

# medical network

LA RIVISTA  
DEL MEDICO  
SPECIALISTA  
AMBULATORIALE

ANNO XXII  
NUMERO 1 | 2022  
TRIMESTRALE



# Pnrr e modelli in sanità

I PRINCIPALI NODI DA SCIogliere

**Carenza  
di organico**

**Adeguamento  
economico**

**Adeguamento  
modelli assistenziali**

**Formazione e  
programmazione**



**network**

**medical**

LA RIVISTA  
DEL MEDICO  
SPECIALISTA  
AMBULATORIALE

**Direttore responsabile**

Antonio Magi

**Consulenza redazionale**

Edizioni Health Communication  
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma

**Coordinatore editoriale**

Stefano Simoni

**Hanno collaborato**

Giuseppe Nielfi,  
Stefano Simoni,  
Luigi Sodano

**Progetto grafico e impaginazione**

Edizioni Health Communication, Roma

**Editore**

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



**Pubblicità**

Edizioni Health Communication, Roma  
Telefono 0331.074259

**Edizioni Health Communication**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario



Registrazione al Tribunale di Roma  
n.446 del 22.10.2001 Roma

**Diritto alla riservatezza: "Medical Network"**

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

Chiuso in redazione  
nel mese di marzo 2022

# Tra pandemia e guerra

## Care colleghe e cari colleghi

questo “tempo sbandato” che stiamo vivendo, per citare Ivano Fossati, ci offre un dramma dopo l’altro senza soluzione di continuità. La pandemia a più di due anni dalla sua esplosione non molla la presa e nel nostro Paese seppure la situazione è relativamente sotto controllo, anche grazie a vaccini e terapie, conta stabilmente più di cento morti al giorno, che se messi in fila in un solo mese corrispondono a più di 3000 persone morte per aver contratto virus. Numeri impressionanti quelli dei decessi da Covid-19 a cui rischiamo purtroppo di abituarci, numeri che sono quelli di una guerra e qui arriviamo al secondo dramma: l’invasione dell’Ucraina da parte della Russia, una guerra che si porta dietro un carico di dolore disperazione che non riusciamo a comprendere né ad accettare. Una tragedia che speravamo di non dover più vivere all’interno dei confini europei che credevamo sicuri e immunizzati a questo tipo di violenze dopo i conflitti balcanici eppure no, dopo trent’anni dallo scoppio di quella guerra, definita come il più feroce conflitto europeo dal 1945, ci sono popolazioni che stanno rivivendo lo stesso dramma e noi non possiamo far altro che assistere impotenti a questi orrori.

Dopo questa premessa anche se difficile vorrei tornare ai temi di politica sanitaria che ci sono più consono. In particolare si è fatto più stringente il dibattito sul DM 71 da mesi oggetto di un ping-pong tra il ministero e i governatori che si intreccia con la missione 6 del Pnrr che prevede il riordino delle cure territoriali, riforma che ci interessa da vicino.

Altro elemento che vorrei sottoporre alla vostra attenzione è l’incontro che si è svolto a metà marzo tra i Comitati centrali di due Federazioni: Farmacisti (Fofi) e Infermieri (Fnopi) che si sono riuniti per gettare le basi per una “collaborazione interprofessionale per la presa in carico degli assistiti in modo capillare sul territorio”. Di quest’incontro non si è parlato molto ma ritengo che se questa cooperazione dovesse andare avanti potrebbero aprirsi scenari interessanti che dovremo seguire per non farci trovare impreparati essendo noi specialisti ambulatoriali interni protagonisti dell’assistenza sul territorio.

**Antonio Magi**  
Segretario Generale  
Sumai Assoprof

**Cambiamenti approvati all'unanimità dall'Assemblea per garantirsi una struttura sindacale capillarmente presente e competente, capace di rispondere e vincere le sfide presenti e future che il mondo della sanità dovrà affrontare**

## Le modifiche statutarie

Introdotte dal 53° congresso nazionale di Roma

**Giuseppe Nielfi**  
Presidente  
SUMAI Assoprof

**In occasione** del 53° Congresso Nazionale di Roma, l'Assemblea è stata chiamata a discutere e deliberare su alcune modifiche dello Statuto presentate per garantire continuità nell'azione e nella presenza sindacale in questo particolare contesto che vede una crescente carenza di nuovi specialisti e, verosimilmente, di nuovi rappresentanti sindacali.

Di questa eventualità si era già discusso nelle riunioni della segreteria nazionale lo scorso anno, mettendo a confronto i dati sull'andamento dei nuovi ingressi nella categoria con quello dei pensionamenti per anzianità o raggiunti limiti di età, riscontrando un netto incremento delle cessazioni di incarico. Se da un lato è fonte di soddisfazione e orgoglio vedere le nostre specialiste e i nostri specialisti restare presenti in servizio fino all'ultimo giorno che l'attuale normativa consente, dall'altro la numerosità delle cessazioni, anche di quadri sindacali, in un ristretto intervallo temporale porta un sindacato responsabile come il SUMAI ad



“ **Nel complesso sono interventi statutari importanti nell'ottica di un efficientamento dell'attività del Sumai a tutti i livelli, nei quali si è sottolineata l'importanza di continuare a disporre di una struttura sindacale capillarmente presente e competente**

impegnarsi perché questo processo di turn-over non costituisca un problema e per garantire negli anni a venire, così come oggi, l'attuale efficace presenza capillare di rappresentanti sindacali. Verificato che, sulla base

dello Statuto approvato nel congresso nazionale di Gardone 2019, la cessazione dell'incarico impedisce all'iscritto con compiti sindacali la prosecuzione dell'attività di rappresentanza e patrocinio, si è discusso della necessità di porre rimedio a questa situazione.

**Con questo obiettivo** è stata proposta e approvata la modifica dell'articolo 17, comma 2. Riaffermato il principio che solo i titolari di incarico possono essere eletti agli organi istituzionali del Sindacato (art. 14), viene consentito agli eletti di completare il mandato quadriennale, anche se nel corso dello stesso viene a cessare il servizio attivo, sia per accedere alla pensione di anzianità sia per raggiunti limiti di età. Ciò consentirà di garantire con sicurezza e fluidità il passaggio delle consegne, laddove le rappresentanze sindacali, oggi in carica, cessassero il servizio nei prossimi quattro anni, consentendo il ricambio al momento del normale rinnovo quadriennale degli organi istituzionali del Sindacato.

**Un'ulteriore novità** statutaria riguarda i compiti e le funzioni della segreteria nazionale. Su questo tema, contestualizzando i problemi e le opportunità offerte dal rilancio della medicina del territorio come previsto dal PNRR, si è rimarcata la necessità di rapidità e agilità nell'iniziativa sindacale anche individuando specifiche funzioni e attività non previste a livello statutario ma importanti in un determinato momento, per consentire una risposta rapida ed efficace alle necessità emergenti dal contesto sindacale, contrattuale, politico, previdenziale ed ordinistico. La modifica dell'articolo 31 introduce al comma 16 l'approntamento del piano strategico di mandato che individua i temi strategici per il futuro della categoria, sui quali impegnare la segreteria nazionale anche con individuazione di referenti e di coor-

dinatori ad hoc. Tale piano viene redatto dal Segretario generale e approvato dalla Segreteria nazionale all'inizio del mandato quadriennale, subito dopo l'elezione. Per garantire l'aderenza del piano al mutare del contesto, è prevista la verifica e la revisione annuale del piano stesso da parte della segreteria nazionale.

Viene introdotta anche la modifica dell'articolo 30, che al comma 4 apre ad un maggior coinvolgimento dei quadri sindacali regionali nelle assise della segreteria nazionale, consentendo ai segretari regionali di farsi affiancare da un componente del proprio consiglio regionale nelle riunioni della segreteria nazionale. L'obiettivo è quello di consentire soprattutto ai giovani sindacalisti un più rapido percorso di partecipazione e formazione all'interno delle strutture sindacali.

**Una terza modifica**, introdotta per rendere sempre più efficace la gestione della nostra organizzazione sindacale, riguarda le modalità di intervento della segreteria nazionale nelle situazioni di criticità a livello regionale o provinciale. Viene conferita al segretario generale la facoltà di intervenire motu proprio nel caso di mancato rinnovo degli organi istituzionali provinciali e regionali al termine del quadriennio di mandato, così da velocizzare la risoluzione delle criticità rilevate.

**Nel complesso** sono interventi statutari importanti nell'ottica di un efficientamento dell'attività del Sumai a tutti i livelli, modifiche statutarie approvate con voto unanime dall'Assemblea congressuale dopo una approfondita discussione nella quale si è sottolineata l'importanza di continuare a disporre di una struttura sindacale capillarmente presente e competente, capace di rispondere e vincere le sfide presenti e future che il mondo della sanità deve e dovrà affrontare.



# Pnrr e mo in sanità

La **pandemia** nel lungo periodo emergenziale ha evidenziato ed esacerbato tutte le difficoltà che la professione medica incontra nel garantire l'assistenza ai cittadini. Una difficoltà è un conseguente disagio trasversale a tutte le componenti della Professione, dagli ospedalieri ai medici di famiglia, dagli operatori del 118 agli specialisti ambulatoriali, dagli specializzandi ai medici della continuità assistenziale, dai medici delle RSA a quelli dell'ospitalità privata. I medici, compresi i pensionati, si sono spesi senza risparmiarsi per far fronte alla pandemia, non solo curando i pazienti, ma cercando di puntellare, con disponibilità e abnegazione, tutta una serie di carenze strutturali e organizzative, diventate ordinarie ma che il Covid ha accentuato.

Tra i 9 nodi da sciogliere secondo la FNOMCeO e tutti i sindacati medici vi sono in particolare:

- **La carenza** in organico dei professionisti con sovraccarico di lavoro, problemi con la sicurezza sul lavoro e sul rischio clinico.
- **Il non adeguato** riconoscimento

a cura di  
**Luigi Sodano**  
Direttore Scuola  
Formazione  
Sindacale  
SUMAI Assoprof

## Lettura Magistrale di Luigi Sodano al Convegno Regionale SIFoP della Campania tenutosi presso l'Omceo di Napoli

economico del valore professionale.

- **I modelli assistenziali** e il ruolo medico dove l'inadeguatezza dei modelli hanno messo in difficoltà l'esercizio professionale come nell'assistenza territoriale.
- **Formazione** e programmazione dei professionisti affidata a provvedimenti tampone e non a soluzioni strutturali.

Partendo da queste considerazioni veniamo a come il PNRR possa dare delle riposte.

Il Recovery Fund, o Next generation EU come lo ha battezzato la Commis-

sione europea, è un nuovo strumento europeo per la ripresa approvato dal Consiglio europeo straordinario del 21 luglio 2021 che ha previsto di incrementare il bilancio su base temporanea tramite nuovi finanziamenti raccolti sui mercati finanziari per un ammontare pari a 750 miliardi di euro (390 di contributi a fondo perduto e 360 di prestiti).

- L'Italia conterà su 65,456 miliardi di sovvenzioni a fondo perduto: il 70% delle allocazioni delle risorse, cioè 44,724 miliardi, è riferito agli impegni per progetti 2021-2022, il resto, cioè 20,732 miliardi, è ri-



# delli

ferito agli impegni relativi al 2023.

■ Nel complesso la “quota” italiana è di circa **209 miliardi** ripartiti in 81,4 miliardi in sussidi e 127,4 miliardi in prestiti, il resto dei sussidi sarà canalizzato attraverso altri “pilastri” dell’operazione anticrisi tra cui React Eu, sviluppo rurale, Just transition fund.

Il PNRR è il documento che il governo italiano ha predisposto per illustrare come intende gestire i fondi di Next generation Eu. Suddivide i settori di intervento in 6 missioni principali, tra cui digitalizzazione, salute e transizione ecologica. Dai singoli ministeri è giunta una valanga di progetti (558) da cui il piano italiano da consegnare a Bruxelles per utilizzare i **209 miliardi** del Recovery Fund. Centrali gli interventi per la ripresa, come quelli riguardanti il 5G, **la sanità**, il green. L’obiettivo del Ministero della Salute è investire 34,4 miliardi di euro in 6 anni, utilizzando le risorse del Recovery Fund, per migliorare il patrimonio edilizio attraverso la costruzione o riqualificazione di ospedali anche attraverso l’ade-

guamento sismico e antincendio, nonché mediante la realizzazione di interventi coerenti con i protocolli di sostenibilità ambientale e di efficienza energetica. Previsto inoltre l’ammodernamento complessivo del parco tecnologico ospedaliero, sia in termini di attrezzature di alta tecnologia sia di infrastrutture digitali. Due miliardi e mezzo di euro in 5 anni dovrebbero essere utilizzati per potenziare l’assistenza e le cure domiciliari.

Fondamentale risolvere le significative disparità territoriali nell’erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio oltre che affrontare:

- un’inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- tempi di attesa elevati per l’erogazione di alcune prestazioni;
- una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

La strategia perseguita con il PNRR è volta ad affrontare in maniera si-

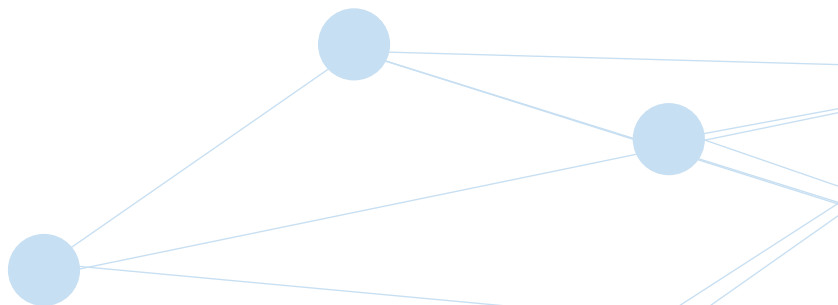


**Fondamentale risolvere le significative disparità territoriali nell’erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio**

nergica tutti questi aspetti critici. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. Una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, a promuovere la ricerca e l’innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale

Gli investimenti previsti per le “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” sono in totale 7 mld di cui:

- **Investimento 1:** l’istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario per 2 mld
- **Investimento 2:** la casa come primo luogo di cura e l’assistenza domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie per 4 mld
- **Investimento 3:** il potenziamento di strutture per l’erogazione di cu-



re intermedie (ospedali di comunità) per 1 mld

Gli investimenti previsti per l'innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale sono in totale 8,63 miliardi distribuiti per la Componente 2 in:

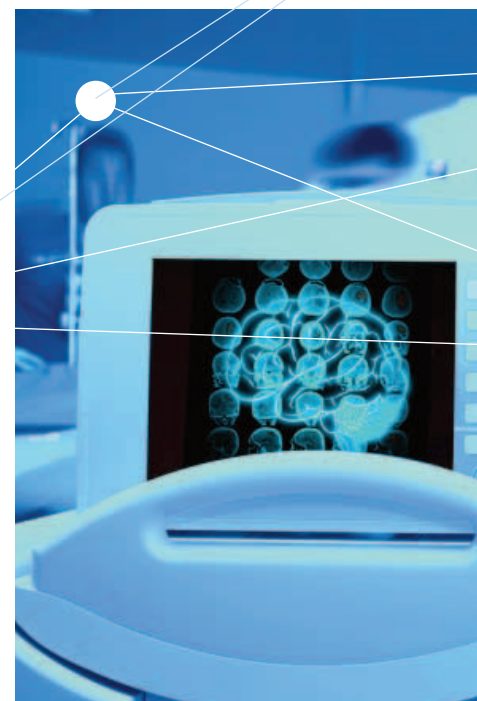
**M6C 2.1 AGGIORNAMENTO  
TECNOLOGICO E DIGITALE**

- **Riforma 1:** Riorganizzare la rete degli IRCCS
- **Investimento 1.1:** Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero
- **Investimento 1.2:** Verso un ospedale sicuro e sostenibile
- **Investimento 1.3:** Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione.

**M6C 2.2 FORMAZIONE, RICERCA  
SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO  
TECNOLOGICO**

- **Investimento 2.1:** Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN.
- **Investimento 2.2:** Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario (comprese le borse aggiuntive di studio di medicina generale e i contratti aggiuntivi di formazione specialistica).

Le Case della comunità sono strutture fisiche dedicate ai servizi sanitari di base che promuovono un modello di intervento integrato e multidisciplinare, costituiscono il setting assistenziale di erogazione dei servizi propri dell'assistenza primaria, seguendo un modello organizzativo di prossimità, che sia in grado di coordinare e integrare tutti i servizi di assistenza sanitaria di base per la comunità di riferimento, con particolare attenzione ai pazienti cronici presenti a livello territoriale. La Casa della comunità deve essere collocata



in una sede visibile e facilmente accessibile alla comunità di riferimento, perché sia il luogo dove il cittadino può trovare una risposta adeguata ai diversi bisogni sanitari e sociosanitari. In tali strutture, al fine di poter erogare tutti i servizi sanitari di base, lavorano in equipe Medici di medicina generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS) in collaborazione con gli Infermieri di famiglia o di comunità (IFeC), gli Specialisti ambulatoriali interni e professionisti sanitari come Logopedisti, Fisioterapisti, Dietisti, Tecnici della riabilitazione, Psicologi e altri, al fine di un maggiore coordinamento con i servizi sociali comunali, possono essere presenti anche gli Assistenti sociali.

L'investimento consiste nell'attivazione di circa 1.280 Case della comunità per rinforzare equità di accesso, vicinanza territoriale e qualità dell'assistenza alle persone indipendentemente dall'età e dal loro quadro clinico, per una presa in carico che tenga conto delle preferenze e delle esigenze della persona. Il modello operativo prevede un numero di strutture che andranno a coprire in modo capillare tutto il territorio nazionale e, in particolare, le 23 milioni di persone con cronicità semplice per le quali, attraverso una presa in carico proattiva, si ridurrà il rischio di passaggio verso una condizione a maggiore complessità clinico-assistenziale. Le 1.280 strutture, in particolare, deriveranno dalla ristrutturazione o rifunzionalizzazione di strutture già esistenti come, ad esempio, strutture territoriali ambulatoriali obsolete o reparti ospedalieri da riconvertire, oppure potranno essere collocate presso nuove costruzioni. Investimenti sulla Assistenza domi-





Nel progetto di potenziamento dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di fornire alla comunità di riferimento una rete di servizi e strutture completa, ultima misura prevista è quella dello sviluppo dell'assistenza intermedia nella rete territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di comunità, strutture sanitarie a tutti gli effetti destinate a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o della riacutizzazione di condizioni croniche, necessitano di interventi sanitari clinici a bassa intensità e di breve durata. Considerando lo stato dell'arte della rete d'offerta dell'assistenza di prossimità nel nostro Paese, risulta prioritario costruire almeno una parte degli Ospedali di comunità previsti, implementando circa 380 strutture su tutto il territorio nazionale. Considerando che, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020 le suddette strutture sono dotate di 20 posti letto, l'intervento porterà all'attivazione di circa 7.600 posti letto, che si aggiungeranno ai 1.205 posti letto esistenti oggi in tutte le Regioni italiane. Queste strutture svolgeranno una funzione cruciale tra il domicilio dei pazienti e la fase di ricovero in ospedale, collocandosi nell'ambito del miglioramento generale della qualità del sistema di assistenza primaria al fine di personalizzare l'assistenza sanitaria, evitando, quando possibile, il disagio di un ricovero ospedaliero, soprattutto per le persone più vulnerabili. L'implementazione di tale setting assistenziale, inoltre, favorirà la fase di dimissione, lasciando alla famiglia e ai servizi socio-sanitari locali il tempo necessario per la riorganizzazione degli ambienti domestici alle esigenze che potrebbero essere emerse a seguito del ricovero, riducendo l'impatto, sociale ed economico sia sui pazienti sia sulla loro famiglia. Per ultimo non va dimenticata la necessità di creare Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assi-

stenza sanitaria territoriale, occorre una piattaforma di riferimento capace di promuovere l'interazione tra i diversi attori del sistema, partendo dalle istituzioni centrali e locali, e l'integrazione con gli stakeholder (associazioni, etc.), quindi è necessario definire un insieme di standard organizzativi, qualitativi, quantitativi e tecnologici uniformi; potenziare la rete dei servizi territoriali e il ruolo del Distretto; rafforzare l'integrazione tra i vari setting di assistenza, in particolar modo l'interazione ospedale-territorio.

