

# medical network

LA RIVISTA  
DEL MEDICO  
SPECIALISTA  
AMBULATORIALE

ANNO XXI  
NUMERO 4 | 2022  
TRIMESTRALE



**Sifp** SOCIETÀ ITALIANA  
DI FORMAZIONE PERMANENTE  
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

# SPECIALISTA DOVE SEI?

La rivendicazione del ruolo fondamentale  
dello specialista ambulatoriale  
in un'ottica di riforma della sanità territoriale  
**Questo il fil rouge del 54° Congresso Nazionale**

medical  
network

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 Niefi,  
Stefano Simoni,  
Luigi Sodano

**Progetto grafico e impaginazione**

Giancarlo D'Orsi  
Edizioni Health Communication, Roma

**Editore**

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



**Sumai**  
**ASSOPRO**  
Sindacato Unico Medicina  
Ambulatoriale Italiana  
e Professionisti dell'Area Sanitaria



**Sifop**  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI FORMAZIONE PERMANENTE  
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA



**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 dicembre 2022

# Ora tutti insieme, dobbiamo fare ognuno la propria parte

**Antonio Magi**  
Segretario Generale  
Sumai Assoprof

## Care colleghe e cari colleghi

Il nostro 54° Congresso Nazionale anche quest'anno ha visto una folta partecipazione di rappresentanti delle istituzioni e di stakeholder i quali, durante i tre giorni di lavoro, non hanno fatto mancare la loro presenza tra saluti partecipati e confronti all'interno delle nostre tavole rotonde. Questo è un segno che il SUMAI Assoprof è riconosciuto come uno dei protagonisti della politica sanitaria del nostro Paese. Non dobbiamo infatti dimenticare che in un momento particolare, si erano da poco svolte le elezioni politiche ed era in fase di formazione il nuovo governo, politici di maggioranza e opposizione hanno deciso di essere presenti al nostro congresso per parlare dei problemi del Ssn e ragionare con noi sulle possibili soluzioni e, cosa altrettanto importante, sul ruolo e sul futuro della specialistica ambulatoriale interna.

E proprio sul futuro della nostra realtà, il SUMAI Assoprof, vorrei soffermarmi partendo dal pomeriggio di mercoledì 19 ottobre, quando si è svolta la tavola rotonda dei giovani aderenti alla nostra associazione. Sono state due ore molto importanti, due ore di confronto tra orgoglio di appartenenza, rivendicazioni e suggerimenti per una formazione sempre più mirata e un futuro che, come sappiamo bene, sta per cominciare. I nostri giovani hanno ribadito l'importanza del contratto SUMAI il quale rispetto alla dipendenza garantisce autodeterminazione e maggior libertà personale, permette di settorializzare il proprio interesse e fa la differenza anche in termini di retribuzioni, possibilità di carriera e infine di qualità della vita.

I nostri giovani però hanno anche parlato di previdenza e di alcune esigenze che vorrebbero maggiormente rappresentate come una formazione specifica su alcune tematiche di carattere sindacale, come l'Acn e le trattative, e una maggiore attenzione verso quelle famiglie più giovani composte da medici.

È stato dunque un bel pomeriggio per tutti noi. Per gli *under* che sono tornati a confrontarsi ma anche e soprattutto per noi *over* che facciamo sindacato da anni e che in loro abbiamo visto il nostro futuro.

Ora tutti insieme, indipendentemente dall'età, dobbiamo fare la nostra parte. Noi dobbiamo impegnarci a passarvi la nostra esperienza e voi dovete impegnarvi ad apprendere e mettere in pratica quanto insegnatovi solo così ci garantiremo un futuro.

*Buon lavoro a tutti noi.*

# W il SUMAI

# PNRR MISSIONE 6 SPECIALISTA DOVE SEI?

**A poche ore dall'inizio della diciannovesima Legislatura, che di fatto ha dato il via al processo di formazione del nuovo Governo, si è svolto il 54° Congresso nazionale del SUMAI Assoprof aperto con la relazione del segretario generale, Antonio Magi**

A cura  
della Redazione

**Missione 6 del PNRR**, Decreto 77 e ruolo della Specialistica ambulatoriale convenzionata interna, carenza dei medici o carenza di specialisti? Università, giovani e donne. Questi i temi che al centro del Congresso Nazionale del SUMAI Assoprof. Una tre giorni di confronti, tavole rotonde, Ecm e talk a cui hanno partecipato oltre 350 iscritti, politici, rappresentanti delle Regioni, delle Professioni e dei Cittadini, Stakeholder.

**La rivendicazione** del ruolo fondamentale dello specialista ambulatoriale in un'ottica di riforma della sanità territoriale, a maggior ragione ora che il Covid 19 si avvia da pandemico a diventare endemico, è stato il *fil rouge* di questo Congresso.

Se la Missione 6 del Pnrr intende riformare le cure primarie attraverso la costituzione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità, entrambe finanziate con circa 2mld, a tutt'oggi non è ancora chiaro come queste strutture lavoreranno, poiché una delle criticità resta il nodo del personale. In sostanza da qui al 2026 se non si modificheranno i parametri del Pnrr, le Case della Comunità saranno realizzate ma queste non verranno attivate prima del 2027 in quanto oltre alla carenza delle figure indispensabili (medici specialisti ed infermieri) non è prevista la copertura agli oneri del personale sanitario.

**Da qui il titolo del Congresso: Pnrr Missione 6, specialista dove sei?** Che intende evidenziare l'errore di poter riordinare le cure primarie senza prevedere anche lo specialista ambulatoriale, figura essenziale nell'equipe multidisciplinare al pari del Medico di Medicina Generale, del Pediatra, dell'Infermiere del Farmacista e degli altri Professionisti sanitari.

**Nel corso dei lavori** è stato presentato il libro "Medici specialisti, situazione al 2021 - previsione al 2030" scritto dal segretario generale del SUMAI Assoprof, Antonio Magi. Un volume che si pregia della presentazione di Antonella Polimeni, Magnifica Retttrice dell'Università "La Sapienza" di Roma e della prefazione di Filippo Palumbo, già Capo Dipartimento della Programmazione sanitaria del Ministero della salute.

Il volume, uno studio realizzato partendo dall'analisi di dati forniti da Enti ed Istituzioni nazionali ed internazionali, è una fotografia quanto mai attuale che attraverso i numeri e l'utilizzo di decine tra grafici e tabelle illustra lo scenario nazionale lavorativo medico-sanitario del nostro Paese diviso per età, provincia, genere e specialità. Una fotografia che partendo dalla situazione attuale arriva a sviluppare una previsione del fabbisogno medico e specialistico nel 2030.

**Altro momento centrale** dei lavori è stata la presentazione di "Fare Salute" associazione tra il SUMAI Assoprof e l'Università Cattolica del Sacro Cuore il cui obiettivo attraverso Altems (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari), è avviare una collaborazione istituzionale, al fine di implementare i propri ambiti funzionali, finalizzata al conseguimento della missione dei due enti con l'obiettivo di realizzare una "Academy della Professione Medica Specialistica" che promuova attività di formazione continua dei medici appartenenti al SUMAI Assoprof negli ambiti della sanità pubblica, del management, dell'economia e della politica sanitaria, lo sviluppo di un programma di attività di ricerca, studio ed approfondimento e l'avvio di attività di comunicazione, eventi ed iniziative editoriali (anche grazie alle nuove tecnologie digitali) a supporto della valorizzazione dei risultati degli studi e che possano innalzare il livello di *awarness* degli interlocutori istituzionali e del grande pubblico verso il Sindacato stesso ed ALTEMS.



LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO

# Nel 2030 avremo i medici ma non nel Ssn. Così la sanità pubblica muore

**L'assenza di efficaci politiche per il personale e le scarsissime risorse economiche messe a disposizione come potranno coniugare il DM 77 con l'evidente carenza di personale medico specialistico, disponibile a lavorare nel Ssn e necessario ad attuare la Missione 6 del PNRR?**

**È con questa domanda** che Antonio Magi, Segretario Generale del SUMAI Assoprof, ha iniziato la sua relazione inaugurando di fatto il 54° congresso nazionale del Sindacato maggiormente rappresentativo degli

specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

“Carenza – secondo Magi – che, in assenza di correttivi, purtroppo si accentuerà nei prossimi anni anche per colpa della ‘gobba pensionistica’. Og-

A cura della Redazione

**Antonio Magi**  
Segretario Generale  
Sumai Assoprof



gi ci troviamo davanti ad una crescente e profonda mancanza di medici specialisti disponibili a lavorare nel nostro Ssn, parliamo ovviamente di quel Ssn gestito direttamente dal pubblico (poliambulatori e ospedali). Nel corso di questo 54° Congresso Nazionale cercheremo di approfondire il tema della carenza dei medici con i dati a nostra disposizione per poi confrontarci con i rappresentanti della politica, sia nazionali che regionali, con illustri esponenti e tecnici sia del mondo sanitario che del mondo sindacale.

“In questi ultimi due mesi abbiamo assistito ad una ‘vivace’ campagna elettorale ed abbiamo letto i programmi presentati dai partiti. Ebbene, lo possiamo dire, il tema sanità è stato pressoché assente nei discorsi dei leader e dei candidati dei partiti in lizza. Qualche volta solo appena accennato. Com’è possibile che dopo una terribile pandemia, dalla quale non ci siamo ancora liberati e che in Italia ha visto oltre 177.000 morti (tra cui circa 500 tra medici, infermieri e professionisti sanitari che hanno affrontato una comune battaglia contro il Covid senza tirarsi indietro), non si parla più di Sanità?”.

## Territorio desertificato

**“Come è possibile** – si è chiesto Antonio Magi – che la Salute sia sparita dall’agenda politica quando invece dovrebbe essere tra i temi centrali del nuovo Governo? Il territorio è di fatto desertificato, privato delle sue figure principali: medici specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Un territorio che nel corso degli anni, a causa di scellerate e miopi scelte politiche, non è più riuscito a soddisfare efficacemente i bisogni della gente costringendo i pazienti ad andare sempre più spesso in ospedale (anch’esso in difficoltà per gli accessi impropri nei PS e l’eccessiva richiesta), per poter risolvere i propri bisogni di salute. La ridotta offerta specialistica sul territorio ha generato liste d’attesa interminabili.

## LA RELAZIONE DEL SEGRETARIO

Forse il silenzio della politica durante quest'ultima campagna elettorale è dovuto alla mancanza di proposte e di soluzioni da presentare agli elettori?

“Il nostro sistema sanitario finora ha retto ma a che prezzo? Scarsi investimenti, retribuzioni tra le più basse in Europa, difficili condizioni di lavoro denunce e atti di violenza contro gli operatori sanitari. Tutto ciò ha inciso sulla percezione della qualità delle cure e così a questo sforzo non ha corrisposto un equivalente livello di soddisfazione tra i cittadini che lamentano infatti liste d'attesa infinite, strutture spesso fatiscenti, attrezzature obsolete e personale insufficiente. Le soluzioni per il cittadino? Sostanzialmente due: chi può si rivolge alla sanità privata, gli altri vanno direttamente al pronto soccorso in attesa di essere visitati. In più, i cittadini sempre meno pazienti, condizionati da un'informazione a volte superficiale e da avvocati senza scrupoli, intentano cause contro i medici

per malasanità nella speranza di ottenere dei rimborsi.

Non possiamo dimenticare quanto i medici e i professionisti sanitari vivano con preoccupazione queste vicende. Dopo aver passato momenti drammatici a combattere il virus, ora sono addirittura accusati di aver creato una dittatura sanitaria, chiamati nazisti e minacciati perché impegnati nella campagna vaccinale di prevenzione e contrasto di diffusione del virus.

“**Lo Stato e le Regioni** non hanno difeso i professionisti della salute. Non li hanno tutelati con norme specifiche, li hanno lasciati soli esprimendogli al massimo attestati di stima e cordoglio. Oggi la situazione è esplosiva e in assenza di interventi concreti il Sistema sanitario rischia di non riuscire a mantenere livelli adeguati di assistenza. L'Italia, infatti, in relazione al PIL, spende meno della maggior parte dei Paesi europei ma l'invecchiamento della popolazione e le cronicità che già oggi assorbono l'80%



**Nei prossimi anni gli specialisti potrebbero esserci ma l'importante è che i nostri medici formati trovino vantaggioso lavorare nel nostro SSN**

della spesa sanitaria minacciano di superare la soglia di sostenibilità”.

## Le proiezioni del Sumai

**Gli specialisti** considerati professionalmente attivi passeranno dai 151.512 del 2021 ai 202.632 del 2028 e quindi, solo a partire dal 2028, potremo contare su circa 51.120 specialisti in più rispetto al 2021. Nei prossimi anni, dunque, grazie al notevole aumento di borse specialistiche del 2020 e 2021 gli specialisti (almeno dai dati e dalle proiezioni), potrebbero esserci ma l'importante è che i nostri medici formati trovino vantaggioso lavorare nel nostro SSN. Dai dati attuali queste condizioni non si stanno verificando. Stanno infatti aumentando le fila dei medici specialisti che al SSN preferiscono lavorare nel privato o andare all'Estero. Occorre investire subito questo trend. La situazione in futuro



sarà sempre più complicata e per i prossimi anni gli specialisti che opereranno nel SSN (medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali convenzionati interni), a situazione invariata, passeranno dai 117.909 del 2021 agli 84.357 del 2030 considerando sia le poche nuove entrate di neo-specialisti che le uscite dei vecchi specialisti per raggiunti limiti d'età.

## Le sfide

“Il finanziamento del Sistema, il personale sanitario (medici e infermieri) insufficiente, la poca attrattività del SSN, l'invecchiamento demografico, la prevenzione primaria e il ritorno ad una più omogenea capacità di accesso ed erogazione delle cure sono tra le sfide decisive che si pongono già da oggi sulla strada di un Sistema sanitario che, oltre 40 anni fa, introdusse in Italia cure universali illimitate e per tutti.

La pandemia però ci ha dimostrato

che non possiamo fare a meno di un solido Servizio Sanitario Nazionale e quindi dobbiamo ripartire da questo. Ormai le elezioni si sono svolte e il governo di centro-destra avrà la grande responsabilità, e aggiungo l'obbligo, di dare agli Italiani una risposta a questa domanda: Dobbiamo mettere la parola fine ad un Servizio Sanitario Nazionale che finora ci hanno invidiato tutti e che rischiamo di rimpiangere, oppure vogliamo mantenerlo e potenziarlo, lavorando insieme per raggiungere l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini 'la salute' come prevede l'articolo 32 della nostra Costituzione? Se la risposta come mi auguro è positiva, e non posso pensare diversamente, allora chiediamo con forza al nuovo Governo di stilare assieme a noi medici un programma di rilancio della sanità pubblica per i prossimi 5 anni.

Ci aspettiamo, da chi avrà la responsabilità di governo, un vero cambio di passo nel concetto di reciprocità: disponibilità, rispetto, competenza,

ascolto e soprattutto fatti concreti. La campagna elettorale ormai è finita, dalle promesse bisognerà passare ai fatti. Basta annunci.

Governo, Regioni e Medici, dovranno affrontare i problemi che si presenteranno attraverso il confronto ascoltando chi lavora sul campo per poi trovare soluzioni condivise. Governo, Regioni e tutti gli organi tecnico-scientifici istituzionali ma anche delle Organizzazioni Sindacali dei medici e delle professioni sanitarie dovranno dimostrare la stessa sensibilità per un percorso comune.

Ognuno faccia il proprio lavoro, lo dico alla politica e ai suoi tecnici ma lo dico anche alla professione: i sindacati facciano i sindacati, andare in ordine sparso, difendendo il piccolo interesse di alcuni senza una visione comune non ci porterà da nessuna parte, ci vuole un unico obiettivo condiviso e sostenuto come se fosse una unica voce”.



