

# medical network

LA RIVISTA  
DEL MEDICO  
SPECIALISTA  
AMBULATORIALE

ANNO XXIII  
NUMERO 1 | 2023  
TRIMESTRALE



Associazione Unica Medici  
Specialisti del Valore  
e Professionalità dell'Area Sanitaria



SOCIETÀ ITALIANA  
DI FORMAZIONE PERMANENTE  
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

20 FEBBRAIO

Giornata  
delle professioni  
sanitarie

# UNITI PER SOSTENERE

# il SAN

medical  
network

LA RIVISTA  
DEL MEDICO  
SPECIALISTA  
AMBULATORIALE

**Direttore responsabile**

Antonio Magi

**Coordinatore editoriale**

Stefano Simoni

**Hanno collaborato**

Giuseppe Nielfi,  
Stefano Simoni,  
Luigi Sodano

**Editore**

Sumai - Viale di Villa Massimo, 47 - Roma  
Tel. 06.232912 E-mail [sumai@sumaiweb.it](mailto:sumai@sumaiweb.it)



Registrazione al Tribunale di Roma  
n.446 del 22.10.2001 Roma

**Diritto alla riservatezza:**

"Medical Network" garantisce la massima  
riservatezza dei dati forniti dagli abbonati  
nel rispetto della legge 675/96

**Progetto grafico e impaginazione**

Giancarlo D'Orsi

Chiuso in redazione nel mese di marzo 2023

# Editoriale

## Care colleghe e cari colleghi

permettetemi di iniziare questa mia nota con un ringraziamento. Questo numero esce a ridosso del nostro evento “Le nuove sfide del territorio nell’endemia post-Covid” organizzato in collaborazione con la società scientifica Sifop. Il Convegno è andato bene e quindi desidero ringraziarvi di cuore per aver contribuito al successo dell’evento con la vostra partecipazione attiva e costruttiva. Grazie alla vostra presenza, ai vostri interventi e al vostro impegno nei tavoli tematici, siamo riusciti a produrre un documento di grande valore che sarà condiviso con i decisori, gli stakeholder e le istituzioni interessate. Il vostro contributo dimostra l’importanza del tema affrontato e la qualità del lavoro svolto insieme. Come sapete il SUMAI Assoprof sta intraprendendo una nuova strada e la vostra presenza è testimonianza di questo cambiamento e della crescita che riteniamo fondamentale. Speriamo che questo Convegno rappresenti l’inizio di un nuovo percorso di confronto e crescita comune e che si possa ripetere l’esperienza, perfezionandola ulteriormente, magari rendendola un appuntamento fisso come il Congresso Nazionale di ottobre.

Sul fronte sindacale mi preme sottolineare (come riportato dall’articolo a pagina 11) il ritorno del SUMAI al tavolo delle trattative della medicina generale grazie alla costituzione di una nuova sigla FMT, acronimo di Federazione Medici Territoriali. Questo significa che dopo tre anni, insieme a Fismu, Uil e Umi, avremo nuovamente accesso alle contrattazioni che riguardano quest’altro settore della Convenzionata.

Sempre sul fronte dell’iniziativa sindacale voglio rimarcare il momento di criticità nel rapporto con l’Inail poiché l’istituto ad oggi non ha ancora recepito né l’Acn del 2020 né quello successivo del 2021. Questo ritardo ingiustificato nel recepimento degli accordi sta causando un rallentamento nelle attività e l’impossibilità a coprire i turni a causa del pensionamento dei titolari o le dimissioni di colleghi che vanno verso altre strutture del Ssn. Come annunciato nell’articolo a pagina 9 in assenza di risposte da parte dell’Istituto il SUMAI si riserverà di perseguire tutte le vie sindacali a tutela dei propri iscritti.

**Antonio Magi**  
Segretario Generale  
Sumai Assoprof

20 FEBBRAIO

# GIORNATA DELLE PROFESSIONI SANITARIE

**Schillaci:** “Il capitale umano è la leva principale dei servizi sanitari. Pronti a dare al più presto risposte concrete”.

**Magi** “Non dimenticare mai quanto accaduto in pandemia”

# Uniti per sos

Il 20 febbraio le 11 Federazioni e Consigli nazionali degli Ordini delle Professioni sociosanitarie - medici e odontoiatri, infermieri, farmacisti, medici veterinari, professionisti dell'area tecnica, della riabilitazione e della prevenzione, ostetriche, chimici e fisici, fisioterapisti, psicologi, biologi, assistenti sociali - hanno celebrato la Giornata alla presenza del Ministro della Salute Orazio Schillaci e del Vice Presidente del Senato Maurizio Gasparri.

“Quella di oggi è una manifestazione molto importante, che ricorda quello che è successo e che non va mai dimenticato, perché sono esperienze che vanno portate a esempio per il futuro, per evitare che alcune cose succedano nuovamente”. A dirlo il segretario generale del Sumai Assoprof, **Antonio Magi**, nella sua carica di Presidente Omceo Roma, a margi-



**Antonio Magi**  
segretario generale  
Sumai Assoprof



**Orazio Schillaci**  
Ministro della Salute

20 FEBBRAIO 2023

AULA MAGNA - PONTIFICIA UNIVERSITÀ SAN TOMMASO D'AQUINO - ROMA, LARGO ANGELICUM, 1

# INSIEME

## PER GARANTIRE LA SALUTE DI TUTTI

GIORNATA NAZIONALE DEL PERSONALE SANITARIO, SOCIOSANITARIO, SOCIOASSISTENZIALE E DEL VOLONTARIATO

# stenere il Ssn



**Barbara Mangiacavalli**  
presidente  
della Fnopi

ne della terza giornata nazionale del personale sanitario, sociosanitario, socio-assistenziale e del volontariato ospitata a Roma nell'Aula Magna della Pontificia Università San Tommaso D'Aquino.

“Noi, professionisti sanitari e socio-sanitari, dedichiamo questa giornata a chi ha sofferto, a chi soffre e a tutte le persone che, con la loro attenzione e partecipazione, hanno aiutato ad arginare la pandemia con comportamenti coscienti e virtuosi. Siamo rimasti uniti, come lo siamo oggi per celebrare ‘insieme’ questa Giornata. E insieme è l'avverbio scelto per caratterizzare la comunicazione di questo evento, perché riteniamo che sostenere, nella sua interezza e complessità, il nostro Sistema salute, e garantire il nostro Servizio sanitario nazionale sia possibile solo con un impegno costante, competente, mul-

“

**Noi, professionisti sanitari e socio-sanitari, dedichiamo questa giornata a chi ha sofferto, a chi soffre e a tutte le persone che, con la loro attenzione e partecipazione, hanno aiutato ad arginare la pandemia con comportamenti coscienti e virtuosi**

tidisciplinare e sinergico”. Con queste parole **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Fnopi, ha dato voce alle 11 Federazioni e Consigli nazionali degli Ordini delle Professioni socio-sanitarie. Una scelta, quella della presidente Fnopi, non casuale nata dalla volontà di “rappresentare la componente femminile del Ssn, ormai maggioritaria all'interno dello scenario socio-assistenziale italiano”, ha sottolineato la presidente aprendo le celebrazioni della terza edizione di questa Giornata alla quale non ha potuto partecipare il Presidente della Repubblica **Sergio Mattarella** a causa di un impedimento improvviso.

“Per noi – ha detto Mangiacavalli – è il giorno del ‘grazie’ per il lavoro quotidiano delle nostre colleghe e dei nostri colleghi, che non si è mai fermato, prima, durante e dopo l'ondata pandemica. È il giorno del ‘ricordo’

di chi, nelle prime fasi della lotta al Covid-19, ha messo il bene comune e la salute pubblica davanti al proprio interesse personale, prima dei suoi affetti più cari, talvolta sacrificando la vita. E usiamo non a caso la parola ricordo al posto di memoria, perché è qualcosa che ancora 'ci tocca'. Soprattutto, ha aggiunto la Presidente Fnopi, questa è la Giornata delle professioni "un termine che deriva dal latino professus, vale a dire la persona che ha dichiarato apertamente, e si connette al verbo profiteor, che rimanda a concetti quali dichiarare, riconoscere, confessare, impegnarsi, offrire, insegnare, esercitare".



**“Il capitale umano è la leva principale dei servizi sanitari – ha detto il ministro della Salute, Orazio Schillaci – e il lavoro dei professionisti sanitari e socio-sanitari è essenziale per la piena tutela del diritto fondamentale alla salute, sancito dalla nostra Costituzione”**

“Il capitale umano è la leva principale dei servizi sanitari – ha detto il ministro della Salute, Orazio Schillaci – e il lavoro dei professionisti sanitari e socio-sanitari è essenziale per la piena tutela del diritto fondamentale alla salute, sancito dalla nostra Costituzione. Riconoscere i meriti e l'importanza degli operatori sanitari e socio-sanitari vuol dire attivarsi per valorizzare al meglio la loro professionalità, dando risposte concrete a tutte le urgenze oggi più che mai attuali. E questa è una mia priorità”. Per Schillaci, bisogna quindi affrontare la criticità della carenza di personale “emergenza nazionale”, restituendo attrattività al Ssn, che è uno dei migliori al mondo. Le leve sulle quali agire, sono “la rivalutazione del trattamento economico di chi ogni giorno è impegnato nel servizio sanitario pubblico”, i vincoli di spesa per il personale, per “permettere alle Regioni di potenziare gli organici e rafforzare i servizi sanitari regionali”. Ma bisogna anche investire su formazione e sviluppo delle competenze “sia specialistiche, che trasversali, legate a nuovi modelli di organizzazione del lavoro multidisciplinare e integrato”. Ecco perché, ha aggiunto il



ministro, “occorre aumentare il numero di iscritti nelle Università e colmare la carenza di figure specialistiche”. L'esperienza della pandemia, ha poi aggiunto, ha insegnato a tutti noi quanto “la salute pubblica sia cruciale, ha fatto emergere le eccellenze delle professionalità impegnate nel servizio sanitario nazionale ma, ha acceso un faro sulle criticità del sistema, da affrontare con la massima determinazione e urgenza”.

## **NO ALLA VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI**

La terza giornata del personale sanitario è stata anche un'occasione per puntare i riflettori sulle aggressioni che i professionisti della sanità continuano a ricevere. Un tema sul quale si è soffermato il ministro Schillaci: “Considero indifferibile mettere in atto tutte le iniziative necessarie a tutelare l'incolumità del personale sanitario e socio-sanitario, alla luce degli episodi di aggressione fisica e verbale che si ripetono con sconcertante frequenza, in particolare contro le donne. Da subito mi sono attivato per efficientare le attività di monitoraggio e prevenzione dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie e a breve – ha annunciato – partirà anche il tavolo dedicato al pronto soccorso, dove si verificano con più frequenza i casi di aggressioni”. “A tutte le professioni sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e del volontariato rivolgo la mia vicinanza e profonda gratitudine – ha concluso il Ministro – mai come adesso prendersi cura di chi si prende cura di noi è una priorità assoluta, nella consapevolezza che la salvaguardia e la va-

lorizzazione di chi lavora in sanità è essenziale per assicurare a ogni persona le migliori condizioni di prevenzione, cura e assistenza”.

## **DARE NUOVAMENTE CENTRALITÀ ALLA PROFESSIONE SANITARIA**

Antonio Magi sempre a margine dell'evento si è anche soffermato sulle parole del ministro della Salute, Orazio Schillaci. “Sono state molto importanti il ministro ha centrato i problemi della sanità del Paese, sta lavorando sotto questo aspetto. Non sarà facile ma lo scopo è ben chiaro: dare nuovamente centralità alla professione sanitaria in genere, che è rimasta un po' indietro negli ultimi anni, sia per quanto riguarda l'organizzazione che la ristrutturazione del territorio e dell'ospedale e anche per quanto riguarda il pronto soccorso e le retribuzioni di tutto il personale sanitario che occupa uno degli ultimi posti in Europa”.

