

Milano, li 2 ottobre 2026

Documento di indirizzo per l'attività ambulatoriale in Reumatologia

INTRODUZIONE

La Commissione SIR-SAI è stata istituita dalla SIR nel marzo 2024 con l'obiettivo di rappresentare gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) Reumatologi convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Essa è strettamente collegata al gruppo G-SAI (Gruppo Specialisti Ambulatoriali Interni Reumatologi Italiani), nato spontaneamente nel novembre 2023 e composto dai reumatologi che operano in ambito ambulatoriale territoriale con contratto nel SSN. La Commissione SIR-SAI riconosce tra i suoi obiettivi quello di creare una rete nazionale di specialisti, valorizzarne le competenze, rendere più omogenee le modalità di lavoro sul territorio nazionale, rafforzare la collaborazione con le strutture del SSN, con i centri ospedalieri e universitari e promuovere il confronto con le associazioni dei pazienti.

Il presente documento intende fornire una fotografia della specialistica ambulatoriale reumatologica in Italia, evidenziandone ruolo, capillarità e differenze organizzative all'interno della rete territoriale reumatologica. I dati presentati derivano da un questionario strutturato utilizzato come strumento conoscitivo e di adesione per i reumatologi del gruppo G-SAI, somministrato a partire da febbraio 2023 e tuttora attivo. Pur non rappresentando la totalità degli specialisti ambulatoriali operanti sul territorio nazionale, in quanto il gruppo G-SAI si basa sull'adesione volontaria dei professionisti, il campione raccolto offre una base conoscitiva significativa per delineare un quadro aggiornato della realtà ambulatoriale della Reumatologia italiana.

Specialisti ambulatoriali reumatologi in Italia

Lo specialista ambulatoriale riveste un ruolo centrale nell'assistenza reumatologica territoriale, garantendo la diagnosi precoce, la presa in carico e il follow-up del paziente reumatologico cronico. Il documento SIR "Organizzazione della Rete Reumatologica Territoriale" indica come adeguata una disponibilità di 30 ore settimanali di attività ambulatoriale reumatologica ogni 100.000 abitanti, erogabili da specialisti ambulatoriali, universitari e ospedalieri [1].

In tale contesto, lo specialista ambulatoriale reumatologo rappresenta uno dei principali nodi della rete assistenziale territoriale, garantendo l'accesso precoce alla diagnosi e al trattamento, con particolare attenzione alla cosiddetta *finestra di opportunità*, ossia la fase iniziale della malattia nella quale un intervento diagnostico-terapeutico tempestivo può incidere favorevolmente sul decorso della patologia e sugli esiti a lungo termine. Assicura, inoltre, la presa in carico continuativa e il monitoraggio delle patologie reumatologiche croniche, gestendo direttamente i pazienti a bassa e media complessità e identificando tempestivamente i casi caratterizzati da maggiore complessità clinica, diagnostica o terapeutica, da indirizzare ai centri specialistici di secondo e terzo livello.

La presenza capillare dello specialista ambulatoriale sul territorio favorisce l'accessibilità e la continuità delle cure, contribuisce alla riduzione dei tempi di attesa e del carico assistenziale gravante sui centri ospedalieri di riferimento e assicura il collegamento funzionale tra la medicina generale, i servizi

territoriali e le strutture ospedaliere e universitarie. Tale ruolo si inserisce nel processo di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale delineato dal Disegno di Legge A.S. 1825 della XIX Legislatura, recante *Delega al Governo per l'adozione di misure in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, presentato al Senato il 3 marzo 2026 e attualmente in corso di esame in Commissione [2]. In tale prospettiva, la specialistica ambulatoriale reumatologica contribuisce allo sviluppo di un modello assistenziale integrato, orientato alla prossimità e alla continuità delle cure, all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici e all'integrazione tra i diversi livelli della rete assistenziale.

