

Articoli Selezionati

MBA

12/07/18	Voce di Carpi	7 Una Banca delle Visite per chi non può pagarle	Gilioli Magda	1
----------	---------------	--	---------------	---

SCENARIO

11/07/18	Sole 24 Ore	24 La responsabilità civile in sanità si concentra sulla struttura	Borsari Riccardo	3
----------	-------------	--	------------------	---

12/07/18	Sole 24 Ore	10 A fianco dello Stato per la salute dei cittadini	...	4
----------	-------------	---	-----	---

14/07/18	Messaggero	2 Intervista a Giulia Grillo - «Cambio l'Agenzia del farmaco Sanità, manager solo per merito» - «Asl come le aziende, via i manager incapaci valuteremo i risultati»	Ventura Marco	6
----------	------------	--	---------------	---

15/07/18	Avvenire	23 L'intelligenza artificiale risveglia la nostra "vergogna prometeica"? - Macchine intelligenti e umani resistenti	Longo Giuseppe_O.	9
----------	----------	---	-------------------	---

17/07/18	Repubblica	17 Aiuto aziendale alle manager per far congelare gli ovociti	Santelli Filippo	11
----------	------------	---	------------------	----

17/07/18	La Verita'	19 Farsi curare all'estero senza finire al verde	Arduino Alfredo	12
----------	------------	--	-----------------	----

18/07/18	Manifesto	7 Sempre più welfare aziendale	...	14
----------	-----------	--------------------------------	-----	----

19/07/18	Sole 24 Ore nòva.tech	25 Il vantaggio della terapia digitale è la sostenibilità	Fr.Ce.	15
----------	-----------------------	---	--------	----

19/07/18	Sole 24 Ore nòva.tech	25 Servono nuove forme di cooperazione	Fr.Ce.	16
----------	-----------------------	--	--------	----

20/07/18	Sole 24 Ore	22 Anagrafe dei fondi sanitari: vanta i vantaggi fiscali per i soci delle mutue sanitarie Detrazioni fiscali in fase di dichiarazione dei redditi	...	17
----------	-------------	---	-----	----

20/07/18	Sole 24 Ore	22 Mutue sanitarie e assicurazioni private a confronto	...	18
----------	-------------	--	-----	----

SALUTE - Un progetto nazionale al quale a Carpi aderisce il Poliambulatorio FKT

Una Banca delle Visite per chi non può pagarle

Fare incontrare la richiesta di esami e visite specialistiche da parte di persone in difficoltà economiche con donazioni anche minime di qualche anima buona. Questo l'obiettivo di **ScegliereSalute** con **Health Italia** e Fondazione Basis. E, a sorpresa, si scopre che sono più le risorse donate che le richieste di usufruirne

CARPI - Da una parte vi sono tante persone che hanno bisogno di una visita medica a pagamento, di un esame clinico, di fare una terapia urgente e altro ancora, o per se stessi o per un familiare senza attendere i tempi del Sistema Sanitario Nazionale, non avendo la possibilità economica per accedere a uno di questi servizi a pagamento. Dall'altra parte vi sono altre persone, gente comune che, quando può, aiuta chi è in difficoltà con una donazione, anche piccola come il costo di un caffè oppure aziende che, almeno una volta all'anno, scelgono di elargire un contributo a realtà bisognose. Nasce così il progetto di Mutua Privata Mba di far incontrare queste due realtà rendendole ope-

ranti e interscambiabili con il sistema della "Banca delle Visite". Il progetto prende le mosse da una fra le maggiori mutue sanitarie italiane, che opera in difesa del diritto alla salute, in seguito a un sondaggio Censis del 2016 in cui emergeva che ben 11 milioni d'italiani non erano in grado di sostenere le spese necessarie per la loro salute. La "Banca delle Visite" è una collaborazione con ScegliereSalute, partner di Health Italia, e Fondazione Basis (Ente senza fine di lucro) ed è operante su tutto il territorio nazionale.

A Carpi, il Poliambulatorio Privato FKT, nella persona del titolare **Riccardo Allorini**, ha scelto di essere la prima "filiale di zona" per questo progetto, mettendo a disposizione la propria sede (sulla tangenziale Bruno Losi) per dare corpo all'iniziativa. Per accedere è necessario andare sul sito www.bancadellevisite.it dove vi sono due finestre: "dona una prestazione" per chi desidera fare una donazione e "richiedi una prestazione" rivolta invece a chi ha la necessità di usufruire del servizio. Nel primo caso appare l'elenco di tutte le prestazioni a cui si può accedere, il donatore sceglie a quale dare il proprio contributo che può essere a totale copertura dell'importo necessario oppure anche solo di una parte e che andrà ad aggiungersi ad altre fino al raggiungimento della quota dovuta. Nel secondo caso, chi ha bisogno del sussidio, una volta compilata la richiesta online, dovrà presentarsi presso la segreteria del Poliambulatorio

FKT, con il documento Isee compilato da un Sindacato che attesti la reale necessità. Una volta verificata la regolarità della documentazione e stabilita la data della prestazione, "La Banca delle Visite" provvederà a far pervenire il giorno prima, tramite bonifico bancario, l'importo dovuto al centro. A propria volta, il Poliambulatorio FKT, proprio perché crede nell'importanza del progetto a servizio della salute al cittadino si impegna a donare il 10 per cento delle prestazioni effettuate tramite la Banca per aumentare l'indotto. Inoltre FKT sta mettendo a punto anche il progetto "ore di sollievo" per permettere alle famiglie con ammalati gravi di potersi assentare qualche ora lasciando il proprio caro accudito da un'assistente.

E chi ha ricevuto la donazione? Viene richiesta una testimonianza, che può essere anche anonima, attestante l'avvenuta erogazione del servizio. Se invece si desidera sapere quante donazioni la banca ha ricevuto, quante sono state elargite e quante sono in attesa di raggiungere la quota necessaria è sufficiente andare sul sito web.

E si scoprirà che vi sono, ad oggi, più soldi disponibili per prestazioni mediche che persone che ne fanno richiesta perché questo è un progetto ancora poco conosciuto.