In condivisione con le Regioni, significa ristrutturare una gamma di servizi che spaziano dall'assistenza primaria, ai consultori familiari, all'area della salute mentale, salvaguardando le peculiarità e le esigenze assistenziali di ogni area del Paese, lo scopo è garantire alle persone, dalla fase acuta alla fase riabilitativa e di mantenimento, un'assistenza continua e diversificata sulla base dello stato di salute (cronicità semplice e cronicità complessa). Oggi questa impresa è facilitata dalle nuove tecnologie, dato che la digitalizzazione del sistema consente di superare alcune criticità dovute alle differenti modalità di collaborazione dei professionisti con il SSN per arrivare a una piena integrazione multidisciplinare tra le varie figure professionali impegnate nel fornire assistenza al paziente. Un modello da sviluppare di risposta alle esigenze dell'intera "piramide dei bisogni assistenziali", che va da una base di popolazione sana, bisognosa comunque di attività di promozione della salute e si sviluppa verso necessità via via più specifiche e complesse: vanno prese in carico da strutture e secondo modalità differenti le persone con bisogni socio-sanitari, quelle che sviluppano sintomi, quelle che soffrono di una sola patologia, quelle che soffrono di patologie multiple, fino alla multimorbilità e alla palliazione.

ciliare per 4 mld:

- La Casa come primo luogo di cura 2.720.000.000.

- Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa Territoriale per 280.000.000.

Sviluppo delle cure intermedie a supporto dei pazienti con patologie croniche 1.000.000.000

È necessario, per riuscire a potenziare questa rete, identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari, che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie, come la telemedicina, la domotica e la digitalizzazione.

In ogni distretto si dovrà prevedere l'attivazione di **Centrali operative territoriali (COT)**, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari e che assicurino l'interfaccia con gli ospedali e le altre strutture della rete di emergenza-urgenza, e punto di riferimento per familiari e caregivers, è prevista una COT ogni 100.000 abitanti, in totale **602** in Italia



**Considerando lo stato dell'arte della rete d'offerta dell'assistenza di prossimità nel nostro Paese, risulta prioritario costruire almeno una parte degli Ospedali di comunità previsti**

## Dopo una lunga gestazione firmato l'ACN 2016-2018.

# Ma il futuro resta incerto

**Rinvii, disaccordi, scontri. Elementi che hanno fatto ritardare per anni il rinnovo del contratto per la medicina generale. Le mancate risposte e la pandemia hanno evidenziato una situazione di sofferenza della categoria che ora rischia di pagare un prezzo molto alto**

**Il 20 Gennaio 2022**, con 6 anni di ritardo dunque, è stato firmato l'Accordo Collettivo Nazionale (Acn) per la medicina generale relativo al triennio 2016-2018. I sindacati firmatari sono stati la Fimmg e la Cisl medici. In seguito, a fine mese, si sono aggiunti lo Snam e lo Smi che hanno posto però una firma tecnica poiché pur non condividendo il contenuto dell'Accordo devono essere presenti ai tavoli di trattativa periferici.

Da premettere che mentre alcune O.O. S.S. in questo lungo periodo di negoziato bloccavano i tavoli, i medici di medicina generale lavorano con un contratto scaduto e in più, in queste condizioni, affrontavano la peggiore emergenza sanitaria del secolo.

Alcuni Sindacati avrebbero voluto anche che continuassimo così, litigando con la controparte pubblica sul passato, bloccando l'apertura della trattativa per i nuovi Acn relativi agli anni 2019-2021 e 2022-2024 stavolta con le risorse del PNRR.

Invece noi come SUMAI Assoprof - Mmg non potendo partecipare alle

trattative in quanto non più rappresentativi dal Marzo 2021, a causa dello scioglimento di Intesa Sindacale, abbiamo tenuto contatti stretti con il sindacato maggioritario della Medicina generale e con la parte pubblica. Il nostro Segretario Generale infatti è stato sempre presente negli incontri riguardanti la medicina territoriale convenzionata illustrando il nostro punto di vista e proponendo soluzioni alle varie problematiche insorte negli ultimi anni in particolare sull'organizzazione e il tipo di contratto per la medicina territoriale convenzionata.

**Dopo questa doverosa premessa** entriamo nel merito dell'Acn che si riferisce, come detto, al triennio 2016/2018. Innanzitutto perché andava firmato: perché abbiamo già percepito gli aumenti economici che diversamente avremmo dovuto restituire, qualora l'Accordo non fosse stato siglato, entro i sei mesi dalla fine dello stato di emergenza. In ogni caso alcune piccole cose nelle ultime fasi di trattativa sono state migliorate:

- l'aumento di € 1,66 che andava sulla quota variabile è stato accorpato allo 3,08 che comunque viene corrisposto;
- per la continuità assistenziale e 118, medicina dei servizi e penitenziaria: l'aumento è stato inserito tutto nella quota fissa e non frazionato tra quota fissa e variabile.

È evidente che senza la firma di questo triennio non avremmo potuto accedere all'incremento del 3,78% che è maturato nel periodo 2019/2021, al netto di nuovi aumenti da contrattare.

Occorre ribadire che senza siglare il triennio passato non si poteva iniziare la contrattazione del triennio successivo per il quale esiste già un atto d'indirizzo del Governo, sottoposto

alle regioni, che comporterà certamente uno stravolgimento della medicina generale.

**Si rischiava** pertanto di rimanere fuori senza poter intervenire sulla nuova riorganizzazione. Il Governo aveva addirittura minacciato che in caso di mancato accordo avrebbe proceduto d'imperio con i poteri sostitutivi entro sei mesi.

Inoltre nella prossima finanziaria sono stati allocati in via previsionale risorse economiche per il personale e anche in questo caso, senza accordo firmato, non saremo entrati nel riparto di questi fondi.

Tutto ciò ha rappresentato un motivo più che sufficiente per firmare un accordo che nella sostanza non cambia nulla e verrà superato quanto prima dal nuovo Acn che il governo vuole entro giugno.

**La vera partita** si giocherà nella prossima contrattazione, con l'auspicio di essere anche noi al tavolo delle trattative, dove si darà battaglia e dove dovremo essere bravi ad inserire le nostre idee: il contratto unico (contratto della specialistica ambulatoriale convenzionata per tutti con le dovute differenziazioni?), la riforma del corso di formazione, la riforma del 118, la continuità assistenziale inserita organicamente nella medicina generale, il rafforzamento della medicina dei servizi e penitenziaria, i compiti del medico di Mg negli ospedali di comunità e nelle case di comunità, i rapporti con il distretto e gli infermieri di comunità e la forte integrazione con gli specialisti ambulatoriali convenzionati che dovranno diventare i nostri referenti per i pazienti cronici, fragili ed in situazioni di urgenze non differibili e via dicendo. Tutti temi che definiranno il futuro dei medici di medicina generale.



**La vera partita si giocherà nella prossima contrattazione, con l'auspicio di essere anche noi al tavolo delle trattative, dove si darà battaglia e dove dovremo essere bravi ad inserire le nostre idee**



**Rosanna Petrangeli**  
Segretario  
organizzativo  
settore medicina  
dei servizi

## Nuovo Acn, soliti problemi

**Nonostante quest'area continui ad essere considerata ad esaurimento, crescono i compiti e gli oneri che ricadono sulle spalle dei medici dei servizi. Al momento l'ipotesi di una riapertura dell'area è andata delusa ma la speranza è l'ultima a morire**

**La conclusione** della trattativa per l'Accordo collettivo nazionale (ACN) per la medicina generale mi offre l'occasione di rivolgermi ancora ai colleghi giacché la categoria che rappresento: la medicina dei servizi è parte della convenzione per la medicina generale. Purtroppo nel nuovo ACN non ci sono sensibili novità per quanto ci riguarda. La medicina dei servizi continua ad essere considerata ad esaurimento anche se d'altro lato continuano a crescere i compiti e gli oneri che ricadono sulle spalle dei medici dei servizi. La possibilità di una riapertura dell'area è finora andata delusa ma come si dice la speranza è l'ultima dea.

Mi piace sempre cogliere l'occasione per ricordare ai colleghi che la nostra categoria gode dell'importante opportunità di poter svolgere oltre al lavoro nell'ambito del servizio sanitario nazionale anche la libera professione. Attività che è particolarmente cara a

chi fra noi ha conseguito una specializzazione che poi non ha potuto o voluto far valere in ambito ospedaliero ma che rimane sempre l'attività svolta con l'entusiasmo dei tempi giovanili per le grandi soddisfazioni che comporta almeno per la coscienza professionale.

A questo proposito vorrei ricordare a tutti i colleghi, ma particolarmente proprio a quelli che hanno degli introiti che provengano dalla professione privata, il che comporta quasi sempre un aumento dei coefficienti e conseguentemente un corrispondente aumento delle tasse la convenienza, di richiedere all'ENPAM l'allineamento degli orari di lavoro rispetto all'orario massimo conseguito.

Questa procedura potrà permettere, arrivati alla pensione, di poter godere di una somma più congrua soprattutto considerando che quando si sarà davvero vecchi sarà molto difficile



**Le sofferenze della categoria rispetto ai gravi ritardi prodotti, in occasione della recente pandemia, da una burocrazia inefficiente e svogliata che lascia ricadere tutte le conseguenze delle sue disfunzioni sui medici di famiglia**

continuare ad esercitare la libera professione come fonte integrativa del reddito. Sarà opportuno considerare bene che le somme che saranno versate all'ente previdenziale sono interamente deducibili e quindi consentono allo stesso tempo di pagare meno tasse mentre si fa crescere la pensione che si percepirà in vecchiaia.

**Per concludere** mi piace qui ricordare ai colleghi la recente conferenza stampa tenuta come medicina generale nella sede della SMI di Roma in cui un certo numero di colleghi, tra cui la sottoscritta, hanno potuto rappresentare le sofferenze della categoria rispetto ai gravi ritardi prodotti, in occasione della recente pandemia, da una burocrazia inefficiente e svogliata che lascia ricadere tutte le conseguenze delle sue disfunzioni sui medici e in particolare sui medici dei servizi e di famiglia e dunque in definitiva sui cittadini indifesi.

**Il diverso finanziamento è la causa della distanza di retribuzione tra le due categorie. Per colmare questo gap bisogna fare allora una forte pressione politica poiché mancano sempre le risorse economiche necessarie a realizzare l'equiparazione**

## Differenza economica contrattuale tra Professionisti e Medici Ambulatoriali

### Cosa la genera e perché

**Per comprendere** la differenza economica che da anni affligge la nostra professione all'interno dell'Acn dobbiamo tornare indietro nel tempo e rivivere la storia del nostro Accordo Collettivo dalle sue origini.

Il primo accordo venne firmato dallo Snabilp e dallo Snubci nel lontano 1986, voluto fortemente da Giuseppe Vitale, che già operava come Biologo Ambulatoriale a Napoli sulla scia dell'Acn dei Medici Specialisti, e sostenuto dall'allora Presidente dell'Onb e dello Snabilp Ernesto Landi. In quell'accordo il Biologo aveva diritto solo a un contratto a tempo indeterminato con le allora Uls a fronte di un pagamento di quota oraria e null'altro: niente accessi, niente ferie, niente premi. Era però un primo passo per entrare dentro il Ssn.

Negli Accordi collettivi che seguirono si acquisirono man mano retribuzioni che rendevano più gestibile il contratto, primo tra tutti la quota aggiuntiva che ricalcava la scala mobile del tempo, che però risultava essere 1/3 rispetto a quella retribuita alla Medicina Specialistica, poiché i loro Ac-

cordi collettivi erano stati stipulati molto tempo prima del nostro.

Da quel momento con ogni nuovo Accordo, sia economicamente che giuridicamente, si acquisiva qualche cosa in più, sino a quando nell'Acn relativo al triennio 1998-2000, pubblicato il 28 dicembre 2001, lo Snabilp presentò una base contrattuale in cui si ricalcava l'Accordo collettivo dei Medici Specialisti e questo fu accolto raggiungendo la parità contrattuale sia dal punto di vista giuridico che economico:

#### Per i Professionisti

Quota oraria con decorrenza 1/1/1999	L.24.235
Quota oraria con decorrenza 1/1/2000	L. 24.575
	più aumenti previsti

#### Per gli Specialisti Medici

Quota oraria con decorrenza 1/1/1999	L.24.803
Quota oraria con decorrenza 1/1/12000	L.25.150

**Ma la quota aggiuntiva dei biologi rimaneva 1/3 inferiore a quella dei medici**

Con l'Accordo collettivo a tavoli uniti, ossia unica trattativa per la specialistica ambulatoriale e le professioni, aperto nel 2003 e concluso con l'Acn 2004, cambia la tipologia di pagamento delle quote orarie, non esiste più il compenso aggiuntivo e tutto viene inglobato in una nuova voce detta quota fissa oraria.

La differenza della quota fissa tra i professionisti e i medici specialisti è evidente ed è dovuta all'inclusione delle quote aggiuntive e soprattutto dal differente finanziamento contrattuale.

Differenza che permane nel tempo per gli incarichi a tempo indeterminato e che non è mai esistita per gli incarichi a tempo determinato, poiché sono nati nell'Accordo contemporaneamente e non risentono di precedenti influenze economiche. La motivazione è quindi dovuta ad un diverso finanziamento economico e non a discordie o supremazie professionali di una categoria sull'altra, del resto non si sarebbe mai formato il SUMAI Assoprof se così fosse stato, e noi non ne avremmo mai fatto parte.

Cosa fare allora per normalizzare questa differenza economica tra professionisti e specialisti medici che svolgono lo stesso lavoro, con le stesse mansioni e responsabilità?

Tutti gli interlocutori ai tavoli si mostrano sempre favorevoli a risolvere la questione ma mancano sempre le risorse economiche necessarie a realizzare l'equiparazione: bisogna fare allora una forte pressione politica affinché queste risorse si possano trovare e vengano espressamente dedicate alla risoluzione del problema e per far questo è necessario l'impegno di tutti con le loro conoscenze e con una forte ed unica voce.

I lavori per la definizione della contrattazione regionale sono iniziati a luglio 2020. Lo scorso mese di febbraio la giunta della regione pugliese ha deliberato l'accoglimento dell'Accordo integrativo regionale

**Giuseppe  
Pantaleo Spirto**  
Segretario organizzativo  
settore della dipendenza

## Anche in Puglia firmato l'Accordo integrativo regionale

Il 15 febbraio 2022, con deliberazione n. 159, la giunta regionale della Puglia ha reso noto il recepimento del IV° Accordo Integrativo Regionale dell'Acn che disciplina rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (chimici, biologi, psicologi). L'Assessore, si legge nella delibera, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera, confermata dal Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, e per le quote di finanziamento dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo in Sanità – Sport per tutti, riferisce quanto segue: l'Acn per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità sanitarie (chimici, biologi, psicologi) del 31 marzo 2020, novellato dall'Acn 30 marzo 2021, all'art.4 individua gli aspetti specifici sui quali la Regione e le Organizzazioni Sindacali sottoscrittrici dell'Accordo stesso devono raggiungere intese a livello regionale per l'attuazione degli Obiettivi prioritari di politica sanitaria, declinati dalle seguenti lettere:

- A** Piano nazionale delle cronicità;
- B** Piano nazionale prevenzione vaccinale;
- C** Accesso improprio al pronto soccorso;
- D** Governo delle liste di attesa e appropriatezza;
- E** Prevenzione e controllo della resistenza antimicrobica.



In data 13 luglio 2020, con nota prot.n. AOO\_183/11350, venivano avviati i lavori per la definizione della contrattazione regionale (verbale del 30 luglio 2020), nel rispetto degli obiettivi di politica sanitaria di cui al succitato art.4. Gli incontri successivi sono stati oggetto dei verbali del 7 settembre, del 5 ottobre e del 26 ottobre 2020, acquisti agli atti della Sezione.

Con nota del 23 settembre 2021, prot.n.AOO\_183/13529, la competente Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, al fine di definire la trattativa regionale già avviata, ha chiesto alle Organizzazioni Sindacali firmatarie del citato Acn di *rivedere ed aggiornare le proposte organizzative e linee guida già inviate elaborando una proposta unitaria da ratificare in*

una successiva riunione fissata per il 18 ottobre 2021, rinviata al 25 ottobre. A tale nota veniva allegata la bozza della tabella con il dettaglio della consistenza del fondo da destinare alla contrattazione decentrata, mediante l'applicazione delle aliquote previste dagli art.43, lett. B, co.7 (Medici e Veterinari a tempo indeterminato) e dall'art. 44, lett. B, co.6 (altre Professionalità sanitarie a tempo indeterminato). Gli importi determinati sono stati integrati con i volumi economici in applicazione delle aliquote previste dagli artt.49, co.7 (Medici, veterinari e altre professionalità a tempo determinato).

Nella riunione del 25 ottobre 2021 il gruppo di lavoro acquisiva:

- 1 il documento denominato Piano Regionale di prevenzione e Controllo dell'antibiotico-resistenza Medici Veterinari Specialisti Ambulatoriali, condiviso e sottoscritto da tutte le Organizzazioni: SUMAI Assoprof, Cisl Medici, Uil Fpl e FESPA;
- 2 la bozza del documento "Programmi e Progetti Finalizzati Professionisti Psicologi -Regione Puglia" presentato dal SUMAI Assoprof;
- 3 la bozza del documento "Attività Specialistica e Servizi di Assistenza Specialistica a distanza" presentato dal SUMAI Assoprof.

