

medical
network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

ANNO XXII
NUMERO 2 | 2022
TRIMESTRALE



Autonomia delle casse di previdenza

**Quella spinta all'indietro
che minaccia (anche) l'Enpam**

L'intervento di Sabino Cassese al seminario organizzato
dall'Associazione degli Enti di Previdenza privata

network

medical

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Consulenza redazionale

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma

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 luglio 2022

Editoriale

Care colleghe e cari colleghi

mentre scrivo queste righe il governo Draghi sembra giunto al capolinea e al momento non ci è dato sapere se la crisi verrà superata e in che modo. La percezione è che di quanto sta accadendo non se ne comprenda fino in fondo la ratio essendo il nostro Paese chiamato ad affrontare scenari sia sul fronte nazionale (inflazione, pandemia, crisi climatica e idrica) che internazionale (guerra in Ucraina, crisi energetica e completamento e messa a terre del Pnrr) a dir poco impegnativi che necessitano dunque di un esecutivo stabile ed autorevole.

Venendo a noi questo numero di *Medical Network* si apre ponendo l'attenzione su un seminario organizzato dall'Associazione degli Enti di Previdenza privata in cui il professor Sabino Cassese è intervenuto parlando dell'Autonomia delle Casse di previdenza al servizio delle professioni per il Paese. Più avanti nella foliazione del giornale trovano spazio tematiche tipicamente sindacali relativamente ai biologi, che ricordano l'importanza della competenza negli Acn; ai Mmg e al Sasn che finalmente vede pubblicato in Gazzetta Ufficiale il proprio Accordo con tutto ciò che ne consegue a partire, già da settembre, dei riconoscimenti degli arretrati.

Si amplia il settore delle Convenzioni con *Assistiamo* un marchio che opera nell'assistenza privata specializzata con personale sottoposto ad una costante attività di formazione e aggiornamento e a prezzi assolutamente concorrenziali.

A seguire si apre una riflessione sulle interazioni uomo-animale come obiettivo per il miglioramento comportamentale, fisico e psicologico-emotivo del paziente. Interazione che spesso riducono l'uso dei farmaci e la medicalizzazione con risparmio di risorse. La psicologia resta protagonista in questo periodo pandemico e trova spazio con un articolo centrato sulla metodologia terapeutica basata sull'Esp, ovvero l'Esperto in Supporto tra Pari.

All'Odontoiatria è dedicata un'ampia finestra così come alla Sifop con un approfondimento su di un Convegno organizzato a Napoli dal titolo "Normative e Modelli Organizzativi in Sanità: Coordinamento e Feedback tra Ospedale e Territorio in Regione Campania.

Vi saluto con l'auspicio dell'apertura, a breve, di un atto di indirizzo propedeutico alla stesura del nuovo Acn della Specialistica relativo agli anni 2019-2021.

Buona estate a tutti!

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof



Lo scorso 14 giugno il professor Sabino Cassese è intervenuto ad un seminario, organizzato dall'Associazione degli Enti di Previdenza privata, sul tema "Autonomia delle Casse di previdenza al servizio delle professioni per il Paese". Di seguito il suo intervento



AUTONOMIA

Quella spinta all'indietro che minaccia (anche) l'Enpam

Dopo la privatizzazione del 1993, una deriva "pubblicistica" minaccia di erodere l'autonomia delle Casse previdenziali private, includendole sempre di più tra le rigidità e i vincoli cui sono soggetti gli enti pubblici.

A rilevarlo è stato Sabino Cassese, professore emerito, già giudice costituzionale ed ex ministro del governo Ciampi, che ha tenuto una lezione in occasione all'evento "Autonomia delle Casse di previdenza al servizio delle professioni per il Paese", organizzato dall'Adepp e introdotto dal presidente dell'Adepp e dell'Enpam Al-

Sabino Cassese
professore emerito,
già giudice
costituzionale
ed ex ministro

berto Oliveti. Grazie all'ufficio stampa Enpam che ci ha concesso di pubblicare l'intervento del professor emerito Cassese.

PREMESSA

I rapporti tra diritto pubblico e diritto privato hanno sempre registrato mutamenti con ampliamenti dell'area pubblicistica e, al contrario, allargamenti di quella privatistica. Quindi, i rapporti tra le due aree non sono mai stati rigidi. Ma in poche occasioni si sono registrate involuzioni normative tanto gravi e pericolose quanto

quelle che riguardano le Casse professionali private.

Queste involuzioni hanno finora riguardato i rapporti tra disciplina del codice civile e disciplina amministrativa; col passare del tempo, potranno comportare anche modificazioni dell'ordine delle responsabilità, passando da quelle civilistiche a quelle contabili e penalistiche, con la conseguenza di aprire all'intervento delle procure contabile e penali. Bisogna, quindi, cercare di ristabilire il corretto equilibrio al più presto.

Questa relazione si propone di mo-



CASSE

strare l'erroneità dell'involuzione normativa in corso, alla luce della Costituzione e della norma di privatizzazione, che risale al 1993.

In questa relazione, invece, non vengono esaminate questioni che possiamo definire laterali: quella dell'equo compenso previsto solo per professionisti iscritti agli ordini; quella degli obblighi contributivi per i professionisti iscritti a casse di previdenza di categoria, a cui l'Inps chiede la contribuzione alla gestione separata; quella della ricongiunzione dei contributi accantonati presso la gestione separata Inps nella cassa professionale nella quale si sia iscritti; quella dell'obbligo di iscrizione a gestioni separate dei soggetti iscritti in altra forma di previdenza obbligatoria (questioni sollevate sia da iniziative parlamentari, sia da decisioni giudiziarie).

DALLA COSTITUZIONE ALLA RIFORMA DEL 1993

Secondo la Costituzione, la protezione sociale, di cui fa parte la previdenza, rientra tra i diritti dei cittadini, ma non è un compito affidato in via esclusiva ai poteri pubblici. Anzi, la Costituzione valorizza i corpi intermedi e le formazioni sociali e ad essi affida la funzione della protezione sociale.

Infatti, l'articolo 2 della Costituzione dispone che la Repubblica riconosce e garantisce i diritti dell'uomo anche nelle formazioni sociali dove si svolge la sua personalità. L'articolo 38 dispone che "i lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria" e aggiunge che "ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti

o integrati dallo Stato". Dunque, la disciplina costituzionale della protezione sociale non è di tipo statalistico e prevede che ad essa provvedano organi ed istituti non istituiti e gestiti dallo Stato, ma soltanto da esso "pre-disposti o integrati".

In attuazione di questa disposizione costituzionale, la legge 537/1993, articolo 1.33.4, dispone la privatizzazione degli enti pubblici di previdenza e assistenza, che non usufruiscono di finanziamenti pubblici o di altri ausili pubblici di carattere finanziario, e la loro trasformazione in associazioni o della fondazioni, con garanzie di autonomia gestionale, organizzativa, amministrativa e contabile, ferme restandone le finalità istitutive e l'obbligatoria iscrizione e contribuzione agli stessi degli appartenenti alle categorie di personale a favore dei quali essi risultano istituiti. La norma appena citata conteneva una delega al governo per adottare un decreto legislativo, che è stato approvato nel 1994 (numero 509). Questo decreto già costituisce un arretramento rispetto all'indipendenza e all'autonomia delle Casse prevista dalla legge.

Va sottolineato che la privatizzazione delle Casse, compiuta nel 1993, non è stata una delle tante privatizzazioni che hanno riguardato il settore economico pubblico. Queste sono venute in un momento successivo, alla fine dell'ultimo decennio del secolo scorso, e sono state ispirate all'idea di riportare alla ricerca del profitto e sul mercato imprese gestite da enti pubblici in modo non profittevole e spesso godendo di benefici singolari. Invece, la privatizzazione delle Casse è stata ispirata all'idea di riconoscere i corpi intermedi; non riguardava imprese ma enti sociali; si allontanava dall'idea dello Stato come esclusivo fornitore della funzione di protezione sociale, fermo rimanendo il carattere pubblico di questa funzione, a cui corrispondono diritti dei privati.

L'assimilazione alla pubblica amministrazione

Dal 1994 sono però intervenute numerose norme che hanno assimilato



La disciplina costituzionale della protezione sociale non è di tipo statalistico e prevede che ad essa provvedano organi ed istituti non istituiti e gestiti dallo Stato, ma soltanto da esso predisposti o integrati



le associazioni e fondazioni alla pubblica amministrazione e che quindi vanno in controtendenza rispetto alla disciplina del 1993 - 94, che sottraeva gli enti al regime pubblicistico.

I nuovi vincoli sono contenuti in complessi normativi diretti ad aumentare i controlli, a prevedere interventi della Commissione di vigilanza sui fondi pensione, a consentire interventi dell'Agenzia per l'Italia digitale, ad applicare il codice dei contratti pubblici, ad inserire le Casse nell'elenco Istat collegato al Sistema europeo dei conti nazionali e regionali della Comunità, ad applicare agli enti la "spending review" per la riduzione della spesa pubblica, a sottoporre le Casse a controlli dell'Autorità nazionale anticorruzione e alla disciplina del pubblico impiego. A questa normativa potrebbe aggiungersi ora quella relativa agli investimenti delle Casse privatizzate.

Questa normativa comporta controlli del Ministero del lavoro, del Ministero dell'economia delle finanze, della Commissione bicamerale, della Copiv, della Ragioneria generale dello Stato, della Corte dei conti, dell'Anac, dell'Agid, ed è in contraddizione sia con la disciplina privatistica alla quale si sono volute sottoporre le Casse nel 1993 - 94, sia con il criterio che la ispirava, quello dell'assenza di contributo o garanzia statale.

I punti principali di incidenza dell'impostazione pubblicistica sono tre: l'appartenenza delle Casse alla pubblica amministrazione, la loro definizione come organismi di diritto pubblico, le decisioni di investimento. A questi tre punti sono dedicati i paragrafi che seguono.

L'appartenenza delle Casse alla pubblica amministrazione

Numerose norme, dal 2009 al 2016, hanno attratto le Casse nell'area della pubblica amministrazione. Queste norme hanno finalità di contenimento della spesa pubblica.

Ma le Casse non possono essere sottoposte alla stessa disciplina della pubblica amministrazione perché non sono rilevanti per la determina-



zione dei saldi di finanza pubblica. Non concorrono alla formazione del patrimonio pubblico perché le loro risorse sono costituite con contributi di privati professionisti e sono destinate ad uno scopo specifico. Su di esso e sulla sua gestione non possono applicarsi norme relative al contenimento della spesa pubblica, sia perché gli enti sono privati, sia perché le risorse gestite non provengono dal tesoro dello Stato, il quale ultimo ha solo provveduto a stabilire un obbligo di contribuzione, nello stesso tempo però escludendo che possano esservi finanziamenti pubblici o altri ausili pubblici di carattere finanziario, sia, infine, perché il patrimonio delle Casse privatizzate è vincolato quanto alla sua destinazione.

La definizione delle Casse come organismi di diritto pubblico

L'Autorità nazionale anticorruzione, da ultimo con il parere del 27. 4. 22, ha concluso che le Casse non sono escluse dall'applicazione del codice dei contratti pubblici, oggi contenuto nel DLGS 50/2016 perché i contratti che esse pongono in essere non sono riconducibili al mero affidamento di servizi finanziari.

Ma l'applicazione delle procedure di evidenza pubblica, e quindi il ricorso alle gare, è disposto dal codice dei contratti pubblici per gli enti pubblici

e per gli organismi di diritto pubblico. Le Casse sono enti privati e per esse non ricorrono tutti e tre i requisiti di legge. Non sono enti pubblici perché definiti dalla legge fondazioni o associazioni. Non sono organismi di diritto pubblico perché per la loro esistenza debbono ricorrere tre requisiti, fissati dal diritto europeo e ripetuti nell'articolo 3 del DLGS 50/2016: a) essere istituito per soddisfare specificamente esigenze di interesse generale avente carattere non industriale commerciale; b) essere dotato di personalità giuridica; c) essere finanziato in modo maggioritario dallo Stato, da enti pubblici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico, oppure essere controllato da uno di questi ultimi, oppure avere un organo di amministrazione, di direzione o di vigilanza costituito da membri dei quali più della metà è designata dallo Stato, dagli enti pubblici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico.

Ora, nelle Casse non ricorre questo terzo requisito perché non c'è e non ci può essere un finanziamento pubblico; perché negli organi di amministrazione non vi sono membri designati per metà dallo Stato, da enti pubblici o da altri organismi di diritto pubblico e la gestione non è soggetta al controllo pubblico. Il controllo a cui fa riferimento la norma non è il



controllo esterno, ma il controllo interno, tramite la partecipazione (se così non fosse, anche le banche e le assicurazioni, che sono sottoposte a controlli esterni di organismi pubblici, dovrebbero essere soggette alla disciplina del codice dei contratti pubblici e quindi stipulare contratti soltanto sulla base di gare).

Il controllo pubblico degli investimenti

L'adozione del decreto legge 98/2011, articolo 14.3, ha indotto a ritenere che il Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e sentita la Covip, possa dettare disposizioni in materia di investimento delle risorse finanziarie anche delle Casse professionali privatizzate nel 1993.

Vi sono alcuni motivi per dubitare che si possa legittimamente arrivare a questa conclusione.

In primo luogo, l'articolo in questione è intitolato "soppressione, incorporazione e riordino di enti ed organismi pubblici". Le casse non sono né enti, né organismi pubblici.

In secondo luogo, le disposizioni in materia di investimenti debbono, in base al terzo comma della stessa norma, tener conto di quanto previsto dall'articolo 2.2 del decreto legislativo 509/1994. Ora, questo articolo detta un criterio diverso ed autonomo, stabilendo la necessità che le casse assicurino l'equilibrio di bilancio sulla base di bilanci tecnici almeno triennali ed è questo che le Casse debbono rispettare.

In terzo luogo, i riferimenti contenuti nel terzo comma hanno ad oggetto gli "enti previdenziali", mentre le disposizioni che sottopongono le Casse al controllo della Commissione di vigilanza sui fondi pensioni – Covip, nel primo comma, fanno espresso riferimento agli "enti di diritto privato di cui al decreto legislativo 509/1994".