MAGDA GILIOI





Ricardo Allorini



La responsabilità civile in sanità si concentra sulla struttura

LEGGE GELLI-BIANCO

Per il medico si configura una «colpa» extracontrattuale

Riccardo Borsari

La legge 24/2017 (“Gelli-Bianco”) affronta il tema della natura della responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria, con l'evidente intento di porre fine al dibattito che, per lungo tempo, ha occupato dottrina e giurisprudenza.

In sintesi, si era passati da un'iniziale impostazione della responsabilità sanitaria “a doppio binario” (contrattuale per la struttura ed extracontrattuale per il medico) ad un cumulo di responsabilità contrattuali. Il revirement è dovuto alla storica sentenza della Cassazione 589/1999, secondo la quale il titolo della responsabilità della struttura doveva individuarsi nel contratto di “spedalità” (o in altro contratto atipico) stipulato con il paziente, mentre l'obbligazione risarcitoria del professionista si fondava sull'affidamento generato nel privato dalla qualità professionale del primo.

La legge Gelli-Bianco, recependo in parte l'orientamento, ha stabilito che «la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del Codice civile, delle loro condotte dolose o colpose» (articolo 7, comma 1); precisando, subito dopo che le suddette previsioni si applicano «anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria, ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica, ovvero in

regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, nonché attraverso la telemedicina» (articolo 7, comma 2). Così il legislatore ha chiarito espressamente che la responsabilità della struttura ha sempre natura contrattuale e ricorre sia per i danni subiti dal paziente per carenze organizzative sia per quelli causati dal personale sanitario. La natura contrattuale attribuita alla responsabilità delle strutture assume rilevanza centrale perché garantisce al paziente ampia tutela, sia dal punto di vista dell'onere probatorio (che grava sulla struttura sanitaria), sia da quello della prescrizione cui è esposta la struttura (decennale, articolo 2946 del Codice civile).

Quanto invece alla responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, il legislatore ha scelto una via difforme rispetto all'orientamento consolidato stabilendo che il sanitario risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del Codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente (articolo 7, comma 3). La responsabilità del sanitario dà quindi nuovamente origine ad un “doppio binario”, con conseguenze rilevanti, tanto per il paziente, quanto per il medico: la natura extracontrattuale della responsabilità di quest'ultimo, infatti, tutela maggiormente il medico, tanto dal punto di vista probatorio (che grava sul paziente), quanto in relazione al termine di prescrizione (quinquennale a seconda dell'articolo 2947 del Codice civile). Alla luce di quanto sopra, alcuni studiosi hanno evidenziato l'intento del legislatore di considerare le strutture sanitarie come il soggetto principale per la realizzazione delle ragioni del paziente, anche perché sulle stesse gravano pregnanti obblighi assicurativi (articolo 10), nonché della previsione dell'azione diretta del danneggiato nei confronti delle imprese di assicurazione (articolo 12).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FASI / Tra i pionieri della sanità integrativa nel nostro Paese, annovera 300.000 assistiti di oltre 15.000 imprese industriali

A fianco dello Stato per la salute dei cittadini

Alle strutture sanitarie convenzionate è stato dedicato il "FasiDay". Mission: favorire un nuovo modello sanitario sociale

Il Fasi si può annoverare a pieno titolo tra i pionieri della sanità integrativa in Italia: nei suoi quarant'anni di storia, ha accompagnato e supportato l'avvento e lo sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale solidaristico e universalistico, così come si configura oggi.

Trecentomila assistiti composti da dirigenti e familiari di oltre quindicimila imprese industriali, trecento milioni di euro di contributi e spesa per prestazioni e tremila strutture sanitarie convenzionate. Proprio a quest'ultima è stato dedicato il FasiDay. Una giornata di analisi e riflessioni con gli operatori sanitari privati che, con ruoli e responsabilità precise, contribuiscono a edificare la costituzione di quel "secondo pilastro" indispensabile per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale.

È una mission che, si può dire, nasce insieme con il Fasi, quella di favorire un nuovo modello sanitario sociale, con la partecipazione fattiva e collaborativa di tutti gli attori del Sistema, nel pieno rispetto delle rispettive competenze. Un modello che affianca, supporta, integra il fondamentale ruolo della Stato nella tutela della salute dei cittadini. È uno schema, questo, in cui possono operare in totale trasparenza e controllo, operatori privati capaci di intermediare la domanda di cure sanitarie, sostenuta dai cittadini di tasca propria, al fine di rendere più equa la spesa sanitaria totale e più sostenibile, efficace ed efficiente, per il singolo cittadino.

Le cifre sono note a tutti: a 112 miliardi di euro ammonta il costo che lo Stato impegna per il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, cui si

aggiungono circa 40 miliardi di euro di spesa individuale. Di questi solo poco più di 5 miliardi sono intermediati da Fondi e Assicurazioni private: una dimensione assolutamente inferiore rispetto a quanto accade nei Paesi europei paragonabili all'Italia.

Tutti gli indicatori sociali, economici e demografici, inoltre, danno in esponenziale crescita tale spesa per l'allungamento dell'attesa di vita, dovuta alla ricerca farmaceutica e al conseguente invecchiamento della popolazione e dalla cronicizzazione delle malattie. Fattori che, se non affrontati con determinazione e lungimiranza politica, possono mettere a rischio la sostenibilità complessiva del Sistema e, di conseguenza, il modello organizzativo oggi in vigore.

La partecipazione e il serrato confronto sviluppatosi nell'ambito del FasiDay hanno evidenziato la necessità di passare dalle analisi ai fatti con l'auspicio, sottolineato da tutti gli intervenuti al dibattito, che il nuovo Governo sappia cogliere l'importanza della sfida che ci è di fronte.

Con il primo appuntamento del FasiDay, il Fasi ha voluto dunque individuare e concordare con gli attori protagonisti della filiera sanitaria italiana, un approccio innovativo ai servizi offerti ai suoi assistiti e un livello di prestazioni sempre più elevato in termini sia di qualità sia di professionalità. La rete convenzionata ha assunto negli ultimi anni un ruolo centrale dell'offerta Fasi diventando sempre più strategica in un'ottica di qualità dell'offerta, sostenibilità e controllo degli andamenti, traspa-

renza nel rapporto, soddisfazione degli assistiti.