Queste due ultime bozze (la numero 2 e la numero 3) dovevano essere confermate e condivise da tutte le sigle firmatarie dell'Acn del 30 marzo 2021 per essere acquisite dalla segreteria della delegazione trattante, in quanto in linea con gli obiettivi di politica sanitaria di cui al citato art.4 dell'Accordo vigente.

Con nota prot.n. AOO\_183/15063 del 17.11.2021, il Dirigente della Sezione SGO ha convocato la delegazione trattante per il 22 novembre al fine di acquisire formalmente tutte le proposte condivise e sottoscritte dai sindacati (SUMAI Assoprof, Uil Fpl, Cisl Medici e Fespa) e contestualmente recepire il contenuto della suindicata tabella

di dettaglio in ordine alla consistenza del fondo da destinare alla contrattazione decentrata per la specialistica ambulatoriale.

Nella riunione del 22 novembre 2021 sono stati analizzati, approvati e sottoscritti da tutte le OO.SS. (Sumai, Uil Fpl; Cisl Medici, Fespa), firmatarie dell'Accordo Collettivo Nazionale del 30 marzo 2020, novellato dall'Acn 30 marzo 2021, i progetti di seguito riportati, condivisi dalla Parte pubblica presente in delegazione, in quanto in linea con gli obiettivi di politica sanitaria:

- 1 Programmi e Progetti Finalizzati Professionisti Psicologi Regione Puglia;
- 2 Attività Specialistica e Servizi di Assistenza Specialistica a distanza";
- 3 Piano Regionale di Prevenzione e Controllo dell'antibiotico-resistenza Medici Veterinari Specialisti Ambulatoriali;

Nella stessa seduta è stata, altresì, approvata e sottoscritta dalle citate Organizzazioni Sindacali la tabella che ha dettagliato la consistenza dei fondi da destinare alla contrattazione decentrata, la cui entità è stata determinata in applicazione delle aliquote previste dagli artt.43, lett. B, co.7 (Medici e Veterinari a tempo indeterminato) e 44, lett. B, co.6 (altre professionalità a tempo indeterminato), nonché delle aliquote previste dall'art.49, co.7 dell'A.C.N.;

In base a quanto riportato nella suindicata tabella, la consistenza dei fondi da destinare alla contrattazione regionale risulta essere così ripartita:

- Medici Specialisti ambulatoriali: € 1.073.083,96
- Veterinari Specialisti ambulatoriali: € 155.710,36
- Psicologi Specialisti ambulatoriali: € 79.165,84
- Biologi Specialisti ambulatoriali: € 16.014,96
- Chimici Specialisti ambulatoriali: € 1.165,84
- Totale: € 1.322.967,36

Preso atto che la DGR. n.1650/2006 ha istituito, tra l'altro, la figura del *Responsabile di branca*, con i relativi compiti assegnati ai soli Medici specialisti ambulatoriali, rimandando agli accordi regionali la valutazione di istituire il *Responsabile di branca* anche per le altre professionalità (art 6, co.3 dell'addendum all'Acn 29.7.2009), si propone:

- di riconoscere per ogni A.S.L. la figura del "Responsabile di Branca", istituita nella precedente contrattazione regionale recepita con DGR n. 1650 del 2006, anche ai Biologi, Chimici, Psicologi e Veterinari specialisti ambulatoriali. Quest'ultima figura professionale (veterinari), all'epoca non prevista ed inserita, a partire dall'Accordo Collettivo Nazionale del 30 luglio 2015.
- di stabilire che i criteri di individuazione ed i compiti dei *Responsabili di branca*, per tali categorie di professionisti, siano gli stessi già definiti nella contrattazione di cui alla DGR n.1650/2006 per i Medici specialisti ambulatoriali;
- di prevedere per gli specialisti ambulatoriali Veterinari e per gli Psicologi specialisti ambulatoriali, ivi compresi quelli abilitati all'espletamento di attività di psicoterapia, la nomina di un unico *Responsabile di branca*, trattandosi di attività multidisciplinare;
- di prevedere per le professionalità sanitarie dei Biologi e dei Chimici n.1 *Responsabile di branca* per ogni profilo professionale;
- di stabilire che i *Responsabili di branca* potranno essere nominati, in presenza di almeno due specialisti ambulatoriali presenti nella stessa branca o in quelle multidisciplinari;

# La delibera di recepimento

**Preso atto che le somme rientrano nelle quote dell'assegnazione indistinta del Fondo Sanitario Nazionale;**

**Visti:**

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, nr. 118, come integrato dal D.Lgs 10 agosto 2014 nr. 126 “Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs 118/2011” recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- la L. R. n. 51/2021, “Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia - Legge di stabilità regionale 2022”;
- la L. R. n. 52/2021, “Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024”.

**Per tutto quanto esposto, si propone alla Giunta regionale:**

- di recepire i progetti-obiettivo di cui ai punti 1), 2) e 3) che costituiscono il IV° Accordo Integrativo Regionale per la Specialistica Ambulatoriale, allegato al presente provvedimento, quale parte integrante, sotto la lettera B);
- di recepire la tabella dei fondi da destinare alla contrattazione decentrata, la cui entità è stata determinata in applicazione delle aliquote previste dagli artt.43, lett. B, co.7 (Medici e Veterinari a tempo indeterminato) e 44, lett. B, co.6 (altre professionalità a tempo indeterminato), nonché delle aliquote previste dall'art.49, co.7 dell'A.C.N., allegata al presente provvedimento, quale parte integrante, sotto la lettera C);
- di istituire la figura del *Responsabile di branca* per le altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi e Veterinari) specialisti ambulatoriali. Si precisa che la spesa conseguente rientra nella quota di riparto indistinta assegnata annualmente.



**DALLE REGIONI/  
PUGLIA**

## SUMAI dipendenti aderisce a Federazione Cimo Fesmed

**La presenza nel settore della dipendenza ha un valore strategico. Ci permette di partecipare a tutti i tavoli delle trattative dell'Area sanità nazionali, regionali e aziendali con ricadute positive sull'area della specialistica ambulatoriale convenzionata e della medicina generale**

**Giuseppe Pantaleo Spirto**

Segretario organizzativo settore della dipendenza

**Si è concluso l'iter procedurale** per l'istituzione del Settore specifico SUMAI Assoprof necessario per aderire alla Federazione Cimo Fesmed.

Il percorso era iniziato il 28.12.2017 con gli atti ufficiali assunti dagli Organi statutariamente competenti sia della Cimo che del SUMAI Assoprof.

Poi, a causa delle varie adesioni di altre sigle sindacali alla costituenda Federazione si è proceduto alla costituzione dei vari Settori specifici.

Ora, grazie a questo processo di adesione il SUMAI Assoprof è presente con pienezza di rappresentanza anche nel settore della Dipendenza area medica.

Ad oggi alla Federazione Cimo Fesmed hanno aderito le seguenti Organizzazioni Sindacali:

- CIMO, con i settori specifici: SUMAI dipendenti, SNAMI dipendenti, COSIPS, ASPOI;
- FESMED, con i settori specifici: ACOI, AOGOI, SUMI E SEDI;
- ANPO-ASCOTI con i settori specifici: ANPO e ASCOTI;
- ANMDO.

La presenza del SUMAI-Assoprof assume importanza vitale per la tutela dei colleghi ex convenzionati transitati alla dipendenza (legge 449/97), e per la tutela dei colleghi dipendenti neoiscritti al nostro sindacato che lavorano sia nelle strutture territoriali che ospedaliere. Colleghi che credono nei nostri valori, nel modo unico ed esclusivo di fare patronato. La presenza del settore della dipendenza ha dunque un valore strategico. Ci permette di partecipare a tutti i tavoli delle trattative negoziali dell'Area sanità nazionali, regionali e aziendali con ricadute positive che è facile intuire sull'area della medicina specialistica ambulatoriale convenzionata e sull'area della medicina generale.

**Alla luce di questo importante risultato** invito i cari colleghi Segretari Regionali e Provinciali a promuovere una campagna iscrizioni anche per il Settore SUMAI Assoprof della dipendenza per mantenere e consolidare il Settore Specifico SUMAI Dipendenti nella Federazione Cimo-Fesmed.

## La terapia di gruppo sfonda il muro dell'isolamento

# LA POTENZA DELLA PAROLA

**L'esperienza psicoterapeutica di gruppo svolta alla Salute Mentale durante la pandemia. Un lavoro iniziato in presenza e continuato a distanza (on-line) a causa della sospensione dei gruppi per le note misure di sicurezza messe in atto per contenere il Covid-19**

**La pandemia** ha acuito i disagi: la percezione di un evento traumatico che provoca un cambiamento dello stile di vita, produce un senso di fragilità e insicurezza particolarmente rivolta verso la propria salute. L'isolamento produce cambiamenti fisiologici e sociali che incidono nel ritmo sonno-veglia, nell'attività fisica, nell'alimentazione e nelle uscite all'aperto. Ritornare alla normalità può risultare difficile perché la paura rimane. A livello psicologico la persona che ha subito questa situazione ha ancora in sé gli effetti del trauma, resta la paura di relazionarsi, i disagi che erano presenti prima dell'evento traumatico si acutizzano e diventano forme patologiche di ansia e depres-

sione, il risultato è che la realtà non viene percepita più come quella precedente al periodo di *lockdown* (confinamento, isolamento) la persona non prova più la carica di affettività nei confronti degli altri e non ha più la motivazione a realizzarsi e ad agire per stare bene, prevale la paura e il senso di vuoto e di scoraggiamento tipico della depressione.

Il tentativo è stato creare un ponte tra due mondi contrapposti: quello del *lockdown* (isolamento, nessuna relazione sociale, progressivo disagio psicologico) e quello del gruppo (uscite di casa, dialogo con altre persone, condivisione dei problemi). Il ponte tra i due mondi, ovvero la possibilità di passare da una realtà all'al-



tra, ha interessato dodici elementi tra i 20 e i 30 anni sia studenti, che disoccupati che con un impiego in prevalenza femminile e con problemi simili. In alcuni casi con la struttura di personalità ancora in formazione (perciò soggetti emotivamente fragili), ma nello stesso tempo che possono trarre vantaggi da un trattamento che diventa determinante per evitare lo svilupparsi di psicopatologie. Soluzione condivisa: la parola. Il primo contatto con il nostro servizio è individuale ma, in molti casi, la valu-



“ La terapia di gruppo scardina pericolose difese, ascoltare gli altri senza dare giudizi è importante e le persone cominciano ad alleggerirsi del peso della solitudine e dell'auto isolamento



tazione è che la terapia di gruppo potrebbe essere una risposta efficace. La persona ritrova se stessa, gli altri funzionano da specchio e l'aiutano a conoscersi e ad accettarsi.

Il lockdown probabilmente ha rappresentato l'innesco della crisi. Chi è rimasto in casa per settimane o per mesi ha progressivamente tagliato i fili con il mondo esterno e il suo sistema relazionale ha cominciato a sgretolarsi. Vale anche per gli adolescenti e questa, oggi, è una fascia di età che può arrivare fino ai 30 se non addi-

rittura ai 40 anni: diventare adulti è sempre più difficile. C'è la paura di affrontare la realtà di ogni giorno e, soprattutto per le persone emotivamente meno stabili, l'angoscia diventa sempre più grande. Chiedere aiuto, rivolgersi a noi è il primo passo per ripartire, per ritrovare un equilibrio. Viene chiesta la disponibilità ad entrare in un gruppo. Ci sono molte perplessità e dubbi. Il primo è quello della riservatezza. Chi si è isolato, ha bisogno di essere sicuro che quello che rivelerà di sé non verrà diffuso

fuori dal gruppo. L'importante è definire gli obiettivi e chiarire che non sarà fatta nessuna forzatura riguardo a quello che ciascuno vorrà mettere in comune con gli altri. Il trattamento non comporta necessariamente l'apertura totale, ognuno porta ciò che si sente anche solo la presenza può essere importante. Superate le prime incertezze, inizia il lavoro di gruppo. Alcuni rimangono in silenzio per alcune sedute, ascoltano ma non parlano. Poi si sbloccano. La partenza è domandarsi cosa sta accadendo, poi c'è la scoperta che il gruppo è qualcosa di più e di diverso rispetto alla semplice somma dei partecipanti. Si crea un clima di fiducia, di ascolto, di rispetto. Si scopre che i propri problemi non sono esclusivi ma anche di altri. Il gruppo diventa il luogo della sicurezza in cui si ritrova serenità e motivazione, fondamentale per poter procedere verso un cambiamento della percezione della propria realtà. Due ragazze, che avevano alla base un problema di rapporti con i genitori, hanno scoperto di condividere le stesse ansie e alla fine si sono abbracciate piangendo. Avevano capito qual'era il problema ma anche che potevano risolverlo senza limitarsi a chiedere ai loro genitori un atteggiamento diverso. La terapia di gruppo scardina pericolose difese, ascoltare gli altri senza dare giudizi è importante e le persone cominciano ad alleggerirsi del peso della solitudine e dell'auto isolamento.

La terapia di gruppo ha durata mediamente di un anno con sedute quindicinali. Chi inizia arriva fino in fondo e la partecipazione a tutte le sedute conferma che il gruppo viene ritenuto utile e importante. Fondamentale è dedicare le prime sedute alla creazione di un clima di fiducia e rispetto attraverso degli esercizi mi-

## LA POTENZA DELLA PAROLA



rati per questo scopo ponendo l'attenzione sul qui ed ora, sul parlare dell'esperienza del gruppo e fare così conoscenza reciproca. Questo crea un'intimità tra i partecipanti che insegna il significato dell'essere accolti e dello scoprire che condividere e farsi aiutare produce un senso di benessere e ricrea quel senso di fiducia e motivazione alla vita. Alla fine ognuno acquisisce o ritrova le capacità relazionali, la fiducia nei confronti degli altri, ritorna a fare ciò che prima della terapia di gruppo non faceva o aveva smesso di fare e alle volte scopre parti di sé che non conosceva. Questo è anche un percorso di crescita verso il superamento dei problemi ma anche e soprattutto il potenziamento di risorse e potenzialità personali e relazionali. Il viaggio dalla solitudine alla relazione si è concluso.

Questa l'esperienza di un partecipante: "Andavo nella biblioteca dell'Università per studiare ma non riuscivo a salire le scale. Anche se era inverno, rimanevo nel chiostro esterno. Lo so, era una stupidaggine ma mi vergognavo ad entrare, figuriamoci a parlare con le bibliotecarie e chiedere un libro. Adesso salgo le scale, entro mi siedo e studio. D'inverno, al caldo, è molto meglio".



**Il gruppo inizialmente si dedica allo stabilire un clima di fiducia e di armonia, al miglioramento delle modalità comunicative per arrivare al vero e proprio dialogo e quindi all'approfondimento delle problematiche personali**

**Federico, 21 anni**, studente universitario in una facoltà toscana, rilegge con autoironia un periodo molto difficile della sua vita. "Ero pieno di ansie e di problemi, vivevo con difficoltà, incapace di avere relazioni normali e tranquille con le altre persone". Da qui la decisione di rivolgersi all'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Asl Tse di Arezzo e l'incontro con Laura Del Citerna, psicologa e psicoterapeuta. "Dopo un po' di tempo la psicologa mi propose la terapia di gruppo e di partecipare a incontri con altri. Un'ora una volta a settimana, nel tardo pomeriggio, alle 18". Federico accetta ma varca la porta con la valigia mentale piena di dubbi e incertezze. "Mi chiedevo come mi avrebbero accolto, se sarei apparso goffo. Ero un pessimista esagerato. Capivo che era una cosa importante e che mi avrebbe potuto aiutare ma ero comunque incerto". Il passo, comunque, viene fatto. "In realtà è andata subito bene. Mi sono rilassato perché ho capito che gli altri si aprivano, che non esisteva competizione e nemmeno giudizi. Io avevo bisogno di diluire il mio ego e il gruppo, ben presto, mi ha fatto capire che i miei problemi erano in realtà i problemi di molti. Anzi, in alcuni casi ritrovavo parti della mia vita e della mia storia, in modo particolare le difficoltà di relazione con la famiglia e con le altre persone". Il gruppo lavora su dialogo ed esercizi. "Le mie prime volte sono state nel periodo pre-Covid e quindi c'erano gesti che si potevano fare. Ad esempio appoggiare il palmo della mano su quello del vicino di sedia. È una piccola cosa ma è un segno di fiducia e di vicinanza. Fondamentale è stato per me poter raccontare cosa avevo dentro, le mie paure. Ascoltare e condividere quelle degli altri". Federico ha partecipato per un anno in-

tero al gruppo. "Ci sono stato bene e mi ha aiutato molto. Fondamentale è la presenza della psicologa che agevola ciascuno ad ascoltare e a raccontare. Aiuta, soprattutto a crescere e a gestire le situazioni di ansia". Il gruppo di Federico dopo un anno si è sciolto. "Ogni tanto la mente mi ritorna a quegli incontri ed è un pensiero piacevole. È un percorso che inizia e finisce altrimenti porterebbe a una sorta di dipendenza e invece questa esperienza deve rappresentare un trampolino per trovare il coraggio di volersi bene e di realizzarsi superando gli ancoraggi della paura e dell'insicurezza. Quando i risultati sono raggiunti il gruppo si scioglie con l'accordo e la soddisfazione di tutti. I membri del gruppo sono riusciti a superare le problematiche che avevano all'inizio del trattamento, sviluppando allo stesso tempo le risorse personali e interpersonali, aumentando l'autostima, le capacità relazionali e raggiungendo una maggiore stabilità emotiva. Il gruppo inizialmente si dedica allo stabilire un clima di fiducia e di armonia, al miglioramento delle modalità comunicative per arrivare al vero e proprio dialogo e quindi all'approfondimento delle problematiche personali. A questo punto il gruppo è pronto per condividere e sostenere i problemi che vengono presentati e arrivare insieme alla loro soluzione". La terapia di gruppo funziona: la valutazione finale è senz'altro positiva. L'intervento di gruppo stimola l'auto osservazione e la conoscenza di nuovi punti di vista e nuove realtà perciò costituisce uno strumento di crescita e di formazione importante. Federico continua a studiare. La terapia di gruppo è stata l'ascensore che lo ha fatto salire fino a quella biblioteca dove si vergognava di entrare.

