

*Con il patrocinio di:*



# **LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON PATOLOGIE DERMATOLOGICHE TRA OSPEDALE E TERRITORIO**

**9 OTTOBRE 2025**

# SOMMARIO

1. Introduzione.

2. Scenario della dermatologia in Piemonte.

Evoluzione clinica e bisogni emergenti

Innovazione terapeutica e sfida della sostenibilità.

Disomogeneità territoriali e difficoltà di accesso.

Criticità della presa in carico.

Verso una rete più coordinata.

3. Collaborazione multidisciplinare.

4. Integrazione ospedale-territorio.

Un sistema in trasformazione.

Esperienze e modelli organizzativi

Continuità assistenziale e percorsi condivisi

5. Appropriatezza prescrittiva e sostenibilità.

6. Telemedicina e innovazione digitale.

Stato attuale.

Criticità.

Scenario futuro.

7. Il paziente al centro.

8. Focus: la gestione della vitiligine.

9. Sintesi e conclusioni

Faculty.

## **1. INTRODUZIONE**

Le patologie dermatologiche rappresentano un ambito di crescente complessità clinica e organizzativa per il Servizio Sanitario Regionale. L'aumento delle malattie croniche cutanee, la necessità di terapie sempre più personalizzate e la pressione crescente sulle liste d'attesa hanno reso indispensabile un ripensamento del modello di presa in carico.

Nel contesto piemontese, la dermatologia si confronta con una rete ancora disomogenea: alcune aree presentano centri di eccellenza ben strutturati, mentre altre risentono di carenze di personale e di una scarsa integrazione tra livelli di assistenza.

Garantire accesso equo, continuità assistenziale e appropriatezza prescrittiva è quindi una priorità strategica per la Regione Piemonte, chiamata a conciliare innovazione terapeutica e sostenibilità delle risorse pubbliche.

In questo scenario si colloca il convegno organizzato da Federsanità Anci Piemonte e Valle d'Aosta con Federsanità Academy "La presa in carico del paziente con patologie dermatologiche tra ospedale e territorio", svoltosi presso l'Accademia di Medicina di Torino il 9 ottobre 2025.

Promosso sotto l'egida della Società Italiana di Dermatologia (Sidemast) con il patrocinio della Regione Piemonte e la partecipazione di Azienda Zero, dell'Assessorato alla Sanità e dei principali rappresentanti del sistema sanitario regionale, l'incontro ha avuto come finalità quella di mettere a confronto esperienze, criticità e proposte operative.

Il dibattito ha posto particolare enfasi su alcuni temi chiave:

- la collaborazione multidisciplinare come fondamento della gestione integrata del paziente;
- la continuità ospedale–territorio, per evitare frammentazioni e garantire percorsi omogenei;
- l'appropriatezza prescrittiva, intesa come responsabilità clinica e strumento di sostenibilità del SSN;
- l'ascolto del paziente, chiamato a partecipare attivamente al proprio percorso terapeutico e a mantenere stili di vita salutari;
- l'impiego mirato della telemedicina, da intendersi come supporto per il follow-up e la gestione di casi selezionati, non come sostituto della valutazione clinica diretta.

In questa prospettiva, il convegno ha offerto un terreno di confronto tra livelli professionali e istituzionali diversi, ponendo le basi per la definizione di modelli di presa in carico più coerenti con i bisogni reali dei pazienti dermatologici.

L'iniziativa ha avuto come obiettivo quello di delineare una visione condivisa della dermatologia come disciplina di rete, in cui ospedale e territorio operano in continuità lungo tutto il percorso di cura.

L'iniziativa ha avuto come obiettivo quello di delineare una visione condivisa della dermatologia come disciplina di rete, in cui ospedale e territorio operano in continuità lungo tutto il percorso di cura.

La finalità non era solo di aggiornamento scientifico, ma soprattutto di costruzione di una base organizzativa comune tra professionisti, aziende sanitarie e istituzioni regionali.

Tra gli obiettivi specifici:

- definire i principi dell'integrazione ospedale-territorio, valorizzando il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) come primo snodo nella gestione del paziente;
- promuovere la collaborazione multidisciplinare, con percorsi condivisi tra specialisti e figure sanitarie di prossimità;
- rafforzare la presa in carico attraverso PDTA e linee guida regionali capaci di ridurre variabilità e dispersione di risorse;
- migliorare l'appropriatezza prescrittiva, anche in relazione alle nuove opzioni terapeutiche, in un'ottica di sostenibilità e responsabilità clinica;
- valutare le potenzialità della telemedicina come supporto per controlli mirati e follow-up, nel rispetto di criteri di inclusione e interoperabilità tra sistemi;
- coinvolgere i pazienti e le loro associazioni, riconoscendone il ruolo nella co-costruzione dei percorsi di cura.