Proprio su quest'ultimo punto, "soddisfazione degli assistiti", che per Fasi rappresenta il cardine del proprio operato, il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa ha svolto una "customer-valuation" su un campione rappresentativo della popolazione Fasi che ha usufruito, nel corso del 2017, delle prestazioni in forma diretta.

L'indagine è stata condotta su un doppio livello: il primo con l'obiettivo di valutare le caratteristiche strutturali della rete, ovvero la quantità delle strutture e la diffusione sul territorio in base ai servizi erogati; il secondo la qualità del servizio così come percepita dall'utente. È stata coinvolta, come detto, l'intera popolazione Fasi a livello nazionale con due "focus" particolari accesi su Milano e Roma in cui si registra un'alta concentrazione sia di dirigenti sia di strutture sanitarie convenzionate con il Fasi. I risultati, presentati con dovizia di particolari al FasiDay, sono stati particolarmente positivi. Infatti, su tutti gli aspetti indagati e parametrati su una scala da 1 a 10, la media è stata tra il 7 e l'8, con punte significative di eccellenza tali da meritare il 9.

Sulla base di questo significativo riscontro, come ha ricordato il presidente Marcello Garzia, nel suo saluto ai partecipanti, "Il Fasi conferma e aumenta il suo impegno per la realizzazione di progetti sempre più innovativi, una 'governance' la più possibile trasparente e oculata nel perseguimento proficuo di eccellenti rapporti tra il Fondo, gli iscritti e le imprese aderenti".



Fastiday ²⁰¹⁸

IL FASI INCONTRA
LE STRUTTURE SANITARIE

20 GIUGNO - ROMA



Marcello Grazia, presidente Fasi

«Cambio l’Agenzia del farmaco Sanità, manager solo per merito»

► **L’intervista.** Il ministro Grillo: «Faremo selezioni pubbliche»

Marco Ventura

Il nuovo direttore generale dell’Agenzia italiana del farmaco «sarà scelto in base a una selezione pubblica, scocca l’ora della trasparenza». Il ciclone Grillo, inteso come Giulia Grillo,

ministro 5 Stelle della Salute, si abbatte sull’Agenzia guidata da Mario Melazzini. Perché un segnale così forte? «Vogliamo essere il governo del cambiamento non solo a parole». *A pag. 2*

L’intervista **Giulia Grillo**

«Asl come le aziende, via i manager incapaci valuteremo i risultati»

► Il ministro della Salute annuncia una rivoluzione nel segno del merito per tutte le nomine della sanità: «Basta scelte fiduciarie dei governatori»

BANDO PUBBLICO PER IL NUOVO DIRETTORE GENERALE DELL’AGENZIA DEL FARMACO SERVE TRASPARENZA

I VACCINI? GARANTIRÒ LE COPERTURE DI SICUREZZA PER OTTENERE L’EFFETTO GREGGE OCCHIO AL MORBILLINO

Il nuovo direttore generale dell’Agenzia italiana del farmaco «sarà scelto in base a una selezione pubblica. Ho firmato l’avviso. Scocca l’ora della trasparenza». Il ciclone Grillo, inteso come Giulia Grillo, ministro 5 Stelle della Salute, si abbatte sull’Agenzia guidata da Mario Melazzini.

Ministro, perché un segnale così forte?

«Vogliamo essere il governo del cambiamento non solo nelle parole ma nei fatti. Quell’incarico è il più importante che conferisce il ministero della Salute: vigila su un fatturato di quasi 30 miliardi

di euro e si occupa di atti fondamentali come l’autorizzazione all’immissione in commercio dei farmaci e la farmacovigilanza. Ha enormi responsabilità economiche e medico-scientifiche in uno dei settori di maggior interesse per la spesa del servizio sanitario e per tutti gli assistiti. Giusto garantire la partecipazione non solo agli adepti dei ministri, ma a una platea ampia di cittadini, sia come osservatori che come candidati».

Che cosa cercate?

«Curriculum forti e comprovata competenza, tecnico-scientifica nella farmaceutica e nella medi-

cina, e manageriale. Libera come sono da qualsiasi influenza o pressione, cercherò di scegliere la persona migliore nella rosa dei candidati, con tanto di dichiarazione di assenza anche solo di potenziali conflitti d’interesse. Ba-



sta appartenenze di bandiera e logiche clientelari di partito. La sanità pubblica non è una miniera da sfruttare».

Vi fermerete qui?

«È solo il primo passo. Poi toccherà alle nomine nelle Asl e negli ospedali, negli enti controllati dal ministero, nella scelta dei primari. Daremo spazio alle capacità e ai giovani. Vogliamo cambiare metodo. Avere trasparenza, meritocrazia, partecipazione. Tutti devono potersi proporre fuori dai canali della politica. Per anni ho contestato la vecchia gestione dell'AIFA, anche quando è stato sostituito Pani col direttore Melazzini, ma non è cambiato granché. La prossima settimana farò partire un tavolo sulla farmaceutica per la riforma della governance. Avanzero una proposta e mi auguro che la persona da me indicata la porti avanti con coerenza. L'obiettivo è avere i farmaci migliori al miglior prezzo».

Altro?

«Senza trasparenza degli atti continuerà a esserci manipolazione politica. Vorrei che fossero pubblici, per gli scienziati come per gli utenti medi, i dati sulle valutazioni delle commissioni per i direttori generali delle Asl. Non conosciamo i punteggi attribuiti, quindi il presidente della Regione fa le nomine a sua discrezione anche se i parametri non corrispondono. Così per gli obiettivi dei direttori generali: bisogna sapere come vengono raggiunti e valutati. Sto studiando una modifica per eliminare in tutto o in parte le nomine fiduciarie. I concorsi truccati in Basilicata sono un altro segnale: al di là degli illeciti, l'operato di chi viene nominato dev'essere misurabile. Io

stessa posso non essere illuminata in certe nomine. Vedrà, si ridurranno le attese per visite e analisi quando saranno attribuiti in maniera esplicita ai manager gli obiettivi di riduzione».

