



MONITORAGGIO MEDIA

Da 01/12/2019 A 31/12/2019

Rassegna Stampa dicembre 2019



SIFA srl - Via G. Mameli, 11 – 20129 MILANO
+390243990431
help@sifasrl.com - www.sifasrl.com

Sommario

N.	Data	Pag	Testata	Articolo	Argomento
1	03/12/2019	25, 2	IL GAZZETTINO DI UDINE	SOLIDARIETÀ UNA VISITA PAGATA PER CHI NON CE LA FA IL PROGETTO A UDINE	HEALTH ITALIA SPA
2	06/12/2019	29, 3	IL GAZZETTINO DI UDINE	BANCA DELLE VISITE , IL POLICLINICO RIAPRE LE PORTE	HEALTH ITALIA SPA
3	06/12/2019	29	MESSAGGERO VENETO	PRESTAZIONI MEDICHE GRATUITE PER LE PERSONE IN DIFFICOLTÀ	HEALTH ITALIA SPA
4	10/12/2019	52, 5	CAPITAL	LE 50 TOP APP DI SALUTE, MEDICINA E BENESSERE	HEALTH ITALIA SPA
5	20/12/2019	70, 7	WELFAREOGGI	MUTUALISMO TRA STORICITÀ, TRASFORMAZIONE E ATTUALITÀ	HEALTH ITALIA SPA
6	20/12/2019	43	LA NUOVA VENEZIA	MOGLIANO E BANCA DELLE VISITE UN PROGETTO DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ	HEALTH ITALIA SPA
7	20/12/2019	49	TRIBUNA DI TREVISO	MOGLIANO CON LA BANCA DELLE VISITE PRIMA DEL MATCH CON IL VALORUGBY	HEALTH ITALIA SPA
8	31/12/2019	15	BRESCIAOGGI	LA «BANCA DELLE VISITE» PORTA TEMPO E DENARO	HEALTH ITALIA SPA
9	03/12/2019	WEB	ILGAZZETTINO.IT	VISITE MEDICHE GRATIS PER CHI NON PUÒ PERMETTERSELE: LA BANCA SPECIALE CHE AIUTA I PAZIENTI	HEALTH ITALIA SPA WEB
10	02/12/2019	9	IL GIORNALE DI BRESCIA	ATTESE E INEFFICIENZA DELLA SANOTÀ PUBBLICA: CASUALE O VOLUTA?	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
11	03/12/2019	17	IL SECOLO XIX	SANITÀ, IL PROCESSO ALLA REGIONE: «FUGHE E OSPEDALI, TROPPI ERRORI»	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
12	04/12/2019	27	IL MATTINO	DE LUCA: SIAMO OBBLIGATI A RISPARMIARE MA LA SFIDA È RIDURRE I TEMPI DI ATTESA	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
13	04/12/2019	1, 27	IL MATTINO	SANITÀ PRIVATA FINITI I FONDI MALATI DI CANCRO STOP AGLI ESAMI	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
14	04/12/2019	39	GIORNALE DI SICILIA AGRIGENTO	I PRIVATI DIVENTANO PIÙ SOSTENIBILI	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
15	04/12/2019	23	IL QUOTIDIANO DI SICILIA	IL FONDAMENTALE CONTRIBUTO DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA AL SERVIZIO SANITARIO: 26,5% DELLE PRESTAZIONI	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
16	04/12/2019	78, 7	PANORAMA	NO, IL MEDICO NON C'È, MA VISITA E OPERA LO STESSO...	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
17	10/12/2019	22	MF	LA SANITÀ È GIÀ UN'ECCCELLENZA ITALIANA. E LE ASSICURAZIONI POSSONO AIUTARE A POTENZIARLA	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
18	12/12/2019	32	IL SOLE 24 ORE	SANITÀ INTEGRATIVA SALUTE, CASAGIT DIVENTA MUTUO SOCCORSO APERTO A TUTTI	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
19	12/12/2019	25, 2	IL GAZZETTINO DI UDINE	LA SANITÀ PRIVATA PIACE SEMPRE DI PIÙ	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
20	17/12/2019	33	MF	SEMPRE PIU' NECESSARIO IL SUPPORTO DEL SECONDO WELFARE PER AFFIANCARE IL SSN	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
21	20/12/2019	75, 7	WELFAREOGGI	IL MUTUO SOCCORSO: UNA STORIA LUNGA 170 ANNI	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
22	21/12/2019	30, 3	TECNICA OSPEDALIERA	MITIGARE I DEFICIT DEL CAMPO VISIVO CON LA TELERIABILITAZIONE	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
23	21/12/2019	32, 3	TECNICA OSPEDALIERA	TELECARDIOLOGIA UN POTENZIALE POCO SFRUTTATO	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
24	21/12/2019	35, 3	TECNICA OSPEDALIERA	IL TELECONSULTO PEDIATRICO IN TOSCANA	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
25	21/12/2019	38, 3	TECNICA OSPEDALIERA	IL VALORE DELLA TELERIABILITAZIONE COGNITIVA	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
26	21/12/2019	40, 4	TECNICA OSPEDALIERA	ASSISTENZA DA REMOTO NELLE AREE MONTANE	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
27	21/12/2019	42, 4	TECNICA OSPEDALIERA	TELEMEDICINA A CHE PUNTO È L'ITALIA?	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
28	21/12/2019	25, 2	TECNICA OSPEDALIERA	CARDIOLOGIA IL FUTURO È NELLA RETE	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
29	21/12/2019	49	CORRIERE DELLA SERA	INTESA SANPAOLO PUNTA SULLA SANITÀ, CON RBM	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
30	21/12/2019	15	IL SOLE 24 ORE	A INTESA SANPAOLO VITA ILCONTROLLO DI RBM	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
31	31/12/2019	26, 2	PANORAMA DELLA SANITA'	TELEMEDICINA, L'OBIETTIVO È CREARE UN MODELLO ITALIA	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
32	31/12/2019	30, 3	PANORAMA DELLA SANITA'	ASSISTENZA IN REMOTO, PER ALCUNI È UN'OPPORTUNITÀ DA NON PERDERE	SANITÀ INTEGRATIVA E WELFARE
33	03/12/2019	35	IL SOLE 24 ORE	STUDIO DIGITALE. I BIG DATA AIUTERANNO A PREVENIRE LA DEMENZA?	SALUTE E BENESSERE

Solidarietà

Una visita pagata per chi non ce la fa

Il progetto a Udine

Nel capoluogo friulano, dopo il “caffè sospeso” e anche la “pizza sospesa” di tradizione napoletana, arriva un nuovo modo di fare solidarietà applicato alla sanità. Approda anche a Udine, grazie al Policlinico di viale Venezia e con la collaborazione del Comune, infatti, la **Banca delle visite**, che nasce con l'intento dichiarato di aiutare chi non può permettersi cure a pagamento o che, comunque, rinuncia ad analisi o esami che farebbero sballare il budget familiare.

De Mori a pagina II

Dopo il caffè sospeso arriva la visita pagata per chi ha bisogno

► Sbarca a Udine grazie al Policlinico di viale Venezia il progetto che ha già aiutato mille pazienti in Italia

LA STORIA

UDINE Nel capoluogo friulano, dopo il “caffè sospeso” e anche la “pizza sospesa” di tradizione napoletana, arriva (ma da un progetto con solide radici pugliesi) un nuovo modo di fare solidarietà applicato alla sanità. Approda anche a Udine, grazie al Policlinico di viale Venezia e con la collaborazione del Comune, infatti, la **Banca delle visite**, che nasce

con l'intento dichiarato di aiutare chi non può permettersi cure a pagamento (o che, comunque, rinuncia ad analisi o esami che farebbero sballare il budget familiare) o non può aspettare i tempi del servizio sanitario pubblico. Un obiettivo raggiunto grazie alle donazioni di privati cittadini o di aziende. Chi vuole, sul web, può acquistare una visita o un'altra prestazione sanitaria presenti in una lista e “regalarla” a chi ne ha bisogno, oppu-

re può donare del denaro: le visite e i soldi donati vengono “custoditi” nella Banca fino a quando un altro cittadino, in condizione di necessità, non richiederà una delle prestazioni disponibili. «In questi giorni, in tutta Italia, abbiamo sfiorato le mille visite donate. Il progetto è nato tre anni fa, ma sta crescendo in modo esponenziale. I primi anni si donavano una decina o ventina di visite, poi, man mano che ci hanno conosciuto, le richieste si

sono moltiplicate», spiega il coordinatore Antonello Ceci.

IN REGIONE

Il progetto ha "arruolato" in tutta Italia anche molti "superdottori", ossia, spiega Ceci, «medici e cliniche che aderiscono e che decidono o di donarci delle visite mediche o di fare sconti sul listino di base. Al momento hanno aderito al progetto 65 cliniche e una settantina di medici privati». E adesso scende in campo anche il capoluogo friulano, dove il progetto sarà illustrato nei dettagli giovedì a Palazzo D'Aronco dallo stesso Ceci, da Andrea Lombardi di Banca delle visite, da Claudio Riccobon, amministratore delegato della struttura udinese e da Giovanni Barillari, assessore alla salute. «Il Policlinico Città di Udine - spiega Ceci - è la prima struttura ad aderire nella vostra regione e ci donerà cinquanta visite mediche all'anno più uno sconto sul listino. Noi nasciamo per donare visite che magari sono semplici, ma spesso le persone sono costrette a rinunciarvi. Mi spiego: se c'è una visita cardiologica da

fare, magari uno fa lo sforzo economico anche se è in difficoltà, ma magari una visita dermatologica o ortopedica si mette sempre in secondo piano. Noi tendenzialmente aiutiamo per le visite mediche a basso budget, ci siamo dati come tetto medio i 200 euro per persona, ma poi si valuta la situazione in base alla casistica. Se ci sono particolari difficoltà, abbiamo la possibilità di lanciare delle raccolte fondi dedicate a determinate persone». Per ora in regione «non ci sono arrivate richieste. Ma non

IL COORDINATORE: «CINQUANTA PRESTAZIONI OFFERTE DALLA CLINICA È LA PRIMA STRUTTURA FRIULANA AD ADERIRE»

ci conoscono ancora. Speriamo che il progetto arrivi all'orecchio di chi ne ha bisogno».

LE SENTINELLE

In Friuli la Banca delle visite,

nata nel 2017 come progetto pilota nel Comune di Gravina di Puglia e poi sviluppata sotto l'egida della fondazione Health Italia presieduta da Massimiliano Alfieri, vede già un "superdottore" (Tassilo Del Franco a Gorizia) e anche un'ambasciatrice a Trieste, ma è la prima volta che l'iniziativa coinvolge anche il territorio udinese. «Gli ambasciatori sono i nostri rappresentanti sul territorio, che ci aiutano a diffondere la conoscenza del progetto e a far incontrare chi vuole donare, i medici e chi ha bisogno di aiuto, come sta facendo Cristina Rosa a Trieste e come ha fatto anche Andrea Lombardi, un nostro ambasciatore, che ci ha aiutato ad interfacciarci con il Policlinico Città di Udine. Finora non ci sono ancora state visite mediche fatte dal medico di Gorizia. Il Friuli Venezia Giulia rispetto ad altre regioni ha un sistema più organizzato che riesce a sostenere meglio le persone, ma è importante avere dei punti di riferimento. Qualsiasi medico o clinica voglia aderire, è meglio averlo già a disposizione».

Camilla De Mori



Salute Banca delle visite il Policlinico apre le porte

A pagina VI



Visite gratis per chi ha bisogno decolla il progetto al Policlinico

SALUTE

UDINE Il principio al quale si rifà è quello del “caffè sospeso”, un gesto di solidarietà, un’abitudine viva, soprattutto un tempo, a Napoli. Ma in questo caso ad essere donata non è una tazzina, ma una visita medica. “Banca delle Visite” ieri ha debuttato anche a Udine, per la prima volta in Fvg grazie alla partnership con Policlinico Città di Udine e con il sostegno del Comune. La onlus [Banca delle Visite](#) è una piattaforma che paga visite mediche, esami e prestazioni sanitarie a chi vive un disagio economico e sociale, a chi non potrebbe permetterselo o dovrebbe aspettare i tempi spesso troppo lunghi del servizio pubblico per farle gratuitamente. “Il Policlinico è la prima struttura sul territorio regionale che diventa nostra partner – ha spiegato Andrea Lombardi di [Banca delle Visite](#) – Lo abbiamo scelto perché supporta da anni la nostra Società di Mutuo Soccorso attraverso le prestazioni erogate a favore dei soci e poiché rappre-

senta da oltre 50 anni un punto di riferimento per la salute in Friuli Venezia Giulia: ci garantisce alta specializzazione, esperienza e capacità organizzativa”. Il sostegno di Policlinico al progetto è duplice: “Oltre a svolgere le attività richieste dalla [Banca delle Visite](#), la supporteremo ulteriormente donando un centinaio di prestazioni ed erogando anche altri fondi. – ha specificato Claudio Riccobon, amministratore delegato di Policlinico – Questa iniziativa ci è piaciuta da subito, perché rappresenta una risposta concreta a chi è in difficoltà”. La riserva-

tezza dei pazienti è garantita: un ufficio dedicato del Policlinico fornisce informazioni e gestisce le prenotazioni senza doverci recare al normale sportello. Anche il comune di Udine è parte integrante del progetto, non con un semplice patrocinio ma con un ruolo attivo nell’aiutare [Banca delle Visite](#) a individuare e finanziare i casi di bisogno sul territorio cittadino. Come? Mettendo a disposizione il centralino No alla solit’Udine i cui operatori potranno dare informazioni sul progetto e segnalare a [Banca delle Visite](#) le persone in difficoltà.



Prestazioni mediche gratuite per le persone in difficoltà

Approda in Friuli la [Banca delle visite](#), a cui aderiscono Comune e Policlinico Obiettivo: garantire accesso alle cure ai soggetti più deboli in tempi rapidi



Barillari, Riccobon (Policlinico Città di Udine) e i rappresentanti della [Banca delle visite](#), Lombardi e Ceci

Christian Seu

Il 10 per cento degli udinesi rinuncia a curarsi. Una rinuncia dettata spesso da ragioni economiche: di fronte a spese, scadenze e necessità di garantire beni di prima (e non solo) necessità agli affetti, l'investimento sulla salute è considerato procrastinabile. Per tentare di tamponare questa piaga approda anche in città la [Banca delle visite](#), piattaforma che si occupa di pagare visite mediche, esami e prestazioni sanitarie a chi vive un disagio economico e sociale, a chi normalmente non potrebbe permetterselo o dovrebbe aspettare i tempi spesso troppo lunghi del servizio pubblico per poterle ef-

tettuare gratuitamente.

A dare impulso all'iniziativa in Friuli la convinta adesione del Policlinico Città di Udine e il Comune, che attraverso la rete dei servizi sociali segnalerà alla Banca le persone potenzialmente destinatarie delle prestazioni agevolate. Come spiegato da Andrea Lombardi, referente regionale della piattaforma «per poter usufruire delle prestazioni non sarà necessario presentare alcuna documentazione reddituale. Vogliamo credere nell'onestà delle persone e ci avvarremo della funzione di filtro del Comune, che consideriamo imprescindibile, un vero e proprio caso esemplare a livello nazionale».

L'assessore comunale alla Sanità, Giovanni Barillari, ha spiegato che di questo si occuperà la rete "No alla solit'Udine", composta da 24 associazioni e già impegnata nel supporto ad anziani e persone in situazione di indigenza: «Lo scorso anno abbiamo gestito 3.400 richieste di intervento a vario titolo – ha ricordato – e metteremo a disposizione il centralino del network per fornire informazioni sul progetto della [Banca delle visite](#), evidentemente complementare al Servizio sanitario regionale, che sicuramente funziona in maniera efficace». Il Policlinico ha già annunciato la volontà di mettere a disposizione un pacchetto di cento prestazio-

ni all'anno, «a cui aggiungeremo uno stanziamento in denaro alla onlus, ancora da quantificare», ha spiegato l'amministratore delegato del Città di Udine, Claudio Riccobon.

L'obiettivo è allargare la platea dei donatori, coinvolgendo anche altre realtà private che operano nell'ambito della sanità. Nei giorni scorsi un friulano, venuto a sapere dell'iniziativa, ha chiesto

agli amici che hanno festeggiato con lui il compleanno di donare una cifra da destinare alla [Banca delle visite](#), raccogliendo più di 1.500 euro.

Per accedere alle prestazioni è necessario compilare un questionario sul sito www.bancadellevisite.it, allegando un documento di prenotazione visita in una struttura pubblica, che preve-

da un'attesa più lunga di un mese e l'impegnativa del medico curante, sulla quale deve risultare una delle classi di esenzione per reddito E01, E02, E03, E04. Il progetto è nato nel 2016 grazie a Fondazione [Health Italia](#): costituita per iniziativa delle Società di Mutuo Soccorso [Mba Mutua Basis Assistance](#), [Health Italia spa](#), e la società cooperativa [Coopsalute](#). —

Prestazioni mediche gratuite per le persone in difficoltà
 Qualche volta, la tua vita può essere complicata. Conosci il tuo diritto? La risposta è sì. I tuoi diritti. I tuoi servizi.

2.19 **1.99** **2.99** **2.49**

famila

CON OLTRE 3,2 MILIARDI di utenti nel mondo che utilizzano lo smartphone, e il numero è in costante ascesa, questo strumento è diventato la principale fonte di informazione. Il cellulare ha superato di gran lunga non solo i pc connessi alla rete, e fra le app più usate ci sono quelle legate alla salute e al benessere. Secondo i dati di Apptopia, nel 2018 sono state create e aggiunte nei negozi online di Apple e Google, oltre 3.400 nuove applicazioni di questo tipo, nel 2014 furono poco meno di 1.750. Ancor più significativo è il dato di una recente indagine elaborata dalla società di ricerca americana Grand View Research: il settore delle app mediche nel 2026 varrà 236 miliardi di dollari, con una crescita anno su anno del 44%.

A molti piace scoprire da soli quel che riguarda la salute, anche se il ruolo del medico e degli altri specialisti resta indispensabile. Lo smartphone consegna responsi istantanei, che vanno correttamente interpretati e non equivalgono come diagnosi. Ma ci dicono subito la frequenza cardiaca, le calorie bruciate, se abbiamo problemi di vista, di udito, e quindi è opportuno un controllo; tengono traccia della glicemia, del ciclo mestruale e di molto altro. Indicazioni, ma molte persone così si sentono più sicure e comunque grazie alle app prestano più attenzione alla propria salute. Tanto che colossi tech come Apple e Google nel campo dell'mHealth stanno investendo parecchio, sviluppando loro stesse applicazioni e supporti ausiliari. L'app Salute di Apple, integrata in tutti gli iPhone, è ormai un asset per la multinazionale, che sta creando un ecosistema anche in ambito sanità, sebbene aperto ad altre applicazioni e compatibile con dispositivi wearable oltre al suo Watch. Google ha appena deciso di acquistare Fitbit, l'azienda leader nei fitness band, per 2,1 miliardi di dollari (articolo a pag. 30).

Il settore è in fermento sia per le opportunità che si registrano in ambito professionale, sia per lo sviluppo di nuovi modelli di governance e business, per gli ospedali come per le imprese. I medici hanno a disposizione molte informazioni e risorse aggiuntive via app, spesso evoluzioni di servizi online preesistenti.



Controllano la **frequenza cardiaca**, le **calorie** bruciate, **vista e udito**, monitorano **glicemia** e ciclo mestruale, **prenotano specialisti** e farmaci, preparano all'esame di ammissione alla facoltà di medicina... | **Mark Perna**

Le 50 top app di salute, medicina e benessere

E hanno la possibilità di offrire i loro servizi ai pazienti proprio tramite le applicazioni. In Italia gli strumenti di prenotazione via mobile crescono rapidamente. Siamo all'inizio di una nuova era per la medicina e anche l'elenco delle app più rilevanti che *Capital* ha preparato mostra quanto sia solido il settore, per i medici, per gli utenti e per l'industria.

Le 50 applicazioni selezionate sono state suddivise proprio facendo riferimento ai diversi utilizzatori.

PER I MEDICI

1. Medscape

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: WebMD Health Corporation

Rating su iOS: 4,1

Costo: gratuita



È una delle app essenziali per medici e professionisti della salute che offre l'accesso alle notizie cliniche più recenti riguardanti i farmaci, le patologie e le cure. Sono consultabili più di 8.500 prescrizioni e oltre 6.200 articoli. Consente anche di confrontarsi con altri medici e studenti di medicina. L'edizione principale è in inglese, l'italiano non è supportato.

2. Epocrates

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Epocrates

Rating su iOS: 4,5

Costo: gratuita, acquisti in app



È stata utilizzata da oltre 1 milione di medici come risorsa durante le diagnosi cliniche. Permette di accedere a una vasta documentazione scientifica utile per identificare i trattamenti più opportuni delle patologie. Consente di verificare in tempo reale l'interazione fino a 30 farmaci alla volta. Con un costo aggiuntivo in abbonamento di 174,99 dollari all'anno è possibile accedere a tutte le funzionalità e al catalogo completo. Solo in inglese.

3. UpToDate

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: UpToDate Inc.

Rating su iOS: 4,4

Costo: abbonamento



Vademecum di informazioni mediche utili ai dottori, agli

studenti di medicina, a infermieri e pazienti, basato su prove di evidenza clinica con contenuti approfonditi, argomenti relativi ai farmaci e indicazioni sugli istituti di cura. È necessario sottoscrivere un abbonamento online, da 20 dollari a settimana fino a 520 dollari all'anno. L'app è disponibile anche in italiano.

4. Atlante di anatomia umana 2020

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Visible Body

Rating su iOS: 4,7

Costo: 27,99 euro, acquisti in app



Risorsa essenziale per i medici, professionisti del settore e appassionati. Offre 10mila modelli per aiutare a comprendere l'aspetto e le funzioni del corpo umano. Vincitore del premio Digital Health Awards' Gold for Mobile Applications. Con l'acquisto di estensioni si possono visualizzare anche modelli dentali 3D e animazioni che spiegano la fisiologia e le patologie più comuni.

5. Prontuario SSN

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Momento Medico Srl

Rating su iOS: 3,8

Costo: gratis



Il Prontuario dei farmaci contiene l'elenco di tutti quelli prescrivibili dal Sistema sanitario nazionale e in commercio in Italia. La ricerca di ogni farmaco può avvenire sia attraverso il nome commerciale sia usando il principio attivo. È riservata ai medici e ai farmacisti a cui è rilasciata la password di sblocco, previa iscrizione sul sito di autenticazione www.opendoctor.it.

6. MDCalc Medical Calculator

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: MD Aware Inc.

Rating su iOS: 4,9

Costo: gratis



Già utilizzata da oltre 1,5 milioni di medici come supporto per le decisioni diagnostiche. Permette di accedere a oltre 500 casi clinici reali fornendo informazioni essenziali come l'indice di rischio, algoritmi, equazioni, criteri di analisi, for-

mule, classificazioni, dosaggi e altro. Funziona anche offline. Permette di creare delle liste personalizzate e supporta la sincronizzazione tra l'app e il sito web.

7. Calculate by QxMD

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: QxMD Medical Software

Rating su iOS: 4,8

Costo: gratis



Valida alternativa all'applicazione precedente, offre oltre 200 differenti tipologie di calcoli e supporti decisionali. Copre praticamente tutte le specializzazioni, dalla cardiologia alla medicina interna, a nefrologia, ematologia, gastroenterologia, oncologia, malattie infettive e quelle mentali. È anche in italiano.

8. Instant ECG Mastery of EKG

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: iAnesthesia LLC

Rating su iOS: 3,6

Costo: 5,99 dollari, acquisti in app



Guida per la lettura degli elettrocardiogrammi dedicata a medici, paramedici, infermieri e altri professionisti; ottimo supporto per l'apprendimento e strumento di verifica. Segnala praticamente qualsiasi patologia o evento cardiaco, come tachicardia, bradicardia, fibrillazione atriale... L'app è solo in inglese ma con video e grafici chiari ed esplicativi.

9. Agenda Dottori

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Dottori.it Srl

Rating su iOS: 4,6

Costo: gratis



Pratico strumento dedicato ai medici che devono gestire impegni e visite in più sedi. Si interfaccia al servizio online di Dottori.it, sito di prenotazioni specialistiche in Italia. È in italiano e funziona anche offline.

10. Radiology Assistant 2.0

Piattaforma: iOS

Sviluppatore: BestApps BV

Rating su iOS: 4,4

Costo: gratis, acquisti in app



Vincitrice del premio per la migliore app di radiologia 2018

► della R sna, mette a disposizione numerose referenze ottimizzate per i display dello smartphone. Funziona anche offline e si aggiorna automaticamente quando sono disponibili nuovi contenuti. Solo in inglese.

11. Medical Lab Tests

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Medicon Apps
Rating su iOS: 4,7
Costo: gratis, acquisti in app



Agli addetti ai lavori permette di avere sempre a portata di mano l'elenco completo di tutti i principali esami di laboratorio. Suggerisce quelli da prescrivere anche seguendo criteri prestabiliti riferiti a metabolismo, immunologia, tumori, patologie cardiache, e alla tossicologia. Non è necessaria una registrazione online.

12. iFarmaci

Piattaforma: iOS
Sviluppatore: InfopharmNet
Rating su iOS: 4,8
Costo: 26,99 euro, acquisti in app



Accesso alle informazioni per nome commerciale, principio attivo o codice Aic, o attraverso la lettura del codice a barre sulla confezione. Per ciascun farmaco vengono presentate in modo chiaro tutte le sue caratteristiche, dal produttore al gruppo, tipo, classe, ricetta, Ssn, forma, presenza di glutine e lattosio, se stupefacente o dopante... Funziona anche offline ed è in italiano.

13. Xprompt: multilinguage aide

Piattaforma: iOS
Sviluppatore: Blue Owl Software
Rating su iOS: 5
Costo: 4,49 euro, acquisti in app



Consente di dialogare con pazienti che non parlano la lingua del medico. Supporta 20 diverse lingue, italiano compreso.

14. La borsa del medico

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Centro Studi Medicina Avanzata
Rating su iOS: 1
Costo: gratis



Una delle poche applicazioni di supporto alla diagnosi sviluppa-

ta per i medici italiani. L'app è certificata come dispositivo medico di classe 2^a e quindi richiede una registrazione online. Permette il calcolo di score relativi a vari aspetti clinici. Il progetto è in costante evoluzione, al momento contempla sei aree: dolore, cardiologia, nutrizione, diabete, insufficienza renale, dolore, osteoarticolare, emergenza.

