

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

ANNO XXV
NUMERO 2 | 2025
TRIMESTRALE



Sifp SOCIETÀ ITALIANA
DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA



**Accordo Sumai e Federfarma
per agevolare l'accesso dei cittadini
alle prestazioni sanitarie sul territorio**

**Prevenzione
e prossimità
per una nuova
sanità territoriale**

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



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medici
Ambulatoriali Italiani
e Professionisti dell'Area Sanitaria



SOCIETÀ ITALIANA
DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

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

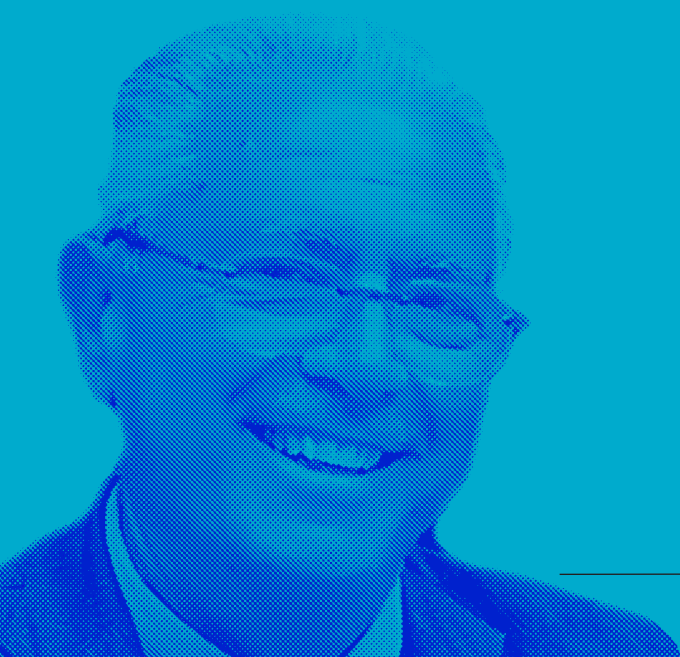
Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

Chiuso in redazione nel mese di giugno 2025

Prevenzione, capitale umano ed equità di trattamento

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof



Care colleghe e cari colleghi

recentemente a Napoli, partecipando agli Stati Generali della Prevenzione, manifestazione organizzata dal ministero della Salute, all'interno di una tavola rotonda ho ribadito l'importanza del ruolo della specialistica ambulatoriale proprio in un ambito di prevenzione e ho sottolineato tre concetti a mio avviso fondamentali: prevenzione, valorizzazione del capitale umano ed equità di trattamento.

Davanti al ministro della Salute, Schillaci e del sottosegretario Gemmato seduti in platea, ho ricordato che la crisi che stiamo vivendo è principalmente dovuta alla carenza degli specialisti ambulatoriali che essendo insufficienti non riescono a fare da filtro per gli ospedali.

A questo punto ritengo sia importante cambiare l'attuale modalità di lavoro: dobbiamo passare da un sistema di tipo prestazionale ad una presa in carico del paziente che è cosa differente. La presa in carico infatti, va operata insieme a tutti gli attori presenti sul territorio. Così potremmo fare veramente prevenzione. Ma anche qui dobbiamo cambiare mentalità e parlare d'investimento non di spesa legata alla prevenzione. Se facciamo diagnosi precoci, screening sul territorio, vicino al paziente, ecco che lo specialista diventa centrale.

Sempre a Napoli ho ribadito l'importanza di lavorare in equipe per dare al cittadino quella sanità e quella salute che lui si aspetta di alto livello. Per fare questo, ho spiegato, è necessario fare investimenti sul capitale umano, dare incentivi, non soltanto economici, ma di prospettiva, di carriera, di possibilità di crescita professionale ai medici e agli operatori sanitari. Infine al ministro, al sottosegretario e ai funzionari del ministero presenti, ho ricordato la necessità d'equità di trattamento per i medici che lavorano in ospedale. Ancora oggi infatti, esistono disparità economiche tra dipendenti e convenzionati nonostante siano colleghi che svolgono lo stesso lavoro. Lo sappiamo bene che questo non aiuta a creare quel clima di collaborazione necessario per il bene del paziente.

Buone ferie a tutte e a tutti



ACCORDO SUMAI - FEDERFARMA

Agevolare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie sul territorio

Questo il senso dell'intesa che i due sindacati hanno recentemente sottoscritto. Una collaborazione in grado di ampliare l'offerta di salute sul territorio al fine di ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere e quindi le liste di attesa

Recentemente Il Sumai e Federfarma (Federazione Nazionale Unitaria dei Titolari di Farmacia Italiani) hanno avviato una collaborazione il cui scopo è favorire lo scambio interprofessionale tra gli oltre 10mila medici specialisti ambulatoriali iscritti al sindacato e le oltre 18.500 farmacie private al fine di agevolare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie erogate sul territorio. In particolare la collaborazione prevede che le prestazioni di telecardiologia eseguite in farmacia (ECG, holter pressorio, holter cardiaco) siano refertate dagli specialisti ambulatoriali del Sumai. L'accordo è finalizzato anche a favorire le attività di televisita e di telemonitoraggio in

farmacia. Questa sinergia dunque consentirà di rispondere ancor meglio ai bisogni di salute dei cittadini nell'ambito della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale. In questo modo sarà possibile favorire l'accesso alle prestazioni anche alle persone, spesso le più anziane, che risiedono nelle aree interne, nelle zone montane, rurali e insulari, solitamente lontane dalle strutture sanitarie. È importante sottolineare che le attività oggetto dell'intesa sono già previste dai rispettivi Accordi collettivi nazionali e possono efficacemente contribuire anche alla riduzione della pressione sulle strutture ospedaliere e, quindi, delle liste di attesa.

Qui di fianco pubblichiamo l'intervista che Antonio Magi, segretario generale del Sumai Assoprof, ha rilasciato al sito di Federfarma per spiegare il senso dell'accordo

Prevenzione e prossimità: l'alleanza Sumai-Federfarma per una nuova sanità territoriale. Intervista ad Antonio Magi

«La prevenzione è il cuore di tutto il progetto Sumai-Federfarma e rappresenta la chiave per migliorare la salute dei cittadini e liberare risorse importanti nel sistema sanitario che rendano sostenibile il Ssn del presente e del futuro». **Antonio Magi**, segretario generale del Sumai Assoprof, crede fortemente alla collaborazione volta a favorire lo scambio interprofessionale tra gli oltre 10mila medici specialisti ambulatoriali iscritti al Sumai e Federfarma, con le sue oltre 18.500 farmacie private, al fine di agevolare l'accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie erogate sul territorio. «In Italia purtroppo si fa ancora troppa poca prevenzione, e questo accade perché, quando si devono



Link all'intervista sul sito di federfarma.it

fare dei tagli alla sanità, i primi interventi riguardano proprio questo settore con l'idea che i cittadini se ne accorgano solo trent'anni dopo, perché non c'è un riscontro immediato».

Perché è così importante favorire la prevenzione primaria legata a stili di vita salutari e quella secondaria che passa da screening su singole patologie e su fasce mirate di popolazione?

«Curare malattie che diventano croniche, molto avanzate o complesse, ha un costo molto più importante rispetto a quello che si può sostenere lavorando insieme per prevenire. Questo vale anche per gli screening che devono essere più capillari. E in futuro si potrà pensare, per alcuni tipi di patologie, anche a degli screening di massa attraverso questa rete integrata di farmacie e specialisti».

Come nasce quindi questo accordo con Federfarma? Qual è la sua valenza strategica?

«È questa esigenza di prevenzione, e da un rapporto consolidato con Federfarma, che ha origine l'intesa. Il tutto nel quadro di quello che stiamo cercando di mettere in moto per la sanità territoriale del futuro collegata anche al DM 77 che mira a non far perdere ai cittadini la prossimità delle cure e un punto di riferimento sul territorio. La diffusione capillare delle farmacie, insieme agli specialisti ambulatoriali che offrono l'opportunità di non lavorare solo in un'unica sede ma possono operare in più luoghi e muoversi verso l'esterno, rappresenta una risorsa importante. Il fatto di poter collaborare con specialisti che possano dare un aiuto importante per le refertazioni, per il teleconsulto, la telemedicina e l'assistenza in generale, ci permette di offrire quell'assistenza continua e di prossimità legata al servizio sanitario nazionale. Tutto questo avviene nel rispetto degli accordi collettivi nazionali che ab-

biamo, sia noi del Sumai, sia Federfarma, che la SISAC e le regioni».

Può farci alcuni esempi concreti? Come funziona ad esempio la telemedicina attraverso le farmacie?

«Grazie a questo accordo, qualsiasi cittadino può recarsi in farmacia e attraverso la telemedicina farsi refertare e valutare gli esami da un medico. Secondo gli ultimi dati di Cittadinanzattiva oltre il 70% delle farmacie offre servizi di telecardiologia. Possono essere effettuati ECG, holter pressorio, holter cardiaco o altri esami diagnostici, con un referto sicuro fatto da un medico specialista certificato dal servizio sanitario nazionale. Questo garantisce al cittadino la sicurezza di avere una prestazione qualitativamente valida, perché è comunque realizzata dallo specialista. Diventa una situazione molto più agevole per i cittadini, soprattutto nei piccoli comuni e nelle zone interne. Inoltre, ci sono tutte le attività legate alle visite a distanza, dal teleconsulto alla teleassistenza che metteremo in atto tutti insieme - Federfarma, specialisti ambulatoriali e tutti gli altri attori del sistema».

Sappiamo che il sistema sanitario italiano soffre di una carenza di figure professionali, con una popolazione sempre più anziana. Questi esempi di collaborazione tra professionalità e competenze diverse possono essere una risposta?

«Esatto. Ma non abbiamo solo un problema di carenza di personale, per una sanità di reale prossimità spesso c'è anche un problema di strutture territoriali. Avere 1.350 case di comunità, quando saranno attive, non ti dà la stessa capacità di copertura che può dare il numero di farmacie diffuse sul territorio o il supporto che possono fornire i 10 mila specialisti Su-

mai. Ovviamente ogni struttura ha una funzione e un peso diverso, ma dobbiamo ragionare in termini di rete e di hub e spoke».

Come si inseriscono gli specialisti ambulatoriali in questo sistema?

«Con la specialistica ambulatoriale c'è una valenza aggiuntiva molto importante. Mentre lo specialista dipendente ospedaliero lavora 38 ore dentro un ospedale, lo specialista ambulatoriale può distribuire il suo tempo: può fare 5 ore in un posto, 5 ore in un altro, 5 ore ancora altrove. Lo stesso specialista può andare una volta a settimana in un comune o in un quartiere diverso. I cittadini sanno che in quella specifica giornata della settimana trovano lo specialista fisicamente presente, oppure possono avere un appuntamento in telemedicina. Questo è il concetto alla base del nostro approccio, che permette anche di intercettare precocemente situazioni che potrebbero diventare problematiche se non monitorate».