A questi argomenti di carattere giuridico, da cui si evince che la legge non consente di dettare criteri di investimento relativamente alle Casse

(stabilendo, ad esempio, limiti agli investimenti immobiliari, la disciplina delle remunerazioni, le regole sul conflitto degli interessi e il ricorso agli strumenti derivati), si aggiungono quelli di carattere sostanziale. C'è, infatti, un contrasto tra la determinazione di questi criteri e l'autonomia gestionale delle Casse. La loro gestione diventerebbe difficoltosa e costosa per il suo carattere di uniformità (in quanto riguarda Casse di dimensioni diverse) e per la sua rigidità. L'equilibrio contributi – prestazioni deve essere stabilito per ogni Cassa in relazione a dimensioni, numero di iscritti e rotazione di contribuenti e aventi diritto alle prestazioni. Si aggiunga che con normative di questo tipo, dettate dal regime del sospetto, le società di gestione del risparmio non sarebbero inclini a collaborare e che le fondazioni di origine bancaria, che hanno problematiche simili, hanno potuto autoregolamentare i propri investimenti, senza essere sottoposte a regole statali uniformi e rigide.

Gli argomenti del vincolo e della garanzia implicita

A sostegno della ripubblicizzazione delle Casse che erano state privatizzate nel 1993 – 94, vengono adoperati due argomenti, che vanno qui considerati.

Il primo argomento è quello che si trae dalla stessa legge delegante del 1993, la quale dispone che restano ferme le finalità istitutive e l'obbligatoria iscrizione e contribuzione agli enti degli appartenenti alle categorie di personale a favore dei quali essi risultano istituiti.

Ma trarre dalla obbligatorietà dell'iscrizione e della contribuzione la conseguenza che il soggetto debba essere assimilato alla pubblica amministrazione non è solo contrario all'espressa disposizione della norma che prevede il carattere privato degli enti, ma anche alla logica. Infatti, pe fare soltanto due altri esempi di obblighi, un vincolo urbanistico gravante su un edificio collocato in una zona urbana impone obblighi che vanno rispettati, ma non fa diventare l'edi-



Link al video dell'intervento di Sabino Cassese sull'autonomia delle Casse di previdenza al servizio delle professioni per il Paese

ficio pubblico; né gli obblighi che gravano sui notai, per la funzione pubblica che essi svolgono, li fa diventare funzionari pubblici. Questo vale a maggior ragione per le Casse, perché il vincolo non è disposto nell'interesse pubblico, ma nell'interesse dei privati che beneficerebbero delle prestazioni derivanti dalle contribuzioni obbligatorie; e perché lo debbono far rispettare gli stessi amministratori delle Casse, che rappresentano la categoria assistita.

L'altro argomento è quello che viene definito della "garanzia implicita" del Tesoro in caso di insolvenza delle Casse. Questo argomento chiaramente dimostra troppo, perché dovrebbe valere anche per le banche e per le assicurazioni, e quindi ne discenderebbe che anche le banche e le assicurazioni possono essere assimilate alle pubbliche amministrazioni. Per escludere conclusioni di questo tipo, il diritto europeo ha stabilito i ben noti criteri di "bail in".

Conclusioni

Un noto studioso francese, Thomas Perroud, ha scritto di recente un articolo intitolato "Le droit privé est-il l'avenir de l'action public?", illustrando il progressivo svuotamento dello Stato e del diritto pubblico, perché il diritto privato governa sempre di più l'azione pubblica, e occorre quindi ripensare il diritto privato come un diritto comune all'azione pubblica. C'è una penetrazione del diritto privato molto profonda nell'ambito del diritto pubblico. Di una tendenza di questo tipo si era reso conto il legislatore nel 1993 – 1994, compiendo la riforma delle Casse. In un quarto di secolo si stanno lentamente mettendo in dubbio i benefici di quella lungimirante riforma.

Per coloro che svolgono attività sindacale è fondamentale conoscere l'Acn e le sue declinazioni regionali. La poca conoscenza dell'Accordo e la frettolosa lettura spesso fanno commettere degli errori

Loredana Di Natale,
Felicia Oliva
(Coordinatore
Nazionale
Area Biologi)

Accordi collettivi

L'importanza della competenza e della conoscenza



L'Accordo collettivo nazionale demanda agli Accordi regionali per la definizione dei contenuti e per le modalità di attuazione, sia dal punto di vista organizzativo che economico. Le motivazioni sono evidenti: ogni regione ha delle sue peculiarità sanitarie da renderle prioritarie rispetto ad altre e questi progetti potrebbero venire incontro alla risoluzione delle stesse.

Ad esempio per una regione può essere preminente l'abbattimento delle liste d'attesa, mentre per un'altra prevenire patologie cardiovascolari o a carattere ereditario.

L'ACN però chiarisce che i progetti e i programmi finalizzati hanno un'ampia applicazione, ossia possono essere svolti dal singolo specialista o professionista, oppure essere svolti in equipe

aventi come componenti specialisti o professionisti della stessa branca o multidisciplinari, ma soprattutto possono essere svolti contemporaneamente con la dipendenza.

Questo è lo scoglio che in ogni regione d'Italia affiora. La poca conoscenza dell'Accordo e la frettolosa lettura spesso fanno commettere degli errori e uno dei più frequenti è proprio questo: i Progetti e i programmi finalizzati non possono essere svolti con la dipendenza. Nell'ACN è ben definito nel comma 2 e 4.

La preoccupazione maggiore della dipendenza è: come viene retribuito? Dai loro fondi? Assolutamente no, la retribuzione di qualunque progetto è definita negli Accordi regionali così come saranno definiti i criteri di valuta-

zione di accesso ai progetti e di valutazione dei risultati ottenuti.

La cosa più sconvolgente è che nella stessa regione ci sono ASL dove vengono svolti e ASL dove ciò non avviene ma essendo una remunerazione aggiuntiva non si capisce perché non dobbiamo avere tutti la stessa possibilità economica.

Cosa dobbiamo fare noi per ottenere dalla nostra azienda la possibilità di svolgere i programmi e progetti finalizzati? Per prima cosa conoscere il nostro AIR (Accordo Integrativo Regionale); conoscere quali sono i progetti finalizzati della dipendenza e se possiamo svolgere anche noi tali progetti; far conoscere agli organi competenti il nostro contratto Nazionale e Regionale, in conclusione far valere i nostri diritti.

Per fare degli esempi riportiamo la parte riguardante all'argomento nell'AIR Veneto 2021 N° 1386/ DGR del 12/10:

Art. 40 - Accordi Attuativi Aziendali

- 1 Per lo svolgimento di programmi e progetti finalizzati aziendali concernenti l'attività specialistica distrettuale, le disposizioni dell'art. 41 dell'ACN vigente sono integrate con quanto stabilito dal presente AIR.
- 2 La definizione e la redazione dell'AAA con i SAI, i Veterinari e i Professionisti rientra fra i compiti dell'Azienda Sanitaria; ciò comporta che, entro sessanta giorni dalla data di adozione del provvedimento di recepimento del presente AIR, le Aziende Sanitarie debbano avviare le procedure per la definizione dei AAA.
- 3 Le sezioni tematiche dei AAA dovranno essere finalizzate al conseguimento degli obiettivi di cui agli articoli 4-13 del presente AIR.
- 4 Inoltre, a garanzia di una efficiente organizzazione del lavoro, si devono prevedere meccanismi concordati per garantire le visite prenotate in caso di improvvisa breve assenza (massimo 3 giorni di servizio) del SAI, del Veterinario e dei Professionisti..

5 Oltre a quanto sopra precisato, le Aziende Sanitarie coinvolgono, secondo quanto previsto dal presente AIR, i SAI, i Veterinari e i Professionisti nei progetti-obiettivo aziendali che prevedono la partecipazione del personale medico convenzionato e dipendente ai sensi dell'art. 4, comma 5 dell'ACN vigente.

6 Le Aziende Sanitarie devono comunicare preventivamente alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello aziendale i progetti ed i programmi finalizzati previsti dal presente AIR e dall'art. 41 dell'ACN vigente.

7 Le Aziende Sanitarie per l'attuazione dei programmi e progetti finalizzati rideterminano di anno in anno, il "Fondo aziendale per l'assistenza specialistica ambulatoriale interna", costituito con risorse certe e definite pari a: € 3,10 per la Quota a) e € 1,35 per la Quota b), per il numero annuale di ore di incarico svolte, ed eventuale Quota c). Nel rispetto dei principi contabili vigenti, ciascuna Azienda Sanitaria provvederà alla costituzione di un apposito fondo rischi ed oneri, inserendone l'importo previsto nel Bilancio Economico Preventivo. In merito si applica la DGR n. 3731 del 26/11/2004 "Indirizzi per la definizione dei Patti aziendali (denominati nel presente AIR AAA) per l'esercizio 2005, per la Medicina Convenzionata di assistenza primaria e disposizioni collegate. DGR n. 3889 del 31/12/2001".

A titolo di esempio riportiamo anche l'AIR PIEMONTE 2006

ART. 6 - Programmi e Progetti Finalizzati

La programmazione aziendale deve prevedere lo svolgimento di progetti e programmi finalizzati, anche realizzati al di fuori del normale orario assegnato ad ogni singolo Specialista e Professionista. Pertanto ogni Azienda deve individuare almeno un progetto finalizzato, relativo a ciascuna branca, da attivare con la condivisione degli Specialisti interessati, che si impegna-

no a perseguire le finalità degli obiettivi aziendali, quali ad esempio l'applicazione della DGR 14-173 del 28/7/03 e DGR 56/06 e s.m. e i. (riduzione delle liste d'attesa), l'Intesa Stato-Regioni del 28.3.2006, Rep. 2555 Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008, - di cui all'art. 1, comma 280 della Legge n. 266/05 (Finanziaria 2006)-, la DGR 39/05 (odontoprotesi), l'attivazione del Day Service e l'attivazione di Percorsi DT per specifiche patologie. Le Aziende dovranno, entro il 31 dicembre di ogni anno, predisporre uno specifico Accordo Aziendale che individui le prestazioni e le attività per ciascun Specialista o Gruppo finalizzato al raggiungimento degli Obiettivi regionali e aziendali e che definisca le modalità di esecuzione e di remunerazione delle stesse. Pertanto i fondi previsti dagli artt. 42 e 43 lettera B commi 1 e 2 dell'ACN, relativamente alla parte che resta da erogare, sono destinati a progetti-obiettivo la cui retribuzione è proporzionale alle ore di incarico di ogni singolo Specialista o Professionista che venga coinvolto nei progetti individuati dall'Azienda, fermo restando quanto già erogato in ossequio al comma 5 e 6, lettere B, dell'art. 42 e comma 5 lettera B dell'art. 43. Dall'attivazione dei progetti obiettivi aziendali, di cui sopra, verrà erogata mensilmente una quota pari al 75% ed a seguito della verifica del raggiungimento degli obiettivi si procederà al proporzionale conguaglio. Viene istituito altresì un fondo aziendale aggiuntivo (anche in sostituzione di fondi eventualmente utilizzati dalle Aziende in applicazione dell'accordo integrativo regionale precedente, di cui alla DGR 43-13074 del 19/7/2004) costituito da una quota pari a euro 1,925/ora/specialista ed euro 0,815/ora/professionista. Tale fondo è destinato ai progetti obiettivo aziendali che potranno coinvolgere anche solo alcune specialità e alcuni specialisti in rapporto ai bisogni aziendali. Di tale fondo si erogherà un acconto del 50% ed un conguaglio, in rapporto al raggiungimento degli obiettivi. Per partecipare a tale fondo ogni Specia-

Accordi collettivi

lista - Professionista dovrà effettuare un orario aggiuntivo, strumentale all'obiettivo, definito in sede aziendale, la cui remunerazione è pari a euro 60 per ora. Le modalità organizzative ed economiche possono essere anche definite in maniera differente negli accordi aziendali. I progetti di cui al presente articolo devono prevedere adeguati meccanismi di verifica al fine di poter valutare i differenti gradi di raggiungimento da parte degli specialisti - professionisti aderenti, degli obiettivi programmati. Eventuali controversie relative all'assegnazione ed alla valutazione di risultato sono delegate al Nucleo di Valutazione aziendale. I progetti hanno di norma la durata massima di un anno; devono essere rinnovati con le stesse modalità e durata del presente Accordo. I Fondi di cui al presente articolo sono destinati esclusivamente alla remunerazione del sistema premiante degli Specialisti e dei Professionisti di cui all'ACN vigente. Qualora le Aziende non abbiano completamente utilizzato nel corso dell'anno solare i predetti fondi, dovranno trasferire i residui nel bilancio dell'anno successivo, incrementando il fondo annuale di competenza. Il presente articolo trova la sua applicazione del 1° gennaio 2007, anche qualora le Aziende Sanitarie non abbiano provveduto nei termini a definire i progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi. Da tale data decorrono gli acconti previsti dal presente articolo. Per quanto previsto dalla DGR n. 39-14910 del 28.2.2005, attualmente in vigore, per il Servizio Odontoprotesico Regionale, è riconosciuto agli Specialisti che effettuano prestazioni di Odontoprotesi ed Ortodonzia, per le ore d'incarico dedicate a tale attività, il compenso aggiuntivo di euro 2,85, come quota d'acconto, ai sensi dell'art.42, lettera B, comma 10 del vigente ACN. Bollettino Ufficiale Regione Piemonte - Parte I e II numero 52 - 28 dicembre 2006.