15. Ddxof

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Tom Fadiol
Rating su iOS: 4,6
Costo: gratis



Sviluppata per offrire un supporto al medico durante la valutazione di un caso. Differential diagnosis of (Ddxof) include oltre 100 esempi basati su casi reali nei dipartimenti di emergenza. Consente di procedere all'analisi degli algoritmi con una procedura passo passo ed è possibile salvare immagini e documentazioni di supporto inviandole via email o condividendole sui principali social.

PER L'APPRENDIMENTO

16. Prognosis

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Medical Joyworks LLC
Rating su iOS: 4,8
Costo: gratis



Sviluppata per migliorare la capacità di diagnosi offrendo occasioni di simulazione. Il sistema mette a disposizione di medici e

studenti oltre 600 differenti casi e tutti gli approfondimenti necessari per comprendere eventuali errori. Il team di sviluppo dell'app è composto da oltre 200 medici di 30 differenti specializzazioni. È stata definita l'app di Dr House e ha vinto il Best Health App al World Summit Awards.

17. Anatomia - Atlante 3D

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Catfish Animation Studio
Rating su iOS: 3,6
Costo: gratis, acquisti in app



Permette di studiare l'anatomia umana in modo facile e interattivo, mostrando da qualsiasi angolazione ogni struttura anatomica. I modelli 3D sono dettagliati e con texture fino a 4K di risoluzione. È particolarmente adatta agli studenti di medicina, con testi e informazioni in italiano.

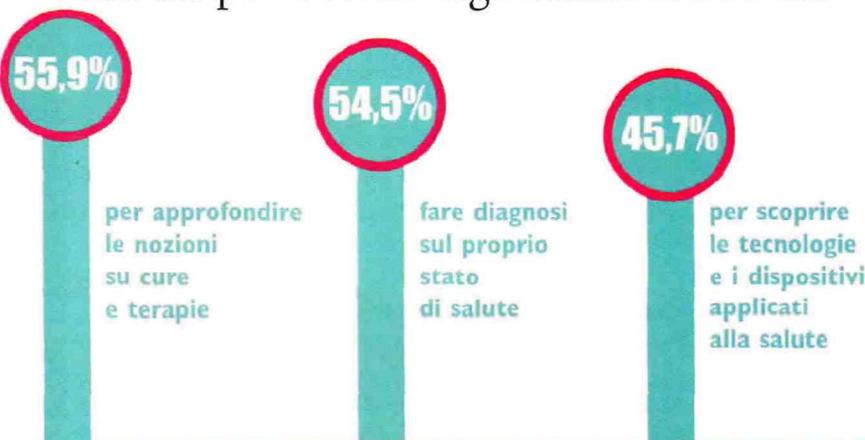
18. 3M Littmann Learning Institute

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: 3M Company
Rating su iOS: 2,8
Costo: gratis, acquisti in app



App sviluppata per imparare l'auscultazione. Sviluppata in collaborazione con 3M Health Care Academy, mette a disposizione diversi casi clinici reali con informazioni sul paziente e con la registrazione audio del stetofonendoscopio. L'accesso è gratuito per un numero contenuto di casi, il pacchetto com- ►►

Ricerche per la salute degli italiani in internet



FONTI: TECH4LIFE, INDAGINE REALIZZATA DA COMMUNITY MEDIA RESEARCH PER CONFINDUSTRIA DISPOSITIVI MEDICI

► pleto prevede l'abbonamento o il riscatto di un codice presente sugli stetoscopi Littmann acquistati.

19. Hoepli Test Medicina

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Edigeo Srl

Rating su iOS: 1,5

Costo: gratis



Costruita su un database di oltre 1.000 domande tutte corredate di risposte commentate, consente di generare un numero praticamente illimitato di test completi da 60 domande, analogo a quello che si dovrà affrontare nella realtà per l'ammissione all'università, oppure scegliere test brevi da 20 domande.

20. Just Quiz - Medicina e Chirurgia

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Luca Zanirato

Rating su iOS: 4,2

Costo: 6,99 euro



Compendio per preparare il test di ammissione a medicina con oltre 3mila quiz. Consente di monitorare i progressi e si possono effettuare anche le simulazioni degli esami degli anni precedenti.

SERVIZI

21. Dottori.it

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Dottori.it Srl

Rating su iOS: 4,8

Costo: gratis



Permette di prenotare una visita medica in pochi clic, di consultare le tariffe, scegliere sede, data e orario, gestire le prenotazioni per tutta la famiglia. Utilizza degli alert sull'app e via sms per non dimenticare gli appuntamenti presi.

22. iDoctors

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Edoctor srl

Rating su iOS: 4,3

Costo: gratis



Per consultare i curriculum, le prestazioni, i costi, la distanza dal luogo in cui ci si trova e i pareri espressi da altri pazienti sugli oltre 3mila medici specialisti. Scelto lo specialista, si seleziona il giorno e l'ora-

rio preferito tra quelli indicati dal medico. Il prezzo della prestazione è sempre specificato.

23. Salutile Prenotazioni

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Aria spa

Rating su iOS: 2,3

Costo: gratis



Sviluppata dalla Regione Lombardia consente di prenotare le visite per sé e i familiari, in modo rapido se si è in possesso della tessera sanitaria regionale e della ricetta, presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate presenti sul territorio lombardo.

24. Miodottore.it

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: ZnanyLekarz Sp. z o. o.

Rating su iOS: 4

Costo: gratis



Il servizio sviluppato dal Gruppo DocPlanner funziona come un portale internazionale dove trovare un medico e riservare una visita specialistica. Uno dei principali vantaggi dell'applicazione è la possibilità di trovare il medico basandosi sulla posizione corrente.

25. Amicomed

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Amicomed Inc.

Rating su iOS: 4,5

Costo: gratis



Funziona come un assistente virtuale per controllare la pressione arteriosa, disegnato e sviluppato da un comitato scientifico di alto livello e basato sulle linee guida cliniche. Per raggiungere i risultati attesi il programma richiede un'attenzione moderata ma continuativa.

26. Sos Medico

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Savoia srl

Rating su iOS: 2,3

Costo: gratis



Funziona un po' come una guardia medica in remoto consentendo di contattare a ogni ora un gruppo di specialisti per un consulto telefonico. Il cui costo è

definito sui minuti di conversazione.

27. myDott

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Consulcesi sa

Rating su iOS: 2,8

Costo: gratis



Studiata principalmente per i medici che vogliono gestire meglio il rapporto con i pazienti. Si controllano più facilmente chiamate, email e impegni. I profili dei medici possono essere personalizzati con foto, informazioni biografiche e calendario degli studi medici.

28. ScegliereSalute

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: ScegliereSalute

Rating su iOS: 3

Costo: gratis



Consente di ricercare medici, professionisti sanitari, centri diagnostici e ospedali in tutta Italia, su elenchi continuamente aggiornati e con recensioni del pubblico riferite ad addetti e strutture sanitarie.

29. uWell

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Sanofi

Rating su iOS: 3,1

Costo: gratis



È possibile testare le proprie conoscenze su salute e benessere, acquistare farmaci, prenotare visite, effettuare videoconsulti online, archiviare i propri dati medici e cercare le farmacie più vicine.

30. LloydsFarmacia

Piattaforma: iOS, Android

Sviluppatore: Admenta Italia

Rating su iOS: 2,1

Costo: gratis



Rende virtuale il proprio armadietto dei farmaci verificando quali stanno per scadere. L'applicazione ricorda con avvisi i medicinali da prendere. Permette inoltre di prenotare i farmaci e di ritirarli oppure di averli a domicilio.

FAI DA TE E UTILITY

31. Automedicazione

Piattaforma: iOS, Android



► Sviluppatore: Unione Nazionale Consumatori
Rating su iOS: n.d.
Costo: gratis



L'app è stata creata dall'Unione Nazionale Consumatori in collaborazione con Anifa. Consente di informarsi sulle patologie più comuni e i farmaci da banco. La sezione farmaci include un elenco di categorie terapeutiche e relativi principi attivi.

32. Progetto Vita

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Codermine
Rating su iOS: 3,5
Costo: gratis



Progetto europeo di defibrillazione rapida contro la morte improvvisa da arresto cardiaco. La app, che coinvolge associazioni di volontariato, enti pubblici e privati, permette di richiedere aiuto in caso d'emergenza. Quando si chiama il 118 tramite l'app viene allertata anche la rete dei soccorritori di Progetto Vita.

33. Salva una vita

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Ministero della Salute
Rating su iOS: 4,1
Costo: gratis



Fornisce le nozioni base per affrontare un'emergenza sanitaria, per l'adulto e per il bambino, video e immagini sulle tecniche di primo soccorso, numeri utili e un quiz per mettere alla prova la capacità di intervenire in modo corretto.

34. Riesci a vedere?

Piattaforma: iOS
Sviluppatore: SHL Consulting
Rating su iOS: 3,1
Costo: gratis



Offre un test della vista. Funziona solo con i recenti iPhone che dispongono del display Retina e il risultato è solo indicativo, in caso di problemi è raccomandato far seguire una visita oculistica. Il test è disponibile anche in lingua italiana.

35. iPsicologo: programma di aiuto contro la depressione

Piattaforma: iOS
Sviluppatore: Antreem Srl

Rating su iOS: 4,5
Costo: gratis



Basato sul trattamento secondo l'ottica cognitivo-comportamentale, ha lo scopo di fornire un aiuto interattivo alle persone che soffrono di depressione. Il Programma di Aiuto non rappresenta in nessun caso una psicoterapia e non vuole sostituirsi all'aiuto specialistico. Fornisce spunti di riflessione e suggerimenti.

36. Sos Bimbi

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: A-Tono
Rating su iOS: 4,1
Costo: gratis



Si possono consultare le schede di pronto soccorso, le sezioni che riguardano vaccini, alimentazione, allattamento, altri consigli. Tutte le informazioni sono state redatte da pediatri degli ospedali Bambino Gesù e Policlinico Agostino Gemelli di Roma e dell'ospedale U.O. di Pediatria di Modica, con la supervisione della Società italiana di pediatria.

37. AR IRC

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Irc Edu Srl e Yoomee Srl
Rating su iOS: n.d.
Costo: gratis



Sviluppata con l'intenzione di promuovere le informazioni essenziali riguardo alla rianimazione cardiopolmonare. Con contenuti multimediali per apprendere come effettuare le manovre di disostruzione pediatrica e un corretto massaggio cardiaco. I video sono disponibili con la tecnica della realtà aumentata.

38. myPill

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Bouqt.com Ltd
Rating su iOS: 4,6
Costo: gratis, acquisti in app



Fa una cosa sola, ma bene: ricorda di prendere la pillola anticoncezionale (anche l'anello e il cerotto). Fornisce inoltre una indicazione sull'arrivo del ciclo. La versione a pagamento sblocca funzioni aggiuntive come l'acquisto di blister personalizzati.

39. iGyno

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Mirco Bettelini
Rating su iOS: 4,3
Costo: 1,09 euro, acquisti in app



Sviluppata con la collaborazione di alcuni medici dell'Associazione europea ginecologica vuole aiutare a gestire tutti gli aspetti della salute femminile, promuovendo anche la prevenzione oncologica. Offre diverse funzioni come la previsione del ciclo mestruale, dell'ovulazione e l'indicazione dei giorni fertili.

40. Test uditivo Mimi

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Mimi Hearing Technologies
Rating su iOS: 4,7
Costo: gratis



Test di solo 6 minuti utilizzando diverse frequenze sonore, da 125 Hz a 12 kHz. L'audiogramma può essere salvato per mostrarlo al medico, al quale non vuole sostituirsi. È disponibile anche in italiano.

41. Sleepzy - Ciclo del sonno

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Aplon Apps
Rating su iOS: 4,2
Costo: gratis, acquisti in app



Tiene traccia dell'andamento del sonno, attiva il risveglio durante la fase di sonno più leggera in modo da rendere più naturale alzarsi, avvisa in caso di sonno insufficiente. Dà consigli per incrementare la qualità dei cicli veglia/sonno. La versione a pagamento consente di eliminare la pubblicità e di accedere a funzioni aggiuntive.

42. mySugr - App per il diabete

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: mySugr GmbH
Rating su iOS: 4,5
Costo: gratis, acquisti in app



Funziona come diario digitale per il monitoraggio delle persone affette da diabete di tipo 1, tipo 2, gestazionale. La bacheca visualizza i grafici del livello della glicemia e permette di tenere traccia ►►

Ingegneri con il camice

Sarà un esperto di medicina di precisione e terapie geniche, ma anche di intelligenza artificiale, big data, nanotecnologie, robot chirurgici, stampe in 3D e bioprotesi. È il medico-ingegnere, che integra e potenzia le competenze della figura professionale del medico chirurgo con quelle dell'ingegneria biomedica. Il nuovo medico 4.0 nasce grazie a una partnership tra Humanitas University e Politecnico di Milano: il risultato è Medtec School, corso di laurea internazionale in medicina, per gli organizzatori «unico al mondo per caratteristiche e durata». Interamente svolto in lingua inglese, offre un percorso formativo di 6 anni: l'obiettivo è formare professionisti in grado di comprendere e gestire le tecnologie avanzate e offrire ai pazienti cure innovative e personalizzate. Al termine del percorso di studi, è previsto un doppio titolo: i laureati in medicina e chirurgia potranno richiedere al Politecnico il rilascio anche della laurea triennale in ingegneria biomedica.

► di alimentazione, medicinali, assunzione di carboidrati, pasti. Stima a colpo d'occhio l'indice HbA1c e offre resoconti dettagliati che si possono agevolmente condividere con il medico curante. Con le funzionalità a pagamento (27,99 dollari all'anno) si può anche effettuare il calcolo dell'insulina, misurare il tasso basale e fotografare i pasti per migliorare il calcolo dei carboidrati.

43. Pharmawizard

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Datawizard Srl
Rating su iOS: 3,1
Costo: gratis



Con questa app è possibile trovare una farmacia aperta, confrontare i prezzi di tutti i farmaci e conoscere quelli equivalenti volendo risparmiare. È inoltre possibile comunicare via chat con i farmacisti convenzionati, verificare le scadenze dei farmaci e attivare un sistema di notifica durante le terapie.

44. SnoreLab

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Reviva Softworks Ltd
Rating su iOS: 4,5
Costo: gratis, acquisti in app



Una delle applicazioni più popolari, serve a registrare, misurare e tenere traccia del russamento notturno. Si basa su un database di 50 milioni di notti di sonno che consente all'app di identificare il problema, basta collocare lo smartphone accanto al letto mentre si dorme.

Offre consigli per verificare quali fattori potrebbero ridurre il disturbo.

45. Lifesum

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Lifesum AB
Rating su iOS: 4,5
Costo: gratis, acquisti in app



Offre un approccio olistico alla qualità della vita aiutando le persone a perdere peso anche solo modificando piccole abitudini sbagliate. Mette a disposizione consigli dietetici personalizzati. Tra gli obiettivi anche l'aumento della massa muscolare, riducendo quella grassa. L'applicazione funziona anche in abbonamento con formule da 1 mese, 3 mesi e 1 anno.

46. Yazio

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Yazio GmbH
Rating su iOS: 4,6
Costo: gratis, acquisti in app



È tra i contatori di calorie più popolari. Il database contiene oltre 2 milioni di alimenti e permette il calcolo delle calorie anche attraverso la scansione del codice a barre. La versione a pagamento offre l'accesso a piani nutrizionali e ricette dedicate, tiene traccia degli zuccheri, del sale e delle fibre assunti durante la giornata.

47. Edo: ora sai cosa mangi

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Edo Srl
Rating su iOS: 4,3
Costo: gratis



Serve a conoscere meglio quello che si mangia, comprendendo le etichette: lo smartphone legge i codici a barre degli alimenti.

48. Remente

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Remente
Rating su iOS: 4,7

Costo: gratis, acquisti in app



Funziona come una sorta di coach digitale per migliorare la qualità della vita, riequilibrarsi e aumentare il proprio benessere. Grazie a recenti studi in psicologia, neuroscienza e training mentale, è possibile ridurre i livelli di stress, dormire meglio, essere più energici. Integra anche esercizi specifici per aumentare la memoria. Serve l'abbonamento per accedere alle funzioni complete.

49. Gravidanza +

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Health & Parenting Ltd
Rating su iOS: 4,8

Costo: gratis, acquisti in app



Sono oltre 25 milioni i clienti che hanno utilizzato questa applicazione considerata la numero 1 al mondo per la gestione della gravidanza. Permette di redigere un diario giornaliero e registrare il peso corporeo durante la gestazione. Al momento del parto fornisce un timer delle contrazioni.

50. 112 Where Are U

Piattaforma: iOS, Android
Sviluppatore: Health & Parenting Ltd
Rating su iOS: 3,3
Costo: gratis



Permette di chiamare il numero di emergenza europeo 112 (soccorso sanitario, vigili del fuoco e forze dell'ordine allertate da una sola centrale operativa), inviando automaticamente i dati di localizzazione e le informazioni che si sono inserite nell'app, come i numeri di telefono da chiamare in caso di necessità. È disponibile una funzione demo per simulare una chiamata al 112 verificando se il servizio riceve correttamente la propria posizione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MUTUALISMO TRA STORICITÀ, TRASFORMAZIONE E ATTUALITÀ

L'ISTANTANEA DEL PRIMO PANEL PERMANENTE DELLE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO IN ITALIA [*]

Laura Bongiovanni [**]

DI CHE COSA PARLIAMO

Le Società di Mutuo Soccorso (d'ora in avanti qui indicate con l'acronimo SMS) sono nate in Europa tra il XIX e il XX Secolo come associazioni volontarie di lavoratori interessati a cercare di difendersi e tutelarsi verso i rischi connessi al crescente processo di industrializzazione e al conseguente degenerare delle condizioni materiali e morali dei lavoratori. Le SMS hanno da sempre operato al fine di offrire agli associati un aiuto nei più svariati casi di necessità personale connesse al lavoro: la perdita del lavoro, la malattia e gli infortuni, i decessi. Negli anni e con la crescita degli aderenti, il campo di azione delle SMS si è esteso per rispondere a bisogni ulteriori non solo economici, come la promozione e il sostegno dell'istruzione, l'educazione e la prevenzione sanitaria, la gestione del tempo libero attraverso attività culturali e ricreative, la formazione per l'avviamento al lavoro e la trasmissione dei mestieri.

Le prime esperienze di SMS in Italia risalgono alla metà

del 1800: nel 1844 re Carlo Alberto di Savoia sostenne la necessità di casse di beneficenza e carità fra gli operai, alimentate dai loro stessi contributi. Nel 1848 nacque la Società generale degli operai di Pinerolo, in Piemonte; 38 anni dopo, fu promulgata la legge 3818, che riconosceva alle SMS la possibilità di acquisire personalità giuridica e dettava le condizioni essenziali alle quali avrebbero dovuto attenersi: il soccorso ai soci come finalità, il risparmio come mezzo, la mutualità come vincolo. La legge 3818 del 15 aprile 1886 è dunque il primo intervento legislativo organico che ancora oggi disciplina la materia e delinea le attività delle SMS. Solo con la riforma del 2012 (d.l. 179/2012, convertito in legge 221/2012), sono state introdotte alcune importanti novità che modificano la legge 3818/1886.

Con la Riforma del Terzo settore (legge 106/2016 e d.l. 117/2017 "Codice del Terzo Settore") le SMS vengono riconosciute, in quanto Enti di Terzo settore, tra i protagonisti dell'economia sociale italiana: l'art. 4 del "Codice del Terzo Settore" annovera infatti le società di mutuo soccorso tra gli "Enti del Terzo Settore" e l'art. 43 dello stesso Codice afferma la possibilità per le SMS di trasformarsi in associazioni del Terzo settore o in associazioni di promozione sociale, mantenendo il proprio patrimonio, ciò al fine di delineare un più omogeneo posizionamento delle organizzazioni nel loro complesso e favorire una migliore riconoscibilità.

Questo un *iter* legislativo[1] – anche se qui solo sinteticamente delineato – aiuta a comprendere l'attualità del fenomeno delle SMS e le trasformazioni che lo stanno

[*] Il Panel realizzato da Associazione Isnet in partnership con FIMIV, FEDERAZIONE SANITÀ, ANSI (si veda nota successiva) è composto di 200 società di mutuo soccorso in Italia ed è rappresentativo della popolazione di riferimento.

[**] La ricerca è stata realizzata dall'Associazione Isnet nell'ambito degli approfondimenti tematici dell'Osservatorio nazionale sull'impresa sociale e ha costituito il primo Panel nazionale sulle SMS, con 200 SMS rappresentative della popolazione statistica. La costituzione di un Panel nazionale offre la possibilità di fare analisi periodiche e le verifiche dell'impatto sociale generato, utili anche per le politiche e le azioni di governo. ISNET (www.impresasociale.net) è una Associazione costituita nel 2007 che dialoga con un network di 1.234 enti del Terzo settore con l'obiettivo di sostenere lo sviluppo delle imprese sociali favorendo le relazioni, i processi di innovazione e diversificazione delle attività. Laura Bongiovanni è Presidente di Isnet e Responsabile dell'Osservatorio.

[1] Legge 15 aprile 1886, n. 3818 modificata dall'art. 23 del d.l. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito dalla legge 221 del 17 dicembre 2012; decreto del Ministero sviluppo economico, 6 marzo 2013 – G.U. n. 66 del 19 marzo 2013; legge 6 giugno 2016, n. 106; d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117.

interessando: le SMS, le prime libere organizzazioni che fin dall'Ottocento hanno realizzato su base volontaria forme di tutela dei lavoratori e dei cittadini, rappresentano oggi un modello più che mai attuale, con una società alle prese con bisogni crescenti, e alla ricerca di risposte adeguate anche in ambito sociosanitario.

In questo quadro, il mutualismo gioca un ruolo rilevante nel disegnare un welfare integrativo accessibile a tutti in base ad un principio semplice: mutualizzare i rischi privati, costruendo una risposta collettiva e solidaristica. Lo strumento è **secolare ma si sta dimostrando ancora capace di produrre innovazione sociale**. Le SMS sono soggetti non profit, non hanno remunerazione del capitale bensì un margine mutualistico da reinvestire nell'assistenza ai soci, per i quali viene garantita assistenza per tutta la vita. Sono questi i valori rimasti invariati negli anni, che rappresentano le fondamenta del modello, rispetto al quale le organizzazioni – come la presentazione di alcuni degli indicatori dell'indagine Isnet evidenzia qui di seguito – si stanno interrogando per reinterpretare la propria missione in ascolto dell'evoluzione dei bisogni. In questo quadro le SMS rappresentano una terza via, tra un welfare pubblico che fatica a garantire servizi sociosanitari universali e privati attratti (quasi) solo dal profitto.

La consapevolezza dell'importanza di osservare il fenomeno ha mosso nel 2016 l'azione di ricerca per la costituzione del primo Panel permanente di SMS in Italia, che ha permesso per la prima volta, di descriverne consistenze e caratteristiche [2].

PERCHÉ UN'INDAGINE CONTINUATIVA SUL MUTUO SOCCORSO IN ITALIA?

Nel 2016 Associazione Isnet che ha già fondato l'Osservatorio Isnet sulle imprese sociali, unica indagine continuativa sulle imprese sociali in Italia alla sua 13ª edizione[3], ha avviato il primo studio specificamente dedicato alle SMS, poiché riteneva urgente, proprio a partire dall'attualità del fenomeno e dagli importanti processi trasformativi in atto, restituire un quadro conoscitivo sulle principali caratteristiche. Prima di questa data, le ricerche sul tema erano state

[2] Le numerosità emerse nella prima ricerca sono state prese a riferimento nell'Atto del Governo n. 417, art. 1, comma 2, lett. b), l. 6 giugno 2016, n. 106 XVII legislatura, nella sezione dedicata alle SMS in corrispondenza alle pagg. 81 e 82.

[3] Panel di 500 imprese sociali rappresentativo della popolazione statistica nazionale, interrogato a cadenze periodiche.

ricondotte a tematiche specifiche, oppure a contesti geografici limitati o ancora definite in ragione dei sistemi di appartenenza alle organizzazioni di rappresentanza. Con la ricerca del 2016, l'Associazione Isnet ha studiato le SMS su tutto il territorio nazionale ricostruendo serie storiche su numerosità, consistenze e principali caratteristiche delle organizzazioni e analizzando le SMS in relazione a temi quali la sanità integrativa, le modalità di gestione, la reattività rispetto agli interventi legislativi del 2012 e alla nuova legge di riforma del Terzo settore. La prima indagine del 2016 è stata propedeutica alla costituzione di un comitato di indirizzo all'azione di ricerca partecipato dagli organismi di rappresentanza Fimiv, Federazione Sanità e Ansi[4], che hanno nominato un proprio rappresentante in qualità di componente del comitato di indirizzo con responsabilità di presidio e partecipazione alle riunioni del gruppo di lavoro. I componenti del comitato di indirizzo hanno partecipato attivamente alla definizione di obiettivi e strumenti della seconda azione di ricerca, progettata sulla base di un lavoro co-partecipato e condiviso.

L'impianto della ricerca: criticità e scelte metodologiche

In continuità con quanto già svolto nella prima edizione dell'indagine, nella definizione degli obiettivi e delle metodologie della ricerca è stato necessario considerare alcuni vincoli, tra i quali i principali hanno riguardato:

- Assenza di un elenco univoco o un albo nazionale ufficiale delle SMS;
- Solo alcune regioni hanno istituito albi delle SMS, tra l'altro molto spesso risultati incompleti o addirittura mai pubblicati;
- Le varie fonti sono spesso discordanti in quanto a numerosità delle SMS e loro caratteristiche;
- Alcune SMS sono iscritte ai registri della Camera di Commercio, ma risultano non attive o non rintracciabili;

[4] La Fimiv-Federazione italiana delle società di mutuo soccorso, è stata fondata nel 1900 in occasione del 1° Congresso delle SMS. Federazione Sanità si pone, nel panorama italiano, come organizzazione del settore sanità che integrando le cooperative dei diversi settori della sanità, propone una rete di servizi sanitari, sociali, assistenziali e di mutualità integrativa da offrire ai cittadini. ANSI è l'Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare, fondata nel 2011 da alcune società generali di mutuo soccorso e casse di assistenza sanitaria come risposta al bisogno di aggregazione e di rappresentatività nel settore della Sanità Integrativa Italiana.