Per concludere, come si inserisce concretamente la prevenzione in questo modello di sanità territoriale integrata?

«La prevenzione diventa il filo conduttore di tutto il sistema. Attraverso la rete di farmacie e di specialisti possiamo creare un vero e proprio sistema di monitoraggio continuo e di intercettazione precoce. Non si tratta solo di curare quando la malattia è già presente, ma di individuare i segnali d'allarme prima che si affermino patologie croniche e complesse. Questo approccio preventivo, distribuito capillarmente sul territorio attraverso le farmacie e supportato dalla competenza degli specialisti anche in telemedicina, ci permette di invertire la logica del sistema: invece di aspettare che i cittadini si ammalino gravemente, li accompagniamo in un percorso di salute che costa molto meno al sistema sanitario nazionale e garantisce una qualità di vita migliore per tutti».



La prevenzione diventa il filo conduttore di tutto il sistema. Attraverso la rete di farmacie e specialisti possiamo creare un vero e proprio sistema di monitoraggio continuo e di intercettazione precoce



Aspettando le Case di Comunità

Un'opportunità per rafforzare l'assistenza territoriale e migliorare l'accesso alle cure. Il successo di questa riforma però dipenderà fortemente dalla capacità di superare le attuali criticità, in primis la carenza di personale e la piena integrazione dei Mmg garantendo loro le risorse e le condizioni per operare efficacemente

Le Case di Comunità rappresentano un pilastro fondamentale della riforma dell'assistenza territoriale in Italia, con l'obiettivo di decongestionare gli ospedali e fornire cure di prossimità ai cittadini. Tuttavia, ad oggi, la loro implementazione e l'integrazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) presentano ancora diverse sfide e criticità.

Stato attuale delle Case di Comunità: Poche strutture operative

Nonostante l'ambizione di creare 1.430 strutture entro il 2026, a Dicembre 2024 risultano operative solo 413 Case di Comunità, di cui solo 46 con tutti i servizi obbligatori attivi, concentrate principalmente in Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto. In diverse regioni, soprattutto al Sud, la loro attivazione è ancora in ritardo o assente.

"Scatole vuote"

Molte delle strutture attivate sono state spesso definite "scatole vuote", ovvero vecchi poliambulatori ristrutturati ma privi del personale e dei mezzi necessari per funzionare secondo la loro mission. Manca personale medico, infermieristico e amministrativo dedicato.

Apertura limitata

Anche dove attive, solo una minima percentuale delle Case di Comunità è aperta H24, 7 giorni su 7, come previsto dagli standard. La maggior parte ha orari di apertura ridotti.

Disparità territoriali

La realizzazione e l'attivazione delle Case di Comunità mostrano evidenti disparità territoriali, con un divario significativo a svantaggio delle regioni del Sud Italia.

Ruolo e integrazione dei Medici di Medicina Generale (MMG):

I MMG sono chiamati a svolgere un ruolo cruciale nelle Case di Comunità, diventando il primo punto di contatto per l'assistenza primaria e lavorando in equipe con infermieri e specialisti.





L'integrazione dei MMG nelle Case di Comunità dovrebbe favorire la presa in carico globale dei pazienti, la prevenzione, la gestione delle patologie croniche, la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e delle liste d'attesa



“Ruolo unico” e ore nelle CdC

A partire dal 2025, la nuova convenzione per i MMG introduce il “ruolo unico”, eliminando le distinzioni tra medici di famiglia e medici di continuità assistenziale. Ogni medico dovrà garantire un monte ore settimanale (circa 38 ore) tra attività oraria e assistenza a ciclo di scelta, e parte di queste ore dovrà essere svolta nelle Case di Comunità. Si stima che i MMG potranno garantire oltre 20 milioni di ore di servizi all'anno nelle CdC.

Benefici attesi

L'integrazione dei MMG nelle Case di

Comunità dovrebbe favorire la presa in carico globale dei pazienti, la prevenzione, la gestione delle patologie croniche, la riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e delle liste d'attesa.

Criticità e perplessità:

Carico di lavoro: I MMG già oggi hanno un carico di lavoro elevato (circa 75 accessi al giorno in media), e si teme che la necessità di garantire ore nelle Case di Comunità possa rendere difficile conciliare tutti gli impegni.

Carenza di personale

La carenza generalizzata di medici, in particolare di MMG, e di infermieri rappresenta una delle maggiori criticità per il pieno funzionamento delle Case di Comunità e per l'effettiva integrazione.

Rischio di “medicalizzazione” e perdita del rapporto fiduciario: Alcune voci critiche temono che il trasferimento dell'attività dei MMG nelle Case di Comunità possa portare a una “medicalizzazione” eccessiva dell'assistenza e a una potenziale perdita del rapporto fiduciario tra medico e paziente, poiché il cittadino potrebbe trovarsi a essere visitato dal medico di turno anziché dal proprio medico di fiducia.

Assenza di specialistica territoriale

Senza un'adeguata presenza di specialisti territoriali, le Case di Comunità potrebbero non riuscire a risolvere le criticità legate alle liste d'attesa e alla gestione delle cronicità.

Modello contrattuale

È in corso un dibattito sulla possibile dipendenza dei MMG dal Servizio Sanitario Nazionale, che per alcuni presidenti di Regione sarebbe la soluzione per garantire la loro presenza nelle Case di Comunità.

In sintesi

Le Case di Comunità rappresentano un'opportunità significativa per rafforzare l'assistenza territoriale in Italia e migliorare l'accesso alle cure. Tuttavia, il successo di questa riforma dipenderà fortemente dalla capacità di superare le attuali criticità, in primis la carenza di personale e la piena e funzionale integrazione dei Medici di Medicina Generale, garantendo loro le risorse e le condizioni per operare efficacemente.

“ In questo momento i medici mancano in modo drammatico. Ciò si verifica in tutti gli ambiti e quindi coinvolge anche la nostra categoria sia come medici di famiglia che come medici dei servizi

Qualche consiglio utile...

Per chi avesse superato il limite di età di settant'anni e volesse rimanere in servizio ancora per un paio d'anni

Rosanna Petrangeli
Segretario
Organizzativo
Settore Medicina
dei Servizi



Cari colleghi certamente a tutti voi non sarà sfuggito che in questo particolare momento storico la nostra categoria medica è oggetto di notevole attenzione da parte del potere pubblico. Ciò in quanto, per gli errori commessi nel passato, nello stabilire adeguate quote di reclutamento per i medici nelle varie discipline e specializzazioni, ci si è trovati ad affrontare all'improvviso una penuria di detti professionisti. Cosa che ha colpito la cittadinanza e di conseguenza ha allertato il mondo politico. In questo momento i medici mancano in modo drammatico. Ciò si verifica in tutti gli ambiti e quindi coinvolge anche la nostra categoria sia come medici di famiglia che come medici dei servizi. Si è dunque ventilata la possibilità che alcuni di noi, senza avere stabilito esattamente quanti e con quali criteri di selezione, possano rimanere in servizio, anche dopo avere superato il limite di età di settant'anni, per un ulteriore anno o magari due. Avendo personalmente avuto modo di constatare che da parte della dirigenza delle aziende esiste un effettivo

desiderio di mantenere in servizio persone la cui esperienza e competenza è stata più che dimostrata nel volgere del tempo, mi rivolgo a voi per raccomandarvi di non dimenticare di presentare in tempo utile, cioè almeno sei mesi prima del compimento del settantesimo compleanno, la vostra richiesta alla direzione generale e al direttore del vostro distretto per offrire la vostra disponibilità a rimanere in servizio per ulteriori uno o due anni.

Questa possibilità effettivamente si apre sia per i medici di famiglia che per i medici dei servizi ma la nostra specificità è in questo caso favorita perché essendo noi, come si suol dire, ad esaurimento non si è provveduto ad allevare nuove leve che possano prendere il nostro posto. Quindi indire in tutta fretta concorsi con i quali si possano colmare i vuoti creati e mettere in servizio nuovi medici dirigenti che possano collaborare con i capi di distretto è indaginoso. Così è molto probabile che i direttori di distretto non vogliano trovarsi all'improvviso privi di quel personale che i lunghi anni di servizio ha reso competente ed affidabile. V'invito quindi a presentare con sollecitudine la vostra domanda.

Se invece la vostra stanchezza vi volesse dissuadere dal farlo v'invito a considerare il non insignificante beneficio che rappresenterebbero un altro paio d'anni di versamenti per la vostra pensione Enpam. Sempre a proposito di Enpam per chi non vede l'ora di andare in pensione, ricordo che la domanda all'ente va presentata solo dopo essere effettivamente andati in quiescenza.

Rimango a vostra disposizione per qualsiasi ulteriore suggerimento anche in merito alla formulazione delle domande.



Firmato l'Acn per il triennio 2019-2021

Con l'accordo si sana una carenza contrattuale importante poiché è dal 2009 che questo comparto non firmava un'intesa. Gli anni dal 2010 al 2021 saranno riconosciuti come arretrati

Una buona notizia per gli aderenti al Sasn "Finalmente – riferisce Stefano Alioto, segretario organizzativo nazionale settore Sasn – lunedì 26 maggio 2025 siamo stati convocati presso il Ministero della Salute per la firma dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti libero professionali tra il Ministero della Salute ed i medici fiduciari incaricati dell'assistenza sanitaria e medico legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, per il triennio 2019-2021".

"Per la parte pubblica – aggiunge il Segretario settore Sasn – erano presenti al tavolo il nuovo Direttore Generale Dott. Sergio Iavicoli, il Dott. Antonio Salzano, la Dott.ssa Antonella Aiello ed il Dott. Ernesto Adabbo".

"Con la firma di questo accordo – conclude quindi Alioto – si sana una carenza contrattuale dal 2010 al 2021, anni per cui verranno riconosciuti i relativi arretrati".

Differenza di genere: pari opportunità e passi verso l'inclusività

Due convegni rivolti agli specialisti operanti sul territorio e ai quadri sindacali con l'obiettivo di aggiornare su norme e leggi che puntano alla parità di genere e alla possibilità di applicazione nella medicina territoriale



Tornando alla collaborazione tra la Scuola di formazione sindacale, la Commissione formazione e aggiornamento della sezione Sumai di Napoli e, naturalmente, la SIFoP uno degli argomenti di attualità che sono stati trattati e che hanno portato a due corsi di aggiornamento tenutisi a fine 2024 di cui uno specificamente Sumai ed uno in collaborazione con una delle Aziende sanitarie della provincia di Napoli, la Napoli 2 nord, è stato quello della parità di genere. I due convegni si sono rivolti ad una platea sia di specialisti operanti sul territorio sia di quadri sindacali con l'obiettivo di aggiornare sulle norme

e leggi che puntano alla parità di genere e la possibilità di applicazione nella medicina territoriale.