Il convegno ha così rappresentato un passaggio significativo nel processo di convergenza tra professionisti e istituzioni, necessario per tradurre l'innovazione clinica in un sistema realmente integrato e sostenibile.

## **2. SCENARIO DELLA DERMATOLOGIA IN PIEMONTE**

La dermatologia sta attraversando una fase di profonda evoluzione, dovuta sia al progresso scientifico e terapeutico sia alla crescente rilevanza delle patologie cutanee croniche all'interno dei percorsi di presa in carico del Servizio Sanitario Regionale.

Nel contesto piemontese, il settore si trova oggi al crocevia tra innovazione clinica, esigenze di sostenibilità e necessità di integrazione tra ospedale e territorio.

### Evoluzione clinica e bisogni emergenti

Le patologie dermatologiche croniche – in particolare psoriasi, dermatite atopica e vitiligine – rappresentano un ambito a elevato impatto clinico e sociale.

La psoriasi interessa circa il 3% della popolazione italiana, con due picchi di insorgenza principali (20-30 anni e 50-60 anni), mentre la dermatite atopica riguarda fino al 20% dei bambini e fino al 10% degli adulti. La vitiligine, pur meno diffusa (0,5–2% della popolazione), è caratterizzata da un forte impatto psicologico, soprattutto quando colpisce aree visibili come viso e mani.

Si tratta di patologie che raramente si esauriscono nella dimensione cutanea: spesso presentano comorbidità sistemiche, come artrite psoriasica, sindrome metabolica, asma, tiroiditi o celiachia. Ciò impone un approccio multidisciplinare e un coordinamento tra i diversi livelli di assistenza, affinché la presa in carico sia realmente completa e continuativa.

### Innovazione terapeutica e sfida della sostenibilità

Negli ultimi anni si è assistito a un'accelerazione significativa sul fronte terapeutico. La disponibilità di farmaci biologici e di inibitori delle JAK ha rivoluzionato la gestione di molte patologie dermatologiche, consentendo trattamenti mirati e personalizzati. Parallelamente, l'introduzione di terapie biosimilari sta aprendo la possibilità di ampliare l'accesso alle cure, con un impatto positivo sulla sostenibilità. Questa evoluzione, tuttavia, richiede una governance attenta, capace di coniugare innovazione e sostenibilità. Le nuove terapie presentano costi elevati e devono essere gestite secondo criteri di appropriatezza prescrittiva e sostenibilità economica, per garantire equità di accesso e razionalità nell'uso delle risorse pubbliche.

In Piemonte, un'iniziativa di particolare rilievo è rappresentata dalla Delibera Regionale “Linee di indirizzo sulle terapie farmacologiche per il trattamento dei pazienti con psoriasi severa”, approvata con Delibera della Direzione Sanità e Welfare – Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica, n. Prot. 00020907 del 13 aprile 2023. Il documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro Regionale sui farmaci per la psoriasi a placche, che ha coinvolto ASL, AOU e AO del territorio piemontese,

in collaborazione tra dermatologi e farmacisti ospedalieri, e trae origine da una proposta formulata dalla S.C. Dermatologia dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino. Le linee di indirizzo definiscono e regolamentano l'impiego dei differenti farmaci biologici in base alle caratteristiche cliniche dei pazienti, alle comorbidità e alla severità della patologia. Adottate nell'ottica dell'appropriatezza prescrittiva e della sostenibilità economica, prevedono un protocollo di riduzione della dose dei farmaci nei pazienti con risposta consolidata al trattamento, attraverso due step successivi di riduzione, così da ottenere un progressivo risparmio sulla spesa farmaceutica, senza compromettere la sicurezza o l'efficacia terapeutica. Il documento, condiviso con la Regione Piemonte e autorizzato dalla Direzione Sanità, è stato inviato alle Direzioni delle Aziende Ospedaliere e delle ASL con l'invito a mettere in atto tutte le iniziative necessarie per garantirne la piena applicazione. L'obiettivo complessivo è quello di garantire uniformità di comportamento clinico, sicurezza terapeutica e sostenibilità del sistema, favorendo al contempo la raccolta di dati reali e la valutazione dell'impatto dei trattamenti innovativi sui percorsi di cura.

#### Disomogeneità territoriali e difficoltà di accesso

La qualità clinica dei centri piemontesi è riconosciuta, ma la rete dermatologica presenta ancora forti disomogeneità territoriali.

