

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

ANNO XXVI
NUMERO 2 | 2026
TRIMESTRALE



Sumai
ASSOPROF

Associazione Nazionale
Medici Specialisti Ambulatoriali
e Professionisti dell'Area Sanitaria



Sifp
SOCIETÀ ITALIANA
DI FORMAZIONE PERMANENTE
PER LA MEDICINA SPECIALISTICA

Case di Comunità

Il ruolo dello specialista ambulatoriale

medical network

LA RIVISTA
DEL MEDICO
SPECIALISTA
AMBULATORIALE

Direttore responsabile

Antonio Magi

Coordinatore editoriale

Stefano Simoni

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

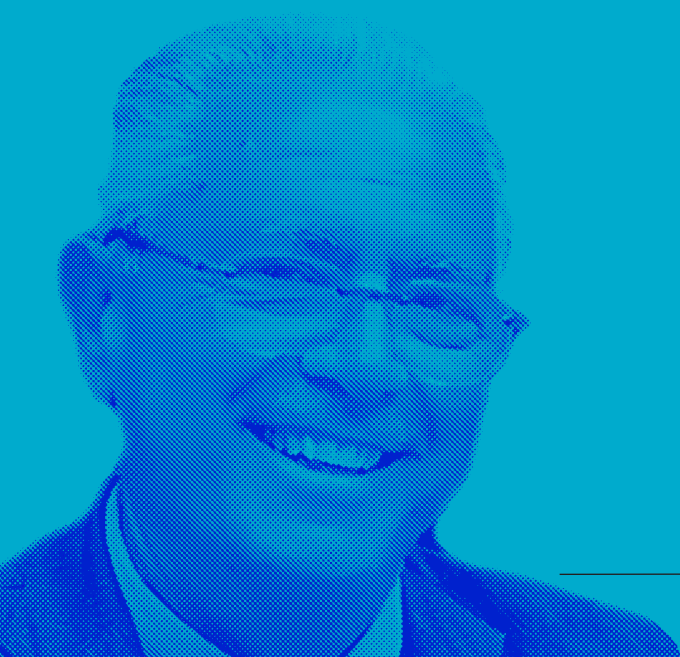
Progetto grafico e impaginazione

Giancarlo D'Orsi

Chiuso in redazione nel mese di aprile 2026

La vera riforma deve partire dall'ACN

Antonio Magi
Segretario Generale
Sumai Assoprof



Care colleghe e cari colleghi

siamo arrivati alla scadenza del 30 giugno 2026, data che segna la scadenza operativa del Pnrr, con l'avvio delle Case di Comunità ma il nodo principale, ovvero il personale da destinarvi, resta irrisolto. Il tentativo condotto dal Ministro di imporre la dipendenza ai medici di famiglia così da destinarli a quelle strutture è fallito e questo perché il punto non è trasformare per legge il medico di medicina generale in dipendente, ma mettere finalmente in condizione la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la specialistica ambulatoriale interna di lavorare dentro una rete territoriale organizzata, integrata e misurabile.

La dipendenza era una scorciatoia amministrativa capace di aumentare i costi, irrigidire il sistema, indebolire il rapporto fiduciario medico-paziente e creare, paradossalmente, liste d'attesa anche per accedere al medico di famiglia. La vera riforma deve partire dall'ACN vigente e dal prossimo atto di indirizzo 2025-2027: più ore, specie di medicina specialistica, più integrazione nelle AFT, presenza organizzata nelle Case della Comunità, presa in carico dei cronici, accesso condiviso agli strumenti digitali, obiettivi verificabili. Inoltre servono remunerazioni coerenti con il lavoro svolto e l'eliminazione delle anacronistiche incompatibilità così da ampliare l'offerta di professionisti prima che vadano tutti via.

Non serve dunque cambiare natura giuridica ai medici convenzionati; serve cambiare l'organizzazione del territorio.

In particolare servono tre cose:

una governance clinica vera. Nelle Case della Comunità deve esserci un coordinamento medico della presa in carico, un clinical manager, capace di integrare medicina generale, specialistica, infermieristica, diagnostica, assistenza domiciliare e servizi sociali.

Una presenza strutturale della specialistica ambulatoriale interna. Se vogliamo ridurre liste d'attesa, accessi impropri al pronto soccorso e ricoveri evitabili, lo specialista deve stare nel territorio, non essere chiamato occasionalmente.

Una rete unica, non tante strutture isolate. La Casa della Comunità deve essere collegata con AFT, studi medici, farmacie dei servizi, COT, ospedali, assistenza domiciliare, servizi sociali e fascicolo sanitario elettronico. Solo così diventa davvero il luogo della presa in carico.

Lo specialista ambulatoriale interno e il ruolo nelle Case di Comunità

Gli specialisti rappresentano una componente stabile e qualificata dell'équipe multiprofessionale e non una semplice risposta alla carenza di personale. Da qui la necessità di un nuovo e rapido Acn aggiornato ai nuovi modelli assistenziali territoriali

Sappiamo bene che la specialistica ambulatoriale interna (SAI) è il settore del Servizio Sanitario Nazionale in cui operano medici specialisti convenzionati ed altre professionalità sanitarie, che svolgono attività specialistica sul territorio, presso i poliambulatori, i consultori, in generale nei servizi distrettuali, ma anche nella medicina penitenziaria.

Va ricordato che ci sono anche numerosi specialisti ambulatoriali che operano presso le aziende ospedaliere e universitarie, ma oggi voglio focalizzare la mia riflessione sulle nuove forme organizzative della medicina territoriale e quindi sulla presenza degli Specialisti ambulatoriali in particolare nelle Case di Comunità.

Con la riforma dell'assistenza territoriale introdotta dal DM 77/2022, le Case di Comunità sono diventate il luogo principale dell'assistenza di prossimità. Al loro interno dovranno lavorare équipe multiprofessionali composte da:

- Medici di medicina generale (MMG)
- Pediatri di libera scelta (PLS)

- Specialisti ambulatoriali interni (SAI)
- Infermieri di famiglia e comunità
- Assistenti sociali
- Altri professionisti sanitari e sociosanitari.

Gli specialisti ambulatoriali interni possono svolgere diverse funzioni: la presa in carico delle cronicità, per esempio seguire pazienti con diabete, scompenso cardiaco, BPCO, ipertensione e altre patologie croniche, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e infermieri per percorsi assistenziali continuativi; la consulenza specialistica di prossimità che consente ai cittadini di accedere a visite e controlli specialistici vicino al proprio domicilio, riducendo il ricorso agli ospedali; il lavoro in équipe multidisciplinare in cui lo specialista (SAI) partecipa alla valutazione condivisa dei casi complessi e alla definizione dei piani diagnostico-terapeutici integrati.

Queste sono le linee di indirizzo Agenas che prevedono una stretta collaborazione tra tutte le professioni pre-

senti nella Casa di Comunità.

Infine la famosa integrazione ospedale-territorio con gli specialisti (SAI) che possono rappresentare un fondamentale collegamento tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, favorendo continuità di cura e follow-up dopo dimissioni o percorsi specialistici. Sebbene il modello organizzativo ri-



Riassumendo

Nelle Case di Comunità lo specialista ambulatoriale interno dovrebbe essere una figura strutturale dell'équipe territoriale, con compiti di:

- diagnosi, cura specialistica e gestione delle patologie croniche;
- supporto clinico ai MMG;
- partecipazione ai percorsi multidisciplinari;
- integrazione tra territorio e ospedale.



conosca allo specialista ambulatoriale interno un ruolo centrale, le analisi nazionali evidenziano che in molte realtà l'inserimento nelle équipe delle Case di Comunità è tutt'altro che pienamente realizzato vedendo il più delle volte lo specialista coinvolto soprattutto per consulenze occasionali anziché come componente stabile del team assistenziale.

In realtà di ciò poco è stato realmente normato, tanto a livello nazionale quanto a livello regionale. Non si può nascondere che numerosi sono i timori degli specialisti ambulatoriali interni rispetto al lavoro nelle Case di Comunità, e qui non si discute l'idea della medicina territoriale in sé, assolutamente condivisa da tutti, ma sulle modalità organizzative con cui essa potrebbe essere realizzata ci sono molte perplessità.

Perplessità e preoccupazioni sul rischio di una perdita dell'identità professionale specialistica, in molti temono di essere utilizzati prevalentemente come supporto generico alla medicina territoriale, con una riduzione dell'attività specialistica vera e propria.

Esistono timori sul ruolo dello specialista nella Casa di Comunità non ancora completamente delineato che può generare incertezza sulla autonomia professionale, sulle responsabilità cliniche, sui rapporti con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, ma anche con i dirigenti sanitari e altri professionisti, nonché una ancora non chiara partecipazione ai percorsi di presa in carico.

A parte le preoccupazioni sul ruolo, la negativa esperienza maturata negli ultimi decenni nel dover lavorare sempre più spesso in carenza di per-

sonale sanitario ed amministrativo, induce forti dubbi soprattutto dove si vedono le attivazioni di queste Case di Comunità procedere più rapidamente del reclutamento del personale dovendo rispondere agli impegni imposti dal PNRR. Quindi timori non solo di aumento delle richieste assistenziali e gestione di un numero elevato di pazienti cronici, ma anche di attività amministrative aggiuntive e carichi di lavoro non proporzionati alle risorse disponibili a fronte di tanta incertezza su sedi di lavoro, orari e ipotetiche turnazioni, integrazione informatica e reale disponibilità di spazi, attrezzature e personale di supporto. A ciò si aggiunge il timore di una ulteriore burocratizzazione del lavoro, già oggi enormemente aumentata dagli obblighi di utilizzare più piattaforme digitali e lo stesso fascicolo sanitario elettronico.

Quindi i timori sono tanti, ma non si può non vedere una grande opportunità nella presenza attiva dei SAI nelle Case di Comunità: maggiore integrazione professionale;

- presa in carico più adeguata dei pazienti cronici;
- riduzione degli accessi impropri in ospedale;
- maggiore continuità assistenziale;
- valorizzazione del ruolo dello specialista sul territorio.

Gli specialisti ambulatoriali devono sostenere il modello delle Case di Comunità ma, allo stesso tempo, anche pretendere un loro ruolo definito come componente stabile e qualificata dell'équipe multiprofessionale e non come semplice risposta alla carenza di personale o come figura di supporto indefinito.

Ecco ancora una volta emergere prepotente la necessità di un nuovo e rapido Accordo Collettivo Nazionale, e successivi Accordi Integrativi Regionali, che siano aggiornati ai nuovi modelli assistenziali territoriali, noi siamo pronti e ci aspettiamo che Governo e Regioni ci diano concreti segnali di volerlo fare anche loro.

Lo specialista ambulatoriale nella nuova sanità

Fare attività sindacale oggi, e in particolare farlo all'interno del Sumai, non significa semplicemente proteggere i diritti di una categoria di professionisti. Significa assumersi una precisa responsabilità etica, sociale e civile nei confronti della collettività. In un momento storico in cui il Servizio Sanitario Nazionale affronta la sua crisi più profonda, l'azione della nostra sigla si configura come uno dei più solidi argini a difesa della salute pubblica. Difendere lo specialista ambulatoriale non è un atto di isolato corporativismo, ma il prerequisito fondamentale per garantire al cittadino l'effettivo godimento dell'articolo 32 della nostra Costituzione.

Il panorama sanitario odierno è segnato da trasformazioni drammatiche e repentine. La carenza cronica di personale, il definanziamento progressivo e una spinta sempre più evidente verso forme di privatizzazione di fatto stanno ridisegnando i confini dell'assistenza, minacciando il principio stesso di universalità della cura. In questo scenario di diffusa frammentazione, la specialistica ambulatoriale convenzionata rappresenta il vero asse portante della medicina del territorio. Gli specialisti ambulatoriali costituiscono lo snodo di prossimità essenziale che unisce l'alta complessità ospedaliera alla vita quotidiana delle comunità locali, intercettando i bisogni prima che si trasformino in emergenza.