- Altre SMS sono in attesa di iscriversi ai registri poiché ad oggi non vi sono ancora controlli attivi. Per affrontare al meglio tali criticità, si è scelto di articolare la ricerca in tre fasi complementari:
 - Indagine desk su fonti secondarie (banche dati, siti internet, ricerche pregresse, atti normativi, ecc.);
 - Indagine qualitativa attraverso interviste semi strutturate;
 - Indagine campionaria con interviste strutturate, somministrate ad un campione di SMS stratificato per area geografica.

Nel 2016, l'identificazione delle consistenze numeriche complessive e di quelle relative allo stato di attività delle SMS era avvenuta mediante intervista a 29 testimoni privilegiati, responsabili dei coordinamenti regionali. Le procedure di aggiornamento di questi dati per il 2018 è avvenuta incrementando il numero degli interpellati (non solo testimoni privilegiati del 2016, ma tutte le SMS interpellate nell'indagine campionaria, in totale 200 organizzazioni). In concomitanza all'indagine campionaria, gli intervistati sono stati consultati relativamente alle consistenze numeriche delle SMS presenti nei territori e di quelle attive. Ad ogni intervistato è stato chiesto di indicare il numero di SMS presenti sul territorio regionale e di specificare la numerosità di quelle attive. Per stabilire lo stato di attività, gli interlocutori dovevano basarsi sulla compresenza di quattro parametri stabiliti dal disegno metodologico: SMS che hanno soci che versano quote annuali, SMS che svolgono attività non occasionali [5], SMS che svolgono attività a beneficio dei soci impiegando le quote versate, SMS raggiungibili, dove quindi vi sia un contatto di riferimento attivo e reale. A partire dalle informazioni raccolte attraverso la ricerca desk è stata predisposta un'indagine quantitativa campionaria. Per l'individuazione delle SMS, oltre all'utilizzo della banca dati creata nel 2016 e al supporto delle organizzazioni aderenti al "comitato di indirizzo", si è ricorsi alla tecnica nota come "snowball sampling": tutti i contatti iniziali sono stati utilizzati per i referall su altre SMS fino al raggiungimento del punto di saturazione rispetto alle consistenze identificate (riferimenti diventati circolari). Oggi la banca dati è composta da oltre 600 nominativi. Le SMS intervistate nelle due indagini (2016 e 2018), oltre a quelle presenti in banca dati, costituiscono il primo Panel nazionale delle SMS in Italia[6].

[5] Ad esempio, non sono considerate attività continuative le cene sociali annuali, oppure il semplice fatto di avere una sede.

[6] Considerato l'universo statistico di 532 SMS attive una varian-



Grafico 1 – Sintesi numerica SMS totali e SMS attive e raffronto con i dati 2016

Fonte: Seconda indagine nazionale SMS (Panel Associazione Isnet in partnership con FIMIV, ANSI, Cooperazione Salute)

CONSISTENZE E PRINCIPALI CARATTERISTICHE DALL'ULTIMA Istantanea DATI

L'istantanea che emerge dall'indagine rivela un buon livello di dinamicità e capacità di risposta a fronte delle trasformazioni dell'ambiente di riferimento. Le SMS attive, che svolgono attività non occasionali, sono ad oggi 532 e sono cresciute di un 7,8% rispetto alla precedente rilevazione: si tratta di un primo dato che documenta la dinamicità e reattività del settore.

Per quanto riguarda la localizzazione, quasi il 50% di SMS si trova in area nord ovest; Piemonte e Liguria, dove storicamente il fenomeno si è originato con i più significativi livelli di incisività, sono le regioni con i più alti livelli di concentrazione.

La gran parte delle organizzazioni, ben l'84% del campione, è stata fondata nel periodo antecedente il 1924, ad ulteriore conferma che le SMS rappresentano storicamente una forma di auto-organizzazione secondo modalità associazionistiche "dal basso" dalle radici antiche. L'11,5% delle organizzazioni è stata costituita dopo il 1992. Le società fondate nel dopoguerra e localizzate nel nord est sono quelle che presentano il maggior numero di soci, con valori che superano le mille unità.

Il panorama è molto variegato, tra organizzazioni di piccole dimensioni ed altre con più elevati livelli di struttu-

za dello 0,5 e una confidenza 0,955, la numerosità campionaria indicata ha permesso di attestare l'errore campionario complessivo al 5,6%.

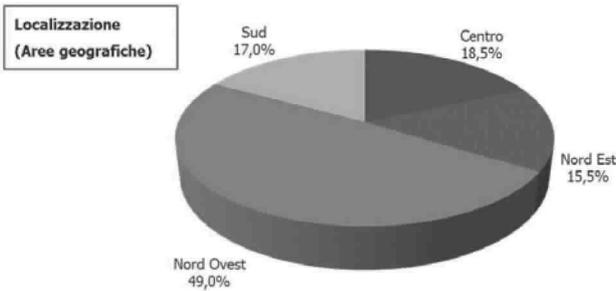


Grafico 2 – Localizzazione SMS per area geografica
Fonte: Seconda indagine nazionale SMS (Panel Associazione Isnet in partnership con FIMIV, ANSI, Cooperazione Salute)

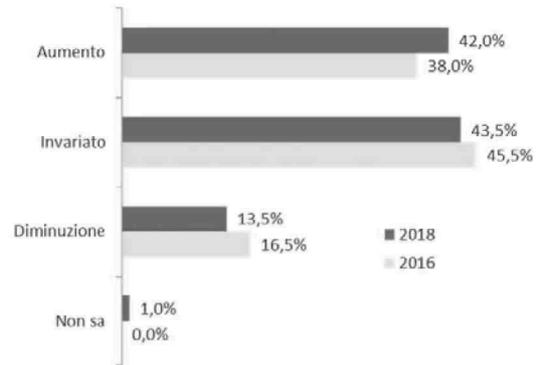


Tabella 1 – Sentiment numero dei soci
Fonte: Seconda indagine nazionale SMS (Panel Associazione Isnet in partnership con FIMIV, ANSI, Cooperazione Salute)

razione. Consapevoli di questa complessità, ci si è interrogati sui livelli di dinamicità del settore individuando in particolare due indicatori, ovvero il *sentiment* sull'entità della base associativa e la propensione ad avviare attività in ambito sociosanitario. Il primo indicatore restituisce l'immagine di un sistema che presenta buoni livelli di vivacità. Infatti, il 42% dei rispondenti prevede un aumento del numero di soci, con incrementi di ben quattro punti percentuali rispetto alla prima indagine. Viceversa, solo il 13,5% del campione prevede dati in diminuzione.

Tra le SMS che svolgono attività in ambito sanitario, quelle che dichiarano un aumento dei soci è pari al 51%, contro il 25% delle SMS che non svolgono attività sanitaria. È questa una porzione di campione in crescita: aumentano infatti di oltre 6 punti percentuali le SMS che svolgono attività sociosanitarie, passando dal 54,5 della prima indagine al 61% dell'ultima rilevazione.

Dare risposte ai crescenti bisogni assistenziali è diventata, negli anni, la specifica delle mutue più dinamiche: dalle cure domiciliari alle spese odontoiatriche, dai trasporti alle visite specialistiche. E il Panel conferma questa propensione: nell'ultimo anno le SMS hanno erogato prestazioni e sussidi sociosanitari e assistenziali ai propri soci beneficiari per un valore complessivo di 141 milioni di euro, pari al 63,3% dei contributi raccolti.

LA SPECIFICITÀ DEL MODELLO DI INTERVENTO E IL VALORE AGGIUNTO SOCIALE E PARTECIPATIVO

Gli indicatori di dinamicità monitorati dall'indagine restituiscono il quadro di un settore in trasformazione alla ricerca di un suo riposizionamento. In questo processo, sarà sempre più importante lavorare per una ri-

conoscibilità con l'evidenziazione dei tratti di specificità rispetto ad altri attori organizzativi presenti in ambito sociosanitario.

Con questo intento una sezione della indagine si è interrogata sulle politiche di gestione, approfondendo i livelli di partecipazione e i principi solidaristici. L'indagine evidenzia che la totalità delle SMS intervistate:

- organizza annualmente l'assemblea dei soci;
- prevede che le cariche sociali siano elettive;
- applica il principio di una testa un voto;
- garantisce assistenza per tutta la vita agli assistiti;
- non prevede limitazioni di coperture per assistiti più anziani (in alcuni casi è esclusa la prima iscrizione se *over 70*);
- non prevede graduazione di contributi in base all'età (se non in alcuni casi, in forma migliorativa per gli anziani con i più elevati livelli di rischio).

I dati evidenziano come *governance* partecipata e solidarietà risultino i tratti specifici del modello di intervento, in continuità con i principi ispiratori fondativi delle prime mutue di metà Ottocento. Secondo questo modello, la salute non è un business, ma un bisogno che necessita di risposte ispirate a modelli di welfare, capaci di creare meccanismi di vicinanza e co-partecipazione. Nelle SMS il cittadino è un socio, non un cliente.

Per meglio favorire riconoscibilità e consapevolezza del sistema, è intento del Comitato di indirizzo all'azione di ricerca, in previsione della prossima indagine che verrà realizzata nel 2020, esplorare meglio il valore aggiunto sociale e culturale del modello, integrando quest'ultima sezione della ricerca con una analisi puntuale dell'impatto sociale.

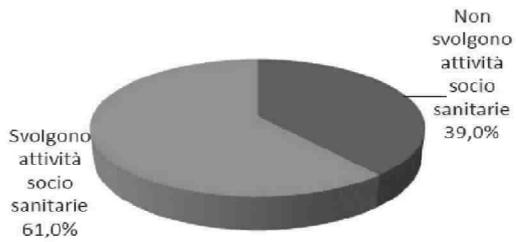


Grafico 4 – SMS attive e non attive in ambito sociosanitario
Fonte: Seconda indagine nazionale SMS (Panel Associazione Isnet in partnership con FIMIV, ANSI, Cooperazione Salute)

CONCLUSIONI

L'idea di unirsi per l'aiuto reciproco è attualissima. In questo scenario le SMS sono una risposta integrativa e non sostitutiva del sistema pubblico e con elementi di importante distinzione rispetto al sistema privato: soci al posto dei clienti, assenza di remunerazione del capitale, porte aperte a tutti. Sono elementi ancora in gran parte sottotraccia e poco noti, al di fuori di cerchie ristrette di addetti ai lavori, che l'indagine e il Panel dedicato vogliono far emergere e raccontare in modo circostanziato.

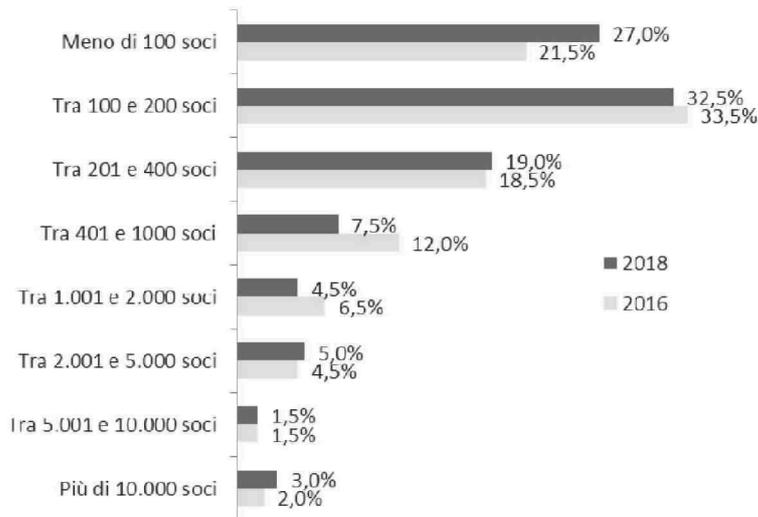


Tabella 2 – Numero dei soci delle SMS
Fonte: Seconda indagine nazionale SMS (Panel Associazione Isnet in partnership con FIMIV, ANSI, Cooperazione Salute)

RUGBY TOP 12

Mogliano e "Banca delle Visite" un progetto di sostegno alle famiglie in difficoltà



Mario Piccin, a destra, mostra la maglia del Mogliano Rugby con la scritta "Banca delle Visite"

MOGLIANO. Il rugby moglianesse conferma la sua vocazione sempre più solidale annunciando l'ennesima iniziativa di taglio sociale promossa dal presidente Piccin e dal suo direttivo.

In pieno spirito natalizio, il club di via Colelli ha ospitato nella giornata di mercoledì la presentazione ufficiale della partnership con la Fondazione [Health Italia](#) Onlus, grazie alla quale le divise da gioco dei settori giovanili fino all'Under 16 compresa avranno d'ora in poi sul frontale delle maglie da gioco il logo "Banca delle Visite", progetto di sostegno alle fa-

miglie in difficoltà economiche ispirato alla tradizione napoletana del "caffè sospeso". In sintesi, grazie alle donazioni private, "Banca delle Visite" garantisce a cittadini bisognosi o ad associazioni di volontariato l'accesso gratuito a visite specialistiche e a prestazioni sanitarie.

Alla presentazione del progetto, caratterizzato dallo slogan "To vinco sempre", oltre al presidente biancoblù erano presenti per l'amministrazione il sindaco Davide Bortolato, l'assessore allo Sport Enrico Maria Pavan e l'assessore alle Politi-

che Sociali Giuliana Tochet, quindi i soggetti operativi Antonello Ceci e Maurizio Cecconi per [Banca delle Visite](#) e [Mutua MBA](#) e Roberto Brunetta e Paolo Salmaso di Asi Insurance Broker.

«Il sostegno è uno dei principi fondamentali del rugby», ha esordito il numero uno del club biancoblù dopo i saluti di rito, «per essere efficace, è fondamentale che ogni azione individuale si avvalga del sostegno dei compagni, diversamente il giocatore può rimanere isolato e perdere il possesso della palla. Crediamo fortemente nel valore di questo pro-

getto, e siamo orgogliosi che i nostri atleti più piccoli ne siano in qualche maniera testimonial e veicolatori».

Oltre al posizionamento sul petto, l'adesione al progetto si sostanzierà con la presenza del logo Fondazione **Health Italia** Onlus sulla

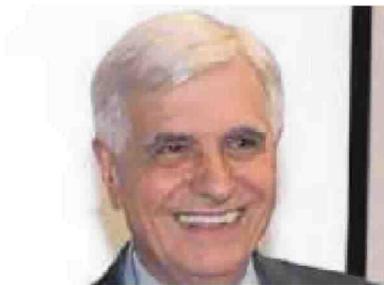
manica destra, e quello di **Mutua MBA** (società di mutuo soccorso) sulla manica sinistra. Ulteriori informazioni saranno diffuse al pubblico durante il match-clou della sesta giornata contro il Valorugby, in programma domani pomeriggio con ini-

zio alle ore 14: c'è in palio, dopo la splendida vittoria contro il Petrarca dell'ultimo turno, il sorpasso in classifica e la conferma di un ruolo da protagonista assoluto nella Top 12 di quest'anno. —

Gianluca Galzerano



Top 12. Stretto l'accordo con la Fondazione **Health Italia** Onlus Domani alle 14 la squadra di Costanzo affronterà gli emiliani Mogliano con la **Banca delle Visite** prima del match con il Valorugby



MAURIZIO PICCIN È IL PRESIDENTE DEL MOGLIANO RUGBY, SEMPRE VICINO ALLE DINAMICHE SOCIALI

«Crediamo nel sostegno, in campo come nella vita: chi resta isolato può perder palla, servono sempre i compagni»

L'ACCORDO

Il rugby moglianese conferma la sua vocazione sempre più solidale annunciando l'ennesima iniziativa di taglio sociale promossa dal presidente Piccin e dal suo direttivo. In pieno spirito natalizio, il club di via Colelli ha

ospitato nella giornata di mercoledì la presentazione ufficiale della partnership con la Fondazione **Health Italia** Onlus, grazie alla quale le divise da gioco dei settori giovanili fino all'Under 16 compresa avranno d'ora in poi sul frontale delle maglie da gioco il logo "Ban-

ca delle Visite", progetto di sostegno alle famiglie in difficoltà economiche ispirato alla tradizione napoletana del "caffè sospeso". In sintesi, grazie alle donazioni private, "Banca delle Visite" garantisce a cittadini bisognosi o ad associazioni di volontariato l'accesso gratuito a visite specialistiche e a prestazioni sanitarie. Alla presentazione del progetto, caratterizzato dallo slogan "Io vinco sempre", oltre al presidente biancoblu erano presenti per l'Amministrazione il Sindaco Davide Bortolato, l'Assessore allo Sport Enrico Maria Pavan e l'Assessore alle Politiche Sociali Giuliana Tochet, quindi i soggetti operativi Antonello Ceci e Maurizio Ceconi per **Banca delle Visite** e **Mutua MBA** e Roberto Brunetta e Paolo Salmaso di Asi Insurance Broker. «Il sostegno è uno dei principi fondamentali del rugby», ha esordito il numero uno del club dopo i saluti di rito. «Per essere efficace, è fondamentale che ogni azione individuale si avvalga del sostegno dei compagni, diversamente il giocatore può rimanere isolato e perdere il possesso della palla. Crediamo fortemente nel valore di questo progetto, e siamo orgogliosi che i nostri atleti più piccoli ne siano in qualche maniera testimonial e veicolatori». Oltre al posizionamento sul petto, l'adesione al progetto si sostanzierà con la presenza del logo Fondazione **Health Italia** Onlus sulla manica destra, e quello di **Mutua**

MBA (società di mutuo soccorso) sulla manica sinistra. Ulteriori informazioni saranno diffuse al pubblico durante il match-clou della sesta giornata contro il Valorugby, in programma sabato pomeriggio con inizio alle ore 14: in palio, dopo la splendida vittoria contro il Petrarca dell'ultimo turno, il sorpasso in classifica e la conferma di un ruolo da protagonista assoluto nel Top 12 di quest'anno. —

Gianluca Galzerano



IL SERVIZIO. Tutto pronto per l'attivazione dell'info point anche a Brescia

La «Banca delle visite» porta tempo e denaro

Una solidarietà diffusa e la generosità anche da parte dei medici per chi non si può permettere una visita privata e non può aspettare

Silvana Salvadori

In Lombardia la sanità pubblica funziona, quasi sempre, perfettamente. Però a volte capita di dover attendere mesi per ricevere una prestazione medica specialistica o per effettuare esami specifici. Tempo che, quando si parla di salute, non sempre si ha a disposizione. E allora, chi può permetterselo, ricorre a prestazioni effettuate spesso dagli stessi medici ma in libera professione. Tutto regolare, consentito, ed estremamente più veloce. Ma la sanità privata costa, a volte moltissimo. E non tutti possono permettersi di pagare un «salta coda» anche perché gli ultimi dati Istat disponibili (2018) stimano in oltre 1,8 milioni le famiglie in povertà assoluta, per un totale di 5 milioni di persone in Italia. A cui si aggiungono quelle in povertà relativa, altre 3 milioni: e per queste persone una visita medica privata non è fra le opzioni disponibili.

FINO A IERI, anzi, fino all'inizio del 2017 quando è nata «Banca delle Visite», progetto che porta la paternità di Fondazione Basis, costituita per iniziativa delle società di mutuo soccorso **Mba Mutua**

Basis Assistance, Health Italia S.p.A. e la società cooperativa **Coopsalute**.

Si basa sul concetto di solidarietà tipico del caffè sospeso, con la differenza che si tratta di una prestazione medica. Lo scopo è quello di aiutare chi non può permettersi una visita sanitaria a pagamento e che non può attendere i tempi spesso troppo lunghi del servizio sanitario pubblico. L'unico requisito necessario per accedere è essere in possesso di una prescrizione medica (è sufficiente quella del proprio medico di base) che richieda una visita o un esame specialistico con il codice di esenzione per reddito (E01, E02, E03, E04), e un documento di prenotazione della visita in una struttura pubblica che preveda un'attesa più lunga di un mese. Il resto è semplicissimo. Basta collegarsi al sito **Bancadellevisite.it** e registrarsi con i dati richiesti, l'organizzazione assicura un contatto con l'utente entro cinque giorni dalla richiesta. E per chi, come le persone anziane, ha qualche difficoltà ad utilizzare Internet, è possibile recarsi fisicamente negli info point che **Banca delle Visite** sta aprendo su tutto il territorio nazionale.

A Brescia non sono ancora attivi, ma a breve verrà attivato il primo all'interno di Co-Working Lab di via Oddino Pietra 10.

«Banca delle Visite è il nostro modo di fare volontariato», spiega Valter Arici, fondatore di Co-Working e project manager di **Mutua Mba**, «attraverso il nostro lavoro di promotori di **Mutua Mba**, incontriamo molto spesso situazioni di disagio sociale, anche nel Bresciano, sappiamo bene quanto un'attività di sostegno come questa sia sempre più necessaria. Già oggi una piccola percentuale della quota di chi si associa a **Mutua** finisce nella Banca, e anche noi volevamo fare la nostra parte».

I CONTATTI con realtà del territorio bresciano per aprire filiali di **Banca delle Visite** sono iniziati negli ultimi mesi dell'anno da parte del team bresciano dei promoter di **Mutua** che donano il loro tempo alla causa, diverse amministrazioni hanno dato la loro disponibilità a diventare «Comune Amico» (con una donazione minima di 500 euro che verrà utilizzata come salvadanaio per i residenti

Tutte le donazioni confluiscono in anonimato in un fondo a disposizione di chi ha bisogno

che richiederanno prestazio-

ni alla Banca), ma la definizione degli accordi arriverà nelle prossime settimane. Già ora, però, è possibile per un bresciano ricevere prestazioni gratuite collegandosi al sito internet, grazie alla generosità di chi, da quasi tre anni, sta lasciando «visite sospese» nella Banca. Perché anche donare è facilissimo. Si può effettuare un bonifico o

un pagamento con carte di credito o prepagate attraverso il sito di qualsiasi importo, e tutto il raccolto finisce in anonimato in un fondo a disposizione di tutti i bisognosi. Ma, se si è medici, è possibile donare anche prestazioni sanitarie, e sono già molti coloro che si sono già messi a disposizione. ●



Sostegno per le visite mediche per chi è indigente e ha urgenza di farsi vedere da un medico



Valter Arici, fondatore di Co-Working



VISITE MEDICHE GRATIS PER CHI NON PUÒ PERMETTERSELE: LA BANCA SPECIALE CHE AIUTA I PAZIENTI

HOME PRIMA PAGINA VIDEO FOTO

Martedì 3 Dicembre 2019 | Ultimo agg.: 10:08

ILGAZZETTINO Digital

Udine ILGAZZETTINO.it



Udine

cerca nel sito

NAZIONALE VENEZIA-MESTRE TREVISO PADOVA BELLUNO ROVIGO VICENZA-BASSANO VERONA PORDENONE UDINE TRIESTE NORD EST

DAL QUOTIDIANO IN EDICOLA



Martedì 3 Dicembre 2019, 09:54

Visite mediche gratis per chi non può permetterselo a Udine

PER APPROFONDIRE: banca delle visite, udine, visite mediche



di Camilla De Mori

UDINE - Nel capoluogo friulano, dopo il caffè sospeso e anche la pizza sospesa di tradizione napoletana, arriva (ma da un progetto con solide radici pugliesi) un nuovo modo di fare solidarietà applicato alla sanità. Approda anche a Udine, grazie al Policlinico di viale Venezia e con la collaborazione del Comune, infatti, la Banca delle visite, che nasce con l'intento dichiarato di aiutare chi non può permettersi cure a pagamento (o che, comunque, rinuncia ad analisi o esami che farebbero sballare il budget familiare) o non può aspettare i tempi del servizio sanitario pubblico. Un obiettivo raggiunto grazie alle donazioni di privati cittadini o di aziende. Chi vuole, sul web, può acquistare una visita o un'altra prestazione sanitaria presenti in una lista e regalarla a chi ne ha bisogno, oppure può donare del denaro: le visite e i soldi donati vengono custoditi nella Banca fino a quando un altro cittadino, in...

CONDIVIDI LA NOTIZIA

0 Tweet Consiglia

ALTRE DI NORDEST



Frontale tra auto e camion: muore a 22 anni nipote del sindaco



Uomo scomparso a Codroipo. Ricerche in corso tra Udine e Pordenone



Irrompe in una pasticceria del centro armato di coltelli e terrorizza i presenti



Minaccia la ex fidanzata in stazione e le provoca attacco di panico: arrestata

SEGUI IL GAZZETTINO



SEGUICI SU FACEBOOK



Be the first of your friends to like this

OGGI SUL GAZZETTINO

Colletta alimentare, Udine raccoglie 153 tonnellate

A Telethon brillano gli atleti della Maratonina Città del vino

LA STORIA UDINE Nel capoluogo friulano, dopo il caffè sospeso e anche la

«Basta pioggia in ospedale», i grillini interrogano Riccardi

L'auto finisce contro un camion muore a ventidue anni sulla Ferrara

LA CAMPAGNA TOLMEZZO Il mese di dicembre sarà un mese decisivo nella campagna

AMBIENTE UDINE Le risorse che derivano dall'acqua, bene comune, devono restare

OCCUPAZIONE UDINE Anche chi riceve il reddito di cittadinanza potrà fare

IL VIDEO PIÙ VISTO



Maurizia Paradiso scomparsa dopo la leucemia, appello a Bart

3 MESI A SOLI 15,99€

CONTINUA A LEGGERE L'ARTICOLO

- Accesso illimitato dal sito web ai principali articoli selezionati dal quotidiano
Le edizioni del giornale consultabili ogni giorno su PC, Smartphone e Tablet



SCOPRI LA PROMO

CONFERMA

Se sei già un cliente accedi con le tue credenziali:

Username Password Invia

ACCEDI

Facebook

Twitter

EDIZIONE DIGITALE

VISITE MEDICHE GRATIS PER CHI NON PUÒ PERMETTERSELE: LA BANCA SPECIALE CHE AIUTA I PAZIENTI



Forzano una finestra e fanno razzia di gioielli e contanti per 9.000 euro

DIVENTA FAN



SEGUICI SU TWITTER

Segui @gazzettino

LA NUOVA STAGIONE DELL'INFORMAZIONE



3 mesi a soli 15,99€

LA NUOVA STAGIONE DELL'INFORMAZIONE



3 mesi a soli 15,99€

GUIDA ALLO SHOPPING



Dolcevita da donna: un classico della moda per un'eleganza senza tempo

Roma Omnia Vatican Card

Visita i Musei Vaticani, la Cappella Sistina e San Pietro senza stress. Salta la fila e risparmia

Prenota adesso la tua visita a Roma

COMMENTA LA NOTIZIA



Scrivi qui il tuo commento

ULTIMI INSERITI

PIÙ VOTATI

0 di 0 commenti presenti

CALEIDOSCOPIO



FURTI

Ladri devastano la casa e ripuliscono anche il frigorifero



LA RABBIA

Parcheggio a Cortina, abbonamento di 180 euro per 5 mesi: stesso prezzo ma ci sono meno posti

A Cortina ogni tanto accadono anche cose strane: la multa agli amanti nudi nel parco



SAN BELLINO

L'Albero di Natale? Alto cinque metri e con 1500 "quadrati" all'uncinetto



Arriva assicurazione rc auto familiare, premi a fascia più bassa. Vale anche per moto e scooter

AGRIGENTO



Scala dei Turchi, è allarme: «Si sta sbriciolando, caduti centinaia di massi»

TORINO



Cuore, ecco il robot elettricista che salva i pazzi mor...