Per il governatore De Luca certe scelte non spettano allo Stato.

«I presidenti si assumano la responsabilità di scegliere chi vogliono, ma se nominano gli ultimi della lista dobbiamo saperlo, e loro devono giustificarlo. De Luca certe nomine le ha fatte senza neppure le commissioni. Valga nel pubblico ciò che vale nel privato: il manager va valutato e, se è scarso, mandato via. In Italia c'è un retaggio culturale per cui nella pubblica amministrazione i risultati non contano. Ma le aziende sanitarie sono aziende, devono essere efficienti. Con performance misurabili».

Molti ospedalieri temono si voglia smantellare la sanità pubblica, visti i budget.

«Germania e Francia hanno un sistema assicurativo collegato al lavoro che noi non potremmo avere, a causa della disoccupazione e dell'alto cuneo fiscale. Spendono di più perché sono diverse le modalità di finanziamento. Le risorse vanno aumentate, ma soprattutto non si possono più tollerare gli sprechi. Non solo al Sud, anche al Nord. Si pensa che il denaro pubblico si possa sprecare. Ma un reparto materno-infantile come quello dell'ospedale del Mare, con macchinari e struttura da milioni e milioni di euro, non può essere smantellato e convertito in cardiocirurgia. L'autonomia non può diventare autolesionismo: minimi risultati col massimo impegno».

Il presidente dell'ISS dice che, emozionata dalla sua gravidanza, avrebbe dato numeri sballati sulle coperture vaccinali. Da qui l'autocertificazione.

«A parte l'uscita assolutamente infelice di Ricciardi, la pensiamo in modo diverso dal precedente governo sulla scelta fra obbligo e raccomandazione. Sarà il Parlamento ad affrontare a breve la questione con una proposta di legge. Garantirò le coperture di sicurezza per ottenere l'effetto gregge, avendo bene a mente che oggi c'è ancora da tenere alta l'attenzione sul morbillo».

Quanto durerà il governo? Troppo diversi voi e la Lega?

«Non so, non faccio la veggente. Ci sono differenze tra di noi, è vero, e il tema dell'immigrazione è delicato, spinoso. Ma lavoro in grande sintonia coi colleghi della Lega nel governo e in Parlamento. Salvini ha sensibilità e modo di esprimersi suoi, che non sono i miei, ma è libero di manifestare il suo pensiero com'è giusto, rientra nelle sue prerogative».

Avete incassato l'abolizione dei vitalizi...

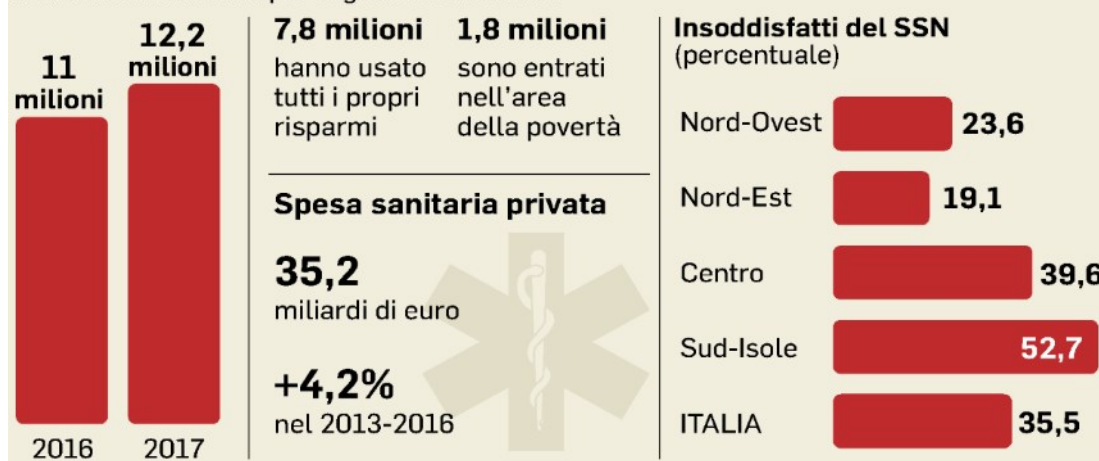
«Mi aspettavo un'accoglienza più positiva dalla stampa. Ha ragione Di Maio: restiamo sempre i brutti anatroccoli. Abbiamo fatto risparmiare 40 milioni l'anno solo alla Camera, su un tema di giustizia sociale mai prima oggetto di un atto così diretto. Non abbiamo fatto macelleria. Avremmo potuto essere più populistici. Invece siamo stati razionali e di buon senso. Sulle pensioni interverremo solo su quelle sopra i 4mila euro netti, per applicare a tutte i criteri contributivi. La politica è fatta anche di etica».

Marco Ventura

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli italiani e la Sanità

Rinunciano a curarsi per ragioni economiche



Fonte: Rapporto Censis-RBM

ANSA centimetri



Il ministro della Salute Giulia Grillo (foto ANSA)

Dibattito

L'intelligenza artificiale risveglia la nostra "vergogna prometeica"?

LONGO E PALIAGA A PAGINA 23

Il caso. Due scienziati hanno fatto un dibattito con un'intelligenza artificiale e il pubblico ha assegnato un pareggio. La tecnologia presto prenderà il comando?