In alcune aree, la carenza di dermatologi sul territorio e la mancanza di strutture dedicate rendono difficile assicurare una presa in carico tempestiva. Ciò si traduce in liste d'attesa prolungate, accessi impropri ai pronto soccorso e discontinuità assistenziale.

La carenza di specialisti limita la disponibilità di prestazioni ambulatoriali pubbliche e rende complessa la gestione delle cronicità.

In questo scenario, la medicina generale si trova spesso a gestire una quota rilevante di casi dermatologici senza disporre di strumenti di supporto specialistico adeguati o di percorsi condivisi.

Alcune esperienze locali mostrano che l'introduzione di sistemi di filtro e priorità, come la gestione centralizzata delle richieste tramite canali digitali può ridurre i tempi di attesa e migliorare l'appropriatezza delle visite. Tuttavia, tali modelli restano ad oggi applicati in modo non uniforme e necessitano di un coordinamento regionale più sistematico.

#### Criticità della presa in carico

Le principali criticità della presa in carico in ambito dermatologico possono essere sintetizzate in quattro aree:

- Accesso e priorità – La domanda di prestazioni dermatologiche è elevata e spesso non filtrata da criteri clinici condivisi. Ne deriva una saturazione delle agende e un ritardo nella gestione dei casi più complessi.

- Continuità ospedale–territorio – La collaborazione tra specialisti ospedalieri e medici di medicina generale è ancora limitata, con pochi strumenti formali di comunicazione e scarsa interoperabilità dei sistemi informativi.
- Risorse professionali – La carenza di specialisti dermatologi sul territorio ostacola la diffusione di percorsi omogenei e la realizzazione di PDTA realmente operativi.
- Sostenibilità economica – L’incremento dei costi dei farmaci e la crescente complessità terapeutica richiedono un approccio di programmazione congiunta tra direzioni sanitarie, farmacisti e clinici, per garantire un uso appropriato e sostenibile delle risorse pubbliche.

Verso una rete più coordinata

Il Piemonte dispone di esperienze virtuose e di competenze cliniche di alto livello, ma necessita di una rete più integrata e programmata.

La costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, l’utilizzo coordinato delle nuove tecnologie e la diffusione di buone pratiche tra aziende sanitarie rappresentano gli strumenti principali per migliorare l’equità di accesso e la qualità della presa in carico.

L’obiettivo, condiviso durante il convegno, è quello di superare la frammentazione attuale per giungere a una dermatologia di rete, capace di garantire al paziente un percorso unitario, appropriato e sostenibile lungo tutto l’arco dell’assistenza, dal territorio all’ospedale e ritorno.

## 2. SCENARIO DELLA DERMATOLOGIA IN PIEMONTE

La gestione delle patologie dermatologiche croniche richiede oggi una collaborazione strutturata tra discipline, professionisti e livelli di assistenza.

Le caratteristiche cliniche di queste patologie – cronicità, comorbidità sistemiche, impatto psicologico e sociale – rendono insufficiente un approccio settoriale: è necessario costruire una rete multidisciplinare in grado di integrare ospedale, territorio e servizi di prossimità.

Le patologie cutanee croniche come psoriasi, dermatite atopica e vitiligo non sono più considerate disturbi isolati della pelle, ma manifestazioni di processi sistemicamente complessi.

Per rispondere a questa complessità, in Piemonte sono state avviate esperienze di ambulatori multidisciplinari e percorsi condivisi di presa in carico.

Un esempio consolidato è rappresentato dai percorsi integrati della Città della Salute e della Scienza di Torino, dove la dermatologia collabora in modo strutturato con reumatologia e gastroenterologia per la gestione di pazienti con comorbidità autoimmuni o infiammatorie.

Questi ambulatori integrati rappresentano una buona pratica regionale: grazie alla condivisione di dati clinici e protocolli comuni, garantiscono una presa in carico omogenea e basata su evidenze, in linea con le raccomandazioni più recenti sul lavoro in rete..

## 4. INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

La piena integrazione tra ospedale e territorio rappresenta una delle principali sfide della dermatologia contemporanea e, più in generale, del sistema sanitario regionale.

L'obiettivo non è solo garantire continuità assistenziale, ma costruire percorsi strutturati che permettano al paziente di ricevere la giusta prestazione.

Nel convegno, questo tema è emerso con forza come condizione imprescindibile per l'efficacia clinica e la sostenibilità economica della presa in carico.