## **IL GRAZIE DEL VICEPRESIDENTE DEL SENATO**

“L'emergenza non è stata solo con il Covid, per voi l'emergenza è ogni giorno e il personale sanitario non può essere omaggiato solo nei momenti rituali” ha detto il vicepresidente del Senato Maurizio Gasparri ricordando che l'attività della scienza è fondamentale: “Anche se non è più a livello di due o tre anni fa la Pandemia c'è ancora. Le vaccinazioni devono proseguire – ha sottolineato – e ringrazio quanti si sono presi cura di tutti noi, come le farmacie che con la loro presenza capillare sul territorio hanno garantito vicinanza ai cittadini”.

È quanto mai urgente l'avvio delle trattative per il recepimento degli ACN del 2020 e del 2021 poiché il testo contrattuale attualmente vigente è quello del 2018 il quale a sua volta recepisce l'Accordo del 2015. In mancanza di risposte da parte dell'Istituto, il Sumai si riserva il diritto di perseguire tutte le vie sindacali a tutela dei propri iscritti

# L'assistenza specialistica ambulatoriale diretta

## è ancora un obiettivo strategico dell'Inail?



**Maria Carmela Strusi**  
Responsabile dei rapporti con l'INAIL

**I vertici dell'Istituto**, più volte sollecitati all'avvio delle trattative, ad oggi non hanno convocato le delegazioni sindacali trattanti il recepimento dell'Accordo. Il Sumai ha presentato una bozza contrattuale alla quale l'Inail non ha dato risposta né ha fatto pervenire al Sindacato una sua pro-

posta di Accordo. Gli oltre 800 medici specialisti ambulatoriali in servizio presso l'Istituto preposto alla tutela dei lavoratori in caso di infortunio e malattia professionale, sono ancora in attesa del recepimento degli Accordi Collettivi Nazionali del 31/03/2020 e del

31/03/2021. Il testo contrattuale attualmente vigente presso l'INAIL in regime di prorogatio è quello del 15/05/2018 che recepisce l'ACN del 17/12/2015.

Si tratta di medici convenzionati specialisti in ortopedia, chirurgia, neurologia, oculistica, cardiologia, pneu-



mologia, radiologia, otorinolaringoiatria, dermatologia, fisiatria oltre agli specialisti in medicina legale e del lavoro che affiancano i dirigenti medici dell'Istituto nelle attività valutative e di controllo, che attuano la presa in carico degli infortunati e tecnopatici nel processo di cura diretta negli ambulatori dell'istituto o mediante avvio appropriato a strutture convenzionate con l'Istituto.

Facendo riferimento ai soli infortuni lavorativi che maggiormente richiedono interventi di cura specialistica al 30/11/2022 le denunce di infortunio in Italia, si legge nelle banche dati dell'Istituto, sono state 652.002 (di cui 1006 con esito mortale). Le denunce di malattie professionali al 30/11/2022 sono state 55.732.

Si tratta quindi di oltre 600.000 pazienti che, laddove sono stati attivati mediante convenzioni apposite con le Regioni, gli ambulatori polispecialistici presso i Centri Medicolegali Inail territoriali (provinciali e sub-provinciali), possono accedere direttamente, gratuitamente e senza liste d'attesa, ad un ambulatorio specialistico specifico per la patologia o le patologie conseguenti all'infortunio. Possono così essere presi in carico in strutture sanitarie prossime alla residenza ovvero domicilio per il percorso di diagnosi e cura necessario da parte degli stessi specialisti che con immediatezza hanno la possibilità di consultarsi reciprocamente in caso di pluripatologie complesse infortunistiche ma anche preesistenti. Una simile organizzazione ha realizzato sinora un efficace percorso dia-



**L'attuale ritardo nel recepimento sta causando il rallentamento e spesso l'impossibilità a coprire i turni disponibili a seguito del pensionamento dei titolari o dimissione degli stessi che transitano verso strutture del SSN**

gnostico terapeutico dell'infortunio, in collaborazione con le strutture del SSN intervenute anch'esse per competenza nella trattazione dei casi, ma anche certificativo che riduce i tempi burocratici e garantisce l'immediata erogazione delle provvidenze economiche previste dalla assicurazione. L'attuale ritardo nel recepimento sta determinando il rallentamento e spesso l'impossibilità a coprire i turni disponibili a seguito del pensionamento dei titolari o dimissione degli stessi che transitano verso strutture del SSN, con chiusura degli ambulatori ed invio degli infortunati ad ambulatori delle Aziende ASL presso le quali si trovano a scontare sia la lunghezza delle liste d'attesa sia, sovente, le farraginose procedure per il riconoscimento della esenzione dal ticket prevista dall'articolo 6 del DM 01/02/1991. Ad esempio del ridimensionamento

degli ambulatori Inail può esser portata la chiusura in molti Centri Medicolegali degli ambulatori cardiologici, pneumologici e di patologia clinica ed il ridimensionamento della diagnostica radiologica.

Tanto è determinato dal fatto che gli Accordi Collettivi della Medicina Specialistica Ambulatoriale dopo il 2015 tra le altre innovazioni hanno introdotto nel reclutamento degli specialisti il principio del completamento orario al fine di garantire per un ambito territoriale definito la presenza uno specialista di riferimento per singola branca, attribuendo inoltre l'intera procedura di reclutamento non più al comitato zonale bensì alla azienda stessa. L'Accordo in vigore presso l'INAIL riferito all'impianto normativo del 2015 non prevede ovviamente tale procedura e ciò sta nei fatti determinando un blocco nel ricambio dei medici specialisti.





La Sede storica dell'Inail a Roma. Il Palazzo in via IV Novembre

Per continuare a mantenere l'unicità del rapporto convenzionale pur se svolto in più aziende o enti sottoscrittori dell'ACN, principio inderogabile secondo il Sumai Assoprof, è necessario nel recepimento dell'ACN da parte dell'INAIL definire le regole per la pubblicazione dei turni disponibili presso l'Istituto e per l'individuazione da parte dell'Istituto dell'avente diritto nel rispetto dei criteri sanciti dagli articoli 20, 21 e 22 del vigente ACN.

Alla riduzione dei servizi diretti ad infortunati e tecnopatici prodotta da tale stallo si associano gli effetti che si determinano sulla percezione di benessere lavorativo dei medici specialisti ambulatoriali in servizio presso l'Istituto.

Gli adeguamenti economici previsti dai rinnovi contrattuali sono fermi per l'INAIL al 2015 mentre l'impegno lavorativo richiesto agli specialisti si è incrementato. Basti solo far riferimento alla implementazione che vi è stata delle procedure informatiche dell'Istituto che spostando sullo specialista passaggi procedurali spesso non correlati ad attività medica propriamente detta, hanno allungato i tempi di ogni visita, sovente effettuata senza la collaborazione di perso-



**Il mancato recepimento contrattuale non consente l'erogazione di emolumenti fissi previsti dalla contrattazione nazionale quali l'indennità di disponibilità nonché di concordare con l'Istituto quelle attività incentivate di particolare interesse previste dalla contrattazione decentrata dell'ACN**

nale infermieristico, consentendo nel contempo all'Istituto un risparmio sul personale preposto all'espletamento manuale o informatizzato secondo le vecchie procedure delle incombenze ora attribuite allo specialista.

Il mancato recepimento contrattuale non consente l'erogazione di emolumenti fissi previsti dalla contrattazione nazionale quali l'indennità di disponibilità nonché di concordare con l'Istituto quelle attività incentivate di particolare interesse previste dalla

contrattazione decentrata dell'ACN che costituiscono anch'esse parte rilevante della retribuzione del medico specialista. Le differenze economiche tra attività specialistica svolta presso le Aziende ASL e gli ambulatori INAIL in un periodo come quello attuale di perdita di potere d'acquisto dei salari, in associazioni alla carenza di medici specialisti ed alla ampia disponibilità di ore presso il SSN stanno determinando la progressiva desertificazione della specialistica Inail.

## Conclusione

**Il Sumai chiede all'Istituto di esprimersi una volta per tutte con chiarezza riguardo alla volontà di continuare a destinare parte dei proventi dei premi incassati dai datori di lavoro nella assistenza medico-specialistica erogata direttamente ovvero se i piani operativi dell'Ente prevedano la progressiva dismissione degli ambulatori.**

**Nell'eventualità di ulteriore assenza di risposte da parte dell'Istituto, il SUMAI Assoprof si riserva il diritto di perseguire tutte le vie sindacali a tutela dei propri iscritti.**

La riforma Lorenzin riconosce ai biologi lo status di professionisti sanitari. A questo però non corrisponde un adeguato Ente di previdenza in grado di garantire i loro diritti. Da qui la necessità di creare una nuova cultura professionale accettata da tutti così da ottenere autorevolezza e difendere la professione

# ENPAB



## L'Ente di previdenza che dovrebbe sostenere *di più* i suoi iscritti

Felicia Oliva  
Coordinatore  
Nazionale Biologi

**Forse non tutti**, soprattutto i più giovani, sono consapevoli che una pensione con calcolo contributivo (tanto verso, tanto sarà erogato) porta ad un assegno pensionistico ben lontano dall'80% della retribuzione lavorativa. Si parla, in questo caso, del 25/30%, offrendo una triste immagine di quella che sarà la vecchiaia del biologo.

**L'Enpab, come ente** di assistenza deve anche fornire aiuto in quei momenti della vita in cui è necessario: gravidanza, infortuni, malattie debilitanti e/o invalidanti. Il nostro Acn prevede che l'azienda corrisponda l'intero trattamento eco-

nomico goduto per l'attività di servizio per i primi sei mesi, il 50% per i successivi tre e mantiene l'incarico al professionista/specialista per ulteriori quindici mesi senza retribuzione. La differenza con i colleghi medici specialisti la fa il loro ente di previdenza, l'Enpam, che interviene a supporto per i tre mesi successivi al 50% garantendo il restante 50% e continuando ad erogarlo negli ulteriori quindici mesi durante i quali l'azienda non paga.

**Anche noi dovremmo** essere sostenuti dalla nostra Cassa di Previdenza, ma quello che succede è che, dopo un iter burocratico molto indaginoso,

ci viene riconosciuta una retribuzione ricavata dal calcolo della pensione alla quale si avrebbe diritto in quel momento. È evidente, quindi, che se è un biologo ambulatoriale giovane con poche ore di incarico a chiedere supporto, la percentuale scende sotto il 15% della propria retribuzione. Se invece il biologo ambulatoriale ha un orario settimanale quasi completo e molti anni di incarico, proverà "l'ebbrezza" di ricevere un sostegno mensile pari alla sua futura pensione.

Altra nota dolente è il contributo di maternità per cui, mentre l'Enpam tutela le colleghe medico, spesso le colleghe biologhe (che sono la maggioranza tra i Biologi Professionisti Ambulatoriali) hanno grandi difficoltà economiche nel gestire questa parte importante della loro vita, a causa delle scarse risorse erogate dall'Enpab a loro tutela. Infatti alle colleghe viene corrisposta una indennità di maternità pari all'80% dei 5/12 del reddito professionale percepito e denunciato ai fini fiscali.

**L'indennità** non può essere superiore a cinque volte l'importo minimo derivante dal comma 3 dell'art. 70 del D.Lgs 151/2001 ed essendo sostitutiva del reddito professionale è sottoposto alla ritenuta d'acconto del 20% e costituisce base di calcolo dei contributi previdenziali dovuti all'Ente.

**Con l'entrata in vigore** della riforma Lorenzin noi siamo diventati Professione Sanitaria e chiediamo il rispetto dovuto al nostro ruolo professionale. Tale rispetto si esplica anche con un Ente di Previdenza che garantisca i nostri diritti. Solo creando e comunicando una nuova cultura professionale accettata da tutti, possiamo ottenere autorevolezza e difendere la nostra professione.