Francesca Castellani
Direttore Scuola
Formazione
Sindacale

Difendere questa figura professionale non è un atto di corporativismo quanto piuttosto prerequisito essenziale per garantire al cittadino l'effettivo diritto alla cura come previsto dalla Costituzione



“ Far capire nei fatti la nostra centralità è l'unico modo per dare un futuro concreto al Servizio Sanitario Nazionale e tutelare la salute di tutti

In questo quadro si collocano il DM 77 e, parallelamente, la transizione digitale. Il DM 77 sposta definitivamente il baricentro delle cure dall'ospedale al territorio, istituendo strutture di prossimità ormai centrali come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali. In questa nuova geografia, lo specialista ambulatoriale interno non è più un professionista isolato nel proprio ambulatorio distrettuale, ma diventa il pilastro fondamentale per la gestione delle cronicità e per la prevenzione. Di conseguenza, in sede di contrattazione regionale e aziendale si affronta oggi il compito cruciale di garantire che l'inserimento degli spe-



L'attività del Sumai incarna una visione ampia, capace di legare costantemente la micro-negoziazione aziendale e regionale con la macro-tutela della salute pubblica

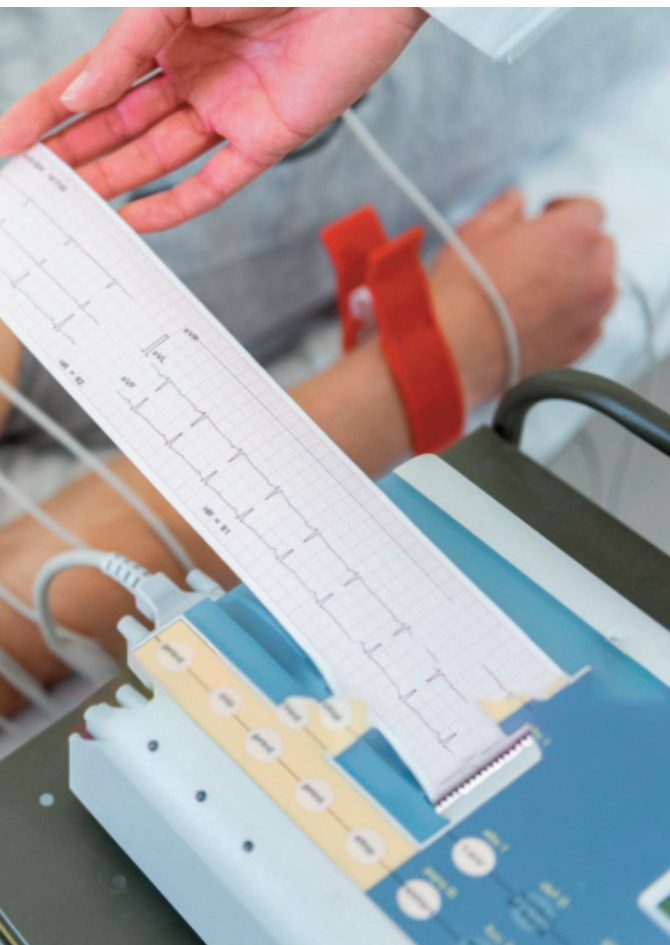
cialisti nelle Case della Comunità non si traduca in una mera sommatoria di ore da timbrare, ma in una reale integrazione multiprofessionale. Rivendicare quindi la valorizzazione della nostra professione, pretendere l'incremento del monte orario e governare i nuovi strumenti tecnologici non sono richieste autoreferenziali. Sono, al contrario, azioni di tutela diretta verso il cittadino. Se la medicina del territorio viene depauperata, se i professionisti fuggono verso il settore privato, l'intero sistema crolla, e a pagarne il prezzo più alto sono le fasce più vulnerabili della popolazione. Quando un professionista è costretto a operare in condizioni di precarietà organizzativa, con risorse orarie insufficienti o schiacciato da piattaforme informatiche farraginose che sottraggono tempo al contatto umano, il danno si riflette immediatamente sulle liste d'attesa, sui ritardi diagnostici e sulla mancata presa in carico delle cronicità. Dentro questa trasformazione, lo specialista ambulatoriale rappresenta l'unica risorsa specialistica strutturalmente radicata nel territorio e, proprio per questo, è una figura di interesse generale. È lo specialista che garantisce continuità clinica nelle reti territoriali, sostiene la gestione delle cronicità, collabora con gli altri attori che operano sul territorio e costruisce percorsi che evitano il ricorso improprio al pronto soccorso e all'ospedale.

Parallelamente, la transizione digitale, guidata dai fondi del PNRR, sta dimostrando che digitalizzare non significa semplicemente sostituire la vecchia carta con uno schermo, ma cambiare il modo in cui il medico cura e il paziente riceve assistenza. La trasformazione digitale offre vantaggi straordinari alla sanità moderna, poiché velocizza l'accesso ai dati clinici tramite l'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.o), abbatte le distanze geografiche con la telemedicina e ottimizza i tem-

pi di diagnosi, anche grazie al supporto dell'intelligenza artificiale; tuttavia, queste tecnologie non potranno mai sostituire l'intuito, l'empatia e l'esperienza del professionista, il cui ruolo resta insostituibile, ma devono essere interpretate come potenti alleate capaci di liberarlo dalla burocrazia e potenziarne l'efficacia clinica. Inoltre, va garantito che l'accesso ai servizi digitali sia inclusivo e non crei nuove forme di discriminazione sanitaria per i pazienti anziani o socialmente fragili che soffrono del divario digitale.

In questo contesto l'attività del Sumai incarna una visione ampia, capace di legare costantemente la micro-negoziazione aziendale e regionale con la macro-tutela della salute pubblica. Quando un dirigente Sumai siede ai tavoli di trattativa con le Direzioni Generali o Regionali, non sta soltanto presidiando un diritto contrattuale, ma sta lottando per la qualità e l'equità dei servizi.

L'impegno associativo, lo studio approfondito dell'ACN e l'aggiornamento costante sul piano della programmazione sanitaria assumono un significato profondo in quanto sono veri e propri atti di responsabilità verso la società, dimostrando così che la specialistica ambulatoriale è l'unico vero motore in grado di far funzionare la sanità territoriale del futuro, sia essa fisica o digitale. Far capire nei fatti la nostra centralità è l'unico modo per dare un futuro concreto al Servizio Sanitario Nazionale e tutelare la salute di tutti.



Il Sumai Assoprof avvia il progetto “Ascolto Attivo”: un ponte tra centro e territori

Renato Obrizzo
Segretario
Organizzativo
del Settore
Convenzioni

Ridurre le distanze istituzionali, intercettare le reali problematiche locali e dare risposte concrete alla base in uno dei momenti storici più complessi e delicati per la sanità pubblica italiana. Con questi obiettivi strategici il Sumai Assoprof ha dato ufficialmente il via al progetto “Ascolto Attivo”, un ciclo strutturato di cinque incontri online mirato a creare un canale di comunicazione diretto, stabile e permanente tra la Segreteria Nazionale e le diverse realtà regionali e provinciali del Paese.

L'iniziativa, fortemente voluta dal Segretario Generale Antonio Magi, nasce da una diagnosi lucida e severa della situazione attuale che gli specialisti ambulatoriali si trovano ad affrontare quotidianamente. Il contesto odierno è infatti caratterizzato da una profonda crisi soprattutto della professione medica e da una progressiva perdita di rappresentatività, a cui si sommano la cronica carenza di risorse economiche e le crescenti difficoltà di interlocuzione con una classe politica che il sindacato non esita a definire inadeguata a gestire le sfide del sistema salute.

In questo scenario frammentato, il rischio di isolamento per i nostri specialisti è elevato; da qui la necessità del sindacato di stringersi attorno ai propri iscritti.

Per rendere il confronto snello, operativo e realmente incisivo, la Segreteria Nazionale ha suddiviso il territorio nazionale in *cinque macro-aree geografiche*. Ciascuna macro-area è stata protagonista di un focus speci-

Cinque appuntamenti cadenzati tra aprile e maggio per rappresentare ai vertici del sindacato le criticità del territorio e trovare insieme soluzioni condivise. Rinnoviamo l'invito ai segretari regionali a redigere, dopo il proprio appuntamento, una breve relazione di sintesi



fico sulla piattaforma Zoom. Durante questi webinar guidati dal Segretario Generale, dal Presidente Luigi Soda-
no, dalla Tesoriera nazionale Lella Iossa e dal Segretario Organizzativo del Settore Convenzioni Renato Obrizzo, i Segretari regionali e provinciali hanno avuto la possibilità di esporre direttamente i nodi critici emersi a livello locale. Il confronto si è concentrato in particolare sui dis-
servizi, sulle problematiche gestionali e sulle tensioni contrattuali che si re-
gistrano nei rapporti con le singole Aziende Sanitarie Locali e con gli as-
sessorati alla salute delle Regioni.

Il progetto «Ascolto Attivo», tuttavia, non si è esaurito nella pur fundamen-
tale fase del dibattito e dell'accoglienza delle istanze. Per trasformare le
riflessioni in azioni sindacali concre-
te, la Segreteria ha stabilito un pro-

TOCOLLO post-incontro. I Segretari Re-
gionali sono infatti stati chiamati a
redigere, dopo il proprio appunta-
mento, una breve relazione di sintesi
(un documento Word di massimo 2-
3 mila battute) focalizzata su tre pi-
lastri fondamentali: le principali azio-
ni sindacali intraprese a livello locale,
le criticità specifiche riscontrate con
le istituzioni e le aziende sanitarie, e
i suggerimenti o le richieste prove-
nienti direttamente dalla base degli
iscritti.

Il coordinamento della raccolta e
dell'assemblaggio di questi preziosi
documenti è stato affidato a Renato
Obrizzo, Segretario Organizzativo
del Settore Convenzioni.

Tutti i dati, i report e i feedback rac-
colti nel corso del ciclo di incontri
permetteranno al sindacato di elabo-
rare un documento programmatico

globale ad uso interno. Questo testo
diventerà la bussola per definire le li-
nee strategiche future del Sumai As-
soprof, consentendo di rispondere in
modo compatto e coordinato alle sfi-
de della nostra categoria in tutta Ita-
lia. L'iniziativa punta a diventare una
vera e propria prassi consolidata nel
tempo. "Un sindacato che non sa
ascoltare non sa rappresentare ed è
destinato ad esaurirsi", ha giustamen-
te ricordato Antonio Magi, sottoline-
ando come i quasi sessant'anni di sto-
ria e la straordinaria longevità della
sigla derivino proprio dalla capacità
storica di ascoltare gli iscritti e di co-
progettare le soluzioni. Con questo
progetto, il Sumai ribadisce il proprio
messaggio: la tutela degli iscritti pas-
sa prima di tutto dalla vicinanza rea-
le, affinché nessuno debba sentirsi
solo nell'affrontare le complessità del
Servizio Sanitario Nazionale.



Il calendario degli incontri

Per facilitare la partecipazione e garantire una copertura capillare, i
cinque appuntamenti sulla piattaforma Zoom sono stati calendarizzati
secondo una precisa scansione temporale, partito all'inizio della
primavera si è concluso a metà maggio:

giovedì 2 aprile	giovedì 16 aprile	martedì 21 aprile	martedì 5 maggio	martedì 12 maggio
Nord-Ovest Liguria Lombardia Piemonte Valle d'Aosta	Nord-Est Emilia-Romagna Friuli-Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige Veneto	Centro Lazio Marche Toscana Umbria	Sud Abruzzo Basilicata Calabria Campania Molise Puglia	Isole Sardegna Sicilia



**Un sindacato che non sa ascoltare
non sa rappresentare ed è destinato ad esaurirsi**

AIR

In vigore il nuovo AIR dell'Emilia Romagna

A febbraio finalmente la tanto attesa firma tra la giunta e i responsabili regionali del Sumai. Un accordo che tiene conto dei cambiamenti in atto e che valorizza gli specialisti ambulatoriali

Il 16 febbraio 2026 dopo 4 anni di intense trattative ed un ricambio di giunta regionale che ha ulteriormente dilazionato i tempi si è giunti alla firma del nuovo Accordo Regionale per la specialistica ambulatoriale dell'Emilia-Romagna.