## Le prospettive nella crescita

**Filippo Cantone**  
Responsabile nazionale Area psicologi psicoterapeuti

**L'efficace risposta degli specialisti ambulatoriali alla costante richiesta di assistenza psicologica da parte della popolazione, esplosa con la pandemia e che continua tutt'ora, dimostra che sul territorio ci sono competenze e professionalità**



**Un dato che emerge** in maniera evidente nella nostra società – posto già in evidenza su queste pagine nei mesi scorsi – è il progressivo incremento della domanda psicologica proveniente dai cittadini, dalle istituzioni, dalle strutture sanitarie e socio-educative. Una richiesta di assistenza che durante tutta la condizione pandemica, che ancora ci accompagna, ha poi assunto anche una sua specificità, quella di avere come riferimento il servizio pubblico e la sua tenuta, chiamando in causa lo stato e l'attuale gestione dei servizi di psicologia e di psicoterapia nelle varie Aziende sanitarie. Con sicurezza e orgoglio possiamo affermare che sul piano nazionale gli psicologi specialisti ambulatoriali hanno contribuito significativamente ad assicurare l'assistenza territoriale e ogni più adeguato funzionamento nell'ambito delle proprie competenze nel rispetto dei LEA, dei provvedimenti governativi, degli istituti contrattuali vigenti. Anche se le risposte al trauma sono influenzate da diversi fattori di rischio e protettivi, che interagiscono tra loro, e il livello di stress psicologico e lo sviluppo di una psicopatologia sono valutati in associazione a fattori di rischio soggettivi, familiari e sociali preesistenti all'evento traumatico, si è parlato di trauma psicologico da coronavirus. Il cambiamento epocale che attraversiamo, pervasivo e complesso, sta richiedendo un approccio multidisciplinare, che guardi nel tempo alla gestione delle conseguenze, che sia in grado di considerare le evidenze cliniche - individuali e non - connesse all'evento traumatico.

Molte le criticità venute fuori negli ultimi due anni e difficilmente sintetizzabili tutte. Si è subito constatata l'esigenza di avere un numero adeguato di psicologi (sia dipendenti che

## Le prospettive nella crescita



convenzionati) in rapporto alla popolazione, oggi decisamente deficitario. Si aggiunga il carico di lavoro proveniente massicciamente dalle richieste di collaborazione della Giustizia e della Scuola, investendo i Consultori ed i nuclei di NPI, per capire a fondo quanto impegno sia in atto in questa fase in difesa di minori, nuclei familiari con disagio. In merito vi è da dire dell'incremento degli incarichi per psicologi ambulatoriali in diverse regioni, segno evidente che la nostra componente sindacale ha offerto ogni opportuno supporto – in sede locale unitamente alla parte pubblica – allo sviluppo dell'area professionale, alla sua crescita che, come sappiamo, inciderà positivamente in termini di massa salariale, di previdenza e di ogni altra tutela. Una crescita, la nostra, avutasi anche in termini d'iscritti al sindacato, a conferma che riusciamo ad essere sempre di più apprezzati nelle realtà locali per l'impegno verso la difesa della professione e dei professionisti, a fornire le opportune informazioni e a curare, con la dovuta attenzione, l'articolato quadro delle competenze ed il suo carattere operativo nei Servizi alla luce del dettato contrattuale, sia per ciò che concerne l'ambito del negoziato nazionale che in quello della contrattazione regionale e aziendale. Con certezza possiamo dire che è stato prevalentemente attraverso quanto previsto dall'ACN che più psicologi, in questi anni, operino oggi nel Ssn, e con loro i colleghi che li sostituiscono in servizio nei casi previsti. Non trascurerei anche che grazie all'impegno di nostri tanti rappresentanti sindacali nei Comitati zonali e regionali per la specialistica, nei limiti dei reciproci ruoli, si garantisce il funzio-



**Il lavoro sinergico tra professionisti della salute è un presupposto fondamentale per affrontare il disagio emotivo e altri disturbi psichici**

namento di istituti contrattuali importanti per l'accesso agli incarichi e per quant'altro previsto dalle norme in vigore. Sono migliaia ormai ogni anno le domande di psicologi (che nel nostro caso sono anche psicoterapeuti) di inclusione nelle graduatorie di ogni ambito provinciale, dove può contare non solo la posizione in graduatoria sulla base dei titoli ma il possesso di requisiti specifici sempre più richiesti dalle Aziende in sede di pubblicazione di turni. Il nostro tipo di contratto da parasubordinati – unico nel panorama europeo (e a dirlo non siamo noi) – non obbliga al tempo pieno né al rapporto esclusivo, per dirne solo alcune delle caratteristiche che favoriscono sviluppi professionali flessibili, compatibili, funzionali agli adeguamenti organizzativi delle Aziende e disponibili alla creazione di maggiore occupazione. La crescita come area, d'altra parte, la dobbiamo proprio a questa capacità del sindacato di avere saputo creare le premesse nel tempo per lo sviluppo e la sostenibilità convenzionale, con l'occhio rivolto all'integrazione con gli altri sanitari, a diventare parte integrante della multidisciplinarietà di cui il territorio è ancora carente. Il lavoro sinergico tra professionisti della salute è un presupposto fondamentale per affrontare il disagio emotivo e altri disturbi psichici. La comunicazione e il lavoro congiunto massimizza l'efficacia degli interventi psicologici in termini di valutazione,

diagnosi e trattamento, riducendo, inoltre, lo spreco di risorse.

C'è convergenza sul che occorra migliorare i modelli organizzativi e gestionali degli interventi psicologici e pensare al coordinamento/autogoverno della area assistenziale psicologica ambulatoriale in ogni Azienda, attivando programmi per far fronte alle emergenze di salute pubblica che puntino sulla pianificazione e l'attuazione sul campo degli interventi stessi. Una riflessione andrà fatta maggiormente alla luce delle modalità/opportunità di intervento clinico emerse durante le fasi della epidemia e l'utilizzo di piattaforme della telemedicina laddove possibile. Cruciale sarà lavorare sulle politiche pertinenti in un momento, come quello che attraversiamo, che preannuncia sensibili cambiamenti o quantomeno un ridisegno dell'assistenza territoriale. La legge n. 15/2022 (art. 1-quater), varata poco fa, in considerazione della "crisi psico-sociale causata dall'epidemia" prevede di "potenziare l'assistenza per il benessere psicologico" prevedendo anche "l'accesso ai servizi di psicologia e psicoterapia in assenza di una diagnosi di disturbi mentali", autorizzando il finanziamento di 10 ml di euro, per il 2022, per il reclutamento anche di professionisti sanitari. È senz'altro un provvedimento apprezzabile, dopo che nei fatti gli psicologi, pur previsti, non hanno fatto ingresso nelle USCA. È un investimento che porterà ad avere più psicologi psicoterapeuti nel servizio pubblico, che, più che mai in questo momento storico – sotto il peso di una crisi sociale di queste proporzioni – va salvaguardato.



## Giornata sul malessere del medico

# Le ricadute sul personale sanitario nel Covid e oltre il Covid

L'Omceo del capoluogo piemontese ha organizzato una giornata sul malessere del medico per evidenziarne le dimensioni, le cause e mettere in atto i possibili rimedi

**Nell'ambito degli eventi** di formazione ECM, organizzati dall'Ordine di Medici di Torino, la Commissione ordinistica che si occupa del disagio lavorativo del medico, presieduta da Mario Perini, e di cui anch'io faccio parte, il 4 dicembre 2021 ha organizzato una giornata volta all'analisi del malessere del medico in questi anni di pandemia, cercando di definirne le dimensioni, le cause e i possibili rimedi.

Il mio contributo da endocrinologa è stato quello di illustrare brevemente le connessioni tra Sistema Nervoso Centrale (SNC) e Sistema Endocrino (SE) per poi passare a dare qualche spunto di riflessione citando alcuni lavori che hanno analizzato le ricadute "ormonali" dello stress, acuto e cronico, a cui purtroppo siamo stati e siamo ancora sottoposti.

In sintesi possiamo dire che sia il SNC che il SE sono caratterizzati da cellule deputate alla trasmissione di informazioni. I neuroni sono in grado di trasmettere un'informazione a distanza e in un tempo brevissimo. Le cellule endocrine partecipano alla diffusione delle informazioni attraverso

**Linda Leonardi,**  
Medico  
Endocrinologo ASL  
Città di Torino,  
Componente  
Commissione  
Disagio Lavorativo  
del Medico

segnali di tipo umorale a più lenta diffusione e a più lunga durata di azione. Le analogie e le strette interconnessioni tra questi due sistemi hanno portato alla definizione di sistema neuroendocrino, il cui fulcro può essere considerato l'ipotalamo. L'attivazione dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA) comporta una maggiore secrezione di cortisolo, con effetto iperglicemico e aterogeno che, in condizioni di ipercortisolismo prolungato, come nello stress cronico, viene sostenuto e peggiorato da un aumento dell'insulina, da cui deriva un aumento del rischio cardiovascolare (CVD) ed ipertensivo.

Anche una possibile reazione di *burnout* (BU), in risposta ad uno stress, altera sia il sistema simpatico – parasimpatico che la regolazione dell'asse HPA, i maschi con BU hanno valori di PAO basale maggiori in confronto ai soggetti di controllo, mentre è ridotta la reattività del cortisolo a uno stimolo stressante (Biomed Research International, volume 2015 article ID 431725). Lo stesso articolo suggerisce l'esistenza di una differenza di genere nel rischio CVD per BU di

tipo mentale lavorativo e sarebbe quindi auspicabile una sorveglianza sanitaria, del personale sottoposto a stress, che tenga in considerazione queste differenze biologiche.

Il Cortisolo riduce anche la sintesi del testosterone e nelle donne altera la pulsatilità delle gonadotropine, inducendo anovulazione, amenorrea e ipofertilità, amplificate dall'aumento della prolattina secondario allo stress. Una possibilità di intervento per arginare le ricadute dello stress sul personale sanitario è stata ampiamente illustrata da Ravi Philip Rajkumar, che auspica interventi per costruire e potenziare la resilienza dei lavoratori, tramite miglioramento delle condizioni lavorative e di vita, potenziando il supporto sociale ed offrendo supporto psicologico ed eventualmente intervenendo farmacologicamente su casi selezionati ("Harnessing the Neurobiology of Resilience to Protect the Mental Well-Being of Healthcare Workers during the Covid-19 Pandemic"; Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research, Pondicherry, India, marzo 2021).

Si è giustamente data importanza all'igiene delle mani e a coprire naso e bocca. Ma il veicolo operato dalle lacrime è una realtà e purtroppo siamo poco attenti a non "sistemare" le mascherine con le mani che poi, inevitabilmente, vengono in contatto con gli occhi

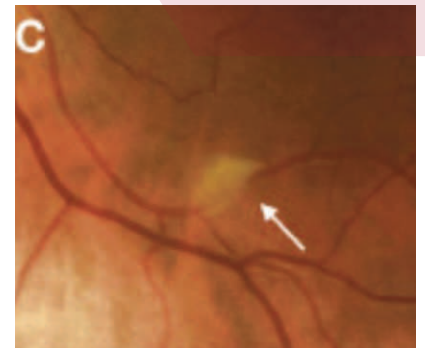
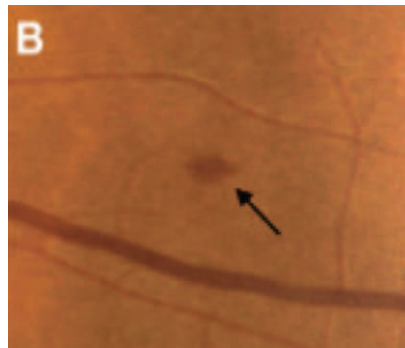
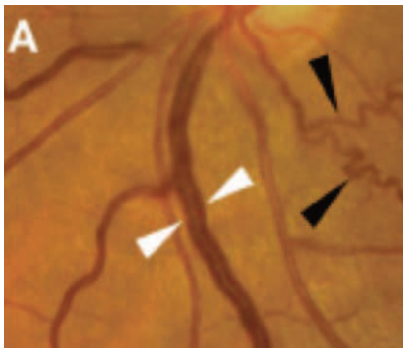
## Covid-19: antiche e nuove problematiche in oftalmologia

**Lina Ambrosino**  
Specialista  
Ambulatoriale in  
Oculistica DSB 24  
ASL Napoli 1 Centro

**Partiamo da un passato** non troppo lontano: il dott. Li Wenliang. Credo che molti di voi lo conoscano, per quelli che non ricordano, il dott. Wenliang è stato colui che per primo ha capito di trovarsi di fronte a una nuova malattia, ingestibile e dalle conseguenze gravissime, ha subito vessazioni e il carcere; un oculista che alla fine si è contagiato, aggravato e morto per Sars Cov2. Questo è avvenuto perché nel 18% dei pazienti colpiti compaiono sintomi oculari non specifici. Purtroppo la contaminazione della superficie oculare è sottostimata e, infatti, si è pensato di coprire naso e bocca per evitare le droplets, ma il veicolo operato dalle lacrime è una realtà e purtroppo pochi di noi siamo attenti a non "sistemare" le mascherine con le mani che successivamente, inevitabilmente, verranno in contatto con gli occhi. Tutti gli operatori sanitari dovrebbero equipaggiarsi di protezioni anche per la trasmissione oculare.

L'aspetto è quello di una comune congiuntivite virale con epifora, congestione e chemosi che appaiono più comuni nei pazienti con manifestazioni sistemiche più severe. Tuttavia la presenza di congiuntivite non implica la presenza del virus attivo: la congiuntivite potrebbe essere secondaria ad altre cause infettive, a cheratoplastica da esposizione oppure essere conte-





nuta in secrezioni respiratorie trasferite dalle mani agli occhi o anche provenire dall'aria emessa negli atti respiratori. Patologie preesistenti quali secchezza oculare, astenopia, glaucoma e maculopatie hanno subito conseguenze nel corso di questa pandemia, direttamente o indirettamente. Generici sintomi di *discomfort* oculare sono stati riferiti nel 26.9% dei casi addirittura configurando una nuova entità clinica denominata MA-

“  
**È lecito concludere che anche una singola foto del fondo oculare può costituire un importante elemento di valutazione per stabilire gravità e stadio della infezione**



DE: *maso-associated dry eye* che comprende mal di testa, irritazione della pelle, sudorazione, appannamento degli occhiali, aumentata secchezza oculare. Questo virus ha mostrato una spiccata capacità di attaccare gli endoteli inducendo importanti alterazioni a carico dei vasi sanguigni di molti distretti corporei incluso la retina: anche stavolta l'aspetto non è peculiare con vene e arterie retiniche dilatate, aumentata tortuosità, emorragie retiniche ed essudati cotonosi. Non è chiaro se le alterazioni a carico dei vasi siano una specifica manifestazione dell'infezione o una conseguenza della infiammazione sistemica indotta dal Covid-19, ma è lecito concludere che anche una singola foto del fondo oculare può costituire un importante elemento di valutazione per stabilire gravità e stadio della infezione, attraverso il monitoraggio della risposta infiammatoria e/o del danno endoteliale indotto.

Un brevissimo cenno alle vecchie problematiche: controllo del tono oculare nei glaucomatosi, esecuzione di esami diagnostici e di *follow up* (perimetria), diagnosi e trattamento delle maculopatie (esami OCT e iniezioni intravitreali), ritardo nella diagnosi di distacco di retina: tutto ciò è stato coinvolto in questa pandemia con conseguenze gravi e ancora da valutare con precisione.

## Allarme post Covid: dall'acuto alla cronicità?

**Quante volte** abbiamo assistito a film che ci hanno condotto a vivere “virtualmente” avvenimenti catastrofici? Alla fine della proiezione, ci siamo sentiti quasi sollevati, nell'uscire dalla sala cinematografica e tornare alla nostra quotidianità...

**Purtroppo** da fine dicembre 2019, abbiamo iniziato ad essere informati dai canali di comunicazione, dell'esistenza di un virus che man mano dalla Cina, è dilagato in tutto il mondo, fino ad essere presente in tutti i paesi europei

**Il 30 gennaio 2020** l'Oms dichiara l'emergenza globale e l'11 marzo la pandemia.

In Italia abbiamo capito con l'inizio del primo lockdown che la nostra vita stava cambiando. È cambiata e, tuttora, non sappiamo quando non avremo più bisogno di essere aggiornati quotidianamente sul “bollettino di guerra” con il numero dei deceduti e dei guariti dalla Sindrome Acuta Covid-19, sulle misure di prevenzione, sull'utilizzo dei vaccini per debellare questa Pandemia. Nello scorrere di questi mesi, abbiamo maturato una consapevolezza: stiamo lottando contro un virus e il SSN ha dovuto mettere in campo strategie che dopo un fisiologico periodo di rodaggio, tra errori, incertezze e traguardi positivi si è strutturato negli Ospedali, istituendo “Divisioni Covid” sul territo-

**Paola Mattei**  
Segretario  
Nazionale SiFop,  
responsabile  
scientifico del  
Convegno

rio istituendo le “USCA” e un percorso vaccinale, sempre più efficiente e capillare.

Ma col passare del tempo, con il lento decrescere dei numeri dei decessi da Covid, e l'aumento dei soggetti guariti, si è fatta strada una nuova e pur allarmante realtà: persone che, dopo aver superato la fase attiva della malattia, confermata con due tamponi negativi, continuano a lamentare sintomi ed alterazioni dei parametri laboratoristici, evidenziando sequele della malattia, a livello del cuore, polmone, rene, apparato digerente, apparato muscolo-scheletrico, cute, sistema endocrino.

Il Convegno “La Specialistica Ambulatoriale e la Gestione della Sindrome post Covid-19” che si è tenuto presso l'aula della sezione SUMAI Assoprof di Napoli e Provincia, è stato forte-



mente voluto dalla dirigenza sindacale del capoluogo campano, in particolare dal segretario Provinciale Gabriele Peperoni e da Luigi Sodano anche nella sua veste di responsabile della formazione sindacale, con l'obiettivo di approfondire tale tematica, ma soprattutto per condividere la conoscenza e le esperienze che ogni specialista anche del territorio ha maturato nella pratica quotidiana dall'insorgenza della pandemia, in un contesto di condivisione plurispecialistica.