Entrambi i convegni sono stati organizzati da Maria Palmira Monaco, patologa clinica presso l'Ospedale di Giugliano della ASL Napoli 2 nord. La parità di genere è uno degli obiettivi di sviluppo sostenibile previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. Infatti, nonostante i grandi passi avanti degli ultimi anni, ancora persiste disuguaglianza e discriminazione nel mondo del lavoro per le donne e in medicina bisogna cercare di valorizzare le differenze per assicurare pari opportunità nella prevenzione,

diagnosi e cura.

La Medicina di Genere (MdG) abbraccia tutte le specialità e vuole approfondire l'influenza del *genere* sulla fisiopatologia umana. Applicare un approccio di *genere* è importante non solo per comprendere i fattori determinanti la salute e la malattia, ma anche e, soprattutto, per garantire una maggiore equità di accesso alle cure e il raggiungimento di una medicina personalizzata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) definisce la Medicina di Genere come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche (definite dal sesso) e socioeconomiche e cul-

“ **Dagli anni '90 si assiste a un cambio di prospettiva della medicina e si comincia a studiare l'impatto delle variabili biologiche, sociali, ambientali, economiche, culturali e psicologiche sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie**



turali (definite dal genere), sullo stato di salute e di malattia di ogni persona.

Il termine sesso si riferisce al complesso delle caratteristiche anatomiche, biologiche, fisiologiche e morfologiche che un individuo presenta al momento della nascita ed è pertinente non solo agli esseri umani ma anche ad animali, tessuti e cellule. Il termine genere, invece, è applicabile solo agli esseri umani ed è definibile come un costrutto sociale, come quell'insieme di caratteristiche che prescindono dal sesso biologico ma sono culturalmente e socialmente associate all'essere, un individuo nato



con organi maschili o femminili; il genere include, pertanto, l'identità, i ruoli e le relazioni nell'ambito della società.

Il sesso e il genere interagiscono influenzandosi a vicenda. Nel loro insieme rappresentano determinanti di salute molto potenti poiché influenzano l'eziopatogenesi di molte patologie sia per cause intrinseche, come quelle legate alla biologia e alla genetica di un individuo, sia per fattori ambientali, quali l'esposizione a fattori esterni e alla loro interazione specifica con l'individuo e la comunità di appartenenza.

L'inserimento delle “differenze di genere” nella sperimentazione farmacologica, nella ricerca scientifica e nella pratica clinica è storia recentissima.

Fin dalle sue origini, la medicina ha avuto un'impostazione androcentrica, relegando gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti specifici correlati alla riproduzione (la cosiddetta “bikini medicine”). Fino agli

anni '90 le procedure di inclusione nei grandi trial ammettevano esclusivamente uomini, di razza caucasica e del peso approssimativamente di 70 kg, così da uniformare il più possibile i risultati ed evitare i bias legati alle variabili umane, sesso e genere compresi. Inoltre, il rischio di somministrare farmaci a donne potenzialmente in gravidanza era troppo alto, favorendo l'esclusione della popolazione di sesso femminile.

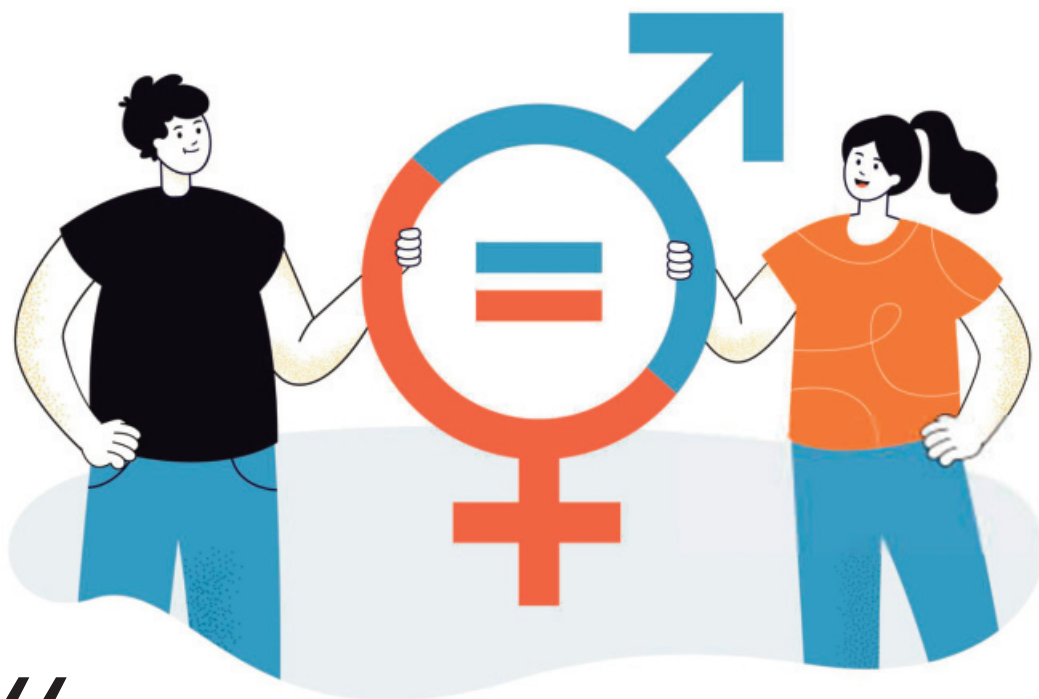
Dagli anni '90 si assiste a un cambio di prospettiva della medicina e si comincia a studiare l'impatto delle variabili biologiche, sociali, ambientali, economiche, culturali e psicologiche sulla fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie.

Convenzionalmente si fa risalire la “nascita” della medicina di genere all'inizio degli anni '90 nel campo della ricerca sulle malattie cardiovascolari con la pubblicazione del famoso editoriale “The Yentl Syndrome” in cui la cardiologa americana Bernadine Healy evidenziava la differente

gestione della patologia coronarica nei due generi, con un numero ridotto di interventi diagnostici e terapeutici effettuati sulle donne rispetto agli uomini a parità di condizioni e, dunque, un approccio clinico-terapeutico discriminatorio e insufficiente. Così come Yentl, l'eroina del racconto di Isaac B. Singer, aveva dovuto travestirsi da uomo per frequentare la scuola ebraica e studiare il Talmud, anche le pazienti dovevano dimostrare di avere una patologia maschile per poter essere trattate.

Da allora molti organismi istituzionali internazionali, tra cui l'OMS, la Comunità Europea, l'Agenzia europea del farmaco, hanno messo in atto azioni volte a riconoscere il genere come determinante di salute, ad eliminare le disuguaglianze di genere in campo sanitario e a promuovere una rappresentanza paritetica delle donne nella sperimentazione biomedica e farmacologica, suggerendo l'adozione di politiche atte allo sviluppo di nuove strategie sanitarie preventive, diagnostiche, prognostiche e terapeutiche che tengano conto delle differenze tra uomini e donne non solo in termini biologici e clinici, ma anche culturali e socio-psicologici.

In Italia l'attenzione alla salute della donna si manifesta per la prima volta nel 1998 quando il Dipartimento per le Pari Opportunità e il Ministero della Salute avviano il progetto "Una salute a misura di donna". Dall'inizio del nuovo millennio il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali Sanitari (AGENAS) hanno formulato le prime linee guida sulle sperimentazioni cliniche e farmacologiche con un approccio di genere; hanno finanziato progetti di ricerca finalizzati sulla medicina di genere; pubblicato rapporti sulla salute delle donne; dedicato numeri monografici sulle loro riviste; organizzato seminari e avviato progetti, confer-



Il nostro Paese si pone oggi all'avanguardia in Europa in tema di Medicina di genere

mando tra l'altro che il tema della medicina di genere va di pari passo con l'appropriatezza clinica.

Il nostro Paese si pone oggi all'avanguardia in Europa in tema di Medicina di genere. Con l'approvazione della legge 3/2018 "Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale", per la prima volta in Europa, viene garantito l'inserimento del "genere" in tutte le specialità mediche, nella sperimentazione clinica dei farmaci (art. 1) e nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici, nella ricerca, nella formazione nella divulgazione a tutti gli operatori sanitari e ai cittadini (art. 3). Il 13 giugno 2019, in ottemperanza all'articolo 3, comma 1, della legge n. 3/2018, viene poi approvato dallo Stato e dalle Regioni riuniti in conferenza il "Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere in Italia", alla cui stesura e attuazione hanno anche collaborato il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità, con la

collaborazione di un Tavolo tecnico-scientifico di esperti regionali sul tema e dei referenti per la medicina di genere della Rete degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), dell'Aifa e dell'Agenas.

Il Piano nazionale si pone quale obiettivo primario «la diffusione della Medicina di Genere mediante la divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) in modo omogeneo sul territorio nazionale», seguendo uno degli obiettivi prefissati dall'Agenda dell'Oms per il 2030. Il Piano riporta gli obiettivi strategici, gli attori coinvolti e le azioni previste per la reale applicazione di un approccio di genere in sanità nelle quattro aree d'intervento indicate dalla legge: percorsi clinici di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; ricerca



Un approccio che tenga conto delle differenze derivanti dal sesso e dal genere consente di promuovere la qualità e la personalizzazione dell'assistenza sanitaria erogata dal Ssn favorendo un cambiamento culturale a favore di una medicina di precisione che collochi la persona al centro del percorso di cura

e innovazione; formazione; comunicazione. La legge 3/2018, al Comma 5, ha previsto anche l'istituzione, presso l'ISS, di un Osservatorio dedicato alla Medicina di genere. Obiettivo principale dell'Osservatorio è quello di assicurare l'avvio, il mantenimento nel tempo e il monitoraggio delle azioni previste dal Piano, aggiornando nel tempo gli obiettivi in base ai risultati raggiunti per fornire al ministero della Salute i dati relativi alle azioni attuate sul territorio nazionale, da presentare annualmente alle Camere.