DALLE REGIONI/ VENETO

Ido Antonio Fania
Coordinatore
Nazionale Area
Mmg-Sumai



Medici in formazione negli ambulatori dei Mmg e nei PS

Via libera al reclutamento

Una misura volta – ha spiegato l'assessore alla sanità della regione – ad evitare il più possibile l'esternalizzazione dei servizi a cooperative e società esterne

A fine maggio è arrivato al traguardo il disegno di legge ordinamentale in materia di politiche sanitarie e sociali, senza sostanziali modifiche sul punto cruciale del reclutamento di medici nelle aree critiche dell'assistenza primaria e del pronto soccorso. Dopo la sospensione dell'esame pochi giorni prima, chiesta dalle opposizioni a seguito degli emendamenti presentati all'ultimo dalla Giunta per affrontare la carenza di medici di assistenza primaria e specialisti, e le audizioni con le associazioni professionali e sindacali dei medici, in Consiglio regionale la maggioranza ha fatto quadrato attorno alle proposte dell'assessore alla sanità e ha confermato integralmente, le nuove norme proposte dalla Giunta per reperire medici di Mmg e rinforzare gli organici dei pronto soccorso attingendo in via straordinaria dal contingente dei medici in formazione, al fine di affrontare la carenza di medici. La legge approvata prevede quindi la facoltà per i medici iscritti ai corsi di formazione in medicina generale di avere già dal primo anno incarichi temporanei sino a mille assistiti in convenzione (anziché 650 come pre-



SASN



visto attualmente per gli incarichi temporanei), elevabili a 1200 assistiti per i medici al secondo e terzo anno del percorso di formazione. Le ore di incarico temporaneo di cura primaria sono pagate secondo il compenso previsto dall'ACN vigente composto da quota capitaria e relative indennità – in aggiunta alla borsa di studio – e riconosciute come attività pratica valida ai fini del titolo formativo. Per quanto riguarda il pronto soccorso, l'ordinamento prevede che, per il triennio 2022-2024, gli specializzandi già dal primo anno possano lavorare, al di fuori dell'orario dedicato alla formazione, nei servizi di urgenza ed emergenza con contratti libero professionali o di collaborazione continuata continuativa. La legge proroga inoltre al 31 gennaio 2024 la possibilità di stabilizzare con concorsi i professionisti non specializzati che hanno maturato fino al 30 giugno 2022 e nei quindici anni precedenti almeno 4 anni di servizio anche non continuativo nei servizi di urgenza ed emergenza ospedalieri del servizio sanitario nazionale. Infine, per contenere i vuoti di organico nei servizi di urgenza ed emergenza, le aziende sanitarie potranno incentivare le prestazioni aggiuntive dei medici ospedalieri già dipendenti, pagandole sino a 100 euro lordi l'ora (al posto dei 60 euro attuali). Una misura volta – ha spiegato l'assessore alla sanità – ad evitare il più possibile l'esternalizzazione dei servizi a cooperative e società esterne.

Publicato in Gazzetta Ufficiale l'Acn del Sasn. Già a settembre gli arretrati

Ora il testo è finalmente **esecutivo e, secondo Stefano Alioto, segretario organizzativo nazionale settore Sasn, già a settembre potrebbero essere riconosciuti gli arretrati.**

Più di tre anni per giungere alla firma del contratto a cui è seguito un ulteriore anno e mezzo circa per l'iter di approvazione. Questi i tempi lunghi, lunghissimi, che i Medici ambulatoriali, Specialisti e Generici e le altre professionalità sanitarie operanti nei Servizi di Assistenza Sanitaria ai Naviganti (in sigla S.A.S.N.) hanno dovuto attendere prima di vedere pubblicato in Gazzetta Ufficiale l'Accordo, passaggio obbligatorio per rendere esecutivo l'Acn.

Soddisfazione, dunque, ma anche rammarico da parte del segretario organizzativo del Servizio, Stefano Alioto che ha commentato con amarezza la conclusione dell'iter. Già, perché per la sua approvazione il testo ha subito varie vicissitudini legate a diversi cambi al vertice della Direzione Generale della Prevenzione e successivamente la direzione generale del ministero della Salute si è dimostrata

“disattenta – le parole di Alioto a commento – perché non è ammissibile siglare un Acn e non seguirne il decreto attuativo lasciandolo andare o meglio perdere nei meandri della burocrazia senza che nessuno sapesse che fine aveva fatto”.

In ogni caso il segretario organizzativo aggiunge di aver “parlato con la funzionaria che si occupa dei nostri emolumenti e mi ha detto che per luglio non è possibile aggiornarli perché i conteggi sono già sul tavolo del direttore generale per la firma e quindi luglio si andrà con i vecchi stipendi ma mi ha assicurato che con i compensi di agosto verranno aggiornati con quanto previsto dal nuovo Acn e a seguire, settembre ottobre, di poterci corrispondere gli arretrati”.

Assistiamo Group.

La nuova convenzione per gli iscritti Sumai

Il marchio opera nel settore dell'assistenza privata specializzata rivolta principalmente ad anziani, malati e disabili. Il personale è sottoposto ad una costante attività di formazione ed aggiornamento. I prezzi sono assolutamente concorrenziali

AssistiAmo Group è un marchio sotto il quale operano diverse società che svolgono l'importante e sempre più attuale servizio di assistenza privata specializzata, graduale o residenziale a tempo pieno rivolta principalmente ad anziani, malati e disabili - parzialmente o totalmente non autosufficienti - nel pieno rispetto del contesto familiare. La struttura del Gruppo, presente in modo capillare sul territorio nazionale, permette di seguire con maggior attenzione le diverse problematiche locali fornendo soluzioni personalizzate alle famiglie che richiedono il servizio. Il Gruppo opera sia nell'ambito dei servizi Domiciliari che in quello dei servizi Ospedalieri, coprendo larga parte del territorio italiano e si avvale di un'equipe di personale qualificato che, con dedizione e professionalità, s'impegna ogni giorno nella delicata attività di sostegno alla persona. Il valore aggiunto che caratterizza l'attività della struttura è rappresentato da una rigorosa attività di selezione del personale e da una costante attività di formazione ed aggiornamento degli operatori.

I principali servizi offerti:

■ Assistenza Ospedaliera per anziani, malati e disabili, diurna e not-

turna (veglia, igiene, pasti, compagnia);

- Assistenza Domiciliare qualificata, diurna e notturna, anche 24 ore su 24;
- Servizio Colf;
- Servizio Baby-Sitting;
- Governanti di Condominio;
- Servizio di accompagnamento anziani e disabili;
- Assistenza Infermieristica qualificata (prelievi e piccola medicina a domicilio);
- Assistenza Fisioterapica e Riabilitativa a domicilio, con personale competente.

Il servizio offerto è regolato da un semplice contratto di fornitura di prestazioni con la famiglia (revocabile in qualsiasi momento e senza alcun termine di preavviso). Il pagamento dei servizi concordati avviene mensilmente in via posticipata, mediante bonifico bancario o assegno, con recupero fiscale delle fatture deducibili in sede di dichiarazione dei redditi. Tutti gli operatori sono regolari, coperti da polizza assicurativa RC, sottoposti a costanti controlli sotto il profilo sanitario ed inoltre sono in carico alle società e cooperative sociali affiliate in modo tale che il cliente non abbia né disagi da affrontare né oneri



Per un preventivo, specificando l'iscrizione a SUMAI-Assoprof, rivolgersi a:

AssistiAmo Group, Direzione Generale Italia, Viale della Repubblica n. 10, 37126 - Verona. Tel. 0454770929 cell. 3938324024 Mail: info@assistiamogroup.org

Ulteriori informazioni sulla convenzione sono reperibili sul sito www.sumaiassoprof.org accedendo all'area riservata Servizi e Convenzioni per gli Iscritti.

di natura amministrativa da sostenere (in particolare quelli relativi alle formalità alle quali è tenuto per legge il datore di lavoro).

Da segnalare inoltre l'accessibilità dei prezzi applicati che non sono superiori a quanto un privato verrebbe a spendere complessivamente se provvedesse in proprio all'assunzione ed alla regolarizzazione dell'operatore. Da sottolineare infine la regolarità formale (in quanto le società e le cooperative sociali affiliate dispongono di tutte le autorizzazioni previste dalla legge) e una grande attenzione alle esigenze dei pazienti (la struttura logistica è infatti sempre vigile e segue costantemente il personale nei suoi spostamenti ed inoltre verifica periodicamente il grado di soddisfazione del cliente).

Assistiamo Group offre a tutti gli Iscritti al Sumai-Assoprof e ai loro familiari entro il secondo grado la seguente agevolazione: sconto del 5% sulle tariffe applicate ai servizi di assistenza domiciliare e ospedaliera (compresa quota di attivazione e cessazione del contratto di fornitura del servizio). Sconto del 5% sugli ulteriori servizi offerti previsti dalla convenzione.

Le interazioni uomo-animale hanno come obiettivo il miglioramento comportamentale, fisico, cognitivo e psicologico-emotivo del paziente. Intese come delle co-terapie spesso riducono l'uso dei farmaci e la medicalizzazione con risparmio di risorse

Tiziana Felice
Medico Veterinario,
Responsabile
di Attività AAA

E non chiamiamoli Pet-therapy...

Gli IAA (Interventi Assistiti con gli Animali), un tempo definiti “*Pet Therapy*”, raggruppano diverse attività che devono essere svolte con gli animali come protagonisti; in particolare: le AAA (Attività assistite dagli animali), le TAA (Terapie Assistite dagli Animali), e le EAA (Educazione Assistita dagli Animali). Ognuna di esse presenta chiaramente una sua specifica funzione ma tutte riconoscono la centralità della relazione uomo-animale. Gli IAA hanno valenza terapeutica, riabilitativa ed educativa e gli animali rappresentano dei mediatori, dei co-terapeuti nei processi educativi o terapeutico-riabilitativi. Il progetto di TAA, Terapie Assistite dagli Animali, integra e coadiuva la tradizionale terapia e può essere impiegato su diverse tipologie di pazienti con l'obiettivo di avere un miglioramento comportamentale, fisico, cognitivo e psicologico-emotivo. In particolare le TAA devono essere intese come delle co-terapie volte a ridurre l'uso dei farmaci e la medicalizzazione dei pazienti beneficianti e a risparmiare risorse sanitarie.

Nel 2009 il Ministero ha attivato presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie il **Centro di Riferenza Nazionale per gli interventi assistiti dagli animali (CRN)** e con l'Accordo Stato, Regioni e Province autonome del 5 Marzo 2015, recante “*Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)*”, sono state approvate le Linee Guida



Nazionali. La relazione uomo-animale è il centro di interesse di tutte queste attività, non l'animale come “*mezzo*” per ottenere il risultato, ma la relazione che si instaura con l'umano sia esso un bambino, un anziano o un adulto e le attività che ne derivano, sono ciò che risulta funzionale al raggiungimento del risultato finale: CURARE.

Attenzione però, gli interventi assistiti con gli animali, apportano beneficio se attuati nella giusta manie-

ra: è da sfatare il mito che l'animale apporta beneficio per il solo fatto di “*esserci*”. Ciò che conta è la relazione; come si è presenti e come l'animale risulta inserito e collaborante. Nel pensare comune le IAA vengono interpretate spesso come un “*benefico contatto con l'animale*”; avere il contatto con un animale o entrare in relazione con l'animale apporta inevitabilmente beneficio? L'obbiettivo è creare un’*alleanza terapeutica* che arrechi giovamento

all'utente ma che non comporti un lavoro troppo gravoso per l'animale. Anche esso infatti, in questo percorso, viene investito, al pari dell'umano, da una forte componente emozionale che deve essere prontamente indirizzata e finalizzata affinché non si concretizzi in una condizione di stress e di malessere che vanificherebbe completamente il senso dell'intero percorso.

Le IAA sono efficaci solo se perseguono degli obiettivi prefissati, se questi sono stati studiati nell'ambito di un progetto per quella tipologia di paziente e per quel determinato animale ma, soprattutto, se gli animali sono idonei a tale attività e se ne vengono rispettati imprescindibilmente il benessere ed i bisogni etologici.

Non tutto è così semplice: per poter fare ciò, è necessaria la costituzione di un'intera **Equipe multidisciplinare** costituita da competenze diverse a seconda del progetto e dell'obiettivo fissato, in relazione all'utente. *L'Equipe multidisciplinare* ha una **"composizione ampia e diversificata a seconda degli ambiti di intervento"**, come previsto nelle Linee Guida Nazionali. Il Medico Veterinario, **"collabora con il responsabile di progetto, valuta i requisiti sanitari e comportamentali dell'animale impiegato e indirizza alla corretta gestione dello stesso, assumendosene la responsabilità"**; collabora poi, in maniera molto stretta, con il coadiutore dell'animale, **"il quale prende in carico l'animale durante le sedute e ne monitora lo stato di salute e benessere secondo i criteri e gli indirizzi stabiliti dal Medico Veterinario"**.

Gli IAA coinvolgendo, quindi, utenti appartenenti principalmente a categorie deboli (malati, bambini, anziani, disabili fisici e psichici), devono essere improntati su rigorosi criteri scientifici e necessitano di una regolamentazione specifica indirizzata al-

la tutela, sia dell'utente che degli animali coinvolti. Non bisogna dimenticare che gli IAA si rivolgono anche semplicemente a soggetti sani, che all'interno del percorso stabilito, possono beneficiare della relazione con l'animale a scopo ludico-educativo o al solo fine di migliorare la qualità della loro vita. Spesso le Attività Assistite da Animali (AAA) vengono impiegate in maniera propedeutica al percorso terapeutico, quindi propedeuticamente alle EAA o alle TAA per preparare il paziente a poter beneficiare della terapia vera e propria.

Appare chiaro che, principalmente per le Terapie Assistite dagli Animali (TAA), trattandosi di **"prestazioni sanitarie"** a tutti gli effetti, è necessario instaurare dei percorsi virtuosi a partire dalla prescrizione, la quale deve essere effettuata dal Medico di famiglia o Pediatra, al pari di ogni altra terapia, per giungere al beneficio quasi certo sull'utente finale, se tutto si svolge secondo le indicazioni fornite dalle Linee Guida e se l'animale viene considerato non per quello che viene chiamato a fare ma per quello che è e che può rappresentare nella sua relazione con l'umano; rispettando e riconoscendo prioritariamente le sue caratteristiche ed i suoi bisogni etologici.