La brillante moderazione di Valerio Langella, specialista in Medicina d'Urgenza, in prima linea dall'inizio della pandemia, per la cura del Covid 19 in acuto e le approfondite relazioni della collega Antonietta De Lucia e di Massimo De Clemente, entrambi otorinolaringoiatri, di Maria



## “La Specialistica Ambulatoriale e la Gestione della Sindrome post Covid-19”

8/22 luglio 2021

Aula G. Sodano c/o Sumai Napoli

Responsabile Scientifico: Dr.ssa Paola Mattei



Palmira Monaco, patologa clinica, di Antonella Savastano, gastroenterologa, di Andrea Cardone, cardiologo, dei colleghi Rossana Arlomedede e Luigi Balzano neurologi e di Gianfranco Scotto di Frega, pneumologo hanno aggiornato e coinvolto i partecipanti ad un confronto molto dinamico e costruttivo. Il filo conduttore del convegno è stato quello che il paziente affetto da Covid-19, vada controllato dopo la fase acuta, non solo per il persistere di una sintomatologia che, molto spesso, è caratterizzata da “astenia, dispnea, insonnia, difficoltà di memorizzazione e/o concentrazione, perdita più o meno marcata dell’olfatto e del gusto, disturbi gastrointestinali, problemi dermatologici, psicologici”, ma anche per la possibilità di essere colpito dalla Sindrome post Covid 19, talmente tanto



**Il filo conduttore del convegno è stato quello che il paziente affetto da Covid-19, vada controllato dopo la fase acuta per la possibilità di essere colpito dalla Sindrome post Covid 19**

### Programma

- Ore 8,30 Registrazione dei Partecipanti
- Ore 8,45 Inizio dei Lavori  
(Gabriele Peperoni, Luigi Sodano)
- Ore 9,00 Linee guida per la gestione della Long Term Covid-19:  
“Una via, ancora, da percorrere”  
(P. Mattei)

### I SESSIONE

- Moderatori: V. Langella G. Puerto
- Ore 10,00 Alterazioni del profilo ematologico ed emostatico nei pazienti Covid-19  
(M.P. Monaco)
  - Ore 11,00 Aspetti ORL della sindrome post Covid-19  
( M. De Clemente, A. De Lucia )
  - Ore 12,00 Coronavirus e il persistere dei sintomi gastrointestinali dopo la fase acuta  
(A. Savastano)
  - Ore 13,00 Esperienze a confronto
  - Ore 13,30 *Lunch*

### II SESSIONE

- Moderatori: V. Langella G. Puerto
- Ore 14,00 Covid -19 e cronicità polmonare: la nuova sfida per il Pneumologo del Territorio ( G. S. di Frega )
  - Ore 15,00 Il Cardiologo ed il Paziente Covid-19  
(A. Cardone)
  - Ore 16,00 Danni neurologici persistenti post Coronavirus?  
(R. Arlomedede, L. Balzano)
  - Ore 17,00 Esperienze a confronto
  - Ore 17,30 Condividere il sapere:  
Take Home Message (P. Mattei)
  - Ore 18,00 Questionario di verifica e chiusura dei lavori

### Relatori

R. Arlomedede, L. Balzano, A. Cardone, M. De Clemente,  
A. De Lucia, P.Mattei, M.P.Monaco, A. Savastano,  
G. Scotto di Frega

### Moderatori

V. Langella, G. Puerto

# SINDROME POST COVID-19

comune che l'OMS le ha dedicato un capitolo intero all'interno della sua guida di Gestione Covid 19.

Nel *British Medical Journal*, (1) (marzo 2021), è stato pubblicato uno studio che segnala che il 70% dei pazienti affetti da Covid è colpito anche dalla scia lunga della malattia, fatta di sintomi che possono comportare una certa invalidità, temporanea, ma il tempo ci dirà se non si tratta di una condizione permanente. È naturale dunque che, di fronte all'emergenza di un problema assistenziale e di Sanità Pubblica di questa portata, il progetto MaCroScopio (2) (Osservatorio sulla Cronicità), implementato da Fondazione ReS (Ricerca e Salute) abbia deciso di interessarsi alle implicazioni dirette e indirette di Covid-19 non solo nelle patologie croniche, ma più in generale nella vita delle persone contagiate che hanno superato la fase acuta della malattia.

Il malato Covid va tutelato anche dopo la scomparsa dei sintomi. Bisogna prevedere dei Centri di Medicina Territoriale (3) per monitorare i pazienti affetti dalla Sindrome "Long-Covid", facendo particolare attenzione alla medicina di genere (4), in quanto le pazienti donne risultano essere le più colpite dalle sequele di questa malattia, avendo maggiori componenti autoimmuni, sia nella fase di contrazione del virus che in quella successiva, anche se la mortalità è maggiore negli uomini. Il *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), ha elaborato le prime linee guida tradotte e pubblicate in Italia dal GIMBE (5) nel febbraio 2021 e poi aggiornate dal NICE (6) nel mese di aprile per gestire la Long Term Covid-19, identificata come "la sindrome, ossia la condizione che persiste con segni e sintomi per più di 12 settimane dalla fase acuta non spiegabili con diagnosi alternative e che hanno un impatto negativo sulla qualità della vita" anche da un punto di vista psico-

logico. La linea guida distingue tre tipologie di Covid-19:

■ Covid-19 acuta: segni e sintomi attribuibili alla Covid-19 di durata entro le 4 settimane.

■ Covid-19 sintomatica persistente: segni e sintomi attribuibili alla Covid-19 di durata compresa tra 4 e 12 settimane

■ Sindrome post-Covid-19: segni e sintomi sviluppati durante o dopo un'infezione compatibile con la Covid-19, presenti per più di 12 settimane e non spiegabili con diagnosi alternative.

Il 2/07/2021 sul portale dell'Iss sono state pubblicate "le indicazioni ad interim sui principi del Long-Covid" (7) che in sintesi evidenziano quanto segue: Nonostante i progressi, la malattia rimane sotto certi versi ancora un mistero.

Una delle ultime scoperte è stata la Sindrome Post-Covid, che con quella persistente sono parte della Long Covid.

È stato, infatti, provato che la grande maggioranza dei guariti riscontrano sintomi che si protraggono a lungo termine (per diversi mesi dopo il test negativo).

La Long Covid non colpisce solamente i casi gravi di Covid, anche quelli più leggeri possono sviluppare la sintomatologia a lungo termine.

Le linee-guida precisano quanto sia importante un monitoraggio medico costante anche nei mesi successivi alla negatività del tampone, definendo gli esami laboratoristici e strumentali da effettuare, periodicamente, per monitorare il decorso della sindrome. I percorsi di cura devono essere integrati tra assistenza primaria, servizi di riabilitazione multidisciplinare, servizi specialistici, servizi di valutazione multidisciplinare e servizi di salute mentale.

Indispensabili i consigli sul self management della malattia da fornire al paziente, ai caregiver ed ai suoi fa-

miliari. Le cause per cui si sviluppa questa sindrome non sono ad oggi del tutto chiarite, ma vi sono diverse ipotesi, tutte valide e che probabilmente coesistono e contribuiscono insieme all'insorgenza della sintomatologia.

Tra queste, possiamo citare lo stato proinfiammatorio, alterazioni immunologiche, alterazioni del microcircolo, danno endoteliale.

## RIFERIMENTI

- 1 BMJ: Risk of clinical sequelae after the acute phase of SARS-CoV-2 infection: retrospective cohort study (marzo 2021)
- 2 N.Martini : Quotidiano Sanità.it (marzo 2021)
- 3 F. S.Mennini : Webinar sul Long Covid Dell'Associazione G. Dossetti (aprile 2021)
- 4 W.Malorni: Webinar sul Long Covid Dell'Associazione G. Dossetti (aprile 2021)
- 5 Fondazione GIMBE: Linee Guida per gestire la long term Covid 19 (febbraio 2021)
- 6 NICE. Covid-19 (Accessed 14 April 2021)
- 7 Rapporto ISS Covid-19 / n.15 (luglio 2021)

# Il Cardiologo e il Covid

**La pandemia da Covid-19, che ha profondamente trasformato le nostre esistenze, coinvolge il Cardiologo essenzialmente per quattro motivi fondamentali che comprendono:**

**Andrea Cardone**  
Specialista Ambulatoriale  
Cardiologo, U.O.S.D.  
Coordinamento Attività  
Cardiologiche Territoriali,  
ASL Napoli 1 Centro e U.O.C.  
di Cardiologia,  
Ospedale Monaldi Azienda  
Ospedaliera dei Colli -  
Napoli

- 1 La riduzione degli accessi per Sindrome Coronarica Acuta (SCA) in ospedale.
- 2 La riduzione dell'attività cardiologica ambulatoriale durante la pandemia?
- 3 I quadri clinici causati dal virus sull'Apparato Cardiovascolare?
- 4 L' Embolia polmonare e le Sue complicanze?

La riduzione degli accessi è stata documentata in autorevoli studi nazionali e regionali.

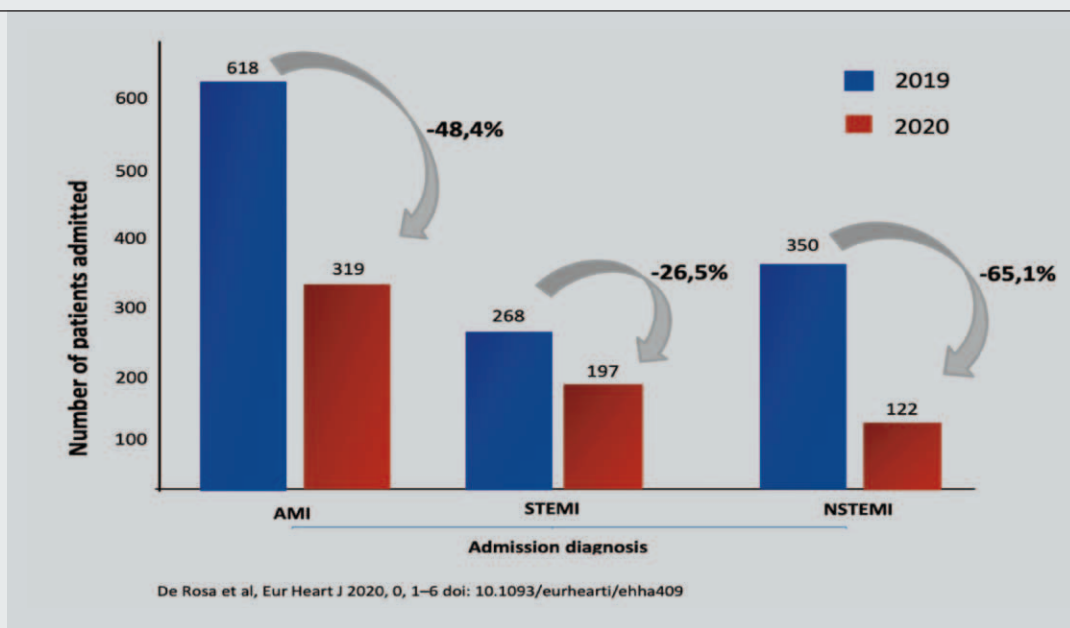
Uno degli studi italiani più rappresentativo di quello che è successo nella tragica settimana tra il 12 e il 19

Marzo 2020 è stato il lavoro pubblicato sul giornale europeo di cardiologia nel 2020<sup>1</sup> dal Dr. Salvatore De Rosa e collaboratori.

Uno studio nel quale sono stati esaminati i dati di 54 Ospedali Italiani a riguardo delle ospedalizzazioni per Infarto Miocardico Acuto (IMA) avvenute durante la settimana di Marzo 2019 e confrontati con gli analoghi dati del periodo che tra il 12 e il 19 Marzo 2020.

La riduzione dei ricoveri (Fig. 1) per IMA è stata del 48,4%, quella per Infarto Miocardico S-T sopra (STEMI) del 26,5%, quella per Infarto miocardico Non S-T sopra (NSTEMI) del 65,1%. Altro dato che si ricava dallo studio riguarda la mortalità per IMA che è passata dal 2,8 al 9,7%, in particolare la mortalità per STEMI pas-

Figura 1

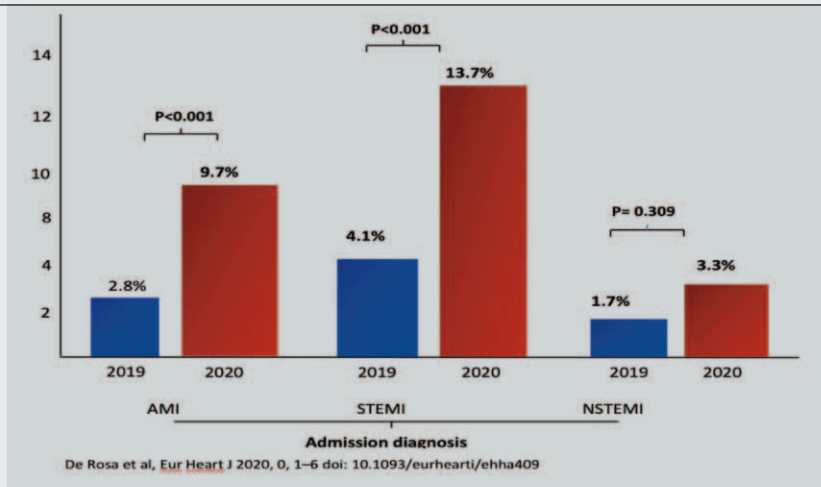


# SINDROME POST COVID-19



Nella terza regione più popolosa d'Italia, abbiamo trovato prove che l'epidemia da Covid-19 è stata associata a un calo del 32% del numero di PCI per SCA.

Figura 2



sava dal 4,1 del 2019 al 13,7% del 2020 (Fig. 2) e la mortalità per NSTEMI dall'1,7% del 2019 al 3,3% della stessa settimana dell'anno successivo. Queste percentuali ci raccontano di una mortalità più che triplata per IMA STEMI e quasi raddoppiata per IMA NSTEMI.

Nel Giugno 2020 è stato pubblicato, su *Circulation*<sup>2</sup>, uno studio effettuato in 20 Ospedali della Regione Campania attrezzati per effettuare procedure di angioplastica coronarica percutanea ovvero Percutaneous Coronary Intervention (PCI). I tassi di PCI per SCA (Sindrome Coronarica Acuta)

Figura 3

R. Piccolo, G. Esposito. Campania Coronary Network. *Circulation*, June 2020

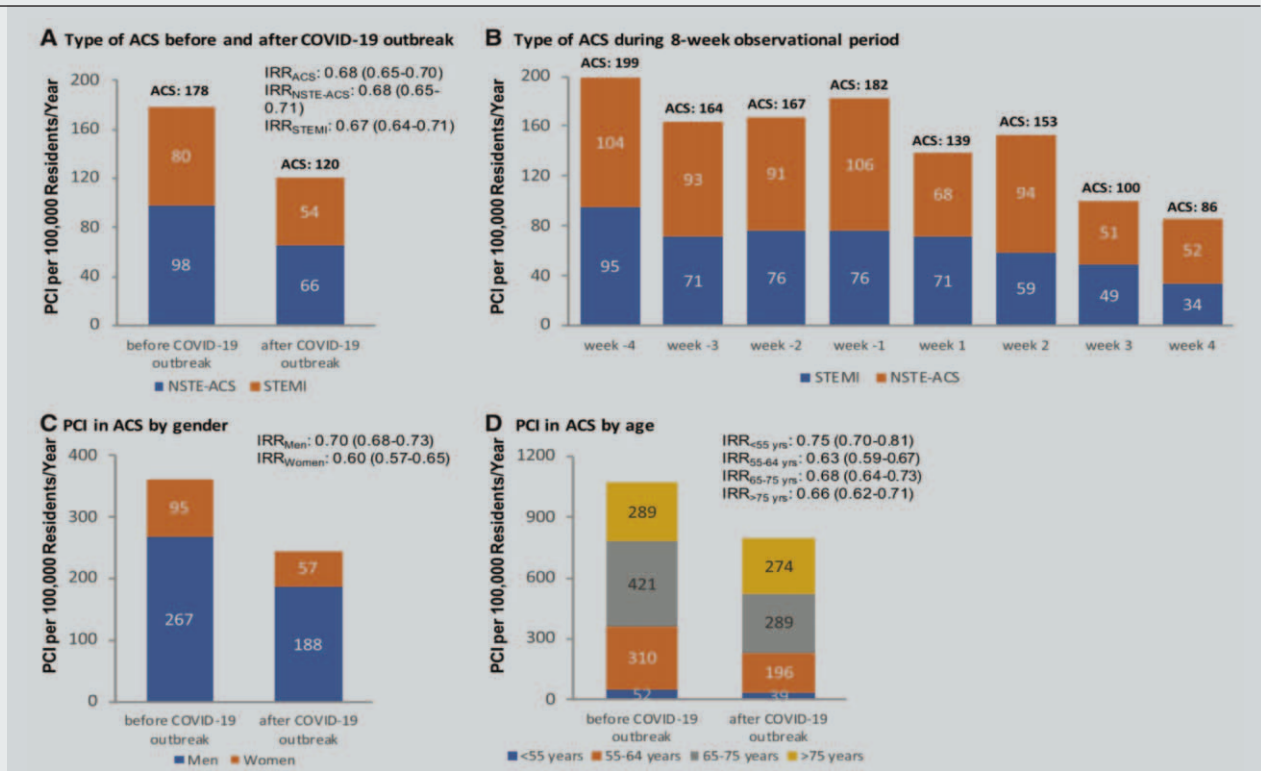
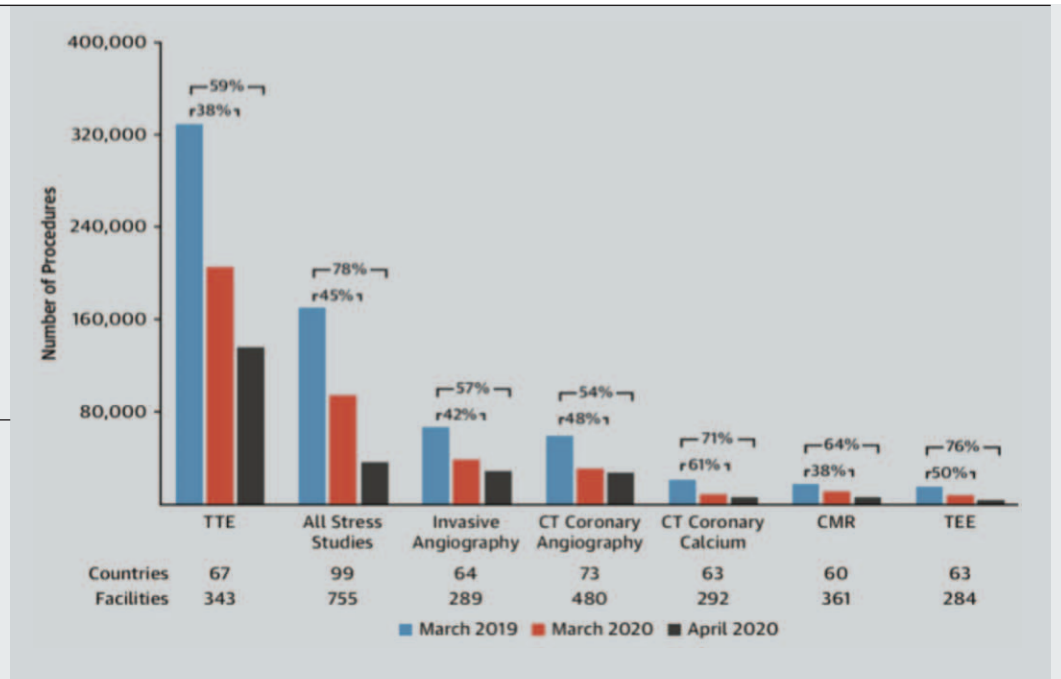


Figura 4



nella regione Campania, che, con 5,8 milioni di residenti, rappresenta  $\approx 10\%$  della popolazione italiana, sono stati ottenuti da 20 dei 21 centri PCI in un periodo di 8 settimane, le 4 settimane prima e le 4 settimane dopo l'epidemia di Covid-19 a partire dal primo caso segnalato dal Dipartimento della Protezione Civile il 27 febbraio 2020. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico dell'Università degli Studi di Napoli Federico II (Napoli, Italia).