3 MESI A SOLI 15,99€

ACCEDI

Facebook

Twitter

EDIZIONE DIGITALE

VISITE MEDICHE GRATIS PER CHI NON PUÒ PERMETTERSELE: LA BANCA SPECIALE CHE AIUTA I PAZIENTI

«Attese e inefficienza della sanità pubblica: casuale o voluta?»

Ottavio Di Stefano, presidente dell'Ordine dei Medici, all'assemblea annuale

Appuntamento

■ «Dobbiamo cambiare. Non abbiamo alternative. La sfida decisiva dei prossimi anni che coinvolge tutti gli attori del sistema è rompere schemi storici e consolidati, dalle cure primarie dove il passaggio dalla cura al prendersi cura rimane un obiettivo irrinunciabile all'ospedale». Rompere gli schemi, come quelli rotti da Ottavio Di Stefano nei suoi anni alla presidenza dell'Ordine professionale in cui ha saputo - e sa - declinare una visione tecnica e scientifica ad una in cui l'approccio filosofico-umanistico sa abbracciare molte correnti di pensiero.

Lo ha fatto ieri, il presidente, parlando in un'Aula Magna di Medicina in cui è stato accolto dal prof. Francesco Castelli, in nome del rettore, affollata da un pubblico di medici di tutte le età: dai vecchi della «bolla» demografica che hanno appeso il camice al chiodo ai 187 neolaureati che si affacciano alla professione, accompagnati e sostenuti con trepidante commozione da genitori e compagni di vita.

Lo ha fatto, assegnando un premio alla memoria di Alberto Dotti per meriti professionali; ad Ornella Carrara per meriti so-

ciali ed umanitari e ad Enrico Agabiti Rosei per meriti scientifici, professionali e culturali.

Il premio «Emanuela Proto» del Rotary club Brescia sud est

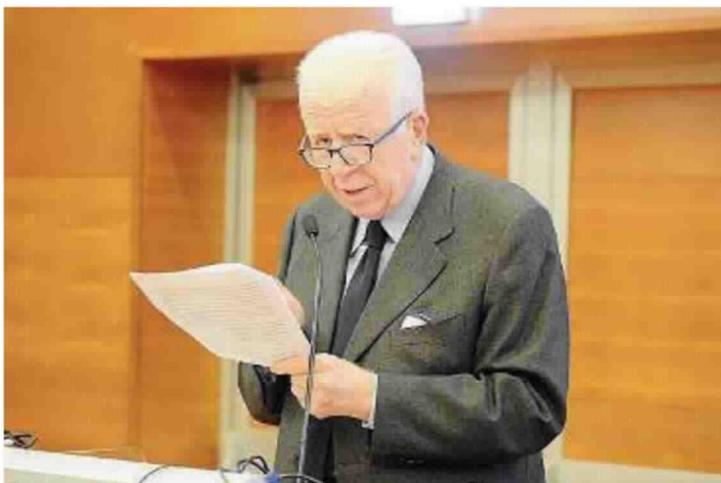
«La più grande opera della storia d'Italia non è l'autostrada del Sole, ma il Servizio sanitario nazionale»

Montichiari è stato assegnato a Gaetano Chirico, già primario della Neonatologia e Terapia intensiva neonatale del Civile, mentre la borsa di studio in memoria di Beatrice Gattamelata è stata assegnata a Giorgio Saraceno, autore di una tesi di laurea sul trattamento delle neoplasie cerebrali. L'annuale assemblea dell'Ordine dei Medici chirurghi ed odontoiatri ha i suoi riti. La relazione del presidente Di Stefano e il discorso di Luigi Veronesi, presidente della Commissione Albo Odontoiatri di Brescia, fanno parte di questi riti. Su tutti, due passaggi hanno accomunato il discorrere dell'uno e dell'altro. Di Stefano

ha citato Olivetti, presidente della fondazione Enpam, condividendone la posizione: «Personalmente non credo alla tesi che la spesa sanitaria privata cresca esclusivamente per un'efficace strategia di marketing e di persuasione sociale. Se il sistema pubblico funzionasse, il marketing privato sarebbe poco efficace. In realtà, e per maggior quota, il singolo cittadino si trova a fine anno ad aver sborsato soldi per sanità privata, stante l'inefficienza della copertura pubblica». Poi, la riflessione cardine: «Inefficienza, qui sta il punto: casuale o voluta?».

Un grido d'allarme, un monito, una preghiera: «La più grande opera pubblica della storia della Repubblica non è l'autostrada del Sole, ma il Servizio sanitario nazionale».

Veronesi: «Siamo chiamati a credere in noi, siete chiamati voi giovani a credere in voi. La società e la professione del domani è vostra materia, sarete voi i fabbri di questi destini e della vostra centralità nella professione, che si chiama professione per differenziarsi da aziende, commercio e industria». // ADM



Ordine. Ottavio Di Stefano, presidente dell'Ordine // STRADA FOTO NEG



SINDACATI E OPPOSIZIONI CONTESTANO IN CONSIGLIO LE SCELTE DELLA GIUNTA TOTI

Sanità, il processo alla Regione: «Fughe e ospedali, troppi errori»

Attacco sul piano sociosanitario. La replica di Viale: «Conti e organici migliorati. E con i privati andremo avanti»



Sindacati e lavoratori della sanità hanno invaso ieri il consiglio regionale ligure

PAMBIANCHI

STRUTTURE E PRIVATI

Tar, bandi e lavori fermi: La Spezia ed Erzelli al palo

Rispetto a quanto scritto nel piano solo l'assegnazione ai privati dell'ospedale di Bordighera è andata liscia: su Cairo e Albenga si deve adempiere alla sentenza del Tar, la gara di Erzelli è da rifare e su Spezia pesa l'addio a Pessina.

Emanuele Rossi

Il processo del lunedì. Il calcio non c'entra, questa volta sul banco degli imputati ci finisce la sanità ligure, in particolare la gestione dell'assessore Sonia Viale e del commissario di Alisa Walter Locatelli. Processo senza giudice, ma con tribune assai partecipi: un centinaio di sindacalisti e operatori del settore hanno esposto striscioni e contestato la gestione della sanità, applaudendo agli interventi dei consiglieri di opposizione che avevano chiesto il consiglio regionale straordinario sul tema. In prima fila la Cgil e la Fials, mentre Cisl e Uil

FUGHE E LISTE D'ATTESA

Segnali di ripresa ma la svolta non c'è stata

Alcuni settori (cardiologia, neurologia, otorinolaringoiatria) secondo l'assessore mostrano incoraggianti inversioni di tendenza rispetto al quinquennio precedente. Ma il saldo complessivo dal 2017 al 2018 è peggiorato.

non hanno condiviso lo scenario.

Le contestazioni alla Viale e a Locatelli sono riassunte in diciotto ordini del giorno firmati a vario titolo da Pd, Italia viva, Linea condivisa, Movimento cinque stelle. Prima della discussione però parlano nove rappresentanti sindacali, dalla Cgil al sindacato dei medici Anaa Assomed agli autonomi della Fials. La Lega ribatte con altri documenti che scaricano la responsabilità di disagio sul governo centrale. Alisa finisce nel mirino per i costi e per non avere portato a compimento gran parte del piano socio-sanitario del 2017: «La

GLI ORGANICI

Aumentano gli infermieri mancano oss e specialisti

I sindacati denunciano carenze e ritardi nei concorsi. Per la Cgil la spesa per il personale è 122 milioni sotto al tetto fissato dal blocco del turnover. Viale ribatte con il concorsone per gli infermieri che sono 216 in più rispetto al 2015.

riorganizzazione della rete ospedaliera non è mai stata attuata», attaccano le opposizioni: i lavori fermi e il bando da rifare per l'ospedale Felettino di Spezia, l'assegnazione ai privati della gestione degli ospedali di Cairo e Albenga bloccata dal ricorso al Tar, la gara per l'ospedale di Erzelli andata deserta.

L'assessore ribatte punto per punto: «Sull'ospedale di Bordighera siamo in fase di accordo sindacale, su Cairo e Albenga c'è stato un ricorso ma solo sul percorso di aggiudicazione e a breve avremo l'aggiudicazione definitiva senza ripartire da capo, per Erzelli rifa-

remo il bando e sul Felettino ci sono stati problemi con l'impresa. L'appalto era stato criticato da noi». In ogni caso, tempi più lunghi di quanto preventivato. «Ma nel piano sociosanitario - aggiunge Viale - c'era molto altro: abbiamo inserito i direttori sociosanitari, i dipartimenti interaziendali, l'accordo sulle cronicità con i medici generalisti...».

Altro capitolo, quello dei conti su cui pesano le fughe di pazienti oltre regione: il saldo (riferito ai due anni prima) è in aumento dal 2017 al 2018. E il disavanzo, che doveva esse-

re azzerato nel 2020, non lo sarà prima del 2022. «Questa amministrazione ha ereditato un disavanzo di 98 milioni di euro, oggi ridotto a 51 milioni di euro senza chiudere ospedali», ribatte l'assessore insieme al governatore Toti in una nota. Secondo Viale però ci sono segnali di miglioramento: «Per quanto riguarda le fughe abbiamo avuto problemi sull'ortopedia per la vicenda Gsl ad Albenga ma abbiamo miglioramenti su cardiologia, neurologia, otorino, patologie mammarie». Il piano per abbattere le liste d'attesa segna il

passo, perché la rivoluzione del Cup unico regionale procede lentamente, «dobbiamo fare un ulteriore step con l'apertura delle agende di reparto e sarà la svolta. Poi faremo investimenti per l'acquisto di prestazioni e visite dove ci sono lunghe liste».

Infine, sugli organici è battaglia: per il Pd «negli ultimi 4 anni la Liguria ha perso 1.300 posti di lavoro», mentre per l'assessore «abbiamo fatto il concorso per infermieri e dal 2015 sono 216 in più, mentre prima si tagliava solo». —



De Luca: siamo obbligati a risparmiare ma la sfida è ridurre i tempi di attesa

I CONTI

La Sanità campana è fuori dal commissariamento (manca solo la ratifica della presidenza del Consiglio dei ministri) ma sui tetti di spesa per i centri privati accreditati i margini di manovra restano molto stretti. Lo ha detto a chiare lettere ieri il governatore della Campania Vincenzo De Luca a margine della presentazione, al Cardarelli, del bilancio sulla rete infarto. Una rete modello, che fa della Campania un esempio di efficienza in Europa. «I tetti di spesa per i privati accreditati sono quelli e non si possono modificare». La Campania, per un altro triennio, è ancora sottoposta a un percorso di fuoriuscita dal Piano di rientro. Dunque la parola d'ordine è «rigore nei conti e lavoro continuo per potenziare e qualificare l'offerta assistenziale pubblica». In cantiere l'assunzione di oltre 5 mila infermieri e tecnici e oltre 2 mila medici a cui se ne aggiungeranno altri conquistati nel Patto della Salute alla firma la prossima settimana. Lo stop dell'assistenza della sanità privata accreditata a corto di budget? Serve migliorare la rete assistenziale pubblica. «Dobbiamo sederci a un tavolo anche con gli ex convenzionati e registrare alcuni meccanismi - ha detto il governatore - perché un conto è lo stop per 10 giorni ogni tre mesi

LA CAMPANIA SI LASCIA

ALLE SPALLE IL COMMISSARIAMENTO MA DOVRÀ RISPETTARE IL PIANO ANTI DEFICIT PER ALTRI TRE ANNI

un altro è lavorare un mese e mezzo sì e un altro no. Ciò detto le strutture pubbliche devono fare fino in fondo la propria parte. Lavorare al pomeriggio e anche la notte se necessario per assicurare prestazioni ambulatoriali all'interno delle reti della cronicità e nel recinto della rete oncologica e dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali».

I PIANI STRAORDINARI

De Luca fa riferimento a piani straordinari di attività di Asl e ospedali investendo in personale e tecnologie per recuperare l'accoglienza e le liste di attesa oggi proibitive. Ma basta guardare ai numeri per non farsi illusioni: nel 2018, nel solo settore dei laboratori, la parte pubblica ha erogato circa 5 milioni di prestazioni a fronte dei 35 milioni di analisi svolte nel privato accreditato, qui per un costo medio di 4,04 euro per singola indagine.

Come si fa a garantire un'offerta di prestazioni alternativa al privato così concorrenziale nei costi? Al Cardarelli è intanto ai nastri di partenza un progetto che consisterà nella dotazione di tecnologie a basso costo ma altamente efficienti per effettuare controlli ematologici rapidi diret-

tamente presso gli ambulatori. Al Pascale e nella rete oncologica ogni paziente che necessita di controlli dovrà essere indirizzato in un laboratorio o in un centro diagnostico della rete, preferibilmente nel luogo dove deve effettuare la visita e la terapia. Nella Asl Napoli I sono già partiti i potenziamenti dei distretti dove oggi per gli screening si accede direttamente senza prenotazione e senza impegnativa del medico. Certo capillarità e la vicinanza geografica non sono paragonabili con le strutture accreditate.

LA POLITICA DEL RIGORE

«Bastano due mesi di carnevale e di politica politicante per buttare a mare tutto - ha detto il Governatore - quando il Piano di rientro è iniziato nel 2007 macinavamo oltre un miliardo di euro annuo di deficit. È chiaro che in quella situazione si viene commissariati. La difficoltà è stata portare avanti il risanamento con poco personale e scarse risorse. Va ricordato che siamo partiti da due precondizioni: nel riparto del fondo nazionale sanitario la Campania è ancora la Regione che riceve la quota più bassa, 200 euro in meno pro capite rispetto all'Emilia Romagna e 100 rispetto a Veneto e Lombardia. E in più in dieci anni di commissariamento c'è stata una riduzione del personale di 13.500 persone».

c.m.



In Campania Sanità privata finiti i fondi malati di cancro stop agli esami

Ettore Mautone

Fuori dal commissariamento dopo dieci anni la sanità campana ma alle prese con il problema dei tetti di spesa che crea notevoli disagi all'utenza. Anche per i casi più gravi. L'eccellenza della rete per l'infarto e le cure sospese anche per i malati cronici, oncologici e anziani. È fatta di luci e ombre la Sanità campana, da un lato risultati impensabili fino a qualche anno fa. Dall'altro le ombre, come i perversi meccanismi di programmazione del budget per i centri accreditati, impantanati nella cronica sottostima dei reali fabbisogni dei tetti di spesa.

A pag. 27

La Sanità Stop ai centri privati «Noi, malati di cancro senza Tac e analisi»

► La protesta dei pazienti oncologici ► Appuntamenti rinviati al 2020
«Colpiti dal blocco convenzioni» anche per gli esami più urgenti

IL CASO

Ettore Mautone

L'eccellenza della rete per l'infarto e le cure sospese ai malati cronici, oncologici e anziani a causa dei tetti di spesa: è fatta di luci e

ombre la Sanità campana che dopo dieci lunghi anni esce dal tunnel del commissariamento. Da un lato le luci, risultati notevoli, impensabili fino a qualche anno fa - come essere diventati primi in Italia per numero di interventi di angioplastica primaria per il trat-

tamento dell'infarto in corso di eventi coronarici acuti. Primato conseguito con un modello di rete diventato oggetto di studio in Europa, come è stato documentato ieri dall'Università Federico II e da medici e primari nel convegno al Cardarelli promosso da

Motore Sanità. Dall'altro le ombre, come i perversi meccanismi di programmazione del budget per gli accreditati impantanati nella cronica sottostima, rispetto al fabbisogno reale, dei tetti di spesa per analisi di laboratorio, della diagnostica radiologica e specialistica ambulatoriale. Qui al netto delle verifiche di appropriatezza sui prescrittori, dei controlli sulla rete degli erogatori e delle analisi approfondite su anomalie o peggio malversazioni e ruberie, una riforma è sentita e necessaria. La coperta, un tempo corta, che lasciava scoperti gli ultimi mesi dell'anno, oggi appare ancora più inadeguata di prima e c'è chi rimanda e chi si arrangia con i mezzi economici che ha.

LE STORIE

Maria Grazia Del Prete è di Frattamaggiore, insegna scienze al liceo. Sul web sfoga la sua rabbia. Nel 2008 la malattia tumorale irrompe come un carro armato nella sua vita. Un nodulo al seno, gli approfondimenti diagnostici, la prenotazione dell'intervento in un ospedale della provincia. Un secondo tumore si presenta nel 2012. È fine ottobre, è un secondo tumore indipendente dal primo. Il 23 gennaio è prenotata per l'intervento. In quel periodo servono tanti esami e approfondimenti

MARIA GRAZIA «A ME NON INTERESSA

SAPERE DEI LEA HO UN TUMORE AL SENO NON POSSO FARE CALCOLI SUI SOLDI»

diagnostici per la preparazione all'operazione. Gli ultimi quattro mesi dell'anno segnano la finestra chiusa alle prestazioni in convenzione e quegli esami li paga tutti. «Spesi metà del mio stipendio - ricorda - per una risonanza servono 200 euro, altri esami costano meno ma sommati fanno cifre importanti. A distanza di 6 anni oggi è cambiato il meccanismo ma le prestazioni a conti fatti si possono fare un mese se è uno no. Prima tutti sapevano che a fine anno bisognava stare attenti. Oggi è un terno al lotto indovinare la data giusta. I tetti di spesa? Un'assistenza a singhiozzo. Il commissariamento? Per noi malati conta poco». «Quando ho il controllo oncologico mi viene l'ansia. Alcune visite le prenoto di 6 mesi e in 6 mesi nelle strutture di riferimento e va bene. Gli esami di contorno li devo eseguire fuori dalle mura dell'ospedale». È la sanità sospesa, anzi a singhiozzo, che reclama una risposta. Finora il Piano di rientro e il commissariamento imponevano limiti invalicabili. Oggi i paletti dovrebbero diventare più flessibili. «La sanità sarà anche migliorata - conclude Maria Grazia - ma il sacrificio è stato nostro e ora dovremmo poter respirare. Non

penso a me che ho avuto i mezzi per curarmi ma a chi è più povero e meno avveduto».

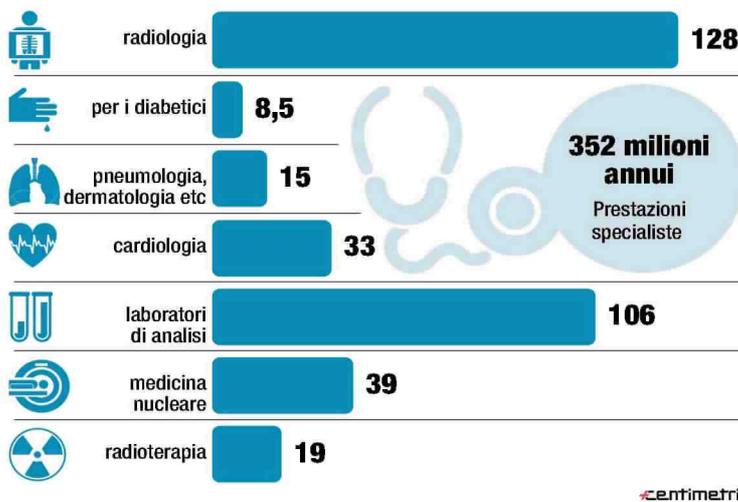
I MALATI CRONICI

A. A. ha 80 anni, è in fila alla cardiologia del policlinico: un mese fa suo marito ha subito un infarto. La fase acuta è superata. Ora deve fare un controllo. Ha una scompenso emerso all'ecografia prenotata alle dimissioni. L'aorta appare dilatata. Le hanno richiesto subito un'angiografia. Al policlinico la prenotano per fine aprile. Nelle strutture convenzionate in questo periodo l'esame si fa solo a pagamento. Al Monaldi si esegue solo per i ricoverati. Nella Asl Napoli 1 le apparecchiature sono presenti all'ospedale del mare che è troppo lontano da raggiungere per chi non ha la macchina. Tra ticket e taxi quasi quasi conviene pagare. Ma prima servono esami del sangue, coagulazione, funzionalità tiroidea e alcuni esami specialistici sullo stato dell'immunità. Anna è molto arrabbiata e si è fatta un calendario trimestrale delle finestre in cui può accedere al centro che è presente nel suo quartiere dove in pochi minuti e senza file e spostamenti complicati può curarsi. Non vuol sentire parlare di pareggio di bilancio e di Lea. Sa che la Sanità campana è stata risanata ma si chiede se questo significherà che la vita le diventerà più semplice per curarsi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri

Dati in milioni di euro



La carriera

Biotechologie mediche, onorificenza per il prof Bifulco

Il professore Maurizio Bifulco è stato nominato Commendatore della Repubblica per il suo impegno quasi quarantennale costante nella ricerca scientifica in campo biomedico, nelle attività di educazione e divulgazione scientifica e medica. Bifulco è specialista in Endocrinologia, già professore ordinario di Patologia generale presso l'Università di Salerno dal 2001 e Presidente della Facoltà di



Farmacia e Medicina dal 2013 al 2017, è attualmente in forze all'Università di Napoli Federico II presso il Dipartimento di Medicina Molecolare e Biotechologie Mediche. Nella sua illustre carriera cominciata in giovanissima età, ha svolto attività di ricerca per diversi anni presso il prestigioso National Institute of Health (NIH) di Bethesda e un minore periodo presso la Duke

University Medical Center di Durham negli Usa. La sua attività di ricerca si è focalizzata sullo studio di patologie ad elevata incidenza ed impatto sociale quali il cancro e le patologie autoimmuni e infiammatorie, allo scopo di comprenderne i meccanismi fisiopatologici ed individuare nuovi bersagli terapeutici e sempre più efficaci presidi farmacologici. Bifulco è inoltre autore di oltre 240 pubblicazioni scientifiche sulle più prestigiose riviste internazionali.



L'ASSISTENZA A SINGHIOZZO
 Liste d'attesa e esami solo a pagamento in questo periodo dell'anno per i tetti di spesa fissati dalla Regione



Aiop

Il settore ha una funzione sociale essenziale ma deve continuare a non prescindere dai vincoli di una buona gestione economica e finanziaria

I privati diventano più sostenibili

Una fotografia su un settore, quello della sanità privata, dall'importanza strategica per il suo ruolo al fianco del sistema sanitario nazionale. È il bilancio sociale presentato dall'Aiop a Roma. Lo

studio, dal titolo "Bilancio sociale aggregato delle strutture ospedaliere associate", è stato realizzato da BDO Italia per l'Associazione Italiana Ospedalità Privata, ed è stato presentato dalla presidente di Aiop, Barbara Cittadini. "Un'azienda o un imprenditore che non badi, anche nel suo agire quotidiano, a quanto lo circonda, a quanto avviene intorno alla propria attività, è destinato prima o poi a fallire", ha affermato la Cittadini.

"Le imprese sanitarie di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), hanno un compito complesso e insostituibile: garantire una risposta puntuale, efficiente, efficace e di qualità alla domanda di salute dei cittadini - ha aggiunto -. E devono, comunque, funzionare come imprese e, quindi, rispondere a vincoli propri di ogni organizzazione della produzione. In altri termini, la componente di diritto privato del SSN ha una funzione sociale essenziale ma non può prescindere dal rispetto dei vincoli di buona

gestione economica e finanziaria. La nostra cultura d'impresa ci ha portati ad essere quello che siamo oggi: una componente del SSN al servizio di chi in questo Paese vive". "Una componente che affronta ogni giorno difficoltà inerenti la gestione d'azienda ma, anche, quelle derivanti dall'affrontare un tema delicatissimo: la domanda di salute degli italiani", ha sottolineato la presidente Aiop. Grazie all'indagine, alla quale ha aderito l'82% dei posti letto accreditati associati, emergono le capacità e potenzialità delle strutture sanitarie

Sono 70 mila gli addetti delle strutture associate, tra medici, infermieri e OSS, con una crescita del 7,6 per cento negli ultimi cinque anni

di essere centri di produzione di ricchezza, ma anche di benessere e di prosperità sociale e culturale. "Il Bilancio sociale - ha proseguito la Cittadini - è una sfida per comunicare sempre di più e sempre meglio chi siamo, cosa facciamo e come lo realizziamo, consapevoli della nostra storia, responsabilmente consapevoli di essere imprenditori in un Sistema sanitario complesso e in continuo mutamento, consci di lavorare per un Paese con il quale desideriamo coltivare un rapporto che ci consenta di essere valutati come attori attenti e

sensibili alle esigenze del contesto nel quale operiamo". "Il Bilancio Sociale Aiop - ha concluso - indica quanto non emerge chiaramente dalla semplice rendicontazione economica della nostra attività. Oltre e accanto alla tenuta in buon ordine della gestione contabile delle nostre imprese, il Bilancio Sociale Aiop evidenzia quattro grandi aree nelle quali le nostre strutture hanno raggiunto risultati importanti". Le quattro aree indicate sono la sostenibilità sociale, la sostenibilità ambientale, la sostenibilità economica globale e l'identità associativa d'impresa. L'indagine evidenzia l'importanza delle risorse umane che operano in questo settore: sono, infatti, 70 mila gli addetti delle strutture associate, tra medici (12 mila), infermieri e tecnici (26 mila) e operatori socio-sanitari (32 mila), in crescita del 7,6% negli ultimi

cinque anni. Un aumento di risorse al quale corrisponde una maggiore qualificazione professionale, dovuta alla costante attenzione alla ricerca ed all'innovazione. Forte è la presenza della componente femminile (70%) e la provenienza locale (il 76% risiede nella provincia in cui lavora). Elemento, quest'ultimo, che rileva la capacità delle strutture di diritto privato di creare occupazione nel contesto nel quale operano. Da questi numeri si può capire anche il volume di affari e l'importanza economica che la sanità privata ricopre: il 56% di valore della produzione (4,4 miliardi di euro) viene distribuito tra circa 67 mila fornitori di beni e servizi (indotto diretto), per lo più piccole e medie imprese locali, il 45% delle quali ha sede nella stessa regione della struttura.