Il volume **Medici specialisti, situazione al 2021 - previsione al 2030** scritto dal segretario generale del SUMAI Assoprof, Antonio Magi

è una fotografia che partendo dalla situazione attuale arriva a sviluppare una previsione del fabbisogno medico e specialistico nel 2030



**Ognuno faccia il proprio lavoro, lo dico alla politica e ai suoi tecnici ma lo dico anche alla professione: i sindacati facciano i sindacati, andare in ordine sparso, difendendo il piccolo interesse di alcuni senza una visione comune non ci porterà da nessuna parte, ci vuole un unico obiettivo condiviso e sostenuto come se fosse una unica voce**

IL SALUTO DEL MINISTRO

# Grazie per il lavoro svolto insieme in questi 3 anni

“Mi fa particolarmente piacere essere qui oggi con voi, vedo le prime file gremite di persone con le quali abbiamo lavorato giorno e notte in questi tre anni così difficili. Senza retorica, non è questo il tempo, voglio dirvi grazie per il lavoro che avete fatto in questi tre anni”. Questo il saluto del ministro della Salute, Roberto Speranza, all’assemblea del 54° Congresso nazionale del Sumai Assoprof

Nel suo ultimo intervento pubblico da ministro, Speranza ha ribadito “Ho avuto modo di vedere da un punto eccezionale il lavoro che avete svolto in ogni angolo dell’Italia il lavoro della nostra sanità, del nostro Paese e della vostra organizzazione in modo par-

ticolare. Permettetemi di esprimere anche un sentimento di particolare gratitudine ad Antonio Magi, la vostra guida come organizzazione di rappresentanza ma anche la guida dell’Ordine dei medici di Roma”. “Voglio esprimergli sostegno e vic-

A cura della Redazione

nanza - ha aggiunto Speranza - perché è stato difficile fare tutto in questi tre anni, svolgere qualsiasi funzione. Sicuramente è stato più difficile fare il presidente dell’Ordine dei medici di Roma. Non dimentico infatti quelle immagini brutte, di assedio alle riunioni degli ordini dei medici da parte di qualche violento facinoroso. “Non so chi sarà il prossimo ministro della Salute - ha concluso Speranza - ma, chiunque sia, io sarò al suo fianco nella battaglia per dare ancora più risorse al Servizio sanitario nazionale. L’ho detto da ministro e lo dirò da deputato di opposizione”.



**Beatrice Lorenzin**  
Senatrice, ministra della Salute dal 2013 al 2018



# Gli interventi degli ospiti



**Dobbiamo batterci per il Fondo sanitario nazionale**

**Beatrice Lorenzin** Senatrice,  
ministra della Salute  
dal 2013 al 2018

**Dopo Antonio Magi** che ha ringraziato il ministro della Salute per il lavoro svolto in questi anni anche le senatrice Beatrice Lorenzin si è unita nel ringraziamento a Speranza. “Quando diventi ministro – ha spiegato Beatrice Lorenzin – non sai cosa ti può capitare. Puoi avere idee sulla programmazione, sulla prevenzione ma ciò che ti capita non lo sai. E Roberto Speranza sarà ricordato per essere il ministro che ha gestito la pandemia in Italia. Gli errori li commettono tutti ma lui ci ha portato qui, dove siamo: grazie Roberto. E lo ha fatto in una situazione politica complicatissima”.

Infine, ha concluso Lorenzin “Voglio ringraziare Antonio Magi per la sua bellissima e coraggiosa relazione, che contiene idee e spunti molto interessanti. Rappresenta un punto di vista diverso, coraggioso. Dobbiamo batterci per il Fondo sanitario nazionale. E noi, Roberto Speranza ed io, da ex ministri della Salute, siamo pronti a dare un supporto al ministro che verrà”.

**Alessio D'amato** Assessore  
alla Sanità regione Lazio

**Quest'anno è stato fatto** un lavoro straordinario e ne va dato atto al governo uscente e al ministro Speranza. Ora però stiamo in una fase molto complicata, la fase relativa alla crisi economica in corso, alla contrazione del prodotto interno lordo, agli enormi costi energetici che stanno subendo i servizi sanitari e alla scarsa consapevolezza di questo accanto alla curva demografica. È veramente una miscela che rischia di essere esplosiva se non si inverte la rotta ovvero se

non si investono 30 miliardi sul servizio sanitario nazionale.

Al centro dell'agenda politica non solo non va smarrito il lavoro fatto, ma questo deve essere fortemente spinto in avanti. Ecco, io su questo sono preoccupato perché in campagna elettorale non ho visto la dovuta attenzione. È il momento di fare delle scelte perché qui, parliamoci chiaro, le prime tre voci di spesa del nostro Paese sono la spesa pensionistica; la spesa sugli interessi del debito pubblico che sarà destinato ad aumentare; e la spesa su cui si faranno sempre quadrare i conti, ovvero la spesa del servizio sanitario. Ecco perché sono preoccupato, perché non avverto una piena consapevolezza della posta in gioco.

**Anna Maria Parente** Senatrice  
già presidente XII Commissione  
Igiene e Sanità

**Nel mio ruolo istituzionale** ho avuto l'onore di presiedere la commissione Igiene e Sanità del Senato in epoca di pandemia, dal luglio del 2020 ho potuto constatare e apprezzare dal punto di vista istituzionale il vostro lavoro.

Mi sono presa la briga anche di vedere tutti gli atti dei vostri congressi precedenti e voi da almeno 15 anni, se non di più, portate avanti queste istanze: il lavoro in equipe e la medicina di territorio.

Chiudo ribadendo quello che diceva il ministro ovvero *'tenere aperta la finestra'*. Noi riusciremo a tenere aperta la finestra solo andando avanti nel processo di riforma della sanità con voi medici specialisti. Ho girato molti ospedali, molte realtà territoriali, molte Asl nel mio ruolo di presidente di commissione e ho visto quanta esperienza avete accumulato non solo professionale, ma organizzativa. Quanto è stato importante il vostro lavoro? Quante esperienze avete accumulato? Non solo professionali, ma organizzative e quanto potete dare ancora alla politica perché la riforma della sanità possa andare avanti. Ciò di cui soffriamo di più sono i vincoli che ci mette la ragioneria di Stato. È chiaro che i conti devono qua-



**Alessio D'amato**  
Assessore alla Sanità  
regione Lazio



**Anna Maria Parente**  
Senatrice già  
presidente XII  
Commissione Igiene  
e Sanità

## GLI INTERVENTI DEGLI OSPITI

drare ma non in una logica strettamente ragionieristica, avendo sempre a cuore la salute della popolazione.

**Francesco Zaffini** Senatore presidente X commissione permanente Affari Sociali, Sanità, Lavoro pubblico e privato Previdenza sociale

Il nuovo governo sarà molto attento alla sanità poiché lo siamo stati nel momento in cui eravamo opposizione e lo faremo nella gestione del Ministero e nei rapporti che avremo con voi specialisti ambulatoriali. Per noi siete una risorsa e l'abbiamo più volte dimostrato a partire dall'accordo fatto in Umbria. Un accordo innovativo, una sorta di percorso che riconosce il protagonismo dello specialista ambulatoriale insieme ai medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Queste figure devono recuperare il protagonismo nei percorsi di presa in carico. È del tutto evidente che le risorse sono importanti e su queste ci confronteremo sulla consistenza del fondo sanitario nazionale,

però sappiate che il reparto è bloccato perché il governo che ci ha preceduto non ha riconosciuto né maggiori oneri energetici né il rimborso delle spese Covid alle regioni che si sono dovute indebitare indebitando anche i cittadini. È necessaria una grande riforma delle professioni sanitarie, c'è poi la necessità di colmare il gap di prestazioni tra nord e sud che si traduce drammaticamente in anni di vita, a ciò si aggiungono le liste d'attesa già forti prima del COVID e su questo ovviamente voi siete protagonisti, perché senza gli specialisti ambulatoriali le prestazioni arretrate non si recuperano. Ma non basta, cioè, bisogna veramente rivedere gli schemi. Le urgenze sono evidenti

Noi dobbiamo aggredire i problemi alla base. Di sanità territoriale si parla da anni però senza una gestione diversa delle reti e dei percorsi facciamo solo retorica vuota. Su questo io personalmente sarò a disposizione e garantisco che il prossimo governo darà quell'impronta di concretezza che ci ha sempre manifestato.



**Noi dobbiamo aggredire i problemi alla base. Di sanità territoriale si parla da anni però senza una gestione diversa delle reti e dei percorsi facciamo solo retorica vuota**

**Luca Coletto** Assessore della salute regione Umbria

Credo che il nostro servizio sanitario abbia bisogno di un vero e proprio piano Marshall per rinforzare il principio dell'assistenza su base universale che cura tutti, indistintamente. Una grande conquista che dovremmo difendere con le unghie e con i denti sfruttando le professionalità che abbiamo a disposizione e che sono tante a partire dagli specialisti ambulatoriali del Ssmi che si inquadrano perfettamente all'interno della nuova programmazione legata al DM 77, quindi al territorio. Le principali problematiche dovute alla denatalità, all'invecchiamento della popolazione ce l'avremo proprio sul territorio con i pazienti fragili, con le comorbidità, con i cronici e di conseguenza lo specialista ambulatoriale è una grande ricchezza. Il finanziamento del Ssn diminuirà e rischiamo di tornare indietro con le mutue, con le assicurazioni, al fatto che l'operaio non si potrà permettere un intervento al cuore piuttosto che altri tipi, interventi costosi. Non mi pare una grande evoluzione, son sicuro che il governo di centrodestra potrà dare delle risposte. Sostanzialmente si tratta di 37 miliardi che in 10 anni sono stati prosciugati e tagliati a partire dal governo Monti e a seguire tutti gli altri esecutivi. Ribadisco quindi la necessità di un piano Marshall per rivedere un po' tutto e gratificare dal punto di vista stipendiale i nostri medici e i nostri infermieri che sono gli ultimi in classifica a livello europeo. Non possiamo permetterci in un momento come questo con una guerra in corso, con la mancanza di risorse, con la mancanza di medici, di destrutturare un sistema sanitario che ha dato tante risposte e tante ne dovrà dare, visto e considerato le liste d'attesa che abbiamo accumulato dal 2020 ad oggi.

Le risorse sicuramente le troveremo e i medici, insieme con gli infermieri, avranno diritto ad essere pagati nella maniera più corretta in considerazione del fatto del grande lavoro che stanno facendo.



**Francesco Zaffini**  
Senatore presidente  
X commissione  
permanente Affari  
Sociali, Sanità, Lavoro  
pubblico e privato  
Previdenza sociale

**Luca Coletto**  
Assessore della salute  
regione Umbria

LA TAVOLA ROTONDA

# “La carenza del personale è la prima sfida del Ssn”

La tavola rotonda che ha messo al centro il Decreto 77 e la specialistica ambulatoriale convenzionata interna

“Viviamo una tempesta perfetta spero nel confronto tra nuovo governo e operatori sanitari” Così il segretario generale del Sumai Assoprof, **Antonio Magi**, durante i lavori della Tavola Rotonda ‘Decreto 77: il ruolo della specialistica ambulatoriale convenzionata interna’, svoltasi all’interno del 54° Congresso nazionale del SUMAI Assoprof.

“In campagna elettorale – ha aggiunto Magi – di sanità si è parlato ma si è parlato meno di quanto ci aspettavamo. Un motivo c’è: siamo in una tempesta perfetta, questa è la realtà storica che stiamo vivendo, un momento

dopo la pandemia di situazione drammatica del Paese, sia a livello economico che strutturale. C’è una guerra in atto, e c’è ancora una pandemia. Stiamo vedendo luce in fondo al tunnel ma ci siamo ancora dentro. È chiaro che in un momento del genere, chi si appresta a governare ha sicuramente gravi difficoltà”.

“L’altra tempesta perfetta - ha proseguito Magi - è legata all’anzianità del personale sanitario, al fatto che negli anni passati non si è potuto fare un turnover adeguato, sia per quanto riguarda l’attività ospedaliera, cercando di coprire le uscite per pensiona-

A cura della Redazione

menti con le entrate, sia per quanto riguarda la parte convenzionata. Per noi specialisti ambulatoriali le ore che si liberavano non sono sempre state ricoperte. Abbiamo carenze di medici di medicina generale - ha poi aggiunto - dovuta della mancanza di politica del personale e alla carenza di allineamento con la situazione degli altri paesi europei. Purtroppo, infatti, stiamo vedendo che ci sono colleghi, e parlo di specialisti, che preferiscono non lavorare nel Servizio sanitario nazionale ma scelgono di andare o nel privato o all’estero, perché il Ssn è poco attrattivo”.

“Noi - ha sottolineato ancora Magi - siamo infatti il terzultimo Paese in Ue come remunerazioni dei medici, mentre il quartultimo che è la Spagna ha 35 mila euro lordi in più rispetto a quello dell’Italia. Una condizione del genere fa scegliere ai giovani medici di scegliere altro. Abbiamo problemi strutturali legati alle liste d’attesa. I cittadini, non trovando quelle risposte nelle Asl, sono costretti ad andare nel Pronto Soccorso, creando una difficile condizione. È davvero una tempesta perfetta. Spero – ha concluso Magi – che il nuovo governo si confronti con gli operatori per risolvere insieme il problema. Dobbiamo fare un patto, un’alleanza, tra esecutivo e operatori sanitari per trovare soluzioni che, in questo momento, sono molto complesse ma che dobbiamo per forza trovare”.

**Matteo Rosso**, parlamentare neo eletto di Fratelli d’Italia nel suo intervento ha detto chiaramente di ritenere “una follia la presenza di medici cubani in Italia. Invece di aumentare le ore ai nostri specialisti. In regione Liguria ho sempre difeso il ruolo del medico specialista ambulatoriale, che è un ruolo fondamentale. Certamente quando leggo che arrivano i medici da Cuba e non si aumentano le ore ai nostri medici specialisti, mi viene soltanto da chiedermi dove siamo finiti. Mi sembra una follia, lo dico prima di tutto da medico, poi anche da deputato. Difenderò sempre la vostra specialità”.

Il parlamentare ha infine aggiunto “Potremo anche non essere d’accordo,



## LA TAVOLA ROTONDA

non si potrà dire sempre di sì ma vi garantisco che ci confronteremo e proveremo ad ottenere risultati. Tutto il resto lo vedremo andando avanti. Il governo lo abbiamo. Io spero che la presidente Meloni venga incaricata e che faccia il governo però, fino a quando non lo abbiamo definitivamente, aspettiamo ancora un attimo”. Garantiremo fin da ora, al prossimo governo, la massima, totale e leale collaborazione da parte della Commissione nazionale salute, che io coordino e che, fino a qualche tempo fa, aveva tutte le decisioni adottate all’unanimità”. Lo ha detto l’assessore alla Sanità dell’Emilia-Romagna e coordinatore della commissione Salute della Conferenza delle Regioni, **Raffaele Donini**, durante i lavori della Tavola Rotonda. “Poi è chiaro che man mano - ha aggiunto - si restringono le opportunità e aumentano le difficoltà e nella Commissione nazionale salute si comincia a cogliere qualche elemento di criticità”.

“La prima cosa che vorremmo dal nuovo governo - ha proseguito Donini

- è che ponesse la sanità come elemento centrale della politica che intende fare. Ricordiamo tutti benissimo, nelle prime settimane drammatiche della pandemia, le morti di Bergamo. La regione Emilia Romagna ha avuto oltre 19mila vittime, tutto il nostro Paese piange le proprie vittime ma quella immagine scioccò l’Italia e ci unì moltissimo, tanto che le più alte cariche dello Stato, del governo e delle istituzioni andarono in quei luoghi, giurando che non si sarebbero mai più fatti tagli alla sanità”.

“Quel ragionamento - ha concluso - se non si mette mano con forza e giusta adeguatezza al Fondo nazionale sanitario, se non si tolgono i tetti di spesa per il personale, se non si riempie di contenuti il DM 77 in termini di professioni sanitarie, se non si dà modo alle regioni di non andare a tagliare i servizi sanitari a causa del mancato rimborso delle spese Covid o delle spese energetiche, quel giuramento è un semplice spergiuro”.

“E’ un momento davvero complicato e lo è anche in prospettiva. Con il pre-



**Garantiremo fin da ora, al prossimo governo, la massima, totale e leale collaborazione da parte della Commissione nazionale salute**

sidente Magi parlavamo della grande progressione dell’invecchiamento: sulla base dei dati Istat, nel 2049 avremo il 34,9% di residenti ultra 65enni e oltre 10 milioni di persone sole. Ma anche un Paese che si sta impoverendo. Fino ad ora la sanità ha fatto da ‘sliding doors’, soprattutto dal punto di vista degli ospedali, anche per farsi carico delle fragilità sociali”. A parlare è la presidente nazionale di Federsanità e direttore generale dell’Ao San Giovanni Addolorata, **Tiziana Frittelli**. “L’Italia- ha proseguito- è un Paese, come ci ha ricordato la Caritas, che si va sempre più impoverendo con il grave problema della denatalità. Però oggi qui voglio parlare anche di cose positive e sulle quali, sicuramente, il governo potrà lavorare. Una volta definito un giusto fabbisogno per il Fondo sanitario nazionale, che ci consenta anche di fare giuste politiche del personale, senza le quali non andremo da nessuna parte”.