Solo un'Equipe multidisciplinare costituita da Medici Veterinari, Medici specialisti, Psicologi, Psicoterapeuti ma anche Educatori, Assistenti sociali o altre figure sanitarie e non, ma assolutamente tutte formate attraverso percorsi di studi appositamente istituiti e regolarmente abilitati, può garantire la corretta gestione della complessa relazione uomo-animale.

Tale Equipe sarà diversificata a seconda del tipo di progetto e della tipologia di paziente, ma le uniche figure che rimangono costantemente presenti sono quelle dell'animale/del suo coadiutore e del Medico Veterinario, il quale opera con l'intento pre-



Il link con le
linee guida
nazionali in
materia di IAA

cipio della tutela del benessere dell'animale stesso e dei suoi bisogni etologici.

Compito non facile quello del Medico Veterinario che opera nell'ambito degli IAA perché, ad oggi, nonostante le Linee Guida Nazionali abbiano dato un forte sostegno a questa attività, resta l'assenza di strumenti standardizzati e condivisi per la valutazione del benessere e soprattutto per il rilascio dell'idoneità degli animali coinvolti negli IAA, così come la necessità di studi osservazionali, ricerche scientifiche e di modelli deontologici a cui riferirsi.

Ad oggi, tutte le Regioni hanno recepito l'Accordo Stato Regioni contenente le Linee Guida Nazionali ma permane un profondo ritardo, da parte delle stesse Regioni, nell'emanazione di Leggi regionali, fatte salve l'Emilia Romagna, la Lombardia e la Sicilia. Resta quindi forte l'auspicio di una Legge Nazionale che possa chiarificare in maniera definitiva le ambiguità e le incertezze ad oggi esistenti sul campo. Ma, ancor più forte, è la speranza che tali prestazioni sanitarie possano rientrare a tutti gli effetti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), favorendo e incrementando così, la diffusione e la conoscenza, da parte di tutti gli operatori della sanità, degli IAA e la loro applicazione su tutto il territorio nazionale in maniera uniforme a beneficio di tutti i cittadini.

Un ultimo auspicio riguarda l'incremento dei Corsi di formazione e preparazione degli animali alle IAA, affinché non si possano verificare situazioni di **"malpractice"** che possano configurare situazioni di maltrattamento degli animali stessi, essendo molto sottile il limite etico su cui ci si muove in questi ambiti.

Copertura sanitaria integrativa per il resto dell'anno



SaluteMia
Società di Mutuo Soccorso
dei Medici e degli Odontoiatri

Costi ridotti e protezione al massimo per piani sanitari di SaluteMia, a cui è possibile aderire da subito per il secondo semestre 2022. Lo "scudo sanitario", dedicato agli iscritti dell'associazione di mutuo soccorso dei medici e degli odontoiatri, permette di mettersi al riparo dalle spese mediche anche con una formula semestrale, che ha costi bloccati dallo scorso biennio, più bassi rispetto ai piani annuali.

TUTELE AUMENTATE

Ad essere aumentate rispetto allo scorso biennio sono invece le prestazioni garantite agli iscritti e ai loro familiari. Da quest'anno, ad esempio, i piani sanitari sono stati arricchiti di tutele per la neo-natalità, con un sussidio fino a 1.500 euro. Un voucher è previsto anche per la prevenzione in campo cardiovascolare, odontostomatologico e geriatrico.

Tra le novità per il biennio 2022-2023 c'è la possibilità per i soci di estendere le tutele di SaluteMia a un familiare non convivente, che potrà sottoscrivere i piani sanitari per sé e per il proprio nucleo.

PIANO BASE E PIANI INTEGRATIVI

Le tariffe semestrali dei piani sanitari di SaluteMia sono progressive in base all'età dell'aderente e partono da un minimo di 180 euro per il piano Base (fino a 29 anni) e dai 96 euro per l'adesione ai piani integrativi. Il costo della copertura sanitaria, fino a circa 1.300 euro, si potrà detrarre dalle tasse al 19 per cento.

Oltre al piano Base, la società di mutuo soccorso dei medici e degli odontoiatri propone il piano sanitario integrativo 'Optima salus', acquistabile singolarmente o in aggiunta al piano Base. Una copertura modulare molto ampia che prevede, tra le altre prestazioni, medicina preventiva oncologica, alta diagnostica, cure per l'infertilità e l'assistenza in gravidanza (test dell'amniocentesi incluso) e le spese per il parto.

A questi è possibile aggiungere i piani integrativi 'Specialistica', 'Specialistica plus', 'Odontoiatria' e 'Ricoveri'.

I COSTI DELLA COPERTURA

	PIANO BASE	PIANI INTEGRATIVI				PIANO OPTIMA SALUS	
	OBBLIGATORIO	Ricoveri	Specialistica	Spec. Plus!	Odontoiatria	Single	Nucleo (età capo nucleo)
fino a 29 anni (compresi)	€ 180,00	€ 153,00	€ 168,00	€ 141,00	€ 96,00	€ 141,00	€ 180,00
tra 30 e 35 anni (compresi)	€ 216,00	€ 186,00	€ 192,00	€ 297,00	€ 150,00	€ 195,00	€ 450,00
tra 36 e 40 anni (compresi)	€ 234,00	€ 186,00	€ 198,00	€ 297,00	€ 150,00	€ 195,00	€ 468,00
tra 41 e 47 anni (compresi)	€ 339,00	€ 234,00	€ 318,00	€ 216,00	€ 198,00	€ 285,00	€ 534,00
tra 48 e 55 anni (compresi)	€ 390,00	€ 243,00	€ 327,00	€ 216,00	€ 198,00	€ 330,00	€ 558,00
tra 56 e 65 anni (compresi)	€ 477,00	€ 288,00	€ 357,00	€ 249,00	€ 201,00	€ 477,00	€ 693,00
tra 66 e 75 anni (compresi)	€ 657,00	€ 384,00	€ 444,00	€ 309,00	€ 252,00	€ 546,00	€ 1.011,00
tra 76 e 85 anni (compresi)	€ 804,00	€ 495,00	€ 462,00	€ 327,00	€ 324,00	€ 615,00	€ 1.176,00
oltre 86 anni (compresi)	€ 891,00	€ 558,00	€ 519,00	€ 354,00	€ 366,00	€ 777,00	€ 1.500,00



[Il link alla copertura sanitaria](#)

Quest'ultimo piano è stato arricchito della prestazione di intervento chirurgico ambulatoriale per il trattamento della cataratta.

COME ADERIRE

Il modulo per l'adesione semestrale è disponibile a questo link. Va compilato e inviato per posta elettronica oppure caricato nell'area riservata del sito di SaluteMia o, come terza opzione, inviato per posta a SaluteMia.

TUTELE A MISURA DI STUDENTE

In tema di novità per il biennio 2022-2023, SaluteMia ha dedicato tre piani specifici agli studenti di medicina e

odontoiatria iscritti all'Enpam. Si chiamano 'Ippocrate', 'Leonardo' e 'Pasteur', sono improntati su base contributiva annuale, ma è possibile iscriversi anche adesso.

I piani per gli studenti includono prestazioni ospedaliere ed extra ospedaliere.

Al futuro medico viene garantita un'indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura, servizi di consulenza e prestazioni a tariffe agevolate.

Inoltre, i laureati in camice con il massimo dei voti potranno inoltre richiedere una borsa di studio da 500 euro

Come trasformare un costo in una risorsa?

Grazie all'ESP

L'Esp, ovvero l'Esperto in Supporto tra Pari offre ad altri utenti una diversa prospettiva per affrontare il proprio percorso terapeutico fornendo un sostegno in grado di contrastare sentimenti di disagio, disperazione, stigma, solitudine ed emarginazione che spesso accompagnano il disturbo psichico



Imara Artero
Esp nel progetto
Rete Civica per il
Benessere,
Città di Torino

Giuseppe Salamina
epidemiologo,
collaboratore DSM
Città di Torino

Alberto Taverna
psicologo
psicoterapeuta,
Asl Città di Torino,
referente regionale
psicologi SUMAI

L'ESP è l'acronimo di Esperto in Supporto tra Pari. L'esperienza deriva dal modello della Peer education nato intorno agli anni '70 in ambito scolastico e successivamente utilizzato anche nelle dipendenze.

L'ESP è, o è stato, un utente dei servizi della salute mentale che trae dal proprio percorso di *recovery*, una consapevolezza personale della propria malattia e della sofferenza che spesso ne consegue, trasformandola in sapere esperienziale (Lieberman, 2012).

L'*experiential learning*, intesa come apprendimento cognitivo, emotivo e sensoriale, trasforma l'utente in esperto, capace di sviluppare comportamenti adattivi e migliorativi della propria vita a confronto con situazioni d'incertezza o forte stress. Il rinforzo dato dall'auto-consapevolezza ed etero-consapevolezza dello sviluppo di abilità di *problem solving*, ridefinisce la propria autostima costituendo le basi per ulteriori evoluzioni. Il riconoscimento personale di capacità

“ Il supporto tra pari nell’ambito della salute mentale si è sviluppato a fine anni ‘70 nei paesi di lingua inglese, in particolar modo negli Stati Uniti



oggettive, sostiene il recupero integrale della propria dignità favorendo il *flourishing*, cioè la ricerca e la promozione del proprio benessere soggettivo e sociale. (Deegan)

Ciò detto, l’utente esperto può divenire un modello di rivale dalla malattia e al contempo un esempio di speranza e fiducia per altri utenti. L’esperto alla pari offre ad altri utenti una diversa prospettiva per affrontare il proprio percorso terapeutico for-

nendo un sostegno emotivo e pratico contrastando sentimenti di disagio, disperazione, stigma, solitudine ed emarginazione che spesso accompagnano il disturbo psichico. (Salzer) La relazione empatica e il sostegno paritario e confidenziale che nasce tra pari aiuta a rielaborare le reciproche sofferenze e a distanziarsi dalla passività in cui confinano i gravi disturbi, rafforzando nel contempo la ricerca del benessere. Ne consegue che il riconoscimento

del ruolo dell’ESP assume importanza centrale in merito a:

- riconoscimento personale dell’utente;
- riconoscimento della capacità nel supporto tra pari;
- riconoscimento “professionale” del sapere esperienziale che affianca, abbina e coopera con quello degli operatori. (Sarason)

BACKGROUND

Il supporto tra pari nell’ambito della salute mentale si è sviluppato a fine anni ‘70 nei paesi di lingua inglese, in particolar modo negli Stati Uniti. Il PEER SUPPORTER assume da subito un ruolo essenziale nella rete di supporto territoriale americana per persone con gravi disturbi mentali. (Stroul)

In Italia, a Trento, a inizio anni ‘90 è De Stefani che promuove l’approccio del “fareassieme”, valorizzando i rispettivi saperi in capo all’utente, ai familiari e agli operatori del CSM. Nasce così la figura dell’UFE (Utente Familiare Esperto). (www.leparole-ritrovate.it)

A partire dagli anni Duemila si sviluppa la figura del FACILITATORE SOCIALE in alcune realtà lombarde. (Goglio et al.)

Nel settembre 2021 la figura dell’Esperto in Supporto tra Pari in Salute Mentale – ESP è legittimata dalla 1° Carta Nazionale, alla cui stesura hanno partecipato 11 regioni italiane, tra cui il Piemonte, col patrocinio del Ministero della Salute.

La formazione EX-IN fa parte di un ampio progetto, finanziato dal Ministero della Salute Italiana con fondi del programma CCM 2021 per favorire l’inclusione lavorativa delle persone “esperte per esperienza” all’interno del lavoro dei Servizi di Salute



Mentale. Il progetto si rivolge a tutte le Regioni e PA italiane ed è coordinato dal Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Città di Torino, nella figura del Dott. Giuseppe Salamina.

La formazione Ex-In nasce da un progetto europeo denominato Experienced – Involvement. Dura un anno ed ha come obiettivo il coinvolgimento e l'inclusione lavorativa degli esperti per esperienza in servizi della salute mentale oppure in ambiti educativi, informativi o di sensibilizzazione.

La formazione Ex-In si basa sulla valorizzazione del sapere esperienziale delle persone che hanno affrontato il disagio, intrapreso un percorso di ripresa e cura e che si mettono in gioco trasmettendo speranza di guarigione, incoraggiando alla responsabilità personali. I partecipanti imparano a lavorare come operatori / operatrici Ex-In, sostenendo i processi di recovery nelle persone che vivono l'esperienza psichiatrica, integrando il lavoro dei servizi di salute mentale. Sono comprese circa 300 unità didattiche, suddivise in 12 moduli di 2 giorni e mezzo ciascuno. Durante la formazione i partecipanti costruiranno anche un cosiddetto "portfolio" personale in cui ciascuno registrerà il proprio percorso ed il proprio progetto formativo. Sono inoltre previsti due stage: uno iniziale di almeno 40 ore ed uno avanzato di almeno 80



La formazione Ex-In si basa sulla valorizzazione del sapere esperienziale delle persone che hanno affrontato il disagio, intrapreso un percorso di ripresa e cura e che si mettono in gioco trasmettendo speranza di guarigione

ore. Alla fine della formazione, ai partecipanti verrà rilasciato un attestato di operatore-operatrice Ex-In. I partecipanti saranno facilitati in questo percorso di valorizzazione e condivisione del proprio sapere esperienziale da due formatori che sono stati a loro volta formati per diventare formatori Ex-In. Nella formazione Ex-In i formatori sono sempre un tandem, in cui uno dei due formatori ha un'esperienza di disagio psichico e l'altro formatore ha invece un background di tipo professionale nell'ambito della salute mentale. Questo è una dimostrazione, anche nella formazione, del valore dell'integrazione tra i diversi saperi, quello esperienziale e quello professionale. Lo sviluppo di forme di collaborazione ed integrazione tra operatori/operatrici Ex-In ed i servizi di salute mentale è infatti un altro importante obiettivo della formazione.

L'ESP NELLE ESPERIENZE TORINESI

In questo quadro nazionale anche Torino non prescinde dalla valorizzazione di risorse esperienziali con due esperienze sviluppate sul territorio urbano.