Dal questionario G-SAI emerge che la quasi totalità degli specialisti ambulatoriali reumatologi partecipanti opera in regime di convenzione con il SSN (96%, 115 su 120), mentre una quota minoritaria svolge la propria attività con contratto di dirigenza medica ospedaliera. La distribuzione geografica dei 120 rispondenti evidenzia una presenza variabile sul territorio nazionale: 29 (24,2%) esercitavano nel Nord-Ovest (Piemonte, Lombardia e Liguria), 48 (40,0%) nel Nord-Est (Veneto, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige), 9 (7,5%) nel Centro (Toscana, Marche e Lazio), 23 (19,2%) nel Sud (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria) e 11 (9,2%) nelle Isole (Sicilia e Sardegna). Non sono stati registrati rispondenti provenienti dall'Umbria o dalla Valle d'Aosta.

Sebbene i dati presentati riguardino esclusivamente la specialistica ambulatoriale e non includano tutte le ore di reumatologia svolte a livello territoriale, emerge chiaramente una marcata eterogeneità territoriale che riflette una diversa distribuzione delle cure di primo livello rispetto a quanto proposto nel documento SIR. Tale diversità è il risultato delle differenze organizzative, geografiche e storiche che caratterizzano l'organizzazione della reumatologia territoriale nelle diverse regioni italiane. Questa variabilità organizzativa ha inevitabili ripercussioni sull'accesso alle cure, sulla tempestività diagnostica e sulla presa in carico dei pazienti e incide in modo diretto sulla qualità complessiva dell'assistenza reumatologica territoriale.

ACCESSIBILITÀ ALLA PRESCRIZIONE DI TRATTAMENTI BIOLOGICI E TERAPIE INNOVATIVE

Si raccomanda che sia garantito a tutti gli specialisti ambulatoriali in Reumatologia l'accesso alla prescrizione dei farmaci biologici e *targeted synthetic* (b/tsDMARDs), al fine di assicurare equità terapeutica e uniformità assistenziale ai pazienti reumatologici su tutto il territorio nazionale.

Contesto

I farmaci di fondo reumatologici (DMARDs) biologici e *targeted synthetic* (b/tsDMARDs) rappresentano uno strumento terapeutico essenziale nella gestione delle artriti infiammatorie croniche e delle connettiviti. Tali trattamenti hanno consentito di migliorare drasticamente la gestione delle malattie reumatologiche e la qualità di vita dei pazienti reumatologici. I primi bDMARDs sono stati approvati e sono utilizzati in Italia da oltre 25 anni per il trattamento delle artriti. Per molti di essi, essendo scaduto

il brevetto, sono disponibili i farmaci biosimilari, che hanno dimostrato efficacia e sicurezza comparabili e hanno consentito di ridurre significativamente la spesa farmacologica in ambito reumatologico [3]. L'accesso tempestivo ai b/tsDMARDs è essenziale per la presa in carico del paziente ed eventuali restrizioni al loro utilizzo comportano ritardi terapeutici, peggior controllo di malattia, maggiore rischio di danno articolare o d'organo permanente e un aumento dei costi sociali indiretti. L'appropriatezza e la tempestività dei trattamenti rappresentano uno standard europeo consolidato per le patologie reumatologiche più comuni [4].

Criticità

I dati raccolti dal gruppo G-SAI mostrano che il 22.5% degli specialisti ambulatoriali in Reumatologia non ha accesso diretto alla prescrizione dei b/tsDMARDs. Inoltre, oltre il 40% riferisce limitazioni nell'accesso ai farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA, che includono terapie innovative per osteoporosi e lupus eritematoso sistemico. Questa eterogeneità limita l'equità terapeutica e l'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale.

Proposta della Commissione SIR-SAI

La Commissione SIR-SAI propone che tutti gli specialisti ambulatoriali possano prescrivere i b/tsDMARDs, terapie per le quali vi è già un'ampia esperienza clinica e ulteriormente rese sostenibili dalla diffusione dei biosimilari. La Commissione propone inoltre di estendere agli specialisti ambulatoriali la possibilità di prescrivere i farmaci innovativi per l'osteoporosi grave, in modo da ridurre, in coerenza con le più recenti raccomandazioni internazionali, i ritardi terapeutici e migliorare il controllo di malattia a lungo termine. Uniformare l'accesso alla prescrizione dei biologici e dei b/tsDMARDs è necessario per garantire equità nell'accesso ai trattamenti, migliorare gli esiti clinici e assicurare una gestione adeguata delle malattie reumatologiche a livello nazionale.