MACCHINE intelligenti e umani resistenti

La sfida si è svolta a San Francisco e ha messo in luce l'elevato livello di perfezionamento raggiunto dai sistemi IA. Il filosofo Günther Anders in "L'uomo è antiquato" aveva previsto tutto e parlò di «vergogna prometeica». Urge una nuova consapevolezza del primato dell'uomo

GIUSEPPE O. LONGO

Nel giugno scorso si è svolto, in un affollato ufficio della IBM di San Francisco, un appassionante dibattito che ha visto coinvolti due umani, Noa Ovadia e Dan Zafrir, e un'intelligenza artificiale (IA), Project Debater, al cui sviluppo la IBM è impegnata da 6 anni. Il dibattito verteva su due temi: se sia opportuno finanziare la ricerca spaziale, e qui il pubblico ha dato più voti a Ovadia che alla IA; e se sia opportuno incrementare la telemedicina, e qui Project Debater ha battuto Zafrir. Insomma un pareggio, venato tuttavia da sfumature inquietanti: i sistemi di IA svolgono ormai compiti di alto livello, che istintivamente siamo portati a considerare prerogativa degli umani: per esempio trasformare una grande quantità di dati in un'argomentazione persuasiva e comunicarla con efficacia. In entrambe le discussioni di San Francisco, il pubblico ha giudicato l'IA inferiore agli umani sotto il profilo della presentazione, anche per i frequenti inceppamenti e alcune ingenuità, ma superiore per la quantità d'informazioni fornite. La macchina parlava con una suadente voce femminile e con una cadenza naturale, ma difettava di precisione linguistica e di chiarezza argomentativa. Difetti che presto saranno corretti. Insomma l'IA si sta avvicinando a prestazioni che fino a tempi recenti sembravano fantascifiche. E non si tratta solo del primato ormai consacrato nei giochi, come il poker, gli scacchi e il complicatissimo go: ormai i sistemi di IA stanno dando l'assalto al linguaggio verbale, dove le regole sono molto meno precise, presentano tante eccezioni e lo spazio delle possibilità è enorme, direi quasi infinito, comunque dilatabile a piacere da parte di ogni parlante, che può coniare enun-

ciati nuovi, inauditi. E, a differenza dei giochi, il linguaggio possiede non solo una sintassi ma anche una semantica, che lo fa uscire da sé e lo collega al mondo reale. Prospettive davvero vertiginose: si annunciano "assistenti" capaci non solo di rispondere a tono a domande di ogni sorta, ma anche di cavarsela nell'ambiente vago e indeterminato delle decisioni. Già il Project Debater è capace di elaborare enormi quantità di dati, per esempio milioni di articoli su centinaia di temi, per poi trasformare notizie frammentarie ed eterogenee in ragionamenti scorrevoli e ben strutturati. Esistono già programmi capaci di "poetare" e di sviluppare trame di romanzi. Di questi progressi è difficile immaginare il termine, e alcuni potrebbero chiedersi che cosa spinga i ricercatori, al di là degli ovvi motivi economici e di concorrenza, a sviluppare sistemi tanto più precisi, potenti e veloci degli esseri umani.

Da questo confronto tra uomo e macchina noi usciamo sempre più soggetti a quella che il filosofo Günther Anders, in un libro del 1956, *L'uomo è antiquato*, ha chiamato «vergogna prometeica»: il senso di avvillimento e sconforto che l'uomo avverte nei confronti dei dispositivi da lui stesso progettati e costruiti che lo superano su tutti i fronti. Spinti da questo divario sempre più ampio, tentiamo di gareggiare con le macchine, e ne usciamo sconfitti e umiliati: chi avrà più il coraggio, o la voglia, di giocare a scacchi contro un programma come Deep Blue? Rinunciamo allora alla lentezza tipica del pensiero maturo e riflessivo per tornare al regime istintivo, veloce e irriflesso, tipico dell'uomo primitivo, che doveva prendere decisioni rapide in vista della propria incolumità di fronte ai pericoli. Come ha messo bene in luce Lamberto Maffei nel suo *Elogio della*



lentezza, il passaggio dal regime rapido dell'intelletto al regime lento è stato alla base dello sviluppo della civiltà, del pensiero astratto e simbolico, dell'arte, della scienza. Oggi lo sviluppo convulso della tecnica, che esige reazioni sempre più rapide, ci spinge a tornare al regime veloce: perdiamo così i frutti del progresso, ci adeguiamo agli artefatti, ci abbassiamo al rango di ingranaggi efficienti e ben oliati della grande macchina tecnologica, che sempre più ci appare dotata di una propria volontà di potenza. Compare qui tutta la differenza tra scienza e tecnologia: la scienza richiede tempo e silenzio, calma e concentrazione. La tecnologia somiglia alla magia: un tocco rapido di bacchetta fa scaturire all'istante le meraviglie più sorprendenti.

Già negli anni 1940 il matematico e filosofo Norbert Wiener (l'antesignano della cibernetica) aveva ammonito che una volta uscito dalla bottiglia il genio non avrebbe più voluto rientrarvi, ed esprimeva con ciò il carattere irreversibile di certe innovazioni. E anche oggi molti scienziati eminenti (tra cui il compianto Stephen Hawking) mettono in guardia contro gli sviluppi eccessivi dell'IA. Insomma si tratta di decidere, come ha scritto Francesco Varanini, se vogliamo costruire macchine che pensano (al posto nostro) oppure macchine che ci aiutino a pensare.

Per colmare il divario tra noi e i nostri dispositivi, molti ricercatori e «filosofi della tecnica» vagheggiano e auspicano l'avvento di un post-umano contraddistinto da una crescente ibridazione tra uomo e macchina, ibridazione che peraltro è già in atto. Il potenziamento, in particolare cognitivo, degli umani tramite l'artificiale è gravido di conseguenze: le estroflessioni e le introflessioni delle protesi artificiali portano allo sviluppo di un *Homo technologicus* che ha preso ormai il posto di *Homo sapiens*. Inoltre lo sviluppo di Internet, che si protende verso un collegamento ecumenico di macchine, esseri umani e cose (la cosiddetta *Internet of things*) prefigura l'avvento di una Creatura Planetaria, sede di un'intelligenza connettiva di cui ciascuno di noi sarà una particola guidata da algoritmi onnipotenti capaci di eliminare ogni residuo di libero arbitrio e quindi di responsabilità. In questa prospettiva, di cui molti sono inconsapevoli e di cui al contrario bisognerebbe cominciare a preoccuparsi, quale sarà il posto dell'uomo? Anzi: come si potrà definire l'umanità? Dovremo fare i conti con una nuova antropologia, che potrebbe essere molto diversa da quella cui siamo abituati. L'uomo è davvero antiquato? È destinato a naufragare nel *mare magnum* delle sue invenzioni?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