Nel 2023, in attuazione dell'art. 3, comma 4, della Legge 3/2018, il Ministro della Salute e il Ministro dell'Università e della Ricerca hanno sottoscritto il decreto di adozione del "Piano formativo nazionale per la Medicina di genere", segnando una svolta decisa per quello che riguarda l'educazione sulla Medicina di genere: la formazione, per la natura trasversale della tematica, dovrà da un lato diffondere tra tutti i professionisti coinvolti una cultura verso un nuovo approccio capace di riconoscere l'impatto delle differenze di sesso e genere, al fine di adattare ad esse la propria pratica; dall'altro dovrà intercettare i bisogni formativi specifici di ciascun professionista, tenendo conto delle diverse qualifiche professionali e delle diverse aree di competenza. Recentemente, grazie alla collaborazione tra il Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure e il Centro di riferimento per la Medicina di Genere dell'Iss, le considerazioni di sesso e genere sono entrate a far parte degli standard metodologici per lo sviluppo e l'aggiornamento delle linee guida di pratica clinica, da pubblicare nel sito del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

L'Iss richiede, infatti, che i produttori di linee guida procedano nello sviluppo di raccomandazioni sesso e genere specifiche, laddove necessario,

dopo un'accurata revisione della letteratura scientifica sulle eventuali differenze di sesso e genere nei fattori di rischio, incidenza, epidemiologia, progressione, manifestazioni cliniche, risposta ai trattamenti e prognosi.

Un approccio che tenga conto delle differenze derivanti dal sesso e dal genere consente di promuovere la qualità e la personalizzazione dell'assistenza sanitaria erogata dal Ssn favorendo un cambiamento culturale a favore di una medicina di precisione che collochi la persona al centro del percorso di cura. L'inserimento dei determinanti sesso e genere nel SNLG rappresenta un ulteriore passo in questa direzione.

È molto importante, inoltre, in questo contesto introdurre i concetti di identità di genere e orientamento sessuale: due caratteristiche indipendenti che in genere si sviluppano in periodi diversi della vita di una persona. La formazione dell'identità di genere è uno dei primi fattori di identificazione del sé per un bambino, e di solito è presente nella maggior parte dei bambini tra i 3 e i 4 anni. Il modo in cui ci identifichiamo non è in alcun modo collegato alla sessualità.

L'identità di genere viene definita come il modo in cui gli individui percepiscono sé stessi e definiscono come maschi, come femmine, come un mix di entrambi, o come nessuna di queste cose. Quando parliamo di orientamento sessuale facciamo riferimento all'attrazione sessuale verso altre persone. Il nostro orientamento sessuale può essere fluido come l'identità di genere. Si estende lungo un continuum all'interno di un ampio spettro e può dirigersi verso maschi, femmine, per entrambi o per nessuno, esattamente come l'identità di genere.

L'esperienza transessuale o transgender, raccoglie un ampio spettro di vicende umane, che includono quanti sperimentano una dissonanza tra ses-

so psichico e sesso biologico.

Una persona transgender generalmente presenta un'identità di genere diversa dalle caratteristiche del sesso biologico. Il termine transessualità è stato coniato agli inizi del '900 da un medico tedesco Magnus Hirshfeld, per indicare l'angoscia che deriva dal rifiuto del proprio sesso biologico.

Ogni società nella storia ha avuto modo di relazionarsi con le persone transessuali e transgender, anche se attenzione maggiore si è sviluppata particolarmente nella seconda metà del Novecento, quando la medicina ha reso possibile la modifica dei caratteri sessuali primari e/o secondari per adeguarli al sesso psichico del soggetto.

Essere transgender è una condizione normale e non è una malattia. Alcune persone transgender si sentono a disagio per tale condizione e per questo decidono di intervenire sul proprio corpo per renderlo più simile a come si sentono con trattamenti ormonali e/o con interventi chirurgici. La condizione per cui una persona presenta un non allineamento tra identità di genere e sesso biologico si definisce anche incongruenza di genere.

Eguaglianza di genere per eguali diritti e opportunità, non esiste un più forte o un più fragile, la parità di genere non è solo un sogno, ma un diritto, solo quando ogni voce viene ascoltata e ogni opportunità è equa, possiamo costruire un mondo più giusto e luminoso per tutti. Il vero progresso nasce, infatti, dalla bellezza di un equilibrio che illumina il futuro garantendo l'equità delle cure.

Appropriatezza terapeutica: aggiornamenti note Aifa

A marzo il Sumai di Napoli ha svolto un corso per aggiornare sulle note Aifa, sulle procedure burocratiche e fornire agli specialisti gli strumenti per indirizzare correttamente il paziente in caso di dubbi diagnostici per patologie che non rientrano nella loro branca

Daniela Manzella
Geriatra
ASL Napoli 1
Centro

Luigi Sodano
Direttore Scuola
Formazione
Sindacale Sumai
Assoprof

Il 13 marzo 2025, presso la Sede Sumai Assoprof di Napoli, si è tenuto un Corso organizzato da Daniela Manzella, geriatra ambulatoriale e Consigliere del Sumai di Napoli, in collaborazione con la Commissione formazione del Sumai di Napoli, in cui è presente la Presidente Nazionale della SIFoP, Paola Mattei e la Scuola di formazione sindacale del Sumai, con il Direttore Nazionale Luigi Sodano su Appropriatezza terapeutica: aggiornamenti note AIFA.

Gli scopi di questo corso sono stati principalmente:

- 1 **aggiornamento** sulle linee guida e procedure prescrittive di farmaci sottoposti a monitoraggio Aifa, e piani terapeutici su piattaforma Sinfonia e Saniarp, piattaforme digitali presenti nella Regione Campania;
- 2 **far luce** su tutte le procedure burocratiche, presenti nelle varie Aziende Sanitarie Campane, per essere inseriti negli elenchi dei centri prescrittori, al fine di garantire non solo una corretta terapia a tutti i pazienti, ma anche soprat-

tutto un rapido accesso a farmaci che richiedono Piani Terapeutici per la loro erogazione;

- 3 **fornire** a tutti gli specialisti, gli strumenti per indirizzare correttamente il paziente quando hanno dei dubbi diagnostici per patologie che non rientrano nella loro branca.

Il Corso è stato indirizzato a colleghi appartenenti alle varie branche presenti nelle aziende sanitarie territoriali, ma anche ai delegati sindacali aziendali affinché fossero informati sulle ultime linee guida nazionali ed internazionali e potessero discuterne con conoscenza dell'argomento con i colleghi e con la dirigenza aziendale. È dimostrato che l'appropriato e rapido utilizzo dei farmaci e il loro giusto dosaggio permettono il miglioramento della qualità di vita dei pazienti e una corretta razionalizzazione della spesa farmaceutica. Purtroppo, non è sempre semplice per un medico essere aggiornato sulle continue variazioni prescrittive, data anche la variabilità delle procedure per l'attivazione dei piani terapeutici sia in ambito delle diverse regioni che in

ambito delle singole aziende sanitarie che individuano dei percorsi non sempre chiari e facilmente reperibili con conseguente danno per i pazienti che non riescono ad ottenere in tempi rapidi i piani terapeutici relativi ai farmaci prescritti.

Gli interventi, moderati da Maria Palmira Monaco, Patologa Clinica della ASL Na 2 Nord e da Maria Francesca Muscio, Geriatra della ASL Na 1 Centro, hanno visto la dottoressa Maria Pia Minutella, specialista in Igiene alla ASL Na 3 Sud, descrivere: "I percorsi prescrittivi con le procedure per diventare medici prescrittori presso la propria ASL con l'attivazione delle credenziali sulle piattaforme prescrittive di Aifa, Saniarp e Sinfonia". La relatrice ha particolarmente esposto riguardo il Piano Terapeutico (PT), di competenza dell'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), che consente di limitare l'uso a quei farmaci ritenuti essenziali per singola patologia e rimborsabili da parte del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) e inoltre di garantire al paziente la continuità terapeutica Ospedale-Territorio, indirizzando le scelte terapeutiche del



“

Il Corso è stato indirizzato a colleghi appartenenti alle varie branche presenti nelle aziende sanitarie territoriali, ma anche ai delegati sindacali aziendali affinché fossero informati sulle ultime linee guida nazionali ed internazionali e potessero discuterne con conoscenza dell'argomento con i colleghi e con la dirigenza aziendale

medico verso molecole più efficaci e sperimentate. Ha quindi rappresentato come il processo di dematerializzazione del PT tende a uniformare a livello nazionale le informazioni contenute nei diversi modelli e a permettere la mobilità degli assistiti tra regioni, argomento strettamente collegato a ciò che è già stato realizzato per la ricetta elettronica farmaceutica, parte integrante di tale processo di informatizzazione.

Giuseppina Guerra, Cardiologa presso la ASL Na 1 Centro, ha invece focalizzato il suo intervento specificamente sui: “Nuovi anticoagulanti orali (NAO): quando e come prescriverli.”

Nuovi farmaci caratterizzati da una più semplice gestione, con minori necessità di monitoraggio e un ridotto rischio di interazioni farmacologiche. La procedura prescrittiva per i NAO richiede una valutazione attenta delle condizioni cliniche del paziente, poiché, sebbene i NAO abbiano un profilo di sicurezza favorevole, non sono privi di rischi e le linee guida prescritte per l'uso dei NAO sono influenzate da fattori come la funzio-

nalità renale, le comorbidità, la concomitante somministrazione di altri farmaci e la storia di sanguinamenti. In questo contesto, è bene una conoscenza multidisciplinare delle terapie.

Con analoghe finalità conoscitive multidisciplinari è stata la relazione tenuta dalla dottoressa Ornella Carbonara, Diabetologa alla ASL Na 1 Centro su “Non più semplici antidiabetici orali: gli obiettivi delle nuove terapie antidiabetiche nella protezione d'organo alla luce delle attuali linee guida prescrittive.” Come sanno in molti, questi nuovi farmaci (dapagliflozin, semaglutide, sitagliptin, ecc.) sono progettati per migliorare il controllo glicemico, ridurre il rischio di complicanze cardiovascolari e promuovere una gestione più personalizzata del diabete e l'AIFA ha messo in atto specifiche linee guida prescrittive per garantire l'accesso a questi nuovi antidiabetici orali in modo appropriato, in base alla gravità della patologia e alle comorbidità del paziente. Il monitoraggio e il follow-up sono essenziali per ottimizzare i benefici terapeutici e prevenire effetti collaterali.

Daniela Manzella, responsabile scientifico dell'evento, Geriatra alla Na 1 Centro ha infine completato i lavori con la sua relazione: “Le eparine a basso peso molecolare: dalla prescrizione inappropriata al corretto utilizzo secondo le linee guida e le note prescrittive.” Anche qui lo scopo della relazione è stato quello di presentare gli ultimi aggiornamenti scientifici e le metanalisi atte a valutare una corretta prescrizione ed utilizzo in accordo con le linee guida Aifa e le indicazioni prescrittive della Regione Campania, al fine di evitare il rischio di un uso non appropriato delle eparine a basso peso molecolare in adesione agli indirizzi di razionalizzazione dei consumi in linea alle direttive del Sistema Sanitario Regionale.

Il Corso si è concluso con una vera e propria formazione pratica attraverso simulazione delle prescrizioni e valutazione di vari casi clinici, prima attraverso lavoro in piccoli gruppi e poi con presentazione in seduta plenaria dei singoli casi clinici con discussione collettiva.