REFERRAL

Si raccomanda di promuovere, su tutto il territorio nazionale, l'attivazione di percorsi strutturati per il referral del paziente reumatologico complesso, garantendo allo specialista ambulatoriale territoriale il confronto diretto con i centri di riferimento regionali e un'adeguata collaborazione multidisciplinare, al fine di assicurare continuità assistenziale e appropriatezza e tempestività diagnostico-terapeutica.

Contesto

Lo specialista ambulatoriale costituisce un nodo essenziale della rete reumatologica territoriale poiché rappresenta il primo livello di assistenza, garantendo la diagnosi precoce, la presa in carico e il follow-up del paziente reumatologico cronico, nonché l'integrazione funzionale con medici di medicina generale, anche all'interno delle Case di Comunità, e con i centri specialistici ospedalieri secondo il modello Hub & Spoke, in coerenza con l'organizzazione dell'assistenza territoriale delineata dal DM 77/2022 [1,2,6].

L'articolazione dei livelli assistenziali, l'individuazione dei centri Hub e Spoke e i criteri di invio e rientro del paziente dovrebbero essere definiti nell'ambito delle reti reumatologiche regionali, al fine di garantire percorsi omogenei e continuità assistenziale. Tra le malattie reumatologiche rientrano patologie rare e complesse che possono presentarsi con quadri severi, tali da richiedere il ricovero ospedaliero, una valutazione multidisciplinare e trattamenti in ambiente protetto. In tali casi, il paziente deve poter essere tempestivamente indirizzato ai centri di secondo o terzo livello, dove proseguire il percorso diagnostico e terapeutico. Una volta ottenuta la stabilizzazione clinica e definito il trattamento, sarà possibile il back-referral del paziente, con il ritorno in carico al centro di primo livello secondo modelli condivisi di presa in carico, come indicato nei documenti della Società Italiana di Reumatologia [1]. La natura multiorgano delle malattie reumatologiche, i rapidi progressi nella comprensione dell'eziopatogenesi, nelle indagini diagnostiche e nelle opzioni terapeutiche rendono necessario un approccio multidisciplinare, attraverso il confronto con specialisti di diverse discipline, al fine di garantire un'adequata presa in carico del paziente.

Criticità attuali

In Italia, le reti reumatologiche regionali presentano un livello di sviluppo ancora eterogeneo: solo alcune Regioni dispongono di reti formalmente strutturate secondo un modello Hub & Spoke, mentre in altre prevalgono percorsi aziendali o territoriali, reti dedicate a specifiche patologie o modelli ancora in fase di implementazione. Dai dati raccolti dal gruppo G-SAI emergono significative disomogeneità organizzative sul territorio nazionale: il 41% dei rispondenti segnala l'assenza di percorsi di referral strutturati e tempestivi per la gestione dei casi complessi verso i centri reumatologici di secondo e terzo livello. Le collaborazioni interdisciplinari più frequentemente riportate coinvolgono specialisti in pneumologia, dermatologia, gastroenterologia e radiologia. Tuttavia, il 44% dei reumatologi riferisce di non avere accesso a meeting multidisciplinari con professionisti di altre discipline. La carenza di percorsi strutturati di referral e di confronto multidisciplinare può determinare ritardi diagnostici e terapeutici, anche in patologie gravi, associate a un'elevata morbidità e a un potenziale rischio di mortalità.