PROGETTO GENERAZIONE ESP

Attivo da gennaio 2022, è un percorso di welfare inclusivo e partecipato,

finanziato dalla Compagnia di San Paolo all'interno del bando regionale "Salute effetto Comune". Il progetto, con capofila l'Associazione di familiari Insieme, è rivolto ad utenti e familiari che desiderano approfondire la conoscenza della figura dell'ESP e del suo ruolo nei servizi di Salute mentale. Prevede la formazione di utenti esperti (ESP) attraverso un percorso di due anni organizzato in 160 ore formative (lezioni accademiche di sociologia della salute, psicologia, psichiatria, farmacologia, struttura dei servizi sul territorio, Open Dialogue, strategie peer to peer, gestione crisi, supporto 1:1, supporto 1:molti, condivisione in gruppo di esperienze di vissuti di sofferenza, arte terapia, etc) e 80 ore di tirocinio pratico da svolgere all'interno dei servizi Asl, città di Torino.

RETE CIVICA PER IL BENESSERE

Rete Civica per il Benessere, attiva dal maggio 2021, è una rete che si snoda su tutto il territorio urbano, tra Asl Città di Torino, Centro per il Disturbo Alimentare dell'ospedale Molinette, Centro Adolescenti per la Prevenzione del disagio giovanile, UniTo l'università torinese, Associazione di familiari Insieme, Associazione culturale Lombroso 16, Cooperativa Frassati e diversi soggetti del 3° settore.

È un progetto finanziato dalla Compagnia di San Paolo all'interno del bando regionale "Salute effetto Comune".

È un percorso della durata di due anni, rivolto a giovani tra i 18 e i 35 anni seguiti dai centri di salute mentale, alle loro famiglie e all'intera comunità sul territorio.

È un progetto assolutamente innovativo nel suo genere che vanta la presenza di FACILITATORI-ESP retribuiti con un compenso professionale come collaboratori della Rete attraverso una regolare ritenuta d'accon-



**L'emozione più vitale dell'ESP
è di sentirsi libero di sperimentarsi
e di sostenere una vita auto diretta**

to. Come tali collaborano in sinergia con la cabina di regia costituita da psicologi, psicoterapeuti, psichiatri ed altri operatori del settore, nel pieno riconoscimento della filosofia del confronto paritario del Dialogo Aperto. Il ruolo dello psicologo per rispettare al massimo l'autonomia emotiva di pensiero e di progettazione tende a mettersi più in un ruolo di mentoring.

I giovani sono affiancati dai facilitatori e accompagnati verso un percorso di acquisizione di progressiva consapevolezza delle loro capacità in un'ottica di potenziamento dell'autonomia abitativa (possibile inserimento in co-housing in camere singole o doppie), lavorativa (miglioramento delle capacità comunicative in pubblico, stesura curriculum vitae, ricerca lavoro sul territorio) o di studio. Il percorso prevede una effettiva riabilitazione sociale ed esistenziale nell'ottica della psicologia positiva del rifiorire insieme (flourishing). I facilitatori svolgono giornalmente, o secondo esigenze personali dei ragazzi, la funzione di tutor nel sostegno emotivo (offerta di stima, di attaccamento e rassicurazione); nel supporto pratico (imparare a fare bonifico, cucinare, fare la spesa, etc.); conforto di ascolto (consigli, guida, rassicurazioni, gruppi di parola e feedback sulle loro capacità), anche fornendo il proprio personale numero di cellulare.

L'ascolto personalizzato, sia in un rapporto 1:1, sia in gruppo, permette di co-progettare percorsi condivisi e cuciti sulle esigenze del singolo e fornisce nella pratica, la rassicurazione psicologica importante per non sentirsi soli.

Poter chiamare o scrivere o incontrare il facilitatore, nei momenti di fragilità, al pari di un amico (ben oltre l'orario di apertura dei csm o centri diurni), stabilizza e conforta i ragazzi, rafforzando la loro resilienza.

È attiva anche una chat comune in cui tutti i giovani possono confrontarsi reciprocamente nel gruppo e proporre liberamente iniziative di socializzazione o di incontro.

Ai giovani sono offerte attività artistiche, culturali e sportive all'interno dei centri diurni e di *hub* territoriali di zona, aperti alla cittadinanza.

Si evince che anche la cornice in cui si muovono i ragazzi, (*co-housing*, centri diurni deputati e poli culturali) hanno valenza riabilitativa e promuovono l'effettiva inclusione sociale sul territorio.

NESSUNO È SOLO

Valore formidabile della Rete e quello di potersi "spostare" in AUTONOMIA e con RESPONSABILITÀ senza mai sentirsi soli, potendo vantare diversi nodi di sostegno.

Da sottolineare l'importanza del monitoraggio che riesce a prevenire o risolvere eventuali inciampi. I giovani sono monitorati da tutta l'equipe e periodicamente è previsto un re-cup anche ai servizi invianti.

Il momento centrale è quello della supervisione svolta da psicologi esperti con incontri quindicinali regolari che servono a riflettere sulle eventuali difficoltà dei facilitatori con gli utenti, legandoli agli aspetti clinici; inoltre viene data grande attenzione alle dinamiche interne al gruppo dei facilitatori e al coordinamento della progettazione delle attività.

La rielaborazione condivisa fornisce insegnamento diretto sul campo, confermando e suggerendo buone pratiche, rinsaldando la coesione e la forza stessa del gruppo e mettendo in luce le peculiarità di ognuno.

Ciò rende l'ESP anche potenzialmente SPECIALIZZATO, in base ad attitudini personali, vissuti di fragilità, passioni e via dicendo.

L'emozione più vitale dell'ESP è di sentirsi libero di sperimentarsi e di sostenere una vita auto diretta.

Bibliografia

- Robert Paul Liberman, *Il Recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2012
- De Stefani R., Stanchina D. (2011) *Utenti e Familiari esperti*. Erickson ed, Trento.
- *Le Parole Ritrovate*, movimento nato nel Dipartimento di Salute Mentale della Provincia di Trento. www.leparoleritrovate.it
- Marco Goglio, *Rivista Prospettive Sociali e Sanitarie* (Anno XXXIV, n° 12 luglio 2004) "Auto mutuo aiuto per il disagio psichico".
- Marco Goglio, *Psichiatria di comunità*, Vol VII, n° 4 dicembre 2008, Tavola rotonda su empowerment, recovery, negozialità a trent'anni dalla Legge Basaglia.
- Patricia Deegan, (1996). *Recovery, rehabilitation and the conspiracy of hope: A keynote address*
- Patricia Deegan, (1988). *Recovery: The lived experience of rehabilitation*. *Psychosocial Rehabilitation Journal* XI (4), 11-19
- Salzer & Shear (2002). *Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 281-288
- Stroul (1993). *Rehabilitation in community support systems*. In R. Flexer & Solomon (Eds.). *Psychiatric Rehabilitation in Practice*. Andover Medical Publishers. Boston
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B., (1983). *Assessing social support: The social support questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

La sindrome della bocca che brucia

Un quadro caratterizzato da una sensazione di bruciore alle mucose della bocca e alle labbra relativamente frequente che colpisce soprattutto il sesso femminile durante e dopo la menopausa

Presso il Servizio di Odontoiatria e Chirurgia Orale del PO Curto di Polla – Asl Salerno dove operano specialisti ambulatoriali, si tratta da anni la Sindrome della Bocca che Brucia (BMS dall'inglese *Burning Mouth Syndrome*) che rappresenta un quadro clinico-sintomatologico caratterizzato da una sensazione di bruciore spontaneo alle mucose della bocca (soprattutto lingua e palato) e alle labbra le quali presentano all'ispezione un aspetto normale. È relativamente frequente e colpisce soprattutto il sesso femminile durante e dopo la menopausa.

I pazienti descrivono una notevole varietà di sintomi; l'ordine di frequenza: "bruciore", "scottatura", "formicolio", "puntura o punzecchiatura", "pizzicore", "prurito", talvolta lamentano "dolori atroci", "tormento insopportabile" o "gonfiore enorme" e, benché il paziente descriva sovente

questo suo stato come "intollerabile", raramente la malattia rende fisicamente inabili.

I sintomi si localizzano in modo caratteristico. I 2/3 anteriori della lingua mobile sono la sede più frequentemente colpita: quando questo organo è interessato il bruciore si localizza sempre alla punta ed ai bordi e, di solito, anche al dorso. La seconda sede colpita è, in ordine di frequenza, il palato duro, fanno seguito le labbra e le creste alveolari edentule (particolarmente in pazienti con protesi) e le gengive. Meno frequente ma comunque segnalato è il coinvolgimento delle mucose geniene, del pavimento orale e dell'orofaringe considerato comunque inusuale ed atipico.

Il bruciore orale può essere associato con altri sintomi, tra i più frequenti vi è la xerostomia, che risulta essere il sintomo più frequentemente associato (nel 40-50% dei casi), la saliva viene descritta come "vischiosa", "spessa" o "colla che impasta i denti". Va ricordato che per xerostomia s'intende unicamente un sintomo, pertanto il paziente lamenta la sensazione di "bocca asciutta" a fronte però di un flusso salivare normale. Seguono nell'ordine la disgeusia (sapore acido, metallico o amaro in circa il

Giovanni Pentangelo
Consigliere Direttivo
Sumai Salerno,
Terminale
Associativo Sumai-
Asl SA, Referente
per l'odontoiatria
Sumai Campania





30% dei casi), la riduzione dell'olfatto, la disfagia (queste ultime sono associazioni rare). L'eziopatogenesi della patologia è a tutt'oggi non del tutto chiara, anche se la comunità scientifica si indirizza essenzialmente verso l'origine psichiatrica o in alternativa neuropatica della malattia. Per quanto riguarda i fattori psicogeni, in soggetti con BMS vi è una alta prevalenza di malattie psichiatriche e disturbi mentali; l'esame della letteratura permette di affermare che in più del 50% dei casi la BMS è associata a disturbi della personalità e a depressione, ansia cronica, ipocondria e cancerofobia.

Uno studio italiano controllato ha evidenziato un disturbo psichiatrico nel 71,6% dei pazienti esaminati: una percentuale significativamente superiore al gruppo di controllo. Il valore di questa ricerca è stato l'applicazione dei criteri diagnostici secondo il DSM-IV particolarmente indicato per il rilievo di patologie psichiatriche associate. Per contro, a favore della teoria neuropatica, alcuni studi dimostrano possibili alterazioni neuropatiche di tipo periferico: è stata osservata in pazienti BMS una minore densità e degenerazione assonale di terminazioni nervose in biopsie dei 2/3 anteriori della lingua rispetto ai

controlli. Questo studio suggerisce una possibile neuropatia trigeminale delle piccole terminazioni nervose correlabile alla BMS.

In letteratura sono descritte varie opzioni terapeutiche, ma solo in rari casi convalidate da studi clinici. La terapia cognitivo-comportamentale può essere svolta in poche sedute, di breve durata, e mira a modificare la cognizione, il vissuto dei problemi riferiti dai pazienti. Lo scopo principale, dunque, è quello di identificare e modificare le visioni ed i pensieri distorti o non realistici, in modo da cambiare secondariamente le emozioni ed il comportamento.

Un piccolo studio randomizzato ha mostrato che questo approccio terapeutico riduce l'intensità dei sintomi in modo significativo e tale risultato è mantenuto a distanza di diversi mesi nel periodo del *follow-up*. Inoltre, sempre sulla base di un'origine psichiatrica della patologia, alcuni studi dimostrano l'efficacia di benzodiazepine e clonazepam per os, clonazepam topico, stabilizzatori del tono dell'umore e antipsicotici.

Per contro, ipotizzando un'origine neuropatica, è stato suggerito l'utilizzo dell'acido alfa-Lipoico, un potente antiossidante endogeno che svolge un'azione citoprotettiva estre-

Le regole di comportamento in tema di sospetta sindrome della bocca che brucia

Ascoltare lungamente la storia clinica del paziente, in qualità di interlocutori attenti ed interessati, anche quando essa è complicata da particolari di nessuna rilevanza. Capire quali sono le parti della bocca che il paziente individua come responsabili del problema e spiegare lungamente e con precisione che si tratta di strutture anatomiche normali (evitare i frettolosi giudizi del tipo lei non ha niente).

Escludere che il bruciore sia dovuto ad altra causa confondente eseguendo la diagnosi differenziale con una corretta anamnesi medica ed odontoiatrica, una accurata visita alle mucose orali, controllando i valori di emoglobina, eritrociti, ferritina, folati, vit B12 e glicemia e, nei casi di sospetta ipersensibilità ai materiali dentari, richiedendo i relativi test epicutanei.

Rassicurare il paziente sulla innocuità dei sintomi, la cancerofobia è frequente in questi casi e quindi l'argomento va affrontato (ripetere le rassicurazioni nel corso delle successive visite) è importante che il paziente sappia che non è il solo a soffrire di questa malattia quando si è ragionevolmente certi della diagnosi deve essere richiesta una consulenza psichiatrica per valutare la necessità di una terapia antidepressiva.

L'INDICE IOTN

Il parametro per la presa in carico dei pazienti in odontopediatria

mamente efficace contro i radicali liberi e di cui vi è un documentato utilizzo in disturbi connessi a neuropatie periferiche. In un recente studio randomizzato e in doppio cieco non si sono però osservati risultati diversi tra i gruppi che assumevano acido alfa lipoico e il gruppo placebo. Inoltre è interessante osservare che circa il 30% dei pazienti è andato incontro a remissione dei sintomi assumendo il placebo e questo sarebbe in accordo con un'origine somatoforme del disturbo.