Il nuovo accordo regionale consolida il percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale mettendo in rete i professionisti coinvolti, garantendo la continuità e la presa in carico, rafforzando il collegamento tra territorio e ospedale, riducendo le liste d'attesa e gli accessi impropri al pronto soccorso, migliorando l'appropriatezza prescrittiva e potenziando la medicina di prossimità e la telemedicina.

Punto focale dell'accordo sono le AFT le cui attività si articolano all'interno del distretto in collaborazione con le AFT della medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Le AFT favoriscono il lavoro di equipe, l'integrazione ospedale territorio e la continuità assistenziale.

Nel nuovo accordo vengono valorizzati gli specialisti ambulatoriali e i professionisti prevedendo per ciascun componente delle AFT, al raggiungimento degli obiettivi annuali, un premio di 0,86 centesimi all'ora se Specialista o Veterinario, 0,56 centesimi orari se Professionista e 1,08 centesimi orari se tempo determinato. Vengono valorizzate con specifiche

indennità anche le attività per sedi disagiate, disagiatissime e le attività all'interno degli istituti penitenziari.

Altro punto focale dell'accordo riveste il ruolo del Responsabile di Branchia i cui compiti si articolano in:

- Organizzare e coordinare le attività specialistiche della propria branca interfacciandosi con il dipartimento di afferenza;
- concorrere alla realizzazione/raggiungimento degli obiettivi quali/quantitativi stabiliti ogni anno;
- partecipare come componente effettivo al Comitato di dipartimento e alle riunioni di budget.

L'assistenza domiciliare che è caratteristica peculiare dello Specialista Ambulatoriale viene potenziata trasformandosi in un progetto complessivo multidisciplinare che vede gli Specialisti integrati in equipe con supporti tecnici e strumentali per offrire risposte di salute ed evitare ricoveri impropri.

Ampio spazio è dedicato alla telemedicina riconosciuta come parte integrante dell'attività lavorativa dei SAI: televisita, teleconsulto e telerefertazioni ridurranno gli spostamenti, valorizzeranno i tempi decisionali e miglioreranno il confronto clinico. È presente una commissione regionale per la stesura di linee guida per la telemedicina nella Regione Emilia Romagna con all'interno tre Specialisti Ambulatoriali.

Per i veterinari viene sancita la parità assoluta nell'AIR tra dipendenti e convenzionati con medesimi rapporti professionali, opportunità lavorative e di aggiornamento e di attività ispettive.

Altri Punti qualificanti dell'accordo

Presenza di un rappresentante sai nella commissione regionale del farmaco al pari delle altre categorie professionali e possibilità di accedere ai piani terapeutici AIFA.

Possibilità di usufruire per le specialiste in gravidanza delle 14 settimane del periodo di assenza retribuita senza limitazioni sia prima che post partum in modo da poter sfruttare completamente l'indennità di maternità che offre anche l'ENPAM.

Formazione. Vengono confermate le 50 ore annue di formazione retribuite per chi ha più di 15 ore settimanali di incarico e viene inoltre computato come orario di servizio anche le ore necessarie per raggiungere la sede formativa.

Sono inoltre estesi, anche agli specialisti ambulatoriali interni, i diritti acquisiti del personale dipendente per accesso alla mensa aziendale con i medesimi costi, sorveglianza sanitaria per il rischio biologico e radiologico e tutela legale come da programma regionale.

Fondamentale anche l'impegno che la regione si assume di comunicare agli specialisti annualmente i capitoli di spesa che li riguardano con la finalità di renderli partecipe al monitoraggio puntuale delle risorse di loro competenza nonché alla dotazione di personale per tipologia e dislocazione nei vari ambulatori per i quali deve essere garantita allo specialista l'operatività in termini di sicurezza. La sigla dell'AIR è importante perché mostra con chiarezza il ruolo strutturale degli specialisti ambulatoriali all'interno della riforma dell'assistenza territoriale riconoscendone, anche da un punto di vista economico, l'impegno. In più costituisce un punto di partenza al quale dovrà seguire l'attivazione del Comitato Regionale e, nei tempi più brevi possibili, l'apertura dei tavoli trattanti per gli Accordi Attuativi Aziendali. È da questi accordi infatti che vengono declinati nella realtà operativa quotidiana i dettami sia dell'ACN che dell'AIR.

Triennio

2025/ 2027

Ripartite le trattative per il rinnovo contrattuale

A fine aprile sono ripresi nella sede dell'Aran gli incontri per il rinnovo del CCNL 2025-2027 dei medici e dirigenti sanitari. Un'area che riguarda circa 138mila dirigenti del Servizio sanitario nazionale, tra medici, dirigenti sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie

L'atto di indirizzo fornisce le indicazioni per il rinnovo del Contratto collettivo nazionale di lavoro dell'Area della Sanità per il triennio 2025-2027.

Il contesto nel quale si colloca il rinnovo 2025-2027 è caratterizzato da persistenti difficoltà nel garantire la copertura dei fabbisogni, da un peggioramento delle condizioni di attrattiv-

ità del Servizio sanitario nazionale, e da crescenti esigenze di governo clinico, integrazione territoriale e innovazione digitale.

L'atto di indirizzo individua le priorità strategiche e le materie da demandare alla contrattazione nazionale:

rafforzare l'attrattività delle posizioni dirigenziali nel SSN;
migliorare le condizioni di lavoro e il

2025/ 2027

Ripartite le trattative per il rinnovo contrattuale

benessere organizzativo dei dirigenti, con particolare attenzione all'impatto dei carichi assistenziali, ai servizi di pronta disponibilità e ai servizi di pronto soccorso, anche attraverso un utilizzo coerente e mirato degli istituti normativi ed economici previsti dalla contrattazione collettiva, nel rispetto delle prerogative datoriali in materia di organizzazione dei servizi.

completare l'attuazione del sistema degli incarichi e della retribuzione di posizione e di risultato, in coerenza con il disegno del CCNL 2022-2024;

valorizzare il contributo della dirigenza ai processi di innovazione clinica, organizzativa e digitale del SSN, anche in relazione ai rapporti con l'università e ai percorsi di formazione specialistica.

Le risorse contrattuali dovranno essere allocate secondo criteri che assicurino:

un equilibrato incremento degli stipendi tabellari; o il rafforzamento della retribuzione di posizione e della retribuzione di risultato, anche in funzione della piena attuazione del sistema degli incarichi e della differenziazione delle responsabilità;

la valorizzazione delle indennità collegate a particolari condizioni di lavoro.

Il contratto dovrà, inoltre, finalizzare le risorse previste dalle seguenti disposizioni di legge:

legge 30 dicembre 2025, n. 199, art.1, comma 357, risorse destinate all'incremento dell'indennità di specificità medico-veterinaria nei limiti di 412 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026;

legge 30 dicembre 2025, n. 199, art.1, comma 359, risorse destinate all'incremento dell'indennità di specificità sanitaria relativa ai dirigenti sanitari inquadrati in profili diversi da quelli di medico e medico veterinario, nei limiti degli importi complessivi lordi di 13,5 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026;

legge 30 dicembre 2024, n. 207, art. 1, comma 323, risorse destinate all'incremento dell'indennità di pronto soccorso nei limiti di 15 milioni di euro complessivi lordi a decorrere dal 1° gennaio 2025 e di ulteriori 15 milioni di euro, complessivi lordi, a decorrere dal 1° gennaio 2026.

La contrattazione, dovrà prioritariamente intervenire sui seguenti ambiti, articolati in aree tematiche di carattere generale.

A Attrattività, condizioni di lavoro, conciliazione e welfare La contrattazione è chiamata a rafforzare l'attrattività delle posizioni dirigenziali nel Servizio sanitario nazionale, intervenendo sulle condizioni di lavoro quotidiane e sulle possibilità di conciliazione vita-lavoro.

B Sistema degli incarichi, fondi, retribuzione di posizione/risultato e indennità di specificità La contrattazione dovrà completare e mettere a regime il sistema degli incarichi dirigenziali delineato dal CCNL 2019-2021, rafforzando il collegamento tra tipologia di incarico (gestionale e professionale), responsabilità attribuite, retribuzione di posizione e retribuzione di risultato, e favorendo un utilizzo dinamico degli incarichi stessi, che consenta di valorizzare ade-

guatamente le funzioni di direzione, di coordinamento di progetti complessi e di sviluppo di competenze avanzate.

C Strumenti di flessibilità, sede di lavoro, continuità assistenziale La contrattazione dovrà valorizzare, nei limiti di quanto stabilito dall'art. 40, comma 1 e dall'art. 5, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, gli strumenti di flessibilità del rapporto di lavoro dirigenziale e dell'organizzazione dei tempi di lavoro, con l'obiettivo di garantire la continuità e la sicurezza dell'assistenza nei diversi setting (ospedaliero, territoriale, emergenza-urgenza), ridurre il ricorso strutturale a soluzioni emergenziali e salvaguardare il benessere dei dirigenti.

D Competenze, formazione e tutoraggio La contrattazione dovrà valorizzare lo sviluppo delle competenze professionali e manageriali dei dirigenti, anche in relazione ai processi di innovazione tecnologica e digitale (telemedicina, sistemi informativi clinico-amministrativi, fascicolo sanitario elettronico).

E Disciplina relativa alla libera professione intramuraria In coerenza con quanto previsto dalla dichiarazione congiunta n. 3 del CCNL 2022-2024, la contrattazione dovrà aggiornare e semplificare la disciplina della libera professione intramuraria, anche con riferimento all'art. 4, comma 2, del DL 73/2024, chiarendo i principali ambiti applicativi e le relative condizioni di autorizzazione. In particolare, dovranno essere precisate le fattispecie di cui alle lettere b) e c) dell'art. 21 del CCNL 2022-2024, al fine di ridurre incertezze

“ Grazie alle risorse aggiuntive ottenute attraverso le ultime leggi finanziarie l'incremento complessivo arriva al 7,7% lordo

“ L'aumento contrattuale previsto per la dirigenza sanitaria che si attesta al 5,4%, in linea con il resto della pubblica amministrazione



Conclusioni

Le priorità affrontate al tavolo delle trattative dal 28 aprile all'8 giugno sono state, il sistema delle carriere, l'organizzazione del lavoro e la gestione dell'orario, la regolamentazione dello smart working e del lavoro a distanza, la gestione delle guardie e delle pronte disponibilità, tema direttamente collegato alla sicurezza delle cure, la valorizzazione dell'aggiornamento professionale e della formazione continua, l'aumento contrattuale previsto per la dirigenza sanitaria che si attesta al 5,4%, in linea con il resto della pubblica amministrazione, ma grazie alle risorse aggiuntive ottenute attraverso le ultime leggi finanziarie l'incremento complessivo arriva al 7,7% lordo, la libera professione intramoenia, la contrattazione integrativa, che rappresenta il livello più fondamentale perché richiede necessariamente la firma sindacale per poter assumere decisioni; il confronto, nel quale l'azienda ha l'obbligo di discutere con le organizzazioni sindacali, pur mantenendo la possibilità di decidere autonomamente; l'informazione, che costituisce il livello meno incisivo e prevede semplicemente la comunicazione ai sindacati delle decisioni adottate o in via di adozione.

interpretative e garantire applicazione uniforme.

F Relazioni sindacali, sedi di confronto, esigibilità dei contratti Vanno rafforzati gli strumenti di partecipazione e confronto a livello aziendale e regionale, anche attraverso la valorizzazione degli or-

ganismi paritetici, con l'obiettivo di garantire una più ampia esigibilità degli istituti contrattuali, una applicazione uniforme dei CCNL e una migliore integrazione tra contrattazione collettiva e processi di programmazione e organizzazione dei servizi.