## È nata la Federazione Medici Territoriali

La nuova sigla che comprende quattro organizzazioni di categoria è rappresentativa nel comparto della Medicina Generale per cui insieme a FIMMG, SNAMI, SMI dall'inizio di quest'anno è abilitata a partecipare al tavolo delle trattative ai fini della contrattazione nazionale

**Ildo Antonio Fania**  
Coordinatore  
Nazionale Area  
Medici Medicina  
Generale

**Cari colleghi** com'è noto dall'11 Marzo 2020, in seguito al telegramma inviato dalla CISL Medici alla Sisac in data 25/02/2020 che sanciva lo scioglimento di Intesa Sindacale, noi medici di medicina generale iscritti al SUMAI Assoprof siamo stati esclusi dai tavoli di trattativa nazionale e regionale, resistendo solo sui tavoli aziendali laddove rappresentavamo un numero consistente di iscritti alla Medicina Generale. Tale situazione a lungo andare, nonostante i ripetuti incontri tesi a chiarire la situazione, ha portato ad un calo inevitabile degli iscritti, ad uno sforzo prolungato per mantenerne il numero ed ad una evidente difficoltà, se non addirittura impossibilità, ad averne di nuovi.

Per cercare di porre rimedio a questa condizione il Segretario Generale SUMAI-Assoprof ed il Coordinamento dell'Area del SUMAI-Mmg hanno iniziato un lungo ed estenuante iter di incontri con altre sigle sindacali interessate a costituire un nuovo soggetto condividendo una strategia comune nell'interesse di una medicina territoriale che fosse equa, pubblica ed universale.

Dopo diverse riunioni, sia in presenza che da remoto e dopo aver eliminato gli attori incerti sul da farsi oltre a quelli poco affidabili, il 7 Novembre 2022 si è firmato un accordo tra quat-



tro sigle: FISMU, SUMAI, UIL e UMI per l'approvazione dello Statuto e la nascita di un nuovo soggetto sindacale denominato FMT (Federazione Medici Territoriali). La sigla FMT in data 22 Novembre 2022 ha avuto l'ufficialità con rogito notarile. L'atto costitutivo del nuovo sindacato è stato consegnato e depositato presso la SISAC lo scorso 7 dicembre.

**Infine**, alla luce di tale documentazione la Sisac il giorno di San Valentino, 14 Febbraio 2023, ha deliberato che la sigla FMT in relazione alla rilevazione delle deleghe sindacali 1 Gennaio 2022 è rappresentativa nel

comparto della Medicina Generale per cui insieme alla FIMMG, SNAMI, SMI è abilitata a partecipare al tavolo delle trattative ai fini della contrattazione nazionale con inizio nell'anno 2023.

**In conclusione** dopo un lungo percorso durato quasi tre anni fatto di incontri rinviati, promesse non mantenute e indecisioni incomprensibili siamo arrivati finalmente all'approdo tanto desiderato. Ora inizia il bello, ritorniamo ufficialmente a dialogare, a proporre alla parte pubblica le nostre idee, in sintesi torniamo a fare i sindacalisti a 360°.



**Gli accordi decentrati** rappresentano gli strumenti operativi per favorire localmente le profonde trasformazioni dell'assistenza territoriale, inclusa quella specialistica ambulatoriale, definite dai recenti dispositivi normativi.

In Piemonte il 30 Gennaio 2023 è stata firmata la Delibera Regionale contenente il nuovo Accordo Integrativo Regionale degli specialisti ambulatoriali interni.

È stato riconosciuto il ruolo di rilevanza strategica degli specialisti ambulatoriali ai fini della presa in carico sul territorio dei pazienti cronici e fragili e in particolare di quelli a complessità clinico assistenziale medio-alta che sarà attuata attraverso attività integrate tra il territorio e l'ospedale.

L'accordo è caratterizzato dalla costituzione delle nuove forme organizzative degli specialisti ambulatoriali, le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e prevede il ruolo attivo degli specialisti anche nelle *equipe multiprofessionali* territoriali in linea con il recente Decreto Ministeriale n. 77.

Al tavolo negoziale l'unica piattaforma presentata e discussa è stata quella del SUMAI e alla fine l'accordo è stato siglato in prima battuta dal SUMAI e dalla CISL Medici, solo successivamente la UIL (sigla in cui è confluita gran parte degli specialisti di Fespa in Piemonte) si è accodata ritardando poi le procedure di deliberazione. Non solo, dopo pochi giorni la UIL Piemonte emetteva un comunicato stampa fortemente critico sull'AIR appena sottoscritto.

**Renato Obrizzo**  
Segretario SUMAI  
Assoprof Regione  
Piemonte

# AIR

## Firmato il nuovo accordo degli specialisti ambulatoriali interni

**Riconosciuto** il ruolo strategico degli specialisti ambulatoriali nella presa in carico dei cronici e fragili, previste nuove forme organizzative le AFT e il ruolo attivo degli specialisti nelle *equipe multiprofessionali* territoriali in linea con il DM 77

L'anno duemilaventitre il giorno 30 del mese di gennaio alle ore 09:20 presso la nuova sede del Palazzo della Regione Piemonte, Via Nizza 330, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Alberto CIRIO Presidente, Fabio CAROSSO Vicepresidente e degli Assessori Chiara CAUCINO, Elena CHIORINO, Marco GABUSI, Luigi Genesio ICARDI, Matteo MARNATI, Maurizio Raffaello MARRONE, Vittoria POGGIO, Marco PROTOPAPA, Fabrizio RICCA, Andrea TRONZANO, con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

(Omissis)

D.G.R. n. 18 - 6462

OGGETTO:

Preso d'atto dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari e altre Professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali convenzionati interni.

A relazione dell'Assessore ICARDI:

Premesso che:

-dal 31 marzo 2020 è in vigore l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i. recepito con Atto d'Intesa della Conferenza Stato - Regioni repertorio n. 49 del 31 marzo 2020 ( in seguito ACN SAI);

- il suddetto ACN SAI nel delineare i livelli della contrattazione decentrata (art. 3, 14), prevede che si concordino con le OO.SS. mediche firmatarie dello stesso a livello nazionale, purchè dotate di un terminale associativo domiciliato in Piemonte, i contenuti demandati alla negoziazione regionale, al fine di definire "obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con le strategie e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo, incluso quanto previsto dall'articolo 41. Le Regioni e le organizzazioni sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali, in attuazione degli atti di programmazione regionale" (art. 3 comma 4).

Preso atto che i lavori di negoziazione con le OO.SS. hanno portato alla stesura dell'Accordo integrativo regionale (AIR) per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali convenzionati interni, di cui all'Allegato 1), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Dato atto che:

## Di seguito sono riportati i punti più significativi dell'articolato, sia dal punto di vista normativo che economico:

- Dal punto di vista economico nella D.G.R. n. 18 - 6462 del 30 Gennaio 2023 è riportato che "la dimensione stimata incrementale derivante dall'applicazione del summenzionato AIR SAI è pari a euro 3.079.034,87 annui lordi e trova copertura a valere sulle risorse annualmente assegnate alle aziende in sede di riparto del Fondo sanitario indistinto, stanziato nel bilancio 2022-2024 (Missione 13 programma 1) a partire dall'esercizio 2023";
- È prevista la costituzione di almeno una AFT per Distretto (attualmente i Distretti in Piemonte sono 48 );
- Le AFT rappresentano lo **strumento per la "presa in carico"** dei pazienti; in quest'ambito all'interno del tempo di cura viene evidenziato anche il valore intrinseco delle attività *out of office*, nonché del tempo dedicato alla *comunicazione*, ossia di tutte quelle attività destinate non direttamente alla stretta erogazione di "prestazioni" sanitarie, ma al consolidamento di dinamiche di coinvolgimento e partecipazione degli assistiti e delle comunità al processo di cura ed all'attuazione di logiche di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza;
- Il **Referente di AFT** può essere individuato solo se documenta una formazione specifica e deve essere titolare di incarico a tempo indeterminato per almeno 19 ore settimanali;
- Il Referente di AFT per svolgere la sua funzione utilizzerà 8 ore dell'impegno orario settimanale e riceverà un compenso mensile di euro 1.500 (euro 600 per le funzioni previste e euro 900 per l'attuazione degli obiettivi assegnati);
- Il **Coordinatore Aziendale delle AFT** è individuato tra i Referenti di AFT dell'Azienda e per lo svolgimento della funzione è previsto un compenso mensile aggiuntivo;
- Le AFT dovranno operare in stretta collaborazione funzionale con le Branche specialistiche;
- Il sistema delle **branche specialistiche** in Piemonte prevede che le singole branche siano costituite da un numero di specialisti non inferiore a 3 e non superiore a 25 componenti (introdotto il limite massimo); sono previste riunioni periodiche (frequenza minima quadrimestrale) per svolgere specifici compiti e funzioni e sono state rivalutate l'indennità di partecipazione e l'eventuale rimborso spese di accesso;
- Il **Responsabile di branca** per essere individuato dal Direttore Generale deve documentare una formazione specifica analoga a quella del Referente di AFT ed deve essere titolare a tempo indeterminato del maggior numero di ore d'incarico presso l'azienda. È riconosciuta un'indennità mensile di

## AIR



coordinamento pari al 20% della retribuzione oraria;

- I Veterinari o i Professionisti convenzionati concorrono congiuntamente ai dipendenti e agli altri operatori sanitari allo svolgimento delle attività istituzionali inclusa la **funzione di Pubblico Ufficiale** con i poteri ed i doveri previsti dal codice penale;
- Le risorse economiche definite dal vigente ACN sono state destinate all'**incremento della quota variabile del compenso** per attività progettuali aziendali e in parte alla retribuzione del referente di AFT;
- Viene riconfermato e incrementato del 23% il "**Fondo aggiuntivo aziendale**" destinato a progetti obiettivo o prestazioni eseguite anche fuori dell'orario di servizio con retribuzione oraria non inferiore a quella prevista per le analoghe prestazioni aggiuntive della dirigenza medica; viene previsto che gli eventuali residui del fondo siano ridistribuiti agli specialisti che hanno partecipato alle attività richieste;
- È prevista l'attivazione del **Teleconsulto specialistico** tra i SAI, con MMG/PLS e altri attori dei setting assistenziali territoriali e ospedalieri;
- Al fine di garantire la continuità

dell'assistenza è **sospesa** l'eventuale **incompatibilità** per i **sostituti** proposti dal titolare per periodi inferiori a 20 giorni;

- Il Comitato Regionale rappresenta l'organismo di riferimento per la **formazione** dei SAI; per questa è previsto un finanziamento nella misura minima dell'1% dell'ammontare annuo della spesa relativa alla specialistica ambulatoriale; è prevista anche l'istituzione dell'albo dei formatori dei SAI e sono stati introdotti emolumenti per le eventuali attività di docente/moderatore/tutor;
- Sono state ampliate le modalità di **formazione a distanza** con il riconoscimento del relativo permesso retribuito; le ore di formazione attraverso tale modalità svolte fuori orario di servizio vengono sommate al congedo ex art. 33 ACN;
- Sono stati definiti i criteri per la **mobilità** interaziendale e intraziendale, la **flessibilità oraria** e il tempo di **recupero psicofisico**;
- Nell'ambito dello sviluppo dell'assistenza di prossimità per l'**assistenza specialistica esterna**, ex art 32, a **maggiore intensità e complessità assistenziale** viene previsto un emolumento forfettario aggiuntivo di euro 25 per ogni accesso se svolto durante l'orario di servizio e di euro 50 se fuori dell'orario di servizio;
- Istituita l'**indennità penitenziaria e di disagio massima sede** che prevede l'incremento del 50% della retribuzione oraria;
- Viene garantita la **tutela legale** ove si verifichi l'apertura di un procedimento per fatti o atti connessi all'espletamento delle funzioni o dei compiti professionali ed istituzionali dei SAI;
- Nella Dichiarazione a Verbale n. 1 "le parti concordano sulla neces-

sità di prevenire e contrastare in ambiente lavorativo, attraverso la corretta e puntuale applicazione della normativa vigente e le idonee modalità organizzative dell'attività dei SAI, qualsiasi forma di violenza fisica, morale e/o psichica, e in particolare quelle a sfondo sessuale, razziale o religioso e di favorire la parità di genere eliminando ogni distinzione, esclusione o limitazione".