A scattare questa fotografia è il 1° "Bilancio sociale aggregato delle strutture ospedaliere associate", realizzato da Bdo Italia

Il fondamentale contributo dell'ospedalità privata al Servizio sanitario: 26,5% delle prestazioni

ROMA - Una grande sostenibilità sociale, una forte sostenibilità economico-finanziaria, una chiara sensibilità ambientale sono gli aspetti che accomunano le imprese sanitarie di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che hanno un compito complesso e insostituibile: garantire una risposta puntuale, efficiente, efficace e di qualità alla domanda di salute dei cittadini e, nel garantire una funzione sociale essenziale, non possono prescindere dal rispetto dei vincoli di buona gestione economica e finanziaria. A scattare questa fotografia è il 1° "Bilancio sociale aggregato delle strutture ospedaliere associate", realizzato da BDO Italia per Aiop (Associazione Italiana Ospedalità Privata).

Con oltre 500 strutture presenti sul territorio nazionale, la componente di diritto privato rappresentata da Aiop si conferma così non soltanto una protagonista fondamentale del Servizio sanitario nazionale ma, anche, una risorsa indispensabile per la crescita economica e del benessere sociale del Paese.

Grazie all'indagine, alla quale hanno aderito l'82% dei posti letto accreditati associati, emergono le capacità e potenzialità delle strutture sanitarie di essere centri di produzione di ricchezza, ma anche di benessere e di prosperità sociale e culturale.

"Il Bilancio sociale è una sfida per comunicare sempre di più e sempre meglio chi siamo, cosa facciamo e come lo realizziamo, consapevoli della nostra storia, responsabilmente consapevoli di essere imprenditori in un Sistema sanitario complesso e in continuo mutamento, consci di lavorare per un Paese con il quale desideriamo coltivare un rapporto che ci consenta di essere valutati come attori attenti e sensibili alle esigenze del con-

testo nel quale operiamo", afferma Barbara Cittadini, Presidente nazionale AIOP.

"Il Bilancio sociale aggregato è uno straordinario strumento per comprendere lo stato di salute della componente di diritto privato del nostro sistema sanitario - dichiara Carlo Luisson, Sustainable Innovation Leader BDO Italia -, complementare e necessaria a dare massima risposta al bisogno di salute nazionale. Il lavoro conferma il contributo che l'ospedalità di diritto privato apporta al SSN, al quale garantisce il 28,4% delle giornate di degenza e il 26,5% delle prestazioni, a fronte di un'incidenza sulla spesa ospedaliera pubblica complessiva soltanto del 13,5%".

Sono 70mila gli addetti delle strutture associate Aiop, tra medici (12mila), infermieri e tecnici (26mila) e operatori socio-sanitari (32mila), in crescita del 7,6% negli ultimi cinque anni. Un aumento di risorse umane al quale corrisponde una maggiore qualificazione professionale, dovuta alla costante attenzione alla ricerca ed all'innovazione. Altri aspetti di rilievo sono la forte presenza della componente femminile (70% del personale) e la provenienza locale (il 76% risiede nella provincia in cui lavora), elemento, quest'ultimo, che rileva la capacità delle strutture di diritto privato di creare occupazione in maniera capillare, generando valore per il contesto nel quale operano.

L'attività sanitaria delle strutture Aiop rappresenta un motore per l'economia locale - e, quindi, per la crescita del Paese - non soltanto per le ricadute occupazionali dirette, ma, altresì, perché attiva un indotto ampio e variegato: il 56% del valore della produzione (4,4 miliardi di euro) viene distribuito tra circa 67mila fornitori di beni e servizi (indotto diretto), per lo più piccole e medie imprese locali, il

45% delle quali ha sede nella stessa regione della struttura. Considerando, anche, l'indotto indiretto (attività alberghiera connessa al turismo sanitario, trasporti, ecc.), è stato stimato un effetto moltiplicatore di 1,57, vale a dire che mille euro stanziati per la sanità si traducono in 1.570 euro immessi nel sistema, arrivando a generare un indotto economico complessivo di 6,83 miliardi di euro.

Il Bilancio sociale evidenzia un crescente impegno dell'ospedalità di diritto privato a ridurre l'impatto ambientale: il 61% delle strutture ha intrapreso iniziative di sostenibilità energetica, il 48% ha messo in atto azioni per migliorare la gestione dei rifiuti, il 27% degli ospedali di diritto privato ha ridotto le emissioni di CO2. Un terzo delle strutture è, inoltre, impegnato nella tutela delle aree verdi.

"Se il nostro Servizio Sanitario Nazionale è un elemento di civiltà, del quale dobbiamo essere fieri e orgogliosi, così come dobbiamo essere fieri e orgogliosi del nostro Paese, lo dobbiamo, anche, al lavoro quotidiano della componente privata del SSN. Un lavoro che non si limita ad una corretta gestione d'impresa ma, invece, si amplia ad una presenza sul territorio delle nostre strutture come attori sociali essenziali, oltre che come soggetti in grado di garantire servizi sanitari di elevata professionalità, possibilità di lavoro qualificato, attenzione agli aspetti ambientali. L'auspicio è che questo modello virtuoso di assistenza sanitaria, che vede protagoniste le strutture sanitarie di diritto privato insieme alla componente pubblica, possa essere sempre più riconosciuto e supportato da politiche adeguate, costituendo uno straordinario volano per l'economia e un generatore di benessere sociale e culturale per il nostro Paese", conclude la Presidente Cittadini.

CORSIE HI-TECH



Negli ospedali americani l'uso del robot InTouch Vita è una realtà da anni. Da poco è attivo anche in alcuni centri italiani.

74 | Panorama | 4 dicembre 2019

No, il medico non c'è, ma visita e opera lo stesso...

La telemedicina è una grande promessa, tuttavia in Italia è ancora poco mantenuta. Fanno eccezione alcuni ospedali, in cui i pazienti vengono seguiti a distanza da «robot in camice», teleguidati da veri dottori. Con benefici molto concreti.

di Vincenzo Caccioppoli

Nello spot di una nota compagnia telefonica il padre della sposa, il cardiocirurgo italiano di fama internazionale Francesco Musumeci, si allontana, tra gli sguardi meravigliati della figlia e degli invitati, per realizzare un'operazione a distanza su una bambina. Con un visore di realtà virtuale e due joystick tra le mani, il chirurgo guida l'intervento e con movimenti precisi e armonici delle proprie braccia muove quelle del robot, in una sala operatoria tecnologica dall'altra parte della scena.

Non si tratta solo di effetti scenografici, è quello che si potrebbe fare presto grazie alla telemedicina. In verità per gli interventi chirurgici si parla ancora di sperimentazione, ma da tempo è invece possibile fare visite mediche e monitoraggio di pazienti da remoto (trasmettendo in wireless a un centro servizi preposto i dati clinici, attraverso smartphone o robot collegati in bluetooth a dispositivi medici portatili).

Quello della sanità elettronica è uno dei settori industriali a maggior tasso di crescita. Si stima che il mercato per l'e-health abbia un valore potenziale di 60 miliardi di euro, di cui l'Europa rappresenta un terzo. La telemedicina fondamentale migliora la qualità di vita del paziente, permettendogli di rimanere nella propria casa, inviando allo specialista eventuali variazioni nella sua situazione clinica che comportino modifiche nella terapia o un ricovero in ospedale. Il che risulta prezioso

gettyimages (2)



CORSIE HI-TECH

nei pazienti con malattie croniche, in chi soffre di ipertensione o diabete; in chi si trova in situazioni estreme, per esempio su piattaforme petrolifere (Eni adotta tecniche avanzate di telemedicina per i suoi dipendenti nelle strutture offshore). Oppure in luoghi poco abitati, o per la cura dei detenuti. Non solo. Secondo il ministero della Salute, le opportunità offerte dalla telemedicina porterebbero a un calo del 5 per cento delle giornate di ricovero dei pazienti acuti, ognuna delle quali ha un costo di circa 800 euro. E ridurrebbe del 10 per cento il tempo trascorso in strutture di lungodegenza.

«Le possibilità sono enormi» dice **Michelangelo Bartolo**, responsabile del reparto di telemedicina dell'Ospedale San Giovanni di Roma, dove la telemedicina è realtà quotidiana. «Noi abbiamo 72 posti letto "virtuali". Facciamo monitoraggi su pazienti affetti da malattie croniche o colpiti da patologie scompensative a livello cardiaco e respiratorio. Riusciamo così a evitare moltissimi ricoveri in codice rosso. Ma ci sono ancora problemi organizzativi. Manca personale dedicato ai centri servizi e non esiste una precisa tariffazione a livello regionale delle prestazioni erogate».

Nonostante il Servizio sanitario nazionale abbia formulato alcune linee guida per la telemedicina nel 2012, ogni Regione segue un proprio percorso. E

anche i finanziamenti, come precisa Bartolo, sono spesso utilizzati per progetti «on spot».

Fra i centri più avanti nella telemedicina c'è l'Ospedale Valduce di Como, nelle cui corsie gira un medico-automa molto speciale: è un sistema di televisita che permette agli specialisti, attraverso i robot InTouch, di visitare da remoto i pazienti colpiti da ictus o traumi, per valutarne il decorso ospedaliero e la riabilitazione. «Poter iniziare una terapia salvavita a distanza di chilometri grazie al teleconsulto, molto prima dell'arrivo in una Stroke unit, consente di preservare milioni di cellule cerebrali. E con esse azioni e funzioni che altrimenti andrebbero perdute» dice Mario Guidotti, direttore dell'Unità operativa di neurologia dell'Ospedale Valduce. «Con la telemedicina si può effettuare la riabilitazione a domicilio, senza che il paziente rimanga in ospedale per lunghi periodi, con effetti positivi sul suo equilibrio psichico. Molte di queste prestazioni vengono fatte dall'ospedale a titolo gratuito, anche grazie alle aziende che forniscono i macchinari» conclude Guidotti.

Secondo Francesco Gabrielli, direttore del Centro nazionale per la telemedicina dell'Istituto superiore di sanità «in questo settore l'Italia soffre però un ritar-

do rispetto ad altri Paesi europei quantificabile in 12 anni». In molti casi si parla di progetti pilota: come nel Molise, dove lo scorso anno è stata presentata una rete di telemedicina, «Telestroke», strutturata su tre vertici: le città di Campobasso, Isernia e Termoli sono state inserite in un modello «Hub&Spoke», nel quale le strutture ospedaliere periferiche potranno chiedere il supporto degli specialisti presenti nel nosocomio principale.

Il sistema tecnologico, come spiega la responsabile del progetto Paola Sabatini, funziona così: «L'apparecchiatura mobile, il cosiddetto robot, posizionata al letto del paziente, è composta da uno schermo, da una serie di accessi a cui vengono collegati i dispositivi utili per il supporto diagnostico, elettroencefalografo, ecografo, elettrocardiografo e così via, e da una stazione di acquisizione situata nella postazione del medico che effettua la valutazione a distanza». Uno specialista che lavora in un altro presidio può così visitare il malato, parlare e interagire con lui, prendere visione di tutte le indagini diagnostiche effettuate.

Se i problemi della sanità italiana sono sempre gli stessi, mancanza di organizzazione e carenza di fondi, una (parziale) soluzione potrebbe arrivare da specifiche app, come ESH Care, nata da un'intuizione di Gianfranco Parati, ordinario di cardiologia all'Università Bicocca di Milano e direttore scientifico dell'Ospedale Auxologico S. Luca. La app permette di monitorare via smartphone pressione e peso delle persone ipertese (17 milioni in Italia). L'applicazione registra i dati e li invia al medico curante. «Consente ai pazienti di avere un ruolo attivo nella cura e fornisce dati utili al monitoraggio globale della patologia. È una novità assoluta, perché è la prima creata sotto l'egida di una società scientifica» afferma Parati. «E con la telemedicina si potrebbero evitare, in Europa, oltre 200 mila morti premature all'anno per complicanze derivate dall'ipertensione». ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



All'Ospedale Valduce di Como il robot InTouch consente la comunicazione diretta e in tempo reale, a distanza di chilometri, tra gli specialisti e i pazienti.

La sanità è già un'eccellenza italiana. E le assicurazioni possono aiutare a potenziarla

DI MASSIMO MICHAUD

Tradizionalmente, si considera che la strada per conseguire lo sviluppo economico sia la stessa per tutti i Paesi: si tratta di passare da un'economia agricola, a un'economia industriale e poi ancora a una orientata ai servizi, aumentando la produttività dei fattori con la conoscenza e l'utilizzo delle nuove tecnologie. Tuttavia, nel futuro, per Paesi che non hanno la dimensione comparabile agli Stati Uniti o alla Cina, lo sviluppo dipenderà dalla capacità di promuovere la propria specificità. Nel caso dell'Italia, già da molti anni vediamo affermarsi le sue caratteristiche uniche sulla scena mondiale: il Paese influenza i canoni della bellezza e del gusto, grazie ai beni culturali, al cibo, al design, e contribuisce alle supply chain planetarie, grazie ai suoi industriali, con prodotti intermedi di alta qualità, per esempio nel settore della meccanica. Ma esiste un altro ambito, nel quale l'Italia si distingue: i servizi legati al benessere, alla cura della persona e alla salute.

In relazione al tema della salute, per esempio, l'Italia possiede alcune caratteristiche essenziali per poter aspirare a un ruolo da protagonista. La sanità italiana, pur nelle forti disparità regionali, è considerata una delle migliori del mondo dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. La classe medica italiana è eccellente, il settore farmaceutico è di qualità, l'organizzazione dei nostri migliori ospedali è oggetto di ricerca da parte di studiosi di Paesi avanzati. Tuttavia, esiste anche un ostacolo che se non viene opportunamente superato può annullare queste condizioni di vantaggio. La spesa per la sanità non è incoraggiata, ma costantemente osteggiata, sia per vincoli di finanza pubblica, sia per l'assenza di un efficace sistema di canalizzazione della spesa privata: i vincoli del bilancio pubblico condizionano le risorse disponibili per la sanità in Italia. Rispetto alla Francia, un sistema sanitario anch'esso di elevata qualità, lo Stato italiano spende il 25% in meno, in relazione al pil. Ma non si tratta solo della quantità

di risorse pubbliche. L'allocazione ad esempio della spesa ospedaliera è condizionata dai Drg, che riconoscono un valore differente alle diverse prestazioni e interventi. Questo tende a privilegiare le prestazioni con maggiori margini e a penalizzare le altre. Siccome nessun sistema di costi standard è perfetto, si assiste a comportamenti a volte moralmente eccezionali: dimissioni di pazienti in tempi troppo brevi, strutture sanitarie concentrate sugli interventi con i migliori margini, utilizzo di protesi meno sicure per pazienti anziani, riduzione della frequenza delle visite a fine anno quando i budget allocati sono stati esauriti. Inoltre, alcune società farmaceutiche internazionali, dovendo introdurre cure efficaci ma molto costose, preferiscono farlo prima in altri Paesi: infatti, in Italia, i vincoli di bilancio costringono le autorità preposte a offrire prezzi più bassi rispetto a quelli riconosciuti da altri. Il costo della sanità sostenuto dai privati ha raggiunto i 40 miliardi di euro. Si tratta di somme molto importanti e, soprattutto, che colpiscono indiscriminatamente: il malato che deve accollarsi la spesa per curarsi, anche attingendo ai propri risparmi. Infine, le cure destinate alla prevenzione e alla conservazione della salute vengono considerate non essenziali e scoraggiate. Il sistema di finanziamento della spesa per le cure sanitarie deve essere riformato in modo da favorire la domanda potenziale di cure, adottando un sistema virtuoso di canalizzazione della spesa. Senza pretesa di essere esaustivi, ecco alcuni orientamenti da considerare: **1)** Concentrare le risorse pubbliche sulle cure più importanti, sui segmenti di popolazione bisognosi di cure e di sostegno economico, e favorire l'incremento della spesa privata. Si tratta di prevedere un impegno economico pubblico differenziato a seconda della situazione sanitaria ed economica, ma anche di favorire lo sviluppo della prevenzione con fondi privati per diminuire l'insorgenza futura di malattie. Questo si può fare, per esempio, con il rafforzamento delle ottime iniziative normative sul welfare già emanate. Si tratta di passare dal razionamento

dell'offerta, che genera le file di attesa, alla responsabilizzazione della domanda, incentivando lo sviluppo della spesa privata per le cure non urgenti; **2)** Canalizzare le risorse private su meccanismi di mutualità e di solidarietà sociale come quelli offerti dal mondo assicurativo. È il nostro pensiero europeo, costruito sulla solidarietà sociale, che ci impone che la spesa per un bene essenziale come la salute non debba ricadere solo su coloro che sono malati. In Francia, anche il ticket viene mutualizzato tra l'intera popolazione, tramite la complémentaire santé, una forma assicurativa mutualistica di cui beneficiano tutti i cittadini; **3)** Favorire l'introduzione di nuove cure, anche costose, mobilitando forme di protezione innovative. L'assicurazione permette di acquistare a priori l'opzione di accedere a prestazioni costose in caso di bisogno, riducendo il costo unitario per il singolo membro della comunità degli assicurati. Alcuni anni fa, dalla nostra compagnia fu introdotta una cura dispendiosa, ma utile per i clienti colpiti da tumore. Il costo della prestazione era elevato, ma ripartito tra tutti i clienti che sottoscrivevano la polizza, dato che solo pochi ne avrebbero avuto bisogno, costava 3 euro all'anno per famiglia.

Occorre accelerare l'utilizzo della mutualità per aumentare la spesa privata per le cure sanitarie e la prevenzione. L'assicurazione induce a prevenire i rischi ed è uno degli strumenti per canalizzare le risorse private al fine di evitare gli eccessi di spesa quando ci si ammala. Offrendo, accanto a bellezza e gusto, anche un sistema sanitario di eccellenza, tanto ai propri cittadini quanto agli stranieri, l'Italia potrà tornare a rappresentare nell'immaginario collettivo il Paese della dolce vita. (riproduzione riservata)

SANITÀ INTEGRATIVA

Salute, Casagit diventa mutuo soccorso aperto a tutti

Dai giornalisti una mutua per tutti. È questo lo slogan scelto dalla cassa sanitaria dei giornalisti che ieri si è trasformata nella Società nazionale di mutuo soccorso Casagit salute. Una scelta necessaria per sopravvivere. La professione giornalistica infatti negli ultimi anni ha perso tantissimi dipendenti, usciti dal mercato del lavoro e mai sostituiti. Casagit ha quindi deciso di aprirsi per mantenere i servizi offerti e spendere sul mercato l'esperienza acquisita.

L'assemblea dei delegati Casagit che si è riunita ieri ha approvato lo Statuto, l'atto pubblico di trasformazione e il regolamento elettorale della nuova società. La trasfor-

mazione a società di mutuo soccorso permette ora di introdurre importanti novità. Innanzi tutto lo status di persona giuridica e la possibilità di offrire assistenza sanitaria anche a non giornalisti: gruppi di professionisti, dipendenti di aziende e singoli individui.

«Quello di oggi è un passaggio storico per la Casagit. La trasformazione rilancia la sua azione e consente di tutelare meglio e più a lungo la popolazione che l'ha creata nel 1974 e mantenuta efficiente nei suoi valori fondanti in tutti questi anni», ha commentato il presidente Daniele Cerrato.

—**Federica Micardi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DANIELE CERRATO

Il presidente della Casagit: «Un passaggio storico, la trasformazione rilancia la nostra azione e consente di tutelare meglio e più a lungo chi l'ha creata nel 1974»



La sanità privata piace sempre di più

► Il 65 per cento dei malati friulani si rivolge a strutture convenzionate

Un presente positivo, un futuro in sicura crescita con il consenso dei cittadini. Per ora concentrata soprattutto nella diagnostica, si dichiara pronta a «non tirarsi indietro» se le sarà consen-

tito di operare anche in altri ambiti della sanità, come le prestazioni legate alla cronicità. Restano comunque in cima alle possibilità di ampliamento le presta-

zioni che ora i cittadini del Friuli Venezia Giulia cercano fuori regione, come gli interventi per cataratta.

Lanfrit a pagina III

Salute al bivio

Sanità, il privato pronto a seguire i malati cronici

► Un'indagine rivela che il 65 per cento si serve delle strutture convenzionate ► «Non siamo antagonisti ma integriamo il sistema pubblico a favore dei cittadini»

L'ANALISI

UDINE Un presente positivo, un futuro in sicura crescita con il consenso dei cittadini. Per ora concentrata soprattutto nella diagnostica, si dichiara pronta a «non tirarsi indietro» se le sarà consentito di operare anche in altri ambiti della sanità, come le prestazioni legate alla cronicità. Restano comunque in cima alle possibilità di ampliamento le prestazioni che ora i cittadini del Friuli Venezia Giulia cercano fuori regione, come gli interventi per cataratta, per la revisione delle protesi, per la risonanza alla colonna e quella muscolo scheletrica. È il quadro attuale e quello in evoluzione della sanità privata convenzionata presentato ieri a Udine da Assosalute Fvg, l'associazione che raggruppa e rappresenta strutture sanitarie private

della regione, guidata dal presidente Claudio Riccobon. La fotografia della sanità privata convenzionata in regione, illustrata a pochi giorni dal varo in Consiglio regionale della riforma sanitaria, la fornisce l'indagine effettuata per Assosalute Fvg da Swg tra il 9 e il 15 ottobre, su un campione di mille soggetti di età superiore ai 30 anni residenti in regione, attraverso interviste telefoniche e online

I RISULTATI

È emerso che il 46% del campione usa le strutture sanitarie private convenzionate e il 65% ne usufruisce con frequenza, mentre le persone in età più matura risultano più legate alle strutture pubbliche. Il grado di soddisfazione complessivo è elevato e si attesta su un voto medio dell'8,3 su dieci. Quel 46% del campione che ha usufruito di

queste strutture lo ha fatto soprattutto per esami diagnostici (79%), per visite specialistiche (59%) - erano possibili più risposte -, per un 10% a fini riabilitativi e

**PROSPETTIVE DI CRESCITA
DEL 12 PER CENTO
«POSSIAMO ARGINARE
LA FUGA DEI PAZIENTI»
IN VENETO 2.959
INTERVENTI DI CATARATTA**

per una percentuale analoga per ricoveri e interventi chirurgici. Una sanità, quella privata convenzionata, non solo considerata efficiente dai cittadini, ma anche necessaria ai fini del funzionamento complessivo del servizio sanitario regionale, tanto che si è espresso in tal senso l'83% degli intervistati e anche il 78% di colo-

ro che generalmente usufruiscono di altre strutture sanitarie. «Non siamo antagonisti, ma integratori del sistema pubblico affinché sia soddisfatto il bisogno di salute dei cittadini di questo territorio», ha sottolineato il presidente Riccobon, evidenziando che i numeri stanno a dire come «i cittadini abbiano una percezione reale e positiva del privato accreditato nel garantire alti livelli di cura». Le prospettive di crescita sono a doppia cifra. La propensione media verso un maggiore ricorso alla sanità privata accreditata nel futuro è del 12% per chi non ne fa attualmente uso e sale

fino al 16% per chi già la utilizza, ha certificato l'indagine «Il privato accreditato inoltre può argine contro la fuga dei pazienti fuori regione, trend che toglie risorse e posti di lavoro», ha aggiunto Riccobon, critico nei confronti del fronte sindacale allarmato perché in sanità cresce il lavoro nel privato. «Il lavoro è lavoro - ha detto -. Non dovrebbe preoccupare i sindacati se cresce nel privato». Le prestazioni eseguite fuori regione per i pazienti residenti in regione crescono di anno in anno: per esempio, ha documentato Assosalute Fvg, si è passati dai 1.770 interventi di cataratta eseguiti in Veneto nel 2017 ai 2.959

del 2018 per un valore di 3,69 milioni di euro. Ancora più alti i dati della «fuga» in Veneto per interventi ortopedici di protesi (936 nel 2017 contro i 1.042 nel 2018) per un valore di mancata attività eseguita nelle strutture della regione di oltre 9,5 milioni di euro solo nel 2018. «Sono prestazioni che il privato accreditato potrebbe erogare, avendo già anche le competenze nelle proprie strutture», ha assicurato Riccobon, che non ha escluso l'interesse per altri livelli assistenziali, anche la cronicità, «sempre che ci vengano assegnate».

Antonella Lanfrit



Sempre più necessario il supporto del secondo welfare per affiancare il Ssn

Il secondo welfare è entrato a pieno regime nelle politiche sociali e ha un ruolo sempre più predominante nell'affiancarsi al welfare state, che subisce una forte contrazione storica e strutturale. Il quarto Rapporto sul secondo Welfare, documento biennale realizzato da Percorsi di secondo welfare, laboratorio afferente al Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi di Torino, in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano, evidenzia come la Grande Trasformazione 2.0, ossia l' incisivo rivolgimento del mondo produttivo, dell'organizzazione del lavoro, delle relazioni sociali, della struttura socio-demografica che ha investito il Paese, stia generando forme inedite di vulnerabilità che si riversano sulla popolazione.

In questo nuovo contesto appare con forza l'inadeguatezza del vecchio sistema di protezione sociale nel rispondere ai bisogni emergenti di gestione dei rischi di una popolazione con caratteristiche nuove e più longeva. Proprio in questo nuovo contesto il welfare assicurativo, sempre più ricorrente nelle offerte di compagnie assicuratrici e istituti di credito, assume una posizione rilevante nel supportare le famiglie italiane.

Ad oggi sul fronte della Sanità Integrativa si contano 700 milioni di euro di polizze individuali e circa 2 miliardi di euro di polizze collettive, mentre nel campo della previdenza complementare privata, i fondi aperti e preesistenti contano 2,1 milioni di adesioni e un patrimonio di 79 miliardi di euro; i piani individuali raggiungono invece 3,6 milioni di adesioni per un valore di circa 37 miliardi di euro.