La storia del Sasn in pillole

Il servizio di assistenza al personale navigante istituito con regio decreto nel 1933 pur avendo quasi un secolo di storia rappresenta ancora oggi la base per il controllo dello stato di salute dei lavoratori marittimi

La storia del Sasn (Servizio di Assistenza Sanitaria al Personale Navigante) affonda le sue radici in un'epoca nella quale necessitava una regolamentazione della tutela dei lavoratori marittimi mentre l'espansione della flotta commerciale richiedeva maggior sicurezza nella navigazione. Il Regio Decreto del 14 dicembre 1933 n. 1773 rappresenta un punto fondamentale in questo contesto storico. A partire dai primi del novecento, infatti, l'assistenza sanitaria al personale marittimo era gestita in maniera frammentaria dalle Casse Marittime, istituzioni sorte per tutelare la gente di mare.

Il Regio Decreto 1773 del 1933 intitolato "Accertamento dell'idoneità fisica della gente di mare" intervenne: sul controllo medico stabilendo un elenco ufficiale di infermità o difetti fisici che costituivano causa di inabilità temporanea o permanente al lavoro a bordo; sulla sicurezza alla navigazione perché l'accertamento sanitario venne visto non solo come tutela del lavoratore ma anche come sicurezza per la navigazione mercantile; istituì la funzione medico legale con la creazione di apposite commissioni mediche ad hoc. Questo decreto ha costituito la base della medicina marittima per decenni venendo parzialmente modificato solo nel 1962 con la legge 1602. La svolta verso l'evoluzione del Sasn moderno avvenne sostanzialmente con l'istituzione del SSN legge 833/1978 che di fatto sopprime le vecchie Casse Marittime e centralizzò sullo Stato la sanità dei naviganti e successivamente degli a-

ronaviganti; e con il DPR 31 luglio 1980 n. 620 che formalizzò in capo al Ministero della Salute, allora Ministero della Sanità, le competenze della assistenza sanitaria ai naviganti. Oggi il Sasn è integrato con gli Usmaf (Uffici di Sanità Marittima Aerea e di Frontiera) ed eroga attraverso i propri medici assistenza sanitaria al Personale Marittimo e dell'Aviazione Civile sia con Poliambulatori Diretti del Ministero della Salute sia tramite una rete di Medici Fiduciari in Italia ed all'Estero.

In conclusione si può affermare che il Regio Decreto del 1933 rappresenti la pietra miliare nell'accertamento all'idoneità alla navigazione e sebbene sia stato modificato nel corso dei decenni dalla legge 1602/1962 e da riforme più recenti in materia di sanità marittima e convenzioni internazionali come Stcw, costituisca ancora oggi la base per il controllo dello stato di salute dei lavoratori marittimi.



Il Regio Decreto ha costituito per decenni la base della medicina marittima venendo parzialmente modificato solo nel 1962

Felicia Oliva
Coordinatore
Nazionale Biologi
Sumai Assoprof

Il ruolo della rappresentanza dei biologi nella specialistica ambulatoriale territoriale

Nel contesto sanitario italiano la figura del biologo viene ancora talvolta percepita, in modo improprio, come quella di un tecnico subordinato alle decisioni del medico. Questa rappresentazione non corrisponde alla reale natura scientifica e

professionale della categoria. **L'obiettivo di questo contributo** è proprio quello di chiarire il ruolo del biologo e di promuovere una maggiore consapevolezza delle sue competenze e responsabilità all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

Con questo intento, oggi presentiamo la testimonianza della collega del Veneto, provincia di Treviso, impegnata come Responsabile Provinciale Biologi che ci racconta la sua esperienza nel Sumai Assoprof.

Esperienza e impegno nella provincia di Treviso

Daniela Scarpelli
Rappresentante
dei Biologi
Provincia di Treviso.
Componente
Comitato Zonale
Sumai Assoprof

Nel contesto della specialistica ambulatoriale, la rappresentanza professionale assume oggi un ruolo sempre più centrale nel garantire tutela, valorizzazione delle competenze e partecipazione ai processi decisionali che riguardano l'organizzazione della sanità territoriale.

In qualità di rappresentante dei biologi della provincia di Treviso all'interno del Sumai Assoprof e componente del Comitato Zonale, vivo quotidianamente la responsabilità e l'importanza di questo ruolo, che si colloca al crocevia tra attività sindacale e funzione istituzionale.

Il biologo specialista ambulatoriale opera in un sistema sanitario complesso, caratterizzato da continui cambiamenti organizzativi, normativi e tecnologici. In questo scenario, ritengo fondamentale garantire una rappresentanza competente, capace di ascoltare le esigenze dei professionisti e di tradurle in proposte concrete nei tavoli di confronto regionali e aziendali.

Il mio impegno non si limita alla sola attività sindacale in senso stretto, ma si estende a una funzione di collegamento tra i professionisti del territorio, l'organizzazione sindacale e le istituzioni sanitarie. Questo ruolo consente di far emergere criticità operative, tutelare gli aspetti contrattuali e promuovere una piena valorizzazione della figura del biologo all'interno del

Servizio Sanitario Nazionale. La partecipazione al Comitato Zonale rappresenta un elemento di particolare rilevanza. Si tratta infatti di uno degli organismi chiave per la gestione della specialistica ambulatoriale territoriale, nel quale vengono affrontate questioni fondamentali per gli specialisti: dalla gestione degli incarichi professionali all'organizzazione delle graduatorie, fino alla programmazione territoriale e all'applicazione degli accordi contrattuali.

La presenza di un biologo all'interno di questo organismo consente di portare una conoscenza diretta delle specificità professionali della categoria e di rappresentare in modo concreto le esigenze dei colleghi che operano quotidianamente nei servizi sanitari. Questo aspetto assume un valore ancora maggiore in una fase storica in cui il ruolo del biologo è sempre più articolato e strategico. I biologi operano infatti non solo nei laboratori di analisi cliniche, ma anche negli ambiti della prevenzione, della sicurezza alimentare, della nutrizione, della microbiologia, della genetica e della sanità pubblica, contribuendo in modo determinante ai percorsi diagnostici e alla tutela della salute collettiva. In tale contesto, la rappresentanza sindacale deve configurarsi come uno strumento di partecipazione attiva e di crescita professionale. Il mio obiettivo è favo-

rare un dialogo costruttivo con le aziende sanitarie, monitorare le criticità organizzative e promuovere soluzioni che tengano conto delle competenze e delle responsabilità proprie della professione biologica.

Particolare attenzione deve essere inoltre riservata al rafforzamento della multidisciplinarietà all'interno della specialistica ambulatoriale. La partecipazione dei biologi ai processi decisionali contribuisce infatti alla costruzione di un sistema sanitario più equilibrato, nel quale tutte le professioni possano concorrere, con pari dignità, alla qualità dell'assistenza e all'efficienza dei servizi.

L'esperienza maturata nella provincia di Treviso dimostra come una rappresentanza competente e radicata nel territorio possa tradursi in una maggiore capacità di ascolto delle esigenze dei professionisti e in un'interlocuzione più efficace con le istituzioni sanitarie.

In un sistema sanitario in continua evoluzione, valorizzare le professioni sanitarie significa anche garantire una rappresentanza autorevole e preparata, capace di coniugare tutela professionale, competenza tecnica e visione organizzativa. È con questo spirito che continuo a svolgere il mio ruolo, con l'obiettivo di contribuire concretamente al presente e al futuro della professione biologica.

Il diritto agli affetti tra rischio e risorsa

Ovvero la valutazione delle capacità accuditive di nonni e zii nella tutela dei minori quando il bambino o la bambina non possono restare all'interno del nucleo familiare d'origine

La valutazione delle capacità accuditive di nonni e zii da parte degli psicologi dei Consultori familiari è una procedura complessa e delicata che sempre più spesso viene richiesta dal Tribunale Ordinario o per i Minorenni nell'ambito della tutela dei minori. Il difficile intervento di allontanamento di un minore dal nucleo familiare d'origine impone alle istituzioni la ricerca di soluzioni alternative prima di decretare l'inserimento del minore in circuiti eterofamiliari (comunità alloggio o affidi a terzi estranei). Il quadro normativo italiano ed europeo ha progressivamente superato la visione restrittiva della famiglia nucleare, valorizzando il ruolo della parentela come ammortizzatore sociale e affettivo.

Il focus giuridico si è spostato dal mero dato genetico al principio della continuità affettiva. Nonni e zii si configurano così come la principale risorsa non solo in quanto "consanguinei", ma in quanto portatori di una memoria storica, di routine condivise e di un legame preesistente che funge da fattore di protezione contro la disgregazione identitaria del minore. Tali figure permettono infatti al bambino di mantenere intatto il filo conduttore della propria biografia attraverso il racconto di aneddoti sul passato della famiglia, la condivisione di album fotografici e il mantenimento dei contatti con il proprio background culturale e geografico. Questo evita l'effetto "tabula rasa" tipico dell'istituzionalizzazione, pre-



servando le radici del sé; offrono la ripetizione di abitudini quotidiane già note al minore prima della crisi familiare (come la preparazione di un cibo preferito, la frequenza della stessa casa nei giorni di festa o la prosecuzione di piccoli rituali della buonanotte). Questa prevedibilità am-

bientale e relazionale agisce come un potente regolatore emotivo, riducendo l'ansia da separazione.

Nonni e zii rappresentano dunque figure di attaccamento secondarie già codificate nella mente del bambino. Il minore non deve investire preziose energie psichiche ed evolutive nella

costruzione di una sintonizzazione emotiva da zero con figure estranee, poiché beneficia di un canale comunicativo affettivo già collaudato e parzialmente stabilizzato.

Tuttavia, quando la porta del Consultorio si apre su decreto del Tribunale, la stanza d'ascolto si trasforma in un setting molto particolare. Dietro la richiesta formale di valutare nonni e zii non ci sono solo faldoni giudiziari, ma persone catapultate in un'emergenza.

Come psicologi del servizio pubblico, ci troviamo in un territorio di confine delicatissimo: da un lato il mandato del giudice e la Riforma Cartabia (D.Lgs. 149/2022) che ci impone di cercare prioritariamente una risorsa nella famiglia allargata (art. 473-bis.69 c.p.c.); dall'altro, la sofferenza viva di un nucleo in crisi.

Il nostro compito va ben oltre il verificare se in casa ci sia una cameretta libera o se i parenti siano esenti da patologie psichiatriche. Dobbiamo capire se quelle braccia, pronte ad accogliere il minore per evitargli la comunità, siano davvero in grado di proteggerlo e curarne i traumi.

La prima vera sfida clinica è la costruzione del setting. Queste famiglie non vengono da noi per una domanda spontanea di cura. Spesso arrivano spaventate, guardinghe, a volte arrabbiate.

Il nostro primo passo è "disarmare" la stanza. Dobbiamo esplicitare con estrema trasparenza i confini del nostro mandato, spiegando che quel percorso non sarà una terapia, ma una valutazione prognostica e che l'obiettivo degli incontri risponde a un preciso quesito del Giudice. È fondamentale definire da subito i tempi dell'indagine e chiarire che il destinatario ultimo della relazione che scriveremo sarà l'Autorità Giudiziaria. È un lavoro faticoso di contrattualizzazione: trasformare l'obbligo del decreto in uno spazio di parola in cui la famiglia possa mostrare le proprie reali risorse e le proprie fragilità.

Gli assi della valutazione: i nodi invisibili

Esplorare le capacità accuditive di una famiglia allargata significa addentrarsi nelle dinamiche transgenerazionali. I colloqui individuali e familiari costituiscono gli strumenti clinici principali che consentono di esplorare la storia personale, le motivazioni all'accudimento e le rappresentazioni del minore e della relazione con lui. Anche il genogramma può costituire una mappa preziosa per orientarsi tra alleanze, segreti e fratture emotive.