### In conclusione

**Ho piacere di rivolgere un sentito ringraziamento a coloro che con me hanno contribuito a raggiungere questo buon Accordo e cioè Fernando Muià, Giorgio Visca, Alberto Taverna e Daniela Cabodi. Sono certo che quest'Accordo consentirà ai SAI di essere sempre più protagonisti dell'assistenza specialistica pubblica territoriale nella nostra Regione.**



# Classyfarm e le nuove sfide per la veterinaria nell'approccio One Health

**Elevare il livello** di Sicurezza Alimentare e rafforzare la prevenzione delle malattie animali e la lotta all'antibiotico-resistenza, unificando e rendendo più efficace il controllo sull'intera filiera alimentare da parte dei Medici Veterinari del SSN

**Secondo l'OMS** il 60% delle malattie infettive emergenti, segnalate a livello globale, provengono dal mondo animale. La salute degli esseri umani, delle piante e degli animali è intimamente connessa, ed è per questo motivo che è necessario un approccio **ONE HEALTH**.

Le nuove sfide della Sanità Pubblica Veterinaria necessitano di un approccio integrato tra benessere animale, consumo adeguato di antimicrobici, e biosicurezza. Da queste necessità nasce il sistema **Classyfarm** con l'obiettivo di elevare il livello di Sicurezza Alimentare, attraverso la categorizzazione del rischio negli allevamenti. Si tratta di uno strumento efficace per rafforzare la prevenzione delle malattie animali e la lotta all'antibiotico-resistenza, unificando e rendendo più efficace il controllo sull'intera filiera alimentare da parte dei Medici Veterinari del SSN.

**Classyfarm** è inserito nel portale Nazionale (Vetinfo.it) e consente la raccolta ed elaborazione di molteplici dati come quelli sulla biosicurezza, sul benessere animale, sui parametri sanitari e produttivi degli animali allevati, sulla loro alimentazione, sul consumo dei farmaci antimicrobici e sulle lesioni degli animali rilevate al macello. Nel sistema di raccolta dati l'elaborazione del livello di rischio è automatica ed avviene attraverso dei coefficienti scientificamente validati. Si deve sottolineare che la categorizzazione del rischio negli allevamenti facilita la programmazione dei controlli a tutela dei consumatori per quanto riguarda la salubrità e la qualità degli alimenti prodotti. Un sistema così complesso richiede certamente un alto livello di formazione dei Medici Veterinari. Per questo negli ultimi anni è cresciuto l'interesse per i corsi universitari specialistici in "Etologia applicata e benessere animale", e per i cosiddetti "Master One Health" ma anche verso tutti i percorsi di formazione dedicati alla Classyfarm organizzati dai diversi Istituti Zooprofilattici Sperimentali. Inoltre il nuovo piano strategico della **PAC (Politica Agricola Comune)\*** per il periodo 2023/2027 prevede dei premi in denaro per gli allevatori più virtuosi che aderiscono spontaneamente al sistema Classyfarm e che s'impegnano, quindi, nella riduzione dell'uso degli Antimicrobici Veterinari. Tutto ciò impone una formazione sempre aggiornata per poter essere al passo con i nuovi Sistemi di Controllo Integrati, che impongono ai Medici Veterinari, una conoscenza su vasta scala di tutta la filiera agro-alimentare.

La struttura della attuale PAC è organizzata in 5 **ecoschemi** e rappresenta una novità assoluta per il nostro Paese, perché si partirà per la prima volta con le stesse condizioni in tutte le Regioni e Province.

In sostanza, ogni Stato membro si doterà di schemi volontari per il clima e l'ambiente (eco-schemi) e questi genereranno dei pagamenti annuali aggiuntivi al sostegno di base, agli allevatori che s'impegheranno ad osservare pratiche di allevamento benefiche per il clima e l'ambiente.

\*La Politica Agricola Comune (PAC) rappresenta l'insieme delle regole che l'Unione Europea ha prodotto e produce nei confronti del comparto agricolo per uno sviluppo equo e stabile dei Paesi membri.



## Ecoschema 1 Strategia Integrata fra Salute e Agricoltura

### Livello 1

**Sono stati definiti** i livelli di pagamenti agli allevatori, basati sulla riduzione dell'uso di antimicrobici e sull'adesione al sistema SQNBA (Sistema di Qualità Nazionale per il Benessere Animale), racchiusi nell'Eco-schema 1 (Clima, ambiente e benessere animale). L'allevatore si impegnerà a ridurre l'utilizzo del farmaco, il quale verrà quantificato attraverso lo strumento della Classyfarm; si impegna inoltre al rispetto delle soglie che verranno definite annualmente e che gli permetteranno di accedere ai premi PAC in base all'orientamento produttivo (produzione di latte, produzione di carne).

Per molti anni nella pratica Veterinaria alcuni degli antimicrobici sono stati utilizzati in maniera diffusa e indiscriminata; utilizzando, talvolta, anche molecole di classe superiore lì dove ciò poteva essere evitato. Ciò ha comportato l'insorgenza di fenomeni di antibioticoresistenza anche nel mondo animale e il rischio di insorgenza di patologie sostenute da batteri resistenti ai comuni antibiotici.

L'utilizzo non corretto di antimicrobici in Medicina Veterinaria, oltre a comportare un potenziale rischio sanitario potrebbe ridurre l'efficienza delle pro-

duzioni e la sicurezza dei prodotti derivati.

L'antibioticoresistenza, come una pandemia, può propagarsi da paese a paese per via dell'import ed export di animali e prodotti di origine animale, è quindi necessario coordinare le attività territoriali e Nazionali con quelle extra Nazionali, Europee e Continentali attraverso un sistema globale e di facile accesso per gli tutti gli operatori sanitari, in un ottica ONE HEALTH.

L'utilizzo prudente dell'antimicrobico è strettamente legato al miglioramento delle condizioni di Benessere Animale (vedi Eco - Schema 1), perché un allevamento con bassi livelli di Benessere Animale è categorizzato con livello di rischio alto all'interno del Sistema Classyfarm, ne consegue un alto rischio di ammalarsi per gli stessi animali.

Altro aspetto legato all'utilizzo del farmaco è il livello di Biosicurezza applicato nell'azienda. Quando questo viene mantenuto basso si innalza il livello di rischio e viene facilitato l'ingresso dei patogeni all'interno delle aziende con il ricorso a trattamenti antimicrobici finalizzati alla cura degli animali allevati.





## Ecoschema 1

### Livello 2

Il livello 2 mira a proseguire le finalità introdotte dal sistema *Farm to Fork*, il piano decennale messo a punto dalla Commissione Europea per guidare la transizione agricola verso un sistema alimentare equo, sano e rispettoso dell'ambiente, attraverso tecniche di allevamento e di agricoltura sempre più sostenibili sul piano ambientale, economico e sociale.

L'Ecoschema inoltre va a premiare gli allevatori che praticano l'attività di pascolamento, attualmente non obbligatoria secondo le norme vigenti sul Benessere Animale.

L'obiettivo è creare un modello nuovo di Agricoltura e Zootecnia dove gli agricoltori vengano remunerati per i loro comportamenti virtuosi: riduzione dell'utilizzo degli antimicrobici, miglioramento del benessere degli animali, riduzione della diffusione delle malattie trasmissibili tra gli animali, aumento delle superfici agricole in regime biologico.

In quest'ottica si sta già lavorando ad un'etichettatura dei prodotti alimentari sostenibili che copra gli aspetti nutrizionali, climatici, ambientali e sociali dei prodotti stessi.

La moderna concezione dei rapporti tra Salute dell'uomo, degli animali e

dell'ambiente racchiusa nelle parole ONE HEALTH sarà per i prossimi anni l'incipit di tutto il SSN.

Saranno in grado i Servizi Sanitari di aggregare e promuovere le diverse figure operanti nella Sanità strutturando le aggregazioni funzionali tra le diverse discipline operanti nel settore sanitario?

Tutto dipenderà dalle risorse umane che verranno messe in campo, dalle ore che verranno pubblicate per questo tipo di attività e dai percorsi formativi che verranno intrapresi nonché dai percorsi multidisciplinari studiati in forma aggregante.



Saranno in grado i Servizi Sanitari di aggregare e promuovere le diverse figure operanti nella Sanità strutturando le aggregazioni funzionali tra le diverse discipline operanti nel settore sanitario?

## NOI SUMAISTI

siamo già pronti. Ne parliamo da troppo tempo e attendiamo che vengano messe in campo tutte le professionalità necessarie ad una prevenzione adeguata sul territorio.

In aggiunta a ciò bisogna dire che il nostro stesso Accordo Collettivo Nazionale, tra gli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale e quindi tra gli obiettivi prioritari del nostro lavoro, include il Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) e vede i Medici Veterinari convenzionati in prima linea nel "raggiungimento degli obiettivi di miglioramento e rafforzamento del sistema di sorveglianza, di trasmissione dei dati tra i sistemi informativi coinvolti, d'incremento dell'efficacia dei controlli in termini di farmacovigilanza" (Art. 4 ACN del 30 marzo 2021).

Risulta necessario rafforzare i Piani di Prevenzione del paese, adeguarli e armonizzarli in un'ottica moderna affidandosi agli Specialisti Veterinari che continuano la loro formazione ininterrottamente per dare le risposte adeguate in un SSN in continuo mutamento e rinnovamento.

Convegno SiFop  
Campania

# L'obesità non è un'isola

A stylized illustration of a large, blue, bearded man with a sad expression, standing on a small, brown, rectangular patch of ground. The man is wearing a blue t-shirt and blue pants. The background is a large orange circle. The text 'L'obesità non è un'isola' is overlaid on the man's body.

Paola Mattei  
Segretario  
nazionale SiFoP

Dall'approfondimento  
multispecialistico  
ai nuovi scenari  
terapeutici

Un Convegno organizzato da SiFop Campania ha trattato l'Obesità attraverso un percorso che ha approfondito gli aspetti sociali e sanitari di una tematica riconosciuta come una delle maggiori sfide per la salute pubblica a livello mondiale

Il 3° Convegno Regionale SiFop della Campania, che si è svolto il 12 dicembre 2022 nell'Auditorium dell'OM-CeO di Napoli e Provincia, ha trattato il tema dell'Obesità attraverso un percorso ben strutturato che ha appro-



**Il 4 marzo si è svolta la Giornata mondiale dell'obesità (istituita dal 2015) che nel 2022 ha avuto uno slogan emblematico: «Everybody Needs to Act».**

fondito gli aspetti sociali e sanitari di una problematica che è riconosciuta come una delle maggiori sfide per la salute pubblica a livello mondiale. Il progetto formativo, condiviso con la Scuola di Formazione sindacale del SUMAI e con la SIFoP nazionale, è stato quello di organizzare “un viaggio” che analizzasse, nella prima tappa, l'obesità quale malattia sociale e le patologie a essa correlate ed una seconda tappa che esaminasse le strategie di intervento: dall'implementazione di uno stile di vita corretto all'utilizzo di nuovi farmaci, senza tralasciare di trattare i punti di forza, di debolezza e quindi le indicazioni al ricorso alla chirurgia bariatrica. La pausa di questo viaggio è stata valorizzata da una sessione pratica di confronto interattivo con i partecipanti, condotta da Daniela Manzella, geriatra ambulatoriale, che ha dato la possibilità, attraverso gruppi di lavoro e confronto in plenaria, di sensibilizzare tutti al lavoro di squadra multispecialistico per i pazienti obesi che quotidianamente si rivolgono alle cure dei professionisti del territorio, per svariate patologie. L'apertura dei lavori è stata affidata al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Napoli Bruno Zuccarelli, seguito dagli interventi del Direttore Nazionale della Scuola di Formazione Sindacale del SUMAI Luigi Sodano, e del Segretario Regionale del SUMAI Claudio Ussano che hanno condiviso l'importanza dell'aggiornamento multispecialistico sull'obesità, manifestando il plauso per il convegno organizzato.