### Un sistema in trasformazione

La dermatologia piemontese si caratterizza per competenze cliniche di eccellenza, ma per una rete assistenziale ancora disomogenea. Le differenze territoriali, la scarsità di specialisti sul territorio e la mancanza di strumenti digitali interoperabili rendono difficile garantire una presa in carico fluida e omogenea. Spesso i pazienti, anche affetti da patologie croniche stabilizzate, sono costretti a rivolgersi ai centri ospedalieri di riferimento per prestazioni che potrebbero essere gestite a livello territoriale. Questo genera congestione nei centri specialistici e allungamento dei tempi di attesa, riducendo la capacità del sistema di rispondere ai bisogni clinici più urgenti.

L'integrazione ospedale-territorio si pone quindi come principio cardine per superare la frammentazione e costruire un modello di rete che metta in relazione i diversi livelli di cura: medicina generale, specialistica ambulatoriale, centri ospedalieri e strutture di prossimità.

### Esperienze e modelli organizzativi

Dalla discussione del convegno sono emerse numerose esperienze virtuose già attive sul territorio piemontese, che offrono esempi concreti di integrazione tra i diversi livelli del sistema.

Ospedale Mauriziano di Torino. L'Azienda Ospedaliera ha attivato una linea diretta di collaborazione tra i dermatologi ospedalieri e quelli territoriali, basata su un canale di comunicazione dedicato (posta elettronica aziendale). Il dermatologo del territorio invia la documentazione clinica e la richiesta di approfondimento direttamente all'ospedale, che valuta e inserisce il paziente in un percorso di secondo livello.

Questo modello, oggi operativo per patologie come vitilagine e psoriasi severa, consente di gestire le segnalazioni in modo mirato, migliorando i tempi di accesso e l'appropriatezza.

ASL TO5. Nell'ASL TO5 è stato istituito un percorso dedicato alla dermatologia, sviluppato in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale. In questo modello, l'impegnativa non viene consegnata al paziente per la prenotazione tramite CUP, ma viene inviata – dal medico o dal paziente – a una casella di posta aziendale. Le DEMA vengono valutate in base a criteri condivisi, che consentono di smistare i casi secondo priorità e tipologia di prestazione:

- Visite chirurgiche, riservate ai casi già diagnosticati che richiedono un intervento, presi in carico direttamente dalla struttura di Chirurgia;
- Visite dermatologiche, per quesiti clinici codificati dai RAO (ad esempio sospette dermatosi infettive, parassitosi cutanee, malattie sessualmente trasmissibili come la sifilide);
- Visite dermochirurgiche, eseguite sempre dal dermatologo, spesso come "second opinion" per pazienti già seguiti in ambito privato. In questi casi, lo specialista dell'ASL può confermare la valutazione del collega o prendere direttamente in carico il paziente;
- Controllo dei nei, gestito attraverso un piccolo serbatoio di prenotazioni dedicato.

Il sistema DEMA permette di garantire risposte in tempi più rapidi e di indirizzare correttamente le richieste, riducendo le liste d'attesa e migliorando l'appropriatezza.

Durante il convegno è stato inoltre evidenziato che si stanno valutando nuove soluzioni organizzative per alleggerire la pressione sulle agende dermatologiche, sfruttando quella che sarà, in prospettiva, la trasformazione del ruolo del Medico di Medicina Generale. L'ipotesi prevede una distinzione tra medici a ciclo di scelta e medici a quota oraria, questi ultimi impiegati nella presa in carico della cronicità anche attraverso i PDTA. Dopo adeguata formazione, potrebbero svolgere attività di screening iniziale, consentendo al dermatologo di concentrarsi sulle fasi specialistiche della cura e di operare maggiormente sul territorio.

Nel territorio dell'ASL TO5 sono attualmente attive sette Case della Comunità, ciascuna delle quali è stata dotata di dermatoscopio digitale. Questi strumenti favoriscono la possibilità di eseguire prime valutazioni e di attivare visite a distanza o teleconsulenze con i centri specialistici, rafforzando l'integrazione tra ospedale e territorio.

ASL AT. Nell'Azienda Sanitaria di Asti è in corso una riorganizzazione dei servizi dermatologici che mira a potenziare il collegamento tra ospedale e territorio.

Il modello prevede il coinvolgimento di infermieri di comunità e medici di medicina generale, dotati di strumenti digitali per l'esame preliminare delle lesioni e collegati in tempo reale con lo specialista. Questo sistema consente di gestire il follow-up dei pazienti cronici e di filtrare i casi che necessitano di valutazione ospedaliera, riducendo gli accessi impropri e potenziando la capacità di presa in carico territoriale. La stessa ASL sta inoltre sviluppando nuclei di televisita dermatologica nelle aree più periferiche, a supporto delle zone con minore densità di specialisti.