«Gli italiani pagano di tasca propria oltre 40 miliardi di euro di cure erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale», sottolinea **Marco Vecchietti**, a.d. e Direttore generale di RBM Assicurazione Salute.

Ma se il percorso verso un sistema previdenziale su due pilastri, uno pubblico e uno privato, è già compiuto, molta strada deve essere ancora fatta in campo sanitario tenuto anche conto delle importanti sfide in termini di sostenibilità che attendono il nostro Paese.

In quest'ottica l'affiancamento al Servizio Sanitario Nazionale di un secondo pilastro privato non inficerebbe la coerenza complessiva, né ne

minerebbe i fondamentali.

Per mettere meglio a fuoco la rilevanza del fenomeno, si consideri che oggi per ciascuno di noi la spesa sanitaria pro capite è pari a 2.539 euro, di cui 1.884 euro pubblica e 655 euro pagati in media dal cittadino stesso. La funzione di un secondo pilastro anche in sanità sarebbe quindi quella di gestire in modo più strutturato ed organico l'accesso alle cure private necessarie e rendere complementari i livelli essenziali di assistenza per tutti i cittadini, con inevitabili risvolti positivi sull'equità complessiva del sistema.

La spesa sanitaria di tasca propria è la più grande forma di disuguaglianza in sanità e può essere contrastata solo restituendo una dimensione collettiva alla Spesa Sanitaria Privata, attraverso un'intermediazione strutturata da parte di compagnie assicurative e fondi sanitari integrativi che favorisca la redistribuzione delle risorse rispetto all'acquisto individuale di prestazioni sanitarie sulla base della propria capacità reddituale.

La Sanità Integrativa riguarda poco meno di 13,9 milioni di persone e garantisce il rimborso di 5,8 miliardi di euro di Spesa Sanitaria Privata. Si tratta di un numero ancora contenuto di cittadini, peraltro prevalentemente concentrati, per via di vincoli di natura fiscale, nel settore del lavoro dipendente, per i quali tuttavia la Sanità Integrativa garantisce un importante supporto, assicurando il rimborso di circa 2/3 delle loro cure private. (riproduzione riservata)

Fiorella Cipolletta



IL MUTUO SOCCORSO: UNA STORIA LUNGA 170 ANNI

Cristina Cappelli [*]

MUTUALITÀ E SOCIETÀ MUTUO SOCCORSO

La locuzione Mutuo soccorso riconduce facilmente alle Società di Mutuo Soccorso, organizzazioni non profit che vedono la loro mission nel rapporto solidale tra i soci iscritti, per rispondere a bisogni sociali, sanitari e assistenziali. La definizione etimologica della parola latina *mutuus* è “dato in cambio, reciproco, mutuo, scambievole”.

Dal nord al sud, sparse in quasi tutte le regioni d'Italia (un migliaio circa in tutta Italia), le Società di Mutuo Soccorso sono per lo più ricordate nella memoria delle persone per i loro locali di ristoro (bocciofile, trattorie, dove si mangia bene a prezzi contenuti) o le incontriamo per essere ancora presenti nei Paesi, soprattutto al sud, come “circoli di conversazione”. Locali magnifici, storici, broccati e cristalli, poltrone e canapè. Luoghi di ritrovo e di incontro.

Ma dietro ad ogni Società di Mutuo Soccorso esiste una storia lunga che affonda le sue radici in tempi lontani, all'insegna della Mutualità e dell'aiuto reciproco.

Poco conosciuta è la loro storia, i valori costituenti, la rete di solidarietà che ancora oggi sono in grado di sviluppare nei territori. Punto di riferimento, soprattutto nelle province, per donne e uomini nella vita quotidiana all'insegna del mutuo aiuto e della reciprocità, strumento di risposta a molti bisogni sociali. Reciproca assistenza nei momenti di bisogno.

Il mutuo soccorso è una storia di lungo corso e di grande ispirazione per i valori che ha sostenuto e trasmesso di generazione in generazione.

Come scrive Renata Allio nelle pagine di Introduzione al *Il Mutuo soccorso ha i titoli*:

Un movimento, quello mutualistico, che ha attraversato le tormentate vicende italiane con un percorso lungo ormai più di un secolo e mezzo. Una storia bella, una volta tanto. Storie di uomini e donne che hanno operato insieme, non solo per garantirsi un futuro più umano, sicuro

[*] Responsabile delle Attività Mutualistiche della SMSS Solidea e del Fondo Solideo, Coordinatrice di Redazione della Rivista Solidea.

e dignitoso, ma perché credevano che il processo di crescita dei singoli, come quello dei gruppi e della società stessa, fosse opera da realizzare assieme, appunto discutendo e portando avanti iniziative con spirito fattivo di cooperazione, di tolleranza e di solidarietà.

LA STORIA DEL MUTUO SOCCORSO ALLA BASE DEL NOSTRO WELFARE

Il Mutuo Soccorso è innanzitutto una storia collettiva. Da sempre e ancora oggi.

Chi ha studiato e scritto la storia del Mutuo Soccorso ne trova gli avamposti in Roma antica, nei “collegia opificum” (una sorta di associazioni di artigiani) che rappresentarono una forma intelligente di organizzazione per affrontare i disagi dovuti a malattie, invalidità, guerre, povertà e vecchiaia, e costituirono una protezione per diverse categorie professionali, attivi in epoca imperiale, prima del declino del periodo barbarico.

Il Patto di Mutuo soccorso nasce alla fine del 1700, attraverso aggregazioni volontarie con lo scopo di migliorare le condizioni materiali e morali dei ceti lavoratori. Tali società si fondavano sulla mutualità e sulla solidarietà ed erano strettamente legate al territorio in cui nascevano. La spinta alla loro nascita venne da una progressiva presa di coscienza da parte delle masse lavoratrici della propria condizione di sfruttamento e della ricerca in se stesse, prima ancora che nelle istituzioni politiche, della forza e degli strumenti necessari per fare fronte al loro precario stato. Il Mutuo Soccorso si fonda sull'unione delle forze per raggiungere obiettivi di promozione economica e sociale, sulla responsabilità di gruppo nei confronti del comune destino di lavoro, sul senso della dignità e del protagonismo civile.

È a partire dalle rivoluzioni del 1848 che presero a fiorire decine di Società di Mutuo Soccorso in Italia, particolarmente negli stati sabaudi, grazie allo Statuto Albertino che all'art. 32 concedeva “... il diritto di adunarsi pacificamente e senz'armi, uniformandosi alle leggi che possono regolarne l'esercizio nell'interesse della cosa pubblica”.

Proprio nel 1848 nasce a Pinerolo la prima Società di Mutuo Soccorso in Italia, la Società generale operaia di mutuo soccorso. Il 15 aprile 1886 fu promulgata la legge 3818 che riconosceva alle Società di Mutuo Soccorso la possibilità di acquisire la personalità giuridica. Furono dettate le condizioni essenziali alle quali le società avrebbero dovuto attenersi nei rapporti con lo Stato e con le sue istituzioni: il soccorso ai soci come finalità, il risparmio come mezzo, la mutualità come vincolo. Lo Stato voleva evitare che la concentrazione delle risorse economiche e della classe operaia attraverso le Società di Mutuo Soccorso diventasse un potenziale strumento di sedizione e di scontro sociale fuori controllo. Per questa ragione la legge ne specificò molto chiaramente all'art. 1 le finalità operative: "assicurare ai soci un sussidio, nei casi di malattia, d'impotenza al lavoro o di vecchiaia; venire in aiuto alle famiglie dei soci defunti". L'art. 2 aggiungeva: "Le Società di Mutuo Soccorso potranno inoltre cooperare all'educazione dei soci e delle loro famiglie; dare aiuto ai soci per l'acquisto degli attrezzi del loro mestiere ed esercitare altri uffici propri delle istituzioni di previdenza economica".

Le Società di Mutuo Soccorso si finanziavano attraverso il versamento della quota sociale di ogni associato "una lira al mese per un lira al giorno" che andava a confluire nella Cassa di Mutuo Soccorso della società; nel momento del bisogno – malattia, invalidità, infortunio, o più semplicemente bisogno di un aiuto economico – attraverso appositi Regolamenti deliberati dalla SMS, si erogava al socio un sussidio.

Negli anni '80 e '90 dell'Ottocento le Società di Mutuo Soccorso crebbero rapidamente di numero e in breve costituirono una realtà corposa e ramificata su tutto il territorio nazionale. Al momento dell'Unità d'Italia, nel 1862, gli uffici ministeriali censirono 443 società, di cui 66 anteriori al 1848 e 168 fondate tra il '48 e il '60. Le regioni interessate da questa prima fase di sviluppo, oltre al Piemonte e alla Liguria, furono principalmente la Lombardia, il Veneto e l'Emilia.

Nel 1878 esse erano 2.091 con un numero di 331.548 soci effettivi e la loro diffusione incominciò ad interessare anche le regioni centro-meridionali, principalmente la Toscana, le Marche, Roma, la Sicilia. La rilevazione statistica ministeriale del 1885 registrò un deciso aumento che portò il numero delle società a 4.896 per un totale di circa 800mila soci effettivi, il 9% dei quali costituito da soci onorari e benemeriti. Nel 1897 il loro numero in Italia era salito a 6.700: più della metà avevano però meno di 100 iscritti. Le Società di Mutuo Soccorso sorsero ovunque, in quasi tutti i comuni, anche i

più piccoli. Dopo il 1870 la nascita di nuove professioni e la concentrazione di quelle tradizionali nelle città favorirono la diffusione delle società di mestiere, che erano capaci di raccogliere un numero di iscritti limitato ma sufficiente a garantire forme di assistenza economica ai lavoratori e, non di rado, a sviluppare attività colaterali di servizio.

Molte società avviarono attività di microcredito per l'acquisto di attrezzi da lavoro e di beni di prima necessità, attività ricreativo-culturali e scolastiche per i soci ed i loro familiari e soprattutto iniziative nel campo dell'abitazione, dando vita a imprese edificatrici cooperative, e del consumo, grazie alla realizzazione di spacci alimentari. Lo scopo era quello di fornire derrate alimentari e alloggi a prezzi vantaggiosi per proteggere il potere d'acquisto dei salari. Da una di queste esperienze, nel 1854, nacque il Magazzino di Previdenza, uno spaccio che, istituito dalla Società degli Operai di Torino, assunse una gestione propria. Questa autonomia gestionale permette di considerarlo come il momento della nascita della cooperazione di consumo in Italia, esperienza che sarà in grado di avviare una concezione diversa di sviluppo dando vita al movimento cooperativo. A fondamento di queste associazioni di lavoratori era la comunanza dei rischi legati all'attività lavorativa (malattia, invalidità, infortunio, disoccupazione o morte). Il bisogno del singolo veniva ripartito tra molti ed il diritto al sussidio era automatico. Un diritto acquisito con il versamento di quote mensili (una lira al mese), che raramente non venivano onorate nonostante i livelli salariali miserevoli: esse alimentavano una "cassa di mutuo soccorso" e le risorse non utilizzate venivano accantonate a riserva indivisibile a beneficio delle future generazioni. In nessun caso era possibile redistribuire o spendere tra i soci la riserva finanziaria o l'avanzo di fine anno. Tutto veniva finalizzato alla mutualità intergenerazionale e, in primo luogo, all'edificazione della sede sociale, dove i soci si riunivano nelle occasioni istituzionali e di svago. La sede di proprietà era il simbolo dell'unione, dell'impegno, della responsabilità, dell'attaccamento al territorio e alla comunità locale. La maggior parte delle società erano maschili, circa un terzo erano miste, una piccola parte erano femminili: la composizione della base associativa per sesso rispondeva alla diversa capacità contributiva tra lavoratore e lavoratrice e alla maggiore incidenza dei sussidi nelle donne, soprattutto legati alla nascita dei figli.

Gli scioperi e le manifestazioni di piazza di fine Ottocento e inizio Novecento furono sostenute dal Partito socialista, sorto nel 1892, dalle Camere del lavoro, dalle

Leghe di resistenza e scossero a tal punto lo Stato liberale da indurlo ad assumere il ruolo di garanzia e tutela del lavoro e dei salari attraverso l'emanazione di nuove leggi. Il 17 marzo 1898 fu istituita l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro per i lavoratori dell'industria, facendo seguito alla costituzione della Cassa nazionale contro gli infortuni del 1883, mentre il 17 luglio del 1898 il Parlamento approvò l'istituzione della Cassa nazionale di previdenza per invalidità e vecchiaia, mostrando un approccio nuovo e più moderno al tema pensionistico. Soltanto nel 1910 fu inserita, all'interno della Cassa nazionale per gli infortuni, una sezione dedicata alla maternità e nel 1912 sorse l'Istituto nazionale delle assicurazioni, che di fatto rappresentava il superamento delle forme tradizionali dell'associazionismo mutualistico in favore di schemi assicurativi in grado di garantire maggiore controllo da parte dello Stato. I bilanci delle Società di Mutuo Soccorso risentirono pesantemente del nuovo assetto legislativo: le SMS non rappresentavano più le istanze politiche ed economiche dei lavoratori, ma restavano comunque un punto di riferimento culturale e un elemento di aggregazione capillarmente diffuso. La storia e l'assunzione da parte dei poteri pubblici dei compiti fondamentali di tutela del lavoratore e del cittadino prima assicurati dalle Società di Mutuo Soccorso, hanno mutato nel corso del tempo "l'abito" di queste organizzazioni, senza però mai modificarne l'identità ed i valori fondanti, ma orientando su altre traiettorie l'agire quotidiano del mutuo soccorso verso i soci. Finanziare l'istruzione e la salute attraverso la fiscalità generale, coinvolgere i datori di lavoro oltre che i lavoratori nel finanziare un sistema previdenziale rivolto alla generalità delle persone sono state grandi conquiste che derivano dalla evoluzione della tradizione mutualistica delle Società di Mutuo Soccorso, basti pensare all'evoluzione dell'assistenza nel nostro paese caratterizzata da una prima lunga fase di gestione per casse separate, le mutue appunto e, a partire dal 1978 in poi con l'istituzione in senso universalistico del Servizio Sanitario Nazionale (legge 23 dicembre 1978, n. 883 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale").

LE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO OGGI

Tutto ciò potrebbe portare a pensare che le Società di Mutuo Soccorso rappresentino una parte importante e positiva della storia del nostro Paese, che abbiano contribuito in modo decisivo alla costruzione del nostro welfare, ma che siano al tempo stesso soggetti oggi desueti, legati ad un passato sempre più remoto, superati

dalle evoluzioni delle politiche pubbliche e privi di una effettiva vocazione sociale.

La realtà ci dice però cose diverse e descrive al contrario un mondo vivo, capace di trovare nuove vocazioni e aree di azione coerenti con gli attuali bisogni sociali. Molte delle esperienze di mutuo soccorso sorte sul finire del diciannovesimo secolo sono ancora oggi attive a distanza di più di un secolo e interpretano in modo rinnovato la propria mission di ripartire il rischio tra tutti i soci su sfide e bisogni attuali e molte altre sono nate più recentemente e si sono sviluppate nei territori come risorsa per la comunità.

Le Società di Mutuo Soccorso si collocano oggi a pieno titolo nel sistema di welfare, attraverso la mutualità. Immaginiamo le Società di Mutuo Soccorso come un grande ombrello, una garanzia di protezione collettiva nel momento del bisogno.

Come si legge anche sul sito della Fimiv (Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria): le Società di Mutuo Soccorso ancora oggi sono organizzazioni costituite da persone che, senza finalità di lucro, si associano e conferiscono contributi economici con lo scopo primario di ottenere prestazioni di assistenza e sussidi nei casi di bisogno, opportunamente regolamentati e secondo la normativa vigente.

Esse promuovono inoltre la cultura della mutualità, intesa come valore universale connaturato alla vita comunitaria degli uomini, favorendo la coesione sociale e la convivenza pacifica.

I principi e i valori identitari, inquadrati nella specifica cornice normativa (legge 3818 e successive modifiche), determinano i caratteri distintivi delle Società di Mutuo Soccorso che:

- non hanno finalità di lucro, ma non sono enti di beneficenza; al contrario, esse nascono storicamente come strumento autorganizzato per affermare una condizione di diritto che emancipa dalla carità e dalla beneficenza; i soci sono tenuti al versamento di un contributo annuo predeterminato in funzione delle prestazioni sottoscritte e la somma dei contributi di tutti costituisce il patrimonio di risorse da cui derivano le prestazioni destinate a sostenere il singolo socio in situazioni di bisogno, sulla base di regole condivise;
- escludono la remunerazione del capitale perché, non ci sono azionisti da compensare, ma soci da sussidiare in presenza di bisogni opportunamente regolamentati;
- sono aperte alla collettività (Principio della Porta Aperta) secondo le rispettive previsioni statutarie, non selezionano e non discriminano per condizioni



SOLIDEA & SOLIDEO, PRATICHE DI MUTUALITÀ

UNA RETE SOCIALE E SANITARIA DI MUTUO SOCCORSO TRA LE PERSONE

Le Società di Mutuo Soccorso, esperienza più che centenaria, sono oggi un soggetto del Terzo Settore vitale e generatore di nuove opportunità mutualistiche. La Società di Mutuo Soccorso del sociale Solidea, infatti, nasce nel 2011 dal progetto di voler dare vita e sviluppo al mutualismo tra associati, autorganizzati. Solidea svolge la propria attività in favore dei soci e dei loro familiari conviventi, ai quali, a fronte di un conferimento contributivo annuo, eroga prestazioni, servizi e assistenza sanitaria. Tre le parole chiave: Mutuo Soccorso, Risparmio, Mutualità. Il soccorso ai soci come finalità, il risparmio come mezzo, la mutualità come vincolo. Attraverso la Cassa di Mutuo Soccorso, in cui confluiscono i versamenti dei soci per le Assistenze sanitarie sottoscritte, ci si può occupare della propria salute ottenendo rimborsi per spese sanitarie, cure odontoiatriche, sussidi per ricoveri ospedalieri. Una garanzia solidale e collettiva, fondata sul risparmio di tutti, per la propria salute. La medesima logica vale per il Fondo Solideo, un fondo interaziendale rivolto ai lavoratori delle aziende associate, che possono usufruire di assistenze sanitarie diversificate a seconda dei bisogni. Il Fondo risponde ad esigenze di applicazione contrattuale della Mutualità Integrativa Sanitaria o a proposte di Welfare Aziendale. Solidea e Solideo sono anche una rete sociale per i propri associati (borse di studio per i figli, ricerca colf e badanti, assistenza all'abitazione attraverso l'invio di artigiani, sussidio per le spese funerarie, elaborazione 730 annuali, ecc.). La Mutualità come Reciprocità e Aiuto.

Solidea inoltre edita la Rivista Solidea sui temi del Lavoro, della Mutualità e delle Comunità, come progetto culturale che mette al centro i protagonisti del Lavoro Sociale, partecipando in prima persona alle trasformazioni del welfare, alla costruzione di reti di prossimità, a nuove forme di mutualità, alla progettazione di nuove forme per gestire e condividere i beni comuni.

Tutte le informazioni le trovate sul sito Solidea: www.mtuosoccorso.solidea.org

Social: <https://www.facebook.com/Solideamtuosoccorso/> <https://www.facebook.com/RivistaSolidea/>

Segreteria: Via Vandalino 82/32 Torino 011.5214890

sogettive e individuali; possono piuttosto adottare regole generali e astratte al fine di garantire la sostenibilità e disincentivare adesioni opportunistiche;

- garantiscono al socio l'assistenza a vita (le Società di Mutuo Soccorso non esercitano mai il "Diritto di recesso" che caratterizza i rapporti assicurativi) perché il rapporto associativo è volontario e non può essere interrotto unilateralmente da parte della società né per sopraggiunti limiti di età, né per aggravamento del tasso di rischio ovvero quando, per ragioni di malattia, anche cronica, o di vecchiaia, il socio ricorra con maggiore frequenza alle prestazioni previste;
- promuovono la partecipazione alla vita associativa, la conoscenza delle regole comuni e la trasparenza delle decisioni con l'educazione, l'informazione e la formazione; l'attività mutualistica, attraverso i suoi amministratori, deve garantire ai soci la correttezza

e la trasparenza degli atti e delle forme di rendicontazione; tutti i soci possono partecipare democraticamente agli organi societari e alla loro designazione nonché alle scelte strategiche della Società di Mutuo Soccorso a cui appartengono, mediante il voto;

- non svolgono attività di impresa commerciale né applicano il trasferimento del rischio, ma operano nel principio solidaristico della ripartizione degli oneri. In altre parole, il rapporto mutualistico è un patto tra persone che si regola su vantaggi e obblighi reciproci.

Le caratteristiche delle Società di Mutuo Soccorso garantiscono la piena applicazione dei principi mutualistici:

- assenza di fini lucrativi;
- principio della porta aperta;
- nessuna discriminazione delle persone assistite e garanzia di assistenza per tutta la vita;

– partecipazione democratica delle persone assistite che diventano soci della Società di Mutuo Soccorso. Oggi il panorama della presenza delle Società di Mutuo Soccorso in Italia è molto differenziato. Esistono realtà diverse che rispondono per storia, tradizione e nuove forme di innovazione territoriale a bisogni diversificati, piccole e grandi reti sociali di protezione e tutela. Si va dalle piccole, piccolissime SMS dei territori di provincia e montani con una tradizione storica centenaria che gestiscono la sede sociale e qualche attività ricreativa per i soci, alle SMS storiche che hanno aggiunto all'attività sociale, attività sanitarie, assistenziali, servizi di prossimità gestiti in modo volontario dai soci (punti informativi sanitari, trasporti verso le strutture ospedaliere non facilmente raggiungibili dai mezzi pubblici, consegna farmaci, sostegno infermieristico, ecc.), dalle nuove forme di mutuo soccorso tra e per i soci nate su specifici obiettivi, alle cosiddette "Mutue", alcune storiche – nate tra la fine dell'800 e i primi anni del '900, ed altre più recenti, con migliaia di soci iscritti (Insieme Salute, la Cesare Pozzo, la Mutua Piemonte, Campa, ecc.) che rispondono in modo organizzato a risposte di mutualità integrativa sanitaria dei propri associati sia per far fronte a problemi di salute sia per le necessità di assistenza ospedaliera e domiciliare, fino all'assistenza alla non autosufficienza. Inoltre, le Società di Mutuo Soccorso sono espressamente indicate tra i soggetti chiamati ad istituire o a gestire i Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (art. 9, d.lgs. n. 229/1999), qualificate per le loro caratteristiche mutualistiche: assenza di lucro e finalità assistenziali. Assistiamo ad un trend in crescita di queste esperienze, in quanto sempre più presenti nei Contratti Nazionali e Collettivi di Lavoro e in svariate forme di progetti relativi al Welfare Aziendale.

IN CONCLUSIONE

Tutte le esperienze di mutuo soccorso delle società sono da annoverare nella costruzione, partecipata dai soci, di un sistema di welfare: un buon vivere, lo stato di benessere, la tutela della salute, la costruzione di reti assistenziali e sanitarie di prossimità, il cui onere economico è compensato per mezzo di contribuzione mutualistica, integrativa della copertura pubblica. Ovviamente non mancano le contraddizioni: la scommessa del mutuo soccorso è di stare sul crinale dell'integrazione al Servizio Sanitario Nazionale e non nella sua sostituzione, realizzando quindi progetti di welfare complementari al sistema di welfare presente sul territorio. A questo proposito, le mutue sanitarie possono rivestire un ruolo

importante nel rendere gli obiettivi di universalità del SSN e dello Stato Sociale compatibili con la sostenibilità economica del sistema, in primo luogo responsabilizzando i propri soci attraverso l'aggregazione di una domanda consapevole, responsabile e informata o sostenendo, ad esempio, attività di prevenzione e cura della salute attraverso stili di vita sani e sostenibili.

Nei fatti il mutuo soccorso rappresenta una risorsa collettiva, aggregata e partecipata per integrare risposte ai bisogni di salute rispetto ai quali la copertura assicurata dal sistema sanitario è carente (ad esempio l'odontoiatria) assicurando da una parte il risparmio per i cittadini (attraverso una rete odontoiatrica convenzionata) con il rimborso parziale delle spese sostenute, dall'altra realizzando iniziative di prevenzione.

Al di là delle concrete attività intraprese, va comunque riaffermato come il fulcro del mutualismo stia nella capacità di costruire relazioni sociali, basate sulla fiducia e la vicinanza, meccanismi collettivi di condivisione economica e di ripartizione del rischio, che mettono al centro la persona con i suoi bisogni e le sue responsabilità. La ricchezza del mutualismo è in primo luogo il principio di solidarietà, solido baluardo contro l'individualismo, la crescita di disuguaglianze, e divisione sociale. La sfida è, quindi, costruire all'interno del Patto Mutualistico e generazionale modelli sociali fondati sul tessuto della comunità in cui vive la Società di Mutuo Soccorso, condividendo i fini e i mezzi dell'azione collettiva.

"Ragionare sulle pratiche mutualistiche non è solo esercizio di memoria, materia per storici: è un tema che ridiventa attuale. Non solo alla luce della crisi dei sistemi di welfare, con la conseguente dismissione delle garanzie sociali acquisite nel periodo d'oro del fordismo spiegato, ma perché il mutualismo affonda le proprie ragioni nell'antropologia della modernità, nella sua lotta contro un'acuta, snervante incertezza e contro il paralizzante sentimento di insicurezza radicato nella fluidità dei legami sociali (A. Bonomi)".

BIBLIOGRAFIA

L'articolo è stato scritto facendo riferimento a molti degli articoli ed interventi scritti da Placido Putzolu, Presidente della Fimiv (Federazione Italiana Mutualità Integrativa Volontaria).

Per quanto riguarda la parte storica si fa riferimento ad una tesi di laurea sul Mutuo Soccorso "Storia delle Società Operaie di Mutuo Soccorso" di PINTUCCI PIERMATTEO ANNA SALFI, FIORENZA TAROZZI, *Dalle società di mutuo soccorso alle conquiste del welfare state*, Ediesse, 2014.

SPECIALE
TELEMEDICINA

Mitigare i deficit del campo visivo con la teleriabilitazione

Valentina Sirtori

È possibile grazie alla stimolazione dei neuroni multisensoriali. Ne è esempio un progetto di teleriabilitazione visiva avviato con l'Irccs Fondazione Stella Maris e ora in fase di espansione con Linari Medical.