#### **L'Epidemiologia di una malattia sociale: dal passato al presente**

La prima relazione, presentata da Paola Mattei, endocrinologa e diabetologa ambulatoriale e Responsabile Scientifico dell'evento, ha fornito una disamina approfondita sull'incremen-



to dell'obesità che attualmente ha dati allarmanti, interessando in modo preoccupante l'età pediatrica. I cambiamenti dello stile di vita (maggiore introito calorico e riduzione dell'attività fisica) nel corso della storia hanno contribuito all'incremento del sovrappeso e dell'obesità. Fino alla fine del 19° secolo, la maggior parte degli uomini ha lottato contro la fame, la povertà e le malattie ma con la rivoluzione industriale si è cominciato a capire che la malnutrizione era una delle principali cause della scarsa produttività. Dal 1930 in poi la popolazione ha iniziato a ingrassare, in misura crescente. Il numero di persone obese nel mondo è triplicato a partire dal 1975. All'inizio del 21° secolo, il 65% della popolazione adulta aveva un indice di massa corporea superiore a 25, e il 30% superiore a 30. Negli ultimi vent'anni, l'obesità è drammaticamente aumentata nei Paesi in via di sviluppo, al punto da spingere nel 1997 l'Oms a riconoscere ufficialmente la natura epidemica globale dell'obesità. Inizialmente, le persone colpite

nei Paesi in via di sviluppo erano quelle più ricche, ma la prevalenza poi si è spostata sulle classi più povere. I dati più recenti pubblicati, nel marzo 2022, hanno calcolato, solo per l'Italia l'incremento di peso di quasi 23 milioni tra adulti e bambini, che rischiano un incremento di morbilità e mortalità per le patologie correlate: disturbi cardiovascolari, metabolici come il diabete mellito, malattie oncologiche e patologie respiratorie, senza sottovalutare le cause relative all'obesità secondaria, in particolare a malattie endocrine.

Il 4 marzo si è svolta la Giornata mondiale dell'obesità (istituita dal 2015) che nel 2022 ha avuto uno slogan emblematico: «Everybody Needs to Act». (Tutti Devono Agire) per sollecitare l'attenzione sulla necessità di agire in modo comune e collettivo contro l'obesità, uno dei maggiori problemi di salute pubblica, da parte non solo del Sistema Sanitario. Il messaggio chiave della Giornata è stato che “le radici dell'obesità sono profonde e che l'unica via perseguibile per ottenere progressi è quella



data dall'impegno congiunto e dalla collaborazione di tutti i settori e le forze sociali”

### **Patologie correlate all' Obesità di maggiore impatto sociosanitario e le Strategie di intervento**

Il traguardo di un aggiornamento qualificato ed esaustivo è stato perseguito dalle brillanti relazioni successive che hanno evidenziato come l'obesità, comporta un'associazione ad altre patologie, per una patogenesi che le accomuna e le rende più temibili.

il Dr. Vincenzo Ferrigno, cardiologo, ha trattato nella sua relazione il rapporto stretto esistente tra l'obesità e l'elevato rischio cardiovascolare, confermato da report statistici di grande rilevanza. Inoltre ha evidenziato come le linee Guida sulla prevenzione e gestione delle malattie cardiovascolari consigliano la riduzione dell'eccesso di peso, per abbattere il rischio di sviluppo di tali malattie; la riduzione del 5-10% del peso corporeo determina un effetto significativo nel migliorare il profilo di rischio. Di seguito il Dr. Diego Carleo, diabetologo ambulatoriale, ha sottolineato nel suo intervento la stretta correlazione tra diabete e obesità, al punto che l'OMS ha appositamente coniato un termine “diabesità”: si tratta di una condizione rischiosa e sempre più diffusa in tutto il mondo, costituendo un'epidemia dei nostri tempi che incide fortemente sui tassi di

**L'obeso rischia di sviluppare forme più aggressive e difficili da curare di tumore, e ha maggiori probabilità di avere una recidiva di un precedente tumore o di andare incontro a complicanze durante le cure. Nel paziente obeso il trattamento rischia di essere ridotto o eccessivo a causa della differente distribuzione del farmaco che si verifica nel grasso corporeo**

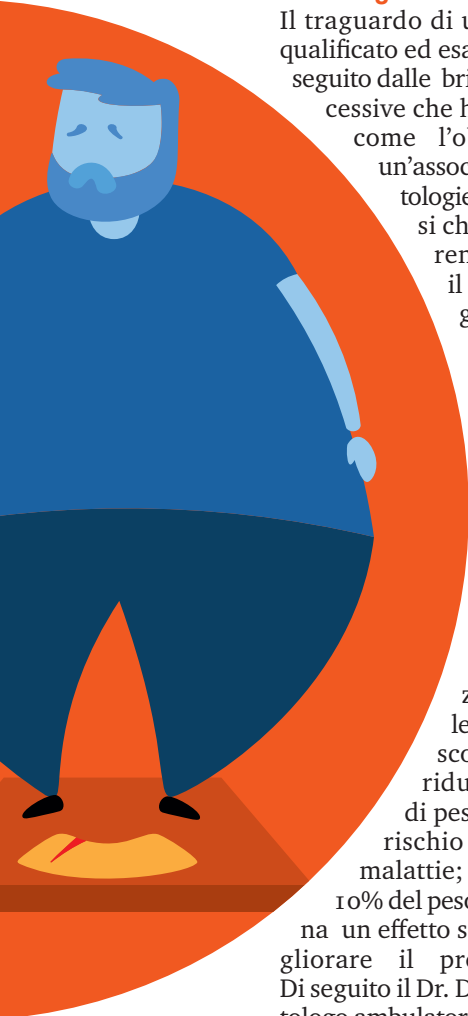
morbilità e non solo. La combinazione tra queste due malattie croniche incide fortemente anche sui tassi di mortalità: un diabetico sovrappeso (ovvero con un indice di massa corporea tra 25 e 29) ha un rischio doppio di morire entro 10 anni rispetto a un diabetico di peso normale; mentre per un diabetico obeso (con IMC > 30) il rischio addirittura quadruplica.

La relazione successiva “Tumori e Obesità”, trattata dall'oncologo dr. Roberto Mabilia ha messo in evidenza che l'obeso rischia di sviluppare forme più aggressive e difficili da curare di tumore, e ha maggiori probabilità di avere una recidiva di un precedente tumore o di andare incontro a complicanze durante le cure. Nel paziente obeso il trattamento rischia di essere ridotto o eccessivo a causa della differente distribuzione del farmaco che si verifica nel grasso corporeo.

Secondo le più recenti stime, l'eccessivo sovrappeso è responsabile diretto in Italia di circa il 3 % di tutti i tumori negli uomini e del 7% di quelli nelle

donne. L'OMS ha lanciato l'allarme da diversi anni: l'obesità sta per superare il tabacco e raggiungere un poco ambito primato, quello di prima causa prevenibile di cancro. Le due relazioni conclusive della prima sessione hanno affrontato argomenti di interesse delle alte e basse vie respiratorie. In primis l'intervento del dr. Massimo Di Clemente, otorinolaringoiatra ambulatoriale presso la A.O.U. Federico 2°, che ha relazionato sulla “Sindrome delle Apnee Ostruttive”, mettendo in risalto come questa è un'entità nosologica di grande attualità e rilevanza clinica, e che nei pazienti obesi, una problematica apnoica costituisce fattore di incremento delle comorbilità che principalmente caratterizzano questo tipo di soggetti. Ha fatto seguito l'intervento del Dr. Gianfranco Scotto di Frega, pneumologo ambulatoriale presso la ASL Napoli 2 nord, che ha affrontato nella sua relazione “le Patologie Respiratorie Correlate all'Obesità” sono importanti patologie respiratorie ad elevata prevalenza che possono aggravarsi a causa dell'obesità: in primis la BPCO, per la difficoltà del polmone ad espandersi correttamente garantendo la ventilazione alveolare, ma anche l'Asma (la cui gravità è spesso maggiore nel soggetto obeso), la Fibrosi Polmonare (patologia già di per sé restrittiva), l'Insufficienza Respiratoria Cronica che può essere di difficile trattamento ventilatorio nel soggetto con eccesso di peso.

Se la prevalenza dell'obesità è incrementata in maniera allarmante e se l'associazione con altre patologie croniche di elevato impatto socio sanitario è talmente stretto, l'impegno da parte di tutti gli specialisti territoriali e non deve essere mirato a utilizzare tutte le strategie terapeutiche, in particolare le più aggiornate e le più mirate. Ma il tutto non può prescindere





**Implementare nel soggetto obeso un'educazione a uno stile di vita, il più corretto possibile, senza far passare il messaggio che la dieta e l'attività fisica siano un atto punitivo e coercitivo**



dall'implementare nel soggetto obeso un'educazione a uno stile di vita, il più corretto possibile, senza far passare il messaggio che la dieta e l'attività fisica siano un atto punitivo e coercitivo. A tale scopo esistono molteplici modelli dietetici, tra i quali il più efficace a medio-lungo termine risulta essere la dieta mediterranea, che nel 2010 è stata riconosciuta "Patrimonio Culturale Immateriale dell'Umanità". Questo argomento è stato esposto in modo accurato nella relazione della dr.ssa Ornella Carbonara, diabetologa. Di seguito le due relazioni conclusive sul trattamento farmacologico e chirurgico dell'obesità. La prima da parte della dr.ssa Gilda Tirelli, diabetologa, che ha illustrato i farmaci per l'obesità, approfondendo la conoscenza per i partecipanti sulle nuove frontiere terapeutiche, costituite dagli agonisti del recettore GLP-1 (LIRAGLUTIDE, E SEMAGLUTIDE) già in uso per il dia-

betico tipo 2, che vengono, da poco tempo, prescritte per il soggetto obeso. A breve si spera di poter utilizzare un farmaco (in fase 3) che è costituito da due ormoni sintetici, un recettore GIP (polipeptide insulinotropico glucosio-dipendente) e un agonista GLP-1 (peptide-1 simile al glucagone), che replicano i veri ormoni rilasciati dall'organismo dopo i pasti. Gli scenari terapeutici sono ampi, l'impegno di utilizzo, sarà un obbligo, sempre attenzionando le possibili controindicazioni. Ha concluso questo "viaggio variegato e complesso" la relazione della Prof.ssa Roberta Lupoli sulle "Indicazioni alla Chirurgia Bariatrica" che rappresenta una valida opportunità per il paziente con obesità complicata, quando la dieta, le modifiche comportamentali e l'esercizio fisico non producono un'efficace perdita di peso. Ma è necessario che questa scelta venga ponderata per gli eventuali rischi che possono

esporre la salute del paziente a problematiche di malnutrizione, disidratazione, dumping syndrome, ipoglicemia, deficit vitaminici. Fondamentale, per evitare tutto ciò, che l'obeso venga seguito da un team multidisciplinare ben strutturato e dedicato nella gestione dell'approccio chirurgico che svolga un approfondito inquadramento clinico nel preoperatorio ed un attento follow-up nel postoperatorio.

L'impegno da parte dei relatori è stato notevole, ma non è possibile sottovalutare quello dei moderatori: Dr. Ferdinando Ferrara, Presidente del Comitato Regionale della specialistica ambulatoriale Campana, e dei dottori Arturo Iannaccone, Daniela Postiglione, Emilio Scalzone, Nunzio Varrichio, Segretari provinciali delle sezioni SUMAI della Campania e delle colleghe Maria Palmira Monaco e Silvia Soreca, tutti che hanno contribuito nel gestire le tre sessioni magistralmente, favorendo la discussione interattiva tra i relatori e i partecipanti e fornendo spunti di osservazioni, dettati dalle loro esperienze professionali. Determinante il lavoro di squadra del Comitato Scientifico: Valerio Langella, Daniela Manzella, Maria Palmira Monaco, Gabriele Peperoni, Gianfranco Scotto di Frega, Luigi Sodano, che hanno contribuito alla realizzazione del Convegno. Il prossimo incontro sull'Obesità tratterà gli argomenti relativi ai "Disturbi del Comportamento Alimentare", altro aspetto spinoso che non può essere trascurato e che necessita di un confronto approfondito tra gli specialisti ambulatoriali, psicologi e biologi per tracciare una forza comune di formazione e di progettualità per affrontare un tema sociale, sanitario pressante e delicato.

Dal Corso di Aggiornamento “La gestione del paziente respiratorio in medicina interna: ruolo della specialistica ambulatoriale” organizzato dal Sumai di Napoli e svoltosi nella primavera 2022

## Anemia e dispnea

Per anemia s'intende una riduzione della quantità totale di emoglobina nel sangue circolante periferico con valori, secondo il WHO, inferiori a 13 gr/dl nei maschi e 12 gr/dl nelle donne; e definita di grado 1, lieve asintomatica, con valori di Hb 10-12 gr/dl; di grado 2, moderata non necessitante di trasfusioni, con valori di Hb 8-10 gr/dl; di grado 3, severa eventualmente necessitante di trasfusioni, con valori di Hb 6,5-8 gr/dl; di grado 4, a rischio vita, con valori di Hb <6,5 gr/dl.