05 Nel colosso cinese Ctrip

Aiuto aziendale alle manager per far congelare gli ovociti

PECHINO, CINA

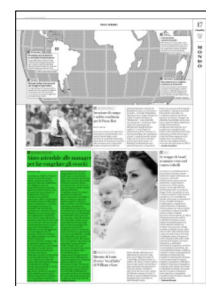
La carriera o i figli? A Ctrip, il colosso cinese dei viaggi online, hanno trovato una soluzione diversa al dilemma che affligge le giovani lavoratrici di mezzo mondo. Qualcosa di più creativo, e di più controverso, rispetto al tradizionale e faticoso tentativo di conciliare maternità e ufficio, di dividere il proprio tempo sacrificando l'una o l'altra parte. L'azienda tecnologica ha deciso di includere tra i benefit del contratto un contributo fino a 250mila euro per le manager che vogliono far congelare i loro ovociti. Libere quindi di dedicarsi al lavoro tra i 20 e i 30 anni, il periodo decisivo per la crescita professionale, senza però dover fronteggiare le difficoltà e i rischi maggiori di un concepimento in età avanzata. Prima la carriera e poi i figli insomma, ma solo in ordine temporale.

Non è un inedito assoluto. Già da qualche tempo società hi-tech americane come Apple, Facebook e Google hanno introdotto lo stesso tipo di incentivo per le loro lavoratrici. Quello di Ctrip però è uno dei primi casi in Cina, dove sempre più si dibatte sulle scelte delle giovani donne (e delle giovani coppie) rispetto alla maternità. Con la crescita del livello di istruzione, del tenore di vita e delle ambizioni personali le ragazze cinesi, fino a qualche anno fa abituate a sposarsi e avere figli molto presto, stanno

rimandando i grandi passi sempre più in là. Uno dei motivi per cui, nonostante l'abbandono della politica del figlio unico, il tasso di natalità nel Paese è rimasto piatto, proiettando la Cina verso un invecchiamento molto rapido della popolazione.

«Vogliamo aiutare le nostre dipendenti a fugare le preoccupazioni su famiglia e figli, in modo che possano godere meglio lo sviluppo della carriera», ha detto Liang Jianzhang, presidente e cofondatore di Ctrip. Tra i lavoratori dell'azienda il 61 per cento sono di sesso femminile, ma il benefit è riservato solo alle manager di livello medio o alto. Secondo i critici, che si erano fatti sentire già negli Stati Uniti, il messaggio che manda questa misura è sbagliato, perché convince le donne che lavoro e gravidanza non siano conciliabili. In realtà la startup offre una serie di altre misure anche alle donne che non vogliono rimandare la maternità, come un bonus "bebé" di 400 euro e un servizio di trasporto da casa al lavoro per quelle incinte. Il contributo per il congelamento degli ovociti (insieme a una settimana di congedo pagato per sottoporsi alla procedura) è solo un'opzione in più. E forse un segno che pure tra le aziende tecnologiche cinesi, finite di recente sotto i riflettori per una cultura del lavoro sessista, sta crescendo l'attenzione per le esigenze delle dipendenti.

– **Filippo Santelli**



Farsi curare all'estero senza finire al verde

Vademecum per chi si ammala o si infortuna viaggiando fuori dall'Italia: nei Paesi Ue l'assistenza è gratuita, negli altri si può supplire con un'assicurazione privata. Portare sempre la tessera sanitaria e conservare tutti i documenti delle cure

IN PARTENZA

Paesi extra Ue/Efta con i quali l'Italia ha stretto accordi bilaterali per l'assistenza sanitaria

- Argentina
- Capo Verde
- Brasile
- Città del Vaticano
- Macedonia
- Serbia
- Montenegro
- Bosnia Erzegovina
- Australia
- San Marino
- Tunisia
- Principato di Monaco

Indirizzi utili

www.salute.gov.it

www.europa.eu/youreurope

www.viaggiare Sicuri.it

Sulla sezione «Se parto per...» c'è una guida interattiva all'assistenza sanitaria all'estero

Offre informazioni sulle coperture sanitarie, sul diritto alle cure, sulle spese e sui rimborsi

È il sito del ministero degli Esteri, indispensabile per chi decide di partire

90%
Gli italiani che partono per le vacanze

61%
Gli italiani che fanno le vacanze restando in patria

38%
Gli italiani che partiranno ad agosto

Trentino Alto Adige
La meta preferita dagli italiani che restano in patria

Grecia
La meta preferita dagli italiani che vanno all'estero

Fonti: ministero della Salute, Touring club

Le prestazioni mediche sono sempre garantite a chi va in Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein (area Efta): per i soccorsi si può chiamare il numero verde 112. Grazie alla ricetta elettronica è possibile acquistare i medicinali prescritti dal proprio dottore anche in tutti gli Stati membri comunitari

di **ALFREDO ARDUINO**

■ Quest'anno, complice la piccola ripresa economica, circa il 90% degli italiani ha deciso di passare le proprie vacanze lontano da casa. Co-

me ha reso noto l'ultimo rapporto del Centro studi Touring Club, il 38% come da tradizione partirà ad agosto. In molti resteranno in Italia, concentrandosi soprattutto fra Trentino-Alto Adige, Sicilia, Sardegna e Puglia. Altri si godranno le ferie oltre confine. Specialmente in Grecia (meta estera preferita con il 13% delle prenotazioni), Francia e Spagna. L'obiettivo è naturalmente rilassarsi e staccare la spina dalla routine quotidiana. Ma bisogna organizzarsi bene, perché anche in vacanza è possibile ammalarsi. E quando ci si trova in un altro Paese è bene conoscere le regole per ricevere assistenza senza rischiare di prosciugare il conto in banca.