Gli assi principali su cui si muove la nostra bussola clinica sono:

Il dolore del fallimento genitoriale

Questo è lo scoglio più duro, soprattutto per i nonni. Valutare un nonno significa chiedergli di elaborare il fallimento educativo del proprio figlio o della propria figlia (il genitore biologico del minore). Se prevalgono meccanismi di difesa rigidi quali la negazione, la minimizzazione del maltrattamento o il tentativo di giustificare l'ingiustificabile, quel nonno non possiede le risorse necessarie per proteggere il bambino. Diventerà, seppur inconsciamente, un alleato del trauma, esponendo il minore a messaggi ambivalenti e confusivi.

Confini e distanze

Nel corso della valutazione occorrerà accertare se l'adulto accogliente sia in grado di strutturare confini rigidi e protettivi nei confronti del parente problematico. La domanda clinica centrale è: chi accoglie il bambino saprà dire di no alle incursioni improvvise o alle pretese del genitore problematico? Esiste il rischio di una triangolazione o di una ripetizione? Bisogna capire se il sistema familiare ha digerito il passato o se rischia di replicare sul nipote gli stessi copioni disfunzionali che hanno già fallito una generazione prima.

La flessibilità del tempo che passa

Un minore che proviene da un vissuto di trascuratezza o abuso manifesta bisogni complessi, comportamenti disregolati o sintomi post-traumatici. Richiede una forte plasticità emotiva ed energetica. Nonni in età avanzata o zii con stili di vita rigidi possono faticare a sintonizzarsi con le manifestazioni sintomatiche del bambino. Possono scambiare l'iperattività o il ritiro emotivo per semplice «maleducazione», rispondendo con modalità educative anacronistiche, punitive o svalutanti che rischiano di aggravare la sofferenza del minore.

L'alleanza con noi operatori

Una risorsa familiare che si chiude a riccio dicendo «ci pensiamo noi, salviamo il bambino dai Servizi» è un sistema ad alto rischio isolamento. La risorsa parentale può funzionare solo se dimostra la capacità di fare rete, accettando la presenza, il monitoraggio e il supporto del Consultorio e del Servizio Sociale territoriale. Questo asse valuta l'apertura mentale dei caregiver nel chiedere aiuto nel momento del bisogno, la trasparenza nel riferire le difficoltà evolutive del bambino e la disponibilità a collaborare a un progetto d'aiuto integrato a lungo termine.

I rischi clinici: le trappole del «sangue dello stesso sangue»

L'affidamento endo-consanguineo rappresenta, secondo lo spirito della Legge 184/1983, la prima scelta per preservare il diritto fondamentale del minore a crescere all'interno della propria storia familiare. Tuttavia, l'esperienza clinica nei Consultori Familiari dimostra che l'assunto secondo cui la parentela biologica costituisca di per sé una garanzia automatica di benessere psicologico è un'illusione pericolosa. Questo mito rischia di oscurare insidie relazionali profonde

e nodi transgenerazionali irrisolti che dobbiamo intercettare durante i colloqui di valutazione.

Il conflitto di lealtà

Il primo e più diffuso rischio clinico è rappresentato dal conflitto di lealtà, un dramma psicologico silenzioso che minaccia l'integrità emotiva del bambino. Quando il minore viene collocato presso gli zii o i nonni, si trova inserito in un campo di tensioni emotive preesistenti. Se queste figure, esasperate dalla condotta del genitore biologico, tendono a svalutarlo, criticarlo o colpevolizzarlo apertamente, il bambino può sperimentare una scissione interna devastante. Per il principio dell'attaccamento e dell'identificazione, il minore percepisce la svalutazione del genitore come una svalutazione di una parte di sé stesso, sviluppando profondi sensi di colpa per il solo fatto di desiderare ancora il bene di quella madre o di quel padre. Al contrario, se i parenti assumono una posizione di iper-difesa acritica del genitore deviante, il messaggio che giunge al bambino è altrettanto invalidante: il suo vissuto di sofferenza viene implicitamente negato o minimizzato dagli adulti di riferimento. In entrambi i casi, il minore si sente intrappolato in un vicolo cieco emotivo, dove l'espressione di un affetto verso una parte della famiglia viene vissuta come un intollerabile tradimento verso l'altra.

La collusione e i segreti di famiglia

Un'ulteriore e frequente trappola relazionale è costituita dalla collusione sistemica e dalla gestione dei segreti di famiglia. Il legame affettivo che unisce i nonni al proprio figlio affetto da tossicodipendenza, da disturbi psichiatrici o autore di condotte maltrattanti, è guidato da una spinta protettiva viscerale. Questo amore genitoriale, se non elaborato clinicamente, può tradursi in una pericolosa porosità dei confini domestici. Il rischio che le chiavi di casa vengano simbolicamente o letteralmente lasciate al



La valutazione delle capacità accuditive dovrà esplorare il rischio legato al ribaltamento e alla deformazione dei ruoli generazionali

genitore problematico, permettendogli accessi non monitorati o visite non protette all'insegna del «*è pur sempre mio figlio, non posso cacciarlo*», è altissimo.

In questo scenario, i nonni o gli zii tendono a nascondere ai Servizi Sociali e al Consultorio le ricadute del genitore o i suoi comportamenti disfunzionali, stringendo un patto di omertà protettivo che antepone il bisogno dell'adulto alla tutela del bambino. Questa dinamica espone il minore a continue ri-traumatizzazioni e a un clima di perenne instabilità, in cui le regole della tutela vengono costantemente violate all'interno delle mura domestiche, annullando la funzione predittiva e protettiva dell'ambiente di vita.

I ruoli ribaltati

Infine, la valutazione delle capacità accuditive dovrà esplorare il rischio legato al ribaltamento e alla deformazione dei ruoli generazionali, che si manifesta con dinamiche speculari a seconda dell'età e della fragilità dei caregiver affidatari. Nel caso di affidamenti a zii molto giovani, si assiste frequentemente al fenomeno della «fratellizzazione» della relazione. Mancando una sufficiente distanza generazionale e una solida maturità

educativa, lo zio rischia di porsi su un piano di totale simmetria con il nipote, agendo come un compagno di giochi o un confidente alla pari. Questa modalità, seppur mossa da buone intenzioni affettive, cancella l'autorevolezza educativa necessaria per contenere i comportamenti disregolati e i sintomi traumatici di un minore ferito, lasciandolo privo di una vera guida adulta.

Al polo opposto, quando l'affidamento coinvolge nonni anziani o psicologicamente fragili, si riscontra il doloroso fenomeno della «parentificazione» del minore. In questo caso, sono i nonni a proiettare sul bambino le proprie ansie, la propria stanchezza fisica e il carico emotivo derivante dalla gestione della crisi familiare. Il minore, percependo inconsciamente l'estrema vulnerabilità e l'angoscia dei nonni, si sente in dovere di non gravare su di loro, reprimendo i propri bisogni evolutivi e assumendo precocemente il ruolo di custode emotivo degli adulti. Questo ribaltamento cronico della cura priva il bambino del diritto fondamentale di essere protetto e accudito, costringendolo a strutturare un «Falso Sé» iper-responsabile per garantire la sopravvivenza psicologica del nucleo che avrebbe dovuto salvarlo.

“ Il nostro obiettivo clinico ed etico dovrebbe essere quello di aiutare il Giudice a prendere una decisione psicologicamente sostenibile, trasformando la famiglia estesa in un autentico porto sicuro per il bambino

Le risorse: la forza della continuità

Fortunatamente, la famiglia allargata è spesso un bacino di resilienza straordinario. Il nostro sguardo clinico deve saper valorizzare questi elementi protettivi:

La trama dell'identità

Rispetto all'affido etero-familiare, restare con i parenti salva la storia del bambino. I suoi oggetti, i volti noti, i contesti scolastici e i ricordi rimangono integrati nello stesso micro-sistema sociale. Questo attutisce l'impatto distruttivo della separazione dai genitori, poiché il minore non deve subire lo shock aggiuntivo di cambiare improvvisamente quartiere, amici, insegnanti o abitudini culturali.

La spinta riparativa

Molti zii o nonni sperimentano una forte spinta etica a interrompere la catena delle disfunzioni familiari. L'accoglienza del nipote rappresenta la possibilità cosciente di riparare antichi errori del passato familiare, offrendo una sintonizzazione affettiva che può diventare essa stessa terapeutica. Questo investimento emotivo si traduce in una forte motivazione a superare le fatiche quotidiane dell'accudimento, attivando risorse di resilienza inaspettate.

La base sicura preesistente

Se prima della crisi esisteva già un legame di attaccamento sicuro, il minore non deve investire ulteriori energie psichiche per adattarsi a figure estranee. La familiarità accelera i processi di stabilizzazione emotiva e riduce lo stress da separazione, fornendo al bambino un porto calmo immediato in cui iniziare l'elaborazione psicologica dei traumi pregressi.



Oltre l'idoneità: una prognosi di sostenibilità

La relazione che invieremo al Tribunale non potrà dunque limitarsi a una sterile e generica «idoneità» o «non idoneità». Chi lavora in Consultorio sa bene che la realtà che osserviamo quotidianamente non è mai bianca o nera, mostrando piuttosto una rete complessa di sfumature dove le risorse e le vulnerabilità si intrecciano costantemente. Pertanto, la nostra valutazione dovrebbe piuttosto offrire una prognosi di sostenibilità. Occorre scrivere al giudice non solo chi sono queste persone, ma a quali condizioni l'affidamento può reggere nel tempo; se le criticità emerse possano essere contenute attraverso il supporto della rete dei servizi e se le risorse della famiglia siano sufficientemente solide da sostenere il percorso evolutivo del minore. Accogliere un minore nella prima infanzia richiede energie e competenze profondamente diverse rispetto al contenimento delle spinte identitarie e delle complesse dinamiche relazionali tipiche della successiva fase adolescenziale. È importante tener presente che il nostro obiettivo clinico ed etico dovrebbe essere quello di aiutare il Giudice a prendere una decisione che non sia solo giuridicamente corretta, ma psicologicamente sostenibile, trasformando la famiglia estesa in un autentico porto sicuro per il bambino.

Bibliografia

- AA.VV. (2018). *Linee guida nazionali per l'ascolto del minore nei procedimenti giudiziari*. Roma: Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP).
- Bastianoni, P., & Taurino, A. (A cura di). (2009). *Le relazioni familiari nel lavoro di tutela dei minori*. Carocci, Roma.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura: applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Camerini, G. B., Volpini, L., & Lopez, G. (2011). *La valutazione delle competenze genitoriali. Manuale di psicodiagnostica forense*. Giuffrè Editore, Milano.
- Cassano, G., & Catelani, R. (2023). *Il nuovo diritto di famiglia dopo la Riforma Cartabia*. Pacini Giuridica, Pisa.
- Cirillo, S. (2005). *Cattivi genitori. Come aiutarli a curare i propri figli*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Foti, M. G. (2021). *Il diritto dei nonni e dei nipoti alla continuità relazionale: profili sostanziali e processuali*. Milano: Giuffrè Francis & Taylor.
- Malagoli Togliatti, M., & Lubrano Lavadera, A. (2002). *Dinamiche familiari e consulenza tecnica nei casi di separazione e divorzio*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Moro, A. C. (2014). *Il manuale del diritto dei minori* (V ed.). Milano: FrancoAngeli.
- Quadrio, A., & Ceccarelli, G. (2010). *La valutazione delle competenze genitoriali e vicarie nelle separazioni e nell'affidamento*. Milano: LED Edizioni Universitarie.

La comunicazione tra medico e paziente rappresenta uno degli elementi più importanti dell'intera pratica clinica. Non si tratta semplicemente di uno scambio di informazioni, ma di un processo relazionale complesso che influenza profondamente l'esito delle cure, la soddisfazione del paziente e la qualità del lavoro del professionista sanitario. Una comunicazione efficace è in grado di migliorare l'aderenza terapeutica, ridurre l'ansia, favorire la diagnosi precoce e costruire un rapporto di fiducia duraturo.