ASL VCO. In aree come il Verbano-Cusio-Ossola, l'integrazione ospedale-territorio si intreccia con la necessità di garantire la sostenibilità economica. La scarsità di personale e l'aumento dei costi dei farmaci hanno spinto la Direzione Generale ad introdurre un approccio basato su programmazione e negoziazione: i budget e le attività sono pianificati congiuntamente tra Direzione, strutture ospedaliere e Regione, prevedendo in anticipo l'impatto delle terapie innovative. Questo modello di governance condivisa permette di coniugare sostenibilità e qualità dell'assistenza, allocando le risorse in modo più razionale lungo i percorsi di cura.

#### Continuità assistenziale e percorsi condivisi

Garantire continuità assistenziale significa costruire percorsi condivisi in cui ogni attore – dal medico di medicina generale al dermatologo ospedaliero – svolge un ruolo definito e complementare.

In questa prospettiva, il coordinamento regionale gioca un ruolo fondamentale. Azienda Zero Piemonte, attraverso le proprie reti patologiche, ha attivato un Gruppo Tecnico Regionale di Dermatologia con la finalità di promuovere il confronto, la comunicazione e la formulazione di proposte operative che nascano dal contributo dei professionisti, degli stakeholder e delle istituzioni.

L'obiettivo è quello di formalizzare una comunità di professionisti che collabori in modo stabile, avviando modalità di confronto sistematiche coordinate da Azienda Zero.

Tra le proposte emerse dal gruppo figurano la redazione di documenti di uniformità dei comportamenti clinici e organizzativi relativi a psoriasi, dermatite atopica e vitiligine, la prosecuzione delle buone pratiche già avviate – come la dose reduction nella dermatite atopica e l'uso dei biosimilari nella psoriasis – e l'attenzione a nuove problematiche emergenti, come l'aumento dei casi di scabbia, da affrontare attraverso strategie comuni di prevenzione, profilassi e terapia.

Azienda Zero si configura come ponte operativo tra programmazione regionale e attuazione concreta delle strategie sanitarie. Come ente intermedio, facilita l'implementazione delle linee di indirizzo definite dalla Regione Piemonte e, al tempo stesso, porta all'attenzione della Regione le proposte che emergono dal lavoro dei gruppi tecnici.

È stato ricordato che alcune soluzioni richiedono tempi tecnici e normativi, ma il confronto continuo e la coerenza con i bisogni dei professionisti rendono le iniziative più solide e più facilmente recepite nel processo decisionale regionale.

## 6. TELEMEDICINA E INNOVAZIONE DIGITALE

### Stato attuale

Nel convegno è stato ampiamente discusso il ruolo crescente della telemedicina come strumento di integrazione tra ospedale e territorio.

In Piemonte la gara per la piattaforma regionale è stata completata, e sono in corso le procedure per attivare i servizi essenziali previsti dal decreto del 21 settembre 2022: televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio.

La televisita sarà il primo servizio ad essere implementato e dovrà progressivamente estendersi a tutte le specialità, inclusa la dermatologia.

Già oggi alcune strutture regionali, come la Città della Salute e della Scienza di Torino, hanno iniziato a utilizzare la telemedicina per i controlli periodici e i follow-up dei pazienti in terapia. Questo modello consente di mantenere la continuità assistenziale, riducendo tempi e costi per il paziente e alleggerendo il carico delle visite in presenza.

Si tratta di un'applicazione selettiva e mirata, che mostra risultati positivi quando la valutazione clinica diretta non è indispensabile.

### Criticità

Nonostante i progressi, sono emerse alcune criticità strutturali che limitano la piena efficacia della telemedicina.

La prima riguarda la qualità delle immagini: le attuali piattaforme e le telecamere non sempre consentono di visualizzare con sufficiente dettaglio le lesioni cutanee, elemento essenziale per una diagnosi dermatologica accurata. Per questo motivo, è stato ribadito che la telemedicina può integrare ma non sostituire la visita in presenza.

Un secondo punto riguarda la privacy e la protezione dei dati clinici, ancora da armonizzare in modo completo con le piattaforme digitali utilizzate.

A ciò si aggiunge la mancata interoperabilità tra i sistemi informativi ospedalieri e territoriali: i professionisti non sempre riescono ad accedere ai dati in modo integrato e sicuro, rendendo complesso il lavoro di rete.

Sono stati inoltre richiamati i limiti di accesso per i pazienti più fragili, legati a scarsa alfabetizzazione digitale, assenza di connessione stabile o condizioni cognitive che rendono difficile l'uso degli strumenti tecnologici.