“Abbiamo un’occasione storica incredibile: da una parte - ha spiegato Frittelli- la messa a terra del DM 77 della





**Credo che il più grande problema che il nuovo ministro e il nuovo governo dovranno affrontare sia quello dei professionisti della sanità**

sanità territoriale e dall'altro lato abbiamo forse per la prima volta una serie di strumenti sul versante dell'assistenza sociale della fragilità, che sicuramente incide anche sullo stato di salute della popolazione, già anticipata con la Legge di bilancio del 2022, che è il Piano nazionale della non autosufficienza, già passata con la Conferenza delle regioni, che a luglio ha approvato le Linee guida per il budget di salute". "Pochi giorni fa ha inoltre ricordato - il governo ha approvato lo schema di delega per gli anziani, soprattutto quelli non autosufficienti".

"Per noi, in questo momento - ha concluso la presidente nazionale di Federsanità - la parola d'ordine è integrazione. Integrazione tra i vari livelli dello Stato, delle regioni, degli enti locali. Noi ci siamo per fare da collante, per pensare una nuova sanità, gli strumenti ci sono, sono da attuare e da mettere a terra".

"Questo è un momento particolare. Siamo alla vigilia di un nuovo governo che ha avuto un'investitura popolare molto forte. Un governo che, parlo della sanità, penso si troverà ad affrontare dieci anni di non scelte, aggravate dal Covid". A dirlo il direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), **Domenico Mantoan**. "Credo che il più grande problema che il nuovo ministro e il nuovo governo dovranno affrontare - ha precisato - sia quello dei professionisti della sanità. Qualche decennio fa abbiamo scelto deliberatamente, in questo Paese, che per fare il dipendente medico del Servizio sanitario nazionale si deve essere spe-

cialista. Abbiamo imposto il numero chiuso, dappertutto".

"Io - ha ricordato Mantoan - mi sono iscritto all'Università di Padova nel 1976, eravamo duemila, non c'era il numero chiuso, ma siamo arrivati in 300. Siamo dunque stati selezionati anno dopo anno. Il mercato dei professionisti sanitari era libero. Ci pensava il mercato a selezionarci. Quando ci siamo laureati, è stato il mercato a dirci 'Tu farai l'endocrinologo' e 'Tu farai l'internista'. Se io avessi fatto il chirurgo, avrei probabilmente ucciso delle persone, nel senso che la manualità non è nelle mie corde".

"Oggi - ha inoltre sottolineato - per come è organizzato il sistema del reclutamento dei professionisti, abbiamo messo il numero chiuso dappertutto: medici, borse di studio, infermieri, tutte le professioni della sanità. Gli specialisti vengono selezionati con un concorso nazionale e vengono scelti in base a come arrivano. Se fai questo tipo di scelta, devi avere una programmazione nazionale fortissima". "Sapendo che abbiamo 10 mila medici in entrata e che per diventare medico del Servizio sanitario nazionale bisogna essere specialista, come è stato possibile che per anni le borse di studio siano state 4.500? Il problema fondamentale - ha concluso il direttore generale dell'Agenas - è risolvere il problema dei professionisti, la loro programmazione con dieci anni di visione, non una visione a domani mattina". "Mi voglio soffermare sulla carenza di medici e la poca attrattività della professione, ovvero i soldi. Non è vero che in assoluto manchino i medici. I medici, soprattutto quelli gio-

vani, scelgono altro, perché il Servizio sanitario nazionale non ci permette di essere attrattivi rispetto all'offerta, che oltretutto si è decuplicata durante la pandemia, e ha canalizzato tanti medici verso altri settori". Queste le parole del coordinatore della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (Sisac), **Marco Luca Caroli**, durante i lavori della Tavola Rotonda. "Una maggiore remunerazione non dipende da noi - ha precisato rivolgendosi alla platea - non siamo noi Sisac a decidere quale sarà la vostra retribuzione oraria, che dipende invece dalla politica, dal ministero dell'Economia e delle Finanze. Mi auguro innanzitutto che venga approvato al più presto l'atto di indirizzo, quantomeno per dare un piccolo sollievo, perché dei soldi abbiamo già su questa nuova contrattazione. E spero che si dia avvio a quello che potrebbe essere un sistema di avvicinamento della Legge 502, così come riformata dalla Balduzzi, a quello che sarà l'applicazione del DM 77".

"Abbiamo alcuni problemi nell'applicazione del DM 77 - ha tenuto a sottolineare Caroli - se non viene messa mano alla riforma legislativa che ci riguarda. Mi auguro che ci sia una riforma sulla programmazione: se dobbiamo programmare il territorio, dobbiamo sapere di cosa ha bisogno. Ma non a livello nazionale, quanto piuttosto andando a vedere le particolarità, anche considerando che la diffusione delle patologie è uniforme sul territorio".



PRESENTATA LA NUOVA PUBBLICAZIONE DEL CENTRO STUDI SUMAI

# “La carenza di medici mette a rischio la tenuta del sistema e il raggiungimento degli obiettivi del Pnrr”

Il volume “Medici Specialisti, situazione al 2021 – previsioni al 2030” scritto dal segretario generale del Sumai, ricostruisce la situazione attuale della sanità, da un punto di vista delle risorse umane. Dal lavoro emerge che la carenza di personale impedirà il raggiungimento degli obiettivi della Missione 6 del Pnrr e di quanto previsto nel DM 77, in assenza di urgenti correttivi

A cura della Redazione



**Presentato il volume** “Medici Specialisti, situazione al 2021 – previsioni al 2030”, scritto da Antonio Magi, segretario generale del Sumai Assoprof (edito dal Centro Studi di Sumai Assoprof), obiettivo offrire un quadro ampio e dettagliato della situazione della medicina in Italia. Attraverso un puntuale lavoro di analisi il volume “*Medici Specialisti, situazione al 2021 – previsioni al 2030*”, ricostruisce la situazione attuale della sanità, da un punto di vista delle risorse umane, con i numeri dei medici chirurghi, degli odontoiatri, di quanti sono specializzati e quanti no, fotografa la distribuzione per genere e per fasce d’età, la distribuzione sul territorio per ripartizioni, per regioni, per comuni, evidenziando quanti lavorano nel Ssn e quanti non vi lavorano, quanti sono pensionati, e infine il rapporto numerico tra medici e gli abitanti. A questo quadro, sempre in una logica di rigorosa analisi, si affianca una previsione di quanto potrà accadere nel 2030, valutando il numero di giovani che si iscrivono alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e alla Facoltà di Odontoiatria, quanti di questi completino il percorso di studi laureandosi in medicina, quante siano le borse specialistiche a disposizione e quanti poi si specializzano. Il

Antonio Magi

## MEDICI SPECIALISTI SITUAZIONE AL 2021 PREVISIONE AL 2030

Presentazione di Antonella Polimeni  
Magnifica Retttrice dell'Università "La Sapienza" di Roma

Prefazione di Filippo Palumbo  
gli Capo Dipartimento della Programmazione sanitaria  
del Ministero della salute



volume offre anche una prospettiva relativa ai giovani medici (quanti rimangono a lavorare in Italia e quanti invece scelgono l'estero), confronta le retribuzioni con gli altri paesi della comunità europea ed extra-europea e calcola il fabbisogno medico in genere ma soprattutto quello di tipo specialistico sia territoriale che ospedaliero. Partendo da dati certi e certificati relativi all'Italia (le cui fonti sono: Fnomceo, Enpam, Aran, Sisac, Ministero della Salute, Ministero dell'Università e della Ricerca, Corte dei Conti) il volume offre un'analisi comparata con quelli degli altri Paesi (le cui fonti sono: Oms, Comunità Europea, Eurostat, Oecd).

Il volume, con le sue tabelle e i suoi grafici, si offre come uno strumento di lavoro insostituibile per istituzioni, organizzazioni di categorie, giornalisti, aziende e per tutti gli stakeholder della filiera sanitaria, rappresentando una precisa prima analisi delle risorse umane di cui si avvale il Ssn, articolato Regione per Regione e finalizzato specificamente all'analisi della componente medica, che permette di comprendere come attualmente ed in futuro i dati salienti relativi alla professione medica potranno condizionare il Servizio Sanitario nazionale.

## Conclusioni e possibili soluzioni

L'emergenza sanitaria ha "fortunatamente" riportato al centro dell'attenzione le caratteristiche del sistema sanitario mettendone in evidenza, oltre ai punti di forza, anche gli aspetti problematici attribuiti soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni. Una problematica su tutte, evidenziata dal Covid e da affrontare con la massima urgenza, è l'acclarata carenza di medici specialisti soprattutto nel Ssn aggravata da un lato dalla crisi di vocazione e dall'altro dal fatto che molti medici scelgono il privato o scelgono di andare all'estero. Quello che va fatto è:

- **Adottare** d'ora in avanti un unico metodo del calcolo dei fabbisogni regionali e nazionali così da poter coprire le attuali carenze e prevedere le future necessità.
- **Mantenere** l'attuale finanziamento dei contratti di formazione specialistica ad almeno 13.500 all'anno recuperando anche tutti i contratti persi o mai assegnati dal MIUR e i rispettivi finanziamenti favorendo così il riassorbimento dell'imbutto formativo. Fenomeno questo che vede mediamente ogni anno circa 10.000 nuovi laureati in medicina in attesa di uno sbocco formativo; ma anche 50.435 medici non specialisti nelle fasce d'età comprese dai 30 ai 44 anni che ancora non sono riusciti ad entrare in una scuola di specializzazione.
- **Incrementare** i contratti di formazione specialistica finanziati direttamente dalle Regioni e calcolati rispetto ai loro reali fabbisogni promuovendo anche tirocini pratici degli specializzandi presso le loro strutture sanitarie pubbliche;
- **Avviare** rapidamente una vigorosa campagna di assunzioni nel Ssn, coprendo le attuali e future carenze eliminando ogni anacronistico vincolo di spesa, semplificando le procedure concorsuali, prolungando la validità delle graduatorie e permettendo, nel caso di carenza di partecipanti ai concorsi, un'entrata al lavoro anticipata agli specializzandi dell'ultimo anno;
- **Garantire** nel territorio la presenza di un numero di specialisti ambulatoriali necessari sia per prendere in carico i pazienti cronici (nelle Case della Comunità e Ospedali di Comunità) sia per rispondere alla richiesta di consulenze specialistiche da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nei loro ambulatori oppure nei poliambulatori pubblici, che certo non possono sparire ma soprattutto a domicilio dei pazienti, favorendo sempre più una specialistica di prossimità già normata per questo aspetto dal vigente Acn.
- **Proporre** agli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, già in servizio, il raggiungimento del massimale orario a 38 ore settimanali. Oggi la media nazionale è di 21 ore settimanali. Questo aumenterebbe l'offerta specialistica di 202.951 ore settimanali passando dalle attuali 360.095 ore settimanali ad un totale di 563.046 ore settimanali. In sostanza è come se fossero assunti 5.341 nuovi specialisti nel Ssn già formati dunque senza bisogno di andarli a cercare all'estero aggirando le normative nazionali e i vari Acn e Ccnl.
- **Attribuire** nuovi incarichi ed attivare nuovi turni nelle branche specialistiche maggiormente carenti ai numerosi specialisti che sono attualmente in attesa di primo incarico nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale per le ore necessarie a coprirne il fabbisogno;
- **Utilizzare** gli specializzandi del V anno negli ospedali pubblici e negli ambulatori con la presenza di un tutoraggio da parte degli specialisti in servizio il che porterebbe nelle strutture circa 6.034 medici al V anno di specializzazione nel 2022; 8.000 nel 2023; 13.400 nel 2024; 17.400 nel 2025 e 13.041 nel 2026 e prevedendone poi una successiva assunzione a tempo indeterminato sia come dipendenti o come convenzionati interni dopo aver conseguito la specializzazione.
- **Rimuovere** una volta per tutte le anacronistiche incompatibilità che attualmente stanno di fatto riducendo il serbatoio di specialisti disponibili ed impossibilitati a lavorare nel Ssn a causa di queste norme divenute incomprensibili e anacronistiche data l'attuale carenza;
- **Incentivare** i medici che lavorano nelle aree disagiate del Paese e nei servizi sanitari particolarmente delicati e che sono ad alto rischio professionale.

NASCE “FARE SALUTE”

# Fare Salute: l'Academy della Professione Medica Specialistica



**L'accordo siglato dal Sumai con Altems Università Cattolica, punta a promuovere attività di formazione continua dei medici negli ambiti della sanità pubblica, del management, dell'economia e della politica sanitaria.**

**Magi: "Svilupperemo un programma di attività di ricerca, studio ed approfondimento e l'avvio di attività di comunicazione, eventi ed iniziative editoriali"**

“Fare Salute”, l'accordo **SUMAI-Università Cattolica** per distribuire sapere e migliorare continuamente la qualità della formazione medico specialistica, è stato presentato nell'ambito del 54° Congresso Nazionale SUMAI Assoprof.

Obiettivo del progetto, realizzato attraverso **Altems** (Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari), è avviare una collaborazione istituzionale al fine di implementare

i propri ambiti funzionali finalizzata al conseguimento della missione dei due enti con l'obiettivo di realizzare una “Academy della Professione Medica Specialistica”.

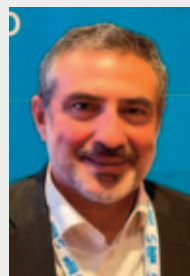
Un'accademia che per **Americo Cicchetti**, Direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari serve a fare “Strategia, formazione, competenze, scambio e rete di esperienze. Un'accademia per fare sanità andando a sviluppare i com-

portamenti che servono per distribuire sapere e migliorare continuamente la qualità”.

“È la prima volta – ha aggiunto Cicchetti - che Università Cattolica fa un accordo di questo genere. È una cosa di cui abbiamo discusso al nostro interno perchè si tratta di un impegno vero che anche noi, come Università, ci stiamo prendendo, un impegno di collaborazione importante con un'organizzazione il SUMAI altrettanto importante”.

**Antonio Magi**, spiegando l'accordo con l'Università Cattolica, ha ribadito l'importanza di “promuovere attività di formazione continua dei medici appartenenti al SUMAI Assoprof negli ambiti della sanità pubblica, del management, dell'economia e della politica sanitaria”.

“Svilupperemo ha concluso il segretario generale - un programma di attività di ricerca, studio ed approfondimento e l'avvio di attività di comunicazione, eventi ed iniziative editoriali (anche grazie alle nuove tecnologie digitali) a supporto della valorizzazione dei risultati degli studi e che possano innalzare il livello di *awarness* degli interlocutori istituzionali e del grande pubblico verso il Sindacato stesso ed ALTEMS”.



**Americo Cicchetti**, Direttore dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari





TAVOLA ROTONDA **GIOVANI SUMAI**

## Passione e competenza gli strumenti per crescere nel sindacato e con il sindacato

**Il resoconto del pomeriggio dedicato ai giovani del Sumai. Due ore di confronto tra orgoglio di appartenenza, rivendicazioni e suggerimenti per una formazione mirata e un futuro che sta per cominciare**

A cura della Redazione

**Una tavola rotonda** per conoscersi, parlarsi e confrontarsi. Ruolo del sindacato, ACN e futuro della specialistica ambulatoriale interna. Tanti gli spunti emersi nelle due ore moderate dal responsabile della scuola quadri Luigi Sodano che ha stimolato gli “under” su vari temi tutti d’interesse dello specialista convenzionato interno. Partendo da un’affermazione del professor Americo Cicchetti, il quale presentando l’iniziativa “Fare salute” ha detto che “la formazione deve essere intesa anche in un’altra maniera, ovvero come momento di scambio di esperienze” Sodano, ha spiegato che “per fare il sindacato ci vogliono due cose: la passione, la competenza e il tempo” illustrando a titolo di esempio i diversi passaggi necessari per arrivare alla conclusione di un Acn. Il responsabile scuola quadri ha riba-

dito come “la nostra categoria è caratterizzata ormai dal 50% di donne e dal 50% di uomini. Però se vedete nella piramide degli iscritti vi renderete conto che nell’età dei più giovani è prevalente la presenza femminile. Inoltre le regioni in cui la specialistica è più diffusa sono il Lazio, la Campania e la Sicilia”.

“Il nostro sindacato è il più rappresentativo della categoria ma il secondo è quello dei non iscritti, dei non sindacalizzati. Quindi voi giovani dovete cercare di farli iscrivere.

Chiudo per ribadirvi che fare sindacato è innanzitutto passione, tempo ma anche pazienza. Perché ascoltare i colleghi non sempre è piacevole. Le critiche saranno sempre tante e vi dico che è molto più facile fare attività politica che sindacale”.