KEYWORDS

teleriabilitazione,
deficit del campo visivotele-rehabilitation,
visual field deficits

Ci sono patologie congenite o acquisite che determinano una perdita del campo visivo, come l'emianopsia e la quadrantopsia, che possono essere originate da malattie congenite, traumi o altri disturbi che compromettono la corteccia occipitale del cervello. I soggetti, adulti o bambini, perdono la visione di quanto accade intorno a loro, in particolare in alcune direzioni. Tali situazioni si possono associare a ictus, ischemie o tumori cerebrali, trami cranici o altre patologie congenite o acquisite. Dalla collaborazione decennale tra Irccs Fondazione Stella Maris, Istituto Scientifico per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (Calambrone, PI) e Linari Engineering è nato un dispositivo medico che sfrutta la plasticità dei neuroni multisensoriali per dare a questi pazienti una visione non fisica ma neurologica, di tipo inconscio. Il dispositivo AvDesk™ è prodotto e commercializzato dalla startup Linari Medical, nata nel 2018 come costola della sopra citata holding al fine di allargare il campo d'azione del dispositivo e proseguire con l'attività di ricerca. Un altro aspetto interessante è che questo prodotto è stato ideato per l'uso a distanza.

Spiega la dottoressa Caterina Stimola, ceo della startup: «AvDesk™ può essere usato dal paziente a casa o in ambulatorio, i risultati di ogni sessione vengono analizzati da un nostro tutor esperto che da remoto prescrive la terapia per il giorno seguente. Il processo di riabilitazione non può prescindere dalla collaborazione con neurologi o oculisti, che seguono il paziente nel percorso».

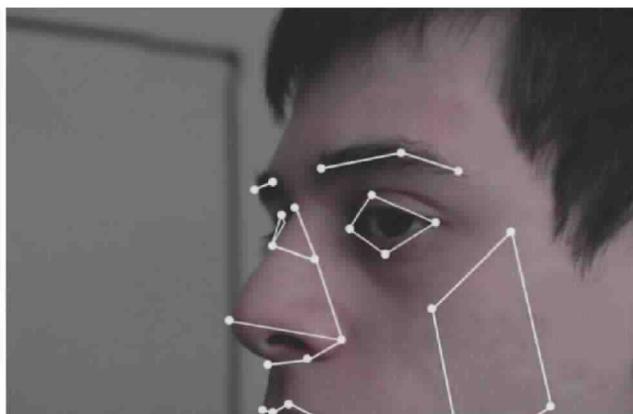
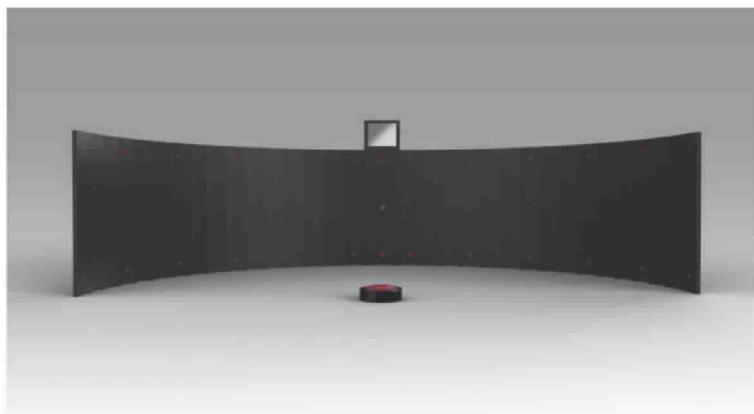
Il dispositivo

10 anni fa ricercatori dell'Irccs e non solo hanno provato che alcuni bambini con deficit congenito del campo visivo potevano svolgere attività nell'an-

golo cieco. «Con la RMN funzionale i neurologi hanno rilevato che le aree della vista corrispondenti all'angolo cieco erano attive: la soluzione doveva quindi essere di origine neurologica e derivante dalla plasticità sinaptica, che nell'infanzia è massima e che in modo naturale riusciva a compensare parte del deficit».

Prima si sono fatte ricerche sui neuroni multisensoriali per capire come stimolarne la plasticità sinaptica anche in ragazzi più grandi e negli adulti e si è scoperto che si poteva usare la percezione uditiva per stimolare quella visiva. Circa 10 anni fa l'Irccs chiese a Linari Engineering supporto ingegneristico per sviluppare un dispositivo per telemedicina che aiutasse i bambini con deficit del campo visivo a recuperare parte della vista. L'uso a distanza era necessario perché i pazienti restassero il minimo in struttura e proseguissero la riabilitazione a casa». Gli specialisti si erano accorti che alcuni bambini riuscivano a svolgere attività nell'angolo cieco. Il dispositivo doveva essere semplice per essere usato a casa senza la presenza del medico. AvDesk™ rispecchia queste caratteristiche: richiede al paziente di seguire gli stimoli audiovisivi emessi secondo la terapia elaborata dal tutor remoto e di premere un pulsante il più velocemente possibile quando vengono percepiti. «Il soggetto deve avere una postura corretta, il viso deve essere fermo durante la sessione (1-1,5 ore). Un algoritmo di IA aiuta a mantenere il viso nel corretto orientamento e confronta continuamente la posizione di specifici punti del viso per rilevarne la posizione assoluta nello spazio e la direzione dello sguardo. Quando c'è discrepanza con la posizione ideale, il sistema blocca la sessione e, tramite appositi indicatori luminosi, suggerisce come correggersi». Il dispositivo è composto da: schermo orizzonta-

It's possible to mitigate visual field deficits thanks to telemedicine is now possible thanks to the stimulation of multisensory neurons. An example of this is a visual tele-rehabilitation project started with the Irccs Fondazione Stella Maris and is now being expanded with Linari Medical.



le curvo per l'erogazione di stimoli visivi e acustici spazialmente distribuiti su 180°; telecamera ad alta risoluzione, adatta alla visione notturna, integrata nel pannello centrale dello schermo curvo e collegata al modulo di elaborazione con IA che funge anche da unità di raccolta dei dati attraverso un software proprietario collegato al Cloud Linari Medical e un pulsante wireless che il paziente usa per indicare il rilevamento dello stimolo. «Il dispositivo misura in millisecondi il tempo di reazione tra accensione dello stimolo luminoso (anticipato da segnale acustico) e pressione del pulsante da parte del soggetto trattato».

Il percorso riabilitativo

Prima del percorso riabilitativo il paziente va sottoposto a studio del campo visivo e a RMN funzionale: i risultati dei due esami, uniti alla visita clinica, consentono di individuare i soggetti candidabili al trattamento. «I risultati ottenuti nelle sessioni sono inviati al tutor, che li analizza per stabilire come proseguire il percorso».

I risultati degli studi hanno dimostrato che un'ora al giorno di riabilitazione per 20 giorni permette di aumentare del 50% la velocità di lettura. «Tra i casi trattati c'è un uomo over 70 che ha ripreso a guidare dopo un ictus. L'aspetto interessante è che, alla fine del percorso, il cervello prosegue per qualche settimana il lavoro di rimodellamento, migliorando i risultati. Dopo 4 mesi si hanno aumentato della velocità di lettura fino al 100% e stabilizzazione del processo di miglioramento cognitivo. Il bacino d'utenza potenziale del dispositivo è di almeno 25.000 nuovi pazienti l'anno in Italia solo per l'ictus, cui si aggiungono soggetti con problemi al campo visivo per cause varie e soggetti che hanno acquisito questo deficit senza possibilità di miglioramento». AvDesk™ si potrebbe usare anche per il miglioramento cognitivo di pazienti sani come atleti professionisti, piloti, squadre di soccorso. «Abbiamo avviato un'attività di ricerca. Riteniamo che gli ambiti

di applicazione del principio su cui si fonda il dispositivo possano estendersi alla riabilitazione uditiva e a malattie neurodegenerative», sottolinea Stimola. La nascita della startup ampliarà così i campi d'applicazione del dispositivo.

Medici certificati wanted

I pazienti che possono beneficiare di questo percorso riabilitativo sono molti, ma medici di medicina generale e specialisti devono esserne a conoscenza. «Abbiamo aperto a Pisa il primo Linari Medical Center con spazi dedicati all'uso del dispositivo, ambulatori con specialisti per visitare i pazienti e un'area per la ricerca clinica. Vogliamo così promuovere percorsi formativi (anche a distanza) per accreditare neurologi e oculisti che collaborano con noi, per creare una squadra di specialisti che usino il dispositivo in ambulatorio o a casa del paziente e siano capaci di identificare i pazienti che possono essere sottoposti a terapia. Creeremo poi una piattaforma online per permettere ai pazienti di trovare i medici che collaborano con noi». L'idea è creare una comunità scientifica di specialisti contribuiscano a sviluppare la tecnologia. «Entrare in contatto con un alto numero di specialisti ci permette di mantenere alta la sensibilità nei confronti dei nostri utenti e vedere realtà che ci stimolano a fare meglio. Un aspetto da migliorare è la fruibilità da parte dei piccoli. Anche se l'esperienza con l'Irccs Fondazione Stella Maris dimostra che un genitore motivato può aiutare il figlio a mantenere la postura corretta durante la riabilitazione, vorremmo creare un contesto più coinvolgente che preveda gratificazioni per il bambino». Il valore scientifico di AvDesk™ è stato attestato anche dal Premio Life Science Award 2019, ricevuto dalla rivista internazionale Popular Science. «È un premio prestigioso in ambito farmaceutico e dei dispositivi medici che ci ha visto sul palco con le maggiori multinazionali del mondo», fa notare Stimola. ■

Il sistema AvDesk™ e il tracking del viso

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SPECIALE
TELEMEDICINA

Telecardiologia

un potenziale poco sfruttato

Beatrice Arieti

Le esperienze ci sono, anche se spesso sono locali e riguardano piccoli bacini d'utenza. Centrali più grandi consentirebbero forse maggiore risparmio e sostenibilità.

KEYWORDS

telecardiologia

telecardiology

Lo sviluppo della telemedicina, in tutte le sue forme, è da tempo nelle agende della sanità italiana, ma fatica a farsi davvero strada nel nostro Paese. Tra le ragioni di questo ritardo, se così lo vogliamo chiamare, vi è probabilmente una lacuna normativa che rende confuso il settore, in termini sia di responsabilità sia di rimborsi: molte delle esperienze oggi in atto non sono infatti rimborsate dal SSN. Eppure, in un'Italia che invecchia a ritmo più rapido degli altri Paesi dell'Unione Europea e che si trova ad affrontare numeri sempre maggiori di pazienti cronici e/o fragili, i servizi di telemedicina consentirebbero di farsi carico di più soggetti, riuscendo nel contempo a risparmiare risorse sia economiche che umane. Ricordiamo, infatti, che la sfida dettata dall'invecchiamento della popolazione si affianca ad altre due difficoltà: le risorse economiche sempre più limitate e la diminuzione dei medici di base e specialisti prevista nel prossimo futuro. Quanto detto si può calare in varie specialità, tra cui anche la cardiologia: la telecardiologia è anzi considerata uno dei servizi a distanza più diffuso lungo lo Stivale, soprattutto per la refertazione degli elettrocardiogrammi e per la gestione delle patologie aritmiche. In questo ambito, il servizio più maturo è quello del Centro Cardiologico Monzino di Milano, avviato 19 anni fa e ancora operativo. Accanto a questa esperienza ne sono poi nate altre presso varie strutture ospedaliere del Paese, come quella dell'Irccs Policlinico San Donato e quella dell'Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza di Brescia.

L'esperienza del Monzino

Il servizio di Telecardiologia del Monzino è nato nel 2000 ed è prossimo ormai a festeggiare i suoi primi 20 anni di vita.

«Nel corso degli anni il servizio si è differenziato in vari ambiti», spiega il professor Gianluca Polvani, responsabile della Telemedicina Cardiovascolare dell'ospedale milanese. «La nostra centrale operativa è certificata ISO e segue, per esempio, i pazienti che devono fare riabilitazione a domicilio dopo un intervento cardiovascolare con un servizio di Teleriabilitazione. Nel tempo abbiamo seguito 2.300 pazienti in questo modo. Un'altra importante fetta del nostro lavoro si svolge nei confronti dei pazienti con aritmie cardiache. L'Unità di Elettrofisiologia del Monzino segue molti pazienti con questa patologia e grazie alla telecardiologia possiamo monitorare i loro fenomeni aritmici 24 ore al giorno per tutto il tempo necessario. Quello che serve è un Holter che può essere portato, a seconda delle esigenze, da 7 a 120 giorni. Tutti i tracciati cardiologici arrivano in centrale operativa e quando si verifica un evento aritmico possiamo chiamare il paziente e capire come sta e di cosa ha bisogno. Oppure è il paziente che ci chiama e noi, guardando il tracciato, siamo in grado di dirgli se è il caso che si rechi in Pronto Soccorso o meno, alle volte anche solo rassicurandoli. Inoltre, quando è necessario l'accesso al Pronto Soccorso, la centrale operativa invia il tracciato ai medici così da accorciare i tempi dell'accertamento. Al tempo stesso, se il paziente può essere gestito a casa e non in Pronto Soccorso noi lo facciamo, evitando così un 23% di accessi inappropriati. Con questo servizio il paziente è sicuro di essere seguito costantemente nel tempo, mentre noi sappiamo di poter intervenire tempestivamente quando necessario».

La centrale del Monzino gestisce da remoto anche i pazienti che fanno Terapia Anticoagulante Orale.

There are experiences, even though they are often local and concern small catchment areas. Larger plants would perhaps allow greater savings and sustainability.

Un servizio di Telecardiologia di questo tipo è utile non solo al paziente ma anche alla struttura ospedaliera, in quanto con un investimento importante ma non eccessivo permette di risparmiare risorse umane.

«Dal punto di vista tecnologico, ormai, il mercato offre molti software e device. I nostri software sono in rete per consentire l'accesso da remoto ai nostri professionisti, che possono per esempio seguirli anche quando sono in reperibilità. Per quanto riguarda i device, invece, la nostra politica è di affittarli: in questo modo si possono cambiare quando arriva un upgrade e, al tempo stesso, si possono testare nella loro funzionalità».

Un servizio come quello del Monzino collabora molto anche con le cooperative di medici di medicina generale, che attraverso la Telecardiologia possono seguire meglio i propri assistiti.

«Sono convinto che la Telemedicina sia il futuro», conclude Polvani. «Perché un servizio di questo tipo funzioni bene occorre però avere prima le idee molto chiare rispetto al Percorso terapeutico e poi scegliere i device migliori per quel percorso. Il rischio, agli inizi, è procedere in direzione opposta, ovvero scegliere un device e poi ideare il percorso che meglio lo integra. La nostra esperienza dice che questa strategia non paga in termini di efficienza del servizio».

Data la mole di pazienti che segue, il Monzino è stato di recente selezionato per avviare una sperimentazione anche con lo smartwatch.

Più recente ma altrettanto ricca è l'esperienza dell'Irccs Policlinico San Donato di San Donato Milanese (MI) - Gruppo San Donato.

I servizi del Policlinico San Donato

Tre le aree coperte dalla centrale di Telecardiologia del Policlinico San Donato: monitoraggio da remoto dei pazienti con dispositivi cardiaci impiantabili; servizio di Telerefertazione di traccianti elettrocardiografici; monitoraggio telemetrico con software di remotizzazione degli allarmi relativi ai pazienti sottoposti a chirurgia bariatrica nell'Istituto Nazionale per la Cura dell'Obesità (INCO) presente nella struttura.

«Il primo servizio», spiega l'ingegner Salvatore Chiarella, direttore Tecnologie Biomediche, Gruppo San Donato, «è seguito dall'Unità Operativa di Aritmologia ed Elettrofisiologia Cardiaca dell'ospedale, guidata dal professor Carlo Pappone. Il monitoraggio include al momento circa 4000 pa-

zienti che portano dispositivi cardiaci impiantabili di varie aziende produttrici. Il Servizio è seguito da un responsabile, medico specialista in aritmologia, e da due tecnici perfusionisti con master in Elettrofisiologia».

Grazie a questo monitoraggio remoto - rivelatosi efficace nel sostituire controlli ambulatoriali frequenti e ripetuti - i professionisti possono controllare regolarmente i parametri di funzionamento dei dispositivi ed eventuali aritmie così da fornire una risposta quanto più possibile tempestiva a eventuali problemi tecnici o clinici: può essere necessario intervenire con azioni di ottimizzazione della terapia, effettuare una visita clinica o decidere per un ricovero più o meno urgente.

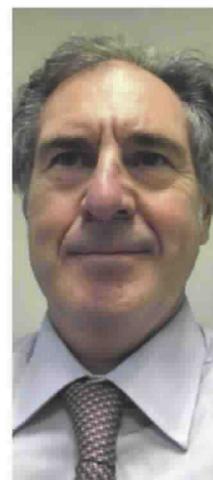
«Non si tratta di un servizio d'emergenza, però», sottolinea Chiarella, «anche se il monitoraggio può essere utile per dare indicazioni al paziente di rivolgersi al Pronto Soccorso».

Ricordiamo che le attuali linee guida relative ai pazienti con dispositivi cardiaci impiantati raccomandano il monitoraggio remoto degli stessi per il riconoscimento precoce di problemi clinici e tecnici, per esempio quando le aziende produttrici emettono dei richiami tecnici o quando i dispositivi sono vicini all'esaurimento della batteria.

Il secondo servizio del San Donato (seguito dall'UO di Cardiologia Interventistica ed Emodinamica diretta dal prof. Francesco Bedogni e dall'UO di Cardiologia Pediatrica e dei Congeniti adulti, diretta dal dottor Mario Carminati) riguarda la refertazione di elettrocardiogrammi pediatrici e di adulti.

«Di recente abbiamo avviato una collaborazione con la Fondazione Mondino di Pavia. Grazie alla piattaforma e al software riceviamo e memorizziamo gli ECG eseguiti nei vari reparti del Mondino e li refertiamo. L'accesso alla piattaforma richiede autenticazione. Il medico refertatore accede in remoto al server avendo accesso a tutti i traccianti inviati dalla struttura. Una volta effettuata la diagnosi sarà prodotto un file PDF che verrà memorizzato localmente e, tramite una schedulazione SFTP, consegnato in una cartella all'interno della rete della struttura stessa».

L'ultimo servizio può essere considerato di Telecardiologia anche se avviene all'interno dello stesso ospedale perché permette di inviare i traccianti ECG e i parametri vitali, rilevati tramite sistema telemetrico, dei pazienti dell'Istituto Nazionale per la Cura dell'Obesità (INCO), diretto dal dottor Alessandro Giovanelli, che sono stati sottoposti a chirurgia bariatrica, agli smartphone dei professio-



Salvatore Chiarella



Gianluca Polvani

«CON IL SERVIZIO DI TELEREFERTAZIONE SI RIDUCONO GLI ACCESSI AGLI AMBULATORI, RIDUCENDO LE LISTE D'ATTESA. È UTILE UNIRE ALLA TRASMISSIONE DELL'ECG UN CONSULTO TELEFONICO CON IL PERSONALE DELLA RSA».



Claudio Cuccia

nisti tramite la rete wi-fi ospedaliera. Gli allarmi possono quindi essere recepiti anche al di fuori del reparto.

«Si tratta di un sistema di monitoraggio innovativo», spiega ancora Chiarella, «che consente il miglioramento della gestione dei processi interni, dell'organizzazione e della logistica di un reparto ad alta specializzazione. Quando un allarme viene attivato al posto letto del paziente, viene scattata un'istantanea dell'allarme, viene generato un avviso e viene inviato allo smartphone dell'operatore sanitario designato. Lo smartphone deve essere collegato alla wi-fi ospedaliera. I valori numerici e le forme d'onda sono inclusi nell'avviso per consentire all'utilizzatore di valutare le condizioni del paziente e prendere le opportune decisioni secondo necessità».

Il sistema utilizzato per questo servizio reca la marcatura CE ed è certificato in classe IIb. Vediamo, infine, la Telecardiologia di Fondazione Poliambulanza, attivata per essere più vicini al territorio.

Poliambulanza più vicina al territorio

Il dottor Claudio Cuccia, direttore del Dipartimento Cardiovascolare dell'ospedale bresciano, spiega le ragioni che hanno portato l'Istituto ad attivare un servizio di Telerefertazione con il territorio: «il servizio è attivo dal 2012 per rispondere alla necessità di entrare in rapido collegamento con alcuni pazienti particolari, come quelli che hanno difficoltà di spostamento, soprattutto quelli delle RSA. Da allora, il servizio si è molto sviluppato e oggi è utilizzato anche da medici di medicina generale per il loro assistiti, ma non solo: refertiamo anche per poliambulatori, centri termali e farmacie. Con il suo ampliamento, posso dire che anche il gradimento degli utenti è migliorato».

«La telemedicina è la prospettiva futura per unire ospedale e territorio effettuando elettrocardiogrammi a distanza, ma è necessario assicurare un servizio di alta qualità: per non commettere errori diagnostici la qualità dell'immagine che arriva al cardiologo in ospedale deve essere perfetta. La tecnologia che abbiamo selezionato è molto affidabile e, in particolare, consente di trasmettere in struttura un elettrocardiogramma diagnostico, ovvero libero da interferenze, rumori o altre distorsioni. La traccia arriva così pulita in reparto

e per noi è possibile leggerla e inviare un nostro parere», sottolinea Cuccia.

Da novembre 2018 anche l'Avis provinciale di Brescia ha aderito a questo servizio. Una scelta dal forte valore simbolico.

«Avis ha deciso di fare un dono ai propri soci, che sono generosi. Sottolineo che avere a disposizione un elettrocardiogramma è importante per tutti, perché con questo strumento si possono diagnosticare varie malattie che non sempre si manifestano con i classici sintomi, come dolore, affanno, batticuore e così via».

In particolare, il dirigente medico del centro Avis potrà richiedere un elettrocardiogramma per i soci per i quali lo ritenga opportuno: questi verranno contattati successivamente per essere sottoposti all'esame. Con Avis il bacino di utenza del servizio di Poliambulanza si amplia.

«I vantaggi portati da questo servizio di Telerefertazione sono indubbi», sottolinea Cuccia, «perché si riesce a ridurre il numero di accessi agli ambulatori, riducendo le liste d'attesa. Risulta molto utile affiancare alla trasmissione dell'elettrocardiogramma anche un consulto telefonico con il personale della RSA. Nella nostra esperienza ciò permette di non trasportare il paziente in Pronto Soccorso, cosa che invece prima succedeva di frequente».

Più di recente Poliambulanza ha attivato un altro progetto pilota: «usiamo la Telecardiologia», spiega Cuccia, «anche a supporto dei pazienti con alto rischio di nuovo ricovero, dovuto alla gravità della malattia: stiamo al loro fianco con visite infermieristiche da noi gestite al loro domicilio. Nelle prime otto settimane dalla dimissione, la presenza delle visite domiciliari dell'infermiere della cardiologia ha lo scopo di educare il paziente e il caregiver alla gestione della terapia e alla conoscenza dei sintomi o dei segni che, colti al loro primo apparire, possono permettere una precoce identificazione di un problema, evitando un ricovero improprio. Anche in questo progetto, la trasmissione dell'ECG e di un consulto a distanza si sta dimostrando molto efficace».

In questo modo i flussi dei pazienti con patologia cardiovascolare sono gestiti al meglio all'interno del sistema sanitario. Queste esperienze dimostrano il ruolo che la Telecardiologia può avere nel migliorare la presa in carico dei pazienti anche anziani, nella gestione delle malattie aritmiche e nell'indirizzare i pazienti nei percorsi più consoni al loro trattamento a seconda delle necessità. ■

SPECIALE
TELEMEDICINA

Il teleconsulto pediatrico in Toscana

La Regione Toscana completa la costruzione della Rete Pediatrica regionale, favorendo i contatti tra gli ospedali e gli specialisti del territorio.

Aurora Sala

Il percorso di definizione, organizzazione e messa in opera della Rete Pediatrica regionale toscana è iniziato con la legge regionale 84/2015 che ha riordinato la sanità toscana: nell'articolo 33 bis, comma 1 di tale documento si legge: "L'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer assicura, nell'ambito regionale, di concerto con il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute per quanto attiene alla programmazione di area vasta ed i direttori generali delle aziende sanitarie, la funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della rete pediatrica regionale".

Nei commi successivi sono definite le funzioni di tale coordinamento, il cui fine ultimo è favorire la condivisione di saperi e risorse anche tecnologiche per riuscire a curare il piccolo paziente vicino alla propria abitazione ogni volta che sia possibile, ricorrendo invece all'ospedale di terzo livello solo quando davvero necessario. Nella rete hanno un ruolo fondamentale anche i pediatri di libera scelta.

Negli anni successivi si è proceduto a definire linee guida e protocolli condivisi tra le sei Aziende Sanitarie Toscane e il Meyer per rendere la Rete Pediatrica una realtà concreta.

«Alla Rete partecipano anche gli ospedali che non hanno specialità in pediatria, perché è possibile che vedano accedere al proprio Pronto Soccorso un bambino traumatizzato. Prima succedeva», spiega la dottoressa Francesca Bellini, direttore sanitario del Meyer, «che questi bambini venivano trasferiti al Meyer perché gli specialisti, in questo caso ortopedici, non avevano esperienza di gestione di pazienti pediatrici spesso il trasferimento non era necessario. Abbiamo lavorato sulla condivisione di protocolli

e percorsi perché questi Pronto Soccorso non pediatrici siano in grado di curare anche alcune patologie dei piccoli pazienti e di capire quando devono essere trasferiti».

Affinché tutto il sistema possa funzionare al meglio occorre creare dei canali di comunicazione certificati. «La Rete Pediatrica è costruita secondo un modello ad alta integrazione», prosegue Bellini, «e accade spesso che i medici di un ospedale sentano l'esigenza di mettersi in contatto con gli specialisti dell'ospedale che possiede le competenze più specifiche per chiedere un parere».

La telemedicina è lo strumento migliore per favorire la circolazione sicura delle informazioni cliniche e sanitarie di un paziente. È nato così il servizio di Teleconsulto pediatrico regionale, per ora attivo solo nell'Usl Toscana Centro e in alcuni ospedali dell'Usl Toscana Nord Ovest.

Nascita ed evoluzione del servizio

L'AOU Meyer è l'ospedale pediatrico di terzo livello di Regione Toscana, quindi ha le competenze per la presa in carico dei casi più gravi. Come visto, questo ospedale è anche il coordinatore della Rete Pediatrica regionale e ha il ruolo di offrire il proprio supporto al territorio nella gestione delle patologie che non necessitano di essere centralizzate.