IN EUROPA

Intanto è bene sapere che l'assistenza sanitaria è sempre garantita a chi si trovi per un soggiorno temporaneo in una nazione dell'Unione Europea e dell'area Efta, cioè Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein. Le cure fornite agli italiani presenti in queste nazioni sono le stesse previste per i cittadini che ci vivono. In caso di emergenza in

uno degli Stati Ue è possibile chiamare il numero verde 112, che funziona sia da telefono fisso sia da cellulare per contattare direttamente il servizio di soccorso. Bene sapere che il numero unico di emergenza è abbreviato con la sigla Nue (numero unico di emergenza) e si indica anche come Nue 112. La stessa regola vale per chi viaggi in Gran Bretagna, anche dopo la Brexit. Fino al 29 marzo 2019 (possibile data per la firma dell'accordo di recesso dall'Ue) valgono infatti le stesse regole del passato.

FUORI DALL'UE

Ma cosa succede quando si decide di visitare un Paese extra Ue o Efta? Ci sono nazioni che hanno firmato accordi bilaterali che garantiscono assistenza sanitaria reciproca in caso di necessità. Fra questi Paesi ci sono Argentina e Capo Verde. L'elenco completo è comunque disponibile sul portale «Se parto per...». Generalmente queste intese tutelano in particolare chi viaggia per lavoro o chi si trovi in condizioni particolari, come le persone anziane o le



donne in gravidanza.

In alcuni casi possono essere previste solo terapie urgenti o strettamente necessarie a causa di infortuni. Ci sono però dei Paesi nei quali accordi di questo tipo non esistono. Come avviene in alcuni Stati asiatici o africani. In questo caso la Direzione della programmazione sanitaria invita a inserire nel pacchetto di viaggio un'apposita assicurazione sanitaria, che copra tutte le situazioni nelle quali si possa incorrere.

DOCUMENTI NECESSARI

In caso contrario potrebbe infatti essere difficile ricevere le cure richieste, non essendo stata siglata un'intesa fra i governi di quelle nazioni e il nostro ministero della Salute. O comunque bisogna pagarle di tasca propria e immediatamente.

Prima di partire, insieme con il passaporto o la carta di identità, è fondamentale preparare documenti necessari per ricevere le cure sanitarie all'estero. Il primo è la tessera sanitaria, che al suo interno contiene anche la tessera europea di assicurazione malattia. Quella che, in sostanza, permette di ricevere le terapie oltre confine. I regolamenti Ue 631/2004 e 883/2004 prevedono che si possa usufruire delle cure in forma diretta, cioè senza pagare la prestazione, per le terapie urgenti e necessarie. L'unica spesa a carico del viaggiatore potrebbe essere il ticket, se previsto dal Paese di soggiorno. Naturalmente questa regola vale all'interno dei Paesi Ue ed Efta. Dove non sono previsti accordi bilaterali è necessario portare con sé la polizza assicurativa opportunamente accesa.

CURE GARANTITE

Ma quali sono le cure garantite all'interno dell'Ue e

dell'Efta? Si tratta in generale di tutte le urgenze o le terapie che non possano essere rimandate al momento del rientro. Spetta al medico indicare in quale situazione ci si trovi. C'è comunque da considerare che anche all'interno dell'Ue l'assistenza sanitaria non è uniforme. Alcuni servizi garantiti in Italia potrebbero non esserlo all'estero. Oppure ci si potrebbe trovare nella condizione di dover pagare una determinata prestazione per poi ricevere il rim-

borso in un momento successivo, che va chiesto una volta tornati in patria, direttamente all'Asl di competenza. Per ottenerlo occorre presentare tutta la documentazione ottenuta all'estero, che va quindi custodita gelosamente. In Italia molti farmaci richiedono la prescrizione e sono rimborsati dal Sistema sanitario nazionale. Cosa accade quando se ne abbia bisogno all'estero?

FARMACI OLTRE CONFINE

Grazie alla ricetta elettronica oggi è possibile acquistare le medicine in tutta l'Ue. È comunque consigliato presentare una copia stampata della ricetta elettronica, nel caso in cui il farmacista non sia attrezzato. Esiste però la possibilità che non sia possibile acquistare un farmaco, anche se prescritto. Questo perché la vendita è regolata in modo diverso in ogni Paese, o perché il prodotto in questione non è commercializzato o ha un nome diverso. Per evitare inconvenienti è bene chiedere al proprio medico di indicare nella ricetta elettronica la «Denominazione comune internazionale» del prodotto. Tutte le medicine vanno comunque pagate al momento, e saranno rimborsate al rientro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sempre più welfare aziendale

La contrattazione aziendale di secondo livello, archivia la stagione della crisi e acquisisce tra il 2016 ed il 2017 una forma più strutturata e meno episodica. A firmare gli integrativi ora, infatti, non più solo i grandi gruppi industriali ma anche centinaia di Pmi fino a 50 dipendenti. Commercio, chimica, servizi e costruzioni i settori in espansione così come quelli del credito e dei trasporti. Una contrattazione che si afferma al Nord ma che invece resta al palo al Sud e che vede tra le materie normate primeggiare salario e welfare. Welfare soprattutto, dai rimborsi delle spese scolastiche per i figli al carrello della spesa, dalla mensa alla previdenza complementare. È questo quanto emerge dal 4° rapporto Ocsel curato e presentato dalla Cisl che raccoglie ed analizza 2.196 accordi.



MODELLI

Il vantaggio della terapia digitale è la sostenibilità

L'introduzione delle terapie digitali può aiutare ad affrontare le sfide di sostenibilità dei sistemi sanitari?

«Il modello di business è alla base di tutto - precisa Chiara Sgarbossa, direttore dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano -. Occorre capire come i vari attori coinvolti possono sfruttare al meglio queste nuove tecnologie da un lato per migliorare la salute dei pazienti e dall'altra per avere un ritorno, diventando quindi anche uno strumento per la sostenibilità dei servizi sanitari». Il mercato però non sembra ancora essere maturo «perché non c'è un chiaro owner dell'esigenza - continua Sgarbossa -. Il cittadino ormai usa le app per qualunque cosa, comincia per divertimento, ma poi non sa cosa farsene dei dati che raccoglie, perché non c'è un interlocutore che li traduce in buone pratiche mediche». Il suggerimento del Politecnico è che serve la volontà di usare questi strumenti in maniera strutturale, con un obiettivo ben preciso, che non devono partire dal basso. «Abbiamo già l'esempio delle telemedicina con cui viene erogata da remoto una prestazione che altrimenti verrebbe erogata presso una struttura sanitaria. Il risultato è paragonabile, ma i costi decisamente inferiori»

— Fr.Ce.