Proposta della Commissione SIR-SAI

È auspicabile che, anche nelle Regioni prive di una rete reumatologica formalmente strutturata, vengano progressivamente sviluppati percorsi organizzativi chiari e condivisi, che consentano allo specialista ambulatoriale, soprattutto quando opera in centri di primo livello, di confrontarsi con i colleghi dei centri di riferimento per la discussione dei casi più complessi e di indirizzare rapidamente i pazienti. Tra i principali bisogni emerge la disponibilità di reti reumatologiche regionali pienamente strutturate e integrate, capaci di assicurare continuità assistenziale, appropriatezza dei percorsi e omogeneità nell'accesso ai servizi specialistici [1]. In tale contesto, lo sviluppo delle Case di Comunità, individuate come uno dei principali luoghi di riferimento per l'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale, rappresenta un'importante opportunità per rafforzare l'integrazione tra assistenza territoriale e specialistica reumatologica e contribuire allo sviluppo della medicina di prossimità [6]. Nelle Case di Comunità, gli specialisti ambulatoriali interni sono chiamati a svolgere un ruolo sempre più integrato, contribuendo alla presa in carico delle persone con patologie croniche attraverso percorsi assistenziali integrati e continuativi e operando all'interno di équipe multiprofessionali costituite anche da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri di Famiglia e Comunità (IFeC), medici specialisti in altre discipline e altri professionisti sociosanitari.

In particolare, al reumatologo dovrebbe essere garantita la possibilità di collaborare regolarmente con specialisti di altre discipline per l'inquadramento e la gestione delle patologie reumatologiche a interessamento multiorgano. A tal fine, è auspicabile l'individuazione di momenti di incontro periodici per il confronto multidisciplinare e per la discussione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei casi complessi con i centri di riferimento.

Per tutte queste attività, che possono essere svolte anche da remoto sotto forma di teleconsulto, dovrebbe essere previsto un tempo dedicato, formalmente riconosciuto, tracciabile e strutturato nell'ambito della pratica clinica.

TELEMEDICINA

Si raccomanda di integrare la telemedicina nell'attività assistenziale dello specialista ambulatoriale reumatologo, garantendo strumenti adeguati, piattaforme interoperabili, tempo assistenziale dedicato e formalmente riconosciuto per l'erogazione di televisite, teleconsulti e attività di telemonitoraggio. L'obiettivo è migliorare la continuità assistenziale e l'accessibilità ai servizi reumatologici, riservando la telemedicina ai pazienti per i quali tale modalità sia ritenuta appropriata.

Contesto

Nel quadro dell'evoluzione dei modelli assistenziali e delle indicazioni nazionali sulla sanità digitale, la telemedicina rappresenta uno strumento sempre più rilevante nella pratica clinica reumatologica. L'utilizzo di televisite, teleconsulti e programmi di telemonitoraggio può migliorare la continuità assistenziale, favorire l'aderenza terapeutica, intercettare precocemente segnali di riattivazione della malattia e ridurre gli spostamenti dei pazienti, soprattutto nelle aree con minore disponibilità di servizi specialistici. La telemedicina può, inoltre, favorire l'integrazione tra specialistica territoriale, centri reumatologici di secondo e terzo livello e specialisti di altre discipline coinvolte nella gestione delle patologie reumatologiche.

Criticità attuali

Nonostante il crescente riconoscimento del ruolo della telemedicina nella gestione delle malattie reumatologiche croniche, la sua implementazione nella pratica clinica rimane disomogenea. I dati del gruppo G-SAI indicano che il 63% degli specialisti ambulatoriali reumatologi non ha ancora la possibilità di svolgere attività di telemedicina in modo strutturato, e tra coloro che la utilizzano non tutti dispongono di spazi o strumenti adeguati all'erogazione delle prestazioni da remoto.

A queste criticità si aggiungono ulteriori limitazioni organizzative, tra cui la carenza di ambienti dedicati, la disponibilità non uniforme di strumenti tecnologici adeguati e l'uso di piattaforme digitali non sempre interoperabili con i sistemi informativi sanitari. Inoltre, il tempo dedicato a televisite, teleconsulti e

telemonitoraggio non è nella maggior parte dei casi riconosciuto e valorizzato come parte integrante dell'attività assistenziale dello specialista.

Tali disomogeneità rischiano di limitare il potenziale della telemedicina nel migliorare l'accessibilità ai servizi reumatologici, la continuità assistenziale e l'equità delle cure sul territorio nazionale.

