso. Se assunta per un periodo di tempo limitato, non valutabile con certezza a priori, è reversibile.

Problemi aperti della terapia cross sex

La prescrizione della terapia cross sex, a differenza dell'intervento chirurgico di affermazione di Genere e

della variazione anagrafica, non necessita di autorizzazione del Tribunale e anche in questo campo negli anni '80 il Consultorio di Sessuologia di Torino fece giurisprudenza a livello Nazionale.

La terapia cross sex in Italia è *ab initio off label* in quanto l'indicazione "D.G." nonostante decenni di lotte non è mai stata inserita nelle schede tecniche dei farmaci utilizzati. La nostra legislazione permette di prescrivere in modalità "off label" per comprovate esigenze sulla base di una solida letteratura scientifica, in assenza di preparati con specifica indicazione di vendita e con consenso informato ben dettagliato firmato prima di iniziare l'assunzione. Ed essendo farmaci prescritti *off label*, anche se dispensati dal S.S.N., sono a carico del paziente.

La situazione in Italia è a macchia di leopardo: in alcune poche Regioni i farmaci sono dispensati gratuitamente in altre, no. In Piemonte, dopo la cessazione dell'attività del Consultorio di Sessuologia, nel marzo 2005 per volere della Regione fu istituito il CIDIGEM (Centro Interdipartimentale Disforia di Genere Molinette) presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni Battista di Torino. La Giunta Regionale del Piemonte deliberò poi (DGR 14 luglio 2008, n. 9-9173) che il CIDIGEM divenisse Centro di riferimento regionale in materia di trattamento psicologico, medico e chirurgico dei soggetti interessati da disturbi³ di identità di genere nonché, sempre in detta materia, di integrazione con le reti dei servizi del sistema sanitario regionale e di progettazione di iniziative di informazione e formazione. Tale qualifica fu confermata con Deliberazione della Giunta Regionale 21 dicembre 2015, n. 68-2678. Sin dalla nascita del CIDIGEM, le persone residenti in Piemonte, in carico ad esso,

hanno diritto alla erogazione gratuita della terapia cross sex mentre i pazienti seguiti da Endocrinologi del SSN devono acquistare i farmaci a pagamento il che costituisce una grave disparità di opportunità essendo tutti seguiti in ambito di SSN.

Questa problematica discriminante è stata risolta in parte da due recenti determinazioni AIFA (23/09/20) (7) che hanno stabilito che gli estrogeni, gli antiandrogeni e androgeni possono essere dispensati gratuitamente con Piano Terapeutico redatto da équipe multiprofessionali a seguito di diagnosi di D.G., per la "femminilizzazione di donne trans gender" e per la "virilizzazione di uomini trans gender".

Risolto in parte per tre motivi il primo: poiché le suddette determinazioni tutt'oggi non hanno definito cosa s'intenda per "équipe multidisciplinari e specialistica dedicata" e spetterebbe alle Regioni definirle e disciplinarle; perché la necessità di una "diagnosi di D.G./incongruenza di genere" si scontra contro le esigenze delle persone T* di autodeterminazione nell'ottica di depatologizzazione; e infine perché non tiene conto delle persone non-binary.

La Real Life Experience

È il periodo di tempo successivo all'inizio della terapia di affermazione di genere durante il quale si sperimentano i cambiamenti fisici, emotivi e sociali collegati all'identità di genere percepita.

In passato era definito «**test di vita reale**» (Real Life Test, WPATH SOC 6). Nella più recente versione degli standard di cura del WPATH (SOC 7) e degli Standard dell'ONIG tale criterio è stato eliminato e non rappresenta un requisito necessario anche se ritenuto utile.

Il «follow-up»

La terapia ormonale cross sex, come tutte le terapie in Medicina, una volta iniziata, dev'essere monitorata nel

tempo, sia per chi desidera solo l'adeguamento ormonale e non richiede interventi chirurgici, sia per chi accede alla Chirurgia Affermativa del Genere (un tempo definita Riconversione Sessuale Chirurgica, RCS) che, intervenendo sui caratteri sessuali primari e/o secondari ha l'obiettivo di adattare l'aspetto fisico di un individuo alla sua identità di genere.

Questo è un aspetto spesso trascurato dai pazienti, che non ne riconoscono l'utilità, sia per la propria salute, sia in termini di «informazioni di ritorno» utili per coloro che verranno dopo: la Scienza Medica progredisce anche grazie all'esperienza.

Conclusioni

In conclusione, l'Endocrinologo Territoriale, formato e competente ha un ruolo fondamentale nella gestione delle persone T*.

È un'importante sfida per il Professionista perché non sono sufficienti le "nozioni" apprese in campo endocrinologico ma è indispensabile la capacità di una presa in carico in stretta collaborazione con le altre figure professionali (Psi, Chirurghi, Legali) coinvolte nel percorso di affermazione di genere. Inoltre, l'Endocrinologo deve essere scevro da pregiudizi e stigma.

Bibliografia

- 1) www.infotrans.it
- 2) www.onig.it
- 3) www.wpath.org
- 4) Godano et al J Endocrinol Invest 32:857-64,2009
- 5) Endocrine Treatment of Transsexual Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline J Clin Endocrinol Metab 94(9): 3132-3154, September 2009
- 6) Hembree et al., J Clin Endocrinol Metab, November 2017, 102(11):1-35
- 7) Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n.242 del 30-09-2020

3 All'epoca erano ancora definiti Disturbi dell'Identità di Genere e non Disforia di Genere, come attualmente.



Sumai

ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org





Quotidiano on line di informazione sanitaria

Quotidiano on line

**Il primo quotidiano on line
interamente dedicato
al mondo della sanità.**

quotidiano **sanità.it**

**Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale e regionale,
economia e legislazione.**

**Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi e commenti
dal mondo della sanità.**



www.quotidianosanita.it

Utenti unici
1,2 MLN
Pageviews
1,4 MLN
Dati da
Google Analytics
dell'ultimo mese

QSe

**Quotidiano
Sanità**
edizioni

Ogni giorno sul web tutta la sanità che conta.