Telemedicina veterinaria: forse sì, forse no...

Il futuro è già qui. L'OMS ne parla già dal 2005; la pandemia ha accelerato un percorso che inevitabilmente anche la Medicina Veterinaria aveva già intrapreso; la FNOVI ha elaborato le Linee guida, ma il resto? Cosa avviene nella pratica?

Partendo dal concetto di telesalute, che comprende **tutti gli usi della tecnologia atti a fornire informazioni sanitarie, istruzione e assistenza a distanza,** si può, e si deve, fare una chiara distinzione dei diversi servizi che possono generarsi da questi impieghi.

In particolare, si parla di **teleassistenza** quando si scambiano consigli generali senza l'obiettivo diagnostico-prescrittivo, o di trattamento, di eventuali patologie ma solo e soltanto informazioni con scopo preventivo. Si parla di **teletriage** quando si effettua una valutazione, attraverso i mezzi elettronici, dell'urgenza e della tempestività con la quale il paziente deve essere riferito, o meno, ad un collega, in relazione alle condizioni valutabili con tali mezzi e sempre nel rispetto del Codice Deontologico e del Benessere Animale. Il **teleconsulto** si ha quando un Medico Veterinario generico si avvale della consulenza di colleghi specialisti per l'approfondimento, o la conferma, di una diagnosi. Infine si parla di **telemonitoraggio** quando il Medico Veterinario rileva comportamenti del paziente, o segni e parametri vitali, con l'uso

di strumenti anche a distanza. In questi ultimi quattro casi l'impiego dei mezzi telematici funziona da ausilio per attività che il Medico Veterinario è già ben preparato a svolgere perché da sempre la nostra professione si è avvalsa della possibilità di seguire il paziente e di informare i proprietari per mezzo del telefono e, più recentemente, anche attraverso messaggi ed e-mail. La **telemedicina** vera e propria però comporta una relazione già esistente tra Medico Veterinario-Cliente-Paziente e l'uso di un mezzo informatico adeguato, che permetta la visione del paziente in tempo reale (Zoom, Whatsapp, GoogleMeet o altri analoghi). Quindi, nella **televisita** **il Medico Veterinario interagisce con il paziente tramite il proprietario, un tecnico di supporto o un altro Medico Veterinario e può giungere ad effettuare una diagnosi e prescrivere una terapia, o a monitorare l'andamento di una patologia già diagnosticata.** Tale modalità tuttavia non sostituisce mai la visita effettiva e diretta dell'animale, sia esso un pet o un animale da allevamento.

Secondo le Linee di indirizzo nazionali del Ministero della Salute emanate nel 2020 per la medicina umana, **"Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano**



nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico, nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti". Appare chiaro che per svolgere la professione per mezzo della telemedicina, è necessario ottemperare a tutti gli obblighi relativi alla medicina tradizionale, nonché alle specifiche normative del settore e, per il momento, per la Medicina Veterinaria si tratta di seguire le Linee Guida elaborate dalla FNOVI anche sulla base del *position paper* emanato dalla FVE (Federazione Europea dei Veterinari) nel 2020, poiché di fatto manca una norma che possa dare indicazioni su ciò che è lecito e cosa non lo è.

Per la FVE la telemedicina veterinaria è composta da quattro pilastri:

- Consulenza a distanza
 - Diagnosi a distanza
 - Prescrizione a distanza
 - Dati medici generati da terze parti
- Per ognuno di questi la FVE raccomanda un intervento degli organismi



regolatori al fine di avere un quadro preciso sui casi in cui risulti applicabile, o meno, la telemedicina nei diversi contesti, siano essi di consulenza, diagnosi, prescrizione o nella gestione dei dati. Il position paper è stato aggiornato nel 2023 e auspica la predisposizione di standard operativi, codici di condotta e norme che promuovano il rispetto del Benessere Animale, della Salute Pubblica e dell'etica e Deontologia professionale. Il Ministero, ad oggi, non ha ancora dato indicazioni e la telemedicina veterinaria resta affidata al *buon senso* e alla Deontologia, senza alcuna base legislativa e senza un chiaro indirizzo che stabilisca i confini tra il giusto e proficuo (per l'animale e la Sanità Pubblica) e l'illecito. Negli allevamenti intensivi, dove il paziente non è il singolo soggetto ma gruppi di animali e quindi l'intero allevamento, con le nuove norme che implicano controlli in base alla graduazione del rischio, sia per quello che attiene ai parametri ambientali che per ciò che riguarda gli animali stessi, la telemedicina risulta essere sicuramente un ausilio importante.

Nella Medicina Pubblica il veterinario può certamente utilizzare gli strumenti tecnologici e la telemedicina per parametrare il rischio e determinare la tempestività di una verifica diretta in allevamento. Ma certamente per fare ciò è necessario che ci siano degli standard operativi e delle indicazioni normative chiare e precise affinché il Medico Veterinario mantenga alta la qualità delle prestazioni in modo indipendente e responsabile e nel rispetto del Codice Deontologico che, all'articolo 40, recita: *"Il consulto e le consulenze mediante le tecnologie informatiche della comunicazione "a distanza" devono rispettare tutte le norme deontologiche. Il Medico Veterinario, facendo uso dei sistemi telematici, non può sostituire la visita medica che si sostanzia nella relazione diretta con il paziente, con una relazione esclusivamente virtuale; può invece utilizzare gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione o monitoraggio a distanza dei parametri biologici e di sorveglianza clinica di soggetti già in cura"*.

Il Medico Veterinario all'interno degli allevamenti dovrà poi tener conto del

Regolamento UE 2016/429, sulla Sanità Animale, che prevede un numero minimo di visite cioè "visite" inteso nel senso più vero del termine.

D'altro canto, nel web è tutto un fiorire di siti che offrono servizi di telemedicina veterinaria dei più vari. Si va dalla consulenza parassitologica a quella radiologica, *Telemedicina interna*, *Telecardiologia*, *Teleoncologia*, *Televisita comportamentale*, *Televisita nutrizionale*, *Televisita per la terapia del dolore*. Non tutti però specificano che la telemedicina non è una nuova disciplina e che la televisita non può sostituirsi alla visita reale, fisica; nel rispetto della semeiotica clinica, perché la clinica medica veterinaria, è fatta di vista, olfatto, udito e tatto e fino ad oggi, neanche l'AI ha potuto sostituire il nostro "sentire" l'animale. Ci adeguiamo alle nuove tecnologie e alla digitalizzazione ma nel cuore resta il contatto con quello che, in primis, è l'interpretazione del segno clinico rilevabile con i nostri sensi.

Bisogna però dire che, per ciò che riguarda le diverse specialità, per alcune, più che per altre, la telemedicina può fare la differenza e non solo come teleconsulto (parassitologico, oncologico, endocrinologico); ad esempio, la medicina comportamentale, per eccellenza, è stata la disciplina che ha da subito utilizzato i mezzi digitali. In tale caso, lo scambio di video tra proprietario e medico veterinario comportamentista, per giungere ad una diagnosi sul reale e non sull'anamnesi riferita, ha fatto certamente la differenza. Ad oggi, quindi, la telemedicina per i medici veterinari comportamentalisti continua ad essere un ausilio di grande importanza.

Pertanto, si spera in un intervento celere del Ministero su tale tematica che tenga conto di tutte le peculiarità delle diverse discipline e delle specificità dei pets, come degli animali esotici e di quelli da allevamento, perché la logica del "fai da te" lascia spazio ad insidie non sempre palesi. In una realtà telematica non regolamentata, possono purtroppo trovare spazio anche coloro che medici veterinari non sono, ma tali si professano. La salvaguardia del Benessere degli Animali, rappresenta il primo obiettivo che tutti i Medici Veterinari devono perseguire in ogni modo, e tale Benessere deve essere salvaguardato, in primis, da norme chiare e precise.



Si spera in un intervento celere del Ministero su tale tematica che tenga conto di tutte le peculiarità delle diverse discipline e delle specificità dei pets, come degli animali esotici e di quelli da allevamento, perché la logica del "fai da te" lascia spazio ad insidie non sempre palesi

Sistemi di accreditamento in ambito trapiantologico

Il ruolo del biologo

Una figura professionale, lo diciamo da tempo, sempre più cruciale all'interno del Ssn. Pur lavorando silenziosamente, le conoscenze acquisite gli consentono di operare in ambiti diversi contribuendo a diagnosi, prevenzione e cura delle malattie, oltre alla ricerca e sviluppo di terapie sempre più all'avanguardia

Siamo pronti al consueto appuntamento con la Rivista *Medical Network*. Come Coordinatrice Nazionale dei Biologi per il Sumai Assoprof, dove dirigo un gruppo che lavora in molti ambiti del Ssn, nella ricerca, promuovendo la salute pubblica, con soddisfazione, comunico che il lavoro fatto ci rafforza, ci migliora e ci fa crescere. Io insisto perché la figura del Biologo sia sempre più riconosciuta ed apprezzata per la sua professionalità. Sto continuando ad inserire nelle varie pubblicazioni di questa rivista i diversi incarichi professionali che i Biologi possono assumere.

In questo numero presento l'articolo scritto dalle nostre colleghe Specialiste Ambulatoriali che svolgono il loro incarico in un Centro Trasfusionale della AULSS2 dell'Ospedale Ca' Fon-

cello di Treviso. Buona lettura da parte mia: Felicia Oliva, Coordinatore Nazionale Biologi Sumai Assoprof

Il ruolo che la figura professionale del biologo ricopre all'interno del nostro Ssn nel corso degli anni è divenuto sempre più cruciale perché, pur lavorando silenziosamente, le conoscenze acquisite nel corso della sua carriera gli hanno consentito di operare in ambiti diversi contribuendo a diagnosi, prevenzione e cura delle malattie, oltre alla ricerca e sviluppo di terapie sempre più all'avanguardia.

Oggi ci focalizzeremo sull'importanza che tale figura ricopre nel Laboratorio di Processazione di Cellule Staminali integrato all'interno della UOC Medicina Trasfusionale dell'AULSS2



A cura di
Debora Lorenzon,
Daniela Scarpelli;
Professioniste
Biologhe Uoc
medicina
trasfusionale
Ospedale Ca'
Foncello,
Aulss2 Treviso

di Treviso, il cui compito istituzionale è quello di dividersi dicotomicamente fornendo prestazioni di rilievo sia nell'ambito della raccolta e distribuzione delle cellule staminali presenti nel sangue del cordone ombelicale, sia nell'ambito dei trapianti di natura autologa ed allogenica in pazienti adulti.