Negli ultimi decenni, la medicina ha subito una profonda trasformazione culturale: dal modello paternalistico, in cui il medico decideva unilateralmente per il paziente, si è gradualmente affermato un approccio partecipativo e centrato sulla persona. In questo nuovo paradigma, il paziente non è più un destinatario passivo delle cure, bensì un interlocutore attivo, dotato di diritti, aspettative e risorse proprie.

Le dimensioni della comunicazione clinica

La comunicazione in ambito medico si articola su più livelli, ciascuno dei quali merita attenzione specifica:

Comunicazione verbale: include la scelta delle parole, il livello di tecnicità del linguaggio, la chiarezza delle spiegazioni e la capacità di adattare il messaggio al contesto culturale e cognitivo del paziente.

Comunicazione non verbale: il contatto visivo, la postura, i gesti, le espressioni facciali e la prossemica trasmettono messaggi potenti, spesso più incisivi delle parole stesse. Un medico che mantiene uno sguardo empatico e una postura aperta comunica disponibilità e rispetto.

Ascolto attivo: saper ascoltare va ben oltre il semplice sentire. Significa prestare attenzione non solo ai contenuti espliciti, ma anche alle emozioni sottostanti, alle preoccupazioni non dette, alle domande implicite. L'ascolto attivo richiede tempo, silenzio e presenza mentale.

Comunicazione scritta: lettere, referti, cartelle cliniche e, sempre più, mes-

La comunicazione medico-paziente



Fondamenti, sfide e buone pratiche nella relazione terapeutica. Una medicina che sa ascoltare è più umana, più efficace e più giusta. La relazione terapeutica, costruita sulla fiducia e sulla comunicazione autentica, rimane il cuore pulsante della professione medica

saggi digitali fanno parte integrante della relazione terapeutica e devono essere redatti con cura e precisione.

La voce come strumento terapeutico

Tra tutte le dimensioni della comunicazione clinica, quella che più mi ha colpito nel corso della mia esperienza professionale è il potere straordinario della voce. Non mi riferisco soltanto a ciò che diciamo, ma a come lo diciamo: il timbro, il ritmo, la tonalità, la morbidezza o la durezza di ogni parola. Ho imparato, a volte attraverso piccoli errori e a volte attraverso momenti di grazia inaspettata, che un tono di voce caldo e accogliente può fare la differenza tra un paziente che si chiude e uno che

si apre, che si fida, che collabora. La ricerca in psiconeuroimmunologia ha dimostrato che le parole pronunciate con intenzione terapeutica attivano circuiti neurali legati alla riduzione dello stress e al rafforzamento della risposta immunitaria. Ma al di là dei dati scientifici, c'è qualcosa che chiunque abbia vissuto un momento di vera cura conosce intimamente: la voce di un medico presente, calma, che non ha fretta, che non giudica, può alleviare una sofferenza prima ancora che venga prescritta qualsiasi terapia. È un atto clinico a tutti gli effetti, non un ornamento della relazione.

Nella pratica clinica quotidiana mi sono resa conto che spesso entriamo in ambulatorio portando con noi il

peso delle visite precedenti, delle urgenze, della stanchezza. E quella stanchezza, se non la gestiamo consapevolmente, filtra nella voce. Il paziente la percepisce, anche se non ne è consapevole: avverte una distanza, una fretta sottile, e istintivamente si contrae. Al contrario, quando riusciamo ad abbassare volontariamente il ritmo dell'eloquio, a modulare il tono verso registri più gravi e morbidi, si nota un cambiamento immediato nell'altro: le spalle si abbassano, il respiro si regolarizza, lo sguardo diventa meno difensivo.

Lo sguardo che accompagna la voce

La voce da sola, però, non basta. Il suo potere si moltiplica quando è accompagnata dallo sguardo giusto. Uno sguardo accogliente non è uno sguardo fisso o artificialmente intenso: è uno sguardo che dice “sono qui, ti vedo, ci sono”. È quello sguardo che si stacca dallo schermo del computer e si posa sulla persona davanti a noi, almeno nei momenti cruciali della visita: quando il paziente riferisce un sintomo che lo spaventa, quando fa una domanda che gli costa coraggio, quando aspetta una risposta che potrebbe cambiare la sua vita.

La sincronia tra voce e sguardo accoglienti attiva nel paziente ciò che la neuroscienza chiama “risonanza limbica”: un allineamento emotivo profondo che precede e supera qualsiasi elaborazione razionale del messaggio. In termini semplici: il paziente sente di essere accolto prima ancora di aver capito cosa gli stiamo dicendo. E quella sensazione di accoglienza è già, di per sé, terapeutica.

Coltivare la propria voce come strumento clinico

La buona notizia è che la voce, come qualsiasi altro strumento clinico, si può allenare e raffinare. Non si tratta di recitare o di costruire una maschera professionale, ma di sviluppare una consapevolezza autentica del proprio modo di comunicare. Tecniche mutate dalla meditazione e dalla comunicazione terapeutica ci in-



La sincronia tra voce e sguardo accoglienti attiva nel paziente ciò che la neuroscienza chiama «risonanza limbica»

segnano a respirare prima di parlare, a scegliere il silenzio quando è più eloquente delle parole, a modulare l'intensità della voce in funzione del contesto emotivo del paziente. Basta un breve momento di centratura prima di iniziare le visite: pochi respiri profondi, un rilascio intenzionale della tensione mandibolare e cervicale, una decisione consapevole di essere presente. Sembra poco. In realtà cambia tutto.

Nei programmi di formazione alla comunicazione clinica, questa dimensione — il lavoro sulla voce, sul tono, sulla prossemica vocale — merita uno spazio molto più ampio di quanto tradizionalmente le venga dedicato. Non è un lusso: è una competenza clinica fondamentale, al pari dell'anamnesi o dell'esame obiettivo.

Buone pratiche per una comunicazione efficace

La ricerca in campo medico-umanistico ha identificato alcune pratiche fondamentali che migliorano significativamente la qualità della relazione terapeutica:

Accogliere il paziente con cordialità e creare un ambiente fisico confortevole e riservato.

Utilizzare un linguaggio chiaro, evitando tecnicismi incomprensibili e verificando la comprensione attraverso domande aperte.

Concedere spazio al paziente affinché esprima preoccupazioni, dubbi e aspettative senza essere interrotto precocemente.

Praticare l'empatia: riconoscere e validare le emozioni del paziente senza giudicarle.

Coinvolgere il paziente nelle decisioni terapeutiche, rispettando la sua autonomia e i suoi valori.

Fornire informazioni scritte o materiale di supporto per facilitare la comprensione e il ricordo delle indicazioni ricevute.

Conclusioni

La comunicazione medico-paziente non è un'abilità innata, ma una competenza che si apprende, si affina e si coltiva nel tempo attraverso la for-

mazione specifica, la supervisione e la riflessione critica sulla propria pratica. Investire in questa dimensione relazionale significa investire nella qualità delle cure, nella sicurezza del paziente e nel benessere dei professionisti sanitari stessi.

Una medicina che sappia ascoltare è una medicina più umana, più efficace e, in definitiva, più giusta. La relazione terapeutica, costruita sulla fiducia e sulla comunicazione autentica, rimane il cuore pulsante della professione medica, indipendentemente dai progressi tecnologici che continueranno a caratterizzarne l'evoluzione.

Bibliografia

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES — A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311.

Benedetti, F. (2011). *The Patient's Brain: The Neuroscience Behind the Doctor-Patient Relationship*. Oxford University Press.

Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. Oxford University Press.

Epstein, R. M. (2017). *Attending: Medicine, Mindfulness, and Humanity*. Scribner.

Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., Kerr, C. E., Jacobson, E. E., et al. (2008). Components of placebo effect: Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ*, 336(7651), 999-1003.

Lewis, T., Amini, F., & Lannon, R. (2000). *A General Theory of Love*. Random House. [Fondamento teorico della risonanza limbica nella relazione terapeutica.]

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients* (2nd ed.). Radcliffe Publishing.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* (2nd ed.). Radcliffe Medical Press.

Zulman, D. M., Haverfield, M. C., Shaw, J. G., Brown-Johnson, C. G., Schwartz, R., Tierney, A. A., et al. (2020). Practices to foster physician presence and connection with patients in the clinical encounter. *JAMA*, 323(1), 70-81.

La bioetica rappresenta una componente essenziale della medicina contemporanea e della riflessione pubblica sulla salute. Un confronto rispetto al quale nessun medico oggi può sottrarsi

La bioetica costituisce oggi uno dei principali ambiti di riflessione interdisciplinare tra medicina, filosofia, diritto e scienze psicosociali. Le capacità contemporanee delle cosiddette “tecnoscienze” di intervenire sui processi biologici, prolungare la sopravvivenza, modificare la riprodu-

zione umana e condizionare le fasi terminali della vita hanno infatti raggiunto livelli mai osservati prima nella storia del genere umano, sollevando prepotentemente il tema del limite e la conseguente ineludibilità del dibattito bioetico.

La riflessione bioetica si innesta tuttavia in questioni più profonde e originarie rispetto alla sola evoluzione tecnico-scientifica e trova le sue radici ultime nel senso della stessa condizione umana, nella consapevolezza della sua vulnerabilità, fragilità, sofferenza, nonché della dipendenza reciproca e della finitezza che caratterizzano l'esistenza individuale e collettiva. In un contesto da molti già definito *post-umano* o *trans-umano*, le decisioni cliniche non possono e non devono più quindi essere considerate esclusivamente questioni tecniche o scientifiche, ma richiedono un confronto continuo con valori morali, diritti individuali, limiti giuridici e responsabilità professionali. In questo scenario emerge infatti con forza la necessità di interrogarsi non soltanto su ciò che la tecnologia rende possibile, ma anche su ciò che appare moralmente giustificabile, socialmente desiderabile e compatibile con la tutela della dignità umana. La centralità di tali questioni è stata recentemente richiamata anche dalla riflessione sviluppata dal magistero pontificio più recente, che ha posto l'accento sulla necessità di “disarmare” l'intelligenza artificiale, sottraendola a logiche di dominio, competizione e deresponsabilizzazione, riaffermando la necessità che lo sviluppo tecnologico rimanga subordinato alla dignità della persona, al bene comune e alla responsabilità umana.

La bioetica non riguarda tuttavia soltanto i grandi dilemmi, ma investe la quotidianità dell'assistenza sanitaria: il consenso informato, la comunicazione della diagnosi, la proporzionalità dei trattamenti, la tutela della riservatezza, il rapporto tra autonomia del paziente e responsabilità del medico, così come l'allocazione delle risorse, le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e la sostenibilità dei sistemi sanitari. La questione etica rappre-

Una bioetica di prossimità



Thomas Eakins,
*La clinica
del dottor
Gross*, 1875
Philadelphia
Museum of Art

senta quindi un tema rispetto al quale diventerà sempre più necessario confrontarsi per orientare decisioni complesse in una società caratterizzata da pluralismo culturale, innovazione tecnologica, aumento della fragilità cronica e progressiva trasformazione delle relazioni tra esseri umani, istituzioni e tecnologie.

Origini storiche della bioetica

La nascita della bioetica come disciplina autonoma viene generalmente collocata nella seconda metà del Novecento, sebbene le sue radici siano molto più antiche e riconducibili alla tradizione dell'etica medica classica. A partire dal Giuramento di Ippocrate, la riflessione bioetica si sviluppò infatti attorno a questioni riguardanti la responsabilità morale del medico verso il paziente e, più in generale, il significato della persona, la vulnerabilità umana, la sofferenza, la malattia e il rapporto tra individuo, comunità e cura. Dalla filosofia greca alla tradizione giudaico-cristiana, passando per la teologia morale e la deontologia medica, si consolidò progressivamente una riflessione sui limiti dell'agire e sulla responsabilità verso il soggetto vulnerabile. La profonda trasformazione della medicina tra XIX e XX secolo, con l'espansione delle capacità diagnostiche e terapeutiche e la crescente specializzazione professionale, rese infine evidente che accanto a ciò che fosse tecnicamente possibile occorresse interrogarsi anche su ciò che fosse moralmente appropriato.