Dal 30 gennaio 2020 al 26 marzo 2020 in Campania sono stati eseguiti complessivamente 1831 PCI; di questi, 738 (40,31%) erano PCI elettiva (non inclusi), 604 (32,99%) erano PCI per IMA senza soprasslivellamento del tratto ST(NSTEMI) e 489 (26,71%) erano PCI per IMA con elevazione del segmento ST (STEMI). L'età media era di 65,7 anni e 804 su 1093 PCI (73,56%) sono stati eseguiti negli uomini. Non ci sono state differenze nell'età media e nella percentuale di uomini (72% contro 75%,  $P=0,29$ ) nelle 4 settimane precedenti l'epidemia di Covid-19 rispetto alle successive 4 settimane.

Il tasso di incidenza di PCI per SCA è diminuito da 178 a 120 casi per 100.000 residenti all'anno durante il periodo di 4 settimane prima rispetto a dopo l'epidemia di Covid-19 (Figura 3).

**Nella terza regione** più popolosa d'Italia, abbiamo trovato prove che l'epidemia da Covid-19 è stata associata a un calo del 32% del numero di PCI per SCA.

I meccanismi alla base di questa diminuzione sono sconosciuti, sebbene possano essere implicate diverse spiegazioni. Una di queste potrebbe essere la sottovalutazione del dolore toracico da parte dei pazienti a causa del timore di esposizione al contatto con i soggetti affetti da Covid-19 al momento del ricovero ospedaliero.

Passiamo ora all'esame del secondo punto, ovvero alla riduzione delle attività di cura, diagnosi e prevenzione effettuate, sul territorio, dagli specialisti ambulatoriali durante la pandemia. I dati di questo genere non sono molti.

Sul secondo numero<sup>3</sup> del 2021 del *Journal of The American College of Cardiology* è stato pubblicato uno studio dal titolo "International Impact of Covid-19 on the Diagnosis of Heart Disease" nel quale si tratta, in parte, di questo argomento.

In questo studio l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha condotto un'indagine mondiale per valutare le alterazioni dei volumi delle procedure cardiovascolari. I dati dei test cardiaci non invasivi e invasivi sono stati

ottenuti dalle strutture partecipanti per i mesi di marzo e aprile 2020 e confrontati con quelli di marzo 2019. Hanno risposto alla richiesta di informazioni 909 tra centri ospedalieri e ambulatoriali che eseguono procedure diagnostiche cardiache, in 108 paesi (Figura 4).

**I volumi delle procedure** sono diminuiti del 42% da marzo 2019 a marzo 2020 e del 64% da marzo 2019 ad aprile 2020. In particolare mi preme sottolineare come tra le procedure non invasive che riguardano l'attività ambulatoriale, l'ecocardiografia transtoracica è diminuita del 59% e gli stress test, che comprendono gli esami scintigrafici, la Cardio TC, i Test da sforzo e l'Ecocardiografia da

# SINDROME POST COVID-19

Figura 5

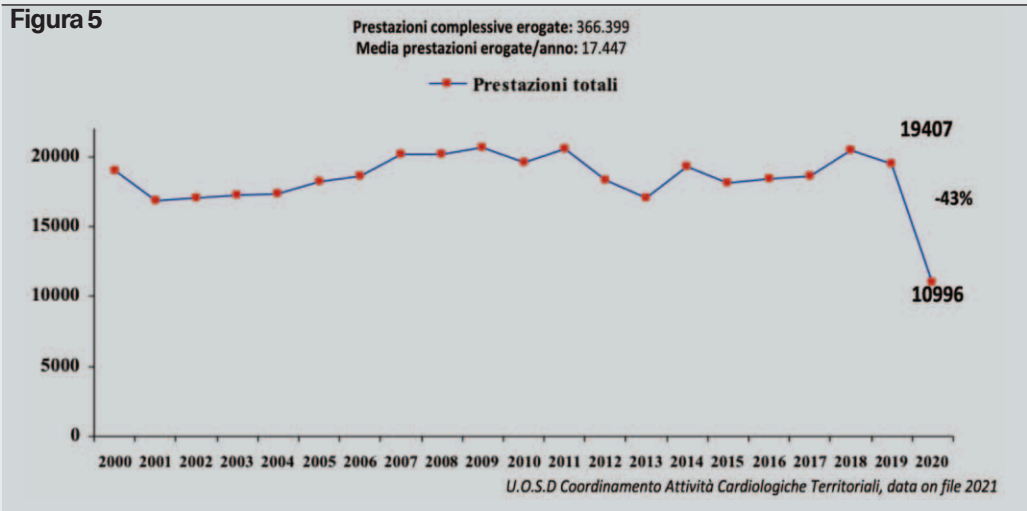
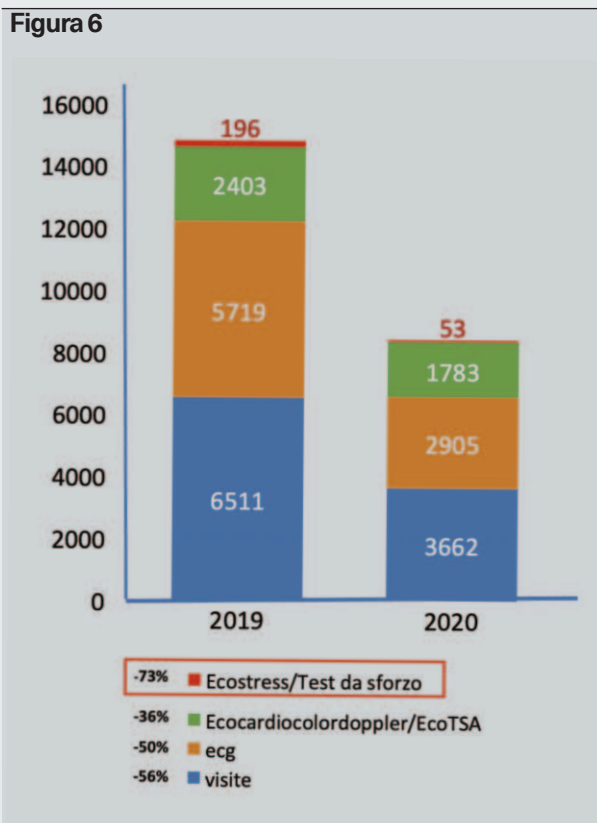


Figura 6



Stress, sono complessivamente diminuiti del 78%.

Nella struttura territoriale nella quale opero, l'Unità Operativa Dipartimentale di Coordinamento delle Attività Cardiologiche Ambulatoriali della ASL Napoli 1 Centro, costituita da sei cardiologi, un chirurgo vascolare, un medico specialista in anestesia e rianimazione e cinque infermiere professionali, abbiamo raccolto i dati delle prestazioni erogate negli ultimi dieci anni (Figura 5).

Nell'anno pandemico abbiamo constatato una riduzione complessiva delle prestazioni del 43%. Ho estrapolato i dati relativi alle diverse prestazioni erogate (Figura 6).

Come si evince dal grafico, la riduzione delle prestazioni è stata del 56% per le visite, del 50% per gli elettrocardiogrammi, del 36% per Ecocardiocolordoppler ed Eco dei Vasi Sovraortici. La maggior riduzione percentuale, il 73%, è stata registrata per gli Ecostress e i Test da sforzo, esami che non hanno caratteristiche di urgenza, non è possibile effettuarli facendo indossare la mascherina al paziente, e per tale motivo sono stati sospesi durante la fase più critica della pandemia. La cospicua riduzione di tale tipo di esami, che hanno un

ruolo fondamentale nella diagnosi della cardiopatia ischemica, ha comportato un minor numero di diagnosi di malattia coronarica e di conseguenza un maggior numero di persone sono arrivate all'evento infartuale come manifestazione della cardiopatia ischemica. Se aggiungiamo questo dato alla riduzione degli accessi ospedalieri per IMA in regione Campania<sup>2</sup> è facile ipotizzare come, ci possano essere stati un maggior numero di eventi fatali per IMA non curato e, per lo stesso motivo, in un prossimo futuro, vedremo un maggior numero di pazienti con scompenso cardiaco.

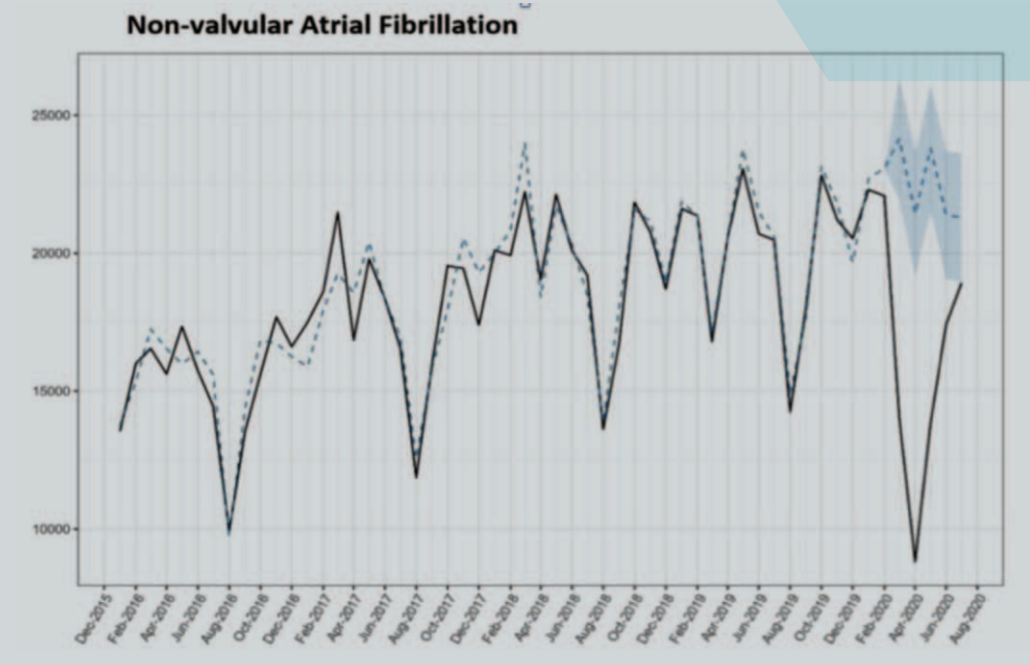
Il 17 Maggio 2021 è stato pubblicato, sull'European Journal of Preventive Cardiology<sup>4</sup>, uno studio che, nasce dalla constatazione che, durante il periodo di lockdown da Covid-19, la cura delle malattie non trasmissibili, sono state limitate a causa delle difficoltà di accesso ai servizi per le preoccupazioni legate al rischio infettivo nelle strutture sanitarie e il trasferimento di risorse sanitarie per assistere i pazienti con Covid-19. Gli studi che finora si sono concentrati sull'effetto del blocco sulle prescrizioni dei farmaci per il trattamento di condizioni non Covid-19 sono pochi. Gli anticoagulanti orali diretti (DOAC) sono farmaci comunemente usati per la prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale non valvolare (FANV) e per il trattamento e la prevenzione del tromboembolismo venoso (VTE). Gli autori hanno ipotizzato che l'accesso alle cure per i pazienti con queste condizioni potrebbero essere state limitate durante il blocco, portando a riduzione delle nuove prescrizioni di DOAC. Pertanto, lo scopo di questo studio retrospettivo e trasversale è stato quello di valutare le nuove prescrizioni di DOAC durante il periodo di lockdown (marzo-maggio 2020) e nel periodo post-lockdown (giugno-luglio 2020) e confrontarli con cosa

ci si sarebbe aspettato in base alle previsioni delle serie temporali. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) monitora le prescrizioni di DOAC attraverso un registro di monitoraggio basato sul web. Le prescrizioni dei DOAC nei pazienti ospedalizzati non sono monitorate con questo registro. Analizzando i dati del registro, sono state misurate le nuove prescrizioni osservate da giugno 2013 a luglio 2020. Il registro ha raccolto dati su 1515629 nuove prescrizioni DOAC, di cui 1312214 (86,6%) nuove prescrizioni per FANV e 203.415 (13,4%) per TEV. La Figura 7 presenta i numeri osservati e stimati di nuove prescrizioni di DOAC per NVAF dal 2016 fino a luglio 2020. (Figura 7)

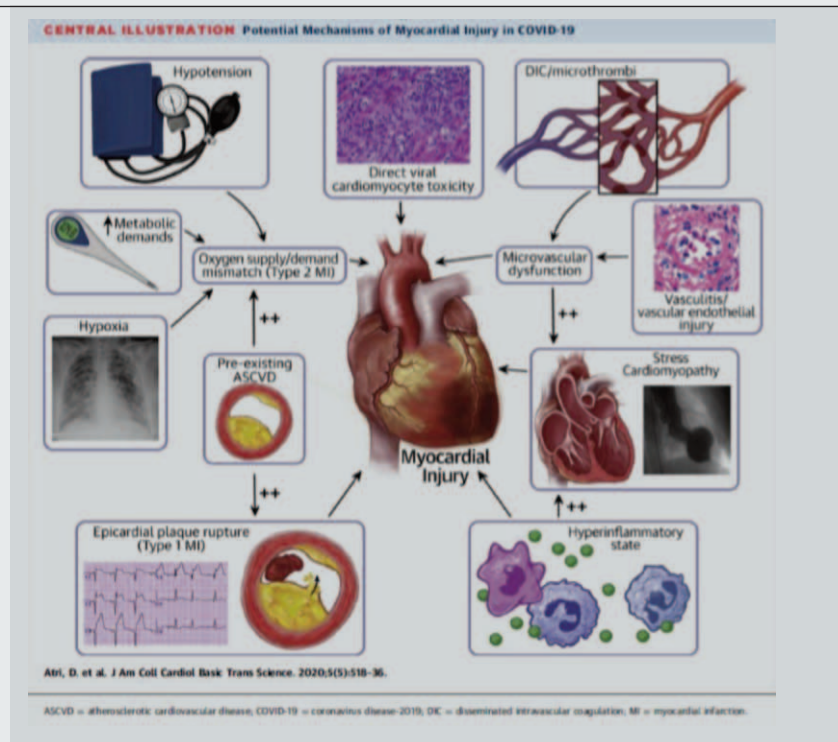
**Le prescrizioni** di DOAC sono aumentate progressivamente nel tempo, con variazioni stagionali dovute alla periodica riduzione nel periodo estivo. Nel periodo di lockdown, tra marzo e maggio 2020, il numero di nuove prescrizioni sono diminuite notevolmente. Dopo il periodo di lockdown, a giugno e luglio 2020, questo numero è aumentato per entrambe le condizioni. Nel complesso, il numero di nuove prescrizioni è ampiamente diminuito durante il periodo di lockdown.

Sono state osservate grandi differenze tra i gruppi di età, con la più grande riduzione del numero di prescrizioni nel periodo marzo-luglio osservate nella popolazione di età compresa tra 65 e 74 anni (35,2%) e 75 anni o più (36,3%). È stata osservata una diminuzione sostanziale del numero di nuove prescrizioni rispetto a quanto previsto (-20,8%), con un picco negativo a marzo (-41,4%). Le persone di età pari o superiore a 75 anni hanno avuto la maggiore diminuzione delle nuove prescrizioni (30,0%). Il declino nell'uso dei DOAC mostrato da questo studio può essere spiegato da diversi fattori. In primo

**Figura 7**



**Figura 8**



# SINDROME POST COVID-19

luogo, la diagnosi delle condizioni patologiche per le quali è necessario richiedere l'uso di DOAC potrebbe essere diminuito durante il periodo di blocco da Covid-19. In secondo luogo, i pazienti potrebbero aver avuto difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari durante il periodo di lockdown o potrebbero aver evitato il contatto con i servizi sanitari a causa dell'aumento del rischio e della paura di contrarre Covid-19. Inoltre, le risorse sanitarie durante il periodo di blocco sono state trasferite per assistere i pazienti con Covid-19 e appuntamenti o visite per condizioni diversi da Covid-19 sono stati spesso rimandati. Gli anziani hanno sperimentato un calo maggiore nell'uso dei DOAC rispetto ai giovani adulti. La presenza di fattori fisici, psicologici, e problemi sociali negli anziani e possibili preoccupazioni sulle gravi conseguenze del Covid-19 potrebbero essere aumentate dalla difficoltà di accesso ai servizi sanitari durante il periodo del lockdown. Le possibili conseguenze di quanto riscontrato nello studio sono facilmente immaginabili e sono l'inevitabile incremento delle patologie che una normale prescrizione dei DOAC avrebbero evitato o ridotto, ovvero ictus cerebri ed Embolie Polmonari.

Il Terzo dei punti elencati è rappresentato dalle patologie causate dal virus sull'apparato cardiovascolare. Sul quinto numero<sup>5</sup> del 2020 della prestigiosa rivista "The American College of Cardiology Foundation", Atri e coll. hanno pubblicato un lavoro nel quale analizzano i diversi meccanismi di danno miocardico, diretto e non diretto, da Covid-19 (Figura 8).

**La presenza di recettori ACE<sup>2</sup> sul miocardio e sulle cellule endoteliali vascolari fornisce un meccanismo teorico per l'infezione virale diretta del cuore con conseguente miocar-**

**dite. Sino ad oggi, non ci sono segnalazioni di miocardite virale SARS-CoV-2 comprovata da biopsia con inclusioni virali o DNA virale rilevato nel tessuto miocardico.**

Un altro meccanismo ipotizzato di danno virale diretto al miocardio è una vasculite mediata dall'infezione. Il recettore ACE<sup>2</sup> è altamente espresso nelle cellule endoteliali arteriose e venose. I meccanismi ipotizzabili sono due: l'ingresso virale nelle cellule endoteliali del miocardio potrebbe innescare una vasculite o la presenza del virus potrebbe portare a una risposta immunologica indiretta e conseguente reazione di ipersensibilità. Questo danno sarebbe associato a una lesione miocardica e forse anche a una disfunzione miocardica conclamata in Covid-19.

Microtrombosi e macrotrombosi sono state osservate nelle valutazioni autoptiche di 3 pazienti deceduti per SARS-CoV-1. Un meccanismo importante di danno da SARS-CoV-2 è il disordine del sistema fibrinolitico e della coagulazione, con > 70% dei non sopravvissuti che soddisfano i criteri per la coagulazione intravascolare disseminata (CID). Si può ipotizzare che il danno miocardico sia il risultato della formazione di microtrombi nel sistema vascolare miocardico nel contesto di uno stato di ipercoagulabilità come la CID.