## TAVOLA ROTONDA GIOVANI SUMAI

### Maggior autodeterminazione e maggior libertà personale

**Francesca Mirabelli** specialista ambulatoriale radiologa che opera nell'Asl Rm1 ha rinunciato ad un contratto da dipendente a favore della specialistica ambulatoriale e ha spiegato questa scelta per un'esigenza "di maggior autodeterminazione e di maggior libertà personale. La specialistica dal punto di vista professionale – ha detto – mi ha consentito di dedicarmi a settori per me di particolare interesse, quindi di focalizzarmi sulle mie preferenze: l'Ecocardiografia e la gestione della cronicità. Da dipendente avrei potuto fare questo in modo saltuario, in modo frammentato tra una guardia e un turno di reperibilità, in modo del tutto inefficace invece, con la specialistica, dal 2011 ho avviato un ambulatorio di ecocardiografia che sta crescendo ma soprattutto ho avviato la

presa in carico di pazienti cronici e questo è fonte di grande soddisfazione professionale. Oggi con la riforma della sanità territoriale la presa in carico del paziente cronico diventa cruciale, lo specialista ambulatoriale dovrebbe acquisire un ruolo di primo piano, essere la prima interfaccia che il paziente incontra insieme ai colleghi medici di medicina generale e ai pediatri, il tramite, il filtro con la medicina ospedaliera. Non siamo monadi chiusi nell'ambulatorio, ma siamo dei professionisti integrati in un sistema complesso il cui funzionamento dipende dall'apporto di ciascuna componente. Tornando alla mia scelta è innegabile che l'abbia fatto anche per motivi strettamente personali: la specialistica da maggiori libertà di gestione della propria vita e non è un caso che sempre più donne scelgano la specialistica ambulatoriale.



**Non siamo monadi chiusi nell'ambulatorio, ma siamo dei professionisti integrati in un sistema complesso il cui funzionamento dipende dall'apporto di ciascuna componente**

### Settorializzare il proprio interesse

Esperienza simile quella di **Valentina Fabrini**, Asl Rm2, specialista ambulatoriale nella branca di anestesia e rianimazione la quale ha lasciato la dipendenza nel 2015 "I motivi per cui l'ho fatto – ha detto la dott.ssa Fabrini – sono stati vari. Ho lavorato nella dipendenza quasi 10 anni, quindi non pochissimo e come ha detto la collega Francesca anch'io volevo settorializzare il mio lavoro quello che più mi interessava. In ospedale, infatti, nelle guardie come dipendente, come potete immaginare facevo 1000 e una cose. Nella specialistica invece sono riuscita a settorializzare il mio interesse nell'ambito della terapia del dolore, in più, altra cosa fondamentale, la scelta è stata dettata dalla possibilità di potermi organizzare molto meglio con il mio lavoro, soprattutto in questo momento della mia vita che ho avuto una gravidanza recente per me è mol-





to facile conciliare la famiglia con il lavoro. La gravidanza resta un tema scottante per noi giovani ci sono i pro e i contro e sicuramente questo il sindacato dovrà affrontare le criticità nel tentativo di ridurle. Sulla gravidanza c'è sicuramente ancora da fare se si vuole essere attrattivi verso le giovani donne, questo è un punto che non possiamo trascurare”.

## Retribuzioni, carriera, qualità di vita

**Umberto Goglia** Consigliere provinciale Cuneo Azienda Sanitaria Locale CN1, Specializzato in Endocrinologia e Diabetologia ha presentato una survey sulla questione medica condotta dall'Università di Torino “abbiamo messo al centro dell'indagine il medico – ha spiegato – e siamo partiti dal giudizio degli italiani sul Ssn e abbiamo saputo che gli elementi di maggiore soddisfazione sono la qualità dei medici e la possibilità di avere l'assi-

**Il sindacato può aiutare tutti noi cominciando col dare informazioni perché un collega che esce dalla scuola di specializzazione vive un ambiente diverso dal mondo del lavoro e non conosce la specialistica ambulatoriale**

stenza dei medici di medicina generale. C'è dunque una grossa fiducia verso di noi e questo è un discorso che va ribadito. Le criticità invece sono l'essere rimpallati fra vari medici, la difficoltà di prenotare telefonicamente gli appuntamenti, quindi elementi di carattere amministrativo, burocratico e non clinico.

È emerso poi che gli italiani sono disposti a pagare per avere appuntamenti più rapidi, dunque è ancora la gestione, e non la clinica, a non soddisfare. Infine abbiamo analizzato la retribuzione, il livello di carriera e il *work life balance*, cioè la qualità di vita che offre la specialistica ambulatoriale.

Relativamente alle **retribuzioni** lo specialista ambulatoriale, come sappiamo, ha una quota di variabile e una quota di fisso e questo rende il suo contratto molto vantaggioso per quanto riguarda la retribuzione. La **carriera** anche qui per i SAI ci sono maggiori possibilità con la direzione di struttura complessa, responsabile di branca e infine, speriamo si possa implementare a tutto il territorio nazionale, il ruolo di referente a effetti delle UCP, che tra l'altro esiste già nei contratti pre Covid pre DM 77.

Ultimo aspetto la **qualità di vita**: i convenzionati hanno una maggiore possibilità di modulare la propria attività nel sistema sanitario pubblico nazionale e regionale in funzione delle proprie esigenze”.

“Il sindacato come può aiutare i giovani nella formazione?”. Questa la domanda che Sodano ha posto a **Vincenzo Santoro**, geriatra referente AFT specialistica convenzionata presso Asl Toscana Centro “il sindacato – ha risposto Santoro – può aiutare tutti noi in diversi modi cominciando col dare informazioni perché un collega che esce dalla scuola di specializzazione vive un ambiente diverso dal mondo del lavoro e non conosce la specialistica ambulatoriale. Io stesso l'ho scoperto per caso e così la maggior parte delle persone, dei colleghi e delle colleghe con cui ho parlato. Si esce dalla scuola di specializzazione non conoscendo la realtà territoriale e la specialistica in particolare anche perché i nostri colleghi ospedalieri universi-

tari, purtroppo, non è che ci facciano una grande pubblicità”.

“È necessario – ha aggiunto Santoro – sfruttare, se c'è, l'opportunità di far venire gli specializzandi anche nei nostri ambulatori per fargli comprendere cosa vuol dire la medicina territoriale. Perché questo è il punto di svolta: spiegare l'importanza della SAI che non è secondaria rispetto a quella ospedaliera. Prima di tutto però dobbiamo essere noi convinti della nostra importanza e del lavoro che facciamo. Ancora sulla formazione chiedo al sindacato di essere più coraggioso. Vogliamo essere formati sull'Accordo e su come si fa sindacato anche a livello base. Che ogni iscritto abbia possibilità di conoscere l'accordo nazionale, regionale e aziendale. È fondamentale per stimolare le iscrizioni, per attivarsi positivamente e in maniera proattiva.

## Maggior supporto alle famiglie più giovani

**Chiara Vezzosi**, endocrinologa, Azienda Usl 8 Arezzo, “nata professionalmente come specialista ambulatoriale, sono segretario provinciale del SUMAI di Arezzo voglio mettere l'accento su un tema che mi sta molto a cuore. Sono un medico, mamma di tre figli, moglie di un medico specialista ambulatoriale otorino e la nostra tipologia di contratto, che ha dei punti di forza per quanto riguarda la gestione della famiglia, mi piacerebbe desse un maggior sostegno alla genitorialità, vorrei che nel nostro accordo non comparisse soltanto il tema gravidanza insieme alla malattia, ma che si parlasse di maternità, di paternità, di congedi parentali e di tutto quello che può essere di supporto alle famiglie più giovani. Per essere ancora più attrattivi verso i giovani nonostante il nostro contratto ci faciliti enormemente suggeriamo come strategia d'investire un po' di più su questi temi prevedendo magari la possibilità di una riduzione parziale dell'orario dopo la maternità, o dei congedi un pochino più lunghi per la presenza di figli piccoli in famiglia. Ecco per quanto io personalmente trovo favorevole la nostra tipologia di con-



## TAVOLA ROTONDA GIOVANI SUMAI

tratto credo ci siano degli aspetti ancora migliorabili e mi auguro che possano essere potenziati e affrontati com'è giusto che sia perché i medici giovani hanno bisogno di trovare anche questo supporto”.

### Previdenza complementare

**Giovanni Pentangelo**, referente regionale Area Odontoiatrica Sumai Campania è intervenuto sul tema previdenziale “Porto l'esperienza ordinistica essendo un componente CAO di Salerno e quando come Ordine abbiamo chiesto ai giovani colleghi quali fossero gli argomenti che volevano ascoltare ci hanno risposto che vogliono sentir parlare anche di pensioni e in particolare di previdenza complementare. Oggi sapete meglio di me che secondo le leggi vigenti gli attuali enti di previdenza obbligatoriamente non potranno garantire più del 50-60% di pensione rispetto all'ultimo reddito. Allora i colleghi giovani si sono chiesti come migliorare questa rendita e ci hanno invitato a parlare di previdenza complementare. Io ho approfondito e ho spiegato l'importanza della previdenza complementare per due motivi. Il primo, cercare di mantenere il livello retributivo delle ultime retribuzioni; il secondo poiché i premi versati sono deducibili fino a un massimo di 5.164 €, si unisce quindi la possibilità di poter dedurre dal reddito il premio versato e la rendita che a questo punto diventa necessaria. Dunque l'invito è

quello di valutare la possibilità di ricorrere alla previdenza complementare. Sappiamo che esistono dei fondi aperti e che esiste anche un fondo chiuso dedicato agli operatori della sanità. È importante parlare e approfondire questo argomento che credo sia ormai necessario per tutti noi”.

**Roberta Borrelli**, specialista in odontoiatria, tesoriera provinciale Sumai Salerno ha spiegato come incentivare la fascia giovane degli specialisti ambulatoriali “Vi riferisco la nostra esperienza. Il consiglio provinciale del Sumai di Salerno negli ultimi quattro anni ha permesso a me e a altri 6/7 colleghi, che hanno meno di 45 anni, di prendere parte alla vita del sindacato e di assumersi anche delle importanti responsabilità. Questo ci ha fatto crescere e ha fatto anche in modo che intorno a noi si creasse un seguito legato ai giovani specialisti con i quali ci incontriamo spesso, promuovendo anche giornate di workshop su diverse tematiche che magari per i nuovi iscritti, o per le persone che si avvicinavano al nuovo ACN non erano abbastanza chiare. Questo l'abbiamo fatto utilizzando i mezzi di comunicazione più facili e diretti per rendere il sindacato più appetibile. Abbiamo quindi creato un gruppo Whatsapp dove sono stati inseriti tutti i nuovi iscritti con i quali ci confrontiamo spesso durante la giornata lavorativa cercando di essere sempre reperibili e disponibili nel dare informazioni di base perché quello che ci siamo resi conto è che molti non conoscono il nostro accordo e ne-

anche le sue potenzialità. Insomma se vogliamo incentivare i giovani colleghi dobbiamo puntare sui punti di forza e usare gli strumenti che usano loro quindi Instagram, Facebook, Whatsapp”.

### L'importanza del lavoro d'equipe multidisciplinare

**Nicoletta Bonfrate**, biologa, Asl Città di Torino “Il problema dei biologi non è tanto come operare all'interno del sindacato, ma come entrare nel mondo del lavoro attraverso l'Accordo collettivo nazionale. Perché la verità è che al biologo viene prospettata solo la dipendenza come possibilità di accedere nel mondo del lavoro e nel mondo della medicina di laboratorio. Quindi secondo me è importante far conoscere che esiste l'ACN e che dà la possibilità di lavorare, nel mio caso in un laboratorio d'analisi ma non è ovviamente l'unico sbocco di lavoro possibile, in equipe con la dipendenza. Perché in laboratorio, il professionista deve necessariamente confrontarsi con il medico, con il biologo, con il tecnico e con il primario. E per far sì che il biologo conosca l'accordo collettivo nazionale forse bisogna agire a livello universitario come percorso e quindi parlare dell'accordo collettivo già a quel livello permettendo agli specializzandi dell'ultimo anno di poter accedere alla graduatoria perché è un modo per poter mettere un piede nell'Acn, di cono-



**Se vogliamo incentivare i giovani colleghi dobbiamo puntare sui punti di forza e usare gli strumenti che usano loro quindi Instagram, Facebook, Whatsapp**



scerlo, di conoscere la realtà del del-  
l'ospedale o di altri sbocchi di lavoro  
e poter accedere al mondo del lavoro”.

**Daniela Scaltrito** psicologa presso  
DSM ASL Bari, coordinatrice Regio-  
nale Puglia Area Psicologia “Condivi-  
do perfettamente tutto quello che è  
stato detto rispetto alle criticità pre-  
senti per la maternità e la gravidanza  
e che riguardano comunque i giovani,  
non solo medici, ma anche psicologi,  
biologi, chimici tutti quelli interessati  
dal nostro accordo. Sono d'accordo  
sul buon utilizzo dei social per fare  
promozione e spiegare l'importanza  
del ruolo dello specialista ambulatori-  
ale. Per quanto riguarda noi psico-  
logi, noi lavoriamo tantissimo in inte-  
grazione, in equipe multidisciplinare  
abbiamo una visione integrata della  
cura del paziente con percorsi di cura  
che prevedono una visione medica e  
una visione psicologica entrambe fon-  
damentale nella presa in carico del  
paziente. Io sono qui per imparare an-  
che il linguaggio del sindacato e po-  
terlo trasmettere a mia volta perché  
noi psicologi ci sentiamo parte inte-  
grante della specialistica”.

## Ambizione e giusta remunerazione

**Nicola Riggi** odontoiatra, componente  
Cao Varese “Come possiamo attrarre?  
Un primo obiettivo è quello della re-  
munerazione, perché chi sa lavorare  
vuole avere una giusta remunerazio-  
ne; seconda considerazione è creare  
un'ambizione, perché un professioni-  
sta vuole lavorare, soprattutto se è gio-  
vane, e vuole lavorare bene ma per  
farlo servono i giusti mezzi. Io lavoro  
in una branca molto costosa perché le  
prestazioni sono tante e le singole pre-  
stazioni costano. Bisognerebbe fare  
in modo che le aziende investano nelle  
nostre attività. Io ho lavorato anche  
in ambito ospedaliero come sumaista  
e ho avuto l'opportunità di andare in  
sala operatoria. Ebbene perché non  
dare l'opportunità a chi è capace di  
eseguire degli interventi più specialis-  
tici chirurgici?”.

## I social network per intercettare i giovani

**Elena Bosco** odontoiatra componente  
della segreteria nazionale Sumai “Mi  
occupo perlopiù della parte dei social  
network, il Sumai ha capito che è fon-  
damentale e piano piano stiamo allar-  
gando questo processo. Mi allineo con  
quanto detto dagli altri colleghi e dal  
nostro segretario Magi, dobbiamo es-  
sere attrattivi per i giovani medici e i  
social network in parte intercettano i  
giovani. Però da soli non bastano è ne-  
cessario cercarli, essere il più possibile  
presenti. Noi *under* siamo contenti di  
questo spazio, di questa tavola roton-  
da e vi ringraziamo perché per noi è  
importante, però vorrei considerarla  
un punto di partenza e spero che ci sia  
la possibilità di ulteriori momenti d'in-  
contro. Quindi aiutateci e aiutiamoci  
perché l'obiettivo è procedere nel ri-  
cambio generazionale in quanto da  
un punto di vista previdenziale quelli  
che entreranno contribuiranno per  
coloro che escono”.

## Valorizzare l'attività sindacale

**Fabrizio Vecchietti**, Specialista in Ra-  
diodiagnostica e Radiologia Interven-  
tistica presso Ospedale S. Eugenio -  
CTO, ASL RM 2. “I giovani secondo me  
sono un problema non di oggi, non di  
domani, ma di ieri. Perché quello dei  
giovani è un problema anche per chi  
domani andrà in pensione. Quindi è  
fondamentale che l'impegno per favo-  
rire l'entrata dei giovani sia non solo  
nostro, ma soprattutto di chi domani  
uscirà per la meritata pensione.  
Quanti dei presenti conoscevano la  
specialistica ambulatoriale un mese  
prima di specializzarsi? Quando si esce  
dalla specializzazione tutti sanno che  
c'è il privato, c'è la dipendenza (il pub-  
blico) e l'università. Nessuno conosce  
la specialistica se non per caso ed è da  
qui che dobbiamo partire, dall'univer-  
sità e l'accordo con la Cattolica potre-  
bbe essere l'inizio, perché dobbiamo es-  
sere riconosciuti già durante la specia-  
lizzazione. Il problema è che uno non

può valere uno. Questo messaggio ci  
ha portato ad essere percepiti dai di-  
pendenti come degli imboscanti nel Po-  
liambulatorio. Dobbiamo impegnarci  
in prima persona per essere professio-  
nalizzanti e per porci in una condizio-  
ne nella quale siamo pagati per ciò che  
valiamo. Ancora, perché un giovane  
specialista dovrebbe entrare? Perché  
deve avere anche la possibilità di far  
carriera e questa possibilità, se uno va  
a leggere l'ACN già c'è, va solo posta  
in essere, dobbiamo credere in noi  
stessi altrimenti domani rischiamo di  
esistere più. Ultima cosa credo che *non*  
isciversi al sindacato sia un abominio.  
Voglio essere provocatorio: ai non  
iscritti non farei valere l'ACN, non farei  
valere gli accordi integrativi regionali,  
non farei valere tutte quelle miglorie,  
quelle possibilità che vengono ricono-  
sciute grazie al lavoro di chi, come il  
Segretario generale, e a cascata tutti  
quanti lavorano con lui all'accordo,  
gratuitamente portando via tempo alla  
professione e alla famiglia. Imparare  
l'attività sindacale non lo si fa dall'oggi  
al domani, o con un corso di manage-  
ment sanitario. Lo si fa solo lavorando  
sul campo. L'attività sindacale deve es-  
sere valorizzata”.