Si calcola che colpisca circa il 25% della popolazione mondiale, più frequente nei bambini, nelle donne, negli anziani e nei pazienti con malattie croniche; le donne e gli afroamericani hanno livelli di emoglobina più bassi (1).

Negli anziani la prevalenza aumenta con l'età a partire dai 65 anni con un picco massimo dopo gli 80 anni (50-55 anni 3% uomini e 6% donne, a 65 anni 21% uomini e 16% donne) ed è presente in circa il 40% dei pazienti anziani ospedalizzati. È la patologia ematologica di più comune riscontro in geriatria e non va intesa come una componente normale dell'invecchiamento. È considerata non una condizione «fisiologica» legata

**Maria Palmira Monaco**  
Specialista ambulatoriale Patologia Clinica Ospedale San Giuliano, Giugliano (Na)  
ASLNapoli2nord



all'età, perché il sistema emopoietico delle persone anziane sane non sottoposte a fattori di stress assomiglia strettamente a quello dei giovani e il numero dei progenitori emopoietici non si modifica (2), ma espressione di una condizione patologica da cause ematologiche e/o non ematologiche e spesso multifattoriale. Più frequentemente da malnutrizione, patologie ed infiammazioni croniche, infezioni, lesioni gastrointestinali con sanguinamenti occulti, insufficienza renale cronica, neoplasie, più che dai classici disordini ematologici della popolazione anziana: mielodisplasie, disordini linfoproliferativi anemia aplastica, paraproteinemia. L'anemia può determinare un deterioramento della qualità di vita ed un aumento della mortalità e va pertanto attentamente valutata e trattata.

Tra i diversi sintomi determinati dall'anemia, tralasciando le forme acute caratterizzate da gravi fenomeni cardio-vascolari, vi è la dispnea che, in particolare negli anziani, tende a comparire sotto sforzo nelle forme croniche moderate, ed anche a riposo nelle forme severe. In questa fascia di popolazione la presenza di patologie croniche, se non neoplastiche, dell'apparato respiratorio e/o di altri

organi, insieme in alcuni casi a condizioni di isolamento sociale, indigenza, malnutrizione possono portare a misconoscere l'anemia quale causa di astenia, facile stancabilità, dispnea da sforzo e a riposo.

Una piena integrazione tra medici di base e specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri, può contribuire ad un miglior inquadramento diagnostico complessivo che consenta di riconoscere, in questi pazienti, la presenza ed il ruolo dell'anemia nel loro stato generale di salute, anche come segno di patologie sottostanti misconosciute, la cui mancata valutazione può portare ad un ritardo diagnostico di patologie potenzialmente trattabili, e la cui adeguata terapia può portare ad un miglioramento della loro qualità di vita e del tasso di sopravvivenza.

### Bibliografia

1. B. LONG ET AL. Emergency Medicine Evaluation and Management of Anemia *Emergency Medicine Clinics of North America* Volume 36, Issue 3, August 2018, Pages 609-63
2. LIPSCHITZ C.A. ET AL. *Blood* 1984;63:502-509



# IL CONSULTORIO

## Unico servizio, molteplici utenze

**Annunziata Borrelli**  
Psicologa,  
psicoterapeuta  
Consultorio DS  
Avellino  
Responsabile area  
psicologi Sumai  
Avellino

A quasi 50 anni dalla loro nascita, appare doveroso sottolineare il grande impegno di questi Servizi Sanitari spesso demansionati e sottovalutati nel loro volume di attività e nella loro complessità di azione specifica, variegata e necessariamente di rete con le istituzioni sociali.

Nel 2000 con la nascita del POMI (Progetto Obiettivo Materno Infanti-

A quasi 50 anni dalla nascita di questi Servizi, spesso demansionati e sottovalutati, è arrivato il momento di una loro riorganizzazione magari attraverso osservatori permanenti o gruppi di lavoro interaziendali in grado di far fronte alla richiesta territoriale e per una risposta più efficace



**Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio e si realizzano attraverso un lavoro d'equipe in cui deve essere favorita la massima condivisione delle informazioni e la presa in carico globale della donna, della coppia e della famiglia nel rispetto delle diverse professionalità e responsabilità, utilizzando al meglio le risorse disponibili**

le), emerge l'esigenza di integrare la struttura del consultorio familiare nel modello dipartimentale, sottolineando la necessità della messa in rete dei consultori con gli altri servizi sanitari e con quelli socio assistenziali degli enti locali.

Le attività consultoriali rivestono un ruolo fondamentale nel territorio e si realizzano attraverso un lavoro d'equipe in cui deve essere favorita la massima condivisione delle informazioni e la presa in carico globale della donna, della coppia e della famiglia nel rispetto delle diverse professionalità e responsabilità, utilizzando al meglio le risorse disponibili. La sua utenza all'inizio, precipuamente centrata sulla salute della donna e, in particolare, nella sua visione procreativa, si arricchisce con l'attenzione e l'inclusione di nuove problematiche sociosanitarie emergenti: percorso nascita, adolescenti e prevenzione dei tumori femminili.

Il Consultorio assume, così, il suo ruolo specifico nell'educazione e promozione della salute, nel campo della procreazione responsabile, nella genitorialità biologica e in quella adottiva, nella contraccezione e nell'IVG (interruzione volontaria di gravidanza) di adulti e minorenni ed un ruolo altrettanto specifico nell'educazione sessuale degli adolescenti e nel disagio familiare e dell'età evolutiva.

## Le prestazioni sono gratuite e l'accesso è libero

**Il concetto di accesso libero** indica anche la flessibilità del Servizio di entrare in relazione con diverse tipologie di utenti, siano essi cittadini italiani o stranieri.

A questa complessità presente si è aggiunta quella della relazione con le Istituzioni Giudiziarie che a poco a poco hanno inondato di richieste il Consultorio creando nuove domande alle quali trovare risposte adeguate. La collaborazione diventa necessaria con la riforma legislativa sulla famiglia, iniziata nel 2006 e completata nel 2012, entrata in vigore il 1 gennaio 2013.

I procedimenti di affido in situazioni di separazioni conflittuali sono diventati di competenza del Tribunale Ordinario, mentre il Tribunale per i Minorenni resta, almeno per il momento, identificato come Istituzione referente per la tutela psicofisica del minore a rischio.

La *vexata questio*, ancora oggi accesa, circa la ripartizione di competenze tra giudice specializzato e giudice ordinario è da imputarsi alla grave la-

cuna normativa del sistema, non del tutto colmata.

Tale situazione imprime un carattere consulenziale e tecnico ad un Servizio Sanitario, talvolta dettandone tempi e modalità non sempre idonei alla natura sanitaria del Servizio.

Il possibile risvolto positivo è, sicuramente, quello di contatto e accesso ad un'utenza che, per sua natura, difficilmente avrebbe chiesto e ricevuto aiuto.

Attualmente lo scenario è vario e le diverse aziende, così come noi psicologi, rischiano un isolamento nella risposta al doppio mandato da un lato dell'istituzione e dall'altro del paziente.

Tale condizione, però, oltre alla difficoltà di coniugare la richiesta libera con quella istituzionale, propone questioni di natura etica e procedurale in particolare in riferimento ai percorsi psicologici e psicoterapeutici richiesti.

Spesso nella richiesta di valutazione del Tribunale vi è già la richiesta del sostegno, un po' come dare una tera-





RIO



pia prima ancora di aver completato la diagnosi.

Nell'affrontare tale complessità, l'area specialistica di psicologia, in accordo con la Direzione Distrettuale del Consultorio di Avellino, ha tentato attraverso le buone prassi del Protocollo di Milano, l'introduzione di protocolli differenziati per la valutazione alla genitorialità ed il sostegno della stessa che, attraverso 8 incontri, cerca di valutare le seguenti aree: storia familiare, rappresentazioni mentali dei figli e dei genitori, capacità materiali e psicologiche di occuparsi dei figli anche mettendo in secondo piano le proprie istanze a favore degli stessi, stile di attaccamento sia nel campo affettivo che normativo, nonché la capacità di favorire il diritto del figlio alla bigenitorialità e alla rete allargata di sostegno parentale ed amicale. Seppur nel rispetto della specializzazione del professionista, anche gli strumenti utilizzati cercano di essere omogenei, con colloqui individuali e che coinvolgano il sistema familiare anche trigenitoriale e l'utilizzo di

testistica idonea all'età del minore in questione.

Tali protocolli, con l'obiettivo di miglioramento, attualmente sono applicati anche dalle colleghe specialiste che hanno ottenuto l'incarico in altri Distretti dell'ASL.

Un'altra importante questione che prevede il rapporto sia con l'Istituzione giudiziaria che con il terzo settore è la violenza in tutte le sue forme: la legge 69/19, il percorso di tutela delle donne e dei minori vittime di violenza e con l'ESM (Equipe Multidisciplinare Specialistica) che nel Distretto di Avellino, ove sono referente, come in altre realtà, presenta esigenza di presa in carico in tempi zero, di contatti esclusivi con il Tribunale nei casi di atti secretati e, con il terzo settore, sempre impegnato e attivo in questo campo.

Vi è poi, sempre in termini di rapporti con il Tribunale, la creazione di percorsi delineati per le adozioni, condivisi e sottoscritti con i Piani di Zona del GIL (Gruppo Integrato di Lavoro) di appartenenza, per l'esplicitarsi di

“

**Vi è poi, sempre in termini di rapporti con il Tribunale, la creazione di percorsi delineati per le adozioni, condivisi e sottoscritti con i Piani di Zona del GIL (Gruppo Integrato di Lavoro) di appartenenza**

modalità omogenee e condivise che permettano l'accompagnamento, oltre che la valutazione, delle coppie in attesa di adozione al fine di ridurre il fallimento adottivo.

Proprio la numerosa richiesta ha portato alla creazione di liste di attesa separate con previsioni di tempi per la presa in carico e la conclusione dei percorsi prescritti.

Tutto ciò ad oggi appare necessario ma non sufficiente, per una piena risposta all'utenza in termini di adeguamento alle richieste e aderenza al territorio con le sue nuove complessità. Potrebbe risultare molto utile una riorganizzazione interaziendale e regionale del Servizio consultoriale, magari attraverso osservatori permanenti o gruppi di lavoro interaziendali per la lettura della richiesta territoriale e una risposta sensibile e specifica alla stessa.

## La gestione del paziente respiratorio sul territorio: vecchi errori e nuovi traguardi

**È necessario un aggiornamento professionale condiviso con reti di lavoro tra Specialisti; una connessione più rapida con gli Ospedali; un'organizzazione più omogenea ed armonica con i Mmg il tutto avvalendosi delle novità tecnologiche ormai alle porte e che si spera possano aiutare e migliorare il lavoro dello Specialista Ambulatoriale.**

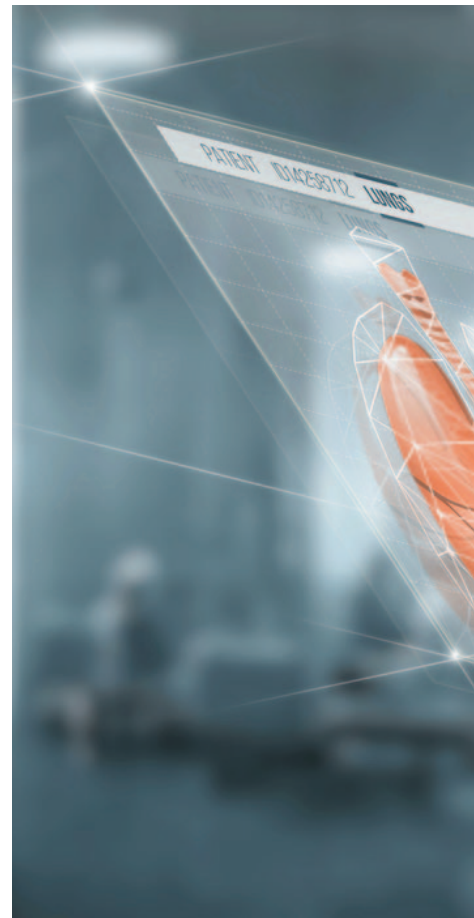
**Gianfranco Scotti di Frega**  
Specialista  
ambulatoriale  
pneumologo DSB  
35 ASL Napoli 2  
Nord

**La gestione ambulatoriale** territoriale del paziente affetto da malattia respiratoria cronica è attualmente in fase di profondo cambiamento. Se da un lato si ritiene senz'altro utile un rinnovamento ragionato delle modalità di organizzazione del lavoro pneumologico ambulatoriale, dall'altro non si può negare che i cambiamenti in atto siano pervenuti in un momento storico particolare (ancora gravato dagli esiti della pandemia da Covid 19, che ha segnato in maniera importante l'approccio al paziente cronico) ed in un contesto di gravi difficoltà già preesistenti ma spesso ignorate.

La materia pneumologica, difatti, paga un grande ritardo in termini di diffusione omogenea delle conoscenze e delle nuove acquisizioni scientifiche e, conseguentemente, anche il paziente affetto da patologia polmonare spesso non è consapevole dell'impor-

tanza di una corretta gestione di tali problematiche dimenticando la terapia e sottovalutando la necessità dei controlli periodici.

Infatti sono numerosi problemi che ancora attualmente affliggono la Specialistica Ambulatoriale pneumologica. In primis, ad oggi si fa ancora molta confusione tra il paziente ostruito ed il paziente affetto da patologia funzionale restrittiva (che distingue, fondamentale, l'asma e la BPCO dalle patologie interstiziali diffuse), con molti soggetti affetti da patologia non ostruttiva polmonare che risultano in terapia con farmaci broncodilatatori (pur in assenza di ostruzione bronchiale documentabile); l'esame spirometrico, fondamentale per l'inquadramento iniziale dei pazienti respiratori, è eseguito spesso in modo non corretto, o refertato in modo non esatto, o ancora neppure eseguito prima di avviare la terapia





“

**È auspicabile quindi la costituzione di un reale aggiornamento professionale condiviso, con vere “reti” di lavoro tra i singoli Specialisti coinvolti nella presa in carico dei malati respiratori**

(nonostante l’allentamento della pandemia consenta liberamente l’esecuzione di una spirometria); inoltre in materia pneumologica vi è a tutt’oggi confusione dei ruoli, con troppi Medici ad occuparsi della gestione del malato respiratorio (oltre allo Specialista Pneumologo, Otorinolaringoiatri, Cardiologi, Internisti ma anche Medici di Medicina Generale dotati di spirometro e – sì – formati, ma con una visione necessariamente non completa della malattia polmonare); la refertazione degli esami radiologici polmonari appare ancora oggi disomogenea, con l’utilizzo indiscriminato di descrizioni talora inappropriate

(l’ “accentuazione della trama bronchiale”, divenuta oggi giorno fin troppo frequente nei referti) che spinge molti Medici all’utilizzo incongruo di antibiotici e cortisonici anche per via sistemica talora senza una reale necessità.

Le recenti novità in materia di prescrizione dei farmaci inalatori (la Nota 99) e dell’ossigenoterapia liquida (che oggi richiede necessariamente l’esecuzione di 2 esami emogasanalitici cui sottoporre i pazienti, anche per i cronici domiciliari già in terapia) pur essendo certamente necessarie risultano quindi difficili nella loro eseguibilità pratica scontrandosi

di fatto con un contesto territoriale già di per sé segnato da tali problematiche.

È auspicabile quindi la costituzione di un reale aggiornamento professionale condiviso, con vere “reti” di lavoro tra i singoli Specialisti coinvolti nella presa in carico dei malati respiratori; una connessione più rapida con i reparti Ospedalieri; un’organizzazione più omogenea ed armonica del lavoro con i Medici di Medicina Generale, il tutto avvalendosi delle novità tecnologiche ormai alle porte e che si spera possano aiutare e migliorare il lavoro dello Specialista Ambulatoriale.

**Su richiesta di alcuni colleghi ripubblichiamo due articoli relativi al premio di operosità con l'avvertenza che il compenso tabellare contenuto all'interno delle tabelle va aggiornato alle retribuzioni orarie attualmente percepite secondo quanto previsto dall'Acn vigente**

## IL PREMIO DI OPEROSITÀ PER GLI AMBULATORIALI CONVENZIONATI

Gli accordi collettivi nazionali di lavoro per la specialistica ambulatoriale e per la medicina dei servizi prevedono che alla cessazione del rapporto di lavoro sia corrisposta una liquidazione finale a carico delle ASL o degli altri Enti ( ad esempio l'INAIL) con cui il rapporto è stato intrattenuto. Tale liquidazione, denominata " premio di operosità " costituisce quindi per gli ambulatoriali il trattamento di fine rapporto, ma non il TFR in senso tecnico proprio dei rapporti di lavoro dipendente (costituito da accantonamenti annuali rivalutati). Il premio di operosità, anche dal punto di vista tributario, è da considerare

infatti una *indennità equipollente*, come lo sono nel settore pubblico, la *buonuscita* degli statali o il *premio di fine servizio* degli ospedalieri, calcolati in base agli anni di servizio e alla retribuzione percepita alla cessazione dell'attività.

Il premio di operosità dei medici ambulatoriali convenzionati con rapporto a tempo indeterminato, in base agli ACNL matura dopo un anno di servizio ed è erogato entro i sei mesi successivi alla cessazione dell'attività. Non spetta invece nei casi di rapporto di lavoro a tempo determinato, perché la misura del compenso orario corrente dovuto per tali rapporti di lavoro è calcolata in modo da ricomprendervi anche la quota di liquidazione finale.

### Le modalità di calcolo del premio

Il premio è determinato in base agli anni di servizio ed agli incarichi orari osservati nel corso dell'intero rappor-

to. Esso è costituito in concreto da una mensilità di retribuzione per ogni anno di servizio prestato. In caso di frazione di anno la quota di premio spetta in proporzione ai mesi, arrotondando eventualmente a mese intero soltanto le frazioni superiori a 15 giorni. La mensilità di retribuzione a base del calcolo è quella dell'ultimo e più elevato compenso tabellare vigente alla cessazione del rapporto. Il compenso tabellare comprende il compenso orario vero e proprio, la quota di anzianità e la quota di ponderazione. La mensilità di retribuzione è determinata aggiungendo il rateo del premio di collaborazione (corrispondente ad una 13<sup>a</sup> mensilità).

La mensilità determinata in base all'orario settimanale finale, è attribuita però, per gli anni e i mesi di durata del servizio, in proporzione all'impegno orario man mano osservato. Il premio di operosità complessivo è quindi costituito dalle singole quote maturate nel corso del servizio.

Per chiarire più opportunamente le modalità di calcolo, riproduciamo nel seguente prospetto un esempio concreto. Il dr Bianchi alla cessazione dell'attività aveva un incarico di 34 ore settimanali per il quale percepiva nell'anno, un compenso orario di 37,95 euro lordi equivalente, su base mensile ( per 4,3333 settimane) con l'aggiunta del rateo di tredicesima, a 14,8459 euro La quota di premio per ogni ora/mese è rapportata agli impegni orari man mano variati nel corso del servizio e alla loro durata in anni e mesi. Il premio di operosità complessivo risulterà quindi costituito dalla somma delle quote proporzionali ai singoli incarichi orari.

Nel prossimo numero illustreremo le modalità di erogazione del premio e soprattutto la sua tassazione (che da parte di numerose ASL non risulta applicata correttamente).

Calcolo del premio di operosità						
Dr. Bianchi in servizio dal 1° luglio 1985 al 30 novembre 2011						
retribuzione oraria anzianità dal 1/ 7/1985 al 29/ 2/ 1996: 10 anni e 8 mesi						
1 compenso orario	28,710	1 dodicesimo premio collaborazione	totale	: 12 =	3,426	quota premio per ora
2 quota anzianità	6,290					
3 quota ponderazione	2,950					
totale compenso di un'ora	37,950	3,163	41,113			
quota oraria mensile( x 4,3333 settimane)						14,8459
incarico ambulatoriale		anni	mesi	orario settimanale	compenso ora/mese	premio spettante
dal	al					
1-lug-85	30-apr-87	1,832	22	6	14,8459	1.959,66
1-mag-87	31-dic-89	2,672	32	15	14,8459	7.126,03
1-gen-90	31-ott-91	1,832	23	12	14,8459	4.097,46
1-nov-91	16-ago-96	4,794	58	24	14,8459	20.665,47
17-ago-96	18-mar-97	0,586	7	18	14,8459	1.870,58
19-mar-97	30-apr-97	0,118	1	30	14,8459	445,38
1-mag-97	31-dic-03	6,669	80	28	14,8459	33.254,78
1-gen-04	31-ago-07	3,666	44	32	14,8459	20.903,01
1-set-07	30-nov-11	4,249	51	34	14,8459	25.742,77
<b>TOTALI</b>		26,418	318		<b>premio operosità lordo</b>	<b>116.065,14</b>

## LA TASSAZIONE DEL PREMIO DI OPEROSITÀ

In un precedente articolo, abbiamo illustrato le modalità di calcolo del trattamento di fine rapporto previsto dagli ACNL per i medici ambulatoriali (specialisti e addetti alla medicina dei servizi) denominato "premio di operosità" e costituito in sostanza, per ogni anno (e frazioni) di servizio, da una mensilità della retribuzione percepita in base all'orario osservato alla cessazione del servizio (per compenso orario, quota di anzianità e quota di ponderazione), mensilità

rapportata tuttavia all'orario di incarico osservato in ciascuno degli anni. Come risulta dall'esempio di calcolo di seguito riportato, il premio di operosità è quindi formato dalla somma delle diverse quote maturate in proporzione agli orari di servizio osservati nel corso degli anni di attività. Poiché a base del conteggio si assume il compenso orario lordo, il calcolo da luogo ad un importo lordo del premio, il quale, come tutti i redditi, è soggetto a prelievo fiscale, effettuato però con il sistema della tassazione separata rispetto alla tassazione dei redditi correnti dell'anno.

La tassazione del premio è costituita quindi da un prelievo IRPEF a titolo definitivo, su cui il Fisco non dovrà operare conguagli in funzione degli altri redditi del percipiente.