Proposta della Commissione SIR-SAI

In coerenza con le indicazioni nazionali vigenti sulla telemedicina [7], la Commissione SIR-SAI ritiene opportuno promuovere una progressiva e omogenea integrazione della telemedicina nella pratica clinica reumatologica, con l'obiettivo di migliorare la continuità assistenziale, rendere più efficace il monitoraggio clinico e favorire, attraverso il teleconsulto, una più stretta collaborazione tra i diversi livelli della rete reumatologica. In particolare, si raccomanda di:

- utilizzare la telemedicina soprattutto per il monitoraggio, il follow-up e il supporto terapeutico dei pazienti con diagnosi già definita e trattamento già impostato;
- riservare la diagnosi iniziale e le decisioni terapeutiche più rilevanti alla valutazione in presenza;
- garantire una presa in carico personalizzata, integrando visite in presenza e a distanza in base ai bisogni clinici, assistenziali e organizzativi del paziente;
- prevedere spazi dedicati e adeguatamente attrezzati per l'attività di telemedicina, con le necessarie dotazioni tecnologiche e un adeguato supporto tecnico-amministrativo;
- favorire l'utilizzo del teleconsulto tra specialisti come strumento di integrazione della rete reumatologica, per il confronto con i centri reumatologici di III livello e con gli specialisti delle altre discipline coinvolte nella gestione delle patologie reumatologiche sistemiche;
- riconoscere formalmente il tempo assistenziale dedicato a televisite, teleconsulti, telemonitoraggio e attività correlate come parte integrante dell'attività dello specialista.

STANDARD TEMPORALI MINIMI PER LA VISITA SPECIALISTICA REUMATOLOGICA

Si raccomanda di garantire per ogni visita specialistica reumatologica, sia essa prima visita o visita di controllo, un tempo minimo di 30 minuti, al fine di assicurare un'adeguata valutazione clinica, un corretto inquadramento diagnostico e una gestione terapeutica appropriata.

Contesto

La visita reumatologica è un momento essenziale del percorso assistenziale ed è caratterizzata da una significativa complessità clinica e organizzativa. In particolare, la prima visita reumatologica costituisce un momento critico durante il quale lo specialista deve definire l'iter diagnostico e terapeutico e illustrarlo in modo chiaro al paziente. Oltre alla valutazione della documentazione clinica e strumentale, all'esame obiettivo generale e reumatologico e all'eventuale esecuzione di procedure diagnostiche, come l'ecografia articolare, o terapeutiche, come le infiltrazioni — attività che possono essere svolte anche durante le visite di controllo — la prima visita richiede un'accurata raccolta anamnestica.

Durante tutte le visite reumatologiche, a tali attività si affiancano ulteriori compiti correlati e necessari, tra cui la registrazione delle informazioni nella cartella clinica elettronica, l'erogazione di impegnative

per esami di approfondimento o di controllo, la prescrizione di farmaci (che prevede la compilazione di piani terapeutici mediante accesso a differenti portali web-based), la programmazione delle visite di controllo, il rilascio delle certificazioni previste e l'acquisizione dei consensi informati per eventuali trattamenti farmacologici o procedure invasive. Parte integrante della visita è il colloquio con il paziente, finalizzato a illustrare il percorso diagnostico-terapeutico, condividere le decisioni cliniche, verificare la comprensione delle indicazioni fornite e favorire l'aderenza ai trattamenti.

La visita reumatologica in tutta la sua complessità deve essere riconosciuta come attività di elevato valore clinico, superando la logica prestazionale a favore della presa in carico globale del paziente. L'investimento in una visita reumatologica di qualità rappresenta anche un elemento di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, concorre ad accorciare i tempi di diagnosi, a prevenire il danno articolare e la disabilità dei pazienti, a ridurre i costi dei ricoveri e delle prestazioni inappropriate, nonché i costi indiretti legati alla disabilità, alla perdita di produttività e alla necessità di assistenza continua. Alla luce di tali considerazioni, una durata di 30 minuti della visita reumatologica, pur rappresentando un tempo minimo di riferimento, può risultare frequentemente insufficiente per garantire una valutazione completa, appropriata e conforme agli standard qualitativi dell'assistenza specialistica.