**Imparare  
l'attività  
sindacale non lo  
si fa dall'oggi al  
domani,  
o con un corso  
di management  
sanitario.  
Lo si fa solo  
lavorando sul  
campo.  
L'attività  
sindacale  
deve essere  
valorizzata**

**Claudia Torti** dermatologa “Sono una  
libero professionista e ho iniziato la  
mia esperienza con il Sumai il giorno  
dopo essermi specializzata, da 8 anni  
che faccio sostituzioni territoriali. Non  
essendomi realizzato il percorso della  
sostituzione verso un incarico più con-  
creto nel frattempo mi sto concentran-  
do principalmente nel privato. Nono-  
stante ciò continuo a credere nel gran-  
de valore che ho sempre riconosciuto  
al Sumai proprio per quanto riguarda  
ciò che è stato ribadito più volte oggi:  
la qualità della vita del professionista,  
specie se è donna. Nonostante io non  
sia ancora titolare di un incarico per  
me resta un valore che cercherò di  
conquistare. Recentemente, per esem-  
pio, ho rifiutato un contratto con l'Idi  
e in precedenza ho lavorato in am-  
biente universitario senza voler con-  
trattualizzare proprio perché credo  
che il Sumai rappresenti un valore ag-  
giunto e vorrei portare la mia espe-  
rienza formativa”.

## La nostra rappresentanza sindacale sta crescendo

Felicia Oliva  
Coordinatore  
Nazionale Biologi



**Questo ci dà maggior forza per le nostre battaglie e per il raggiungimento dei nostri obiettivi tesi a tutelare i colleghi**

Il 54° Congresso Nazionale si è concluso e posso dire con orgoglio che c'è stata una maggiore partecipazione da parte dei Biologi, soprattutto per i gruppi regionali che pian piano si stanno formando.

Erano presenti le rappresentanze del Veneto, del Piemonte e del Lazio, oltre ad una discreta partecipazione di colleghi giovani che si sono avvicinati al nostro contratto grazie alla possibilità delle sostituzioni. La presenza di queste rappresentanze è dovuta al bel rapporto di collaborazione a livello provinciale e regionale dei qua-

dri sindacali del SUMAI Assoprof, senza questa collaborazione e senza il dedicarsi e l'impegnarsi nelle attività sindacali non si crea una vera squadra che porta alla difesa del monte ore, alla risoluzione dei problemi lavorativi che si possono evidenziare. Da ricordare che i biologi fanno parte di una rete multi professionale nella difesa dei diritti ed a favore della salute pubblica. L'augurio per il prossimo anno è di vedere più rappresentanze regionali perché queste collaborazioni possano iniziare sin da subito a crearsi nelle varie de-



“

**Nel contributo di maternità, le nostre giovani colleghe rinunciano ad avere figli perché non sono garantite in alcun modo da quello che prevede il regolamento ENPAB, al contrario delle colleghe Mediche**

legazioni regionali e provinciali.

**Il bilancio** fatto al Congresso ha portato alla conclusione che ad un anno dalla mia nomina la categoria si è rafforzata; inoltre, ricoprendo anche il ruolo di Coordinatore Aziendale della ASL Roma 5 (Azienda dove lavoro) ho potuto interagire meglio con i vertici aziendali che sono stati presenti al congresso, Velia Bruno, Direttore Sanitario e Filippo Coiro, direttore Amministrativo che hanno gradito e condiviso il nostro obiettivo di far crescere i giovani: il nostro futuro.

Nella mozione presentata come ogni anno a chiusura congresso anche quest'anno abbiamo evidenziato il fatto che i Biologi lavorano in equipe rispettando le diverse competenze.

Il nostro lavoro, soprattutto per chi lo svolge nei Laboratori di Patologia Clinica, spesso non risulta evidente ai non addetti ai lavori, fino al punto che il nostro contributo non viene considerato sia quando si distribuiscono riconoscimenti economici, che nel riconoscimento del Rischio Biologico al quale siamo sottoposti.

**Ringrazio** il nostro Segretario generale Antonio Magi che è impegnato con noi nel far comprendere a tutti che la nostra figura professionale non è di Serie B, ma merita lo stesso rispetto dovuto alle altre categorie sanitarie.

**Il Segretario** del SUMAI Assoprof è molto sensibile alle nostre richieste di tutelare il nostro monte ore, che si esplica anche pubblicando sempre sia le ore dei colleghi andati in quiescenza che quelle di colleghi passati alle dipendenze.

Sto lavorando anche ad un altro

obiettivo molto importante in collaborazione con i colleghi professionisti Psicologi: il raggiungimento dell'equiparazione economica. Un diritto che ci viene negato da ormai troppo tempo.

**Un'altra nota** dolente è il nostro Ente di previdenza di cui siamo i maggiori contribuenti.

Sono consapevole che una pensione relativa al calcolo contributivo (tanto verso, tanto prendo) non porta a pensioni consistenti, ma che si riduca a circa il 25-30% della retribuzione, offre una immagine molto triste di quella che sarà la vecchiaia di un Biologo.

Noi versiamo il 24% del nostro imponibile in maniera costante, il 20% a fondo pensione e il 4% come contributo di solidarietà e nulla possiamo fare sulla base del sistema contributivo del calcolo pensionistico, ormai utilizzato da quasi tutte le Casse di Previdenza.

**La mancata** rappresentanza degli ambulatoriali all'interno degli organi esecutivi dell'ENPAB fa sì che non vengono evidenziati i nostri diritti, diritti per altro che l'ENPAM riconosce a pieno ai nostri colleghi medici; altra sperequazione tra noi e i medici. Un esempio molto evidente è nel contributo di maternità, le nostre giovani colleghe rinunciano ad avere figli perché non sono garantite in alcun modo da quello che prevede il regolamento ENPAB, al contrario delle colleghe Mediche. Quello che possiamo fare è far sentire la nostra voce all'Ente ma anche, se occorre, agli organi preposti alla vigilanza al fine di interrompere questa catena di disegualanze che non si interrompe neppure dopo la pensione.

**Il caso di un aiuto attivato per una donna di circa 60 anni, risultata positiva al SARS-CoV-2. La paziente, in quarantena, riferiva sintomi quali: sofferenza emotiva, rabbia, tristezza e irritabilità**

## Supporto psicologico telefonico in paziente Covid-19: tra trauma e isolamento sociale durante la pandemia

a cura di  
**Giuseppe Cerbucci**  
Psicologo  
Psicoterapeuta  
Convenzionato  
dell'Azienda USL  
Toscana Sud Est  
Grosseto;

**Raffaella Blasi**  
Psicologa,  
Specializzanda  
in Psicoterapia,  
tirocinante presso  
l'Azienda USL  
Toscana Sud Est.  
Grosseto;

**Chiara Pettini**  
Psicologa  
Psicoterapeuta,  
Grosseto

**Questo caso clinico** descrive il supporto psicologico telefonico attivato per un'operatrice sanitaria di circa 60 anni, risultata positiva al SARS-CoV-2 durante i controlli routinari effettuati sul posto di lavoro. Al momento del primo contatto, la paziente si trovava in quarantena presso la sua abitazione e riferiva sintomi psicologici quali: sofferenza emotiva marcata, rabbia, deflessione del tono dell'umore e irritabilità.

### Metodi

L'intervento, composto di sei sessioni focalizzate sull'ascolto attivo ed empatico secondo un approccio basato sulla psico-neuro-biologia del trauma, è stato adattato ai bisogni specifici della paziente. Inoltre, in alcuni momenti particolarmente critici, lo psicoterapeuta ha contattato via e-mail la paziente con l'obiettivo di mantenere la relazione terapeutica e diminuire il rischio di *drop out*.

### Risultati

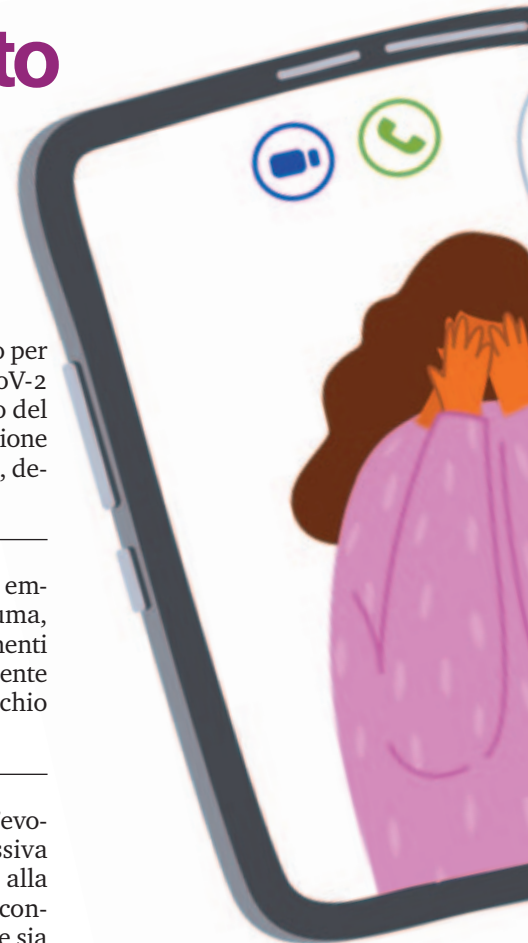
La paziente si è sentita profondamente supportata e motivata durante l'evoluzione della malattia, a partire dalla quarantena a casa, alla successiva ospedalizzazione, e fino alla remissione della carica virale e al ritorno alla propria abitazione. Durante gli ultimi incontri, lo psicologo ha potuto constatare un miglioramento nei sintomi emotivi della paziente, rilevabile sia in una maggiore consapevolezza delle proprie reazioni emotive che in un atteggiamento volto a una maggiore cura di sé.

### Discussione

Il *case report* presentato suggerisce che il supporto psicologico erogato tramite telefono, o altri mezzi di comunicazione tecnologici, può risultare efficace per i pazienti positivi al SARS-CoV-2 e può anche facilitare il loro rientro a lavoro. Ulteriori ricerche per approfondire la generalizzazione di tali risultati sarebbero consigliabili, potendo questi essere estendibili alle malattie a rapida diffusione infettiva in genere, nonché a tutte quelle patologie fisiche con forti implicazioni psicologiche.

### Keywords

SARS-CoV-2, COVID-19, nurse, trauma, PTSD, mourning, social insulation.







Il caso clinico qui descritto riguarda l'utilizzo del supporto psicologico telefonico attivato per un'infermiera, impiegata presso la ASL, risultata positiva al SARS-COV-2 durante i controlli di routine effettuati in ambito lavorativo ospedaliero. L'intervento è stato strutturato attraverso la Help Line dalle tre Unità Operative Complesse di Psicologia Provinciali afferenti al Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL Toscana Sud Est, organizzata in seguito all'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, con l'obiettivo di ridurre e prevenire i fattori responsabili dello stress emotivo e psicologico nelle professioni sanitarie e nei cittadini (Mucci *et al.*, 2020). Il servizio, che prevedeva una turnazione di professionisti psicologi dipendenti e convenzionati, era accessibile tramite richiesta volontaria via mail o direttamente tramite contatto telefonico.

Garantire il supporto psicologico utilizzando modalità "da remoto", piuttosto che di persona, è stato necessario a causa delle restrizioni imposte a livello nazionale per far fronte all'alto rischio di contagio dovuto al virus, in un periodo in cui non era stato ancora testato il vaccino contro il SARS-COV-2. Nonostante le particolari circostanze, tali mezzi di comunicazione erano stati già ampiamente utilizzati con successo in altri ambiti psicologici, per agevolare il contatto con l'utenza, ad esempio in caso di grandi distanze, e senza preclusioni di età (Halder *et al.*, 2020; Rochlen *et al.*, 2004).

Il lavoro clinico è stato adattato alle esigenze della paziente, con una proposta iniziale di due colloqui alla settimana, ed in seguito mutata in un intervento settimanale. Al primo con-

tatto, la paziente si trovava in una condizione di quarantena domiciliare; dopo circa due settimane è stata ospedalizzata e successivamente dimessa. Nelle ultime due settimane di supporto psicologico a distanza, la paziente era rientrata presso il proprio domicilio, seguita farmacologicamente e con la sintomatologia fisica in remissione. La durata media di una sessione è stata di circa 20 minuti e l'intero percorso si è esteso per un periodo complessivo di un mese e sette giorni.

#### Informazioni sulla paziente

La nostra paziente era un'infermiera italiana, di circa 60 anni, risultata positiva nel marzo 2020 al tampone per il SARS-CoV-2; in quel momento, la paziente presentava sia sintomi fisici

(tosse, dolori articolari, febbre), che sintomi psicologici (marcata sofferenza emotiva, rabbia, deflessioni del tono dell'umore, irritabilità).

Prima di contrarre l'infezione da Covid-19, la donna risultava in perfette condizioni di salute e non aveva mai usufruito dei servizi di psicologia o psichiatria, né di trattamenti di tipo farmacologico.

L'operatrice sanitaria, che viveva da sola ed era vedova da circa 2 anni e mezzo, manteneva buoni rapporti

con i suoi due figli. Durante il periodo del lockdown e della degenza della madre, il figlio più giovane ha vissuto a casa con lei, evitando contatti stretti e mantenendosi a debita distanza. Tra le risorse positive personali, si sono potute evidenziare inoltre una buona rete di relazioni amicali e buoni rapporti con i colleghi di lavoro.

#### Sintomi e Diagnosi Psicologica

Il primo colloquio con la paziente ha rilevato un quadro compatibile con una diagnosi di "Disturbo da Stress Acuto" (ICD 10 - F43.0), andando a confermare il bisogno di un tempestivo supporto psicologico, al fine di ridurre i possibili sintomi post traumatici riscontrati, in genere, nei pazienti che hanno contratto il SARS-CoV-2 (Conversano *et al.*, 2020). I sintomi psicologici presentati dalla paziente durante l'assessment iniziale

erano i seguenti:

- Esperienza diretta di eventi traumatici personali ed altrui;
- Ricorrenti, involontarie e intrusive spiacevoli memorie degli eventi passati;
- Incubi legati all'evento;
- Intensa e prolungata sofferenza psicologica;
- Umore depresso persistente ed episodi di pianto;
- Tentativi e strategie messe in atto per evitare le memorie spiacevoli e le situazioni correlate agli eventi elicitanti;
- Disturbi del sonno;
- Comportamento irritabile e scoppi di rabbia;
- Ipervigilanza e difficoltà di concentrazione.

Di conseguenza, dopo il primo mese la diagnosi è stata cambiata in "Disturbo Post Traumatico da Stress" (ICD 10 - F43.10). È stato inoltre deciso di aggiungere un'ulteriore specificazione diagnostica, dovendo tener conto dei fattori stressanti presenti e influenti sulla salute psicofisica della paziente, derivanti dal contesto psicosociale e dal forzato isolamento: "Problemi legati al vivere da sola" (ICD 10 - Z60.2) (Wanjie Tang et al., 2020).

## Primo contatto

La prima richiesta di supporto psicologico è avvenuta via mail da parte della paziente, che era risultata positiva al tampone per il SARS-CoV-2. Immediatamente la stessa è stata contattata tramite telefono per approfondire le informazioni riferite. I sintomi psicologici inizialmente rilevati sono stati: *pianto, disagio emotivo, deflessione dell'umore, rabbia reattiva, disturbi del sonno, paura di essere contagiosa per gli altri, stati emotivi e pensieri intrusivi legati al fatto di avere contratto il Covid-19 e contenuti psicologici relativi alla morte del marito avvenuta due anni e mezzo prima.*

Dopo la prima breve conversazione telefonica, è stato fissato un secondo appuntamento, a distanza di quattro giorni, con lo scopo di monitorare lo



**Molto probabilmente, la paura di morire era correlata all'incertezza del trattamento e all'insicurezza alimentata dall'informazione e di massa fatta durante la pandemia**

stato mentale della paziente e fornire supporto psicologico riguardo al fatto di aver contratto il virus.