Le infezioni e la sepsi sono una delle principali cause di CID in generale. L'esatto meccanismo della CID nel contesto della sepsi e dell'ARDS (Sindrome da distress respiratorio acuto) è complesso, ma si ritiene generalmente che sia correlato a un esaurimento immuno-mediato dei sistemi di coagulazione e fibrinolitico che promuove sanguinamento e trombosi nello stesso paziente. Il danno endoteliale e le citochine infiammatorie, come IL-6 e il fattore di necrosi tumorale alfa (TNF- $\alpha$ ), sovraregolano l'espressione del fattore tissutale, de-

terminando uno stato protrombotico. La disregolazione dell'antitrombina III, dell'inibitore dell'attivatore del plasminogeno di tipo 1 (PAI-1) e della proteina C nel contesto di una significativa infiammazione e sepsi promuovono uno stato anticoagulante. Inoltre, l'attivazione piastrinica si verifica anche nel contesto della sepsi e dell'infiammazione, ribaltando ulteriormente il sottile equilibrio del sistema di coagulazione. In sintesi, l'attivazione immunitaria osservata nell'infezione grave da Covid-19 è probabilmente sufficiente per innescare la CID, la disfunzione microvascolare e il danno miocardico. Altro possibile ruolo nelle patologie legate al Covid-19 è la cardiomiopatia da stress (Takotsubo), al momento non ci sono lavori che l'abbiano documentata, tuttavia gli autori hanno osservato personalmente diversi casi coerenti con la cardiomiopatia da stress. Si ritiene che molti dei meccanismi proposti di danno cardiaco correlato a Covid-19 descritti in questa recensione siano implicati nella fisiopatologia della cardiomiopatia da stress, in particolare quelli della disfunzione microvascolare, della tempesta di citochine e dell'attivazione simpatica. Una serie di casi occorsi a New York City ha posto in evidenza che il 67% dei pazienti con soprasslivellamento del tratto ST aveva una coronaria epicardica ostruita.

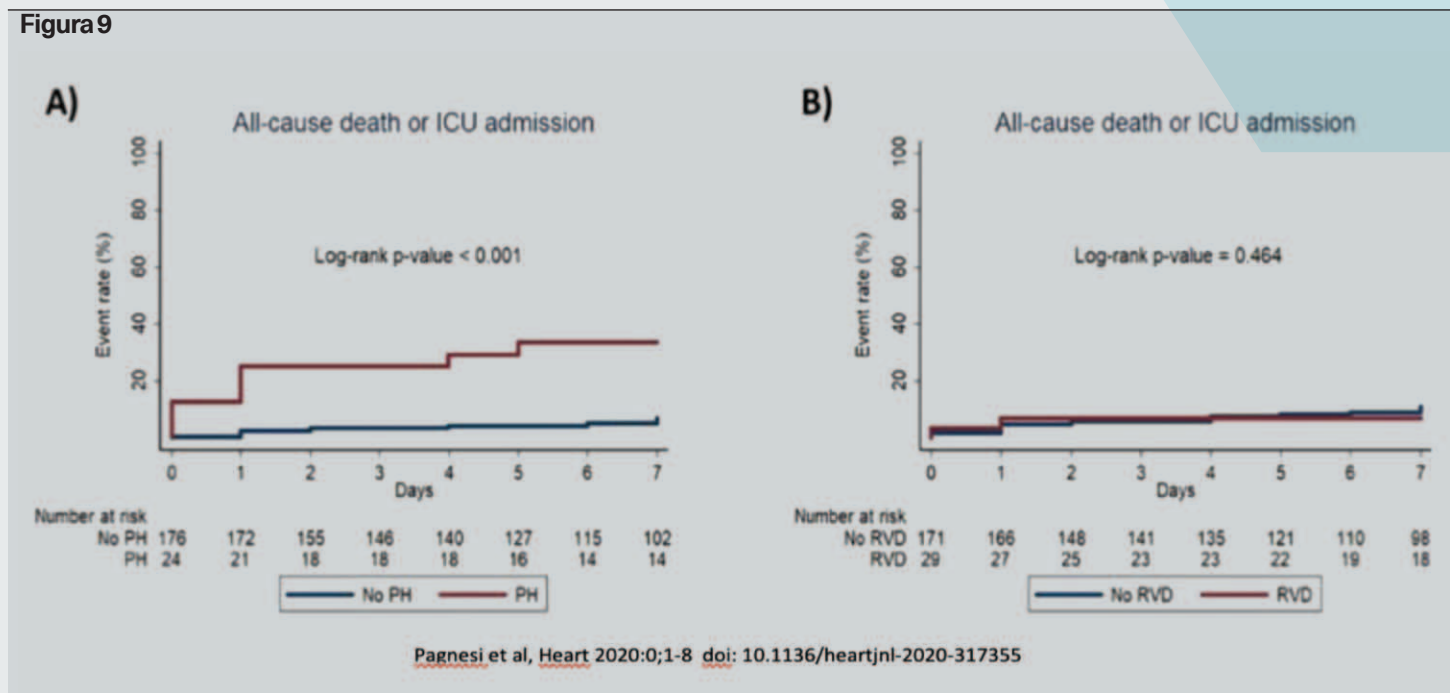
Esiste un precedente storico di associazione tra infezione ed elevato rischio di SCA. Studi epidemiologici hanno dimostrato che il ricovero per polmonite è associato a un rischio più elevato di eventi aterosclerotici. L'infezione da influenza è stata ben studiata e ha dimostrato di avere un'associazione temporale con complicanze cardiovascolari e SCA. In una meta-analisi di studi clinici che valutavano questo problema, la vaccinazione annuale contro l'influenza stagionale determinava una riduzione del



**L'infezione da Covid-19 è associata a grave stress dovuto alla sepsi e all'insufficienza respiratoria che, in alcuni pazienti, possono essere causa di aumenti dei biomarcatori di lesione e stiramento del miocardio**



**Figura 9**



36% di eventi cardiovascolari avversi maggiori, pertanto, l'infezione virale è associata ad un aumento del rischio di eventi coronarici e la prevenzione ad una riduzione di tale rischio. Queste constatazioni rendono plausibile che la SCA può essere un'importante causa di danno cardiaco acuto nei pazienti con Covid-19.

L'infezione da Covid-19 è associata a grave stress dovuto alla sepsi e all'insufficienza respiratoria che, in alcuni pazienti, possono essere causa di aumenti dei biomarcatori di lesione e stiramento del miocardio, una situazione che correla con una prognosi peggiore. Si pensa che il meccanismo di tale danno miocardico sia correlato a un sbilanciamento tra domanda e offerta di ossigeno, senza rottura acuta della placca aterotrombotica, che può portare all'insorgenza di infarto miocardico di tipo 2. I pazienti che soffrono di IM di tipo 2 rispetto a IM di tipo 1 hanno tassi di mortalità più elevati, che possono in parte essere spiegati da un maggior carico di con-

dizioni di comorbidità acute e croniche nella popolazione di IM di tipo 2. Inoltre, l'IM di tipo 2 sullo sfondo della malattia coronarica (CAD) ha una prognosi peggiore rispetto ai pazienti senza CAD. Data l'età e il profilo di comorbidità dei pazienti ospedalizzati con Covid-19 grave, è ragionevole presumere che questa popolazione abbia un rischio più elevato di CAD non ostruttiva sottostante; pertanto, la presenza di IM di tipo 2 in questa popolazione è probabilmente un marker e un contributo agli esiti negativi dei pazienti Covid-19 con aumenti della troponina. Forse uno dei meccanismi più intriganti per il danno cardiaco nei pazienti con Covid-19 grave deriva dalla significativa risposta infiammatoria sistemica. I primi rapporti hanno dimostrato livelli gravemente elevati di biomarcatori infiammatori e citochine, tra cui IL-6, PCR, TNF- $\alpha$ , IL-2R e ferritina. Livelli più elevati di questi biomarcatori sono associati a manifestazioni Covid-19 più gravi e a esiti peg-

giori. Un modello teorico proposto della progressione della malattia da Covid-19 divide il decorso in 3 fasi sovrapposte ma distinte. Lo stadio I rappresenta l'infezione virale precoce con sintomi costituzionali associati. Lo stadio II, è caratterizzato dalla citotossicità virale diretta attraverso i recettori ACE2 che permettono l'ingresso e la replicazione del virus nel sistema polmonare con associata attivazione infiammatoria che porta a un'importante compromissione del sistema respiratorio, associata a dispnea ad ARDS e ipossia. Se l'ospite non è in grado di eliminare il virus attraverso una risposta immunitaria produttiva e protettiva, il Covid-19 progredisce allo stadio III, uno stato iperinfiammatorio associato a profondi aumenti dei biomarcatori infiammatori. I pazienti che raggiungono lo stadio III hanno gravi manifestazioni di Covid-19 con disfunzione multiorgano e tempesta di citochine, con disregolazione immunitaria simile a quella osservata nella sin-

drome da rilascio di citochine associata alla terapia con cellule T del recettore dell'antigene chimerico.

L'ultimo dei quattro punti elencati all'inizio di questo documento è rappresentato dall'Embolia Polmonare e dalle Sue complicanze. Nel 2020, Pagnesi<sup>6</sup> e coll. hanno pubblicato su Heart, uno studio dal titolo "Pulmonary hypertension and right ventricular involvement in hospitalized patients with Covid-19". Gli autori hanno esaminato i dati di 200 pazienti ricoverati per Covid-19, hanno constatato che il 12% sviluppava ipertensione polmonare e il 14,5% aumento delle dimensioni del ventricolo destro. Gli autori dello studio hanno dimostrato una correlazione tra la presenza di ipertensione polmonare e l'incremento della mortalità mentre non c'era incremento della mortalità nei soggetti con aumento delle dimensioni ventricolari destre.

**In questo documento** (Figura 9) abbiamo illustrato i dati sulla riduzione degli accessi ospedalieri per infarto miocardico durante la pandemia da Covid-19, abbiamo, discusso della cospicua contrazione delle visite, degli esami strumentali finalizzati alla cura e alla prevenzione delle patologie cardiovascolari dei pazienti ambulatoriali, abbiamo accennato ai danni sull'apparato cardiovascolare e all'embolia polmonare. Solo nei prossimi anni potremo avere un'idea più precisa dei danni che deriveranno dalle diverse criticità che abbiamo affrontato, speriamo che la politica ci dia mezzi e personale adeguato per rispondere all'incremento delle patologie croniche, naturale ed inevitabile conseguenza di quanto sopra descritto.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 The effects of Covid-19 on general cardiology in Italy Carmen Anna Maria Spaccarotella, Salvatore De Rosa, Ciro Indolfi *European Heart Journal*, Volume 41, Issue 45, 1 December 2020, Pages 4298–4300, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa610>
- 2 Population Trends in Rates of Percutaneous Coronary Revascularization for Acute Coronary Syndromes Associated With the Covid-19 Outbreak, Raffaele Piccolo, Giovanni Esposito, Campania Network, *Circulation*. 2020; 141:2035–2037. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047457
- 3 International Impacy of Covid-19 on the Diagnosis of Heart Disease, ndrew J. Einstein, MD, PHD,a,b,c Leslee J. Shaw, PHD,d Cole Hirschfeld, MD,b Michelle C. Williams, MBCHB, PHD et Al. *JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY VOL. 77, NO. 2, 2021*
- 4 Under-prescription of direct oral anticoagulant for treatment of non-valvular atrial fibrillation and venous thromboembolism in the Covid-19 lockdown period. Graziano Onder, Pier Paolo Olimpieri, Andrea Di Lenarda, Giuseppe Ambrosio et Al. *European Journal of Preventive Cardiology*, 17 May 2021.
- 5 JACC : BASIC TO TRANSLATIONAL SCIENCE VOL . 5 , NO . 5 , 2020 Atri et al. *THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION*
- 6 Pulmonary hypertension and right ventricular involvement in hospitalized patients with Covid-19. Pagnesi et Al. *Heart* 2020;0;1-8 doi: 10.1136/heartjnl-2020-317355

# Aspetti ORL della sindrome post Covid-19

**L'identificazione della complessa e polimorfa sintomatologia conseguente alla malattia da SARS-CoV2 è attualmente oggetto di continuo approfondimento scientifico**

**Massimo De Clemente**  
Specialista  
Ambulatoriale  
Otorinolaringoiatra,  
AUO Federico 2°  
Napoli

**Dopo infezione** da SARS-CoV2 sono segnalati sintomi che coinvolgono quasi tutti i sistemi ed organi. In letteratura esistono stime variabili della prevalenza del cosiddetto "long-Covid". Tale termine, va precisato, è adoperato in modo non sistematizzato ed omnicomprensivo, ad indicare sia complicanze oggettive della malattia, sia condizioni di alterazione in particolare della salute mentale sopraggiunte sia in soggetti oggettivamente ammalatisi di Covid sia in soggetti non infettati dal virus; sia, infine, a connotare sintomi soggettivi non specifici, simili a quanto osservato in condizioni già note e tutt'oggi dibattute quali la cosiddetta "sindrome da stanchezza cronica" (Chronic Fatigue Syndrome) post-virale. Dagli studi attuali risulta attualmente difficile trarre considerazioni omogenee e validabili, causa limitazioni legate a vari fattori: variabilità numerica delle popolazioni osservate; assenza di gruppi di controllo; mancanza di standardizzazione nell'acquisizione dei sintomi; difetto nei criteri classificativi; etc. In particolare, è noto come sintomi otorinolaringoiatrici, isolatamente o

“ Appare superfluo sottolineare che in questo contesto diventa fondamentale la figura dello specialista territoriale che quasi sempre è il primo riferimento a cui si rivolge il paziente



in associazione con altre manifestazioni multi-organo, siano tra le più tipiche stigmati della malattia, sia nell'esordio di questa (Covid acuto sino a 3 settimane), sia nelle forme a decorso prolungato (Covid post-acuto o cronico (sino a 6 mesi o oltre) sia, infine, quali manifestazioni irreversibili di danno d'organo, variamente incidenti secondo i vari report scientifici. Ampia risulta la gamma nonché l'espressività delle manifestazioni cliniche: da una modesta mucosite aspecifica delle prime vie aeree a tipici e gravi sintomi rinologici, quali ipo-anosmia variamente associata a ipo-ageusia; sintomi otologici, quali ipoacusia neurosensoriale ad insorgenza improvvisa, acufeni; disordini vestibolari acuti, da una più o meno vaga "dizziness" a forme di Vertigine Posizionale Parossistica a casi di Neurite vestibolare. Risulta complesso discernere attualmente appieno quali siano i meccanismi molecolari e immunologici alla base delle manifestazioni generali e, nel dettaglio, otorinolaringologiche della malattia: una provata base di conoscenza è data dalla riconosciuta affinità del virus verso il recettore del-

l'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2), espresso sulle cellule dell'epitelio nasale che influenzano l'olfatto, nonché dall'accertata invasività del virus nei confronti delle strutture neurali dell'apparato stato-acustico. Alle ricerche in corso, il chiarire quanto dipende da effetti virali diretti e/o quanto sia reazione indiretta multifforme dell'organismo all'evento, in senso lato, "stressante". Risulta chiara l'importanza, in tale contesto di malattia, del ruolo dello specialista otorinolaringoiatra, sia in fase di diagnostica sia in fase di trattamento dei quadri acuti o degli esiti, nello sforzo condiviso con le altre figure sanitarie al fine di gestire al meglio le problematiche imposte dall'epidemia nelle varie realtà territoriali.

Appare superfluo sottolineare che in questo contesto diventa fondamentale la figura dello specialista territoriale che quasi sempre è il primo riferimento a cui si rivolge il paziente, ma diventa altrettanto importante l'integrazione con l'ospedale o l'Università per affrontare insieme problematiche che appaiono ancora oscure nella diagnosi e nel trattamento.

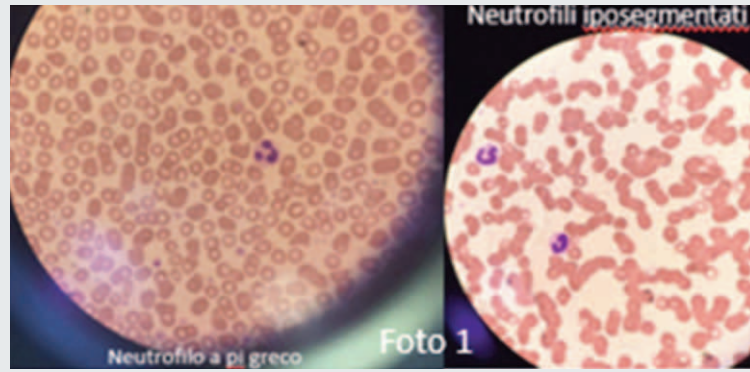
## Alterazioni ematologiche nei pazienti affetti da Covid-19



**Maria Palmira Monaco**  
Specialista  
Ambulatoriale  
Patologo Clinico  
P.O. San Giuliano  
ASL Napoli 2 Nord

**Sin dagli esordi** della pandemia da SARS-CoV2 molti studi sono stati pubblicati, tra l'altro, sulle anomalie ematologiche e coagulative presenti nei pazienti affetti da Covid-19. Citiamo, in particolare, lo studio cinese di Huang C. pubblicato su *Lancet* (1) sui primi 41 pazienti ricoverati dal 16 dicembre al 2 gennaio 2020, affetti da Covid-19 (30 uomini (73%) e 11 donne (27%) età compresa tra 25 e 64 anni con età mediana di 49 aa.) in cui si segnalava che al ricovero 10 pazienti presentavano leucopenia e 26 linfopenia; ed il P.T. ed il D-Dimero erano più alti nei pazienti in terapia intensiva (P.T. mediano 12,2 s D-Dimero mediano 2,4 mg/L) rispetto ai pazienti non in terapia intensiva (P.T. mediano 10,7 s D-dimero mediano 0,5 mg/l). E l'altro lavoro cinese di Huan Han (2), in cui venivano confrontati i dati coagulativi di 94 pazienti positivi SARS-CoV2 (48 maschi (51%), 46 femmine (49%) e 40 pazienti sani, come gruppo di controllo, (28 maschi (70%) e 12 fem-