Criticità attuali

I dati emersi dal questionario G-SAI evidenziano una significativa variabilità organizzativa nella durata delle visite reumatologiche sul territorio nazionale. La durata mediana della prima visita è di 30 minuti (range interquartile 30–30), mentre per le visite di controllo si attesta sempre sui 30 minuti, ma con una maggiore variabilità (range interquartile 20–30). È tuttavia rilevante osservare che il 42,5% dei reumatologi ha riferito una durata delle visite inferiore alla mediana complessiva, evidenziando come una quota considerevole di tali prestazioni venga effettuata in tempi più contenuti.

Tali dati documentano un'ampia eterogeneità organizzativa a livello nazionale e suggeriscono che una quota non trascurabile di prestazioni reumatologiche, in particolare le visite di controllo, venga effettuata in tempi che potrebbero risultare non pienamente adeguati alla complessità clinica e gestionale del paziente reumatologico.

Proposta della Commissione SIR-SAI

La Commissione SIR-SAI ritiene che una durata minima di 30 minuti rappresenti il tempo minimo necessario per garantire adeguati standard qualitativi dell'assistenza nella visita reumatologica, indipendentemente dal fatto che si tratti di una prima visita o di una visita di controllo, in coerenza con la complessità della disciplina reumatologica e con i Livelli Essenziali di Assistenza. Tale durata deve essere intesa come un requisito minimo, poiché il tempo necessario per l'esecuzione di una visita reumatologica può variare in relazione alla complessità clinica e organizzativa del singolo caso, raggiungendo frequentemente o superando i 60 minuti, in particolare in occasione delle prime visite o nei pazienti affetti da patologie sistemiche complesse. L'adozione di uno standard minimo uniforme a livello nazionale può contribuire a garantire equità di accesso, appropriatezza prescrittiva, qualità dell'assistenza e migliori esiti clinici per le persone affette da malattie reumatologiche.

Bibliografia

[1] Società Italiana di Reumatologia (SIR). *Organizzazione della rete reumatologica territoriale*. Giugno 2023.

<https://www.reumatologia.it/obj/files/Biosimilari/Progetto-Reumatologia-nel-territorio-giugno-2023.pdf>

[2] Atto Senato n. 1825 XIX Legislatura: Delega al Governo per l'adozione di misure in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera e revisione del modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale

<https://www.senato.it/leggi-e-documenti/disegni-di-legge/scheda-ddl?did=59958>

[3] Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). *Biosimilari: stima del risparmio*. Elaborazione Ufficio GSF AIFA, settembre 2025.

https://www.aifa.gov.it/documents/20142/3423405/6_Risparmio_biosimilare_set-2025.pdf

[4] Meisters R, Putrik P, Ramiro S, et al. *EULAR/eumusc.net standards of care for rheumatoid arthritis*. *Rheumatology*. 2020;79(11):1423–1431. doi:10.1093/rheumatology/keaa186

[5] Società Italiana di Reumatologia (SIR). *Audizione al Senato della Repubblica sul DDL di conversione del DL 73/2024 "Liste di attesa"*. 26 giugno 2024.

https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg19/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/430/417/Memoria_SIR.pdf

[6] Ministero della Salute. *Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. G.U. Serie Generale n. 144, 22 giugno 2022.

[7] Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), Società Italiana di Reumatologia (SIR), Società Italiana di Telemedicina (SIT). *Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina in ambito reumatologico*. Monitor, Vol. 50, 2024.

https://www.agenas.gov.it/images/Monitor50/1_Monitor_50_lettura_digitale.pdf

Il presente documento è stato redatto dalla Commissione SIR degli Specialisti Ambulatoriali Interni (SIR-SAI) composta da: Mario Bentivegna, Maria Bruzzone, Antonio Carriero, Mariateresa Cirillo, Rosanna De Giovanni, Paola Diana, Ilaria Farina, Marta Favero, Nicoletta Franzolini, Ambrogio Lazzari, Francesca Ometto e Massimiliano Vasile. Ha inoltre contribuito alla stesura del presente documento il Nicolò Girolimetto, membro della Società Italiana di Telemedicina (SIT).

Il presente documento è sottoscritto dal Prof. Andrea Doria, Presidente SIR, e il Consiglio Direttivo SIR.