## Intervento Psicologico

La prima fase dell'intervento è stata principalmente rivolta all'analisi della domanda della paziente e mirata a fornire supporto psicologico per affrontare lo stato di malattia; più specificamente, questa fase è durata circa due settimane e ha comportato l'utilizzo di tecniche e azioni, quali:

- Ascolto attivo ed empatico;
- Validazione degli stati emotivi (Linehan, 2015);
- Tecnica di ristrutturazione cognitiva della rabbia;
- Focus sulla necessità di metabolizzare il momento presente;
- Supporto nell'intraprendere attività ricreative, come leggere, fare giardinaggio, meditare e pregare (life skills);
- Ascolto attivo riguardante le emozioni legate sia al presente trauma, che a quello passato, relativo alla

morte del marito;

- Focus sui sentimenti positivi derivanti alla paziente dall'affetto della rete amicale;
  - Focus sui pensieri positivi di guarigione e speranza per il futuro;
- Inoltre, il contatto via e-mail è stato attivamente usato dallo psicoterapeuta per mantenere l'alleanza terapeutica nei momenti critici (Knaevelsrud et al. 2006) e per diminuire il rischio di abbandono della terapia psicologica (Ecker et al. 2012). La fase successiva, che è durata circa venti giorni, è stata focalizzata maggiormente sull'esperienza traumatica. In questa fase di supporto psicologico, oltre alle tecniche precedentemente citate, sono state introdotte e sviluppate anche le seguenti metodiche:

- Psicoeducazione sul trauma (Schauer et al., 2011);
- Supporto per la continuità degli appuntamenti telefonici via mail;
- Supporto per l'espressione dei sentimenti e dei pensieri correlati al ritorno sul posto di lavoro;
- Attenzione al momento presente, in particolare ai bisogni psicofisici (life skills);
- Comprensione degli stati emotivi alterati legati al processo di ritraumatizzazione (Bergmann, 2008; Fisher, 2014);
- Sviluppo delle abilità di resilienza;
- Supporto al desiderio di espandere la consulenza psicologica ai membri più prossimi della famiglia;
- Supporto per la paziente al fine di continuare, su sua richiesta, un percorso terapeutico al termine del periodo di emergenza sanitaria.

## Obiettivi raggiunti dalla paziente

Negli ultimi contatti telefonici la paziente ha dichiarato di essere felice, avendo finalmente ricevuto il primo esito negativo da tampone molecolare, dopo la delusione di un precedentemente esito ancora positivo. In tale circostanza, la paziente ha comunicato allo psicoterapeuta di es-



sersi sentita *supportata e motivata ad uscire da questo incubo e di aver trovato conforto nel ricordare le prime parole scambiate con lo psicoterapeuta, riguardo alla speranza di riprendere la propria routine di vita, precedente alla pandemia.*

In tale occasione, la donna ha espresso anche il timore che nei giorni successivi avrebbe ricevuto il risultato di un secondo tampone, e ha parlato della paura di poter essere ritraumatizzata da un eventuale risultato positivo (consapevolezza della possibile riattivazione di un'esperienza traumatica). Ha inoltre aggiunto che le sarebbe piaciuto tornare presto al lavoro, pur consapevole di dover prima superare una visita di controllo nell'ambito della medicina del lavoro.

La paziente, pur essendo motivata a rientrare a lavoro, riportava comunque vissuti di ansia e sintomi fisici, legati allo stress dei giorni precedenti, quali tachicardia e preoccupazione per le possibili conseguenze del virus. Tuttavia, con il supporto dello psicoterapeuta, la stessa ha acquisito maggiore consapevolezza rispetto al fatto che, tale sintomatologia, sarebbe potuta derivare anche dalla condizione post traumatica e dal recente vissuto emotivo, derivante da pensieri ed emozioni disturbanti l'equilibrio psicologico, giungendo infine ad ammettere la possibile associazione di questi sintomi alle preoccupazioni e alla paura emerse al primissimo risultato positivo al test per SARS-CoV-2. La paziente ha aggiunto di aver ricominciato a praticare ginnastica posturale a casa e di aver ascoltato un CD su tecniche di rilassamento. Inoltre, ha confermato il suo desiderio di iniziare un percorso psicoterapeutico presso lo psicologo ospedaliero della medicina del lavoro. Infine, ha ringraziato il terapeuta per il supporto psicologico ricevuto per lei e, indirettamente, anche per i suoi familiari, atteggiamenti questi che possono essere considerati in linea con una adeguata *self-care* ed una rielaborazione dei traumi presenti e passati (Polizzi et al., 2020; Gunnell et al., 2020; Orù et al., 2020).



**È stato importante mantenere un'atmosfera di accettazione emotiva e fornire una costanza agli incontri programmati, sia nei tempi (stesso giorno alla stessa ora) che negli strumenti utilizzati**

### Breve discussione del caso

L'intervento, svolto nei limiti insiti nell'utilizzo del telefono, usando tecniche e strategie – quali ascolto attivo ed empatico, psicoeducazione sul trauma e focus sul momento presente volto all'aumento della consapevolezza dei vissuti emotivi e dei pensieri – deriva dalla letteratura più recente riguardante il disturbo post traumatico e le sue origini su un piano bio-neuro-psicologico (Lane et al., 2015; Fisher, 2014). Oltre a ciò, la paziente è stata incoraggiata a ricercare attività ricreative per supportare gli aspetti positivi del vivere e così da limitare la focalizzazione sui pensieri negativi.

È stato inoltre importante mantenere un'atmosfera di accettazione emotiva e fornire una costanza agli incontri programmati, sia nei tempi (stesso giorno alla stessa ora) che negli strumenti utilizzati (telefono, e-mail). L'atteggiamento di accettazione del terapeuta e la continuità del servizio, in una ottica ispirata alla *Coherence Therapy* (Ecker et al. 2012) sono stati contributi molto importanti ai fini del successo del trattamento.

I limiti dell'intervento sono stati dovuti in parte ai mezzi di comunicazione utilizzati (telefono, posta elettronica), i quali precludono una completa analisi del linguaggio non verbale e influenzano l'alleanza terapeutica (Simpson et al., 2014; Stoll et al., 2020) e la scelta di interventi basati su tecniche specifiche per il trattamento del trauma (Brenes et al., 2011; Mancuso, 2019; Stoll et al., 2020). D'altra parte, uno dei segnali del DPTS è l'evitamento delle situazioni che elicitano il ricordo traumatico e alcuni individui con DPTS hanno riferito che *la psicoterapia online offre una "distanza più confortevole" tra di loro e il terapeuta, che permette di sentirsi meno intimiditi e più incoraggiati alla condivisione delle informazioni sulle proprie esperienze* (Bachhaus et al., 2012).

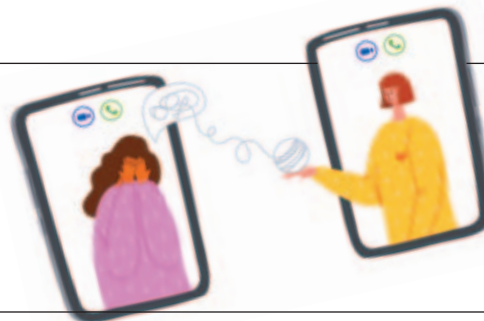
La durata di ogni telefonata di supporto psicologico è stata molto breve (circa 20 minuti a sessione), a causa degli alti livelli di concentrazione e

attenzione uditiva richiesti (Irvine et al., 2020). Nonostante questo, lo psicoterapeuta ha confermato che ciò non ha impedito l'espressione di contenuti emotivi profondi.

Dalla discussione di questo caso clinico, possiamo sottolineare alcuni elementi caratteristici:

- Una risposta efficace a un disturbo acuto da stress e sintomi da trauma risultati da eventi critici (Di Giuseppe et al., 2020);
- Conseguenze dell'isolamento sociale prolungato, quali solitudine, chiusura, disregolazione della routine giornaliera;
- Nel primo periodo di pandemia, in assenza ancora di un vaccino, fare i tamponi per il SARS-CoV-2 poteva scatenare la paura di essere causa diretta o indiretta di contagio per familiari e amici;
- La manifestazione dei sintomi poteva elicitare paura di morire e di soffrire fisicamente, ciò dovuto sia all'incertezza dei trattamenti presenti a marzo 2020, sia al decorso della malattia ancora poco conosciuto.

Inoltre, la riattivazione dei traumi pregressi, in particolare quelli collegati alla morte di membri della famiglia, contribuivano a ulteriori complicanze psicologiche del quadro clinico presentato (Djelantik et al., 2020). In questo caso, infatti, si è potuto osservare che, durante il periodo di supporto psicologico, erano presenti difficoltà correlate alla morte del marito della paziente, occorsa due anni e mezzo prima, e riflessioni sul tema della morte, molto simili ai contenuti psicologici presenti nel fine vita, pensieri tipici che si riscontrano nei pazienti oncologici piuttosto che nei pazienti con diagnosi di origine traumatica (Civilotti et al., 2012). Molto probabilmente, la paura di morire era correlata all'incertezza del trattamento e all'insicurezza alimentata dall'informazione di massa fatta durante la pandemia (Brooks et al., 2020; Schimmenti et al., 2020). Rispetto alle criticità dovute ai mezzi di comunicazione utilizzati, si evidenziano le limitazioni al supporto psicologico offerto, dovute in parti-



colare alla difficoltà di utilizzare tecniche di respirazione per gestire gli stati emotivi più profondi durante la fase acuta di malattia e alla impossibilità di somministrare questionari o scale cliniche di valutazione di uso abituale.

### Ringraziamenti

Gli autori ringraziano il Dipartimento di Salute Mentale della Azienda USL Toscana Sud Est e le Unità Operative Complesse di Psicologia Provinciali di Arezzo, Siena e Grosseto, che hanno organizzato la nostra Help Line locale per far fronte all'emergenza Covid-19.

### Bibliografia

- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M., Repp, A., Ross, B., Rice-Thorp, N.M., Zuest, D., Lohr, J., Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing Psychotherapy: A Systematic Review. *Psychological services*, Vol.9, No.2, 111-131
- Bergmann U. (2008). The Neurobiology of EMDR: Exploring the Thalamus and Neural Integration. *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol. 2, N. 4.
- Brenes, G. A., Ingram, C. W., Danhauer, S. C. (2011). Benefits and Challenges of Conducting Psychotherapy by Telephone. *Professional psychology, research and practice*, 42(6), 543-549.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912-920.
- Civilotti, C., Cussino, M., Di Fini, G., Veglia, F. (2012). Il tema della morte nei trascritti delle Adult Attachment Interview in un campione di pazienti oncologiche. In: *Dinanzi al morire. Percorsi interdisciplinari dalla ricerca all'intervento palliativo*. Padova: Padova University Press.
- Conversano, C., Marchi, L., Miniati, M. (2020). Psychological distress among healthcare professionals involved in the Covid-19 emergency: vulnerability and resilience factors. *Clinical Neuropsychiatry* 17, 2, 94-96.
- Di Giuseppe, M., Gemignani, A., Conversano, C. (2020). Psychological resources against the traumatic experience of COVID-19. *Clinical Neuropsychiatry* 17, 2, 85-87.
- Djelantik, A.A.A.M.J., Robinaugh, D.J., Kleber, R.J., Smid, G.E., Boelen, P.A. (2020) Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depress Anxiety*, (2020) 37:36-34.
- Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L. (2012). Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation. New York, NY: Routledge.
- Fisher, S.F., (2014). Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear Driven Brain (English Edition). New York - London: W.W. Norton & Company.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, L., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R., Pirkis, J., and the COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet*, published online April 21, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Halder, S., Mahato, A. K., Manot, S. (2020). COVID-19: Psychological Impact and Psychotherapeutic Intervention. *EC Psychology and Psychiatry*, 9.6 (2020): 32-35.
- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., et al. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120-131.
- Knaevelsrud C., Maercker A. (2006). Does the Quality of the Working Alliance Predict Treatment Outcome in Online Psychotherapy for Traumatized Patients? *Journal of Medical Internet Research* published on 19.12.06 in Vol 8, No 4.
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L., Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 1-64.
- Linehan Marsha M., (2015), *DBT Skills Training Manual Second Edition*, The Guilford Press.
- Mancuso, F. (2019). La terapia online: innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo clinico*, 16(2), 193-207.
- Mucci, F., Mucci, N., Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and isolation: psychological aspects of COVID-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), 63-64.
- Orrù, G., Ciacchini, R., Gemignani, A., Conversano, C. (2020). Psychological intervention measures during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), 76-79.
- Polizzi, C., Lynn, S.J., Perry, A. (2020). Stress and Coping in the Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery. *Clinical Neuropsychiatry*, 17 (2), 59-62.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., Speyer, C. (2004) Online therapy: Review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283.
- Schauer, M., Neuner, F., Eolbert, T. (2011). Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Treatment for Traumatic Stress Disorders. Goettingen, Germany. Hogrefe Publishing.
- Schimmenti, A., Billieux, J., Starcevic, V. (2020) The four horsemen of fear: an integrated model of understanding fear experiences during the Covid-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 41-45.
- Simpson, S.G., Reid, C.L. (2014) Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *The Australian Journal of Rural Health*
- Stoll, J., Müller, J.A., Trachsel M. (2020). Ethical Issues in Online Psychotherapy: A Narrative Review. *Front. Psychiatry* 10:993.
- Wanjie Tang, Tao Hu, Baodi Hu, Chunhan jin, Gang Wang, Chao Xie, Sen Chen, Jiuping Xu (2020). Prevalence and correlates of PTSD and depressive symptoms one month after the outbreak of the COVID – 19 epidemic in a sample of home-quarantined Chinese university students. *Journal of Affective Disorders* 274 1-7.



L'esperienza con i detenuti tossicodipendenti nel carcere romano ribadisce l'importanza del confronto in gruppo all'interno dell'istituzione carceraria. Uno strumento valido ed efficace che ha come obiettivo il reinserimento nella società

## Psicoterapia di gruppo a Rebibbia

Daniela Farese  
psicologa,  
psicoterapeuta  
UOC Rebibbia RM2

La **dimensione di gruppo** è antica come la storia dell'uomo poiché soddisfa un bisogno fondamentale: appartenere a un mondo socializzato.

“L'inizio della Psicoterapia di gruppo si può far risalire al momento in cui allo stare in gruppo è riconosciuta una precisa finalità terapeutica” (J. Pratt, 1905).

Il primo autore che affrontò, la terapeuticità del gruppo fu Jacob L. Moreno il quale ne determinò un'esistenza e una struttura specifica, in cui ogni partecipante poteva divenire un agente di cura per gli altri. L'idea che

il gruppo costituisca un insieme capace di pensiero e di elaborazione emotiva venne ripresa da Lewin. Il gruppo fu da lui definito come un “campo” luogo speciale che contiene elementi relazionali e mentali in cui si realizzano trasformazioni emotive e operazioni di pensiero (Lewin, 1961).

Da questi elementi e da altre considerazioni, Bion (1970) elaborò il concetto di “**gruppo terapeutico**” elemento fondamentale per incentivare la ricostruzione e la partecipazione del “sé” dei partecipanti, il senso di

appartenenza favorisce l'integrazione di frammenti di personalità.

Apprendere dalle esperienze di altri, incentiva la capacità di apertura di flessibilità dell'individuo, che mette in atto abilità personali, prima solo potenziali. Questo porta alla crescita di autostima e allo sviluppo di processi d'individuazione creativa.

Se è vero, infatti, che all'interno della società il gruppo può produrre comportamenti devianti, è altrettanto vero che il gruppo può diventare uno strumento – elemento di apprendimento e di attività terapeutica.

## Psicoterapia di gruppo a Rebibbia



**Verrà riportata l'esperienza di un gruppo di psicoterapia realizzato dal 1999 presso il carcere maschile di Rebibbia, Nuovo Complesso.**

Prima di iniziare questa nuova avventura mi sono documentata, ma la letteratura più di venti anni fa su questo argomento risultava scarsa, le uniche esperienze trovate dimostravano il sostanziale fallimento di questo genere di esperienze all'interno di istituzioni chiuse. Determinata nella costruzione di questo nuovo progetto, e consapevole che non avrei potuto trasportare *tout court* il mio modello teorico di riferimento (analitico), in modo automatico, ho apportato degli aggiustamenti, per calarli nel contesto carcere. A distanza di molti anni posso dire che la scommessa è stata vinta: oggi sono molte le esperienze di gestione dei gruppi all'interno degli Istituti Penitenziari.