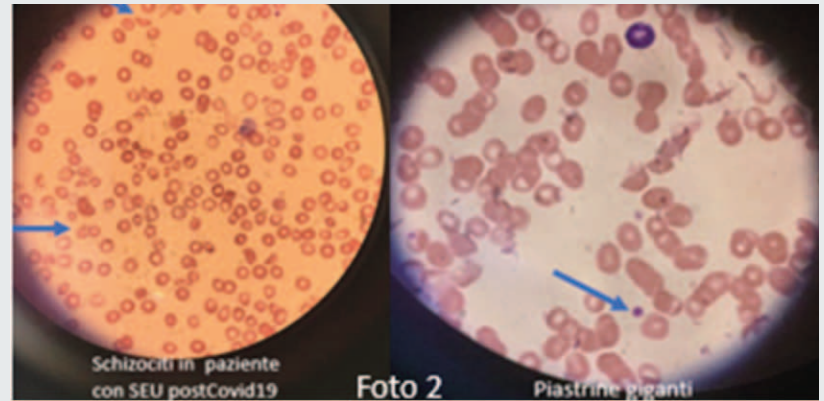
# SINDROME POST COVID-19



mine (30%) ricoverati al Renmin Hospital Università di Wuhan dal 31 gennaio al 10 febbraio 2020. Gli AA. Concludevano rilevando che: "la funzione coagulativa nei pazienti con SARS-CoV2 è significativamente alterata rispetto alla popolazione sana, ma il monitoraggio dei valori del D-dimero e dell'FDP può aiutare ad identificare precocemente i casi più severi". Sono state riportate in Letteratura anche le anomalie morfologiche delle cellule ematiche che si rilevano in tali pazienti, come lo studio del Policlinico A. Gemelli di Roma (3). In questo lavoro sono stati valutati gli strisci ematologici, alla diagnosi prima dell'inizio della terapia, dei primi 40 pazienti Covid-19 giunti alla loro osservazione, e di 7 di questi pazienti dopo 5-7 giorni di trattamento. Gli AA. segnalavano sostanzialmente neutrofilia, linfopenia, alterazioni morfologiche a carico di neutrofili e piastrine, linfocitosi tardiva, alterazioni comunque transitorie e reversibili e rimarcavano come: "Queste anomalie evidenziano principalmente la perturbazione grave, transitoria e reversibile della mielopoiesi, specialmente sotto forma di granulopoiesi accelerata e disordinata, nei pazienti con Covid-19 in grave fase sintomatica. Secondo recenti aggiornamenti, tali anomalie quantitative e qualitative possono essere correlate alla tempesta di citochine e all'iperinfiammazione, che è un fattore patogeno fondamentale nell'evoluzione della polmonite da Covid-19". Nella nostra esperienza i dati emato-coagulativi dei pazienti affetti da Covid-19 non differiscono dalla maggior parte dei risultati riportati in Letteratura. In particolare ci soffermiamo sui reperti ematologici più comunemente riscontrati da noi in fase iniziale, che includono leucopenia, con in particolare linfopenia, e trombocitopenia, più marcata, nei pazienti ricoverati in terapia intensiva con sin-



**I neutrofili sono frequentemente aumentati nei primi giorni dopo il ricovero, ed all'osservazione microscopica si evidenziano cellule dismorfiche, iposegmentate, con anomalie morfologiche (foto 1)**



tomatologia più severa; neutrofilia, con in alcuni casi, aumento del rapporto neutrofili/linfociti (NLR), che risulta essere associato ad un più alto tasso di mortalità, ed è stato considerato un potenziale biomarcatore infiammatorio e predittore di rischio di mortalità (4). Meno frequentemente trombocitosi. I neutrofili sono frequentemente aumentati nei primi giorni dopo il ricovero, ed all'osservazione microscopica si evidenziano cellule dismorfiche, iposegmentate, con anomalie morfologiche (foto 1), si evidenziano anche granulociti immaturi, in particolare piccoli mielociti e metamielociti (foto 1). Solo occasionalmente abbiamo rilevato la presenza di linfociti reattivi atipici. Abbiamo rilevato in alcuni casi piastrine molto grandi ipercromatiche (foto 2), sia nei pazienti con trombocitosi sia in quelli con trombocitopenia. In corso di terapia, nei pazienti responsivi, il quadro ematologico tende gradualmente a regredire verso la normalità con, però, un aumento dei linfociti, che possono essere atipici con alterazioni morfologiche segno di un'attivazione linfocitaria. Alterazioni che, nella maggior parte dei casi, tendono a scomparire con la guarigione.

**Per quanto attiene** i G.R. in genere non si rilevano alterazioni morfologiche significative, ma in alcuni casi quadri di anemia normocitica e normocromica. Ci sono però delle eccezioni. Abbiamo avuto modo di osservare schizociti allo striscio in un paziente con Sindrome Emolitico Uremica post-Covid (foto 2).

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Huang C. et Al: Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China Lancet 2020 Feb 15;395 (10223) : 497-506
- 2 Huan Han et Al.: Prominent changes in blood coagulation of patients with SARS-CoV-2 infection Clin Chem Lab Med.2020 Jun 25;58 (7) : 1116-1120
- 3 Zini G. et Al.: Morphological anomalies of circulating blood cells in Covid-19 Am J Hematol. 2020 Jul;95 (7) :870-872
- 4 Zhan L. et Al.: predictive value of neutrophil/lymphocyte ratio (NLR) on cardiovascular events in patients with Covid-19 - Journal of Gen. Medicine vol14 24 jun 2021 - 3899-3907

La nuova sfida  
per lo pneumologo  
del territorio

# Covid-19 e cronicità polmonare

**Gianfranco Scotto  
di Frega**  
Specialista  
Ambulatoriale in  
Pneumologia DSB  
35 ASL NA2 NORD

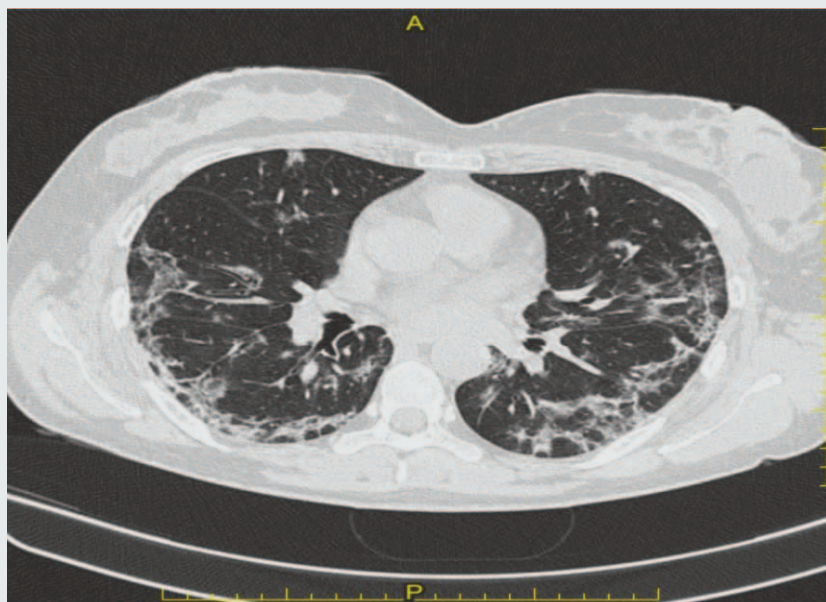
**La Polmonite Interstiziale** è senza dubbio la manifestazione più caratteristica della malattia sistemica Covid determinata dal virus Sars-Cov2.

Fin dagli albori della lotta al nuovo Coronavirus si era intuita la necessità di pianificare interventi volti alla diagnosi ed al monitoraggio dei pazienti che superano la forma acuta di malattia (spesso di pertinenza ospedaliera) e che quindi popolano gli ambulatori territoriali per i controlli post-Covid e la valutazione delle sequele (1). A distanza di più di 1 anno dall'esordio della pandemia è possibile confermare tale necessità, individuando nella figura dello Specialista Pneumologo ambulatoriale del territorio il primo Medico coinvolto nella gestione di questi casi. È stato rilevato infatti che nel periodo che trascorre dopo l'avvenuta guarigione dal Covid, la fatica e la dispnea sono i principali sintomi riferiti dal paziente (2); a ciò bisogna aggiungere che queste forme di dispnea sono in una buona percentuale di casi confermabili obiettivamente mediante esami funzionali respiratori (3) a testimonianza del possibile reale impatto che il virus può determinare sulla funzionalità respiratoria di soggetti anche precedentemente sani.

Un ulteriore dato degno di nota è che la fase pandemica ha determinato l'inevitabile calo di attenzione degli stessi pazienti verso le proprie patologie respiratorie di base, con il conseguente peggioramento dovuto ai periodi di lockdown e le limitazioni agli accessi agli ambulatori, che hanno certamente avuto un impatto negativo

**Figura 1**

Caso di sequele fibrotiche polmonari in paziente con recente polmonite da Sars-Cov2 gestita al domicilio



sulle cronicità polmonari pre-esistenti quali BPCO ed Asma.

È necessario inoltre considerare che la patologia interstiziale polmonare da Covid, in una percentuale di casi non trascurabile, è capace di determinare quadri di franca Fibrosi Polmonare Cronica in soggetti che hanno superato una forma severa di polmonite (Fig. 1), come già previsto da un intervento apparso su Lancet lo scorso anno nel quale si faceva riferimento ad una possibile “chiamata alle armi” verso la Fibrosi Polmonare nel post-Covid (4), in considerazione anche della forte lacuna di conoscenze che attanaglia già dal passato la patologia dell'interstizio polmonare – spesso confusa con malattie ostruttive da fumo, come la BPCO, pur essendone in netta contrapposizione (differenze cliniche / spirometriche / di monitoraggio nel tempo). Questo comporta la creazione di un nuovo bacino di utenti che oggi o nei prossimi tempi avranno bisogno di assistenza pneumologica territoriale, anche in considerazione delle difficoltà di accesso agli ambulatori ospedalieri. È quindi plausibile attendersi un incremento del carico

assistenziale pneumologico sul territorio, in quanto – di fatto – è aumentato il numero di possibili pazienti affetti da difficoltà respiratorie rispetto all'epoca pre-pandemica a causa del gran numero di pazienti “post-Covid”; in questo contesto la Specialistica Ambulatoriale può svolgere un ruolo determinante, per evitare l'aggravio di accessi presso gli Ospedali e per gestire in modo coordinato con i Medici di Medicina Generale le inevitabili nuove cronicità respiratorie.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Celli B, Fabbri LM. Urgent need of a management plan for survivors of Covid-19. *Eur Respir J* 2020; 55: 2000764 [https://doi.org/10.1183/13993003.00764-2020].
- 2 Halpin SJ et al. *J Med Virol* 2020.doi:10.1002/jmv.26368.
- 3 Mo X et al. *Eur Respir J* 2020 ; 55(6):2001217.
- 4 www.thelancet.com/respiratory, Vol. 8, August 2020

## Pensione di vecchiaia ed anticipata. I requisiti per il diritto alla pensione vigenti per i medici ambulatoriali

La Gestione Previdenziale degli Specialisti Ambulatoriali fa parte del Fondo della Medicina Convenzionata e Accreditata e riguarda tutti i medici ambulatoriali e gli incaricati della Medicina dei Servizi che, all'atto del passaggio al rapporto di lavoro dipendente, hanno optato, a norma di legge, per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Enpam



**Per il Fondo Ambulatoriale**, come per gli altri fondi speciali dell'Ente, il diritto alla Pensione Ordinaria (cosiddetta di Vecchiaia) matura, attualmente, al raggiungimento del 68° anno di età anagrafica, sia per gli uomini che per le donne.

Al raggiungimento di tale età, e solo successivamente all'effettiva cessazione dell'attività convenzionata, l'iscritto matura il diritto alla pensione a prescindere dall'anzianità contributiva accumulata all'epoca dell'interruzione dell'attività lavorativa, sempre che il numero degli anni di contribuzione sia superiore a 15 anni. Al di sotto di tal limite di 15 anni di contribuzione si matura il diritto alla sola Indennità di Restituzione dei Contributi, maggiorati degli interessi previsti dal Regolamento ed al netto di una quota pari al 12% per i rischi di inabilità e premorienza.

Gli Specialisti Ambulatoriali possono

**Coefficienti di adeguamento della  
pensione annua all'aspettativa di vita  
applicabili dal 1° gennaio 2018  
età minima vecchiaia = 68 anni**

Anni	MESI											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
55	-36,70%	-36,54%	-36,39%	-36,23%	-36,07%	-35,92%	-35,76%	-35,60%	-35,45%	-35,29%	-35,13%	-34,98%
56	-34,82%	-34,65%	-34,49%	-34,32%	-34,15%	-33,99%	-33,82%	-33,65%	-33,49%	-33,32%	-33,15%	-32,99%
57	-32,82%	-32,64%	-32,47%	-32,29%	-32,12%	-31,94%	-31,77%	-31,59%	-31,41%	-21,24%	-31,06%	-30,89%
58	-30,71%	-30,52%	-30,34%	-30,15%	-29,96%	-29,78%	-29,59%	-29,40%	-29,22%	-29,03%	-28,84%	-28,66%
59	-28,47%	-28,27%	-28,07%	-27,87%	-27,67%	-27,47%	-27,28%	-27,08%	-26,88%	-26,68%	-26,48%	-26,28%
60	-26,08%	-25,87%	-25,66%	-25,45%	-25,23%	-25,02%	-24,81%	-24,60%	-24,39%	-24,18%	-23,96%	-23,75%
61	-23,54%	-23,31%	-23,09%	-22,86%	-22,64%	-22,41%	-22,19%	-21,96%	-21,73%	-21,51%	-21,28%	-21,06%
62	-20,83%	-20,59%	-20,35%	-20,11%	-19,87%	-19,63%	-19,39%	-19,14%	-18,90%	-18,66%	-18,42%	-18,18%
63	-17,94%	-17,68%	-17,42%	-17,17%	-16,91%	-16,65%	-16,39%	-16,13%	-15,87%	-15,62%	-15,36%	-15,10%
64	-14,84%	-14,57%	-14,29%	-14,02%	-13,74%	-13,47%	-13,19%	-12,92%	-12,64%	-12,37%	-12,09%	-11,82%
65	-11,54%	-11,24%	-10,95%	-10,65%	-10,35%	-10,06%	-9,76%	-9,46%	-9,17%	-8,87%	-8,57%	-8,28%
66	-7,98%	-7,66%	-7,34%	-7,02%	-6,70%	-6,38%	-6,06%	-5,75%	-5,43%	-5,11%	-4,79%	-4,47%
67	-4,15%	-3,80%	-3,46%	-3,11%	-2,77%	-2,42%	-2,08%	-1,73%	-1,38%	-1,04%	-0,69%	-0,35%

comunque protrarre fino a 70 anni la propria attività lavorativa, senza dover inoltrare nessuna domanda all'ASL di appartenenza.

Tale possibilità potrebbe consentire, anche a chi non avesse raggiunto i 15 anni di contribuzione al compimento dei 68 anni di età, con gli ulteriori due anni di servizio, di maturare il diritto alla pensione ordinaria.

**La Pensione di vecchiaia**, a prescindere che si decida di transitare in pensione a 68 o a 70 anni, decorre da 1° giorno del mese successivo alla effettiva cessazione dell'attività lavorativa, senza finestre di uscita.

La domanda per ottenerla, ad oggi, può essere inoltrata solo il giorno successivo alla data delle proprie dimissioni. A tal proposito, per coloro i quali decidano di terminare la propria attività lavorativa al compimento dei 68 anni, conviene far coincidere l'ultimo giorno di lavoro con l'ultimo

**Cercare la casella di incontro (tra anni e mesi di età anagrafica dello specialista) al momento di transitare in quiescenza**

Per facilitare la lettura della tabella si cerchi la **casella**, indicante la percentuale di penalizzazione da applicare alla quota di pensione maturata alla data della richiesta del pensionamento, che si troverà all'incontro della colonna indicante il numero di anni di età anagrafica e la colonna indicante il numero di mesi eccedenti all'ultimo compleanno dello specialista, al momento di transitare in pensione.

Ad es. età di pensionamento anticipato = 66 anni e 7 mesi compiuti) = Penalizzazione pari a: 5,75%

giorno del mese in cui ricorrerà il proprio compleanno.

In alternativa, per coloro che decidano di lasciare il lavoro al compimento dei 70 anni di anzianità anagrafica, converrà far coincidere l'ultimo giorno di lavoro con l'ultimo giorno del mese precedente a quello in cui ricorra il proprio 70° compleanno, a meno che questa ricorrenza non si verifichi negli ultimissimi giorni del mese. Quanto detto in ragione del fatto che l'Enpam emetterà il primo assegno di pensione solo dal primo giorno del mese successivo a quello

in cui si è verificata la cessazione dell'attività lavorativa. Qualora l'iscritto voglia anticipare il pensionamento, per fruire subito della pensione, la normativa del Fondo prevede il Possesso Congiunto di requisiti di anzianità e di età per poter accedere ad una **Pensione anticipata**.

**I Requisiti richiesti sono:**

1 **Anzianità Contributiva**, effettiva, riscattata e ricongiunta, non inferiore a **35 anni**, raggiungibile attraverso il computo dei mesi effettivi in cui l'iscritto potrà vantare

contributi versati nei vari Fondi Speciali dell'Enpam (Specialistica Ambulatoriale, Medicina Generale, Pediatria di Base, Continuità Assistenziale / Guardia Medica). I mesi validi, coperti da contributi versati nei vari Fondi, ai fini del computo dell'anzianità raggiunta, non devono essere coincidenti. Quanto detto vale a dire che se in un sol mese, di un determinato anno, compaiono contributi sia di Specialistica Ambulatoriale che di Medicina Generale, ciò comporterà, ai fini del computo finale, solo 1 mese di anzianità ai fini del requisito dei 35 anni minimi richiesti di contribuzione.

Non disgiunto dal primo requisito per accedere alla pensione anticipata, sono richiesti anche:

- 2 **Anzianità di Laurea** pari a 30 anni.
- 3 **Anzianità Anagrafica minima** pari a 62 anni.

In alternativa alla cosiddetta Quota 100 o 102 in vigore per accedere ad una pensione liquidata dall'Inps, gli Specialisti Ambulatoriali con l'Enpam, in definitiva, beneficiano di una quota pari a 97 (62 + 35), per poter accedere alla pensione, che purtroppo comunque decorre sempre da un'età abbastanza elevata per ciascun medico, in considerazione del fatto che sono molto lunghi i tempi di conseguimento della laurea in medicina e della specializzazione, necessari per iniziare l'attività lavorativa.

In alternativa ai 3 requisiti richiesti congiuntamente, esiste la possibilità di transitare in **Pensione Anticipata** con il solo possesso di **42 anni di contribuzione**, a prescindere dal requisito dell'età anagrafica raggiunta, sempre avvalendosi del vantaggio di aver effettuato un riscatto degli anni di laurea e di specializzazione.

Per poter comunque transitare in pensione ad un'età anticipata è possibile, come già ricordato sopra, avvalersi dell'istituto del Riscatto degli Anni di Laurea e di Specializzazione, ma ciò sarà argomento trattato in dettaglio prossimamente in questa Rubrica, così come avverrà per il calcolo del trattamento economico previsto in caso di Pensione Anticipata e di Vecchiaia.

La pensione Anticipata, a differenza della Pensione di Vecchiaia, comporterà un trattamento economico per la pensione con una Penalizzazione Economica, variabile nell'entità, a seconda dell'Età anagrafica raggiunta al momento del transito in quiescenza.







# Sumai

**ASSOPROF**

Sindacato Unico Medicina  
Ambulatoriale Italiana  
e Professionalità dell'Area Sanitaria



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





*Quotidiano on line di informazione sanitaria*

*Quotidiano on line*

---

**Il primo quotidiano on line  
interamente dedicato  
al mondo della sanità.**

# quotidiano **sanità.it**

---

**Scienza, medicina, farmaci,  
politica nazionale e regionale,  
economia e legislazione.**

---

**Notizie, interviste, dibattiti,  
documenti, analisi e commenti  
dal mondo della sanità.**



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

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

**QSe**

**Quotidiano  
Sanità**  
*edizioni*

---

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