Da un punto di vista odontoiatrico, non è dimostrato che le protesi rimovibili inadeguate, quando presenti, siano la causa della BMS. Certamente in questi pazienti vi è una complessa interazione tra fattori psicogeni e protesi inadeguate. Quindi, se necessario, le protesi devono essere rifatte curando particolarmente la dimensione verticale, lo spazio per i movimenti della lingua e le basi protesiche che devono essere adeguate ed assicurare la migliore distribuzione possibile dei carichi masticatori; questo rifacimento deve essere integrato dall'apporto indispensabile di altri specialisti perché questa terapia non è sufficiente da sola. Nella gestione di un paziente con probabile BMS è sempre opportuna una valutazione stomatologica al fine di verificare l'effettiva assenza di patologie del cavo orale che possano essere la causa del disturbo lamentato. Quindi, raggiunta la diagnosi, qualunque sia l'atteggiamento terapeutico prescelto è di estrema importanza l'approccio psicologico al paziente, poiché è evidente il bisogno di questi soggetti di trovarsi circondati da attenzione e di essere capiti.

Marta Paoletti
Responsabile
di Branca
Odontoiatria
di Pistoia

Il criterio è utilizzato per individuare in modo oggettivo i potenziali beneficiari del trattamento nel SSN. Consente inoltre di spiegare in modo semplice e chiaro ai pazienti quali siano i criteri per la presa in carico

Nella Usl Toscana centro gli specialisti e i dirigenti che si occupano dei pazienti pediatrici (0/16 anni) valutano la possibilità di presa in carico del paziente in sede istituzionale in base all'indice di necessità di trattamento, indice IOTN, che origina dal report del 1986 di Schanschieff sui trattamenti dentali non necessari. Ideato per studiare la necessità di un trattamento ortodontico in funzione della presenza o meno di determinate alterazioni nella disposizione dentale, associate o meno a selezionate alterazioni funzionali. Le malocclusioni spaziano da una leggera deviazione rispetto alla norma o all'ideale fino a anomalie severe.

La visione riguardo a quali elementi siano da correggere e quali siano da accettare come modesti o in quanto oggettivamente portatori di limitate conseguenze è spesso molto diversa fra i clinici e i potenziali pazienti e le loro famiglie.

Ci sono anche visioni diverse fra clinici e fra odontoiatri e specialisti in ortodonzia.

Per questo l'indice IOTN rappresenta uno strumento utile per chi fa ricerca in ambito di salute pubblica, ma soprattutto per gli specialisti, che possono in tal modo avere dei criteri oggettivi da evidenziare alle autorità

competenti che testimonino come le risorse vengano impiegate per curare quei pazienti che avranno il massimo del beneficio dal trattamento ricevuto. I pazienti con un basso indice IOTN avranno anche in seguito ad un trattamento di alto livello un minimo cambiamento nella loro funzionalità orale mentre per i V o IV livelli essere sottoposti o meno a cura ortodontica ha un impatto importante sulla salute dell'apparato masticatorio.

L'indice IOTN viene utilizzato per ricerche epidemiologiche e per definire l'erogabilità delle prestazioni anche a carico del Sistema Sanitario Britannico.

Per valutare i componenti della salute dentale serve un semplice righello e un acronimo: MOCCDO che rappresenta *Missing teeth*, *Overjets*, *Crossbites*, *Displacement of contact point*, *Overbites*.

Quindi se un paziente ha un canino incluso verrà immediatamente inserito nel gruppo V, con la più alta necessità di trattamento perché il non eseguirlo porterebbe alla perdita di un elemento dentale, qualora invece non ci fossero anomalie di numero o posizione il righello sarà utile per misurare l'*overjet* (positivo o negativo), così che un aumento dell'*overjet* nel range 6-9 mm farà inserire il paziente nel gruppo IV.



Le 5 classi di gravità dell'indice IOTN

GRADO 1

Nessuna necessità di trattamento ortodontico

- A Malocclusioni minori compreso il dislocamento di punti di contatto fino ad 1 mm.

GRADO 2

Insufficiente necessità di trattamento ortodontico

- A aumento di overjet sopra i 3,5 mm e fino a 6 mm con labbra competenti;
- B overjet negativo fino ad 1 mm;
- C crossbite anteriore o posteriore con discrepanza fino ad 1 mm tra posizione di massima retrusione e massima intercuspiazione;
- D Dislocamento dei punti di contatto tra 1 e 2 mm;
- E Open bite anteriore o posteriore compreso tra 1 e 2 mm;
- F Neutro-occlusione, senza altre anomalie (discrepanza fino a metà cuspidi).

GRADO 3

Casi Border Line

- A Aumento di overjet tra 3,5 e 6 mm con labbra incompetenti;
- B Overjet negativo fino a 3,5 mm;
- C Crossbite anteriore o posteriore con discrepanza tra 1 e 2 mm tra posizione di massima retrusione e massima intercuspiazione;
- D Dislocamento dei punti di contatto tra 2 e 4 mm;
- E Open bite anteriore o posteriore compreso tra 2 e 4 mm;
- F Morso profondo completo, fino ai tessuti molli gengivali o palatini ma senza trauma

GRADO 4

Necessità di trattamento

- A Aumento di overjet tra 6 e 9 mm;
- B Overjet negativo superiore a 3,5 mm ma senza difficoltà masticatorie o fonatorie;
- C Crossbite anteriore o posteriore con discrepanza superiore a 2 mm tra posizione di massima retrusione e massima intercuspiazione;
- D Grave dislocamento dei punti di contatto oltre 4 mm;
- E Grave open bite anteriore o posteriore superiore a 4 mm;
- F Overbite aumentato e completo con trauma dei tessuti molli gengivali o palatini;
- G Ipodonzia lieve che richieda ortodonzia pre-restaurativa o chiusura di spazi per eliminare la necessità di protesi;
- H Crossbite linguale posteriore (scissor bite) senza contatti funzionali occlusali in uno o entrambi i lati della bocca;
- I Overjet negativo compreso tra -1 e -3,5 mm con presenza di difficoltà masticatorie e/o fonatorie;
- J Denti parzialmente erotti, inclinati ed impattati contro denti adiacenti;
- K Presenza di elementi soprannumerari;

GRADO 5

Necessità di trattamento

- A Aumento di overjet superiore a 9 mm;
- B Overjet negativo superiore a 3,5 mm con presenza di difficoltà masticatorie o fonatorie;
- C Eruzione impossibile di elementi dentari (eccezion fatta per il terzo molare) a causa di affollamento, dislocamento di elementi dentari, presenza di soprannumerari, decidui ritenuti o qualsiasi altra causa patologica;
- D Ipodonzia grave con implicazioni restaurative (più di un elemento mancante per quadrante) con necessità di ortodonzia pre protesica;
- E Labio-palato schisi o altre anomalie cranio facciali;
- F Denti decidui inclusi.

Questo criterio utilizzato per individuare in modo oggettivo i potenziali beneficiari del trattamento nel SSN si è dimostrato quindi di estrema utilità e appropriatezza e ha raccolto un unanime consenso fra noi operatori; consente inoltre di spiegare in modo semplice e chiaro ai potenziali pazienti e alle loro famiglie quali siano i criteri che portano alla presa in carico o all'esclusione dal trattamento istituzionale gli adolescenti che arrivano alla nostra osservazione.

“Non possiamo dirigere il vento, ma possiamo orientare le vele”

Le parole di Seneca, come filo conduttore del 2° Convegno Sifop della Regione Campania

Il 2° Convegno Sifop della Regione Campania dal titolo “**Normative e Modelli Organizzativi in Sanità: Coordinamento e Feedback tra Ospedale e Territorio in Regione Campania**” si è svolto presso l’Auditorium dell’OMCeO di Napoli e Provincia, raccogliendo il consenso dei partecipanti, dei moderatori, dei relatori, e delle autorità intervenute, per le rilevanti tematiche trattate. Il percorso formativo è stato suddiviso in tre sessioni, accomunate da uno stesso denominatore: il ruolo della Specialistica Ambulatoriale nell’ambito del SSN, rappresentandone un pilastro importante, come avvenuto anche nel periodo tanto complesso della “Pandemia da Coronavirus”.

Paola Mattei
Segretario
Nazionale Sifop,

Altre considerazioni hanno motivato il rationale del Convegno. Facendo un salto nel passato dall’istituzione del SSN, il 23-12-1978, sono stati promulgati numerosi Piani Sanitari Nazionali che nel corso del tempo hanno evidenziato che la centralità delle cure non dovesse essere solo a carico dell’Ospedale, ma che il Territorio potesse dare un importante contributo nella realizzazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici per le diverse patologie, soprattutto ad elevato impatto sociosanitario. Nell’ultimo decennio è stato ulteriormente ribadito, tutto ciò, alla luce della elevata prevalenza delle pluripatologie nel “Piano Nazionale della Cronicità del 2016”. La pari dignità tra gli Spe-

cialisti ospedalieri e territoriali, il Coordinamento e il *feedback* dei percorsi di cura tra ospedale e territorio sono le fondamenta per realizzare i modelli organizzativi già normati da tempo e che nella nostra Regione sono sì presenti, ma di frequente a macchia di leopardo.

Il Convegno ha avuto, quindi l’obiettivo di approfondire le patologie che necessitano, in primis, di un lavoro di squadra tra l’ospedale e il territorio, a favore della persona con malattia e dei suoi familiari (frequentemente caregiver).

Siamo consapevoli che “la maglia nera” che è stata addebitata alla Campania per tanti obiettivi sanitari non raggiunti, come in altre regioni del





SUD, è andata sempre “stretta” ai curanti e alle persone con patologie, ma ora è diventata “troppo logora” e gli specialisti ambulatoriali hanno la volontà di resistere e, con le altre categorie mediche, “non potendo cambiare il vento, faranno di tutto per dirigere le vele”. Quindi, anche se un Convegno non ha l’ambizione di voler risolvere problematiche di così elevato rilievo, esso ha comunque fornito la possibilità dell’aggiornamento e del confronto, mettendo in evidenza le numerose eccellenze mediche tra i relatori, i moderatori ed i partecipanti tutti.

Inoltre, ha attirato il dovuto interesse sui temi trattati e ha fornito uno spunto alle Istituzioni a procedere sul

cambiamento della sanità, come richiesto dalle normative vigenti.

L’apertura dei lavori congressuali ha avuto inizio con la brillante ed esauriente lettura magistrale di Luigi Sodano, Direttore della Scuola di formazione sindacale del SUMAI, dal titolo: PNRR e Modelli in Sanità. Nella sua relazione il Direttore Sodano ha esaminato, in modo dettagliato quanto è stato previsto per la sanità, con i progetti di ristrutturazione ed i nuovi modelli di organizzazione soprattutto della medicina territoriale. Nella prima sessione, moderata da Francesca Cimmino e da Arturo Iannaccone (Segretario SUMAI Provinciale di Avellino), entrambi chirurghi ambulatoriali, dedicata ai PDTA Onco-

logici, sono stati esaminati quelli delle patologie oncologiche, di maggiore prevalenza in Campania. Gli Specialisti Ambulatoriali Roberto Mabilia, oncologo, Antonella Savastano, gastroenterologa, Daniela Postiglione, dermatologa nonché Segretario SUMAI Provinciale di Salerno, hanno esposto “lo stato dell’arte del carcinoma della mammella, del carcinoma del colon-retto e del melanoma, alla luce di quanto deliberato sui singoli PDTA di queste patologie in Regione Campania, manifestando la loro approfondita esperienza clinica, ed evidenziando i punti di forza e di debolezza del modello organizzativo, che necessita di ulteriori miglioramenti. Le singole relazioni sono state anticipate dalla lettura magistrale della “Rete Oncologica Campana” a cura della Dr.ssa Tiziana Spinosa, Referente regionale dei PDTA Oncologici della “Terra dei Fuochi” e Direttore Responsabile del DSB 25, dell’ASL NA1 Centro, che da anni con tenacia e determinazione, si adopera per il buon funzionamento delle attività territoriali.

La disabilità e la fragilità hanno costituito la trama della seconda sessione del Convegno, moderata da Emilio Scalzone, fisiatra (Segretario SUMAI provinciale di Caserta) e Nunzio Varricchio, ortopedico (Segretario SUMAI provinciale di Benevento), che è stata apprezzata, come la precedente, avendo avuto modo i partecipanti di confrontarsi con i relatori su problematiche organizzative e cliniche di interesse quotidiano per tutti gli specialisti. Sono stati esposti gli argomenti sulla “Dimissione protetta Ospedale- Territorio nel paziente fragile” da Giuseppe Matarazzo, Direttore del Dipartimento delle cure primarie e U.O.C. Assistenza Anziani e Cure Domiciliari ASL Napoli 1 centro e sulla “Gestione del paziente fragile

al domicilio: Porte Uniche di Accesso ai servizi” da Daniela Manzella, geriatra. La sessione è stata conclusa dalla relazione sul “Management del Piede Diabetico”, drammatica complicità del Diabete Mellito, costituendo, ancora ai tempi odierni, la prima causa di amputazione, non traumatica, a cura della Dr.ssa Paola Mattei, endocrinologa e già diabetologa ambulatoriale.

Non poteva concludersi la giornata di formazione, senza dedicare un Focus sul Coronavirus, in particolare sulla Polmonite interstiziale in acuto e post acuto. Il Comitato Scientifico ha valutato significativo trattare l'argomento, dando voce allo specialista ambulatoriale in Medicina d'urgenza, Valerio Langella che segue il paziente in ospedale ed allo Specialista Ambulatoriale in Pneumologia, Gianfranco Scotto di Frega che prende in carico il paziente nella fase di follow-up dopo la remissione della fase acuta. Il tutto per sottolineare che la collaborazione e il feedback tra Ospedale e Territorio è indispensabile, sempre, per offrire una buona sanità, soprattutto nelle situazioni complesse. Le moderatrici del FOCUS, molto sentite da tutti anche emotivamente, sono state le colleghe Clara Imperatore, allergologa e Maria Palmira Monaco, patologa clinica.

Le conclusioni del Convegno, sono state affidate a Gabriele Peperoni, Vice Segretario Nazionale e Segretario di Napoli e Provincia del SUMAI, il quale ha coordinato brillantemente la Tavola Rotonda con i Relatori, che con una discussione interattiva finale, ha animato la platea e contribuito ulteriormente al successo dell'evento ed all'impegno per il 3° Convegno Regionale Campano Sifop.