È stato chiarito che la telemedicina dovrà basarsi su criteri di inclusione clinica e sociale, per evitare che diventi un nuovo fattore di diseguaglianza.

Non ci saranno esclusi "per scelta", ma la tecnologia dovrà essere riservata a chi può beneficiarne realmente, con percorsi alternativi garantiti per tutti gli altri.

#### Scenario futuro

Lo sviluppo della telemedicina in Piemonte si muove verso un modello di rete assistenziale digitale.

Le Case della Comunità e gli accordi con i Comuni potranno ospitare postazioni dedicate, dotate di apparecchiature e connessioni sicure, permettendo anche ai pazienti meno autonomi di accedere ai servizi di televisita o teleassistenza.

La teleassistenza, in particolare, è stata indicata come area strategica per il futuro: non limitata all'atto medico, ma come strumento di supporto continuo, che coinvolge infermieri di comunità, professionisti di prossimità e associazioni di pazienti.

Il telemonitoraggio, invece, rappresenta la prospettiva più innovativa ma anche la più complessa: per essere efficace richiede la creazione di centrali operative attive 24 ore su 24, come già avviene in alcune regioni, e personale formato per interpretare i dati in tempo reale.

In conclusione, la telemedicina è considerata un pilastro della trasformazione digitale del sistema sanitario, ma dovrà essere implementata con equilibrio. Non sostituisce la relazione diretta medico-paziente: la integra e la rafforza, permettendo di estendere la continuità assistenziale oltre i confini fisici dell'ospedale.

Lo scenario delineato nel convegno è quello di un sistema più connesso, equo e accessibile, in cui la tecnologia diventa un mezzo per garantire appropriatezza, prossimità e sostenibilità nella presa in carico del paziente dermatologico.

## 7. IL PAZIENTE AL CENTRO

Nel corso del convegno è stato evidenziato come la qualità dell'assistenza nelle patologie dermatologiche croniche dipenda non solo dall'efficacia terapeutica, ma anche dalla capacità del sistema di ascoltare, informare e coinvolgere il paziente.

Le persone con psoriasi, dermatite atopica o vitiligine convivono con malattie che incidono profondamente sulla sfera personale, relazionale e psicologica, rendendo indispensabile un approccio multidimensionale alla cura.

È stato sottolineato che la relazione medico-paziente e la fiducia reciproca sono elementi centrali della presa in carico, così come la consapevolezza che anche il paziente debba partecipare attivamente, adottando stili di vita sani e collaborando al proprio percorso di cura.

All'interno di questo quadro, è stato valorizzato il ruolo dell'APIAFCO – Associazione Psoriasici Italiani Amici della Fondazione Corazza, che rappresenta un esempio concreto di partecipazione civica e collaborazione con il sistema sanitario.

L'associazione opera su tre direttive complementari: assistenza, informazione e advocacy, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti e di rendere più equo e sostenibile il sistema delle cure.

Attraverso l'assistenza, APIAFCO supporta i pazienti nella gestione della malattia, offrendo orientamento, sostegno psicologico e attività di prossimità.

Sul piano dell'informazione, promuove campagne di sensibilizzazione per diffondere conoscenze corrette sulle malattie dermatologiche e contrastare i pregiudizi sociali ancora diffusi.

L'advocacy costituisce l'area di impegno più istituzionale dell'associazione. APIAFCO mantiene rapporti continuativi sia con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) e promuove politiche che assicurino cure adeguate, innovative e sostenibili, attraverso percorsi condivisi con i professionisti e le istituzioni.

A livello nazionale, l'associazione ha formulato alcune richieste precise:

- l'inserimento strutturale della psoriasi nel Piano Nazionale della Cronicità, come patologia di secondo livello;
- l'ampliamento del codice di esenzione 045, che oggi copre solo le forme più gravi (come la psoriasi pustolosa o l'artrite psoriasica), ma esclude molti pazienti con psoriasi a placche ("volgare") che presentano ugualmente un impatto clinico e sociale rilevante;
- la creazione di un nuovo codice di esenzione per la dermatite atopica, per garantire equità di trattamento tra regioni e uniformità gestionale su tutto il territorio nazionale;
- la partecipazione delle associazioni ai tavoli di lavoro nazionali sulla cronicità e la dermatologia, per contribuire alla definizione di politiche sanitarie orientate all'appropriatezza e alla sostenibilità.