Sono partita dall'idea che il gruppo nel carcere può essere una risorsa, uno strumento-elemento di apprendimento e un imprescindibile strumento di lavoro perché garantisce lo sviluppo di diversi obiettivi: contrasta la logica dell'isolamento tipico delle istituzioni chiuse; nonostante i detenuti convivono forzatamente in celle affollate, faticano a comunicare tra loro;

- **attiva o riattiva il pensiero;** infatti, il tanto tempo a disposizione difficilmente viene utilizzato positivamente per fare o pensare. Si agisce attraverso il corpo, sembra non esserci spazio per il pensiero;
- **costituisce un buon veicolo** di apprendimento perché può agire da rinforzo reciproco;
- **diventa una palestra** per verificare le proprie abilità sociali, sperimentare il confronto e sviluppare canali comunicativi efficaci;
- **dà senso di appartenenza,** coesione e competenze relazionali, fondamentali per avviare un processo

di cambiamento nella propria condizione di vita;

- **permette di conoscersi** senza maschera per quello che si è senza giudizio attraverso l'ascolto attivo;
- **riduce notevolmente** il meccanismo della manipolazione (aspetto ben conosciuto da chi lavora all'interno del carcere), da parte dei detenuti per ottenere benefici.

Questo gruppo iniziato nel 1999 è tutt'ora attivo. La Direzione e tutti gli operatori ne riconoscono la valenza positiva e la polizia penitenziaria, inizialmente titubante, oggi non lo avverte più come qualcosa di minaccioso dell'ordine e delle regole. Inizialmente veniva svolto con i detenuti di una sola sezione, con il tempo ci è stata data la possibilità di poterlo realizzare anche con detenuti di sezioni diverse che si incontrano regolarmente una volta a settimana, sempre nello stesso luogo e nello stesso orario. Per partecipare al gruppo il detenuto fa una richiesta scritta. Di solito sono gli operatori (psicologi, educatori, direttore di reparto e anche i componenti del gruppo stesso), che informano i detenuti della possibilità di questa opportunità.

Il gruppo è aperto, i componenti possono entrare a parteciparvi in qualsiasi periodo dell'anno; è un gruppo omogeneo perché tutti i componenti afferiscono al "Servizio Serd Istituti Penitenziari di Rebibbia" (tossicodipendenti, alcool dipendenti, giocatori d'azzardo). Si compone di un massimo di 10-11 persone.



**Durante i colloqui di screening ci si sofferma soprattutto sulla motivazione che è l'elemento imprescindibile alla partecipazione al gruppo**

## Cosa prevede la partecipazione al gruppo

Tre colloqui preliminari conoscitivi per valutare l'utilità e la possibilità di partecipazione al gruppo.

Durante i colloqui di screening ci si sofferma soprattutto sulla motivazione che è l'elemento imprescindibile alla partecipazione al gruppo. Molte volte, durante i colloqui, si rileva che dietro questa esplicita richiesta si avverte una manipolazione per il raggiungimento di altri obiettivi quali: misure alternative accorciare i tempi per andare presso Comunità Terapeutiche ecc., non per un bisogno/desiderio di maggiore consapevolezza e conoscenza di sé.

**Tendenzialmente** non vengono inseriti nel gruppo detenuti con chiari disturbi psicotici, con depressione maggiore, quelli che usciranno a breve per fine pena o per misure alternative e quelli che saranno trasferiti in altri reparti. Si considera rilevante la partecipazione per almeno un anno.

In questo gruppo **il ruolo di conduttore** è stato prevalentemente inteso come **facilitatore della comunicazione e dei rapporti tra loro, esaminati in maniera prevalente nel "qui e ora"**. Il terapeuta svolge il ruolo di garante delle regole e degli obiettivi, non utilizza tanto le interpretazioni quanto interviene con azioni di **chiarificazione** e di **restituzione finale sul modo in cui il gruppo ha lavorato** sugli ostacoli e



le risorse che si sono osservate. È opportuno che i riferimenti alle singole persone siano fatte soprattutto in chiave di rinforzo e poco in chiave interpretativa. All'inizio dell'attività del gruppo si è reso necessario definire il setting, mediante la condivisione di alcune "regole" quali:

- riservatezza (ciò che si dice nel gruppo rimane nel gruppo);
- puntualità;
- mantenimento di comportamenti adeguati (no ad aggressività e rabbia ecc.);
- rispetto dell'ascolto dei turni di chi parla;
- rispetto per l'impegno preso (dopo tre assenze senza motivazione la persona è fuori per dare l'opportunità ad altri che ne hanno fatto richiesta di parteciparvi);
- bisogna presentarsi in condizioni di sobrietà;
- chiarire che la partecipazione al gruppo non produrrà benefici e che non è un luogo per affrontare problemi legali individuali né un luogo di rivendicazioni. Inizialmente, infatti, c'è stato il rischio che il "gruppo" diventasse un luogo di "sfogo" per le problematiche e le recriminazioni connesse alla vita in carcere;
- stipulare una sorta di "contratto", esplicitando che il gruppo è un luogo per pensare e riflettere insieme;
- confronto ed elaborazione delle esperienze personali legate principalmente alla propria dipendenza da sostanze e non un luogo di

rivendicazioni contro l'istituzione carceraria.

Un componente del gruppo, volontariamente, alla fine dell'incontro stilerà una memoria, una sorta di "diario di bordo" che permette ai partecipanti di ricordare e fissare le tematiche emerse di volta in volta. Questo esercizio è molto utile per aiutare i detenuti a "mentalizzare".

**Il gruppo è un catalizzatore** importante favorisce la possibilità di riconoscere, accogliere parti di sé nel continuo rispecchiarsi con gli altri e un valido strumento per stimolare e/o attivare il cambiamento. Dal gruppo si trae la possibilità di rendere le emozioni pensabili ciò consente l'elaborazione dei vissuti soggettivi. Il gruppo trasforma l'agire (tipico di persone con disturbi di dipendenza) in elemento pensato e può aiutare le persone a "mentalizzare" i propri conflitti e stimolare il bisogno di affrontare i problemi.

Spesso nel gruppo si riconosce di avere un problema, una dipendenza patologica, si determina una sorta di auto-rivelazione che permette di intraprendere un percorso di cura. Per alcuni detenuti il gruppo rappresenta una sorta di "qui e ora", un sostegno in quel periodo della loro vita, per altri rappresenta l'inizio di un percorso di cambiamento, un modo per riscattarsi della loro condizione di emarginati.

## Gli argomenti maggiormente trattati sono stati:

- Paternità e ruolo genitoriale;
- Rapporti affettivi con la famiglia di origine e attuale;
- Regole sociali e trasgressione;
- Gestione della rabbia;
- Depressione: come aiutare chi la vive;
- Ansia e attacchi di panico;
- Progettualità in funzione del cambiamento;
- Problematiche legate all'istituzione (non funziona ecc.) ;
- Le dipendenze;
- La scuola, la formazione, lo studio;
- La conflittualità nella coppia;
- L'amore e le forme di amore tossico;
- La separazione;
- La morte.

**Al gruppo terapeutico** attivo dal 2000 hanno partecipato circa 300 detenuti di questi, un'alta percentuale (più del 50%) è rimasta oltre due anni. Molti sono usciti a fine pena, altri in misure alternative altri ancora (circa il 30%) sono andati presso comunità terapeutiche. In questi anni sono rientrati a Rebibbia nuovo complesso soltanto sei persone che avevano frequentato il gruppo, di cui due rientrati per un definitivo, e non per un nuovo reato. Tra i componenti del gruppo mai nessuno ha agito atti auto o etero-lesivi. Molti in questi anni, parallelamente alla frequenza del gruppo, hanno iniziato a frequentare con assiduità e impegno anche la scuola e successivamente l'università.

**Alla luce di quanto esposto** e a conclusione di un percorso intenso e costruttivo, sia dal punto di vista personale che professionale, vale la pena soffermarsi sull'importanza e la funzionalità del gruppo psicoterapeutico all'interno dell'istituzione carceraria, uno strumento valido ed efficace per ottemperare alla vera e primaria funzione della pena che ha come principale obiettivo quello di reinserire e risocializzare la persona, restituendo allo stesso tempo, alla società un "uomo nuovo" in grado di gestire una vita al di fuori del carcere, creando nuove opportunità attraverso la consapevolezza di essere riuscito, a seguito di un intenso percorso di analisi su se stesso, a trasformare i propri punti di debolezza in punti di forza.

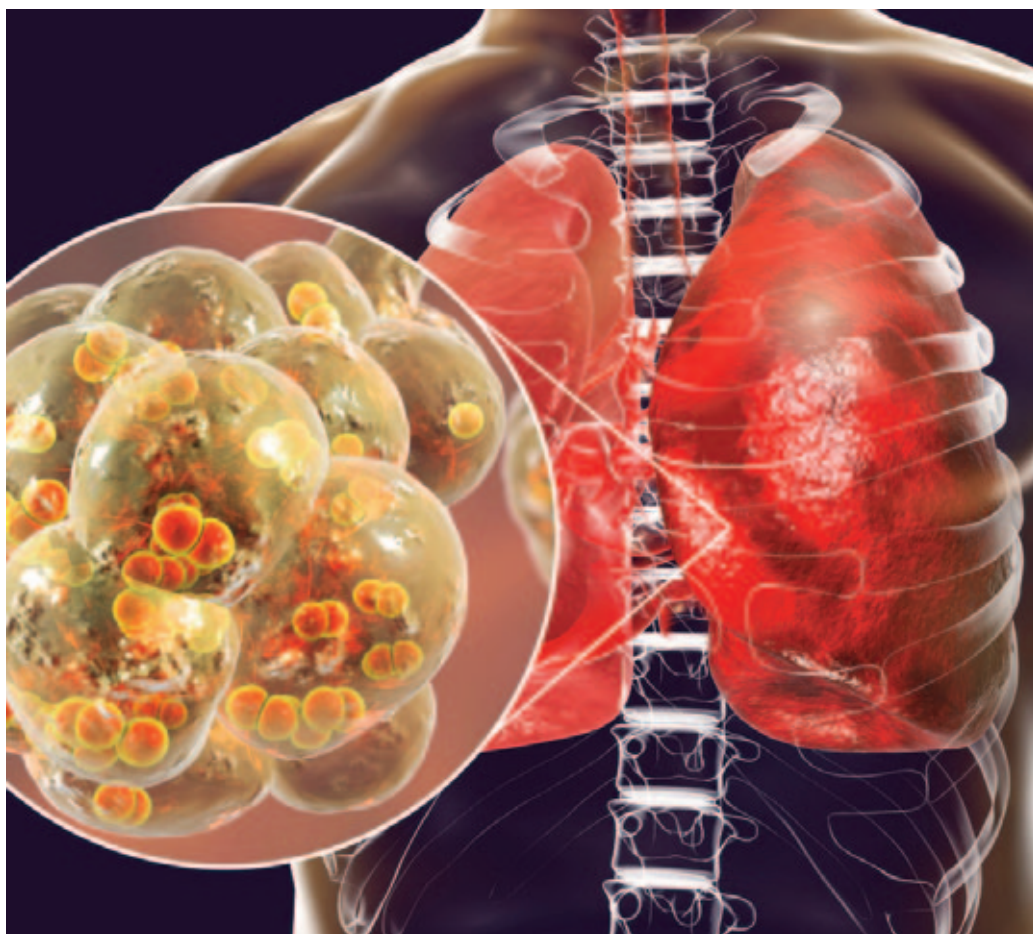
**Lo Pneumococco** è molto diffuso e presenta oltre 90 ceppi. Si trova nel tratto superiore di naso e gola di circa il 70% di adulti e bambini. Il vaccino è molto efficace nella prevenzione d'infezioni più gravi, in particolare è raccomandato per gli anziani over 65 e può essere somministrato anche ai minori

**Fabio Curcio**  
Specialista  
ambulatoriale  
in Igiene e Medicina  
preventiva,  
UOC Dipendenze  
Ser. D25  
ASL Napoli 1 centro

## Vaccinazione antipneumococcica

Il Piano d'azione Europeo per le vaccinazioni 2015-2020 rappresenta la contestualizzazione del Piano Globale nella Regione Europea dell'OMS e "tende ad assicurare un mondo in cui ogni individuo, indipendentemente da dove sia nato, dove viva e chi sia, possa godere di una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione". Nel Piano Europeo è richiesto che i singoli Stati Membri si impegnino per il raggiungimento di obiettivi nazionali allineati a quelli regionali e globali, pertanto in Italia sono stati emanati i Piani Nazionali di Prevenzione Vaccinale. Nel Piano 2017-2019, tra le vaccinazioni raccomandate è presente la vaccinazione anti pneumococcica.

Lo Pneumococco, o *Streptococcus pneumoniae*, è molto diffuso e presenta **oltre 90 ceppi**, si trova nel tratto superiore di naso e gola di circa il 70% di adulti e bambini e nella maggior parte dei casi non provoca malattia. La trasmissione del batterio avviene per via orale. Può dare luogo a malattie non invasive (otite media acuta, bronchite, congiuntivite e sinusite). Oppure invasive come: meningite, osteomielite, peritonite, in alcune fasce della popolazione. È il principale responsabile della polmonite negli adulti. Ogni anno, tra i bambini si diagnosticano le complicazioni invasive della patologia, con una letalità di 1,4 milioni/anno. Nei soggetti a rischio la polmonite colpi-







sce circa 450 milioni di persone, il 7% della popolazione mondiale. Complessivamente ciò si traduce in circa 4 milioni di morti l'anno. A rischio sono i soggetti immunodepressi: anziani e bambini, nei soggetti sottoposti a chemioterapia, nei soggetti sottoposti a terapia con corticosteroidi.

**Il vaccino anti-pneumococcico è molto efficace nella prevenzione d'infezioni più gravi**, in particolare è raccomandato per **gli anziani over 65** e può essere somministrato anche nei **bambini e adolescenti di età compresa tra 6 settimane e 17 anni**. **Altre condizioni a rischio sono:** cardiopatie croniche, malattie polmonari croniche, diabete mellito, epatopatie croniche, inclusa la cirrosi epatica e le epatopatie croniche evolutive da alcool, alcoolismo cronico, soggetti con perdite liquorali da traumi o intervento, presenza di impianto cocleare, emoglobinopatie quali anemia falciforme e talassemia, Immunodeficienze congenite o acquisite, Infezione da HIV, condizioni di asplenia anatomica o funzionale o candidati alla splenectomia, patologie onco-ematologiche (leucemie, linfomi e mieloma multiplo), neoplasie diffuse, trapianto d'organo o di midollo, patologie richiedenti un trattamento immunosoppressivo a lungo termine. Insufficienza renale/surrenalica cronica.

Le infezioni più gravi sono causate da un piccolo numero di sierotipi (3, 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F e 23F) che sono inclusi nel vaccino pneumococcico coniugato 13-valente. Questi sierotipi causano circa il 90% delle infezioni invasive nei bambini e il 60% negli adulti.

Sono disponibili due vaccini anti-pneumococco: coniugato pneumococcico 13-valente: un vaccino coniugato contro 13

sierotipi (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F) pneumococcico polisaccaridico 23-valente: un vaccino polisaccaridico polivalente diretto contro i 23 sierotipi (1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F) responsabili di > 90% delle infezioni pneumococciche gravi in adulti e bambini.

Tuttavia, questi schemi stanno cambiando lentamente, in parte a causa della diffusione del vaccino polivalente. Il sierotipo 19A, che è altamente virulento e multi-resistente, è apparso come una delle principali cause di infezioni delle vie respiratorie e malattie invasive; è quindi adesso incluso nel vaccino pneumococcico coniugato 13-valente.

La schedulazione dei vaccini varia a seconda dell'età e delle condizioni mediche presenti nel paziente.

Una dose è sufficiente per una copertura a vita. L'obiettivo indicato per il 2019 tra i soggetti maggiori di 65 anni è del 75% della popolazione. Mentre l'obiettivo a lungo termine è di raggiungere la copertura del 95% della popolazione nei nuovi nati. Anche per questi vaccini sono descritte reazioni avverse, principalmente febbre (poco comune) e reazione nel sito di iniezione (molto comune).

Nel Ser.D. si è implementata la somministrazione delle vaccinazioni, in particolare tra gli alcolisti e gli epatopatici cronici, incontrando non poche difficoltà, seguite da interruzione del programma. Tra queste la scarsa adesione degli operatori stessi.