Il vero sviluppo della bioetica moderna è però strettamente legato agli eventi successivi alla Seconda guerra mondiale. I processi di Norimberga misero in evidenza le atrocità commesse da alcuni medici nazisti attraverso sperimentazioni condotte senza consenso sui deportati nei campi di concentramento. Da tali vicende nacque quindi il Codice di Norimberga del 1947 che introdusse il principio fondamentale del consenso volontario nella ricerca clinica.

Parallelamente, lo sviluppo delle terapie intensive, della ventilazione meccanica, della dialisi e dei trapianti

d'organo pose interrogativi completamente nuovi riguardo alla definizione di morte, ai limiti dell'intervento medico e alla distribuzione delle risorse sanitarie.

Il termine "bioethics" fu inizialmente utilizzato da Van Rensselaer Potter nel 1970 per indicare una disciplina capace di mettere in relazione conoscenze biologiche e valori umani, con l'obiettivo di costruire una "scienza della sopravvivenza". A partire dagli anni Settanta la bioetica si consolidò quindi soprattutto nel mondo anglosassone grazie alla nascita di centri di ricerca dedicati, commissioni etiche e programmi universitari interdisciplinari.

Negli stessi anni in Italia il dibattito bioetico si sviluppò con particolare intensità in concomitanza con profonde trasformazioni sociali e legislative e le discussioni relative alla legalizzazione dell'interruzione volontaria di gravidanza che contribuirono a introdurre i temi etici della medicina al centro del confronto pubblico. Negli anni Ottanta e Novanta il dibattito si ampliò progressivamente includendo questioni relative alla fecondazione assistita, ai trapianti, alla definizione di morte cerebrale ed ai limiti delle cure intensive, con il parallelo sviluppo di numerosi centri universitari di bioetica ed il progressivo consolidamento del ruolo dei comitati etici ospedalieri.

Un momento particolarmente significativo fu rappresentato dall'istituzione del Comitato Nazionale per la Bioetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 1990, organismo al quale da allora è affidato il compito di elaborare pareri e documenti su questioni eticamente sensibili, favorendo il confronto tra orientamenti culturali e filosofici differenti. Negli ultimi due decenni il dibattito italiano si è tuttavia concentrato soprattutto sui temi del fine vita, catalizzato anche dal forte impatto sull'opinione pubblica di casi come quelli di Eluana Englaro e di Dj Fabo, che hanno ad oggi portato all'approvazione della Legge 219 del 2017 sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento.

Principali modelli teorici

La bioetica contemporanea è molto lontana dall'essere un sistema teorico unitario, ma comprende differenti approcci interpretativi che spaziano dalla teologia morale alla filosofia, sociologia, antropologia, psicologia, fino alle sfide epistemologiche oggi aperte della neuro-etica.

Tra i modelli più influenti e noti vi è il cosiddetto *principialismo* elaborato da Beauchamp e Childress, fondato sui quattro principi di autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia. Tale approccio, molto diffuso nella pratica clinica, non costituisce tuttavia una vera "teoria morale", ma una cornice operativa per la pratica clinica poiché fornisce criteri relativamente semplici per l'analisi delle decisioni sanitarie. L'autonomia richiama il diritto del paziente a partecipare alle scelte terapeutiche; la beneficenza impone di perseguire il bene della persona; la non maleficenza richiede di evitare danni inutili; la giustizia concerne l'equa distribuzione delle risorse e delle opportunità di cura. Il principialismo è stato tuttavia criticato per il rischio di ridurre e talvolta estremizzare i conflitti morali attraverso la semplice e talvolta meccanicistica applicazione di principi astratti e molto categorici, al di là di un'interpretazione contestuale. Il principialismo presenta alcuni legami con l'*etica del dovere o deontologica*, derivata essenzialmente dal pensiero di Kant ed orientato a sostenere che la correttezza morale di un'azione dipende anzitutto dal rispetto di obblighi, principi e doveri universalmente validi piuttosto che dalle conseguenze prodotte. In questa prospettiva, la persona deve essere sempre considerata come fine e mai semplicemente come mezzo, principio che ha profondamente influenzato la bioetica contemporanea contribuendo allo sviluppo di concetti oggi centrali quali autonomia, consenso informato, veridicità, riservatezza e tutela dei diritti del paziente. Differente è invece la prospettiva dell'approccio etico *conseguenzialista e utilitarista*, nei quali il valore morale delle decisioni viene giudicato pre-



I processi di Norimberga misero in evidenza le atrocità commesse da alcuni medici nazisti attraverso sperimentazioni condotte senza consenso sui deportati nei campi di concentramento

Da tali vicende nacque quindi il Codice di Norimberga del 1947 che introdusse il principio fondamentale del consenso volontario nella ricerca clinica

valentemente sulla base degli effetti prodotti. L'obiettivo fondamentale diventa quindi individuare la scelta capace di generare il maggior beneficio complessivo o la migliore distribuzione possibile di benefici e danni. Questo orientamento ha esercitato una forte influenza soprattutto negli ambiti della salute pubblica, della programmazione sanitaria, dell'allocatione delle risorse limitate e delle valutazioni costo-efficacia, dove le decisioni cliniche e organizzative richiedono frequentemente un bilanciamento tra interessi individuali e benefici collettivi.

Una prospettiva particolarmente rilevante nel contesto europeo è ancora rappresentata dal *personalismo*, teoria che pone al centro la persona umana intesa come portatrice di una dignità intrinseca che permane indipendentemente dalla presenza di malattia, disabilità, dipendenza o perdita di autonomia. Questo approccio propone una visione unitaria della persona nelle sue componenti biologiche, psicologiche, relazionali e spirituali, sostenendo modelli assistenziali orientati alla presa in carico globale e particolarmente rilevanti nei contesti di elevata fragilità, come le cure palliative, la geriatria e la disabilità complessa.

Gli approcci fenomenologici ed ermeneutici spostano invece l'attenzione dall'analisi astratta delle norme all'esperienza vissuta della malattia. In questa prospettiva la sofferenza non viene considerata esclusivamente come un fenomeno biologico, ma come un'esperienza che modifica profondamente identità, percezione del corpo, relazioni, temporalità e significati esistenziali. La comprensione della malattia richiede pertanto capacità interpretative, ascolto e attenzione alle narrazioni individuali, riconoscendo che il significato attribuito alla sofferenza emerge all'interno di specifici contesti personali, relazionali e culturali.

Accanto a questi si è sviluppata anche l'*etica della virtù*, che sposta l'attenzione dalle regole alle qualità morali del professionista e alla domanda: "che tipo di persona devo essere?".



Gli approcci fenomenologici ed ermeneutici spostano l'attenzione dall'analisi astratta delle norme all'esperienza vissuta della malattia.

L'etica della cura, sviluppata dagli anni '80 nell'ambito del movimento femminista ed ambientalista a partire dagli studi di Carol Gilligan



Carol Gilligan

Questo approccio, radicato nel pensiero aristotelico, considera la pratica morale come il risultato dello sviluppo di disposizioni stabili del carattere orientate alla "vita buona" (*eudaimonia*). In questa prospettiva, la qualità etica della cura dipende non solo dall'applicazione di principi, ma anche dalle caratteristiche morali e relazionali del professionista. Centrale rispetto a questo approccio è inoltre il concetto, sempre aristotelico, di *phronesis* (saggezza pratica), ovvero la capacità di individuare la scelta più appropriata nel contesto specifico.

Un altro approccio rilevante è ancora l'*etica della cura*, sviluppata dagli anni '80 nell'ambito del movimento femminista ed ambientalista a partire dagli studi di Carol Gilligan. Questo modello critica le visioni esclusivamente razionalistiche e pone al centro vulnerabilità, interdipendenza e responsabilità reciproca. A differenza delle etiche fondate su principi universali e astratti, privilegia l'attenzione ai bisogni concreti e alle specifiche condizioni di fragilità. L'individuo viene qui considerato all'interno delle sue relazioni e del proprio contesto di vita: malattia, disabilità e dipendenza non rappresentano eccezioni, ma condizioni costitutive dell'esperienza umana reinterpretando la relazione di cura come un processo dinamico fondato su ascolto, attenzione al contesto e riconoscimento della vulnerabilità. L'etica della cura propone quindi un passaggio da una concezione centrata prevalentemente sull'autonomia individuale a una visione che riconosce la natura relazionale e interdipendente delle persone.

Accanto ai tradizionali modelli teorici sviluppati per affrontare i dilemmi clinici individuali, la riflessione bioetica contemporanea ha inoltre progressivamente ampliato il proprio campo di interesse verso fenomeni collettivi e sistemici che trascendono il rapporto medico-paziente. Le crescenti disuguaglianze sanitarie, le emergenze epidemiche, i fenomeni migratori, l'invecchiamento demografico, la scarsità delle risorse e gli effetti sanitari dei cambiamenti ambientali hanno infatti evidenziato la

necessità di integrare la dimensione individuale con prospettive più ampie di giustizia sociale, responsabilità collettiva e sostenibilità. In questo contesto si sono sviluppate correnti di riflessione riconducibili alla bioetica ambientale e globale, che considerano la salute come fenomeno strettamente interconnesso con i sistemi ecologici, sociali ed economici. Approcci come *One Health*, che sottolinea l'interdipendenza tra salute umana, animale e ambientale, o *Planetary Health*, che pone l'accento sui limiti ecologici entro cui devono svilupparsi le società umane, hanno contribuito a ridefinire l'orizzonte della bioetica contemporanea, spostando l'attenzione dalla sola autonomia individuale verso concetti quali interdipendenza, vulnerabilità condivisa, responsabilità intergenerazionale e sostenibilità ambientale.

La pluralità dei modelli teorici, alcuni dei quali qui solo sommariamente citati, dimostra come le valutazioni bioetiche siano fondate su molteplici riferimenti teorici e valoriali, talvolta affini, talvolta radicalmente antitetici, che non possono che aprirsi al conflitto in assenza di un confronto rispettoso e continuo. Il dibattito "bioetico" comporta infatti la consapevolezza e l'accettazione, in assoluta congruenza con l'etimologia dei termini "etica" e "morale", delle importanti differenze sia *sincroniche* sia *diacroniche* da sempre presenti nelle varie comunità umane in campo etico. I riferimenti bioetici qui riportati sono ad esempio prevalente espressione del mondo occidentale e traducono principi valoriali spesso lontani rispetto a quelli contemporaneamente presenti in altre culture. Allo stesso modo, i valori oggi prevalenti all'interno della società occidentale, sono profondamente mutati nel corso del tempo, talvolta nello spazio di pochi decenni o addirittura lustri.