All'interno dell'Ospedale di Treviso sono infatti presenti e riconosciute a livello Ministeriale, una delle 18 Banche del Sangue Cordonale presenti in Italia, il cui inizio delle attività risale al 2007, nonché il Programma Trapianti di Cellule Staminali Ematopoietiche e Terapie Cellulari operativo dal gennaio 2024, che a sua volta è inserito nell'ambito della UOC di Ematologia, unità con una lunga storia alle sue spalle per quanto ri-

“ **Siamo figure professionali “a tuttotondo” e, con il nostro lavoro, possiamo dare grande lustro alle Strutture Ospedaliere nelle quali certe tipologie di attività sono garantite**



guarda la cura di pazienti affetti da leucemie, linfomi, mielomi, anemie e patologie piastriniche.

Da circa 14 anni io e la mia collega, Specialiste Ambulatoriali, svolgiamo tutte le attività connesse alla manipolazione delle cellule staminali poi trapiantante, e gestiamo le attività documentali connesse che occupano gran parte del nostro lavoro.

Tutto ciò che comprende e ruota attorno alla manipolazione e trapianto delle cellule staminali è regolato da un ampio corpo di leggi, norme e raccomandazioni suddivise in Direttive e Raccomandazioni della Comunità Europea relative alla raccolta e manipolazione di cellule e tessuti umani, Norme Nazionali di recepimento delle Direttive Europee, Norme Nazionali relative alla raccolta, crioconser-

vazione ed utilizzo clinico delle cellule staminali ematopoietiche, nonché Standard Nazionali ed internazionali.

L'attività di un laboratorio di processazione come quello in cui operiamo deve essere autorizzata dalle competenti Autorità Sanitarie Nazionali e Regionali con cadenza regolare. Per questo motivo siamo soggetti a visite ispettive la cui funzione è quella di verificare la qualità del nostro lavoro così da garantire che quanto da noi manipolato e rilasciato rispecchi ciò che la normativa e gli standard vigenti prevedono, e sia tracciato a livello documentale in ogni sua parte affinché qualsiasi complicanza e deviazione possano essere evitate o gestite con tempestività.

Nel corso del tempo, e per ottemperare a quanto richiesto per legge in termini di requisiti minimi per l'esercizio delle Banche del Sangue Cordonale, questo laboratorio ha ottenuto, e ad oggi mantiene con visite di rinnovo annuali, la certificazione UNI EN ISO 9001:2015. Abbiamo ottenuto l'Accreditamento internazionale di eccellenza NetCord-FACT il cui rinnovo avviene ogni 3 anni, nel 2023 siamo stati autorizzati all'esercizio per la manipolazione dei prodotti allogenei, ed ottenuto il rinnovo per quello dei prodotti autologhi, mentre ad oggi è stato richiesto l'Accreditamento internazionale Jacie a cui farà seguito la richiesta per la manipolazione delle cellule CAR-T, garantendo quindi terapie sempre più innovative ai pazienti afferenti presso il nostro Ospedale.

Tutti questi accreditamenti nel corso degli anni ci hanno permesso di conoscere ispettori nazionali ed internazionali, alcuni dei quali provenienti da Banche del sangue Cordonale Americane alle quali fanno riferimento più Stati, e il confronto con ciascuno di loro ha rappresentato per noi

un importante stimolo di crescita professionale.

Tante volte si è portati a pensare che le attività svolte presso questi tipi di laboratorio di nicchia siano prettamente manuali, ma nella realtà dei fatti così non è. Il nostro è un lavoro di equipe, in cui la collaborazione con le diverse figure professionali coinvolte, come quelle delle ostetriche, e dei medici con competenza in ambito ginecologico, ematologico, trasfusionale è fondamentale affinché sia garantito un prodotto di qualità e sicurezza, e tali collaborazioni ci permettono di acquisire nuove conoscenze e maggiore professionalità che mettiamo poi al servizio del paziente. Abbiamo la possibilità di interagire con i Centri Trapianto esteri quando una delle nostre unità di sangue cordonale viene richiesta perché compatibile con il loro paziente, nonché con i Registri internazionali quando deve essere avviato tutto l'iter burocratico per l'invio dell'unità stessa.

In questi anni, la carenza di personale in ambiente sanitario ed il continuo *turn over* ha rappresentato una grossa difficoltà sia perché in due abbiamo dovuto sopperire a tale mancanza con accumulo di notevole sovra-orario, sia perché la formazione dei nuovi assunti ha richiesto da parte nostra un impegno costante visto la peculiarità delle attività svolte.

Il nostro è un lavoro di grande responsabilità e *multitasking*, che tante volte, forse troppe, e questo lo scriviamo con rammarico, non viene riconosciuto come invece dovrebbe. Siamo figure professionali “a tuttotondo” e, con il nostro lavoro, possiamo dare grande lustro alle Strutture Ospedaliere nelle quali certe tipologie di attività sono garantite.

Gli adolescenti e la performance

FRUSTRAZIONE E DOLORE

Sempre più spesso negli ambulatori si incontrano ragazzi che non riescono a tollerare la frustrazione di un insuccesso. La sintomatologia prevalente è quella ansioso-depressiva con tratti autolesivi e riguarda in modo particolare i pre-adolescenti e gli adolescenti i quali, invece di sentirsi liberi di sperimentare e sbagliare, si incastrano nell'idea della perfezione

La performance scolastica è un aspetto fondamentale della vita degli studenti, influenza non solo il loro rendimento accademico, ma anche la loro autostima e il loro benessere psicologico (Hattie, 2009). La relazione tra i ragazzi e la performance è complessa e multifattoriale, coinvolge aspetti cognitivi, emotivi e sociali. Il lavoro di sostegno psicologico, all'interno dell'istituzione scolastica, permette di entrare in contatto con la grossa difficoltà che, bambini e adolescenti hanno nel relazionarsi con la performance. Negli anni la valutazione scolastica è diventata elemento centrale e determinante per l'equilibrio emotivo degli studenti. Nella narrazione comune coloro i

quali risultano essere studenti eccellenti avranno un futuro di successi lavorativi e personali. Il pericolo di quest'affermazione risiede nel considerare il successo professionale elemento fondamentale a garanzia di una vita appagante. Durante gli anni scolastici la validazione della performance rappresenta uno dei pochi elementi di relazione con il mondo adulto il quale diventa giudice assoluto della vita dei ragazzi. È in questa dinamica di giudice e giudicato che si gioca gran parte della relazione con il mondo adulto. Per lo studente è necessario andare ben oltre la sufficienza per poter essere amabile e accettabile dal mondo fatto di persone grandi che non sempre hanno impa-

rato a stare in relazione con i bisogni dei propri figli e degli studenti. L'insufficienza rappresenta per molti la messa in discussione totale della propria identità. All'identificazione con l'immagine ideale che è potenzialmente sempre incerta, consegue una costante messa in discussione della propria identità, già in crisi durante l'adolescenza. È in questi momenti che insorgono sintomi ansiosi e autolesivi. La struttura identitaria non regge il possibile fallimento, è una struttura fragile che si configura intorno a un ideale che può essere garantito unicamente dal mondo esterno adulto. Purtroppo questa fragilità nasce sin dalle scuole di primo grado per andare a prendere forma



“ **Soffrire sembra non avere dignità. Dunque, la percezione che hanno gli adolescenti, ma non solo, è che per essere amati è necessario essere sempre felici e soprattutto essere i migliori in tutto.**



in modo sempre più definito durante l'adolescenza e trovando nella prima età adulta il rischio di una forte frustrazione alla quale non si è in grado di reggere.

L'adolescente spesso si confronta con una struttura di personalità profondamente danneggiata, perché maschere ed introietti sono fortemente radicati e motivo di profondo conflitto con sé stessi. La sintomatologia richiama una forte inadeguatezza propria della funzione personalità, della possibilità/capacità di entrare in contatto pieno con il contesto, che risulta sprovvisto delle competenze necessarie per riuscire ad avere un buon contatto nella relazione.

Ciò che sembra mancare al mondo

adulto è la possibilità di accettare l'unicità dei figli e nella loro unicità tollerare e contenere le fragilità. Tante ragazze e tanti ragazzi temono la loro sofferenza. Soprattutto perché questa non è gestita né tollerata dalle loro famiglie e dalla cultura in cui viviamo.

Soffrire sembra non avere dignità. Dunque, la percezione che hanno gli adolescenti, ma non solo, è che per essere amati è necessario essere sempre felici e soprattutto essere i migliori in tutto. All'interno del mondo scolastico, e non solo, l'efficienza immediata tende ad imporsi come ideologia dominante se non addirittura come obiettivo accessibile.

Tutto quello che riguarda le scelte

scolastiche è orientato all'ottenimento di un obiettivo di merito puramente quantitativo. I programmi, le forme di insegnamento, l'eliminazione di ogni forma di sapere non immediatamente utile sono tutte azioni e pensieri che non hanno nulla a che fare con una riflessione sul bene collettivo, ma sono orientate solo ed unicamente al successo formale del singolo.

Il problema sorge quando ciò che chiudiamo fuori la porta rientra prepotentemente dalla finestra. E se l'adulto, qualche competenza per contenere la potenza emotiva dovrebbe averle acquisite durante la sua crescita, per gli adolescenti ciò non è altrettanto vero.

Già nella relazione con l'adulto significativo sono sprovvisti dell'empatia necessaria che gli consente di relazionarsi in maniera fiduciosa con l'estraneo. E sono ancora di più sprovvisti di tutte quelle conoscenze necessarie a riconoscere e a gestire le emozioni che crescendo diventano sempre più complesse. Gli adolescenti di oggi non si sono esercitati nelle emozioni. Probabilmente lo sono molto di più nelle materie scolastiche, negli sport, ma nel riconoscere le proprie emozioni e quelle degli altri assolutamente no. Hanno capito che è necessario nascondere, negare ciò che provano ed andare avanti guardando in modo univoco l'obiettivo. Sembrano cavalli con paraocchi e paraorecchie che vedono solo l'ostacolo davanti a loro, non possono sentire e non possono vedere ciò che li circonda, altrimenti rischiano di spaventarsi e non saltare l'ostacolo. Privati di un lessico sufficientemente ampio da dare specifiche caratterizzazioni al loro sentire e al loro pensare, questi ragazzi navigano a vista in un oceano di esperienze che spesso



li mettono a confronto con una frustrazione mai provata prima.

Figli di un tempo dove tutto il piacere è e deve essere istantaneo, consumato immediatamente e privato del desiderio, poiché ottenibile con minimo sforzo, si trovano a relazionarsi con una realtà che di frustrazioni ne dà tante e anche di grossa entità.

Così sviluppano sintomi che spesso sono lesivi per la propria incolumità fisica (autolesionismo, disturbi alimentari) e psichica.

In questi sintomi trovano il senso dell'appartenere. Appartenere ad un mondo che ancora non conoscono, di cui sono spaventati.

Il primo sintomo che mostrano sta dunque nella necessità assoluta di essere sempre migliori degli altri e di se stessi, sta nel senso di vuoto se questo non può avvenire o deve essere rimandato. Al continuo bisogno di essere sempre al massimo e di potersi sempre migliorare fa seguito l'impossibilità di poter provare un sa-



Negli ambulatori si lavora soprattutto con l'obiettivo terapeutico di agevolare il percorso di formazione che altrimenti si interrompe, bloccato dalla paura di fallire e di essere inadeguati

no e appagante senso di soddisfazione per i risultati ottenuti. O sono i primi o non gareggiano.

Così la scuola con i suoi insegnamenti potrebbe e dovrebbe aiutare i giovani che crescono a cogliere la bellezza e il fascino del non essere sempre perfetti, bravi e adeguati. Educare ad un sano impegno, significa orientare gli interventi nelle scuole a riconoscere le unicità.

Sempre più spesso durante il nostro lavoro in ambulatorio si incontrano ragazzi che non riescono a tollerare la frustrazione di un insuccesso. La sintomatologia prevalente è quella ansioso - depressiva con tratti autolesivi, riguarda in modo particolare i pre-adolescenti e gli adolescenti, che invece di sentirsi liberi di sperimentare e sbagliare si incastrano nell'idea della perfezione. Ormai il lavoro clinico si confronta con la fragilità dell'identità e con la difficoltà nel trovare una struttura psichica in grado di contenerla. Negli ambulatori

si lavora soprattutto con l'obiettivo terapeutico di agevolare il percorso di formazione che altrimenti si interrompe, bloccato dalla paura di fallire e di essere inadeguati. Accade più raramente che a chiedere il supporto psicologico e /o percorso psicoterapeutico siano i genitori di questi ragazzi che percepiscono inadeguate le loro competenze emotive. Accade pure che questi genitori ritengano che siano i loro figli ad essere inadeguati, chiedono al terapeuta di "sistemare" ciò che non va, chiedono di farli tornare perfetti e performanti. Queste domande terapeutiche aiutano a comprendere quanto il mondo adulto abbia difficoltà ad accogliere il dolore dei figli. Il lavoro terapeutico spesso consiste nell'aprire un dialogo emotivo ed affettivo tra questi due mondi.

Bibliografia

ERVING POLSTER, MIRIAM POLSTER.
Terapia della gestalt integrata profili di teoria e pratica.
Giuffrè Editore-Milano 1986.

UMBERTO GARIMBERTI
Il libro delle emozioni.
Ed. Feltrinelli "Serie Bianca" 2021

MIGUEL BENASAYAG, GÉRARD SCHMIT
L'epoca delle passioni tristi.
Ed. Feltrinelli editore Milano 2005

GIOVANNI SALONA.
Danza delle sedie e danza dei pronomi. Terapia gestaltica Familiare.
Ed. Il Pozzo di Giacobbe 2017

ERVING POLSTER
Ogni vita merita un romanzo. Quando raccontarsi è terapia.
Ed. Astrolabio 1988

Assistiamo Group l'assistenza specializzata a 360°

Assistenza privata specializzata, graduale o residenziale a tempo pieno, rivolta ad anziani, malati e disabili (parzialmente o totalmente non autosufficienti) nel totale rispetto del contesto familiare

Tra le convenzioni stipulate da Sumai Assoprof per i propri iscritti particolarmente interessante è quella con **AssistiAmo Group** un marchio che raccoglie un insieme di società affiliate che svolgono l'importante e sempre più attuale servizio di assistenza privata specializzata, graduale o residenziale a tempo pieno, rivolta principalmente ad anziani, malati e disabili - parzialmente o totalmente non autosufficienti - nel pieno rispetto del contesto familiare.

La struttura del Gruppo, presente in modo capillare sul territorio nazionale, permette di seguire con maggior attenzione le diverse problematiche locali, fornendo soluzioni personalizzate alle famiglie che richiedono il servizio. Il Gruppo opera sia nell'ambito dei servizi Domiciliari che in quello dei servizi Ospedalieri, coprendo larga parte del territorio italiano e si avvale di una équipe di personale qualificato che, con dedizione e professionalità, si impegna ogni giorno nella delicata attività di sostegno alla persona.

I principali servizi offerti:

- Assistenza Ospedaliera per anziani, malati e disabili, diurna e notturna (veglia, igiene, pasti, compagnia)
- Assistenza Domiciliare qualificata, diurna e notturna, anche 24 ore su 24
- Servizio Colf
- Servizio Baby-Sitting
- Governanti di Condominio
- Servizio di accompagnamento anziani e disabili
- Assistenza Infermieristica qualificata (prelievi e piccola medicina a domicilio)
- Assistenza Fisioterapica e Riabilitativa a domicilio, con personale competente

Il valore aggiunto che caratterizza l'operato della struttura è rappresentato da una rigorosa attività di selezione del personale e da una costante attività di formazione ed aggiornamento degli operatori.

Un elemento fondamentale che caratterizza la struttura è la semplicità e sicurezza del servizio che viene offerto ai clienti: esso è infatti regolato da un semplice contratto di fornitura di servizi con la famiglia (revocabile in qualsiasi momento e senza alcun termine di preavviso).

Tutti gli operatori sono regolari, coperti da polizza assicurativa RC, sono sottoposti a costanti controlli sotto il profilo sanitario ed inoltre sono in carico alle società e cooperative sociali affiliate, in modo tale che il cliente non abbia né disagi da affrontare né oneri di natura amministrativa da sostenere (in particolare quelli relativi

alle formalità alle quali è tenuto per legge il datore di lavoro). Il prezzo concordato per l'assistenza non solo è omnicomprensivo di ogni evenienza (sostituzioni per ferie, malattie, permessi, ecc..) ma oltretutto non è superiore a quello che sosterebbe il nucleo familiare accollandosi in prima persona tutte quelle spese legate ad un rapporto di lavoro subordinato e le fatture sono inoltre fiscalmente deducibili in sede di dichiarazione dei redditi.

Per un eventuale preventivo è possibile contattare: Assistiamo Group (Direzione Generale Italia Viale della Repubblica n. 10, 37126-Verona). Contatti telefonici Tel. 0454770929 Cell. 3938324024.

Mail: info@assistiamogroup.org

Grazie alla convenzione, AssistiAmo Group propone agli Iscritti al Sumai Assoprof e ai loro familiari entro il secondo grado la seguente agevolazione: Sconto del 5% sulle tariffe applicate ai servizi di assistenza domiciliare e ospedaliera (compresa quota di attivazione e cessazione del contratto di fornitura dei servizi) e sconto del 5% sugli ulteriori servizi offerti, specificati nella brochure consultabile nell'area riservata del sito.

Per ogni ulteriore informazione, stima dei costi, servizi offerti, sedi territoriali del gruppo è possibile accedere all'area riservata del nostro sito www.sumaiassoprof.org o sul sito www.assistiamogroup.com

Analisi statistica sull'ecografia territoriale come triage diagnostico

Studio retrospettivo nella provincia di Vibo Valentia

L'ecografia territoriale è efficace nel triage diagnostico ma la mancata integrazione con i percorsi specialistici ne limita l'utilità. Servirebbe: un'integrazione digitale ospedale-territorio; una presa in carico automatizzata dei pazienti; una creazione di percorsi diagnostici dedicati e tracciabili.

Con la crescente attenzione alla medicina territoriale, si rende necessario valutare l'efficacia degli strumenti diagnostici di primo livello nel selezionare pazienti per approfondimenti specialistici. L'ecografia territoriale, a basso costo e ampia accessibilità, può rappresentare un efficace strumento di triage clinico. Il presente studio analizza retrospettivamente una coorte di pazienti sottoposti a ecografia in cinque ambulatori territoriali della provincia di Vibo Valentia, con l'obiettivo di valutare la capacità predittiva dell'indagine e le criticità nel percorso di follow-up.

Materiali e Metodi

Sono stati inclusi 52 pazienti, selezionati su 1300 ecografie totali eseguite tra settembre 2024 e marzo 2025, che sono stati indirizzati ad esami di secondo livello (TC, RMN, CEUS, FNAB). È stata condotta un'analisi descrittiva e inferenziale dei dati clinici, delle sedi lesionali, e degli esiti diagnostici. La performance predittiva è stata misurata tramite curva ROC.



Risultati

1. Statistiche descrittive (N = 52)

Età media ($\pm$ DS)

65,4 $\pm$ 11,6 anni

Sesso

34 M (65,4%), 18 F (34,6%)

Sospetto neoplastico all'ecografia

41 sì (78,8%), 11 no (21,2%)

Completamento percorso

13 pazienti (25%)

Drop-out

39 pazienti (75%)

2. Efficacia predittiva

Tra i 13 pazienti che hanno completato il percorso diagnostico, 9 (69,2%) hanno ricevuto conferma di lesione clinicamente significativa. La curva ROC, calcolata sulla base di un punteggio simulato di sospetto clinico, ha mostrato un'AUC di 0.86, confermando una buona capacità discriminativa dell'ecografia territoriale.

3. Esiti diagnostici nei pazienti con follow-up completato

Lesione confermata 9 pazienti

69,2 % sui completati

Esito negativo 2 pazienti

15,4% sui completati

Esito non conclusivo 2 pazienti

15,4% sui completati

4. Dispersione diagnostica

Il tasso di drop-out è risultato pari al 75%: solo 13 su 52 pazienti hanno completato il follow-up diagnostico.

5. Sedi lesionali maggiori

Rene: 17
Prevalenza di cisti Bosniak II;
2 Bosniak III non seguite

Tiroide: 13
Nessuna conferma di malignità

Fegato: 9
3 HCC confermati

Linfonodi: 7
3 linfadenopatie patologiche

Altre sedi 6
Risultati eterogenei

Discussione

L'ecografia territoriale ha dimostrato un'elevata capacità di selezione, con un tasso di invii specifici per patologia sospetta in senso neoplastico pari solo al 4% dell'intera coorte. Tra i pazienti che hanno completato il percorso, oltre il 69% ha avuto un esito clinicamente rilevante, con un'AUC di 0.86 a supporto della validità predittiva. Tuttavia, l'efficacia globale è compromessa dall'elevata dispersione: il 75% dei pazienti indirizzati a secondo livello ha abbandonato il percorso nello stesso ambito territorio-ospedaliero. Le cause ipotizzabili includono assenza di protocolli strutturati, liste d'attesa e difficoltà logistiche di accesso agli esami avanzati.

Conclusioni

- L'ecografia territoriale si conferma uno strumento efficace nel triage diagnostico, ma la mancata integrazione con i percorsi specialistici limita la sua utilità. Per massimizzarne il potenziale:
- è necessaria un'integrazione digitale tra ambulatori e diagnostica ospedaliera;
 - va introdotto un sistema di presa in carico automatizzata per pazienti con esiti sospetti;
 - si raccomanda la creazione di percorsi diagnostici dedicati e tracciabili.