Normative e Modelli Organizzativi in Sanità: Coordinamento e Feedback tra Ospedale e Territorio in Regione Campania

Pubblichiamo gli abstract del Convegno Regionale SIFoP della Campania che si è tenuto nel 2021

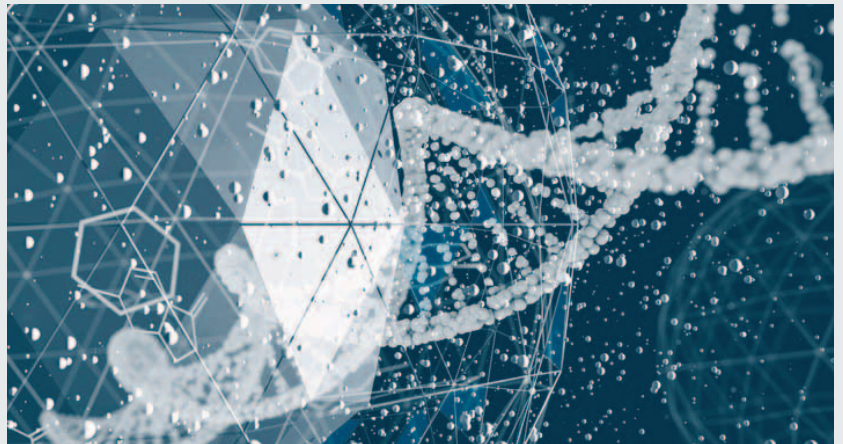
Lettura magistrale. PNRR e Modelli in Sanità

Luigi Sodano

Specialista Ambulatoriale otorinolaringoiatra ASL Napoli 1 centro DSB 29 SPS San Gennaro, Direttore Scuola di Formazione Sindacale SUMAI

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ormai noto con l'acronimo PNRR, è probabilmente il più grande piano di investimento economico che si sia visto in Italia ed in Europa dal dopoguerra ad oggi ed è naturalmente il frutto della necessità di aiutare le economie europee dopo il crollo economico legato alla pandemia da Coronavirus Covid-19 che, oltre a colpire nella salute milione di cittadini, è stata motivo delle chiusure forzate, i cosiddetti lockdown, che hanno fermato letteralmente industrie, cantieri edili, l'economia turistica e dello spettacolo e dello sport, la scuola e la formazione tutta.

La relazione dopo una brevissima disamina del ruolo che hanno avuto i medici nell'affrontare la pandemia e



una presentazione del Recovery fund che ha stanziato per l'Italia circa 209 miliardi di Euro, esamina quanto è stato previsto per la sanità, con i progetti di ristrutturazione e i nuovi modelli di organizzazione soprattutto della medicina territoriale.

Le Case della Comunità, strutture fisiche dedicate ai servizi sanitari di base che promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare in cui poter erogare tutti i servizi sanitari di base, dove lavorano in equipe Medici di medicina generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS) in collaborazione con gli Infermieri di famiglia o di comunità (IFeC), gli Specialisti ambulatoriali interni (SAI) e altri professionisti sanitari.

Gli Ospedali di comunità, strutture sanitarie a tutti gli effetti destinate a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o della riacutizzazione di condizioni croniche, necessitano di interventi sanitari clinici a bassa intensità e di breve durata.

La Rete Oncologica campana DCA 98/2016

Tiziana Spinosa
Direttore Responsabile DSB 25
ASL Napoli 1 Centro

La Rete Oncologica regionale (ROC) dovrà operare secondo un modello di governance basato su 4 pilastri fondamentali: epidemiologia, gestione della domanda secondo il principio della presa in carico globale, gestione dell'offerta favorendo qualità e innovazione, modello di controllo. L'infrastruttura della ROC deve garantire la piena attuazione di un percorso assistenziale organizzato ed efficiente, avversando le prestazioni casuali, riducendo dispersione e migrazione, rispondendo al bisogno di salute anche non espresso, garantendo una adeguata gestione multidisciplinare integrata aderente alle linee guida e alla best practice, attraverso i GOM. Le strutture abilitate alla ROC sono i Corpus ed i CORP. Tali strutture detengono le casistiche oncologiche adeguate agli standard di qualità. La

Regione ha realizzato anche una piattaforma informatica centralizzata (PIROC) per la consultazione-condizione dei dati e documenti clinico-sanitari di tutti i pazienti oncologici presi in carico dalla ROC. Il sistema, interoperando con tutti i repository aziendali consente ai diversi attori dei GOM (aziendali e interaziendali) di accedere al set completo di informazioni complete, storiche ed aggiornate, del paziente oncologico, sostenendo la corretta applicazione del PDTA di patologia. Il sistema deve consentire anche il passaggio della presa in carico da un GOM all'altro con continuità di accesso ai dati e documenti clinico-sanitari in tempo reale. Devono poter accedere alla consultazione delle informazioni del paziente anche gli operatori delle strutture dell'emergenza e i MMG.

PDТА per il carcinoma della mammella

Roberto Mabilia

Specialista Ambulatoriale oncologo ASL
Napoli 2 Nord DSB 36

Il numero di nuovi casi annui di cancro in Italia è 147,7 per 100.000 donne. La Campania presenta tutt'ora un tasso di incidenza di oltre 20 punti percentuali in meno, 119,2 per 100.000 donne.

Sia in Italia che in Campania l'andamento temporale è in incremento, con un aumento annuo dello 0,3 % Italia e dello 0,4% in Campania, con entrambi i valori statisticamente significativi.

La mortalità il carcinoma mammario rappresenta la prima causa di morte per tumore nelle donne, con un tasso annuo, in Italia, di 35,9 decessi per 100.000 donne ed un numero di decessi rilevati nel 2015 di 12.312; in Campania i decessi annui per tumore della mammella sono di 33 per 100.0002 donne, con un numero di 973 decessi registrati nel 2015. il differenziale nei tassi di mortalità di appena 3 punti percentuali in meno della Campania rispetto all'Italia non è proporzionato alla differenza dei valori di incidenza rilevati; ciò rimanda ad una sopravvivenza significativamente più bassa in Campania. La sopravvivenza per tumore della mammella a 5 anni dalla diagnosi è pari all'87% in Italia.

In Campania la sopravvivenza a cinque anni è pari all'83,8%. Come per le altre regioni del Sud Italia, il differenziale negativo del sud Italia a cinque anni dalla diagnosi si mantiene anche a cinque anni dopo il primo anno di sopravvivenza (Italia 89% VS Sud-Isole 86%) ed a cinque anni dopo cinque anni di sopravvivenza (Italia 90% VS Sud-Isole 86%). Tali

dati evidenziano la presenza di criticità non soltanto nella fase iniziale di anticipazione diagnostica, ma anche lungo l'intero percorso diagnostico-clinico- assistenziale.

Percorsi diagnostico clinici delle pazienti residenti in Regione Campania Nel triennio 2016/2018 sono state trattate chirurgicamente per tumore della mammella 12.129 donne; di queste 10.688 (88,12% della casistica) sono state trattate in 93 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 1.441 (11,88 % della casistica) sono state trattate in ulteriori 171 diverse strutture extraregionali. La Rete Oncologica Regionale ha identificato soltanto 22 strutture regionali abilitate ad entrare in Rete per la chirurgia dei tumori della mammella. Occorre pertanto un percorso che sia adeguato alle diverse fasi nella prevenzione e cura delle neoplasie mammarie

Screening senologico per Persone asintomatiche.

- Diagnostico/Stadiativo per Persone con nodulo mammario;
- Terapeutico per Persone con neoplasia mammaria accertata ed in fase precoce;
- Terapeutico per Persone con neoplasia mammaria accertata ed in fase localmente avanzata;
- Terapeutico per Persone con neoplasia mammaria accertata ed in fase metastatica;
- Follow-up per Persone con patologia mammaria pregressa.

PDТА per il carcinoma colon-retto

Antonella Savastano

Specialista Ambulatoriale gastroenterologa
SL Napoli 1 Centro P.O. Pellegrini

I tumori del colon-retto rappresentano, sia in Italia che in Campania, la terza neoplasia negli uomini (dopo i tumori di prostata e polmone) e la seconda nelle donne (dopo il tumore della mammella).

Il numero di nuovi casi annui di cancro in Italia è 65,4 per 100.000 nei maschi e 43,1 per 100.000 nelle donne con un numero di cancri atteso nel 2019 di 49.000 casi (27.000 uomini e 22.000 donne).

Il tumore del colon – retto è tra tutte le patologie neoplastiche quelle in cui si sono riscontrati i maggiori passi in avanti, grazie alla diffusione dello screening (che comporta sia una prevenzione, attraverso la polipectomia, che una diagnosi precoce, attraverso l'identificazione di tumori iniziali asintomatici).

Il PDТА, per i pazienti affetti da neoplasia del colon retto vede il coinvolgimento, in maniera multidisciplinare, di diverse figure professionali: il gastroenterologo, il chirurgo, l'oncologo, il radioterapista.

Questo mira ad offrire al paziente il miglior percorso basato sulle più recenti evidenze scientifiche, che tiene conto di una oncologia di precisione ma anche di un percorso di umanizzazione delle cure.

L'obiettivo finale è garantire a tutti i pazienti affetti da neoplasia del colon una medicina personalizzata che tenga conto sia delle caratteristiche biologiche del tumore che dei bisogni dei singoli pazienti migliorando la sopravvivenza e la qualità di vita.

Pianeta Melanoma: prevenzione, diagnosi, percorsi assistenziali

Daniela Postiglione

Specialista Ambulatoriale dermatologa ASL Salerno DSB 66, Segretario provinciale SUMAI Salerno

Il melanoma è un tumore, spesso molto aggressivo che origina nella cute o, più raramente, negli occhi e nelle mucose.

Nonostante il livello di conoscenza sul melanoma sia migliorato negli ultimi anni ancora troppi casi vengono individuati tardivamente. In Italia si registra infatti un costante incremento della mortalità e ogni anno la neoplasia determina oltre 2.000 decessi. Negli ultimi anni sono stati individuati nuovi e più efficaci strumenti diagnostici che hanno permesso, grazie anche alle armi terapeutiche disponibili, di migliorare le possibilità di guarigione.

Il coordinamento e l'aumento di quelle che possono essere considerate "melanoma unit" attraverso percorsi diagnostico-terapeutici integrati tra territorio e ospedale rappresentano la soluzione unica ed efficace per garantire la prevenzione e la diagnosi precoce di questa aggressiva neoplasia.

Dimissione protetta Ospedale-Territorio nel paziente fragile

Giuseppe Matarazzo

Direttore del Dipartimento delle cure primarie e U.O.C. Assistenza Anziani e Cure Domiciliari ASL Napoli 1 centro

Le dimissioni protette sono uno strumento indispensabile per garantire la continuità delle cure ai pazienti fragili affetti da malattie croniche e degenerative e rientrano in un piano generale che favorisce il modello della presa in carico del paziente nell'ambito di un'assistenza integrata e continuativa.

A seconda delle esigenze del paziente in dimissione protetta, le strutture più adatte possono essere RSA, Case di riposo, Hospice o anche il domicilio stesso del paziente.

Lo scopo di questa pratica è quello di offrire risposte assistenziali appropriate a seconda del singolo paziente e diminuire in conseguenza il numero e la durata delle degenze ospedaliere.

Gestione del paziente fragile al domicilio

Daniela Manzella

Specialista Ambulatoriale geriatra ASL Napoli 1 centro DSB 31

La fragilità, tipica dell'età geriatrica, è l'espressione più problematica dell'invecchiamento della popolazione. Ad oggi la migliore strategia geriatrica, atta a garantire una discreta qualità di vita del paziente geriatrico, è l'attivazione della presa in carico al domicilio del paziente tramite l'ADI (assistenza domiciliare integrata) che grazie alla L.R. 11/07 può essere at-

tivata, nella Regione Campania, dal MMG o dalla specialista che ha in cura il paziente presso la PUAT (porta unica accesso territoriale) presente in tutte le ASL campane. Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari Integrate sono: 1) fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza 2) favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali 3) rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della "dimissione protetta" 4) supportare i "caregiver" e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento 5) migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue. La "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" articola le cure domiciliari in tre tipi: 1. Cure Domiciliari di tipo Prestazionale 2. Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello 3. Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Domiciliari palliative per malati terminali. Un buon iniziale inquadramento clinico del pz, con la conseguente corretta attivazione dei servizi domiciliari, sta portando negli ultimi anni un discreto controllo clinico del paziente presso il proprio domicilio evitando, quando possibile, un improprio ricovero ospedaliero.

Management del Piede Diabetico

Paola Mattei

Diabetologa Segretario nazionale SIFoP

Il Piede Diabetico è una patologia complessa che per la sua gestione necessita di un percorso clinico e assistenziale articolato, dove vari operatori sanitari ne sono attori, ognuno con le proprie competenze, per determinare una evoluzione favorevole del problema, sia dal punto di vista preventivo che curativo. Il diabetico deve essere sottoposto sin dall' inizio della diagnosi e dell'inquadramento al Centro Diabetologico allo Screening delle complicanze micro e macrovascolari, che deve comprendere anche quello relativo al Piede Diabetico.

Al Diabetologo e all'Infermiere di Diabetologia compete l'esame clinico del Piede per valutare eventuali deformità, alterazioni dell'appoggio plantare ed eventuale segni di neuropatia e vasculopatia.