Chiara Sgarbossa
direttore
dell'Osservatorio
innovazione
digitale in sanità
del Politecnico di
Milano



ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Servono nuove forme di cooperazione

Con l'arrivo della terapia digitale è lecito chiedersi se questa nuova strategia terapeutica rappresenti un'opportunità o una complicazione nella gestione della salute. «Si tratta di una nuova opportunità - risponde Francesco Gabrielli, direttore del Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali all'Iss -, ma sarebbe sbagliato considerarla come la maggiore delle opportunità a nostra disposizione attualmente. L'uso di una app a fini medici porta con se necessariamente l'uso da parte del paziente di almeno uno smartphone. Attraverso tale strumento il paziente può entrare in contatto diretto con il medico, ma questo fatto da solo non è necessariamente un progresso se non è associato alla strutturazione di una organizzazione molto robusta e attenta attorno a paziente e medico. Bisogna passare con decisione a un'organizzazione sanitaria che si basi sul lavoro in team e con condivisioni di responsabilità, compresi i produttori di software e app». E siamo strutturati in Italia per l'introduzione nel prontuario delle terapie digitali? «Attualmente no - continua Gabrielli - Tuttavia, c'è un forte impegno per progredire il più rapidamente possibile. I problemi sono principalmente di ordine organizzativo e soprattutto amministrativo. Occorrono forme nuove di cooperazione tra pubblico e privato. Si tratta di fare un grande lavoro culturale su questo punto».

—Fr.Ce.



Francesco Gabrielli

direttore Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Iss



Speciale MUTUO SOCCORSO E ASSISTENZA SANITARIA - Realtà Eccellenti

Anagrafe dei fondi sanitari: vantaggi fiscali per i soci delle mutue sanitarie

Detrazioni fiscali in fase di dichiarazione dei redditi

A testimonianza della qualità del suo lavoro, Cesare Pozzo da ormai sette anni ottiene l'iscrizione all'Anagrafe dei fondi sanitari. Tale Anagrafe, istituito dal Ministero della Salute per censire i gestori di fondi sanitari integrativi, autorizza e consente a questi ultimi l'erogazione di agevolazioni fiscali ai propri iscritti. Sul sito ufficiale del Ministero della Salute, infatti, si legge: "L'Anagrafe è istituita ai fini di: censimento dei soggetti operanti come organismi di sanità integrativa, in modo da valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa ed il Servizio sanitario nazionale; verifica del rispetto della soglia delle risorse vincolate da parte degli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale" (www.salute.gov.it).

I vantaggi fiscali dei fondi sanitari integrativi istituiti a favore di lavoratori dipendenti e pensionati da una società di mutuo soccorso iscritta all'anagrafe dei Fondi sono sotto gli occhi di tutti: i contributi versati alla società di mutuo soccorso per l'istituzione di un Fondo sanitario integrativo di origine negoziale sono esenti da qualsiasi tipo di tassazione, rientrano tra le somme che non concorrono a formare il reddito da lavoro dipendente. Ad esempio se un'azienda decide di destinare a favore del proprio dipendente 300 euro a un fondo sanitario integrativo, il dipendente riceverà una copertura di 300 euro e l'azienda avrà un costo maggiorato solo del contributo di solidarietà INPS del 10%, quindi 330 euro. In più, il lavoratore, in sede di dichiarazione, potrà detrarre la parte di spesa a proprio carico e non rimborsata.

Anche gli autonomi e tutti i cittadini che decidono di iscriversi individualmente a una mutua come Cesare Pozzo hanno numerosi vantaggi: possono infatti usufruire della *detrazione fiscale del 19% dei contributi associativi fino ad un massimo di 1.291,14 euro* ed inoltre tale detrazione, non fa cumulo con altre detrazioni previste, per esempio, per polizze vita, infortuni o previdenziali.



Speciale MUTUO SOCCORSO E ASSISTENZA SANITARIA - Realtà Eccellenti

Mutue sanitarie e assicurazioni private a confronto

Nessuna selezione all'ingresso e contributi associativi ridotti: la forza della collettività

Devono raggiungere un utile di bilancio: per questo motivo le assicurazioni private sono a tutti gli effetti società aventi fini di lucro. *Le mutue sanitarie, invece, sono enti no profit in grado di redistribuire i contributi associativi fra i soci.*

*Ai clienti delle assicurazioni corrispondono i soci delle società di mutuo soccorso. Questi ultimi partecipano alla vita associativa della società contribuendo ad indirizzarne le politiche ed eleggendo, fra di loro, i propri amministratori. Al centro delle attività c'è l'idea che partecipare è il miglior modo per decidere insieme. I principi di *solidarietà ed aiuto reciproco* determinano, poi, le strategie sul breve e lungo periodo.*

Chi si affida ad una assicurazione privata lo fa in maniera individuale; per stipulare una polizza occorre presentare un certificato di buona salute dal momento che il contratto di assicurazione è soggetto ad una valutazione preventiva. Ognuno paga per sé e l'importo del premio varia sensibilmente in base alla composizione del nucleo familiare. Entrare a far parte di una mutua sanitaria vuol dire affidarsi ad un *piano di assistenza sanitaria integrativa realizzato su base collettiva e senza selezione all'ingresso*: tutti possono iscriversi a prescindere dalle patologie già esistenti e il persistere dell'iscrizione non è legato all'età.

I vantaggi delle mutue sanitarie sono evidenti per ciò che riguarda l'entità delle quote da versare per beneficiare della copertura sanitaria: *conti alla mano, i contributi associativi proposti dalle principali mutue sanitarie in Italia sono notevolmente più bassi rispetto ai premi assicurativi richiesti dalle compagnie assicurative.* Le quote associative versate dai singoli cittadini per diventare soci sono fiscalmente detraibili ed al tempo stesso le quote versate dalle aziende per i fondi sanitari integrativi sono fiscalmente deducibili.