Figura 1

Curva ROC (AUC = 0.86)

La curva ROC mostra la capacità dell'ecografia di distinguere tra esiti positivi e negativi

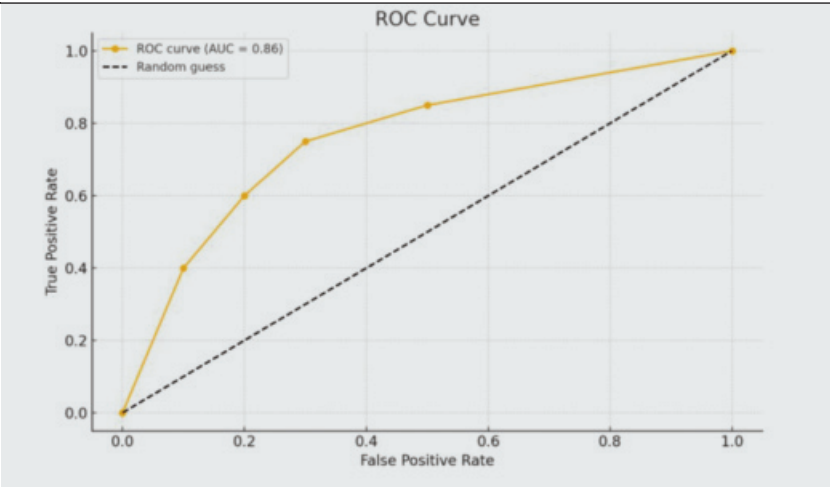


Figura 2

Distribuzione degli Esiti Diagnostici nei Pazienti Completati

Grafico a torta che mostra l'alta incidenza di conferme nei pazienti seguiti fino alla diagnosi finale

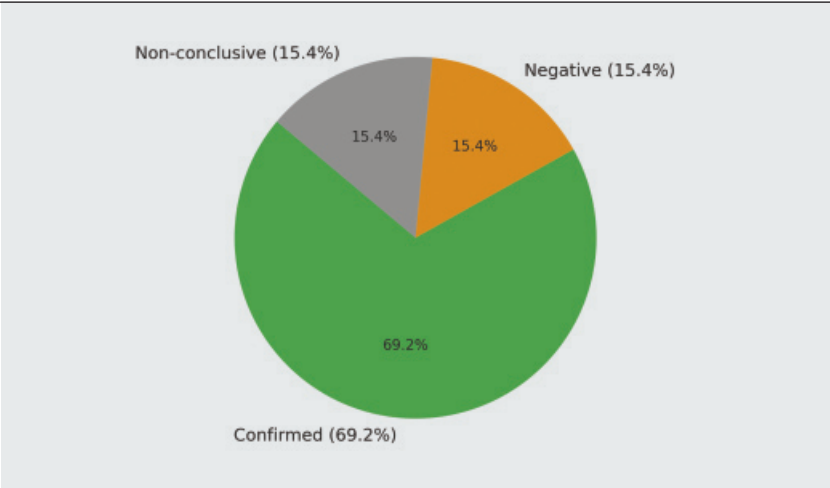
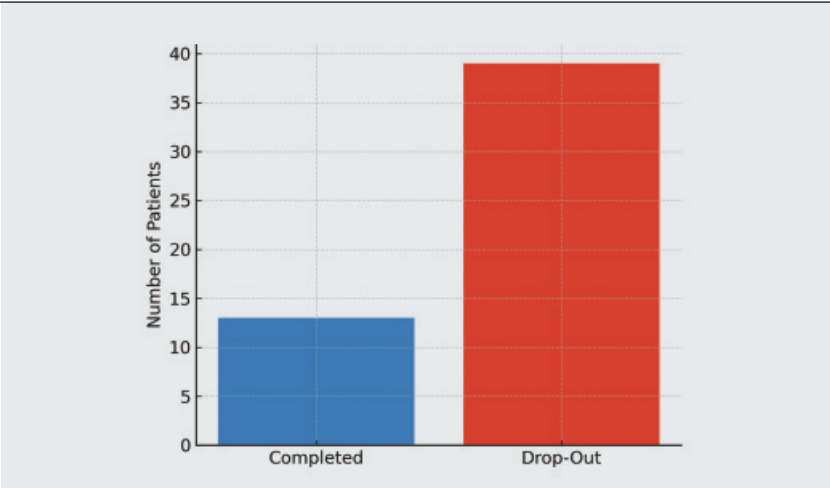


Figura 2

Tasso di Completamento vs Drop-out

Grafico a barre che evidenzia la notevole dispersione lungo il percorso clinico



A Torino il prossimo 26 settembre si svolgerà il sesto Convegno regionale SiFop Piemonte obiettivo: contribuire al processo di cambiamento della sanità territoriale in atto nella Regione

La Regione Piemonte ha riconosciuto con il nuovo AIR (D.G.R. n. 18 – 6462 del 30 gennaio 2023) il ruolo fondamentale della specialistica ambulatoriale interna nell'ambito delle cure primarie e dell'assistenza specialistica di comunità.

Con la trasformazione dei bisogni socio-assistenziali, lo sviluppo della tecnologia e l'emergere di nuove opportunità terapeutiche, diventa cruciale sviluppare modelli organizzativi innovativi che favoriscano la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità per la presa in carico della cronicità.

Questi modelli sono parte integrante della riforma dell'assistenza territoriale delineata nel post Covid dai provvedimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dettagliati dal Decreto Ministeriale n. 77/2022.

Del nuovo assetto organizzativo territoriale fanno parte le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) degli specialisti ambulatoriali interni (SAI), finalizzate alla presa in carico dei pazienti attraverso l'inserimento in percorsi integrati e multidisciplinari. L'adozione di un approccio di cura per percorsi assistenziali rappresenta la sfida vincente per garantire la continuità dell'assistenza.

Questo Convegno mira a dare un contributo al processo di cambiamento della sanità territoriale in atto nella nostra Regione con un focus particolare sulle sfide attuali e le prospettive future della specialistica ambulatoriale interna impegnata per la salute globale della Comunità.

La specialistica convenzionata interna: un convegno a Torino

SiFop SOCIETÀ ITALIANA DI FORMAZIONE PERMANENTE PER LA MEDICINA SPECIALISTICA
REGIONE PIEMONTE

26
Settembre
2025

SAVE THE DATE

Responsabili Scientifici: Renato Obrizzo, Fernando Muià, Giorgio Visca

Evento ECM

VI CONVEGNO Regionale SiFoP Piemonte

La specialistica convenzionata interna:
nuovi modelli organizzativi territoriali e
nuove opportunità terapeutiche
per la salute globale della Comunità

Centro Congressi THE PLACE - TORINO

VI CONVEGNO REGIONALE SIFOP PIEMONTE

La specialistica convenzionata interna: nuovi modelli organizzativi territoriali e nuove opportunità terapeutiche per la salute globale della Comunità

Programma
09:00 Registrazione dei partecipanti
09:15 Apertura del Convegno e saluti istituzionali
Renato Obrizzo, Fernando Muià

I SESSIONE
Innovazione e integrazione: sfida alla cronicità
Moderatori Renato Obrizzo, Fernando Muià, Luigi Fontana
09:30 *PNRR e DM 77 in Piemonte*
Franco Ripa
10:00 *Rapporto sulla specialistica ambulatoriale nella Regione Piemonte*
Giorgio Visca
10:30 *Presa in carico della cronicità: dispositivi normativi vigenti*
Fernando Muià
11:00 *AFT della specialistica ambulatoriale interna*
Renato Obrizzo
11:30 Coffee break
11:50 *L'approccio dello Psicologo nel trattamento delle malattie croniche*
Andrea Zanusso
12:20 Tavola rotonda: *Il Distretto socio-sanitario: quale modello di integrazione?*
Renato Obrizzo, Fernando Muià, Roberto Venesia, Pino Palena, Elia Signorini (IFeC), Stefania Orecchia, Giovanni Siciliano
Moderatore: Giorgio Visca
13:20 Light lunch

II SESSIONE
Le nuove sinergie terapeutiche nelle comorbidità
Moderatori Andrea Sciolla, Umberto Goglia, Rita Caligaris

14:00 *Il ruolo dell'Acido Bempedoico nel trattamento delle dislipidemie e dell'aterosclerosi*
Katia Bonomo
14:20 *Gli SGLT2 inibitori nell'approccio multidisciplinare del Diabete, Scompenso Cardiaco e Insufficienza Renale*
Umberto Goglia, Mario Stricagnoli, Sara Barbieri
14:40 Discussione

III SESSIONE
La gestione della cronicità nelle AFT. Work in progress
Moderatori Linda Leonardi, Maria Conti Mica, Renato Obrizzo
15:10 *Percorso di Cura multidisciplinare in pazienti cronici con disturbi dell'equilibrio*
Stefano Ciliberti, Roberto Actis
15:30 *Complicanze del Diabete. I percorsi clinici*
Alberto Piatti, Stefania Speme
15:50 *Occhio secco e Sindrome di Sjogren. L'Oculista e il Reumatologo nella presa in carico multidisciplinare*
Tiziana Foà, Domenico Malesci
16:10 *Percorso di Cura per pazienti anziani con ipomobilità*
Elena D'Agostino, Paola Schiffer
16:30 *Progetto NAMA: integrazione multidisciplinare territorio-ospedale per il paziente con flogosi cronica rino-sinusobronchiale*
Alessandro Mattiazzo, Pietro Marsico
16:50 *Neurobiofeedback e acufene: approccio multidisciplinare nell'ambito della AFT*
Mauro Ferrara, Carola Grimaldi, Marco Gonella
17:10 **Discussione**
17:40 **Conclusioni**
Renato Obrizzo, Fernando Muià, Giorgio Visca

INFORMAZIONI UTILI:
Evento accreditato ECM per n. 100 partecipanti:
Medici chirurghi, Odontoiatri, Psicologi, Biologi, Chimici, Veterinari e Infermieri
Ore formative n. 7
ID evento n. 1198-453839 - Crediti ECM n. 7
Obiettivi formativi: Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentale di modelli organizzativi e gestionali.
Quota di iscrizione: € 0,00 (i primi 80 posti sono riservati agli iscritti alla SIFoP)

Sede Congressuale:
Centro Congressi The Place
3° Piano di Green Pea (Via Ermanno Fenoglietti, 20)

Provider ECM
SIFoP – V.le di Villa Massimo, 47 – 00161 Roma
Tel. 06 2304729 – mail sifop@sifop.it

Segreteria organizzativa:
e-belf Srl – C.so Regina Margherita, 89 – 10124 Torino
Tel 011/884376 – mail laura.solera@e-belf.it



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org