A seguito del primo esame clinico si programmerà il successivo o si renderà necessario da subito ulteriori approfondimenti, concordati col chirurgo vascolare e o il neurologo o l'ortopedico che interverranno nell'ottica di una gestione multidisciplinare. Non si può prescindere sia nei casi non complicati che in quelli con ulcere in atto o pregresse di sottoporre tutti i diabetici a periodici incontri di Educazione Terapeutica Strutturata su tale tematica. Purtroppo se il 50% delle Amputazioni degli arti inferiori riguardano il Piede Diabetico necessita rafforzare su tutto il territorio modelli di gestione integrata e multidisciplinare, anche in collaborazione con i Centri di Diabetologia di III livello ospedalieri o universitari

Polmonite interstiziale in acuto da COVID 19

Valerio Langella

Specialista Ambulatoriale medicina interna
ASL Napoli 1 centro P.O. Loreto Mare

Il bersaglio principale del COVID-19 sono principalmente i polmoni, ma la condizione pro-infiammatoria determinata dall'interazione tra virus e sistema immunitario può provocare danno a tutti gli organi ed apparati con complicazioni e sindromi critiche, talvolta fatali. I segni ed i sintomi, pur importanti, non sono i soli a dover guidare l'inquadramento dei malati. In alcuni soggetti la malattia può essere così grave da richiedere necessariamente assistenza ospedaliera, più o meno intensiva, a causa dell'evoluzione verso ARDS o insufficienza multiorgano. Rispetto a quanto precedentemente noto, l'interstiziopatia polmonare acuta da virus SARS-CoV2 presenta peculiarità anatomopatologiche, cliniche, evolutive e terapeutiche per certi versi nuove e per ovvi motivi ancora non del tutto chiarite. Anche nelle forme paucisintomatiche ed a basso impatto clinico sono state evidenziate alterazioni anatomopatologiche e laboratoristiche anche prolungate, ma solitamente ad evoluzione benigna. Nei casi più gravi, il recupero funzionale del polmone e clinico dei pazienti, è fortemente condizionato da tempestività ed "aggressività" terapeutica, assistenziale ed in casi selezionati, riabilitativa. L'individuazione dei soggetti a rischio, il riconoscimento precoce dei casi potenzialmente gravi, la conoscenza della tempistica della malattia, la scelta della terapia medica e delle diverse opzioni sono necessarie per ridurre al minimo le morti, purtroppo ancora tante in tutto il mondo.

Follow-up del paziente con pregressa polmonite interstiziale da COVID-19

Gianfranco Scotto di Frega

Specialista Ambulatoriale pneumologo ASL
Napoli 2 nord DSB 35

La Sindrome Covid-19 ha come principale bersaglio il polmone, caratterizzandosi tuttavia per una serie di manifestazioni sistemiche che possono perdurare diversi mesi dopo la negativizzazione del tampone molecolare. A livello respiratorio la maggiore complicanza è l'instaurarsi di fenomeni fibrotici parenchimali che possono esitare in una vera interstiziopatia cronica con insufficienza respiratoria cronica, rischio aumentato per i casi post-Covid 19 grave (ospedalizzazione, ricovero in unità intensiva). Tutto questo si traduce in un conseguente aumento del carico di necessità assistenziale per i Medici di Medicina Generale e gli Specialisti Ambulatoriali territoriali. È necessario dunque approfondire le conoscenze in merito ai meccanismi che sottendono tali fenomeni e le possibili strategie terapeutiche.

In questo numero il nostro esperto di previdenza illustra il primo dei quattro requisiti necessari per andare a riposo. A seguire gli altri: ricongiunzione, totalizzazione e cumulo.



Come andare in pensione anticipatamente. Il Riscatto

Nell'articolo pubblicato nel precedente numero di questa rivista vi ho parlato dei requisiti, previsti per gli specialisti ambulatoriali, per poter accedere alla pensione Enpam.

In questo articolo, e nei prossimi, gli argomenti che tratterò riguarderanno il possibile raggiungimento dei requisiti richiesti per ottenere la pensione anticipatamente attraverso tutte le possibilità esistenti messe a disposizione dell'assicurato quali:

- A** il riscatto;
- B** la ricongiunzione;
- C** la totalizzazione;
- D** il cumulo.

Vi ricordo che **in ogni caso** andare in pensione anticipatamente comporterà una **penalizzazione economica** in rapporto agli anni e ai mesi mancanti al compimento dell'età di vecchiaia fissata a 68 anni.

Tale decurtazione è essenzialmente legata al privilegio concesso di percepire in anticipo, quindi per un tempo maggiore, l'assegno di pensione. Per poter accedere alla Pensione anticipata sono necessari 35 anni di contribuzione all'Ente (versati in tutti i fondi della Medicina Accreditata, quindi escludendo il Fondo della

Quota A), oltre a 30 anni di laurea e a 62 anni di età anagrafica.

In alternativa all'anzianità anagrafica e di laurea sono comunque necessari 42 anni di contribuzione a titolo di contribuzione effettiva e/o di riscatto e/o di ricongiunzione.

A Il Riscatto

È un investimento con una duplice funzione, infatti, esso contribuisce a **incrementare sia l'assegno di pensione che l'anzianità contributiva**.

I tipi di riscatto esistenti sono:

- **Laurea** (6 anni o anche in numero minore, in rapporto alle proprie esigenze);
- **Laurea e specializzazione** (fino ad un massimo di 10 anni);
- **Servizio militare e civile** (purché il periodo da riscattare non sia coincidente con periodi già coperti da contribuzione effettiva o riscattata e purché non già riscattato presso altre gestioni previdenziali obbligatorie, compresi altri fondi Enpam).
- **Periodi di totale sospensione dell'attività di convenzione** (vacanze contributive ad esempio per permessi o periodi di malattia non retribuita);

- **Periodi già liquidati dall'Enpam** (Guardia medica, Medicina di base ecc...);
- **Periodi di assenza o mancata contribuzione all'Enpam** (da parte delle Asl, non più esigibili, per decorrenza dei termini di prescrizione).

Modalità per la domanda

La domanda non può essere inoltrata all'Enpam prima di aver maturato 10 anni di contribuzione al Fondo Ambulatoriali, partendo dal momento in cui si è diventati titolari di incarico.

Lo specialista può inviare la richiesta direttamente all'Ente attraverso la propria area riservata Enpam, mediante la compilazione del modulo predisposto per il riscatto.

Può richiedere il riscatto chi è in regola con il pagamento di altri riscatti (ad esempio di allineamento) in corso. Per essere ammessi al riscatto occorre presentare la domanda prima del compimento dell'età di vecchiaia (68 anni) e prima di un'eventuale richiesta di riconoscimento dell'invalidità totale e permanente.

Si considera rinuncia alla proposta di riscatto il mancato pagamento in un'unica soluzione o il mancato inizio dei versamenti rateali del contributo, entro i termini indicati dall'Enpam, non inferiori a 60 giorni.

La rinuncia alla proposta di riscatto inviata dall'Ente, comporterà l'impossibilità di riformulare una nuova domanda, prima che siano trascorsi due anni successivi dal ricevimento della lettera con la proposta rifiutata.

L'importo economico richiesto per il riscatto, per definizione, è pari alla **Riserva Matematica** della maggior pensione, virtualmente ottenibile, al momento della domanda, con l'aggiunta degli anni o dei periodi da riscattare.

Tabella 1

**Uomini Età 20-67
Fondi Speciali**

Stralcio delle tabelle dei coefficienti di calcolo dei riscatti e delle ricongiunzioni

Età alla domanda	Anzianità di contribuzione (compresi gli anni da riscattare o ricongiungere)						
	10	15	20	25	30	35	40
30	10.0345	10.8772					
35	10.9229	11.7438	11.8994				
40	12.1752	12.8945	12.8945	13.1986			
45	13.1502	13.8136	14.0801	13.3549	13.9156		
50	14.2482	14.3396	14.9012	14.4586	14.4586	15.119	
55	15.3467	15.4035	15.4035	16.0401	16.3969	16.981	
60	16.5004	16.5508	16.5508	16.5508	17.2645	17.664	17.6646
65	17.8275	17.8723	17.8723	17.8723	17.8723		

I conteggi per definire l'importo del riscatto saranno effettuati in base alla data della domanda inoltrata dall'iscritto.

Qualora lo specialista abbia presentato richiesta **entro il 31/12/2012** si procederà nel modo seguente:

- si calcola la quota di pensione in base all'anzianità di servizio dell'iscritto ed alla media oraria generale osservata, alla data della domanda di riscatto;
- con lo stesso metodo si determina la quota di pensione ottenibile, con l'aggiunta del numero di anni che si intende riscattare, fino ad un massimo di 10;
- si stabilisce la differenza tra le due quote di pensione calcolate;
- si moltiplica il valore ottenuto per un **Coefficiente di Capitalizzazione**, il cui valore è ricavabile dalla "tabelle B dei fondi speciali per iscritti di sesso maschile e femminile, che richiedano il riscatto senza maturare il diritto a pensione immediata" (**Vedi Tabella 1**).

I valori dei coefficienti variano, crescendo, in rapporto dell'età anagrafica e dell'anzianità di servizio del richiedente.

Il prodotto che si ottiene, moltiplicando la differenza fra le due quote di pensione, con e senza gli anni di riscatto richiesti, per il coefficiente di capitalizzazione, è la **Riserva Matematica** ovvero il contributo di **Riscatto da Pagare**.

I conteggi per definire l'importo del riscatto, se la domanda è stata presentata dall'iscritto **dal 1/1/2013** in poi, verranno effettuati con altra modalità, in conseguenza del mutato regolamento del Fondo speciale. Per il calcolo non ci si baserà più sull'orario medio di servizio tenuto nel corso dell'intera attività, ma si terrà conto della media delle retribuzioni percepite dal 1/1/2013, oltre ad applicare un indice di rendimento del 2,1%, meno favorevole rispetto al 2,25% applicato nel vecchio conteggio fino al dicembre 2012.

Consideriamo, ad esempio, una domanda di riscatto presentata il 31/12/2022 da uno Specialista (uomo) di 60 anni e 4 mesi di età anagrafica, che all'atto dell'invio abbia un'anzianità contributiva pari a 20 anni e 11 mesi, con un reddito medio lordo, a partire dal 2013, pari a circa 50.000 euro.

Supponiamo che l'iscritto chieda di

riscattare 9 anni (6 di laurea + 3 di specializzazione).

Si procederà nel conteggio come segue:

- si moltiplica il numero degli anni da riscattare (9) per il rendimento previsto del 2,1 % = **18,9%**;
- si applica la percentuale ottenuta del 18,9% al reddito medio lordo di **50.000** euro circa, percepito dal 2013 al 2022 = $50000:100 \times 18,9 = 9450$ **Euro (quota di pensione annua, virtualmente in più)**;
- si definisce, all'atto della presentazione della domanda, l'**età anagrafica** del richiedente (arrotondando rispettivamente i mesi inferiori o superiori a 6, per difetto o per eccesso) = **60**;
- si calcola l'**anzianità contributiva**, completa dei 9 anni da riscattare, raggiunta all'epoca della domanda di riscatto (anche in questo caso è previsto l'arrotondamento per difetto o per eccesso ai 6 mesi): 21 anni di anzianità + 9 anni di riscatto = 30 anni;
- nella " *tabella B dei fondi speciali per iscritti di sesso maschile che chiedono il riscatto o la ricongiunzione senza maturare il diritto a pensione immediata*", presente nel regolamento Enpam, (vedi uno stralcio di tutti i dati in **Tabella 1**) si definisce il **Coefficiente di Capitalizzazione** che, tenendo conto dei parametri calcolati (60 e 30), in questo caso sarà pari a 17,2645;
- l'**importo del riscatto**, da pagare in un'unica soluzione, sarà pari alla maggior pensione, virtualmente calcolata, per il Coefficiente di Capitalizzazione trovato = $9450 \times 17,2645 = 163149$ **Euro**.

Le tabelle di capitalizzazioni per le donne prevedono valori differenti, di poco inferiori, in relazione della mag-

giore aspettativa di vita residua.

Per coloro i quali hanno un riscatto in corso di pagamento o abbiano la fortuna di ricevere dall'Ente, in notevole ritardo, una proposta di riscatto calcolata con il metodo relativo alle domande presentate prima del 31 dicembre 2012, va segnalato l'estrema convenienza di completare e/o di accettare il pagamento.

Gli effetti positivi derivanti dall'accettazione della proposta, infatti, si ripercuoteranno sul calcolo della prima parte della pensione, quella certamente più vantaggiosa per lo Specialista. Oltre a godere di una rivalutazione del 2,25%, in contrapposizione a quella del 2,1 % che invece spetta ai contributi versati dopo il 31/12/2012, l'aver pagato il riscatto andrà ad incidere sul calcolo della pensione in modo differente. Risulterà, infatti, particolarmente favorevole, soprattutto se, all'epoca della domanda di riscatto, lo specialista effettuava un impegno orario ridotto rispetto a quello poi raggiunto successivamente, prima della fine del 2012.

I versamenti relativi a riscatti calcolati sulla base di una domanda successiva al 2012, andranno ad aumentare l'assegno di pensione con il metodo contributivo in essere dal 2013. Una volta presentata la domanda si resterà in attesa della risposta della Fondazione, che per formulare la proposta di riscatto avrà bisogno di acquisire i dati necessari al conteggio. L'iscritto che abbia comunque intenzione di effettuare il riscatto, anche se solo in parte, ha la facoltà di versare all'Ente delle somme in acconto, ai fini del disarcico fiscale nell'anno in corso.

Vi ricordo, infatti, che le somme versate sono deducibili integralmente e senza limiti dalle tasse, a differenza delle somme versate nelle casse di previdenza private che prevedono un

limite massimo fissato a 5164,57 euro/anno.

Quando lo specialista riceve la risposta alla domanda presentata, l'Enpam chiederà di accettare il riscatto, di iniziare il pagamento del contributo calcolato e di scegliere la forma di rateizzazione preferita tra quelle suggerite dall'Ente.

Il versamento di quanto richiesto potrà essere versato in un'unica soluzione o in alternativa, in un numero di rate pari al numero di anni da riscattare più la metà, gravato dagli interessi legali previsti.

Il pagamento dilazionato avverrà con versamenti di rate semestrali che scadranno il 30 giugno ed il 31 dicembre di ogni anno a venire.

Esiste sempre la possibilità di ridurre a piacimento il numero degli anni da riscattare, tuttavia va segnalato che è conveniente indicare il numero di anni che molto presumibilmente si ha intenzione di riscattare, per poter usufruire di un coefficiente di capitalizzazione meno elevato, ai fini del calcolo del costo del riscatto.

Il pagamento del riscatto, in ogni caso, dovrà essere completato prima della data del transito in pensione.



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.