La bioetica nella sanità territoriale

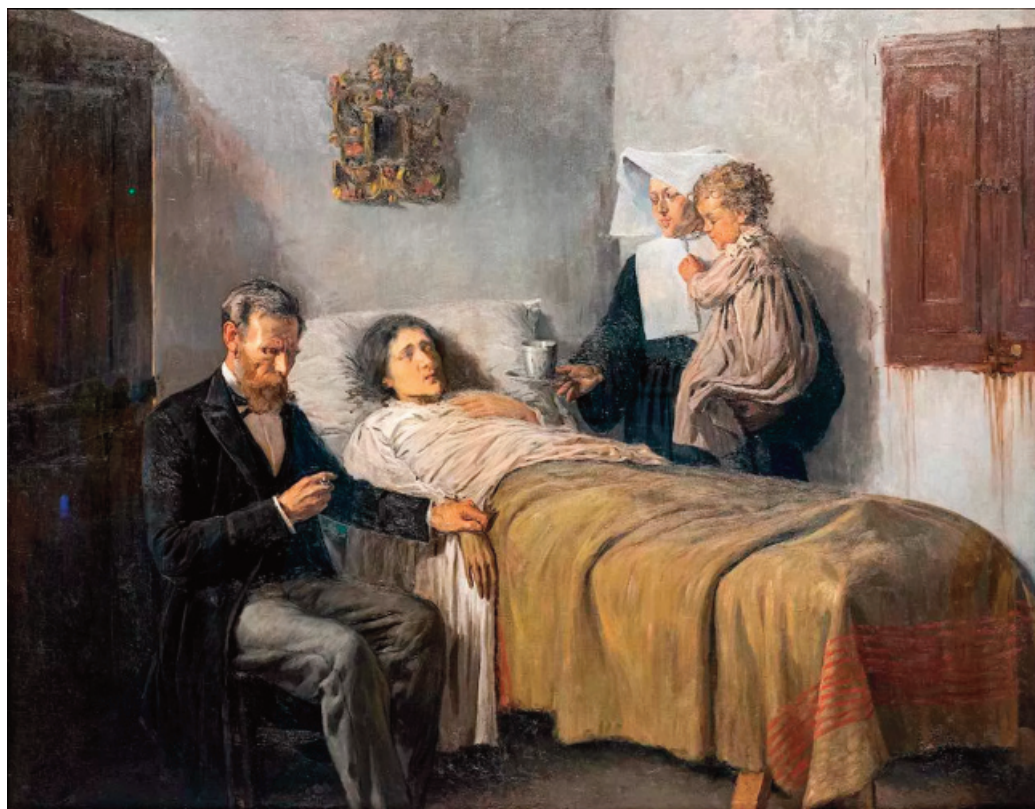
Chimere, modifiche genetiche, clonazione, intelligenza artificiale, impianti biodigitali rappresentano solo alcune delle frontiere al momento os-

servabili della dimensione del possibile oggi offerta da parte delle tecnoscienze, frontiere al di là delle quali nessuno è ad oggi in grado di prevedere che cosa possa offrirsi.

La quotidianità della prassi medica è tuttavia al momento occupata, dalla prevalenza di questioni bioetiche riguardanti principalmente l'autonomia ed il fine vita, questioni che risultano ancora solo in parte affrontate anche dal cosiddetto *biodiritto* e nei confronti delle quali la classe medica fatica a trovare riferimenti occasioni di riflessione e approfondimento.

Questi temi assumono di fatto oggi un'importanza crescente anche, e forse specialmente, nella medicina territoriale. L'assistenza sanitaria contemporanea è infatti chiamata a svilupparsi sempre più nei contesti di vita quotidiana del paziente: domicilio, strutture residenziali, ambulatori territoriali, case ed ospedali di comunità, come previsto anche dal Decreto Ministeriale 77 del 2022. In tali setting si pongono e si porranno sempre più dilemmi etici che rendono necessariamente la bioetica parte integrante della pratica quotidiana e non semplice speculazione teorica. Nelle cure domiciliari, ad esempio, le decisioni terapeutiche si collocano all'interno della vita familiare del paziente e richiedono un costante equilibrio tra appropriatezza clinica, sostenibilità assistenziale e rispetto delle preferenze individuali. Il medico specialista, specialmente in tali setting, non opera più soltanto come consulente tecnico di riferimento, ma come professionista coinvolto nella definizione condivisa degli obiettivi di cura e partecipa di un sistema relazionale complesso con il paziente e la famiglia.

Analogamente, nelle strutture residenziali per anziani emergono ad esempio frequentemente questioni relative alla capacità decisionale, alla gestione di trattamenti come nutrizione ed idratazione, all'utilizzo di contenzioni fisiche o farmacologiche ed alla proporzionalità dei ricoveri ospedalieri, dei trattamenti o degli approfondimenti diagnostici.



Pablo Picasso,
Ciencia y caridad,
1897
Museo Picasso,
Barcelona

Accanto ai medici specialisti, gli psicologi territoriali svolgono a loro volta un ruolo fondamentale nell'accompagnamento dei pazienti fragili e dei caregiver partecipando alla gestione dei conflitti decisionali, al sostegno emotivo della malattia ed alla mediazione comunicativa tra équipe e familiari. La dimensione bioetica della loro attività riguarda quindi non soltanto la tutela dell'autonomia, ma anche la promozione di relazioni di cura rispettose della vulnerabilità della persona, attività che incide profondamente sui processi di attribuzione di senso che hanno nei riferimenti valoriali ed etici i loro principali fondamenti.

Particolare rilevanza assume inoltre il ruolo dell'équipe multiprofessionale: la bioetica, soprattutto nell'ambito della sanità territoriale, rappresenta infatti uno spazio di decisioni condivise, oltre che di gestione del dissenso. La crescente complessità clinica, la cronicità, la fragilità sociale e la necessità di integrare interventi sanitari, assistenziali e sociosanitari

rendono frequentemente insufficiente una prospettiva decisionale esclusivamente individuale o mono-professionale. Le questioni etiche emergono infatti all'interno di contesti caratterizzati dalla presenza simultanea di differenti competenze, responsabilità professionali, sistemi valoriali e priorità organizzative. In questo scenario, il confronto interdisciplinare assume una funzione essenziale non soltanto per migliorare la qualità delle decisioni, ma anche per favorire processi deliberativi trasparenti, condividere la responsabilità morale delle scelte, gestire i conflitti e costruire percorsi assistenziali coerenti con i bisogni della persona e della comunità.

La bioetica, specialmente nei contesti territoriali, si configura pertanto non soltanto come riflessione teorica sui valori, ma anche come pratica dialogica e relazionale, fondata sulla collaborazione tra professionisti, pazienti, famiglie e reti di assistenza.

Segue

Conclusione

La bioetica rappresenta oggi una componente ormai essenziale della medicina contemporanea e della riflessione pubblica sulla salute. Il progresso scientifico, l'invecchiamento della popolazione, la diffusione delle patologie croniche e la crescente complessità organizzativa dei sistemi sanitari rendono indispensabile un confronto continuo tra competenze tecniche, aspetti deontologici, responsabilità morali e disposizioni legislative, un confronto rispetto al quale nessun medico è oggi in grado di sottrarsi. Lungi dall'essere un insieme astratto di norme, la bioetica costituisce uno strumento di supporto alla riflessione e all'orientamento in merito a scelte che sfuggono alla dimensione oggettiva della "scienza" e che coinvolgono, sfidando e talvolta spiazzando, le dimensioni valoriali più profonde ed intime dell'essere umano, sia esso paziente, familiare o medico.

Essa assume una particolare rilevanza proprio e specialmente nella sanità territoriale dove, con maggior frequenza e forse minor clamore, vengono poste le principali questioni bioetiche e dove la relazione terapeutica spesso si realizza maggiormente a fondamento di scelte condivise.

In una società pluralista e multiculturale letteralmente *travolta* dai progressi esponenziali della scienza, la bioetica si delinea quindi sempre di più come un tema rispetto al quale la medicina è, con sollecitudine, chiamata a prepararsi. Il continuo e veloce spostamento dell'asticella del limite rispetto a ciò che noi oggi chiamiamo "vita", rischia infatti, in assenza di una preparazione bioetica, non solo di travolgere e schiacciare qualsiasi riferimento etico, ma anche di annullare, in un futuro forse non lontano, la comune percezione della ragion d'essere dello stesso.

SIFoP insieme a Iss e Società Italiana di Cure Palliative

La cultura dell'assistenza nelle fasi avanzate di malattia

Partirà da luglio 2026 il corso FAD "Approccio Base alle Cure Palliative – ABC Pall". Una nuova opportunità formativa per i professionisti della sanità territoriale, un percorso formativo nazionale gratuito per rafforzare la presa in carico delle persone con patologie croniche evolutive e avanzate

Sulla piattaforma dell'Istituto Superiore di Sanità dal 7 luglio al 10 dicembre 2026 sarà disponibile il corso di formazione a distanza (FAD) "Approccio Base alle Cure Palliative – ABC Pall", promosso dal Centro Nazionale Clinical Governance ed Eccellenza delle Cure (CNEC) e dal Servizio Formazione dell'ISS, in collaborazione con la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e la Società Italiana di Formazione Permanente per la Medicina Specialistica (SIFoP).

L'iniziativa rappresenta un'importante occasione di aggiornamento professionale per tutti gli operatori sanitari coinvolti nella presa in carico di persone affette da patologie croniche evolutive e avanzate, con l'obiettivo di diffondere una cultura delle cure palliative sempre più integrata nei percorsi assistenziali e nei diversi setting di cura.

Il corso, completamente gratuito, è accreditato ECM e prevede il rilascio di 16 crediti formativi. È rivolto a numerose figure professionali, tra cui medici chirurghi, psicologi, farmacisti, infermieri, fisioterapisti, logope-

disti, dietisti, educatori professionali, assistenti sanitari, terapisti occupazionali e massofisioterapisti, a testimonianza della natura intrinsecamente multidisciplinare delle cure palliative.

Un approccio sempre più necessario nella pratica clinica

Le cure palliative rappresentano oggi un elemento essenziale della risposta sanitaria alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche e dalla crescente complessità assistenziale. L'approccio palliativo non riguarda esclusivamente le fasi terminali della malattia, ma si configura come un insieme di interventi finalizzati a migliorare la qualità della vita delle persone e delle loro famiglie attraverso l'identificazione precoce e il trattamento dei bisogni fisici, psicologici, sociali e spirituali.

In questo contesto, il corso "ABC Pall" si propone di fornire conoscenze e competenze di base utili a integrare i principi delle cure palliative nella pratica clinico-assistenziale quotidiana. Il percorso formativo affronta i



fondamenti teorici e organizzativi della disciplina, la normativa di riferimento, il funzionamento delle Reti Locali di Cure Palliative, gli strumenti per l'identificazione precoce dei bisogni palliativi, la gestione del dolore e dei principali sintomi, nonché gli aspetti bioetici e relazionali che caratterizzano la presa in carico globale della persona.

La centralità del territorio e il ruolo degli specialisti

Per la SIFoP, la partecipazione a questa iniziativa assume un significato particolarmente rilevante. Le cure palliative costituiscono infatti uno degli ambiti più rappresentativi della assistenza specialistica territoriale, poiché richiedono una forte integrazione tra professionisti, servizi e livelli assistenziali, con l'obiettivo di garantire continuità delle cure e prossimità al paziente.

Da anni la Società Italiana di Formazione Permanente per la Medicina Specialistica è impegnata nella valorizzazione del ruolo dei medici specialisti e degli psicologi operanti sul territorio, promuovendo modelli as-

sistenziali capaci di coniugare competenza clinica, multidisciplinarietà e vicinanza ai bisogni delle persone. L'avvio delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità previsti dal Decreto Ministeriale 77/2022 rende ancora più strategico lo sviluppo di competenze diffuse nell'ambito delle cure palliative. In questi nuovi modelli organizzativi, infatti, gli specialisti territoriali sono chiamati a svolgere un ruolo determinante nell'identificazione precoce dei bisogni assistenziali, nella gestione della complessità clinica e nella costruzione di percorsi integrati di cura.

Una collaborazione di valore tra istituzioni e società scientifiche

La collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità, SICP e SIFoP testimonia la volontà condivisa di promuovere una formazione qualificata, omogenea e accessibile su tutto il territorio nazionale. L'obiettivo è contribuire alla diffusione di competenze di base comuni tra i professionisti sanitari, favorendo un approccio centrato sulla persona e coerente con i principi di qualità, appropriatezza ed

equità che guidano il Servizio Sanitario Nazionale.

Attraverso il corso "ABC Pall", i partecipanti potranno acquisire strumenti concreti per riconoscere tempestivamente i bisogni di cure palliative, migliorare il controllo dei sintomi, favorire la continuità assistenziale e sviluppare una maggiore sensibilità verso le dimensioni psicologiche, sociali, spirituali ed etiche della malattia.

Si tratta di una proposta formativa che risponde a esigenze sempre più attuali e che contribuisce a rafforzare la cultura delle cure palliative come parte integrante della pratica clinica e assistenziale, in particolare nei contesti territoriali che rappresentano oggi uno degli assi portanti dell'evoluzione del sistema sanitario italiano.



Sumai

ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria



www.sumaiassoprof.org