A livello regionale, le richieste di APIAFCO alla Regione Piemonte sono:

- la costituzione di tavoli di lavoro regionali permanenti sulla dermatologia, che coinvolgano tutti gli stakeholder – dermatologi, farmacisti ospedalieri e rappresentanti delle istituzioni – per costruire politiche che garantiscono cure appropriate, innovative e sostenibili;
- il riconoscimento della psoriasi, della dermatite atopica e della vitilagine come patologie croniche;
- l'accreditamento dell'associazione negli ospedali regionali, affinché i volontari possano svolgere attività di supporto e assistenza ai pazienti;

- l'inserimento del servizio di fototerapia domiciliare come prestazione extra-LEA, per rispondere ai bisogni dei pazienti che non possono accedere facilmente alle strutture ospedaliere; servizio già a disposizione al Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna da 5 anni con grande apprezzamento dei pazienti e clinici
- l'inserimento del servizio di fototerapia domiciliare come prestazione extra-LEA, per rispondere ai bisogni dei pazienti che non possono accedere facilmente alle strutture ospedaliere;
- la presenza di uno specialista dermatologo nelle commissioni di invalidità, per garantire una valutazione più adeguata dei casi;
- lo spostamento in fascia A dei farmaci biosimilari anche per la prescrizione ambulatoriale, consentendo ai dermatologi territoriali di utilizzarli come già avviene negli ospedali;
- la richiesta che, nei Pronto Soccorso, i pazienti con forme dermatologiche gravi vengano presi in carico direttamente dai dermatologi e non da altri specialisti, per evitare terapie inappropriate e garantire continuità assistenziale.

Queste proposte, illustrate durante il convegno, esprimono la volontà di costruire un sistema più vicino ai bisogni delle persone, capace di assicurare equità, appropriatezza e accesso uniforme alle cure. APIAFCO non agisce come semplice rappresentanza, ma come partner attivo del sistema sanitario, contribuendo alla definizione di politiche e percorsi che uniscono qualità clinica, sostenibilità e centralità della persona.

## 8. FOCUS: LA GESTIONE DELLA VITILIGINE

Nel convegno è stato affrontato in modo approfondito il tema della vitiligine, una patologia che nasce dall'interno e si manifesta sulla pelle, con una componente autoimmune e sistematica. La sua prevalenza stimata tra l'0,5% e il 2% della popolazione la rende una condizione tutt'altro che rara, con una distribuzione significativa anche tra i bambini e i giovani adulti.

L'impatto sulla qualità della vita e sulle relazioni sociali è stato descritto come molto elevato, tanto da richiedere un approccio non solo clinico, ma anche psicologico e sociale.

È stato ricordato che la vitiligine non è una semplice alterazione estetica, ma una malattia cronica che può associarsi a diverse patologie autoimmuni, come tiroiditi, celiachia e altre condizioni sistemiche, richiedendo quindi una presa in carico multidisciplinare.

Il momento della diagnosi e il corretto referral verso i centri specialistici

risultano decisivi per impostare un percorso terapeutico appropriato e sostenibile.

È stato inoltre evidenziato il tema della sostenibilità economica, che impone una pianificazione attenta dell'utilizzo dei farmaci innovativi e un costante confronto tra centri dermatologici e istituzioni.

Presso la Città della Salute e della Scienza di Torino è stato attivato un ambulatorio dedicato alla vitiligine, che nell'ultimo anno ha preso in carico oltre 150 pazienti idonei al trattamento con il nuovo farmaco topico. Questo dato testimonia la presenza di un bisogno assistenziale reale e crescente, che richiede risorse dedicate e percorsi condivisi di diagnosi e cura.

Dal punto di vista territoriale, i medici di medicina generale hanno portato un contributo concreto di esperienza. È stato riferito che circa l'8% delle visite ambulatoriali di medicina generale riguarda problematiche dermatologiche, e una parte rilevante di queste è costituita da tumori cutanei e malattie infiammatorie croniche. Per quanto riguarda la vitiligine, ogni medico di medicina generale segue in media 10–15 pazienti, un numero che conferma la diffusione della patologia e la necessità di una collaborazione strutturata tra territorio e centri specialistici.

È stato ribadito che la continuità terapeutica e la corretta informazione del paziente sono elementi essenziali del percorso: la terapia deve essere mantenuta nel tempo per ottenere risultati, e il paziente va accompagnato e motivato, chiarendo che i miglioramenti si osservano dopo mesi di trattamento costante.

In conclusione, la gestione della vitiligine richiede un approccio integrato ospedale–territorio, capace di unire innovazione terapeutica, appropriatezza prescrittiva e presa in carico personalizzata. La condivisione dei dati tra centri dermatologici, la collaborazione con i medici di medicina generale e l'impegno delle istituzioni regionali rappresentano le condizioni necessarie per garantire ai pazienti con vitiligine percorsi di cura omogenei, sostenibili e centrati sulla persona.