In conclusione, come identificato dal Comitato Nazionale Bioetico, occorre apportare modifiche alla formazione degli operatori, oltre a campagne di promozione e informazione su vaccinazioni a carattere nazionale, basate su una consolidata documenta-

**Una dose è sufficiente per una copertura a vita. L'obiettivo indicato per il 2019 tra i soggetti maggiori di 65 anni è del 75% della popolazione. Mentre l'obiettivo a lungo termine è di raggiungere la copertura del 95% della popolazione nei nuovi nati**



zione scientifica, comprendenti una comunicazione efficace. La classificazione delle "emergenze sanitarie e d'igiene pubblica" per poter studiare e stilare degli "healthcare emergency's recovery plans" da attivare secondo necessità. Porre in essere, in caso di situazioni di allarme, azioni ripetute e adottare provvedimenti di urgenza ed eventuali interventi legislativi-necessari a ripristinare o raggiungere un livello accettabile di sicurezza sanitaria ottenibile mediante il mantenimento di elevate coperture vaccinali. In conclusione, occorre fare tutti gli sforzi per raggiungere e mantenere una copertura vaccinale ottimale, non escludendo l'obbligatorietà in casi di emergenza. Ricordando sempre che, oltre alla Salute Pubblica, ogni dollaro speso nella vaccinazione infantile genera 3 dollari di risparmio nella prospettiva del SSN e 10 in quella della società. E che 1 euro speso per la vaccinazione può liberare fino a 24 euro re-investibili in assistenza clinica per chi si ammala.

Il White Book pubblicato dalla European Respiratory Society stima che i costi economici della polmonite nei 51 paesi della regione europea dell'OMS sono superiori ai 10 miliardi di euro, con i costi legati alla gestione ospedaliera valutabili intorno a 6 miliardi di euro/anno.

# Vaccini: un dibattito sempre aperto

**Breve storia della vaccinazione** dalla prima contro il vaiolo, fine 700, ad oggi per contrastare il diffondersi da Sars Cov2. Scetticismo vs Fiducia è compito del mondo scientifico affrontare il tema, complesso, dell'accettazione dei vaccini

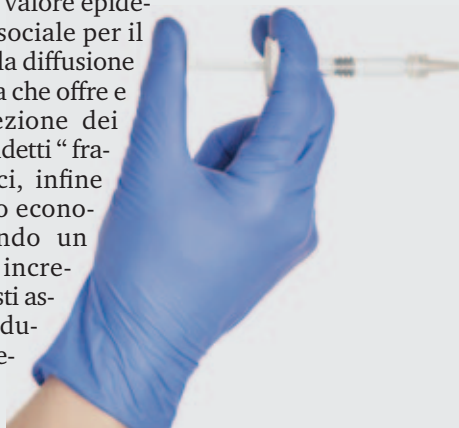
La **vaccinazione** rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri per la prevenzione delle malattie infettive. Essa comporta, quando si raggiunga un'elevata copertura immunitaria nella popolazione, benefici non solo nei vaccinati ma in maniera indiretta, inducendo la cosiddetta "immunità di gregge", anche nei soggetti non vaccinati e in coloro che per particolari problemi di salute non possono sottoporsi a vaccinazione. Benefici, pertanto, che non hanno solo un valore per il singolo individuo, ma anche un valore epidemiologico e sociale per il controllo della diffusione della malattia che offre e per la protezione dei soggetti cosiddetti "fragili". Benefici, infine anche di tipo economico: evitando un eventuale incremento dei costi assistenziali; riducendo il numero di giorno-

**Edward Jenner e la prima vaccinazione**



te lavorative perse; riducendo il rischio, nel caso di patologie molto contagiose, di una eventuale "paralisi sociale" in corso di pandemia, come purtroppo abbiamo vissuto in questi due anni di COVID-19 con i lockdown (1,2). Non possiamo, inoltre, dimenticare quanto accaduto negli ultimi due anni di pandemia, con il gran numero di pazienti che hanno avuto necessità di essere ricoverati per COVID-19, e che ha portato al sovraffollamento dei P.S., dei reparti e delle rianimazioni, tanto da destinare la maggior parte se non riconvertire intere strutture ospedaliere alla loro assistenza, riducendo in maniera significativa ogni altra prestazione con ritardi diagnostici e terapeutici anche per patologie urgenti e neoplastiche. Dal primo vaccino approntato da Ed-

ward Jenner contro il vaiolo a fine '700, secondo un metodo empirico, il progresso delle conoscenze scientifiche e tecnologiche è stato tale da consentire lo sviluppo e l'utilizzazione in sicurezza di tanti vaccini che hanno modificato profondamente l'epidemiologia delle malattie infettive, con una forte riduzione della morbosità e mortalità, cambiando la storia della medicina. Ricordiamo che nel 1980 l'OMS ha dichiarato "eradicato" il vaiolo; dagli anni '90 del secolo scorso sono state certificate, in successione, polio-free (libere da trasmissione di poliovirus selvaggio) le regioni WHO delle Americhe, del pacifico occidentale, dell'Europa, del sud-est asiatico, sino all'Africa nel 2020; l'ultimo caso in Italia da virus selvaggio si è verificato nel 1982 (da-

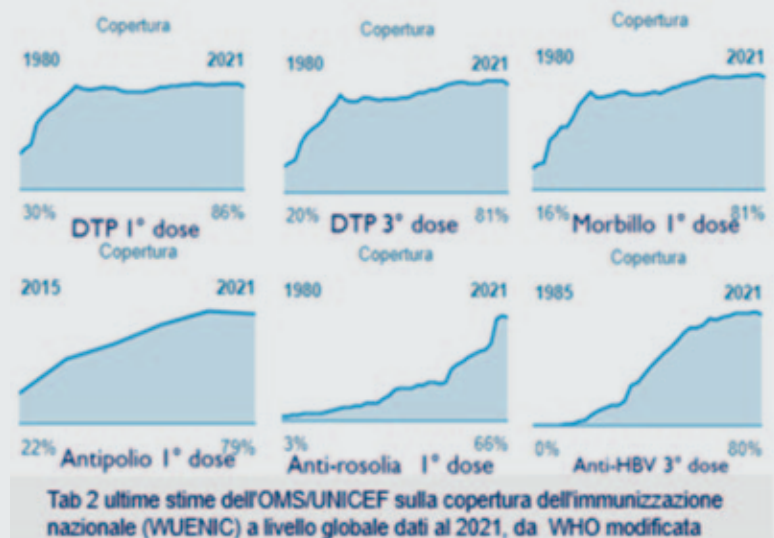
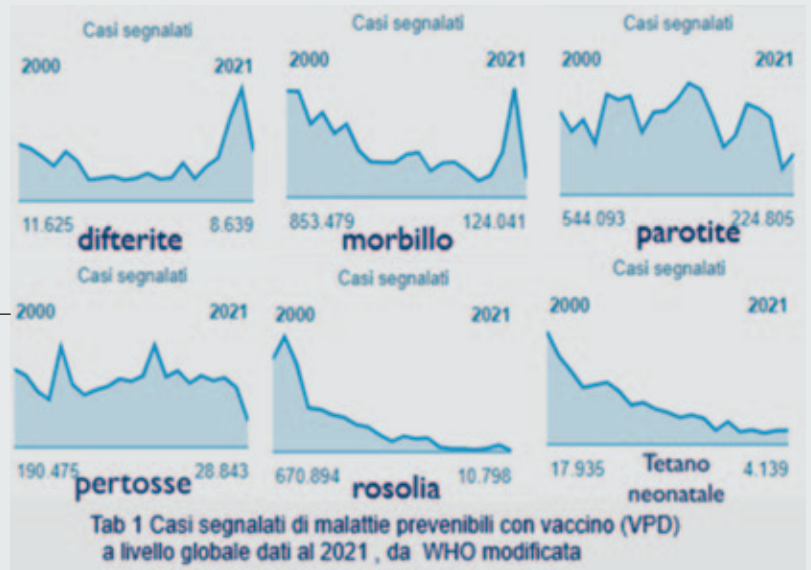




to Ministero della Salute). Le tabelle 1 e 2 riportano alcuni dati stimati del WHO sui casi segnalati di alcune malattie prevenibili con vaccino (VPD) e su alcune coperture vaccinali a livello globale. Eppure, sin dall'introduzione del primo vaccino non sono mai mancate polemiche, problemi, manifestazioni contrarie. Ricordiamo che il Regno Unito (dopo il "Vaccination Act" del 1840 che prevedeva vaccinazioni gratuite per i poveri e considerava fuorilegge la variolizzazione) è stato il primo paese, nel 1853 a promuovere una vaccinazione di massa con un'apposita legge, che introduceva la vaccinazione obbligatoria antivaaiolosa per tutti i nuovi nati entro il compimento del terzo mese di vita, poi esteso nel 1867 fino ai 14 anni, pena il pagamento di una multa o la carcerazione (3). Erano passati più di 50 anni dai primi esperimenti e dal primo lavoro di Jenner del 1797, anni in cui non mancarono dubbi, timori, polemiche, proteste che continuarono anche dopo l'approvazione della legge. E con argomenti quali: il considerare "contro natura" l'inoculazione di materiale biologico di origine bovina in un essere umano; o i dubbi, espressi da alcuni medici, che la vaccinazione potesse anziché proteggere le persone provocare la malattia; o il diritto alla autodeterminazione non accettando imposizioni dello stato, e che portarono alla nascita a Londra nel 1866 del primo movimento antivaccinale, l'*Anticompulsory Vaccination League*. E ancora oggi ci troviamo ad assistere nel nostro Paese e nel mondo, in piena pandemia da Covid -19 e quando i vaccini anti-Covid mostrano tutta la loro efficacia quanto meno nel ridurre il rischio di malattia grave e di morte, ad un diffuso scetticismo nei confronti dei vaccini. Si va dalla "vaccine hesitancy", un rifiuto parziale o totale di adesione ai programmi di

**Una divulgazione scientifica rigorosa sull'efficacia, la sicurezza e gli eventuali effetti collaterali dei vaccini e una comunicazione chiara, empatica sono il primo strumento per vincere la diffidenza**

vaccinazioni, sino alle proteste di frange sociali no-vax se non negazioniste in un contesto fortemente ideologizzato. È compito del mondo scientifico affrontare un tema così complesso come quello dell'accettazione dei vaccini in alcuni ambiti sociali. Certamente una divulgazione scientifica rigorosa sull'efficacia, la sicurezza e gli eventuali effetti collaterali dei vaccini e una comunicazione chiara, empatica sono il primo strumento per vincere la diffidenza. E in questo a medicina territoriale, con i medici di base e gli specialisti ambulatoriali, con la sua presenza capillare sul territorio svolge un ruolo importante.



#### Bibliografia

1. A. Ferro , P. Bonanni, P. Castiglia :Il valore scientifico e sociale della vaccinazione portale Società Italiana d'Igiene Medicina Preventiva e Sanità nov. 2019
2. Bloom DE. The value of vaccination. *Adv Exp Med Biol.* 2011;697:1-8.
3. R. Wolfe Anti-vaccinationists past and present. *BMJ.* 2002 Aug 24; 325(7361): 430-432

# La Ricongiunzione

**Overo quell'istituto che permette l'unificazione delle posizioni assicurative esistenti presso i diversi fondi previdenziali obbligatori per ottenere una sola pensione, utilizzando più "spezzoni" contributivi**

a cura di  
Alessandro Cei

**La ricongiunzione** rappresenta l'unificazione delle posizioni assicurative esistenti presso i diversi fondi previdenziali obbligatori per ottenere, utilizzando più "spezzoni" contributivi, una sola pensione.

In tal modo, il medico trasferisce i contributi versati nelle diverse gestioni pensionistiche presso un unico Fondo, creando una sola posizione assicurativa. La contribuzione ricongiunta è valida sia ai fini del raggiungimento del diritto a pensione, che ai fini della misura della pensione stessa.

In tal modo si consente anche di giungere alla liquidazione della pensione di vecchiaia pur non avendo maturato in nessuna delle forme di assicurazione obbligatoria il diritto autonomo a tale prestazione, ovviamente a condizione che dal sommarsi dei periodi si raggiungano comunque i requisiti contributivi minimi richiesti per la pensione, nella gestione interessata.

Poiché le finalità della legge sono quelle di consentire, in presenza di "spezzoni" di contributi versati in fondi diversi, il raggiungimento di un'unica pensione, è ovvio che la possibilità di ricorrere alla ricongiunzione è consentita solo se la contribuzione dei periodi oggetto di ricongiunzione non abbia già dato luogo alla liquidazione di una pensione.

Con la ricongiunzione si richiede il trasferimento dell'intera posizione assicurativa da una gestione previdenziale all'altra: non è possibile quindi trasferire solo una parte dei contributi (ad esempio, solo quelli che servono a raggiungere il diritto a pensione).

La ricongiunzione avviene a domanda del diretto interessato o dei suoi superstiti. I periodi ricongiunti sono utilizzati come se fossero sempre stati versati nel fondo in cui sono stati uni-

ficati e danno quindi diritto a pensione in base ai requisiti previsti dal fondo stesso.

## La Ricongiunzione è Onerosa

Comporta il pagamento di un onere calcolato in base alla quantità dei contributi da ricongiungere, all'età, al sesso ed alla retribuzione del medico alla data della domanda.

La domanda non è in alcun modo impegnativa, ma la non accettazione della proposta comporta l'impossibilità di ripresentare una nuova domanda di ricongiunzione prima di 10 anni dalla data della mancata accettazione. Il conteggio del contributo per gli anni da ricongiungere si effettua con le stesse modalità illustrate per i riscatti degli anni di laurea.

Per calcolare il costo della ricongiunzione bisogna tenere in considerazione alcuni elementi variabili quali:

- la data di presentazione della domanda;
- l'età del richiedente alla data della domanda;
- l'anzianità contributiva totale (comprensiva anche dei periodi ricongiunti) alla data della domanda;
- il sesso del richiedente.

Sulla base di questi elementi si calcola un "Coefficiente di Riserva Matematica", contenuto in tabelle emanate con appositi Decreti Ministeriali, che si succedono nel tempo.

Il contributo di ricongiunzione è, infatti, pari alla riserva matematica della maggior pensione ottenibile con l'aggiunta dei periodi e delle retribuzioni da ricongiungere.

Tuttavia, rispetto al riscatto, dall'ammontare della riserva matematica della maggior quota di pensione ottenibile, saranno portati in detrazione i contributi trasferibili dalla gestione di

provenienza.

I contributi saranno trasferiti dalla gestione di provenienza con l'aggiunta d'interessi calcolati al tasso del 4,5% dell'anno di riferimento (in cui furono versati) fino all'anno precedente la domanda di ricongiunzione.

In alcuni casi la massa dei contributi rivalutati trasferibili è superiore all'ammontare della riserva matematica e pertanto la ricongiunzione non comporta oneri e si considera gratuita.

In tal caso le somme che risultano in eccedenza, trasferibili dal fondo di provenienza, non verranno girate all'iscritto, ma rimarranno acquisite al Fondo.

Viceversa, nei casi in cui la massa dei contributi trasferibili è inferiore alla riserva matematica, sarà posta a carico del richiedente la differenza che costituirà appunto il costo della ricongiunzione.

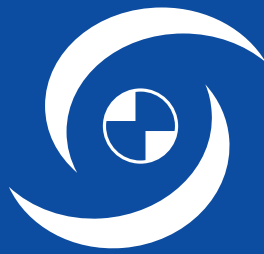
L'Enpam invierà una lettera di comunicazione nella quale si limiterà a richiedere l'accettazione della ricongiunzione, accettazione che deve essere data espressamente per consentire il successivo ed effettivo trasferimento dei contributi ricongiunti nel Fondo Ambulatoriali. Se la ricongiunzione comporta il pagamento di un onere, l'Enpam richiederà il pagamento della differenza in unica soluzione o a rate con aggiunta d'interessi secondo il tasso di variazione dell'indice Istat del costo della vita.

L'accettazione non può essere parziale e in caso d'interruzione dei pagamenti rateali la ricongiunzione è annullata. L'Ente restituisce all'iscritto le somme versate e ritrasferisce i contributi all'Ente di provenienza.

I contributi di ricongiunzione, come tutti i contributi volontari pagati al proprio Ente di provenienza, sono integralmente deducibili ai fini fiscali, qualunque sia il suo ammontare.

Ai fini dell'aumento dell'anzianità contributiva, fatto salvo che sono necessari 35 anni di contribuzione complessivi per poter accedere ad una pensione anticipata, gli anni ricongiunti saranno considerati validi se **non contemporanei** ad altri contributi versati all'Enpam. nei fondi della Medicina Convenzionata e della quota B.

Nel prossimo numero si parlerà del Cumulo contributivo.



# Sumai

**ASSOPROF**

Sindacato Unico Medicina  
Ambulatoriale Italiana  
e Professionalità dell'Area Sanitaria



[www.sumaiassoprof.org](http://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](http://www.quotidianosanita.it)

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



**Quotidiano  
Sanità**  
*edizioni*

**Ogni giorno sul web tutta la sanità che conta.**