La tassazione separata è effettuata

dall'Ente datore di lavoro, secondo quanto previsto dall'art. 17 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (T.U.I.R.), di cui al DPR 917/1986 e successive modificazioni, con le seguenti modalità dettate dall'art. 19 comma 2 bis dello stesso TUIR, per assoggettare a prelievo fiscale le indennità equipollenti (al trattamento di fine rapporto):

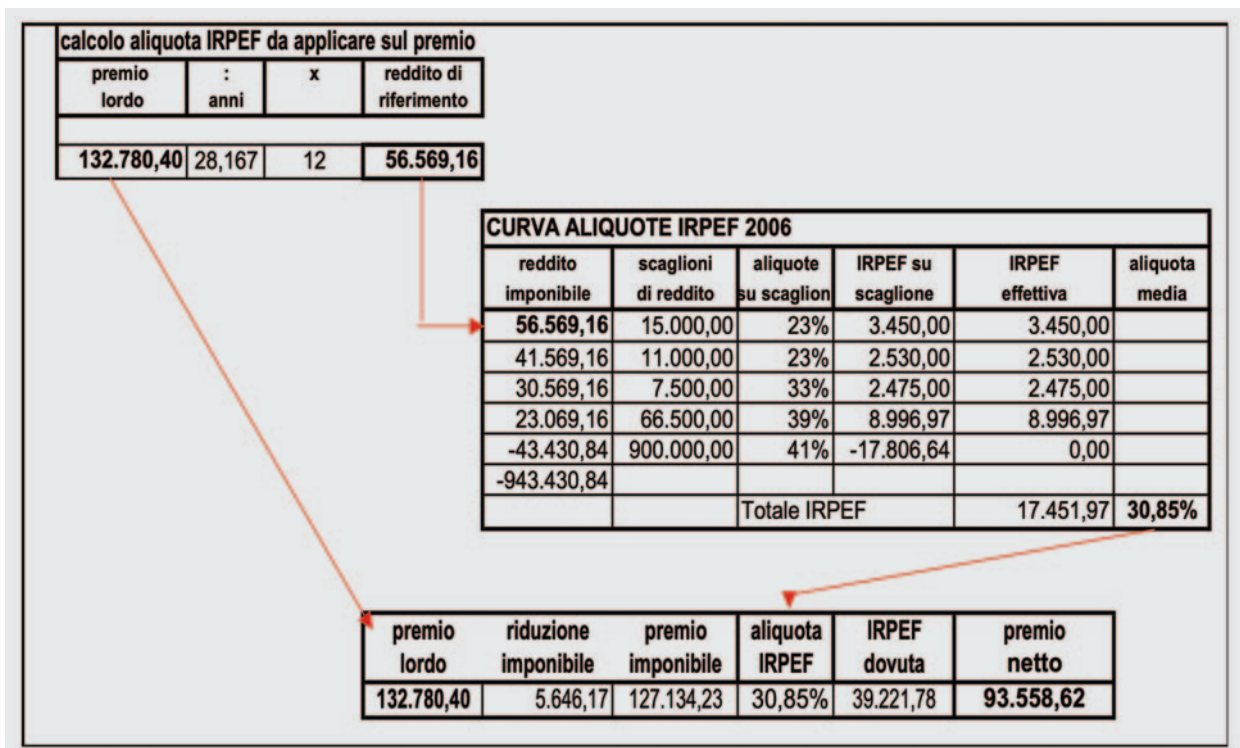
a) l'ammontare lordo del premio viene suddiviso per il numero degli anni (e frazioni) cui esso si riferisce e moltiplicato per 12: il risultato ottenuto costituisce il cosiddetto reddito di riferimento (nell'esempio: premio lordo euro 132,780,40 : anni 28,167 x 12 = 56.569,48).

b) Su tale reddito di riferimento si calcola, secondo la curva delle aliquote e degli scaglioni di reddito vigenti dell'anno in cui è maturato il diritto

Dr. Rossi										
Determinazione del premio di operosità spettante in base alle norme dell'ACNL 2009/2010										
retribuzione alla data di cessazione del rapporto, da prendere a base per il calcolo del "premio di operosità"										
compenso orario		28,710		cessazione		31-dic-11				
quota di anz.	0,04916	7,178								retribuzione
quota ponderazione		2,950		ore		settimane		mesi		annua
<b>totale compenso orario</b>		<b>38,838</b>		<b>x</b>		38,00		<b>x</b>		4,3333
<b>retribuzione annua</b>		83.075,04		divisa per		12		mensilità del compenso orario comprensivo del rateo di 13 <sup>A</sup>		<b>6.922,92</b>
calcolo delle quote di premio in base all'incarico orario dei singoli periodi di attività										
incarico ambulatoriale						pari a	mensilità	incarico	quote	riduzione
dal	al	giorni	mesi	anni	mesi totali	anni	premio	orario	premio	imponibile
						A	B	C	A x B x C : 38	309,87:38xAxC
07-nov-83	10-feb-85	4	3	1	15	1,250	6.922,92	10,00	2.277,28	96,84
11-feb-85	28-feb-91	18		6	73	6,083	6.922,92	18,00	19.948,94	848,28
01-mar-91	30-giu-92	30	3	1	16	1,333	6.922,92	24,00	5.829,83	247,90
01-lug-92	28-dic-97	28	5	5	66	5,500	6.922,92	32,00	32.064,05	1.363,45
29-dic-97	31-ott-98	2	10		10	0,833	6.922,92	28,00	4.250,92	180,76
01-nov-98	30-set-07	30	10	8	107	8,917	6.922,92	24,00	38.986,97	1.657,83
01-ott-07	31-dic-11	31	2	4	51	4,250	6.922,92	38,00	29.422,41	1.251,12
		143	33	25	338	28,167	<b>TOTALE PREMIO</b>		<b>132.780,40</b>	<b>5.646,17</b>



L'entità della detrazione annua deve però essere rapportata all'orario di incarico man mano osservato rispetto all'orario di massimo di 38 ore settimanali



al premio, l'ammontare dell'IRPEF dovuta e se ne determina l'incidenza media (aliquota media IRPEF).

c) L'ammontare del premio da tassare con tale aliquota media è però ridotto applicando un *abbuono* di 309,87 euro, per ogni anno utile da cui il premio è originato. L'entità della detrazione annua deve però essere rapportata all'orario di incarico man mano osservato rispetto all'orario di massimo di 38 ore settimanali ed è quindi attribuito per ciascun periodo di servizio utile in proporzione all'orario di incarico. Cioè per gli anni di servizio svolti a 38 ore settimanali, la detrazione di imponibile sarà di 309,87 euro, mentre per i periodi (anche in mesi) con incarichi orari inferiori sarà applicata un abbuono proporzionalmente ridotto (ad esempio per un orario settimanale di 19 ore euro 154,94 ad anno (esatta-

mente al metà di 309,87).

Il premio lordo effettivamente imponibile (diminuito dagli abbuoni complessivamente spettanti) verrà quindi tassato con l'aliquota media IRPEF ricavata dal reddito di riferimento, come risulta dall'esempio riportato di seguito.

In tale esempio, per determinare l'aliquota media IRPEF del prelievo fiscale, viene utilizzata la curva delle aliquote IRPEF del 2006. Perché?

Le aliquote IRPEF e gli scaglioni di reddito oggi vigenti per il prelievo fiscale sul reddito sono quelli modificati, a partire dal 2007 con la legge finanziaria del 2006 (L. 27 dicembre 2006, n.296) in misura notevolmente peggiorativa rispetto a quelli in vigore fino al 31 dicembre 2006.

Nella stessa legge, tuttavia, onde evitare che tale peggioramento si ripercotesse sulla tassazione delle inden-

dità di fine rapporto, venne inserita nell'art 1, comma 9, una *clausola di salvaguardia*, in base alla quale, ai fini della determinazione dell'IRPEF dovuta sui trattamenti di fine rapporto, sulle indennità equipollenti e sulle altre indennità.....si applicano, se più favorevoli, le aliquote e gli scaglioni di reddito vigenti al 31 dicembre 2006.

Tale clausola di salvaguardia, tuttora vigente, ribadita, tra l'altro, dall'art.2, comma 514 della legge 24 dicembre 2007 n 244, è in molti casi sconosciuta e disattesa dalle ASL, che continuano quindi a determinare il reddito di riferimento con la curva delle aliquote IRPEF e degli scaglioni di reddito vigenti dal 2007 (*curva Visco del governo Prodi*), nella gran parte dei casi meno favorevole di quelli vigenti nel 2006 (*curva Tremonti del precedente governo Berlusconi*)

# UN PIANO PER STARE IN SALUTE



Una copertura sanitaria su misura per medici e odontoiatri.  
Costi bloccati al 2020.  
Prestazioni a tariffe agevolate anche in strutture convenzionate e in situazioni particolarmente critiche.  
Scopri l'offerta dei piani sanitari integrativi per il 2023.  
Vai su [www.SaluteMia.net](http://www.SaluteMia.net)

# I QUATTRO MODULI INTEGRATIVI

Ogni componente del nucleo familiare può scegliere i piani di proprio interesse, senza dover sottoscrivere le stesse combinazioni per l'intera famiglia

### ALTA DIAGNOSTICA E VISITE SPECIALISTICHE

**A**lta diagnostica integrata, visite specialistiche, analisi di laboratorio e fisioterapia sono le aree delle prestazioni incluse nel piano sanitario integrativo **'Specialistica'** di SaluteMia, l'associazione di mutuo soccorso dei medici e degli odontoiatri, a cui possono aderire anche i familiari non conviventi degli iscritti. Il piano integrativo estende a molte prestazioni specialistiche l'area di copertura della polizza. Il costo del piano **'Specialistica'** parte da 280 euro e deve essere sottoscritto in aggiunta al Piano Base, che ha 300 euro come costo di partenza. Tra le tante prestazioni di alta diagnostica integrata coperte ci sono, ad esempio, l'angiografia, l'urografia, la Pet, la Tac, la chemioterapia, la radioterapia, l'ecocardiogramma, ecografie, broncoscopia, biopsia, biopsia eco guidata, biopsia Tac guidata. Con il piano sanitario integrativo **'Specialistica plus'**, invece, prevede in più un pacchetto specifico per la maternità, con un rimborso per il latte artificiale che arriva fino a 1000 euro. ■

### BORSE DI STUDIO PER GLI STUDENTI MIGLIORI

**A**nche gli universitari possono mettersi al riparo dalle spese mediche ed essere premiati dalla società di mutuo soccorso dei camicci bianchi. Chi studia per diventare medico o dentista, può entrare in SaluteMia con uno dei nuovi piani dedicati agli universitari. Inoltre, SaluteMia ha stanziato 50 borse di studio da 500 euro per i laureati con 110 e lode in medicina e odontoiatria. Declinati in tre versioni (**Ippocrate**, **Leonardo** e **Pasteur**), i piani sanitari pensati per gli studenti in medicina e odontoiatria prevedono coperture per un ampio ventaglio di spese sanitarie per prestazioni ospedaliere ed extra ospedaliere. Inoltre, il futuro medico può contare su un'indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura, servizi di consulenza e prestazioni a tariffe agevolate. Gli studenti che sottoscrivono uno dei piani di SaluteMia, una volta conclusa la carriera universitaria – in corso e con il massimo dei voti – possono fare richiesta di borsa di studio alla società di mutuo soccorso. I sussidi da 500 euro vengono assegnati ai primi 50 richiedenti in regola con i requisiti. Sotto l'ombrello dell'Enpam, gli studenti trovano sempre più vantaggi. Per quanto riguarda SaluteMia, gli universitari in medicina e odontoiatria iscritti alla Fondazione non pagheranno la quota che è necessaria a diventare soci della società di mutuo soccorso. ■

### 'RICOVERI' SENZA BRUTTE SORPRESE

**A**ncora più al riparo dalle spese mediche con il regime di intervento chirurgico ambulatoriale per il trattamento della cataratta. Diventa strutturale uno dei principali elementi di novità del piano **'Ricoveri'** di SaluteMia. Il piano integrativo – che può essere attivato in aggiunta al piano sanitario base di SaluteMia – prevede il rimborso delle spese mediche per ricovero in istituto di cura o nelle strutture del servizio sanitario nazionale, anche in regime di day hospital, a seguito di malattia e infortunio, con o senza intervento chirurgico. Il piano prevede una copertura delle spese per l'assistenza infermieristica privata individuale, il trasporto in ambulanza (o con aereo sanitario), gli esami seguenti al ricovero, vitto e pernottamento per un accompagnatore. Sono inoltre coperte le spese sostenute per gli esami, gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche antecedenti al ricovero. ■

### 'ODONTOIATRIA' LEGGERA SUL PORTAFOGLIO

**D**all'ablazione del tartaro alla protesi. Il piano sanitario integrativo **'Odontoiatria'** di SaluteMia amplia l'area di copertura del Piano base e mette al riparo dalle spese mediche per un ampio ventaglio di prestazioni per la cura della salute orale. Il piano può essere sottoscritto a partire da 160 euro, in aggiunta al Piano Base, che ha 300 euro come costo di partenza. Il piano **'Odontoiatria'** offre la copertura per un elenco ancora più completo di prestazioni, massimali di spesa più alti rispetto al precedente biennio e prezzi invariati per chi aderisce alla società di mutuo soccorso dei medici e degli odontoiatri. Tra le prestazioni assicurate ci sono, ad esempio, la visita odontoiatrica, prestazioni di emergenza come l'estrazione, terapie endodontiche, l'ortopantomografia, la rizectomia, l'apicectomia, molaggio, interventi di piccola chirurgia orale. Inoltre, SaluteMia rivolge a tutti gli iscritti una campagna di prevenzione, con il rimborso delle visite di controllo in campo cardiovascolare, odontostomatologico e geriatrico. ■



**SaluteMia**

**Società di Mutuo Soccorso  
dei Medici e degli Odontoiatri**