## 9. SINTESI E CONCLUSIONI

Il convegno ha evidenziato con chiarezza che la presa in carico delle patologie dermatologiche croniche richiede collaborazione multidisciplinare, integrazione ospedale–territorio e continuità assistenziale.

Solo un sistema capace di mettere in rete competenze diverse — dermatologi, medici di medicina generale, farmacisti, infermieri e associazioni di pazienti — può garantire percorsi efficaci e sostenibili.

La sfida principale resta quella di superare la frammentazione e costruire

percorsi condivisi (PDTA e PSDTA) che assicurino equità di accesso e qualità delle cure.

La gestione delle liste d'attesa e dei tempi di accesso ai servizi è parte di questa stessa logica: la programmazione deve basarsi su criteri di priorità clinica e di complessità, indirizzando i casi verso i centri più appropriati e riducendo gli esami inutili. L'obiettivo è garantire la presa in carico precoce e continua, evitando che il paziente resti sospeso tra i diversi livelli del sistema.

Un altro punto cardine emerso dal dibattito riguarda l'appropriatezza prescrittiva. In un contesto in cui le opzioni terapeutiche aumentano, il compito del clinico è selezionare con equilibrio i trattamenti più idonei, condividendo con il paziente le scelte e assicurando al contempo la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. L'appropriatezza è quindi uno strumento di responsabilità e di qualità, non un vincolo, ma un modo per valorizzare le risorse e garantire equità.

La telemedicina è stata riconosciuta come un alleato del sistema, purché venga utilizzata in modo selettivo e integrato. Televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio possono migliorare la gestione dei pazienti cronici e dei follow-up, riducendo gli spostamenti e favorendo la prossimità delle cure. Restano da affrontare alcune criticità operative — interoperabilità dei sistemi, tutela della privacy e formazione — ma il potenziale di queste soluzioni è ormai consolidato. In particolare, la teleassistenza è considerata strategica perché coinvolge non solo i medici, ma anche i professionisti sanitari di prossimità e le associazioni dei pazienti.

Il tema dell'ascolto e della partecipazione del paziente è emerso come filo conduttore di tutto il convegno. Ascoltare significa comprendere bisogni, contesti di vita e aspettative, costruendo insieme il percorso di cura. Il paziente diventa parte attiva del processo assistenziale, assumendo un ruolo di corresponsabilità. In questo scenario, le associazioni come APIAFCO rappresentano un pilastro del sistema: attraverso attività di assistenza, informazione e advocacy, contribuiscono a rendere la sanità più inclusiva, vicina e sostenibile.

Dalle discussioni è emersa una visione comune: la dermatologia del futuro dovrà essere integrata, appropriata e partecipata. Un modello fondato su ascolto, collaborazione e continuità, in cui la tecnologia supporta la relazione, le istituzioni sostengono la rete dei professionisti e il paziente diventa protagonista consapevole della propria salute. Solo in questo modo sarà possibile coniugare innovazione, sostenibilità e umanità nella cura, realizzando una presa in carico realmente virtuosa e centrata sulla persona.

## FACULTY

Rosetta Borghese	- Direttore Distretto ASL TO5
Paolo Broganelli	- Direttore S.S. Dermatologia A.O Mauriziano, Torino
Francesco Cattel	- Direttore Generale ASL VCO
Valeria Corazza	- Presidente Associazione APIAFCO
Franca Dall'Occo	- Direttore Generale A.O.U. Mauriziano, Torino
Salvatore Di Gioia	- Direttore Sanitario A.O.U. San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)
Andrea Fabbo	- Direttore Sanitario ASL AT
Piergiorgio Malagoli	- Responsabile della Psocare Unit presso l'IRCCS Policlinico San Donato
Davide Minniti	- Direttore Generale A.O.U. San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)
Michele Morandi	- Direttore sanitario ASL Città di Torino
Pietro Quaglino	- Direttore Scuola specialità Dermatologia Università degli Studi di Torino
Massimo Rizzo	- Direttore Dermatochirurgia A.O.U. San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)
Federica Riccio	- Direttore S.C. Medicina Territoriale e Reti di Patologia Azienda Zero - Regione Piemonte
Marco Spagnolo	- Medico di Medicina Generale ASL TO3
Fabiano Zanchi	- Direttore Dipartimento Funzionale Continuità delle Cure Ospedale, ASL Città di Torino

## PROVIDER E SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

IKOS Srl - Accr. N. 1809  
Via Legnano, 26 - 10128 Torino [www.ikosecm.it](http://www.ikosecm.it)



Con il contributo non condizionante di:

