

medical
network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

ANNO XXIII
NUMERO 2 | 2023
TRIMESTRALE



SUMAI / SIFOP
CONVEGNO A ROMA



Le nuove sfide del territorio

Nell'endemia post-Covid.
Stakeholder a confronto per una migliore
presa in carico della cronicità

medical
network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

Hanno collaborato

Giuseppe Nielfi,
Stefano Simoni,
Luigi Sodano

Editore

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



Registrazione al Tribunale di Roma
n.446 del 22.10.2001 Roma

Diritto alla riservatezza:

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

Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

Chiuso in redazione nel mese di giugno 2023

Le 38 ore rallenterebbero le liste d'attesa e la fuga dei medici

Care colleghe e cari colleghi

proprio in queste ore si sta discutendo di un provvedimento, si parla di decreto, che sarebbe allo studio del ministro della Salute per riorganizzare la Sanità facendo fronte ad alcune emergenze su cui il Governo sa di rischiare il consenso.

L'anticipazione uscita sul quotidiano la Stampa sta facendo rumore perché tra le pieghe del documento ci sarebbero delle indiscrezioni che non piacciono ai medici di famiglia, e che non piacciono neanche a noi, in particolare il passaggio alla dipendenza per i giovani e un percorso diverso da quello previsto finora relativamente alla formazione. Vedremo.

Il documento è però particolarmente interessante per noi Specialisti ambulatoriali perché Schillaci vuole mettere nero su bianco, e questo me lo ha detto anche personalmente nel corso degli incontri che abbiamo avuto, la possibilità di portare a 38 ore gli specialisti ambulatoriali che ne facciano richiesta.

Non è la prima volta che sentiamo queste parole, è vero. Il ministro Speranza, prima e durante la pandemia, più volte ci rassicurò in questo senso ma poi non fece o non riuscì a far nulla di concreto. Addirittura il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, in diretta Tv durante un'informativa alle Camere, nei primi mesi drammatici del Covid, per far fronte all'emergenza parlò di aumento delle ore per gli specialisti ambulatoriali, ma anche in quel caso non vedemmo nulla.

Se le indiscrezioni dovessero trovare conferma avremmo addirittura un decreto che prevede l'aumento per chi ne facesse richiesta e questo per noi sarebbe un segnale importante di attenzione da parte del Ministro e del Governo verso la nostra categoria e verso i cittadini che in questo modo potrebbero vedere drasticamente ridotte le liste d'attesa.

Noi del Sumai Assoprof sappiamo bene che il problema della sanità non è la carenza degli specialisti quanto piuttosto il loro sottoutilizzo e in questo senso, forse per la prima volta, avremmo un'inversione di tendenza verso quella narrazione che vuole il Ssn sprovvisto di medici. I medici ci sono, almeno per ora, ma vanno valorizzati altrimenti rischiamo di perderli verso il privato o verso l'estero.

Staremo a vedere, il provvedimento è atteso per l'estate.

Intanto buone vacanze a tutte e a tutti!

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof

Le nuove sfide del territorio Nell'endemia post-Covid.

Si è svolta a Roma, a fine marzo, una due giorni di lavori organizzata dalla Sifop in collaborazione con il Sumai per parlare sia da un punto di vista politico organizzativo che medico scientifico del passaggio dalla fase pandemica a quella endemica del post Covid. Il convegno organizzato con tavole rotonde politiche e tavoli tematici scientifici ha visto la partecipazione di oltre 200 specialisti

Stakeholder a confronto per una migliore presa in carico della cronicità

La **pandemia** ha dimostrato che non si può fare a meno di un solido Sistema Sanitario Nazionale e che da esso occorre ripartire per fronteggiare la nuova fase endemica e garantire un'efficace presa in carico della cronicità sul territorio. A fronte di tale evidenza, tuttavia, il definanziamento e i tetti di spesa, le carenze di personale sanitario, la scarsa attrattività del Ssn e l'invecchiamento demografico restano questioni aperte da af-

frontare in modo deciso se si vuole salvare un Sistema che, oltre 40 anni fa, introdusse in Italia cure universali e gratuite per tutti.

Alla luce di queste considerazioni la Sifop, in collaborazione con il Sumai ha organizzato un convegno dal titolo *"Le nuove sfide del territorio nell'endemia post-Covid - Stakeholder a confronto per una migliore presa in carico della cronicità"* con l'obiettivo, riusci-

to, di far incontrare sia i decisori politici che gli specialisti ambulatoriali i quali attraverso l'attivazione di tavoli di lavoro dedicati a specifiche aree terapeutiche hanno discusso di aderenza, appropriatezza e altri temi specifici, definendo modelli virtuosi in grado migliorare la qualità di vita dei pazienti cronici.

Una due giorni di lavori (28-29 marzo), iniziata con i saluti istituzionali,



Antonio Magi, nel corso del suo intervento introduttivo:

“ La sfida principale dopo la pandemia è cambiare tutto. Abbiamo visto che ci sono criticità che partono specialmente dal territorio, ma non per quanto riguarda gli operatori, piuttosto per la modalità organizzativa con cui è fatto il territorio.

“ Bisogna mettere insieme tutti gli operatori che lavorano nel territorio, metterli uno a confronto dell'altro, distruggere le palizzate, i muri che ci sono tra una categoria e l'altra, e cominciare a far lavorare insieme tutte queste persone che sono fondamentali per la sanità italiana

tra gli altri del sottosegretario Marcello Gemmato e del vice presidente del Senato, Maurizio Gasparri, e una tavola rotonda. Il *core* del Convegno la presa in carico del paziente e l'interazione di quest'ultimo, in particolare se cronico, con i vari specialisti che lavorano nel territorio. Argomento centrale la sfida alla cronicità nel post-Covid.

I lavori sono andati avanti il secondo giorno con un'altra tavola rotonda dal titolo "Organizzazione dell'equipe territoriale: stakeholder a confronto" e undici tavoli tematici che hanno elaborato un documento finale su quanto emerso dai lavori. Documento presente e scaricabile sul sito www.sumaiassopprof.org.

"La sfida principale dopo la pandemia è cambiare tutto. Abbiamo visto che ci sono criticità che partono specialmente dal territorio, ma non per quanto riguarda gli operatori, piuttosto per la modalità organizzativa con cui è fatto il territorio". Così il segretario generale del Sumai Assopprof, Antonio Magi, nel corso del suo in-

tervento introduttivo. "Bisogna veramente prendere l'occasione - ha proseguito - per mettere insieme tutti gli operatori che lavorano nel territorio, metterli uno a confronto dell'altro, distruggere le palizzate, i muri che ci sono tra una categoria e l'altra, i famosi silos, e cominciare a far lavorare insieme tutte queste persone che sono fondamentali per la sanità italiana". Secondo Magi è necessario "far cominciare a comprendere com'è un lavoro in equipe, un lavoro fatto insieme a tutti gli stakeholder, compresi anche i pazienti. Bisogna mettere sul tavolo tutte le realtà e questo è anche il motivo del convegno che intende focalizzarsi anche sulle cronicità, una delle sfide principali che dobbiamo in qualche modo affrontare".

Il territorio ha potenzialità ma serve formazione

"Credo sia arrivato il momento di rendersi conto di quali sono le potenzialità del territorio. Continuiamo troppo spesso a parlare del fallimento del territorio nel Covid, su cui io ho

una mia opinione molto personale. La valorizzazione di un percorso formativo manageriale di medici convenzionati mi sembra una risposta opportuna, la affiancherei con un miglioramento del management della dirigenza medica che è venuta a dirigere il territorio e che non lo conosce". Ha dichiarato il segretario generale della Federazione italiana medici di medicina generale (Fimmg), **Silvestro Scotti**, presente all'evento. "Continuiamo a parlare di integrazione professionale ma non abbiamo momenti di formazione contigua - ha proseguito Scotti - e l'integrazione professionale si fa formandoci insieme, riuscendo in questo caso a confrontarci su quelle che sono le criticità che ognuno di noi ha verso l'altro e con l'altro, perché insieme possiamo trovare le modalità di risolvere".

"Per quanto riguarda la capacità di apparire come soggetti del Servizio sanitario nazionale pubblico, come i pazienti ci riconoscono, se voi andate a chiedere loro se sanno se i medici di famiglia, gli specialisti ambulatorio



riali siano dipendenti, convenzionati o gettonisti - ha concluso Scotti - nessuno ha la minima idea. Quello che sanno certamente è che siamo servizio pubblico e il fatto che siamo servizio pubblico, se non abbiamo la capacità di dare risposte, ci espone a episodi di violenza”.

Servono nuovi modelli organizzativi

“Il governo Meloni - ha esordito il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato - ha stanziato per quest'anno 2 miliardi e 150 milioni in più al Fondo sanitario nazionale. Per il 2024 posta 2 miliardi e 300 milioni in più al Fondo sanitario nazionale e per il 2025 posta 2 miliardi e 600 milioni in più per il Fondo sanitario nazionale. In tre anni, dunque, 7 miliardi e 50 milioni. Raggiungiamo quest'anno il massimo di 128,6 miliardi. Prima del Covid il Fondo sanitario nazionale si dotava di 114 miliardi, nei 10 anni precedenti, fonte Gimbe, sono stati sottratti 37 miliardi alla sanità pubblica. Poi quei 114 miliardi diventano 124 perché viene giustamente dotato il Fondo sanitario nazionale per acquistare mascherine, vaccini e respiratori per i medici e gli



Ha spiegato Gemmato: non solo non abbiamo defanziato il Fondo sanitario ma lo abbiamo implementato. Non servono solo soldi ma servono nuovi modelli organizzativi. Si investono quattrini ma non si ha un miglioramento delle performance. Sono convinto che dobbiamo studiare nuovi modelli organizzativi

infermieri. Nel Def dello scorso anno, redatto dal governo Draghi, si diceva che si era raggiunto un picco ma dato che si andava incontro alla endemizzazione della pandemia quel Fondo doveva subire un calo fisiologico e si doveva defanziare”.

“Oggi - ha spiegato ancora Gemmato - non solo non abbiamo defanziato il Fondo sanitario ma lo abbiamo implementato. Tutto questo mi serve per rendermi credibile nel momento in cui vi dico che non servono solo soldi ma servono nuovi modelli organizzativi. Si investono quattrini ma non si ha un miglioramento delle performance. Sono convinto che dobbiamo studiare nuovi modelli organizzativi. Incidentalmente c'è il Pnrr i cui fondi che possono diventare un volano decisivo per la sanità territoriale, per validare l'articolo 32 della nostra Costituzione, per rinnovare quel sistema sanitario vecchio più di 45 anni e che oggi avrebbe bisogno sicuramente di un tagliando.

“Rivolgo anche a voi l'invito che faccio sempre a tutti gli operatori sanitari: insieme stabiliamo e immaginiamo quella che debba essere la sanità del futuro, immaginiamo i nuovi mo-

delli organizzativi e quelli che possono essere i correttivi da apportare. All'orizzonte abbiamo la misura il Pnrr, le 1.350 case di comunità, i 400 ospedali di comunità, una strutturazione che genera qualche dubbio. Oggi infatti ci ritroviamo ad avere molti professionisti sanitari: non capisco chi andrà in queste 1.350 case di comunità. Oltre a questo tema di carattere operativo c'è un tema di carattere territoriale: Si immaginano le 1.350 case di comunità per avere una sanità pubblica territoriale. Ma se ne facciamo una divisione tra i 60 milioni di abitanti dell'Italia in 1.350 case di comunità, abbiamo una casa di comunità ogni 45.000 abitanti. Non si capisce nemmeno dove vada il finanziamento delle stesse case di comunità. Nei 128,6 miliardi di cui parlavo prima, 1,4 sono stati postati soltanto per le maggiori spese derivanti dall'aumento delle bollette di luce e riscaldamento solo per le strutture pubbliche. Immaginate altre 2.000 strutture che devono essere riscaldate, mantenute: è chiaro ed evidente che il Pnrr corre su binari rigidi, che non possiamo stravolgere. Di qui l'invito allo sforzo di un nuovo modello organizzativo, dove coinvolgere voi



La politica è la sintesi di opinioni diverse. Ci sforziamo di fare questo e siamo convinti di avere al nostro fianco i professionisti sanitari, sicuramente quelli del Sumai, perché condividono con noi un'idea di sanità pubblica che sia da difendere e preservare



specialisti ambulatoriali interni, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, le farmacie pubbliche e private convenzionate. Questa può essere l'idea prospettica di sviluppo delle case di comunità e quindi della sanità territoriale, perché il vero vulnus è legato all'assenza di personale sanitario, a un errore nella programmazione dei fabbisogni di professionisti sanitari che oggi ci troviamo a dover combattere. Il tratto distintivo di questo governo è l'interlocazione continua con i corpi intermedi, con i sindacati, con i professionisti e con le professioni. La politica è la sintesi di opinioni diverse, di posizionamenti diversi che vengono sintetizzati dal politico che ha come orizzonte unico

l'interesse del cittadino. Ci sforziamo di fare questo e siamo convinti di avere al nostro fianco i professionisti sanitari, sicuramente quelli del Sumai, perché condividono con noi un'idea di sanità pubblica che sia da difendere e preservare”.

La seconda giornata di lavori si è aperta con una tavola rotonda a cui hanno partecipato la Fnomceo, la federazione dei medici, gli stessi medici del territorio (Sumai e Fimmg), la Fnopi, la federazione degli infermieri, la rappresentante dei cittadini, Cittadinanzattiva e Federcentri e Federfarma. Tutti insieme hanno espresso la necessità di lavorare ad un modello creato da chi realmente fa e conosce il territorio, non quindi calato dall'alto, che ridisegni l'assistenza territoriale. “Abbiamo due alternative – ha spiegato Marco Cossolo presidente di Federfarma –, la prima: andiamo tutti a tirare per la giacchetta il deci-

sore politico e alla fine viene fuori che decisore politico ci dà un modello organizzativo che sicuramente ci piacerà molto molto poco e soprattutto sarà poco efficace. La seconda alternativa è che ci mettiamo intorno a un tavolo, specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale, infermieri farmacisti e i cittadini. Facciamo un tavolo, tiriamo fuori un modello organizzativo e lo presentiamo al decisore politico, sono convinto che noi abbiamo 99 probabilità su 100 di portare un modello organizzativo funzionale ai cittadini e che ci piaccia di più rispetto a quello che ci venga calato dall'alto. Noi ci siamo a lavorare insieme e siamo coscienti che sia il medico il punto d'accesso del cittadino”.

Pur riconoscendo gli investimenti fatti negli ultimi anni dai precedenti governi il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli ha ricordato che “non ci può essere una sanità senza il profes-



sionista, se pensate che la sanità si possa fare solo cambiando una TAC o comprando un nuovo apparecchio senza che ci siano i tecnici di radiologia, o i medici o gli infermieri mi pare che questa interpretazione sia piuttosto forte. Oggi noi ci troviamo di fronte ad un allungamento delle liste d'attesa o numeri che diventano drammaticamente alti di prestazione sanitarie fatte da privato puro con una riduzione delle prestazioni fatte dal Ssn che suona come un campanello di allarme.

Abbiamo chiesto al governo di vincolare una parte dei soldi del fondo sanitario nazionale solo sulle professioni, stimiamo oggi che per le professioni sanitarie servono circa 30 miliardi. Bisogna mettere in moto il processo formativo, assumere e adeguare gli stipendi perché non si riesce più a lavorare in un sistema dove il mercato sta determinando sempre di più remunerazioni che non sono più sostenibili nel servizio sanitario nazionale e così abbiamo il fenomeno dei gettonisti”.

I professionisti sono il capitale intangibile senza il quale non esiste il Ssn.

Nella cornice delineata dal presidente Anelli si è ritrovata la presidente Fnopi Barbara Mangiavalli “È da tempo – ha detto – che medici e infermieri si confrontano su tematiche che ci ac-



Occorre rimettere al centro delle politiche gestionali i professionisti che sono le gambe su cui cammina il Ssn.

I professionisti sono il capitale intangibile senza il quale non esiste il Ssn

comunano perché siamo dentro il Ssn e i meccanismi di risposta dei bisogni dei cittadini. È vero durante il Pnrr sono stati fatti investimenti importanti che sono andati in parte a colmare quello che nei dieci anni precedenti non è stato fatto, specie su molti aspetti strutturali. C'è però un investimento importante sul personale da fare che non è solo quello economico. Occorre rimettere al centro delle politiche gestionali i professionisti che sono le gambe su cui cammina il Ssn. I professionisti sono il capitale intangibile senza il quale non esiste il Ssn. Cosa si sta facendo per questo personale intangibile? Politiche di valorizzazione? Boh, per le professioni che rappresento posso dire che i modelli organizzativi sono rimasti quelli del 1968 peccato che dal 1968 sono cambiati i bisogni di salute dei cittadini. Dall'età media che si è innalzata però non stiamo invecchiando con un buona salute rispetto a oltre 50 anni fa. In questi anni non abbiamo adeguato i modelli. Ha detto bene Antonio Magi non è che 8 persone intorno ad un tavolo fanno un'equipe. L'investimento solo sui muri e la tecnologia senza un lavoro parallelo di costruzione del senso di equipe di modello, comportamentale e organizzativo rischiamo di avere dei servizi dove il cittadino non sa come orientarsi. Il salto culturale lo possiamo fare ma occorre che la gover-

nance ci creda. Perché abbiamo bisogno che la politica ci creda altrimenti quello che viviamo è quello che vediamo la fuga dei professionisti sanitari all'estero e che non hanno nessuna intenzione di tornare in Italia perché se tornano perdono le competenze acquisite”.

Necessità di un rapporto fiduciario medico-cittadino

“Il territorio deve interpretare la necessità di un rapporto fiduciario medico-cittadino, le persone vorrebbero essere parte di un grande racconto” a dirlo Annalisa Mandorino segretaria generale Cittadinanzattiva che insiste sulla necessità di “ricostruire il rapporto di fiducia e rispondere alle aspettative che si creano. Una tra queste è anche quella che il Ssn non sarebbe più stato trascurato dopo la pandemia. Altra grande aspettativa è che si sarebbe rimesso mano alla sanità territoriale, che riscontri abbiamo? Del primo il sentimento è che non sia proprio così, sulla seconda abbiamo una riforma scritta sulla carta, una strada lunga che prevede di investire sulle strutture ma quando si parte per una riforma dobbiamo sapere dove vogliamo andare e in che tempi”.

“Lo scopo di questa giornata è stato raggiunto – ha concluso Antonio Magi, segretario generale del SUMAI Assoprof - mettere insieme le figure del territorio per una sanità veramente integrata. Gli operatori stanno già insieme, abbiamo intrapreso una metodica operativa che non c'era. Devo dire che il covid ci ha agevolato nel parlare di equipe e abbiamo compreso che le professioni devono lavorare insieme e collaborare, lo sanno bene i pazienti, l sappiamo bene noi operatori sanitari tutti. Dobbiamo capire le difficoltà e le necessità solo così salveremo il Ssn e rendendolo più omogeneo possibile”.

STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE



A cura
della redazione

170 ANNI di storia con lo sguardo proiettato al futuro

Dalla produzione del chinino per combattere la malaria nel 1900, fino alla ricerca e sviluppo per produrre vaccini e anticorpi monoclonali oggi. Questa è in estrema sintesi l'attività condotta dall'officina di Firenze, realtà unica nel Paese e nel panorama europeo

Lo stabilimento chimico farmaceutico militare a giugno compie 170 anni di storia essendo stato fondato nel 1853 a Torino e successivamente nel 1931 spostato a Firenze dove si trova attualmente. Considerato l'unica officina farmaceutica di Stato, il Farmaceutico fu istituito da Re Vittorio Emanuele II per poi assumere nel 1920 la denominazione di Istituto Chimico Farmaceutico Militare. A seguito del suo trasferimento nel capoluogo toscano la nuova struttura assunse nel 1976 l'attuale denominazione di Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare (SCFM). Dal 2001 è alle dipendenze dell'Agenzia Industrie Difesa (AID), Ente di Diritto Pubblico vigilato dal Ministro della Difesa attualmente diretto da Nicola Latorre.

Lo stabilimento ha un'importanza centrale sia per le forze armate che per la collettività avendo in questi an-

ni garantito la produzione di farmaci e presidi sanitari durante le guerre, realizzando nel 1900 la cura contro la malaria (il celebre "Chinino di Stato" ad opera del Col. Farmacista Carlo Martinotti); partecipando, nel novembre del 1966, alle operazioni di soccorso alla cittadinanza di Firenze colpita dall'alluvione fino alla fornitura, durante la pandemia, di più di 70 tonnellate di soluzione disinfettante per mani e superfici e su indicazione del Ministero della Salute di idrossiclorochina capsule.

La sua produzione è inoltre in grado di assicurare la presenza dei farmaci carenti destinati alla cura delle malattie rare e la produzione di cannabis medica, in più conduce attività di ricerca medica e di formazione in collaborazione con l'università.

Per parlare di quest'eccellenza italiana abbiamo incontrato il Direttore



L'intervista al direttore dello stabilimento, il Colonnello Gabriele Picchioni è stata possibile grazie all'intermediazione di **Salvatrice Lo Bosco**, componente consiglio direttivo Sumai Assoprof Firenze e di **Andrea Tori**, segretario provinciale Sumai Assoprof Firenze

STABILIMENTO CHIMICO FARMACEUTICO MILITARE



dello stabilimento, il Colonnello Gabriele Picchioni, con il quale abbiamo ripercorso la storia della struttura fino ad arrivare ai giorni nostri.

“Lo stabilimento – spiega – nasce nel 1856 a Torino come farmacie centrali militari per volere del Re Vittorio Emanuele II che all’epoca istituì il servizio farmaceutico militare prevedendone da subito, con lungimiranza, un impiego *dual use* cioè sia di supporto alle forze armate che della popolazione civile basti pensare al chinino di Stato che di fatto ha eradicato la malaria in Italia. A Firenze si è trasferito nell’ottobre del 1931 e in tutti questi anni è stato sempre al servizio del Paese nelle diverse emergenze sanitarie che si sono verificate. L’esempio classico è l’alluvione di Firenze del 1966 quando qui fu prodotta la clorammina per la potabilizzazione dell’acqua e ancora con l’incidente alla centrale nucleare di Chernobyl quando facemmo compresse di ioduro di potassio. Poi con l’influenza aviaria H1N1 è stato prodotto il farmaco antivirale Oseltamivir; ci siamo occupati della sperimentazione della terapia Dibaba per arrivare poi ai giorni nostri con il Covid dove abbiamo prodotto igienizzante sia per ambienti che per cute e lo abbiamo distribuito un po’ in tutta Italia. Diciamo che il



Oltre ai farmaci orfani lo Stabilimento è impegnato nella produzione di cannabis. Il progetto è iniziato nel 2015 a seguito dell’accordo di collaborazione del 2014 tra il ministero della Difesa e della Salute e include la coltivazione standardizzata di cloni della pianta

retaggio di servire la nazione l’abbiamo sin dalle origini”.

“Attualmente – aggiunge il Colonnello – nello stabilimento lavorano circa 80 tra farmacisti, militari e civili. La suddivisione è 25 militari e 55 civili. Ci sono agronomi che seguono la coltivazione, biologi, microbiologi e poi abbiamo gli addetti alle lavorazioni, alla logistica insomma le professionalità sono diverse molto elevate e specializzate. Una volta avevamo anche una scuola allievi. Ora ne è rimasta una piccola parte di quel personale altamente specializzato che entrava a 16 anni e veniva formato qua, una decina di persone”.

Il direttore Picchioni fa quindi un riferimento ai farmaci orfani quelli “che le industrie non hanno interesse a produrre per un fattore sostanzialmente economico poiché il bacino di utenza è limitato”. Le patologie riconosciute come malattie rare in Italia sono 160 per un totale di circa due milioni di malati. “Ovviamente – spiega – noi non diamo risposte a tutte queste patologie siamo costretti a fare una selezione non tanto per l’interesse economico quanto per la nostra capacità produttiva e per le risorse a disposizione. Facciamo il possibile. Soprattutto la diacronina e la niapra-

zina sono il nostro *core business*. Per quanto riguarda le altre svolgiamo un ruolo che potremmo definire di centro d’ascolto e di supporto alla rete di distribuzione da parte delle farmacie”. In sostanza ci spiega “i pazienti che soffrono di una malattia rara chiamano lo stabilimento per avere indicazioni su dove reperire i farmaci orfani. Noi li ascoltiamo e li indirizziamo verso la farmacia che riesce a produrre galenicamente il farmaco. Oltre ai farmaci orfani ci stiamo anche orientando come importatori di farmaci carenti ovvero quelli che non si riescono a reperire. Facciamo un esempio: lo scorso dicembre mancava l’ibuprofene. Insieme all’Aifa stiamo cercando di organizzarci per importare questi principi attivi. In proposito l’Agenzia vorrebbe che diventassimo importatori di Stato e noi ci stiamo attrezzando per diventarlo nel prossimo futuro”.

Oltre ai farmaci orfani lo Stabilimento è impegnato nella produzione di cannabis. Il progetto ci spiega il colonnello Picchioni “è iniziato nel 2015 a seguito dell’accordo di collaborazione del 2014 tra il ministero della Difesa e della Salute e include la coltivazione standardizzata di cloni della pianta (riproduzione agamica)

e la lavorazione farmaceutica.

Tutta la filiera della cannabis possiamo dividerla in due grandi branche la prima è quella della coltivazione e viene seguita a partire dalle talee che ci procura il Crea (centro di ricerca sperimentale) di Rovigo, ente statale. Noi le coltiviamo in particolari condizioni a temperatura e illuminazione costanti, standardizzate. Questa fase, detta della coltivazione, avviene secondo le norme del GACP. Si chiamano *Good Agriculture and Collection Practices*.

Dopodiché. La trasformazione dell'infiorescenza e del principio attivo farmaceutico avviene invece in regime GNP *Goodman Factory practice*, ovvero le normative europee che sono state ratificate dall'Italia per la produzione di medicinali per uso umano.

Questo che ho descritto è un mondo in divenire essendo il progetto pilota del 2014. Adesso siamo arrivati ad una produzione di circa 300 kg l'anno, ma prima c'è stato un tempo di preparazione, poi la fase sperimentale di messa a punto del metodo e da dicembre 2016 è iniziata la prima distribuzione”.

Le tipologie principali sono “il dolore di varia natura oncologico, piuttosto che artrite e adesso si sta espandendo nel trattamento anche di patologie impensabili tipo il Parkinson, la sindrome di Tourette. Infine ci sono degli studi per il disturbo post traumatico da stress. Un principale campo di applicazione è il dolore cronico e anche sulla fibromialgia”.

Lo stabilimento – ci spiega il direttore – partecipa ad altri studi di ricerca “Qui a Firenze c'è tosCANNABIS (studio svolto dalla Fitoterapia di Careggi per valutare l'efficacia della cannabis sul dolore ed il tumore della patologia del tumore al seno), dove noi forniamo la materia prima”.

Chiediamo poi della parte burocratica che immaginiamo importante. “Sotto l'aspetto dell'officina c'è tutta



Lo stabilimento è “collegato” con una rete di farmacie sia ospedaliere che private. Anche i tempi di risposta sono rapidi e al momento stanno perfezionando un portale che gestirà in tempo reale le richieste

LO STABILIMENTO È AUTORIZZATO A PRODURRE

- ✓ Medicinali (solidi orali, iniettabili, forme per uso topico)
- ✓ Alimentari (Elixir di China, Enocordial, Crappa, Anetolo, integratore salino buste Boli al mentolo)
- ✓ Cosmetici: dentifricio, crema dermofila, soluzione dermofila, doccia-shampoo, acqua di colonia e di lavanda
- ✓ Kit di automedicazione
- ✓ Kit sanitari individuali e di reparto per impiego campale, cassette di Pronto Soccorso per veicoli ruotati; kit sanitari per ambienti di lavoro (D.Lgs. 81/08 e D.M. 388/2003)
- ✓ Kit per NBC

COMPLEMENTARITÀ E SINERGIE

- ✓ Forze Armate
- ✓ AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)
- ✓ Università pubbliche e private
- ✓ Protezione civile Italiana
- ✓ Croce Rossa Italiana
- ✓ Ministero della Salute
- ✓ Istituto Superiore di Sanità

PROGRAMMI NAZIONALI

- ✓ Produzione e/o accantonamento di antidoti contro il bioterrorismo e incidenti chimici/nucleari (es. compresse di Ioduro di Potassio): Scorta Nazionale Antidoti

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

A beneficio del Servizio Sanitario Nazionale e dei pazienti affetti da gravi patologie, in stretta collaborazione con l'Agenzia Italiana del Farmaco, sta producendo medicinali non altrimenti disponibili

- ✓ Mexiletina per la terapia delle miotonie distrofiche e non distrofiche e di alcune aritmie cardiache
- ✓ Colestiramina per il morbo di Crigler-Najjar
- ✓ D-penicillamina, per il morbo di Wilson
- ✓ Tiopronina: per la cistinuria
- ✓ Niaprazina: disturbi del sonno
- ✓ Ioduro di potassio, antidoto nell'esposizione ad isotopi radioattivi dello iodio (¹³¹I)

PRODUZIONE DI “FARMACI ORFANI”

Con il Ministero della Salute e con l'Agenzia Italiana del Farmaco sono stati stipulati Accordi per la produzione di alcuni medicinali considerati carenti dall'organizzazione sanitaria nazionale, particolarmente dei “farmaci orfani”, notoriamente negletti dalle case farmaceutiche.

Produzione, con autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), dei seguenti farmaci:

- ✓ Chinina Cloridrato in fiale
- ✓ Metile Salicilato

la fase autorizzativa riguardante la coltivazione di uno stupefacente, quindi decreto DPR 309/90 per la coltivazione e la gestione del farmaco. Abbiamo dei magazzini dedicati con caratteristiche particolari, l'Aifa periodicamente effettua ispezioni, la Guardia di finanza ogni volta che facciamo il taglio delle piantine prima di conferirle alla parte farmaceutica controlla che tutto avvenga a norma di legge”.

Lo stabilimento è “collegato” con una rete di farmacie sia ospedaliere che private per un totale di circa 2/300, il numero è in continua evoluzione. Anche i tempi di risposta sono rapidi e al momento stanno perfezionando un portale che gestirà in tempo reale le richieste.

Dopo aver parlato del passato e del presente chiediamo delle terapie monoclonali e veniamo a sapere che

“l'inclusione dello SCFM nel sistema nazionale di risposta alle pandemie, quale spoke per l'infialamento di anticorpi monoclonali, farmaci iniettabili e altro nell'ambito del Pan Hub antipandemico è in fase avanzata realizzativa che prevede una linea robotizzata per l'infialamento, in condizione di asepsi, di anticorpi monoclonali per la lotta alle potenziale pandemie”.

In conclusione c'è spazio per una riflessione finale da parte del Direttore Picchioni “Sento la responsabilità di lavorare per qualcuno che sta male. Il mio obiettivo – conclude – è cercare di assicurare il massimo possibile di quello che possiamo offrire, cercare di migliorare sempre di più la prestazione che può fornire lo stabilimento”.

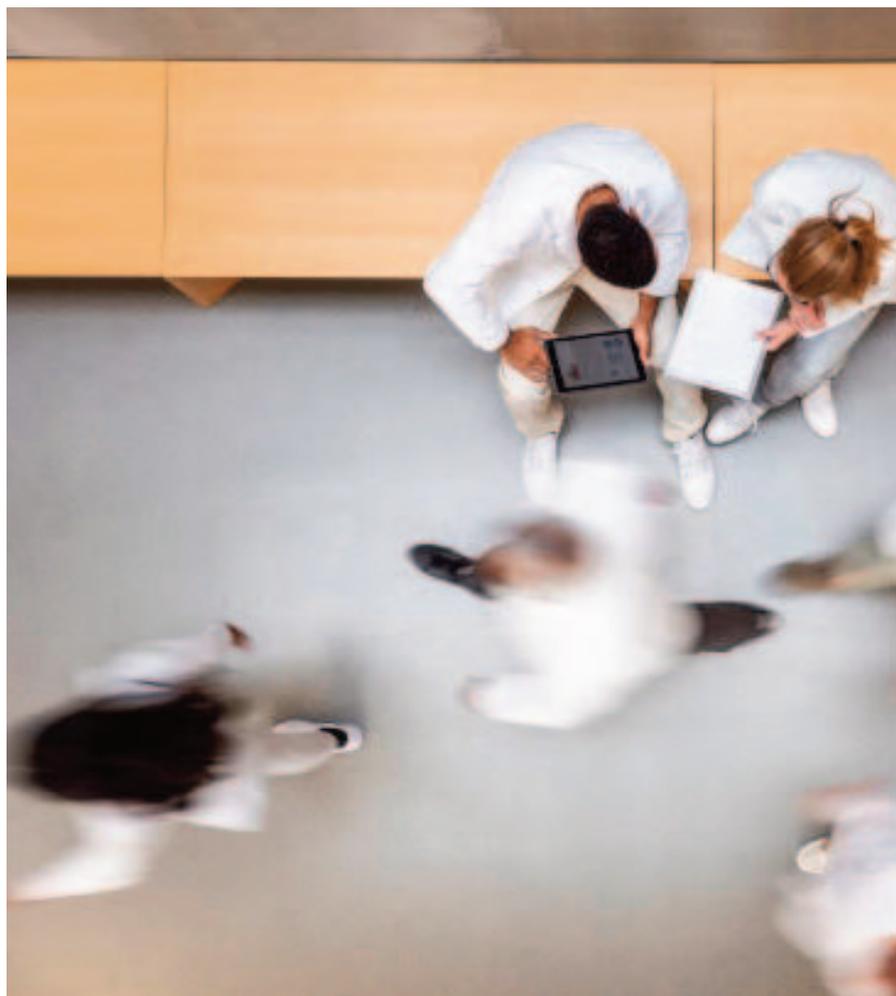
Dal giuramento di Ippocrate
al nuovo codice di deontologia

La conoscenza delle “regole” per la professione medica alla luce di un questionario nel territorio

Con la necessità di adeguare e aggiornare il Codice Deontologico al cambiamento della società si è avvertita l'esigenza di condurre un'indagine conoscitiva e di verifica di quanto sia conosciuto, considerato e applicato il Codice Deontologico medico

Loris Pagano
Ilaria Miano
Francesco
Maturilli
Università
“La Sapienza”
Roma

I valori della Deontologia ippocratica ossia i principi di beneficialità e non maleficità nonché il rispetto della vita e della dignità della persona, che dovrebbero naturalmente fare da fondamenta comuni all'essere umano, trovano la loro intrinseca espressione pratica nella medicina come forma di tutela dello stato di salute e del benessere psicofisico del paziente; Al fine di realizzare questo stato di benessere è evidente la necessità di adeguare e aggiornare il Codice Deontologico al cambiamento della società e, considerata la sua importanza nell'esercizio della professione medica, si è avvertita l'esigenza di condurre un'indagine conoscitiva e di verifica di quanto sia conosciuto, considerato e applicato il Codice Deontologico medico. Chi esercita la professione medica, come ogni altro professionista, deve rispondere di fronte alla legge del proprio operato. La co-



noscenza del Codice può servire dunque non tanto come strumento da parte del paziente o del cittadino per la tutela dei propri diritti, cui già provvedono le norme di legge, quanto a capire quali sono i principi e le regole che ogni sanitario deve osservare e alle quali deve ispirarsi nell'esercizio della professione.

LO STUDIO

Attraverso un questionario sul territorio italiano rivolto a medici e studenti di medicina abbiamo svolto



Temi più conosciuti dai partecipanti allo studio	Segreto professionale	86,2%
	Consenso/dissenso informato	82,8%
	Relazione medico-paziente	79,3%
	Interruzione volontaria di gravidanza	69%
	Appropriatezza prescrittiva	55,2%
Temi meno conosciuti dai partecipanti allo studio	Informatizzazione e innovazione sanitaria	20,7%
	Conflitto di interessi	13,8%
	Rapporti con le strutture sanitarie pubbliche e private	10,3%
	Rapporti con l'ordine professionale	6,9%
Temi suscitant maggiori richieste di approfondimenti da parte dei partecipanti allo studio	Fine vita	44,8%
	Assistenza al paziente con prognosi infausta	27,6%
	Obiezione di coscienza	27,6%
	Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili	24,1%
	Donazione e prelievo di organi/tessuti/cellule	17,2%
	Informatizzazione/tecnologia informatica	13,8%

un'indagine che avesse l'obiettivo di capire il grado di conoscenza del Codice Deontologico, l'importanza che gli viene attribuita, quali sono i temi contenuti e quanto la classe medica sia formata ed informata. Infine, si è valutato quali tra gli argomenti suscitano maggior interesse e quali necessitano di maggiore approfondimento. Grazie a questa indagine, dunque, abbiamo oggi un'idea reale della rilevanza del codice su base nazionale.

Un totale di 300 partecipanti tra medici e studenti ha confermato la piena conoscenza dell'esistenza del Codice Deontologico e della sua importanza, sottolineando allo stesso modo però la non perfetta familiarità con i suoi contenuti e con le innovazioni apportate nel tempo, nonché il desiderio che venga approfondito l'impegno nell'informazione e formazione sul tema.

Durante l'analisi delle risposte dei partecipanti è emersa un'importante criticità: **il 72.8% dei medici ritiene di non essere stato adeguatamente informato sul Codice Deontologico** durante gli studi universitari e sola-

mente il 24.5% ha risposto positivamente al quesito.

È stato poi chiesto al nostro campione se fossero a conoscenza dei temi del Codice Deontologico, il 75.9% dei medici ha affermato di conoscerli, mentre il 11.1% ha risposto negativamente e il restante 13% si è astenuto nel rispondere. Al 75.9% dei medici che ha affermato di conoscere il contenuto del codice è stato poi chiesto nello specifico di quali temi fosse a conoscenza e quali avrebbe voluto approfondire.

Dall'analisi dei risultati ottenuti emergeva netta la necessità da parte **della quasi totalità del campione (93,5%) che la conoscenza del Codice Deontologico venisse approfondita in modo sistematico**, soprattutto considerata la regolamentazione istituzionale delle tematiche che si sono rivelate quelle che più comunemente mettono in difficoltà i professionisti della salute come:

- **Rapporti fra colleghi**
- **Segreto professionale**
- **Fine vita**

Informazione e comunicazione con l'assistito (quindi nell'ambito della relazione medico-pz)

La maggior parte dei partecipanti al questionario, come già anticipato, ha dichiarato di non essere stata informata sulla Deontologia Medica, è stata tra l'altro rilevata da parte dei professionisti l'opinione che il codice non venga rispettato, sottolineando altresì di non essere a conoscenza delle tematiche di nuova introduzione (64,4%).

Il nuovo codice di Deontologia medica difatti, pone un aggiornato accento **sull'attenzione all'ambiente, alla prevenzione del rischio clinico e alla sicurezza delle cure, al controllo del dolore e alle cure palliative, alle competenze professionali, alla lotta all'abusivismo e al consenso informato.**

Ci troviamo obbligatoriamente di fronte alla necessità di essere continuamente aggiornati per riuscire a stare al passo con i cambiamenti storici e culturali delle nostre moderne società; ciò rappresenta la vera sfida della professione medica, rimanendo saldamente ancorati ai principi morali umani, motivo per cui il codice deve mantenere la sua posizione di manuale e di punto di riferimento professionale e non solo poeticamente simbolico di un tempo remoto. Pertanto, abbiamo avanzato (e formulato) alcune proposte:

- Potenziare l'insegnamento e la formazione inerente la deontologia medica già durante il corso di laurea di medicina e chirurgia
- Attivare corsi di formazione e approfondimento post-universitario.
- Realizzare o implementare una nuova figura professionale, il Collaboratore Deontologico, come punto di riferimento e di raccordo tra il territorio e gli ordini professionali e supporto per i professionisti sanitari che possono imbat-

tersi nella loro quotidianità lavorativa in problematiche e controverse deontologiche ed avere un pronto riscontro per le singole situazioni.

Conclusioni

La professione medica in quanto progetto di vita ha come cardini determinanti la propria coscienza morale ed il proprio stile di vita e di pratica, esige competenza, responsabilità, promozione del bene comune, aggiornamento, rispetto proprio ed altrui, in una dimensione olistica nei confronti del paziente.

Se in passato potevano trascorrere decenni tra un codice e l'altro, attualmente, in conseguenza del fenomeno dell'accelerazione della storia, le regole vanno riviste ed aggiornate continuamente; appare quindi necessaria una riflessione, per quanto concerne la Deontologia medica, in una prospettiva storica, e soprattutto in una visione proiettata verso un futuro che sovente appare incontrollabile. Al giorno d'oggi la Deontologia, intesa come etica professionale, è sempre più invocata dalla professione medica ad ogni livello, come difesa tra le politiche sanitarie che per ragioni economiche non esitano a delegittimare la professione, e per esplicitare una crisi del rapporto fiduciario tra medicina e società, ovvero tra medico e cittadino. Gli ordini, con i codici deontologici sino ad ora, attraverso un principio di reciprocità, hanno garantito rapporti di interdipendenza tra doveri professionali e diritti individuali e sociali, tali da garantire, con la buona professione, la buona cura.

Bibliografia

- AMENDOLAGINE V., Manuale di psicologia clinica, Libellula Edizioni, Lecce, 2021
- BENTHAM J., Deontology or the Science of Morality, per cura di J. Bowring, Edimburgo, 1834
- CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA, 2014
- INTRONA F., Editoriale, in Rivista Italiana Medico Legale XXVII, 2005
- GIURAMENTO PROFESSIONALE-testo deliberato dal comitato centrale FNOMCeO il 23/03/2007
- KANT I., Critica della ragion pratica, Konisberg 1788
- Medicina e Morale - Rivista internazionale di Bioetica, estratto di IGNACIO CARRASCO DE PAULA e NUNZIATA COMORETTO
- NUTTON V., Il giuramento di Ippocrate, in Medicina e Chirurgia,
- Journal of Medical Education – JIME, Quaderni delle Conferenze permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, Giugno 2013 61
- RIPAMONTI C. A., Manuale di psicologia della salute, il Mulino, 2015
- SCOTTO C. pubblicazione online su State of Mind, Il giornale delle Scienze Psicologiche –
- ZANI B., CICOGNANI E., Psicologia della salute, Il Mulino, Bologna, 2020

www.portale.fnomceo.it
www.biodiritto.org
www.stateofmind.it
www.filodiritto.com
www.omceo.me.it
www.ordinemedici.it
www.medicinaemorale.it

L'assistenza domiciliare multiprofessionale e dedicata è uno strumento efficace e attuale per ridurre i costi, aumentare le probabilità di decesso al domicilio con “soddisfazione” dei pazienti e delle famiglie e una riduzione degli accessi ospedalieri

Integrazione ospedale territorio: le nuove sfide per l'assistenza domiciliare del paziente oncologico

Giovedì 11 maggio 2023, presso l'Aula G. Sodano all'interno della sede SUMAI di Napoli, si è tenuto il convegno ECM *“Integrazione ospedale Territorio: le nuove sfide per l'assistenza domiciliare del paziente oncologico”*. L'evento è stato organizzato dalla SI-FoP. Al convegno hanno partecipato relatori impegnati professionalmente sul campo ed appartenenti alle diverse branche specialistiche: oncologi, radioterapisti, palliativisti, pneumologi, fisiatristi, psicologi, psichiatri e infermieri. L'iniziativa ha suscitato molto interesse in quanto gli argomenti sono stati trattati in modo interattivo, coinvolgendo il pubblico proponendo vere e proprie esperienze cliniche.

Ogni anno in Campania sono diagnosticati circa 32.500 nuovi tumori (maschi e femmine, esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma). In regione Campania la sopravvivenza a 5 anni per tutti i tumori nei maschi è 50% mentre nelle donne è 59%. Un quadro complesso dal punto di vista assistenziale e gestionale, soprattutto considerando che la maggior parte di questi pazienti sono in carico quasi esclusivamente alle strutture ospedaliere. È necessario quindi riorganizzare la continuità assistenziale sul





territorio, costruendo un modello integrato in cui le diverse competenze siano interconnesse e facciano “sistema” definendo le regole con cui interagire, il tutto finalizzato al superamento della frammentazione dell’assistenza. La rete sanitaria e socio-sanitaria dovrà essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze del malato. Grazie all’istituzione delle Reti Oncologiche Regionali si è realizzato un ‘ponte’ tra ospedale e territorio. Inoltre, si rende necessario evidenziare l’importanza nello stabilire una piena ed efficace integrazione ospedale/territorio in ambito oncologico, promuovendo lo sviluppo e la disponibilità di competenze adeguate alla gestione delle persone affette da tumore anche al di fuori dell’ospedale e, in particolare presso il proprio domicilio, in quei casi dove non vi è la possibilità di raggiungere gli ambulatori territoriali. La storia naturale del paziente oncologico è caratterizzata da brevi fasi ospedaliere ben strutturate e da lunghi periodi territoriali o domiciliari con bisogni che devono trovare risposte altrettanto organizzate. Alcuni trattamenti, di medio e basso impegno assistenziale, possono essere eseguiti al domicilio del paziente sotto controllo specialistico in sinergia con il medico di base.

Infatti, la presa in carico globale del paziente oncologico prevede la coesione tra specialisti e la collaborazione tra rete ospedaliera e territori che includa diverse competenze e discipline, compiutamente nella realtà della rete oncologica, e lo sviluppo della continuità assistenziale nella visione di “ospedale senza muri”. Collegare ospedale e territorio significa realizzare una rete planare nella quale sono coinvolte le cure primarie, quelle intermedie come la salute mentale, e

l’area medica in modo da aprire l’ospedale per intensità di cura a quello per percorsi e processi. Il cancro come malattia sociale, riguarda direttamente o indirettamente tutta la popolazione, implica l’obbligatorietà di valutazione e trattamento delle conseguenze sulla salute mentale, la cui salvaguardia risulta centrale per poter parlare di salute in senso globale. L’individuo con patologie neoplastiche deve potersi aspettare che i propri bisogni psicologici e sociali siano affrontati assieme ai bisogni fisici, attraverso un approccio comprensivo, interdisciplinare e psicosociale in ogni fase della malattia che prevede necessariamente un rapporto dinamico tra ospedale e territorio. Nella complessa gestione del paziente oncologico il MMG assume un ruolo di primo piano: è l’operatore sanitario che, grazie al rapporto fiduciario con il paziente, è in grado di svolgere un *counselling* appropriato e continuo.

Di fondamentale importanza rappresenta anche l’azione clinica/assistenziale che parte dal reclutamento nei programmi di screenings previsti a livello nazionale e locale attraverso



La presa in carico riabilitativa del paziente oncologico deve avvenire durante tutto l’iter della malattia, dalla diagnosi all’intero percorso diagnostico-terapeutico, da parte di un team che integri diverse discipline

i P.D.T.A. (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) per la diagnosi precoce, continua con l’attivazione dei G.O.M. (gruppi oncologici multidisciplinari patologia specifici) e, in caso di positività, prosegue con la coesione dei percorsi terapeutici (informazione continua, con particolare riferimento all’adesione alle terapie, alla gestione degli effetti collaterali o dei postumi degli interventi chirurgici) e, in concordanza con gli specialisti, nella terapia del dolore, attraverso l’A.D.I. (assistenza domiciliare integrata).

La Riabilitazione Oncologica ha l’obiettivo principale di migliorare la qualità di vita del paziente e di limitare al minimo la disabilità fisica e il deficit funzionale, cognitivo e psicologico, che spesso si manifestano a seguito del tumore. La presa in carico riabilitativa del paziente oncologico deve avvenire durante tutto l’iter della malattia, dalla diagnosi all’intero percorso diagnostico-terapeutico, da parte di un Team multidisciplinare (Fisiatra, Fisioterapista, Terapista Occupazionale, Logopedista, Tecnico Ortopedico, Infermiere Professionale, Assistente Sociale...) che si integra



L'aiutare può assumere dei significati che vanno oltre il semplice guarire; è infatti possibile prendersi cura non tanto della malattia, quanto della persona che sta facendo un'esperienza di malattia e di morte

con tutti gli altri Specialisti del settore coinvolti nelle cure e nella stadiazione della patologia, in particolare con l'Oncologo, il Radioterapista, lo Specialista in Terapia del dolore e palliativa, il Dietologo e lo Psicologo clinico. La stesura del Progetto Riabilitativo per le maggiori patologie oncologiche (mammella, polmone, distretto cervico-cefalico, muscoloscheletrico, SNC) viene redatto dallo Specialista Fisiatra sulla base di una valutazione clinico-funzionale, dello stadio di malattia, delle condizioni generali, della funzionalità articolare, dell'esame muscolare, dello stato psicologico del paziente e andrà modulato in base alla tipologia e alla concomitanza delle complicanze insorte, alla fase e all'evoluzione della malattia, oltre che al suo contesto bio-psico-sociale. La scelta del setting è condizionata dal bisogno clinico, riabilitativo e assistenziale specifico del paziente, che soprattutto in fase terminale, nell'ambito dei percorsi riabilitativi codificati dalla normativa nazionale e regionale, è fondamentalmente rappresentato dall'ADI e dall'ospedalizzazione domiciliare, nell'ottica di un modello di rete integrata del territorio.

Studi condotti in diversi paesi sono concordi nello stimare in circa il 90% la percentuale di deceduti per tumore che attraversano una fase terminale di malattia caratterizzata da un andamento progressivo irreversibile. Gli stessi studi stimano la durata media della fase terminale in circa 90 giorni; utilizzando questi due parametri e conoscendo il numero dei deceduti per tumore, si può stimare l'incidenza e la prevalenza dei pazienti oncologici che potenzialmente beneficerebbero di interventi palliativi.

La malattia terminale si presenta quando un'alterazione irreversibile

del funzionamento degli organi e degli apparati del corpo compromette il processo di autoregolazione, fondamentale per la sopravvivenza degli esseri viventi; il progressivo deterioramento di questo processo basilare conduce alla morte.

La fase terminale della malattia ha profonde ripercussioni sull'equilibrio personale e familiare, che possono andare avanti anche per diverso tempo dopo la morte del congiunto.

È importante considerare che ciascuna persona affronta l'ultima fase della vita in modo diverso: alcuni preferiscono isolarsi, diventando bruschi e sgradevoli anche con chi cerca di stargli vicino con affetto e dedizione; mentre altri hanno bisogno di continue premure e compagnia. Tra questi due estremi si pongono coloro che alternano momenti di chiusura a momenti di richiesta di dialogo e di vicinanza. Qualunque sia la modalità di reazione del proprio congiunto, deve essere rispettata. Non ha senso imporre la propria presenza se l'altro desidera stare da solo e iniziare a separarsi; né lo ha impedire le visite di parenti e amici se, pur essendo molto debilitato, desidera averli accanto.

Tuttavia, da alcuni decenni è in atto un tentativo di modificare questo atteggiamento nei confronti della morte e di chi sta per morire: l'aiutare può assumere dei significati che vanno oltre il semplice guarire; è infatti possibile prendersi cura non tanto della malattia, quanto della persona che sta facendo un'esperienza di malattia e di morte.

In particolare, l'intervento rivolto al malato terminale non può dirsi riuscito solo in relazione al periodo di sopravvivenza, poiché occorre sostenere l'adempimento del diritto del malato a vivere bene la vita che gli rimane.

Concludendo possiamo affermare che l'assistenza domiciliare, intesa come presa in carico integrata, multiprofessionale e dedicata, si sta proponendo come uno degli strumenti più efficaci e attuali per rispondere a queste esigenze. Negli ultimi anni, numerosi studi nel campo oncologico e delle cure palliative hanno segnalato che l'*home care* comporta una netta riduzione dei costi, un aumento significativo delle probabilità di decesso al domicilio, un'aumentata soddisfazione dei pazienti e delle famiglie rispetto al fine vita e una riduzione degli accessi ospedalieri. Pertanto sembra opportuno riflettere sulla potenziale entità dei risparmi legati all'implementazione di programmi di assistenza domiciliare più capillari ed estesi sul territorio nazionale, in un'ottica di una sanità futura che possa rispondere ad indispensabili criteri di sostenibilità e di elevata efficacia fruibile della cittadinanza. Con questo breve resoconto desidero ringraziare tutti i relatori che hanno messo a disposizione dei partecipanti la loro esperienza e professionalità che hanno contribuito a rendere questa giornata ricca di spunti interessanti e proficue riflessioni sulle buone pratiche per l'assistenza sanitaria dei pazienti oncologici.

Pertanto i miei più calorosi ringraziamenti vanno a:

Amorico Gaetano, fisiatra (ASL Napoli 3 sud); Auriemma Giuseppe, psichiatra (ASL Napoli 1 Centro); Cantone Filippo, Psicologo (coordinatore nazionale area psicologi-psicoterapeuti); D'Amato Giuseppe, palliativista (ASL Napoli 3 sud); Del Giudice Ginevra, pneumologa (ASL Napoli 3 sud); Dello Ioio Concetta, oncologo (ASL Salerno); Piccolo Teresa, Cps infermiera (ASL Napoli 3 sud); Tavella Annunziata, direttore DS (ASL Napoli 3 Sud); Toscano Giuseppe, MMG (ASL Napoli 3 sud).

Anticipo prestazione previdenziale (APP)

Medici di famiglia: al via l'anticipo

Ildo Antonio Fania,
Coordinatore
Nazionale Area
Medici Medicina
Generale



L'attivazione della APP (Anticipo della prestazione previdenziale), diversamente da quanto si è portati a ritenere, nonostante comporti certamente un'uscita più graduale e più sostenibile dalla convenzione, non è a costo zero per gli interessati

Con la nota di approvazione dei Ministeri n. 1678 del 16 febbraio 2023 è partita ufficialmente la APP della Gestione dei medici di medicina generale dell'Enpam. La APP è stata introdotta nell'ultimo ACN della medicina generale per il triennio 2016

-2018, siglato in data **20 gennaio 2022** e ratificato dalla Conferenza Stato Regioni in data **28 aprile 2022**. L'istituto è stato recepito nella normativa regolamentare Enpam per le categorie dei medici di assistenza primaria iscritta alla gestione previden-

ziale dei medici di medicina generale del Fondo della medicina convenzionata ed accreditata. È stata inserita un'ulteriore Sezione dedicata alla "Gestione dei medici di medicina generale" all'interno del Capo II dell'Appendice al Regolamento del Fondo, nella quale vengono disciplinate, in analogia alle disposizioni previste per gli specialisti ambulatoriali (per i quali la disciplina è già attiva dal 2020) le modalità di calcolo dell'APP e della futura pensione (ordinaria, di inabilità assoluta e permanente e a superstiti), sulla base della normativa regolamentare già in vigore per gli

iscritti a questa gestione.

Con l'approvazione ministeriale, dunque, l'istituto diviene pienamente operativo. Il medico generico che sia *in possesso dei requisiti per il pensionamento anticipato (35 anni di contributi e 62 di età) ovvero per il pensionamento di vecchiaia (68 anni di età)* e che abbia in carico un minimo di 1.300 assistiti **può richiedere di restare in servizio, riducendo il proprio apporto professionale dal 30 al 70 % e facendosi affiancare, per la parte ceduta, da un medico generico convenzionato più giovane**, inserito in un apposito elenco. Prima di tutto è necessario che il convenzionato anziano sia in possesso di una certificazione dell'Enpam che attesti il proprio diritto alla pensione. A quel punto, entro il 31 dicembre di ciascun anno, deve presentare alla Asl una domanda, **nella quale dichiara la percentuale di riduzione che vuole subire ed il numero di mutuati** che ha attualmente in carico. Sulla base di tali domande, viene creato un elenco di disponibilità, che viene reso pubblico entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

Anche il convenzionato giovane, che dovrà affiancare quello anziano, deve presentare, entro il 30 aprile di ciascun anno (quindi per gli affiancamenti 2024 il termine è già scaduto) una apposita domanda all'Assessorato alla Sanità della propria Regione, e a quel punto sarà inserito in un altro elenco, parallelo alla normale graduatoria regionale degli incarichi e contenente il medesimo punteggio, che viene reso pubblico entro il 31 maggio. A partire dal mese di febbraio, quindi, la Asl *accoppia* sostituto e sostituito **secondo la graduatoria e parte un periodo di affiancamento di 60 giorni**, disciplinato dalle norme sulla sostituzione dei convenzionati. Se l'affiancamento darà esito positivo, i due medici sot-

toscriveranno un accordo con cui la ripartizione dell'impegno professionale diventa definitiva. Se per ipotesi la riduzione fosse pari al 50% dell'attività, il convenzionato anziano percepirà il 50% della pensione maturata e potrà cumularla con il 50% del compenso professionale, che continuerà a percepire.

La pensione Enpam relativa all'APP decorre dal mese di effettiva riduzione dell'attività in convenzione, certificata dall'Azienda sanitaria di appartenenza, purché la riduzione abbia effetto dal primo giorno dello stesso mese. Diversamente, la APP decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di riduzione dell'attività in convenzione.

Importante segnalare **che l'attivazione della APP, diversamente da quanto si è portati a ritenere**, nonostante comporti certamente un'uscita più graduale e più sostenibile dalla convenzione, non è a costo zero per gli interessati. La quota di pensione anticipata percepita per effetto della APP viene infatti calcolata esattamente come quella cui si avrebbe diritto in caso di cessazione completa dell'attività, e quindi, com'è giusto, su di essa **hanno effetto le penalizzazioni previste in caso di età inferiore a 68 anni, mentre**, in caso di attivazione della APP dopo i 68 anni, i *premi* per la permanenza in servizio si fermano al momento della decorrenza del pezzetto di pensione. Insomma, per essere più chiari, nel caso di due medici convenzionati con la stessa anzianità ed il medesimo compenso, il primo che attiva la pensione in APP a 62 anni riducendo la propria attività del 50%, **avrà a 70 anni una pensione di circa il 10/15% inferiore rispetto al secondo che avrà continuato a lavorare da solo fino a quell'età**, anche se il primo avrà certamente beneficiato di una migliore qualità di vita.

Buon vento per la nostra nuova organizzazione sindacale

FMT è pronta a sedersi al tavolo delle trattative per discutere il nuovo ACN 2019-2021 e confrontarsi sia con la parte pubblica che con le altre sigle sindacali.

Il 24 aprile scorso l'atto costitutivo ed il relativo Statuto della FMT (Federazione Medici Territoriali), depositato presso la Sisac il 22 Novembre 2022 a Roma, è stato modificato ed integrato adottando alcune variazioni che hanno visto il Simet (Sindacato Italiano Medici Del Territorio) staccarsi dallo Smi e confluire con noi diventando così il 5° socio fondatore di FMT apportando nuova linfa e rafforzando il nostro peso sindacale rispetto alla rappresentatività.

Giovedì 27 Aprile 2023 l'atto costitutivo e lo Statuto così integrato è stato inviato a Roma nella sede della Struttura e depositato ai sensi dell'art. 14 comma 2 dell'ACN per la Medicina Generale del 28 Aprile 2022.

A questo punto noi aderenti alla nuova Federazione siamo pronti a sederci al tavolo delle trattative nazionali appena la controparte ci convocherà per iniziare a discutere il nuovo ACN 2019-2021.

Finalmente dopo un lungo nostro periodo di assenza sindacale contrattuale non vediamo l'ora di illustrare nelle sedi competenti le nostre proposte e di confrontarci sia con la parte pubblica che con le altre sigle sindacali presenti ai tavoli di trattativa.

Medici convenzionati con il Ssn

In pensione a 72 anni. Cui prodest?

Ildo Antonio Fania
Coordinatore
Nazionale Area
Medici Medicina
Generale

Il decreto Milleproroghe ha dato il via libera al mantenimento in servizio del personale medico in regime di convenzionamento con il Ssn fino al compimento del settantaduesimo anno d'età

Con il definitivo via libera della Camera al cosiddetto Decreto Milleproroghe è arrivata una norma molto attesa sia da medici che pazienti: il mantenimento in servizio dei medici di famiglia fino al settantaduesimo anno di età. È il caso di fare subito qualche riflessione in materia, in attesa di completarle dopo che il ministero della Salute avrà diramato le proprie istruzioni applicative. L'articolo 4, comma 9-octiesdecies prevede che *“Al fine di far fronte alle esigenze del Servizio sanitario nazionale e di garantire i livelli essenziali di assistenza, in assenza di offerta di personale medico convenzionato collocabile, le aziende del Servizio sanitario nazionale, sino al 31 dicembre 2026, possono trattenere in servizio, a richiesta degli interessati, il personale medico in regime di convenzionamento col Servizio sanitario nazionale di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza, fino al compimento del settantaduesimo anno di età comunque entro la predetta data”*.

Innanzitutto: chi è interessato dalla proroga? Non è una domanda banale, perché in molti articoli pubblicati su diversi organi di stampa si parla delle categorie dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta. Ma in realtà il testo di legge parla di personale me-

dico in regime di convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale, quindi in realtà dovrebbero essere coinvolti anche gli addetti ai servizi di continuità assistenziale, emergenza territoriale e medicina dei servizi, oltre agli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Altra domanda: la permanenza in servizio è un diritto oppure può essere negata? Anche qui soccorre il testo della norma, che parla, come presupposto, dell'assenza di offerta di personale medico convenzionato collocabile, e dice che, su questa base, le Asl possono trattenere in servizio i richiedenti. L'esperienza dice, in concreto, che nel Lazio, dove una deroga simile è già in vigore, alcune Asl hanno negato la prosecuzione ai richiedenti, giovandosi della presenza di altri medici in graduatoria. In Veneto invece le Asl accettano di buon grado la disponibilità dei richiedenti per il proseguimento della loro attività fino a 72 anni.

Infine, la domanda delle domande: conviene chiedere il mantenimento in servizio? Generalmente, dopo le riforme Enpam ingenerate dalla riforma Fornero è difficile vedere pensioni elevatissime, più alte dello stipendio percepito, salvo forse per qualche specialista ambulatoriale. Quindi, se si gode di buona salute e di una discreta voglia di rendersi ancora utili, il vantaggio economico dovrebbe essere concreto. Sul versante pensionistico, dopo la bocciatura attuariale della proposta Enpam di incentivi calcolati sull'intero trattamento, restano comunque delle maggiorazioni percentuali sugli anni di servizio successivi al pensionamento, e soprattutto si aggiungono anni di contributi al calcolo dell'assegno: per un medico generico massimalista ad occhio e croce ogni anno di lavoro in più dovrebbe mediamente tradursi in circa un centinaio di euro netti mensili di incremento pensionistico.



Telemedicina



La mia esperienza...

La testimonianza di una Mmg che durante la pandemia ha fatto di necessità virtù sperimentando le televisite per i pazienti affetti da febbre e impossibilitati ad andare presso il suo studio facendole così maturare l'idea di superare il consulto telefonico

Laura Viotto
medico di medicina
generale, ASL Roma
2 Distr.7

Questo racconto nasce dalla mia esperienza di medico di medicina generale, all'inizio della pandemia quando non erano disponibili i dispositivi individuali di protezione e del Covid ancora non si conosceva nulla, clinicamente parlando. Lavoro in un quartiere semicentrale popoloso di Roma come Mmg da 28 anni e da circa 15 anni in una medicina di gruppo con altri 4 colleghi. L'esigenza di instaurare una modalità di televisita per i pazienti affetti da febbre e impossibilitati a venire presso il mio studio mi ha fatto matura-

re l'idea di dover superare la sola chiamata telefonica. La possibilità di effettuare videochiamate mediante il pc di studio, era fondamentale per acquisire più informazioni cliniche e per attenuare l'ansia e lo stress "malattia dipendente" che era palpabile nei pazienti ma anche nel loro medico di famiglia.

Da aprile 2020 ho iniziato ad usare la piattaforma Skype dal computer dello studio perché più congeniale per me e da allora l'ho sempre utilizzato con metodo, al punto da farlo diventare un ulteriore au-

silio clinico informatico per il mio lavoro di medico e nel rapporto con il paziente.

In effetti ci sono altre piattaforme ugualmente gratuite e accessibili ad esempio *googlemeet*, *zoom* e la app scaricabile su desktop di WA web, che però richiedono un minimo di abilità informatica in più.

Ad oggi ho arruolato circa 150 pazienti, in un'età compresa tra i 17 e i 94 anni. La maggior parte di loro, dopo una prima fase di comprensibile sorpresa, ha aderito all'iniziativa rapidamente altri lo hanno fatto dopo un'iniziale resistenza (es: non so installarlo, non so come funziona e via dicendo). Solo una minima parte ha rifiutato il mezzo per mancanza di supporti informatici idonei.

La disponibilità della televisita è di tutti i giorni lavorativi durante l'orario di studio.

Vantaggi

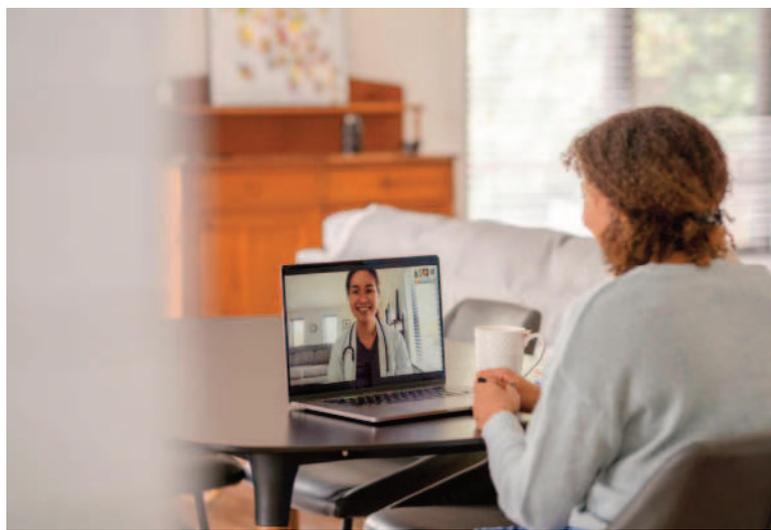
Skype è una piattaforma gratuita abbastanza agevole nell'uso e nell'installazione, permette di allegare documenti semplicemente richiamando il nome del paziente, lascia tracce di data e orari di chiamate fatte o ricevute e con la funzione *chat* permette di scrivere consigli o prescrizione di farmaci in fascia C.

Posso vedere saturimetria e *walking test* in diretta o altri monitoraggi come ad esempio i pressori.

Uso le videochiamate solo dal mio schermo pc di studio poiché mi permette di cogliere informazioni cliniche, comportamentali e ambientali del paziente. Contemporaneamente consulto la scheda del paziente dal gestionale, posso ripetere la videochiamata quante volte è necessario: nonostante ne abbia parlato con altri colleghi di questa modalità, rimango isolata nell'utilizzo così descritto.



Telemedicina



Fare videochiamate con WhatsApp dallo smartphone, è una opzione da me scartata per scarsa performance di "visitare" un paziente dallo schermo ridotto dello smartphone

Loro mi riferiscono di effettuare le videochiamate con il cellulare mediante la comune applicazione WhatsApp, opzione da me scartata per scarsa performance di "visitare" un paziente dallo schermo ridotto dello smartphone.

Anzi, a certi pazienti all'inizio recalcitranti che chiedevano di effettuare videochiamate su cellulare ho risposto che tale modalità è insufficiente per una tele visita.

Ricordo che ad oggi, scaricando sul desktop del computer l'applicazione WhatsApp web è possibile fare videochiamate dallo schermo del pc.

Dal punto di vista istituzionale, la telemedicina è stata definita in un manuale del ministero della Salute del 27/10/2020 dal titolo "Indicazioni nazionali per erogazione di prestazioni in telemedicina" (1). In quel documento vengono menzionate più tipologie che rientrano nella telemedicina e tra queste la tele visita e il teleconsulto sono annoverati come atti medici regolamentati solo per specialisti ambulatoriali ed ospedalieri. Recentemente la Regione Lazio, con l'Atto n. G18206 del 20/12/2022 "In-

dirizzi programmatici per l'attuazione di quanto previsto dal Decreto 29 luglio 2022 (tecnologie diagnostiche) e per la definizione di progetti di telemedicina(2)", ha inserito anche la medicina generale nella telemedicina. Ricordo inoltre che durante la pandemia sono state rilasciate in varie regioni piattaforme che prevedevano il telemonitoraggio dei pazienti Covid, anche nel Lazio ma è praticamente inutilizzata per la scarsa maneggevolezza tecnologica.

Lacune e vantaggi

Certificazione fatta dopo una tele visita, ancora non ben definita a livello medico legale per ovvi limiti nella semeiotica imposti dalla distanza, superamento in futuro della piattaforma skype con altre, i medici sostituiti non hanno utilizzato la metodica;

Evoluzione utilizzo tele visita

Dopo la fase critica della pandemia considerato l'impatto positivo per il mezzo, sia da parte dei pazienti che da parte mia, ho continuato a utilizzare la tele visita nei confronti dei malati con febbre o con impossibilità

funzionali temporanee a venire a studio (es. fratture, anziani con scarsa mobilità e via dicendo). Ovviamente per me si tratta di persone già note dal punto di vista clinico. L'utilizzo della tele visita ha promosso l'empowerment degli assistiti e ottimizzato il mio tempo di lavoro.

La mia esperienza pionieristica, sicuramente positiva, mi ha permesso di monitorare un paziente senza dovermi recare presso il suo domicilio rendendo più efficiente il sistema ambulatoriale. La tele visita nella maggior parte dei casi è sufficiente ma, trattandosi di atto medico, è chiaro che il sanitario qualora non sia soddisfatto da un punto di vista clinico ha il diritto di scegliere un altro mezzo clinico di visita o di monitoraggio.

Come sviluppo futuro sarebbe opportuno che la telemedicina, in modalità tele visita con i pazienti e teleconsulto tra medici, venisse implementata nei gestionali degli studi medici attualmente in uso tra i MMG e i pediatri già interoperabili con diverse piattaforme regionali (AVR; ASUR, SOGEL, FSE, etc.). Essi dovranno, attraverso strumenti di cooperazione applicativa, interagire con i diversi applicativi regionali per la necessaria condivisione, previo consenso informato, delle informazioni assistenziali riguardanti i propri assistiti nella prospettiva di poter alimentare il FSE. Speriamo presto e con criterio.

Riferimenti normativi:

<https://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>

https://www.ares118.it/pdf/trasparenza/statuti/2022/Det%20.%20GI8206%20del%2020%20dicembre%202022_requisiti%20I16117.pdf



La specialistica ambulatoriale conviene anche ai biologi

La sanità offre nuovi spazi e possibilità: prevenzione, diagnosi, follow-up delle malattie, ricerca. I perché di una scelta

Nicoletta Bonfrate
Laboratorio Analisi
Ospedale San
Giovanni Bosco,
Torino

Gli sbocchi occupazionali attualmente accessibili al biologo spaziano dagli ambiti più naturalisti ed ecologici a quelli che classicamente si associano alla professione, ovvero sanitari ed universitari, fino alle nuove aree di interesse lavorativo, come la cosmetologia, la genetica forense, la tutela dei beni culturali, la fecondazione assistita.

Tuttavia il settore sempre valido all'interno del quale può trovare spazio il Biologo è la "sanità", in particolare la medicina di laboratorio finalizzata alla prevenzione, alla diagnosi, al follow-up delle malattie ed alla ricerca. Fino al 2005, il ruolo del Biologo Ambulatoriale era poco conosciuto e l'unico modo per accedere al Servizio sanitario nazionale era la dipendenza (CCNL dirigenza area sanità) attraverso la partecipazione ai concorsi pubblici, concorsi che sono diventati sempre più rari.

La formazione del Tavolo Unico di Trattativa dell'ACN della specialistica ambulatoriale e dei professionisti sanitari ha permesso al biologo di avere più visibilità, grazie alla formazione del Sindacato SUMAI ASSOPROF, di cui da allora facciamo parte, con conseguente facilitazione ad accedere ai

laboratori ospedalieri regolamentati da normative nazionali e regionali che garantiscono l'adeguatezza dei servizi offerti al paziente e dove il biologo si trova ad operare all'interno di un'equipe multidisciplinare. In tale contesto la scelta del biologo di accedere alla specialistica ambulatoriale è dettata, oltre che da una tipologia di accesso coerente con le aspirazioni professionali del professionista, dalla possibilità di contrarre un tipo di rapporto di para-subordinazione, caratterizzato dall'assenza di un vincolo di subordinazione vero e proprio pur nel rispetto del necessario coordinamento dell'attività lavorativa con la struttura organizzativa e della parità del ruolo svolto nel laboratorio del convenzionato interno e del dirigente.

Nella Specialistica ambulatoriale, infatti, è implicita la presenza di alcuni degli elementi che connotano il rapporto di lavoro subordinato, come l'inserimento funzionale nella organizzazione dell'ente, l'osservanza di vincoli di orario, la predeterminazione delle modalità di svolgimento delle prestazioni, l'osservanza della po-testà disciplinare, il regime delle assenze della malattia e della gravidanza, il regime delle ferie e del congedo

matrimoniale ed il modo in cui è determinato e liquidato il compenso. L'elemento distintivo e fondamentale è dato dall'autonomia che si manifesta nell'assenza di soggezione ad un potere direttivo e nella responsabilità individuale, implicito nell'esercizio stesso della professione del biologo.

Altri punti di forza della specialistica ambulatoriale sono la flessibilità oraria e di sede di lavoro (ospedaliero o territorio) che permette al Professionista di gestire la propria attività lavorativa in armonia con gli impegni quotidiani, la scelta di un percorso formativo che garantisca l'acquisizione di nuove competenze e la possibilità di realizzare attività di ricerca e di ottimizzazione del lavoro attraverso la realizzazione di progetti obiettivi finalizzati.

Per quanto riguarda le retribuzioni, il SUMAI nazionale negli ultimi anni ha ottenuto una progressiva riduzione dell'iniziale divario tra il maggiore compenso orario dei Medici specialisti rispetto a quello dei Professionisti.

Recentemente in Piemonte il nuovo Accordo Integrativo Regionale ha previsto anche per le nuove attività e funzioni identiche retribuzioni tra Medici specialisti e Professionisti. È stata prevista anche la partecipazione attiva dei Biologi nelle AFT (forme organizzative a carattere monoprofessionale e multidisciplinare) che erogano visite e prestazioni specialistiche di diagnostica, di laboratorio, consulti o interventi specialistici interdisciplinari finalizzate al controllo di gruppi di popolazione affetti da patologie croniche che non necessitano di ricovero ospedaliero. Tutti questi sono elementi che possono favorire la scelta della Specialistica ambulatoriale da parte del Biologo.

L'assistenza sanitaria integrativa

La convenzione Sumai-Assidai fornisce agli iscritti al sindacato uno strumento in grado di assicurare un elevato livello di copertura aggiuntiva di tutela della salute

Tra le convenzioni stipulate da Sumai-Assoprof, riservate agli Iscritti, di notevole interesse la convenzione con il fondo di assistenza sanitaria Assidai sia per le caratteristiche assistenziali che prevedono prestazioni medico socio-sanitarie molto ampie nell'area ricovero e in quella extra ricovero, oltre a servizi di assistenza e prevenzione, sia per le interessanti condizioni economiche del contributo di adesione previste dalla convenzione per il 2023 con anche novità ed estensioni delle coperture assistenziali.

Per ulteriori informazioni in merito al Piano sanitario Base, al Piano sanitario Top, alle prestazioni per la non autosufficienza Long Term Care, al Piano sanitario Familiari e alle modalità di adesione si può consultare tutta la documentazione disponibile nell'area riservata agli Iscritti Sumai del sito www.sumaiassoprof.org. Per aderire è possibile contattare Assidai al numero 06 44070600 o dal sito www.assidai.it

Una convenzione, ci sembra, di particolare qualità in un settore, quello dell'assistenza sanitaria integrativa, di grande attualità e sempre più in divenire tassello importante nel sistema welfare del nostro paese. Una convenzione accuratamente individuata dal SUMAI Assoprof per fornire agli iscritti uno strumento in grado di assicurare un elevato livello di copertura sanitaria che dia a noi e alle nostre famiglie un'opportunità aggiuntiva di tutela della propria salute.

SCOPRI L'ECCELLENZA SANITARIA ASSIDAI PER GLI ISCRITTI SUMAI



CHI È ASSIDAI

Fondo di assistenza sanitaria integrativa con natura giuridica di ente non profit, è nato oltre 30 anni fa su iniziativa di Federmanager per prendersi cura della salute di manager, quadri e alte professionalità. L'assenza di selezione del rischio e l'impossibilità di recesso dall'iscrizione da parte del Fondo, garantiscono la tutela degli aderenti durante l'intero arco della loro vita. Assidai garantisce ai propri iscritti prestazioni medico socio-sanitarie, oltre a servizi di assistenza e prevenzione.

I VANTAGGI

La convenzione è riservata ai Soci SUMAI Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria e alle loro famiglie (figli fino a 26 anni).

Con un contributo aggiuntivo Assidai offre anche la possibilità di estendere l'assistenza sanitaria ai figli over 26 anni e fino a 65 anni.

Assidai
Il fondo sanitario per il tuo benessere



VALORI UNICI

- 1 Nessun limite di età all'ingresso e di permanenza nel Fondo.
- 2 Nessun questionario sanitario da compilare al momento dell'iscrizione.
- 3 Impossibilità di recesso unilaterale da parte del Fondo.
- 4 Validità delle coperture in tutto il mondo.
- 5 Possibilità di estendere l'assistenza sanitaria ai figli fino al 65° anno di età, anche se sposati, scegliendo il Piano Sanitario "Familiari".
- 6 Inclusione nei Piani Sanitarii SUMAI delle prestazioni per la non autosufficienza.

Gli iscritti potranno usufruire delle prestazioni sanitarie previste nel proprio Piano Sanitario:

- in convenzione diretta presso strutture sanitarie di eccellenza presenti su tutto il territorio nazionale;
- presso la struttura o il medico specialista di fiducia, chiedendo il rimborso della prestazione all'interno dell'area riservata personale.

DUE SOLUZIONI TRA CUI SCEGLIERE

I Piani Sanitari dedicati ai Soci ANP sono: **Piano Sanitario PLUS** e **TOP**, i quali prevedono prestazioni molto ampie nell'area ricovero e in quella extra ricovero (vedi tabella).

Contributo di adesione per il 2023:

- > **Piano Sanitario SUMAI BASE**
euro 481 (fino a 50 anni)
euro 629 (over 50 anni)
- > **Piano Sanitario SUMAI TOP** euro 1.740

Qualora si desideri aderire dal 1° luglio 2023 (validità fino 31 dicembre 2023) il contributo di adesione è ridotto del 40%.

PRESTAZIONI PER LE PERSONE	PIANO SANITARIO SUMAI BASE	PIANO SANITARIO SUMAI TOP
Ricoveri per interventi di alta specializzazione	✓	✓
Tutti i ricoveri e day-hospital con o senza intervento	✓	✓
Interventi chirurgici ambulatoriali	✓	✓
Extraspedaliere (tra le quali TAC, ECG, ecografia, chemioterapia, RX)	✓ ¹	✓ ²
Visite specialistiche	✓	✓
Esami di laboratorio	✓	✓
Non autosufficienza	✓	✓
Prevenzione	✓	✓

1) 20 tipologie di esami. 2) 38 tipologie di esami

COME ADERIRE

PER MAGGIORI INFORMAZIONI E PER ADERIRE CONTATTARE:
Andrea Riganelli | Praesidium Spa
| 345 88 59 615 | andrea.riganelli@praesidiumspa.it
praesidiumspa.it



La specialistica ambulatoriale del futuro tra criticità ed attrattive

Questo il titolo del convegno Regionale Campano il cui obiettivo era far luce sul riordino dell'assistenza territoriale, compresa la specialistica ambulatoriale, secondo quanto previsto dal PNRR. Il tutto con un occhio rivolto ai giovani medici specialisti

A cura di
Roberta Borrelli
Specialista ambulatoriale
Odontoiatra
Salerno;
Francesca Sguazzo
Specialista ambulatoriale
Geriatra Salerno;
Luigi Sodano,
Direttore Nazionale
Scuola formazione sindacale SUMAI
Assoprof

Il 16 febbraio scorso a Salerno presso la Sala Bottiglieri del Palazzo della Provincia di Salerno si è tenuto il Convegno Regionale Campania Giovani SUMAI, dal titolo "Lo Specialista Ambulatoriale del futuro tra criticità ed attrattive".

Il Convegno è stato organizzato dal Consiglio provinciale del SUMAI di Salerno, con Responsabile scientifico Roberta Borrelli, con il sostegno della

Scuola di Formazione sindacale del SUMAI nazionale diretta da Luigi Sodano e accreditato dalla SIFoP Nazionale rappresentata al convegno dal Segretario nazionale Paola Mattei. Il convegno ha inoltre avuto il patrocinio morale della Provincia di Salerno e dell'ASL Salerno, quest'ultima presente attivamente con gli interventi del Direttore generale Ing. Genaro Sosto e del Direttore sanitario,

Primo Sergianni, che hanno portato i saluti formali ai partecipanti e anticipato una serie di iniziative dell'Azienda tendenti a favorire e sviluppare gli ambulatori specialistici territoriale con la collaborazione degli stessi specialisti ambulatoriali interni e la rappresentanza sindacale SUMAI della provincia di Salerno.

L'obiettivo era far luce sul riordino dell'assistenza territoriale, compresa la specialistica ambulatoriale, prevista dal PNRR e si è dimostrata un'occasione di confronto partendo da un resoconto della situazione attuale e discutendo su quali prospettive si possono prevedere in virtù dei nuovi modelli organizzativi previsti proprio dal suddetto PNRR e i DM collegati. Il tutto comprensivo delle nuove opportunità lavorative che si stanno creando per i giovani medici specialisti a cui va però anche affiancata una formazione sindacale necessaria ad affrontare con coscienza e conoscenza le sfide future che verranno dalle nuove strutturazioni organizzative. Una sfida, compresa quella della integrazione in ambito territoriale con i Medici di medicina generale ed i Pediatri di libera scelta, che in alcune regioni rimane un lontano obiettivo. Non a caso le relazioni del convegno





sono state volutamente affidate ai giovani Sumaisti, provenienti dalle varie province campane, che, come ha detto nel suo intervento introduttivo Luigi Sodano della Scuola di formazione sindacale del SUMAI, dovranno vigilare nei prossimi anni sulla trasformazione dell'assistenza sanitaria prevista dal DM 77 e sostenuta dai finanziamenti del PNRR.

Impossibilitato ad essere presente per impegni istituzionali il Segretario Generale SUMAI, Antonio Magi, con un videomessaggio oltre a salutare i partecipanti e i dirigenti sindacali campani ha anticipato la volontà di organizzare proprio a Salerno un Convegno nazionale, insieme ad un Consiglio Nazionale del sindacato, su contrattazione nazionale, regionale e aziendale, nonché sulla femminilizzazione della professione e naturalmente sulla riforma prevista dal PNRR e dal DM 77, affidando, sul modello del convegno salernitano, gli interventi ai giovani provenienti

“

L'evento ha permesso di far emergere le numerose problematiche che dell'assistenza specialistica territoriale, tra cui il bisogno di un riassetto dei modelli organizzativi

dalle varie regioni.

L'obiettivo del convegno era contribuire all'elaborazione delle proposte operative del futuro, partendo primariamente da un'accurata analisi delle criticità esistenti nei diversi assetti territoriali.

La multidisciplinarietà dell'evento ha permesso di far emergere le numerose problematiche che attanagliano l'assistenza specialistica territoriale, tra cui il bisogno di un riassetto dei modelli organizzativi presenti che hanno reso sempre più laborioso e complesso l'accesso dell'utenza agli ambulatori.

Sistema CUP, liste d'attesa, carenza del personale infermieristico e amministrativo hanno evidenziato l'inappropriatezza della rete organizzativa attuale causando di fatto l'allontanamento del paziente dagli ambulatori, aumentando i giorni d'attesa per l'erogazione delle prestazioni, costringendo l'utenza ad una mobilità territoriale regionale che ha sen-

sibilmente ridotto l'accesso alle cure di prossimità, causando una frattura importante nel rapporto medico-paziente.

Per alcune branche addirittura l'offerta delle prestazioni erogabili nei singoli distretti è inferiore alle possibili prestazioni presenti nel Lea. Esempio lampante è la branca dell'Odontoiatria da sempre identificata come esigenza sociale ed economica ma che nelle regioni del Sud Italia, in particolare nella stessa Campania che pure ha numerosi ambulatori di odontoiatria, si vede ridurre drasticamente ad una branca di sola urgenza e prevenzione, impedendo di fatto la presa in carico del paziente che spesso rinuncia definitivamente alle cure, dati i costi onerosi delle suddette prestazioni nel privato e i pochi, quasi nulli, centri privati accreditati.

Per la Segretaria del SUMAI di Salerno, Daniela Postiglione, e per Ferdinando Ferrara, Presidente del Comitato regionale della specialistica ambulatoriale campana, la sfida è e sarà sempre di più quella di mettere in luce quanto rilevante sia il ruolo degli Specialisti Ambulatoriali Interni per poter affrontare con adeguate risorse tecnologiche le complessità diagnostiche-terapeutiche utili a ridurre gli accessi impropri nelle strutture ospedaliere.

Partecipazione e apprezzamento, durante il congresso, per il simposio organizzato e diretto dagli oculisti specialisti ambulatoriali del SUMAI Assoprof il cui titolo era: "Sfida alle maculopatie, strumenti terapeutici, tecnologici ed organizzativi"

Gli oculisti del Sumai al congresso della Siso



Dal 18 al 20 maggio si è svolto a Roma il 2° Congresso Nazionale della Società Italiana di Scienze Oftalmologiche (S.I.S.O.), con oltre 2400 partecipanti, circa 600 relatori, 35 chirurgie in diretta, 100 corsi monotematici. Hanno portato il saluto delle istituzioni il Ministro della Salute, Orazio Schillaci e il Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, Antonio Magi, Segretario Nazionale SUMAI Assoprof. Sono stati trattati i temi dell'oftalmologia più innovativi, l'utilizzo di nuovi farmaci, l'applicazione dell'intelligenza artificiale, le nuove tecniche chirurgiche, le problematiche organizzative e gestionali dei servizi, evidenziando la centralità di tutti i ruoli professionali dell'Oculistica Italiana rappresentati nella SISO. Grande partecipazione e apprezzamento per il tema proposto ha suscitato "Sfida alle maculopatie, strumen-

ti terapeutici, tecnologici ed organizzativi", il simposio organizzato e diretto dagli oculisti specialisti ambulatoriali del SUMAI Assoprof: Tiziana Foà, Vice Presidente della SISO e Alberto Piatti. Il Simposio ha visto anche la partecipazione degli oculisti SUMAI Lina Ambrosino e Speranza Iossa oltre che degli universitari Prof. Michele Reibaldi e Maria Vadalà. Tiziana Foà ha preso in esame il ruolo degli specialisti ambulatoriali nel percorso di cura delle maculopatie. Ha illustrato le caratteristiche principali dei modelli assistenziali della cronicità ed ha sottolineato la funzione delle nuove Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) degli specialisti ambulatoriali che permettono maggiore equità ed accesso alle cure e la presa in carico del paziente cronico maculopatico pluripatologico attraverso specifici PSDTA in stretta integrazione

con l'Ospedale. È stata proposta la costituzione di Reti Specialistiche Clinico-assistenziali che assicurino appropriatezza e continuità assistenziale. La Rete territoriale prenderà in carico il paziente maculopatico secondo PDTA strutturati sulla base delle Linee guida e dell'EBM. Il PNRR con il DM 7/22 prevede la costituzione di Case di Comunità e la dotazione strumentale di OCT e retinografo degli ambulatori oculistici, con la possibilità di effettuare lo screening, la diagnosi ed il follow up delle maculopatie sul territorio. Si definisce quindi un nuovo ruolo per lo specialista ambulatoriale interno che lavorerà sempre meno come "solista" ma più in equipe ed in rete, favorendo la presa in carico del paziente.

Alberto Piatti ha descritto l'organizzazione dell'ambulatorio maculopatie sul territorio, attuale punto di riferimento nella ASL TO5 di Torino; Speranza Iossa ha illustrato con efficacia gli strumenti di appropriatezza nell'interazione territorio-ospedale; Lina Ambrosino ha proposto un'esauriva revisione della letteratura sullo screening delle maculopatie e l'utilizzo della telemedicina in ambito oftalmologico.

La SISO infine si pone anche l'obiettivo di valorizzare il confronto tra le varie figure professionali operanti nei diversi setting assistenziali attraverso specifici eventi formativi favorevoli l'integrazione e l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, per assicurare ai pazienti la migliore gestione delle patologie oftalmologiche.

Dislipidemie

Rischio aterosclerotico e malattia cardiovascolare

Dal Convegno “L’Arte di invecchiare”
organizzato a Napoli la scorsa primavera

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

Le dislipidemie rappresentano uno dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari (MCV), partecipando alla patogenesi dell’aterosclerosi nelle arterie di medie e grandi dimensioni; inoltre livelli elevati di colesterolo possono influenzare negativamente anche la microvascolarizzazione, prima ancora dello sviluppo dell’aterosclerosi conclamata (1). Sono caratterizzate dall’aumento, congiunto o meno, del colesterolo plasmatico e dei trigliceridi, o da un basso livello di colesterolo HDL. Se ne riconoscono forme primitive (da mutazioni genetiche singole o multiple) o secondarie (prevalentemente legate ad uno stile di vita sedentario e/o alimentazione incongrua con eccessivo apporto di calorie totali, grassi saturi, colesterolo, o legate a patologie quali diabete mellito, alcolismo, uso di farmaci).

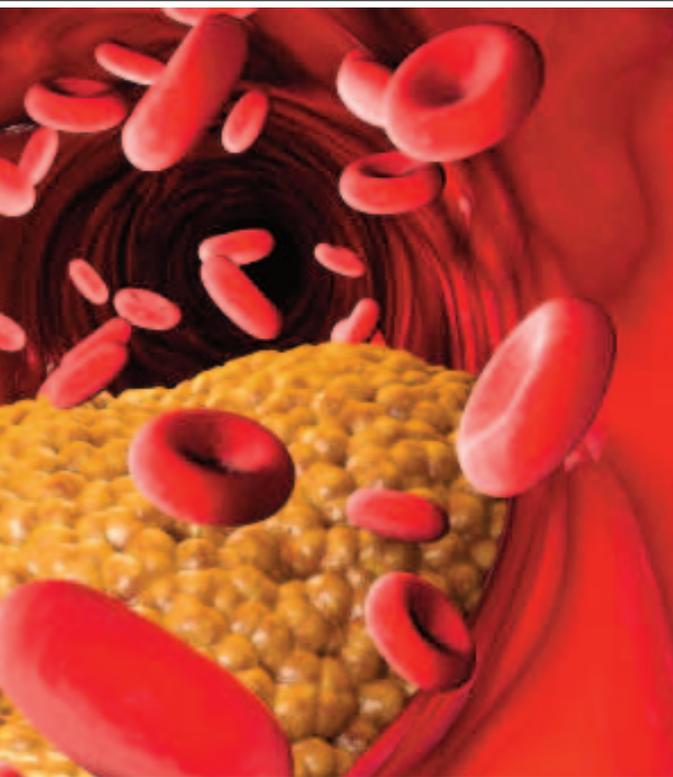
L’aterosclerosi è la principale causa di MCV, quali coronaropatia, IMA, arteriopatia periferica, ed è responsabile di circa il 31% di tutti i decessi globali (2). Si calcolano oltre 4 milioni di morti in Europa/anno di cui 2,2 milioni di donne e 1,8 milioni di uomini, sebbene la MCV prima dei 65 anni sia più comune nei maschi (490.000 vs. 193.000) (3). È una pa-

tologia infiammatoria cronica a lenta evoluzione, ad eziopatogenesi multifattoriale (stress ossidativo, infiammazione, ipertensione, iperlipidemia) ed è in definitiva determinata dall’accumulo di colesterolo lipoproteico a bassa densità all’interno della parete arteriosa delle arterie medie e grandi. Gli eventi iniziali vanno identificati nel danno endoteliale, in cui monociti/macrofagi e linfociti T giocano un ruolo fondamentale nello sviluppo della lesione aterosclerotica, in quanto mediano i processi infiammatori nell’intima e, in seguito all’interazione con le proteine circolanti nel plasma rappresentano il sito primario di accumulo lipidico, con formazione della placca aterosclerotica e di un cappuccio fibroso, composto da proteine della matrice extracellulare e cellule muscolari lisce, che agisce per stabilizzare la placca. La degradazione, l’assottigliamento e la successiva rottura del cappuccio fibroso portano all’aterotrombosi lume-occlusiva che più comunemente provoca infarto o ictus (4).

Le malattie cardiovascolari sono state per lungo tempo considerate, nell’accezione comune, di appannaggio prevalentemente maschile, ma nella realtà rappresentano, come detto, la



principale causa di mortalità (ca. il 40% delle morti femminili è dovuto ad infarto e ictus) e disabilità femminile, risultando di gran lunga le patologie più frequenti anche di tutti i tumori femminili considerati nel loro insieme. Le donne presentano delle peculiarità cardiovascolari sesso-dipendenti ed età-dipendenti: durante il periodo fertile tendono ad avere un profilo lipidico migliore rispetto agli uomini per effetto degli estrogeni; mentre in menopausa la cessazione della funzionalità ovarica determina alterazioni metaboliche che portano aumento dell’adiposità addominale, dei trigliceridi, del glucosio, dell’insulina, dell’LDL con conseguente aumento del rischio cardiovascolare. Pertanto, nelle donne l’incidenza di comparsa di patologie cardiovascolari è inferiore rispetto all’uomo durante l’età fertile, tende ad eguagliarla con la menopausa, ed a superarla dopo i 75 anni. Donne e uo-



mini, pur essendo soggetti alle stesse patologie, possono presentare non solo incidenza, ma anche sintomi, progressione della malattia, risposta alle cure, molto diversi tra loro. La cardiopatia ischemica, ad esempio, nelle donne può manifestarsi in maniera atipica (con dolore alla schiena, al collo, alla mandibola, nausea/vomito, dispnea, palpitazioni), diversamente dai maschi in cui prevalgono dolore al torace ed irradiazione tipica, determinando spesso ritardo diagnostico e terapeutico. Ricordiamo a tal proposito il famoso editoriale “*The Yentl syndrome*”, pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel 1991 (5), della dottoressa Bernardine Patricia Healy (cardiologa americana e prima donna Direttrice del *National Institute of Health-NIH*) che evidenziò, in riferimento a due studi presenti in rivista, la differente gestione della patologia coronarica nei due generi, con un numero ridotto di



Fondamentale è il ruolo della prevenzione nelle MCV aterosclerotiche, volto a ridurre i fattori di rischio, quali in particolare elevati valori di C-LDL, ma anche ipertensione, fumo, controllo della glicemia come sottolineato in numerose linee guida

interventi diagnostici e terapeutici effettuati sulle donne rispetto agli uomini a parità di condizioni; e, dunque, un approccio clinico-terapeutico discriminatorio e insufficiente se confrontato con quello praticato nei confronti degli uomini. Da allora lo sviluppo negli anni e la piena applicazione della medicina di genere, inserita anche nel nostro SSN, è volto proprio a garantire, sempre più, qualità e appropriatezza assistenziale in modo omogeneo sul territorio nazionale (6).

Fondamentale è il ruolo della prevenzione nelle MCV aterosclerotiche, volto a ridurre i fattori di rischio, quali in particolare elevati valori di C-LDL, ma anche ipertensione, fumo, controllo della glicemia come sottolineato in numerose linee guida (3). Prevenzione che passa dall’adozione di un corretto stile di vita (corretta alimentazione, adeguata attività fisica, controllo del peso corporeo) e che deve coinvolgere anche le fasce più giovani della popolazione, considerando il significativo incremento della obesità infanto-adolescenziale nel nostro paese e nel mondo occidentale (“pandemia di obesità infantile”), a rischio elevato di persistenza in età adulta e che può predisporre e contribuire all’inizio ed alla progressione del danno arterioso che conduce all’evento cardiovascolare. E lo stesso eventuale trattamento farmacologico dell’ipercolesterolemia viene quasi sempre preceduto ed accompagnato dalla modifica dello stile di vita. Importante è, pertanto, sia la prevenzione che la diagnosi precoce con trattamenti tempestivi, quali modificazioni dietetiche, esercizio fisico e farmaci ipolipemizzanti. In questo gioca un ruolo importante la specialistica ambulatoriale territoriale ed ospedaliera sia nel migliorare il percorso diagnostico-terapeutico che, ancor più, nella prevenzione primaria.

Bibliografia

1. Teresa Padró et Al. Dyslipidemias and Microcirculation *Curr Pharm Des* 2018;24(25):2921-2926
2. Yee-Hung Chan et Al. Atherosclerosis: Pathogenesis and Key Cellular Processes, Current and Emerging Therapies, Key Challenges, and Future Research Directions *Methods Mol Biol* 2022;2419:3-19
3. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) *European Heart Journal* (2011) 32, 1769-1818
4. Daniel Steinberg: Atherogenesis in perspective: Hypercholesterolemia and inflammation as partners in crime. *Nat. Med* 8, 1211-1217 (2002)
5. B. P. Healy: The Yentl Syndrome *N Engl J Med* 1991; 325:274-276
6. Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere sul territorio nazionale previsto dall’articolo 3 della legge 3/2018, Conferenza Stato-Regioni 30/5/2019

a cura di
Umberto Goglia
SAI, SC
Endocrinologia e
Diabetologia
Territoriale –
ASLCN1 - Tesoriere
Provinciale SUMAI-
ASSOPROF Cuneo;

Katia Bonomo
SAI, SSD Malattie
Endocrine e
Diabetologia –
ASLTO3 - SUMAI-
ASSOPROF Torino;
Andrea Sciolla
Chirurgo Vascolare,
SAI – Segretario
Provinciale SUMAI-
Assoprot Cuneo;

Fernando Muià
Otorinolaringoiatra,
SAI – Segretario
Provinciale, SUMAI-
Assoprot Torino;
Luigi Fontana
Cardiologo,
Coordinatore
Nazionale SIFOP;

Renato Obrizzo
Cardiologo, SAI –
Segretario
Regionale SUMAI-
Assoprot Piemonte
– Direttore Centro
Studi SUMAI-
Assoprot

Il ruolo della Sai nella rete endocrino- diabetologica in Piemonte Le indicazioni del DM77

Nel 2016 la Regione Piemonte ha pubblicato un documento sul nuovo approccio diagnostico-terapeutico del paziente affetto da diabete mellito (in seguito aggiornato a PSDTA, Percorso di Salute e Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale Diabete Mellito), basato su un modello organizzativo ospedale-centrico, di tipo Hub-Spoke

In seguito alla pandemia da COVID-19 le istituzioni europee hanno dato vita ad un nuovo programma di ripresa economica e sociale denominato PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), con investimenti di circa 15,6 miliardi di euro dedicati alla Mission 6 (Area Sanitaria), puntando alla implementazione della medicina territoriale favorendo una rete di interconnessione tra ospedali / case di cura / territorio.

Il Decreto Ministeriale 77 (DM77) rappresenta lo strumento legislativo operativo che rende concreta l'attuazione di questi principi in una nuova visione della medicina territoriale. Il nostro lavoro è basato su una approfondita analisi dell'attuale modello per l'identificazioni degli attori coinvolti, siano essi sanitari, non sanitari, sociali, amministrativi. Inoltre abbiamo integrato alcune nuove strutture funzionali come le Centrali Operative Funzionali (COT), vero e proprio "ganglio" strategico all'inter-

no della gestione dei processi, le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), nuovo strumento organizzativo monoprofessionale e multidisciplinare, nate per la medicina convenzionata all'interno delle Case di Comunità (CdC). Infine abbiamo proposto una nuova flow-chart del percorso del paziente metabolico cronico, mediante l'implementazione della telemedicina (TLM), attraverso un approccio multidisciplinare alla persona, in una visione di "presa in carico" qualitativa e non quantitativa-prestazionale del paziente cronico. La Regione Piemonte dopo l'istituzione della Rete Endocrino-Diabetologica (Rete ED), ha deliberato l'attivazione del PDTA Diabete Mellito (DGR 61/2010 e DD 546 del 15/09/2016), recentemente aggiornato in *Percorso di Salute e Diagnostico Terapeutico-Assistenziale (PSDTA) Diabete Mellito*. Tale PSDTA ha la finalità di delineare la presa in carico del paziente con diabete mellito sulla base dei livelli minimi di assistenza diabetologica e individua il percorso clinico, integrato dalle tappe amministrativo-burocratiche (Registro Regionale Diabetici, RRD), seguito dal paziente dal momento della diagnosi, e in base alle diverse fasi di complessità clinica della patologia.

Nell'ultimo anno si sono susseguiti almeno tre elementi completamente

nuovi ed innovativi:

- A** la pubblicazione delle nuove Linee Guida (LG) per il trattamento del diabete mellito dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS), provenienti dal lavoro delle associazioni scientifiche specialistiche.
- B** la costruzione di un nuovo modello socio-sanitario dedicato alla organizzazione del territorio ed alle sue interconnessioni con la rete ospedaliera (Decreto Ministeriale 77, DM 77), con la definizione degli standards di costruzione e funzionamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
- C** la pubblicazione della Nota 100 da parte di AIFA.

Descrizione del Progetto: Il nostro progetto vuole integrare l'attuale PSDTA della Regione Piemonte con le indicazioni del DM77 per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale diabetologica, attraverso i seguenti punti:

- 1** Individuazione degli attori coinvolti nel processo.
- 2** Costruzione di una flow-chart integrata tra nuovo modello e PSDTA.
- 3** Individuazione di nuovi indicatori di qualità per l'assistenza alle persone con DM attraverso:
 - A** La formazione dei medici di medicina generale (MMG) ed attuazione piena della Nota 100
 - B** La formazione degli infermieri di famiglia e di comunità
 - C** Il rafforzamento della rete territoriale puntando all'aumento della Gestione Integrata del Diabete (GID)
 - D** L'attivazione e l'implementazione della Telemedicina (TLM)
 - E** L'attivazione e l'implementazione della rete medica specialistica multidisciplinare

METODI

Il progetto prevede la raccolta e l'attualizzazione di documenti di natura legislativa, amministrativa e scientifica, provenienti sia da banche dati istituzionali sia da pubblicazioni delle principali società e associazioni specialistiche.

Per quanto concerne lo studio della situazione attuale sono stati valutati documenti provenienti da database nazionali sulla costruzione dei PDTA dal portale del ministero della salute e da database regionali sulla costruzione della Rete Endocrino-Diabetologica, ai quali afferiscono i diversi Servizi di Diabetologia (SD) sulla Gestione Integrata del Diabete Mellito e sulle Deliberazioni della Giunta Regionale.

Per la TLM è stato analizzato il documento sulla erogazione delle prestazioni in Telemedicina elaborato del 27 ottobre 2020, mentre per le Linee Guida del Diabete Mellito sono stati considerati i documenti ufficiali del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore della Sanità.

L'argomento della Nota 100 invece è stato affrontato attraverso la valutazione dei documenti proveniente dall'Agenzia Italiana del Farmaco e della Società Italiana di Medicina Generale.

La flow-chart implementante il PSDTA è stata costruita mediante il programma **draw.io Diagrams** di Microsoft.

Per delineare il livello di partecipazione e responsabilità è stata applicata la **matrice RACI** ai principali attori del sistema in funzione delle differenti attività /processi.

RISULTATI

In Tabella 1 sono elencate le figure professionali coinvolte nella presa in carico condivisa del paziente con diabete mellito.

È stata altresì individuata per ciascuna attività/processo e ciascun attore la rispettiva competenza e grado di coinvolgimento, attraverso una matrice **RACI** (Tabella 2).

Nella Figura 1 si indicano i momenti e la *flow-chart* integrata tra PSDTA e nuovo modello organizzativo territoriale.

STEP 1. Invio richiesta per Visita Diabetologica in modalità telematica

A Invio telematico mediante e-mail aziendale da parte di MMG/altro specialista di impegnativa dematerializzata (DEMA) ed esami per Prima visita diabetologica (pazien-

te *mai* seguito da SD e non inserito nel RRD, *non* in possesso di esenzione ticket 013.250).

B Invio telematico mediante e-mail aziendale da parte di MMG/altro specialista di impegnativa dematerializzata (DEMA) ed esami per Visita diabetologica di controllo (paziente già seguito da SD ed inserito nel RRD, in possesso di esenzione ticket 013.250). L'infermiere del Servizio di Diabetologia Integrato/Infermiere di Comunità, con la supervisione del medico specialista di riferimento, operante all'interno della Casa di Comunità e connesso funzionalmente alla COT territoriale, **acquisisce** e **visiona** la documentazione ed esegue un *triage* che garantisca l'accesso al PSDTA in base alle effettive esigenze del paziente, seguendo le corrette priorità predefinite.

Tabella 1

Figure professionali coinvolte nella presa in carico del paziente con DM: viene indicata la pertinenza operativa, se territoriale (T) integrata nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) presenti nelle Case di Comunità (CdC), in area ospedaliera (O) o in entrambe (T/O). In *grassetto* è indicata la preponderanza del *setting* lavorativo.

Figure Professionali		Area di Pertinenza		
		T / AFT/CdC	O	T/O
MEDICI				
Personale Convenzionato	SAI	X	-	X
	MMG	X	-	
Personale Dipendente	Dirigenti Medici Specialisti		X	X
PROFESSIONI SANITARIE				
	Dietisti			X
	Psicologi			X
	Podologi	X		
INFERMIERI	Infermieri Professionali dedicati			X
	Infermiere di famiglia o di comunità	X		
COMPARTO PERSONALE SOCIO-SANITARIO	Amministrativi			X
	Assistenti Sociali	X		

Tabella 2

Figure professionali coinvolte nei processi con il rispettivo livello di coinvolgimento e responsabilità. **GID:** Gestione Integrata Diabete; **CIG:** consulto Interdisciplinare di Gruppo; **ETS:** Educazione Terapeutica Strutturata; **Casa di Comunità (CdC)** **R:** Responsabile; **A:** Accountable; **C:** Consultato; **I:** Informato

PROCESSI	ORGANIZZAZIONE						
	MMG (CdC)	Altro Specialista	Infermiere servizio	COT	Diabetologo SAI (CdC)	Paziente	Direzione Distretto
Invio DEMA Medicina Primaria	R	-	-	A	I	I	I
Invio DEMA Specialistica	-	R	-	A	I	I	I
Valutazione Richiesta	I	-	R	I	A	-	I
TV	I	-	C	I	A	C	I
TC Diabetologo-Medico	R	-	C	I	A	I	I
TC Diabetologo-Infermiere	-	-	R	I	A	C	I
Presa in carico	R	I	C	-	A	I	I
Visita Medica Diabetologo	I	-	C	-	R	I	-
Visita Medica Specialista	I	R	I	-	A	I	-
GID	R	C	I	-	A	I	I
CIG	I	R	I	I	A	I	I
ETS	I	I	R	C	A	I	-

STEP 2. Valutazione appropriatezza richiesta di visita diabetologica da parte del Servizio di Diabetologia / COT

- A** Verifica delle possibilità tecniche e gestionali del paziente/care giver per effettuazione della televisita/teleconsulto
- B** Verifica della presenza e adeguatezza di documentazione sanitaria utile ai fini della televisita/teleconsulto
- C** Verifica della adeguatezza e compliance del paziente all'autocontrollo domiciliare, all'utilizzo di un sistema flash glucose monitoring, all'utilizzo di alta tecnologia
- d.** Verifica necessità di tipo burocratico-amministrative (rinnovo PAG – PAS- PT farmaci).

Nel caso si potesse procedere alla TLM ci saranno i seguenti passaggi:

- 1** Raccolta dati sanitari significativi (indici biometrici, registrazioni esami emato-urinari o documen-

tazione sanatoria, registrazione terapia in atto) da parte dell' Infermiere del SD/COT

- 2** Avvio della TLM mediante televisita (paziente/Care giver – professionista sanitario) o teleconsulto (professionista sanitario/professionista sanitario)
- 3** Compilazione Lettera di Visita Ambulatoriale e di documenti burocratici necessari
- 4** Invio documentazione prodotta

Nel caso non si potesse procedere alla TLM ci saranno i seguenti passaggi:

- 1** Invio del paziente alla visita in presenza presso il SD
- 2** Prosecuzione del Percorso secondo PSDTA

STEP 3. Presa in carico da parte del SD del paziente cronico, con conseguenti possibili percorsi:

- A** Avvio alla “presa in carico” tradizionale presso SD
- B** Avvio alla Gestione Integrata del Diabete (GID)

- C** Avvio al Consulto Interdisciplinare di Gruppo (CIG)
- D** Avvio a DEA/Reparto per insorgenza di una “emergenza” o acuzie clinica, secondo criteri predefiniti

Al fine di monitorare l'integrazione tra i servizi specialistici di diabetologia, i MMG e i restanti attori del territorio, proponiamo degli indicatori sulla qualità dell'attività svolta, come indicato nella Tabella 3.

CONCLUSIONI

La Rete ED della Regione Piemonte rappresenta un modello riconosciuto di eccellenza organizzativa per quanto riguarda l'assistenza alla persona con diabete mellito e a elevata complessità e da tempo gli specialisti ambulatoriali interni convenzionati, diffusi sul territorio regionale, sono perfettamente integrati in tale sistema. Nel luglio 2022 è stato proposto un aggiornamento del PDTA integrato tra la specialistica e il territorio.

La GID è attualmente una necessità dettata dalla epidemiologia della malattia diabetica e dalla possibilità di erogazione da parte anche del MMG dei farmaci prescrittibili con la Nota 100.

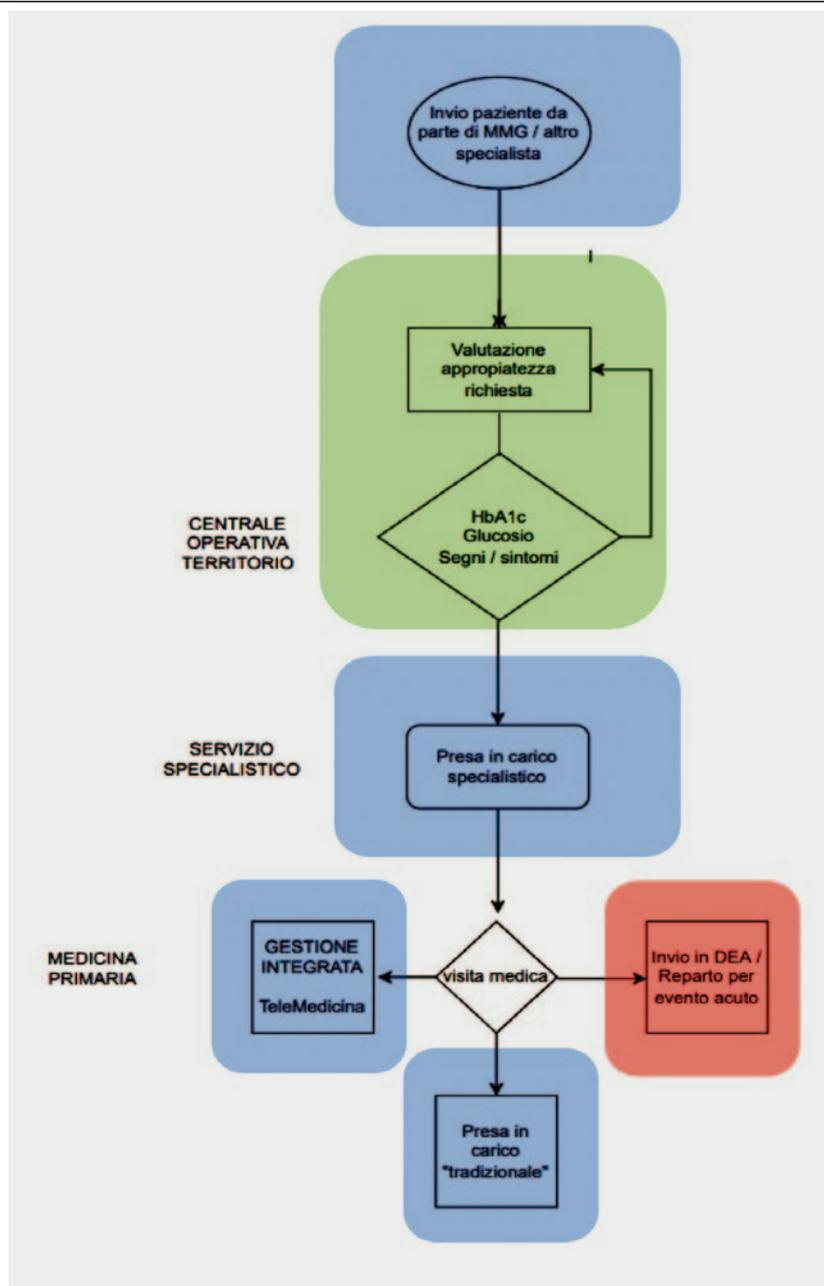
Il nostro modello offre una modalità di sintesi tra il PSDTA DM e i nuovi standard organizzativi delineati nel DM77, **individuando gli SAI come figure cardine** nella gestione condivisa, in funzione della propria specifica natura di interconnessione tra la realtà ospedaliera e del territorio, anche attraverso l'istituzione delle AFT.

Le AFT sono modelli di organizzazione monoprofessionali (AFT dei SAI, dei MMG e dei PLS) e multidisciplinari (AFT dei SAI con specialisti operanti in differenti discipline).

La Regione Piemonte investirà 430

Figura 1
Flow-chart
integrativa al
PSDTA, che
prevede l'invio del
paziente attraverso
una DEMA da parte
di MMG/altro
specialista e la
successiva
valutazione della
appropriatezza da
parte degli operatori
del COT coinvolti
nella presa in carico
condivisa della
persona con DM.

In **azzurro** le aree di
pertinenza
Medicina Primaria /
Specialistica
Territoriale,
in **verde** le aree di
integrazione COT,
in **rosso** le aree ad
elevata complessità
organizzativa
(ospedali / case di
cura di secondo
livello)



milioni di euro, con fondi derivanti dal PNRR e da altre fonti, per rafforzare il sistema della sanità territoriale: 214 milioni porteranno alla realizzazione di 91 Case di Comunità, 29 Ospedali di Comunità e 43 Centrali Operative Territoriali.

La casa di comunità (CdC) è struttura in cui opera un'équipe multiprofessionale di medici di medicina generale, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e può ospitare anche assistenti sociali.

La centrale operativa territoriale (COT) è lo strumento organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico del cittadino/paziente e raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.

Per favorire localmente le profonde trasformazioni definite dai recenti dispositivi

normativi dell'assistenza territoriale, inclusa quella specialistica ambulatoriale, il SUMAI Piemonte come strumento operativo ha puntato con successo sul rinnovo dell'Accordo Integrativo Regionale. Gli elementi caratterizzanti dell'articolato sono: lo sviluppo delle attività integrate tra le varie figure professionali e i setting assistenziali; la definizione e l'istituzione delle AFT, la individuazione di agende dedicate per la presa in carico del problema assistenziale del paziente (Paragrafo 2); l'attivazione della telemedicina incluso il teleconsulto tra professionisti sanitari (Paragrafo 8), all'interno di un più complessivo quadro generale che auspica il passaggio da un modello "prestazionale" a un modello organico di "presa in carico condivisa".

Ulteriore punto di novità è la costru-

Tabella 3
Indicatori di qualità
per l'assistenza alla
persona con
diabete mellito.

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	CERTIFICATORE
Formazione MMG	N° incontri con équipe MMG per discussione PSDTA per anno, per almeno 2 incontri /anno	100% dei pianificati	Direzione Distretto
Formazione Infermiere di famiglia/comunità	N° incontri con équipe Infermieristica per discussione ETS per anno, per almeno 2 incontri /anno	100% dei pianificati	Direzione Distretto
Rafforzamento Rete Territoriale	N° pazienti tipo 2 in GID per Servizio/ N° pazienti tipo 2 residenti nel Distretto o ASL	+ 5% di pazienti in GID per anno	RRD
Attivazione e Rafforzamento TLM	N° pazienti inviati da MMG al Servizio di Diabetologia gestiti in TM / N° pazienti inviati in visita tradizionale	5% dei pazienti inviati	COT
Implementazione rete specialistica "costruita" sul paziente	N° pazienti inviati in Consulto Interdisciplinare di Gruppo / N° pazienti inviati in visita specialistica	5% dei pazienti inviati	SD

zione di ambulatori condivisi attraverso il Consulto Interdisciplinare di Gruppo (CIG), esigenza dettata dalle caratteristiche cliniche di ciascun paziente, che ancora vedono nelle nuove forme di organizzazione del lavoro condivisa un punto di forza di tale modello.

In ultimo si riporta la **SWOT analysis** applicata a questo modello, con l'individuazione dei punti di forza e debolezza, e delle future opportunità e dei limiti di tale attività (Tabella 4).

Bibliografia - Sitografia

1. Nuovo Sistema di Garanzia Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali

(https://www.salute.gov.it/portale/lea/documenti/pdta/Risultati_2017_PDTA_Diabete.pdf)

2. D.G.R. n.27-4072 del 17.10.2016.

indicazioni per lo sviluppo del percorso di salute diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) diabete mellito in età pediatrica ed evolutiva, del PDTA dislipidemia e del PDTA obesità. Proroga di termini per l'invio dei dati relativi alla Gestione Integrata del diabete (https://www.cittadellasalute.to.it/images/stories/MOLINETTE/area_documentale/linee_guida/2020/pdta/pdta_diab_ped_obes.)

3. **Deliberazione della Giunta Regionale 17 ottobre 2016, n. 27-4072 D.G.R. n.25-6992 del 30.12.2013.** Indirizzi organizzativi per l'istituzione della Rete territoriale Endocrino-Diabetologica del Piemonte e per la composizione della Commissione EndocrinoDiabetologica Regionale. Modifica della D.G.R. n. 17-6836 del 09.12.2013. https://aemmedi.it/wp-content/uploads/2016/09/RETE_PIEMONTE.pdf)

4. **Istituzione della Nota AIFA 100 relativa alla prescrizione degli inibitori del SGLT2, degli agonisti recettoriali del GLP1, degli inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2** (https://www.aifa.gov.it/documenti/20142/1728125/Determina_21-01-2022_nota100.pdf)

Tabella 4

SWOT Analysis: si riportano i principali punti di forza, debolezza, le opportunità e le minacce che sono state individuate per l'applicazione di questo modello.

SWOT Analysis	
STRENGTHS (punti di forza)	WEAKNESS (punti di debolezza)
Formazione Figure Professionali Territorio Maggiore consapevolezza della presa in carico condivisa Conoscenza e Diffusione Nota100 Ottimizzazione risorsa tempo del paziente Definizione di un percorso omogeneo per tutto il territorio regionale Definizione degli indicatori e obiettivi di monitoraggio chiari e condivisibili. Maggior raggiungimento di consapevolezza, empowerment ed engagement paziente	Disomogeneità della popolazione MMG Disomogeneità obiettivi di MMG e altri Specialisti Disomogeneità collocazione territoriale delle risorse Riduzione del tempo dedicato alla visita medica tradizionale
OPPORTUNITIES (opportunità)	THREATS (minacce)
Integrazione PSDTA con le richieste del DM77 Maggiore capillarità territoriale intervento sanitario Maggiore equità distribuzione opportunità terapeutiche	Aumento TLM con distacco del momento sanitario della visita Aumento rischio di visite di <i>screening</i> e non di intervento terapeutico (aumento inerzia clinica) Sensazione di "abbandono" del paziente dalla valutazione medica, con creazioni di percorsi privilegiati rispetto a percorsi di seconda linea (non medici)

5. **Linea Guida della Società Italiana di Diabetologia (SID) e dell'Associazione dei Medici Diabetologi (AMD)** La terapia del diabete mellito di tipo 2 - Roma 26 luglio 2021 (https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/07/LG_379_diabete_2.pdf)

6. **Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina - 27 ottobre 2020** (<https://www.statoregioni.it/media/3221/p-3-csr-rep-n-215-17dic2020.pdf>)

7. **Decreto 23 maggio 2022, n. 77:** Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo

dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale (<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2099-missione-6-salute-pnrr-in-gazzetta-il-dm-77-siglata-i-contratti-istituzionali-di-sviluppo>)

8. D.G.R. 30 Gennaio 2023, n. 18-6462 Presa 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. <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2023/06/siste/00000193.htm>

Si ringraziano le Dott.sse **Elena Cantino** (Asti) e **Roberta Manti** (Torino), la Prof.ssa **Emanuela Foglia**, e l'Associazione Medici Diabetologi (**AMD**) che hanno contribuito alla costruzione di tale lavoro, all'interno del contesto di alta formazione **SCORE I**, presso l'Università LIUCC – Castellanza durante l'anno 2022.

Approccio emergenza in ambulatorio

Un corso presso la sede della Società scientifica per far acquisire le nozioni teoriche al personale sanitario, medico e non, le abilità pratiche per intervenire in caso di un dolore toracico o addirittura di un arresto cardiaco



A cura di
**Luigi Fontana e
Giancarlo Roscio**

Il 20 e 21 aprile si è tenuto, presso la sede SIFoP di Roma, il corso di “Approccio all’Emergenza/Urgenza in ambulatorio” organizzato dal Polo Didattico Nazionale Emergenze Ambulatoriali coordinato da Luigi Fontana e Giancarlo Roscio.

Il problema della gestione dell’emergenza medica e prevalentemente cardiologica è da sempre uno dei nodi critici per la professione medica. Qualunque medico può trovarsi di fronte a dover intervenire in caso di un dolore toracico o addirittura di un arresto cardiaco.

I sempre più frequenti ricorsi, da parte dei cittadini, alla magistratura per atti di negligenza e/o imperizia ha

creato un clima di “caccia alle streghe” che si può combattere soltanto con protocolli congiunti e linee guida operative che mettono il medico al riparo da tali contenziosi.

Le linee guida ILCOR (*International Liaison Committee on Resuscitation*) rappresentano una modalità operativa da seguire in caso di urgenza/emergenza medica, riqualificando la figura professionale dello specialista.

Il Corso ha affrontato in maniera interattiva i seguenti temi: periarresto con inquadramento anamnestico-diagnostico e terapeutico dei principali sintomi: dispnea – palpitazioni – dolore – sincope, vertigini ed arresto

cardiorespiratorio. Inoltre sono stati affrontati i temi relativi alla gestione dei farmaci in emergenza, la borsa del medico, gli aspetti medico-legali e le metodologie gestionali ed operative in presenza di un’emergenza ambulatoriale.

L’obiettivo formativo del corso è stato quello di far acquisire al personale sanitario medico, ma non solo, le nozioni teoriche e le abilità pratiche per il riconoscimento dei sintomi d’allarme e la conseguente scelta terapeutica da adottare in ambito Extraospedaliero secondo linee guida internazionali e procedure operative adatte alla realtà nazionale, in attesa del soccorso avanzato, I I 8.

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

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

Alta 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

Anche 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

Ancora 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

Dall'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**