Spiega Daniele Di Feo, dirigente responsabile dei tecnici sanitari: «per accelerare la messa in relazione dei nostri dipartimenti con le aziende territoriali, nel 2017 abbiamo avviato un progetto di Teleconsulto e Teleconsulenza. La fase sperimentale è stata fatta con l'ospedale fiorentino di San Giovanni di Dio (Torregalli). Una volta certi che il progetto fosse operati-

KEYWORDS

teleconsulto pediatrico,
Regione Toscana

pediatric teleconsultation,
Tuscany

Tuscany completes the construction of the Regional Pediatric Network, promoting contacts between the various hospitals and local specialists.

vo, lo abbiamo esteso ad altri ospedali dell'Ausl Toscana Centro».

Lo scorso settembre è stato deciso di attivare il servizio anche nelle isole maggiori toscane, partendo da Portoferraio.

«Abbiamo ricevuto anche un finanziamento dal Ministero della Salute e abbiamo stretto una convenzione anche con l'Ausl Toscana Nord Ovest. Ci piacerebbe estendere il servizio a tutti gli ospedali toscani, partendo da quelli del Nord Ovest per poi coprire anche l'Ausl Toscana Sud Est».

Come accennato, i servizi a disposizione sono: Teleconsulto e Teleconsulenza.

Spiega Di Feo, «un ospedale spoke contatta un nostro professionista per una seconda opinione: invia al Meyer gli esami diagnostici refertati e chiede un ulteriore parere. Lo specialista studia gli esami e invia la risposta. In alternativa, il medico dell'ospedale spoke chiede al collega del Meyer una diagnosi, partendo da esami ancora non refertati. Al momento questo collegamento è attivo per Pronto Soccorso, Trauma Center e Radiologia».

Queste sono le specialità pediatriche per le quali è già stato fatto un lavoro di coordinamento della Rete e che quindi sono pronte per usare al meglio il servizio. Sono inoltre le aree della medicina in cui c'è già abitudine a richiedere una seconda opinione o un consulto da parte di un collega più esperto nella gestione pediatrica. Potenzialmente, il servizio potrebbe essere attivato per tutte le specialità pediatriche: il Meyer è già al lavoro per rendere questa possibilità una realtà tangibile. Certo, ci vuole tempo, anche perché non tutti i medici accettano subito questo cambiamento. Ci sono delle resistenze che possono essere superate solo dimostrando che il servizio funziona e che porta vantaggio ai piccoli pazienti.

«Nell'ottica di rete», interviene Bellini, «la possibilità di chiedere un consulto a distanza è essenziale e fa la differenza. Immaginate di essere un genitore: vostro figlio non sta bene, magari ha la febbre molto alta e voi siete spaventati. Vorreste recarvi al Pronto Soccorso, quello vicino a casa non è specializzato in pediatria, ma il Meyer è lontano. Bene, con la certezza che il medico di Pronto Soccorso potrà seguire il vostro caso sulla base di protocolli condivisi e in caso di necessità in consultazione con i pediatri del nostro ospedale può essere motivo di rassicurazione: in questo modo i genitori evitano di mettersi in macchina e guidare con il bimbo febbricitante fino a Firenze e si recano all'ospedale più vicino. Al tempo stesso il nostro Pronto Soccorso non viene congestionato».

Un vantaggio per tutti, insomma. Inoltre, grazie agli

Possibili ricadute per la ricerca

Mettere in collegamento tramite la telemedicina più ospedali permette di creare database di informazioni che, richiesti e ottenuti i consensi, possono divenire oggetto di ricerche.

«Per esempio, i dati raccolti dal nostro servizio di Teleconsulto pediatrico», spiega il dottor Daniele Di Feo, dirigente responsabile dei tecnici sanitari dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer di Firenze, «potrebbero essere utili per fare studi epidemiologici relativi alla popolazione pediatrica toscana, ma anche per ricerche di management sanitario».

ultimi upgrade che hanno incorporato anche la possibilità di inviare video in streaming, è possibile effettuare una visita nell'ospedale spoke in diretta con il medico esperto.

Una via di comunicazione che rispetta le normative

«Non serve quindi acquistare o scaricare alcun software», spiega Di Feo. «Tutto ciò che serve è una rete internet di buona qualità capace di supportare lo spostamento di file e video, materiale che può essere inviato/ricevuto da pc, tablet, palmari, smartphone. La piattaforma che abbiamo scelto consente upgrade che permettono di migliorare il servizio, anche in un'ottica di ricerca futura».

Dal punto di vista "lavorativo", vanno create unità di progetto nelle quali afferiscano gli specialisti selezionati per entrare nella piattaforma.

«L'aspetto interessante è che in questo modo si possono creare unità multidisciplinari, come per esempio quella del Trauma Center», sottolinea Di Feo. Quindi, più unità di progetto si inseriscono e maggiori sono le aree della pediatria che possono essere coperte dal servizio di consulto a distanza. «La piattaforma, infatti, mette in comunicazione tra loro diverse scatole di progetto, ovviamente nel completo rispetto delle normative vigenti in materia di privacy e trattamento dei dati (GDPR). Altrettanto importante è che ogni professionista accede alla piattaforma tramite login e password così da essere tracciato nel sistema e alla fine del consulto la procedura si chiude con la firma digitale. Questi aspetti sono molto utili al professionista stesso perché lo mettono in sicurezza rispetto a possibili eventi avversi: tutta la procedura tracciata».

Facciamo un esempio. Un bambino arriva con un trauma alla testa all'ospedale di Porto Ferrario o in

un altro Pronto Soccorso che è in collegamento con il Meyer. Il medico lo prende in carico e, avendo un dubbio diagnostico, invia una richiesta di teleconsulenza a un medico del Meyer. Il professionista abilitato a rispondere riceve una e-mail e un messaggio sul proprio smartphone, accede alla piattaforma, visiona i documenti presenti e dà la propria opinione, poi firma e la procedura si conclude.

«Esiste la possibilità che il medico veda dopo un po' di tempo la richiesta, il che non collima con le situazioni di urgenza. Allora abbiamo aggiunto un ulteriore particolare, ossia la possibilità di segnalare entro quando deve essere effettuato il consulto. Se il tempo viene superato prima che la richiesta sia stata presa in carico, il messaggio viene inoltrato al referente dell'unità di progetto, che potrà portarla avanti», sottolinea Di Feo.

Insomma, ogni piccolo dettaglio è stato preso in considerazione. Inoltre, la piattaforma viene costantemente aggiornata per essere il più possibile efficiente. Di recente, oltre alla possibilità di inviare video e file audio, è stato anche aggiunto un viewer diagnostico per immagini radiografiche, uno strumento di telerefertazione certificato che consente di estendere il consulto a tre membri della rete contemporaneamente. Inoltre, il nuovo sistema permette di effettuare una video-visita e di caricare foto scattate con il cellulare.

«Un domani, questa funzione potrebbe essere utile a un dermatologo che dovesse chiedere un parere a un altro. Questi upgrade rendono la piattaforma già pronta ad accogliere altre unità di progetto al proprio interno», assicura Di Feo.

Anche se la piattaforma è semplice, occorre un poco di formazione per poterla usare al meglio. Nulla a confronto con la mole di lavoro organizzativo che ha richiesto mettere in essere il servizio.

Organizzazione nei minimi dettagli

Se l'investimento economico per avviare un progetto di teleconsulto e teleconsulenza è sostenibile per un'Azienda Sanitaria, l'investimento umano è davvero notevole.

«Abbiamo dovuto lavorare molto per riuscire a coniugare le esigenze normative e di sistema con i desideri dei professionisti. La fase di progettazione e messa in opera è stata davvero molto intensa e ha coinvolto non solo il personale sanitario, ma anche e soprattutto la direzione strategica, gli amministratori di sistema e i tecnici», interviene Di Feo. «L'impegno dei professionisti dipende invece dal numero di richieste che vengono fatte dagli ospedali territo-



Daniele Di Feo e
Francesca Bellini

riali. Considerando che il progetto è giovane, le richieste sono ancora poche e quindi possono essere facilmente gestite dai medici dei reparti: per la parte radiologica, per esempio, al momento risponde il medico radiologo del Pronto Soccorso h24 365 giorni l'anno. L'attività di consulto a distanza non deve interferire con quella di Pronto Soccorso, per cui quando le richieste dovessero divenire troppe, ci si dovrà dotare di una figura dedicata. Lo stesso vale, in prospettiva, anche per le altre unità di progetto». Occorre anche sottolineare che una gestione più attenta delle casistiche che arrivano negli ospedali spoke può incidere positivamente anche sull'affluenza al Pronto Soccorso dell'ospedale hub, che dovrebbe risultare decongestionato. Inoltre, potenzialmente i codici verdi e bianchi potrebbero essere gestiti al di fuori del Pronto Soccorso. Tutto questo è in fieri, ma il quadro sembra essere ben delineato. «Sono convinto che presto tutti si renderanno conto dell'utilità di questa connessione sicura e vorranno essere parte del cambiamento, il cui obiettivo è curare al meglio i piccoli pazienti consentendo loro di restare vicino a casa quando possibile».

Conclude Bellini: «la telemedicina consente di lavorare in maggiore sicurezza e attivare i servizi di urgenza solo quando strettamente necessari. Si pensi all'elisoccorso, fondamentale per salvare vite in pericolo, ma in alcuni casi utilizzato in maniera impropria. Si tratta di attività molto costose il cui uso deve essere oltremodo attento».

Se ben utilizzata, la tecnologia può quindi contribuire a rendere più efficiente un sistema regionale e, insieme, ad assicurare la popolazione che, ovunque si rivolga per la propria salute, riceverà un trattamento uguale a quello degli altri correzionali. ■

Neurologia

Il valore della teleriabilitazione cognitiva

Stefania Somaré

I pazienti possono continuare a distanza il trattamento riabilitativo iniziato in ospedale. Il percorso diventa così più fruibile e facile da seguire.

KEYWORDS

teleriabilitazione, neurologia
telerehabilitation, neurology

Miglioramento dell'attenzione-concentrazione, mantenimento e recupero della memoria, potenziamento delle abilità visuo-spaziali, incremento delle capacità di comprensione, comunicazione e ragionamento, sviluppo e recupero della critica e del giudizio, ma anche aumento dell'iniziativa, pianificazione e auto-monitoraggio. Questi sono alcuni dei possibili obiettivi della riabilitazione cognitiva, la cui funzione è permettere il recupero di funzioni perse per danni al sistema nervoso centrale. A volte il processo riabilitativo ha anche lo scopo di insegnare strategie alternative a quelle perse e non più recuperabili. Molti pazienti neurologici possono aver bisogno di questo percorso, come pazienti post-ictus o affetti da malattie neurodegenerative, persone che hanno subito un trauma cranico e pazienti sottoposti a intervento di neurochirurgia. Il limite di questi percorsi è che, per essere efficaci, devono durare nel tempo e può capitare che alcuni pazienti li abbandonino, per lo più per ragioni di carattere economico e gestionale. Un modo per aumentare l'aderenza terapeutica è attivare servizi di riabilitazione a distanza attraverso la telemedicina. L'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano – Gruppo San Donato ha un servizio di questo tipo dal 2017.

Perché usare la teleriabilitazione?

Nel 2017 il San Raffaele ha vinto un bando di ricerca finalizzato del Ministero della Salute il cui scopo era creare un collegamento tra i maggiori Irccs italiani per sviluppare e condividere protocolli di tele-neuroriabilitazione.

«Il bando», spiega la dottoressa Federica Aleman-

no, responsabile di Neuropsicologia del Dipartimento di Riabilitazione e Recupero Funzionale dell'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano e docente presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, «richiedeva che questi protocolli usano sistemi basati sulla realtà virtuale per la neuroriabilitazione a distanza, ossia che collegano l'ospedale al domicilio del paziente via internet».

È nata così la Teleriabilitazione Cognitiva del San Raffaele, che oggi è usata quotidianamente per riabilitare pazienti con disturbi cognitivi e del linguaggio.

«Abbiamo in cura pazienti italiani, ma anche di altri Paesi europei e statunitensi, in quanto trovano da noi un sistema di riabilitazione non ancora disponibile nei loro Paesi», sottolinea Alemanno.

Gli esercizi proposti hanno l'obiettivo di potenziare le capacità logiche dei pazienti, per esempio attraverso la richiesta di identificare all'interno di un gruppo di figure quella che cambia solo per forma o solo per colore o per entrambi i criteri. Oppure si può lavorare sul linguaggio proponendo ai pazienti una serie di immagini a cui associare il nome corretto. Questi sono esempi: il sistema permette di coinvolgere il paziente su molti aspetti.

«Gli esercizi proposti permettono di riabilitare le funzioni cognitive e del linguaggio interessate dalla patologia. Per garantire continuità di metodo e procedura, gli esercizi eseguibili a casa sono gli stessi fatti in ospedale, ma di livello più avanzato, così da adattarsi ai progressi del paziente lungo l'iter riabilitativo. Inoltre, con questo sistema il paziente non deve collegarsi sempre all'ospedale per fare la riabilitazione cognitiva, ma può farla da so-

Patients can continue remotely the rehabilitation treatment started in the hospital. The path thus becomes more usable and easier to follow.

lo. Abbiamo la possibilità di collegarci al suo tablet da remoto e visualizzare il numero di sessioni svolte in autonomia con le performance associate».

Di norma si pensa che i pazienti, specie se anziani, siano poco predisposti verso le nuove tecnologie e le possibilità che offrono, ma chi opera nel settore sa che spesso la telemedicina è ben accolta se spiegata come si deve. Conta molto anche la fiducia del paziente negli operatori che sono dall'altra parte del video.

Come proporre il servizio

«In genere, i pazienti in fase post-acuta preferiscono una riabilitazione in ospedale, perché beneficiano del contatto personale con un terapeuta che stia loro accanto per incentivarli e correggerli. In questo modo si sentono rassicurati e imparano a conoscere il sistema. Nelle fasi successive (di mantenimento) il gradimento, invece, è più alto perché è meno onerosa per il paziente e per la sua famiglia, in termini sia di tempo sia di denaro. Effettuare le terapie a domicilio è più agevole anche a livello logistico: non comporta spostamenti ed è più fruibile perché vi è maggiore flessibilità di orari. La telemedicina, poi, permette al paziente di sentirsi vicino all'équipe che l'ha in carico e con la quale si è creato un rapporto di fiducia. Capita spesso che i pazienti richiedano un teleconsulto a uno o più specialisti per risolvere dubbi su come procedere, per capire se stanno facendo bene o meno gli esercizi proposti, ma anche per chiedere informazioni di carattere alimentare o per capire cosa fare se non riescono a dormire bene».

Il servizio arriva così a toccare aspetti diversi da quelli cognitivi che riguardano il paziente, nell'ottica della presa in carico a 360°.

La compliance al percorso terapeutico migliora

Come detto, il vantaggio principale della tele-neuroriabilitazione è il non dover far muovere il paziente da casa.

«Questa facilitazione si traduce in maggiore compliance dovuto al superamento delle difficoltà fisiche e logistiche legate al doversi recare in ospedale, che spesso è situato a notevole distanza dal domicilio, e alla riduzione dei costi economici. Tali agevolazioni sono importanti perché permettono al paziente di seguire il percorso anche per lunghi periodi. Dal punto di vista degli outcome, questo sistema permette di mantenere il paziente riabilitato e, quindi, ridurre il numero di ricadute post-dimissio-

ne e i successivi ricoveri».

Un vantaggio che si traduce nell'ottimizzazione delle risorse ospedaliere in termini di costi, letti liberi e liste d'attesa. Vi sono poi vantaggi organizzativi: il sistema consente di fissare gli appuntamenti nell'arco di tutta la giornata, con grande flessibilità. La dottoressa Alemanno conferma e prosegue: «i tablet in questione sono dotati di esercizi di realtà virtuale specificamente studiati e da noi predisposti per ciascun paziente, in grado di stimolare, a seconda delle necessità terapeutiche, le specifiche funzioni cognitive compromesse o carenziali. Per quanto riguarda

la postazione di telemedicina situata in ospedale, essa consiste in una stazione di lavoro collegata a Internet con una rete dedicata, che assicura il rispetto della privacy e la sicurezza dei dati che vengono scambiati tra il paziente e l'ospedale. Il sistema di collegamento che connette la postazione ospedaliera al tablet domiciliare consente di vedere e sentire il paziente in tempo reale. Inoltre, è possibile avere accesso a ciò che il paziente vede sul proprio tablet così come è possibile anche "entrare" nel suo tablet per correggerlo ed aiutarlo a fare gli esercizi, esattamente come se fosse in ospedale con il terapeuta».

Il sistema offre, insomma, tutte le funzioni necessarie a supportare il paziente nel proprio percorso riabilitativo offrendogli la possibilità di essere al centro di un programma in cui sono gli specialisti, dall'ospedale, a "ruotare" intorno al paziente che rimane comodamente a casa propria. Ciò contribuisce a mantenere alto il gradimento da parte del paziente che si sente seguito con cura e agevolato in quanto sgravato da spostamenti e attese.

Percorsi di questo genere si stanno affermando in Italia come all'estero, sia in ambito cognitivo che riabilitativo in senso lato, includendo trattamenti fisioterapici, logopedici, cardiorespiratori. L'obiettivo è estendere e potenziare questa applicazione della telemedicina in modo tale che sempre più pazienti possano giovarne. ■



Federica Alemanno

Assistenza da remoto nelle aree montane

Roberto Tognella

È in continua implementazione in Francia, nella regione Provence-Alpes-Côte d'Azur, un progetto di telemedicina che consente di ottimizzare le risorse e ridurre le criticità nelle zone di montagna.

KEYWORDS

telemedicina, Francia,
aree montane

telemedicine, France,
mountain areas

In tempi di tagli della spesa sanitaria e di progressiva riduzione del personale medico, la telemedicina può rappresentare uno strumento molto efficace per continuare a erogare un servizio sanitario che risponda alle esigenze dell'utenza. Quando parliamo di zone decentrate, come quelle montane, il ricorso all'uso dell'ICT diventa uno strumento in grado di risolvere problemi concreti, affrontare emergenze, ottimizzare le risorse e ridurre le criticità.

Da alcuni anni la regione francese Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), sulla spinta di direttive ministeriali, ha sviluppato una piattaforma che comprende una rete di telemedicina in grado di fornire diversi servizi. Si tratta di un progetto in continua implementazione al quale partecipa da alcuni anni anche il prof. Alberto Lazzeri, Chef de Service de eSanté et Télémédecine du Centre Hospitalier de Briançon, in Francia, e responsabile dell'Unità di Medicina a Orientamento Geriatrico dello stesso ospedale. Al professor Lazzeri abbiamo chiesto di parlarci di questo progetto e dei suoi futuri sviluppi.

Una rete per un grande raggruppamento ospedale-territorio

Da alcuni anni la Francia è impegnata nello sviluppo e nell'implementazione della sanità digitale. Diverse sono le sfide e gli obiettivi che si intendono affrontare attraverso questa innovazione. Un fenomeno molto sentito, in questo Paese come in altri europei, è la desertificazione medica, che si ripercuote sulle aree montane a minore densità generando criticità.

L'Ospedale di Briançon promuove un progetto di sanità digitale e telemedicina nel territorio delle Alpi Meridionali ove quasi due terzi della superficie è a oltre i 2.000 m. Il territorio interessato si estende dal confine italiano di Claviere alla

cittadina di Sisteron, nel dipartimento delle Alpi dell'Alta Provenza, e comprende la città di Gap, capoluogo del dipartimento delle Alte Alpi della regione della Provenza-Alpi-Costa Azzurra. La densità di popolazione di quest'area, costellata da diverse valli montane, è di 25 abitanti per km², concentrati principalmente nelle aree urbane. In quest'area operano 279 medici, a fronte delle due strutture ospedaliere di riferimento di Briançon e Gap, dei tre ospedali ad attività mista e di un ospedale a specializzazione psichiatrica, con una capacità totale di 1.400 posti letto. Sul territorio sono presenti anche 23 RSA e alcune piccole strutture di accoglienza.

«In questo grande raggruppamento ospedale-territorio stiamo costruendo una rete che consenta un'efficace comunicazione per gestire in telemedicina tutti i problemi che possono essere affrontati con la tecnologia digitale. La rete di telemedicina ci consentirà di evitare spostamenti inutili del personale sanitario, ma anche di pazienti o ospiti di RSA, di gestire situazioni di emergenza», esordisce il prof. Lazzeri.

I quattro assi della rete di telemedicina

La rete di telemedicina si appoggia su una piattaforma attiva da alcuni anni e realizzata grazie a all'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della regione PACA. «Sono quattro gli assi principali» spiega il prof. Lazzeri. «Il primo riguarda l'introduzione di strumenti d'interconnessione con le case di riposo, le quali sono molte e sparse sul territorio. L'obiettivo, in questo caso, è evitare lo spostamento degli anziani per esami o consulti semplici, che possono essere affrontati in telemedicina. Il secondo è un asse più strettamente cardiologico, che consente di trasferire ECG al cardiologo perché possa refer-

A telemedicine project is being implemented in France, in the Provence-Alpes-Côte d'Azur region, to optimize resources and reduce problems in mountain areas.

tarli o dia un'opinione su un caso. Il terzo riguarda la telesorveglianza, cioè il telemonitoraggio di pazienti con patologie croniche. In questo caso, si tratta di fornire dispositivi che teletrasmettano parametri quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturimetria temperatura corporea. Ci si sta per ora concentrando su strutture al cui interno sono presenti professioni sanitarie (come RSA, strutture riabilitative, ospedali minori) e, in seconda battuta, riguarderanno i pazienti domiciliari. Il quarto e ultimo asse è la medicina d'urgenza, i servizi d'emergenza e Pronto Soccorso dei diversi ospedali e coinvolge i rifugi di alta montagna dotati di un sistema di teletrasmissione dati che permetterà, in caso d'emergenza, di collegarsi anche in videoconferenza direttamente al 15 (numero francese delle emergenze) o con gli ospedali.

Attraverso la piattaforma si possono offrire servizi di telemedicina in videoconferenza. «Il medico generalista di un paese montano e necessita del parere di uno specialista, per esempio, accede attraverso la piattaforma a un elenco di teleconsulenti», continua il prof. Lazzeri. «Lo specialista riceve una notifica e l'eventuale documentazione inviata dal medico. Se il caso non è urgente, i due medici si danno appuntamento per discutere il caso in videoconferenza».

Un progetto transfrontaliero

Grazie alla collaborazione tra l'Ospedale di Briançon, capofila di un progetto transfrontaliero (Alcotra) e l'Azienda Sanitaria Locale Torino 3, è stato avviato un servizio che consente di effettuare visite preoperatorie di anestesia in telemedicina.

«Questo servizio, che rientra nel Progetto Prosanté, è effettuato ogni terzo venerdì del mese e riguarda per ora principalmente Otorinolaringoiatria», spiega il prof. Lazzeri. «Si tratta di visite preoperatorie con l'anestesista per pazienti a rischio anestesiológico basso e residenti nelle zone oltreconfine nell'ambito dell'Asl Torino 3 che dovranno poi essere operati nell'Ospedale di Briançon. La possibilità di effettuare la visita in telemedicina presso l'Ospedale di Susa evita ai pazienti la trasferta in Francia. Per questi casi sarà sufficiente per l'anestesista disporre dei dati clinici, anamnestici, dell'ECG e di rx torace; la visita consentirà un confronto tra medico e paziente, per chiarimenti anamnestici molto più concreti su tipologia di anestesia, durata del ricovero, possibili complicanze. Questo servizio ha avuto riscontri positivi sia dai pazienti sia dai medici. Abbiamo gestito in televisita visite preoperatorie pediatriche con riscontro positivo da parte dei genitori».

Gli sviluppi della rete

I servizi di telemedicina offerti attraverso la piattaforma sono in graduale implementazione. Negli ultimi mesi ci sono stati progressi che riguardano l'ospedalizzazione a domicilio. Si tratta di un modello particolare che vede, in Francia, l'integrazione tra pubblico e privato: il centro ospedaliero mantiene il coordinamento della gestione sanitaria del paziente in collaborazione con il medico generalista che lo ha in cura, ma si affida a strutture infermieristiche private (cabinets libéraux) per la gestione a domicilio. L'ospedale programmerà a cadenza settimanale (o più frequente) una visita domiciliare da parte dei propri infermieri specializzati in questo servizio.

«Mi sono occupato personalmente di implementare questa attività attraverso la telemedicina», precisa il prof. Lazzeri. «L'équipe che va in visita è dotata di tablet con il quale può contattare, se serve, il medico coordinatore in ospedale. Per esempio, nell'eventualità di una terapia endovenosa per fleboclisi, l'infermiere potrebbe necessitare di un teleconsulto per verificare la velocità di infusione o la correttezza posologica in caso di dubbi, oppure controllare in diretta la medicazione di piaghe da decubito o, infine, gestire la terapia d'accompagnamento di un paziente a fine vita. Questo servizio è stato accolto con particolare favore da parte del personale sanitario, che si sente sostenuto a distanza e può chiedere il parere del medico in qualsiasi momento durante le visite domiciliari, ma anche dai familiari dei pazienti che, pur non recandosi in ospedale, possono interfacciarsi con il medico per qualsiasi necessità durante la visita dell'équipe sanitaria dell'ospedale».

Elemento critico resta l'interoperabilità tra i sistemi informativi ospedalieri, la piattaforma regionale e le soluzioni industriali già molto avanzate. Un primo passo, attualmente in corso, è l'uniformazione a un unico sistema informativo per tutti gli ospedali facenti parte del raggruppamento ospedale-territorio. L'integrazione con dispositivi elettromedicali e con l'industria è un tema su cui si sta lavorando.



Alberto Lazzeri

Telemedicina a che punto è l'Italia?

Elisa Papa

In Italia la sanità digitale avanza sia a livello centrale sia a livello regionale e territoriale. Non mancano, però, criticità sottese allo sviluppo di un sistema di telemedicina che favorisca la sostenibilità del SSN.

KEYWORDS

sanità digitale,
servizio sanitario nazionale

digital health,
national health service

Il SSN è a rischio per fattori demografici ed epidemiologici a seguito della sempre maggiore incidenza delle cronicità. La telemedicina può consentire di generare nuove risorse per garantire la sostenibilità economica del SSN. «La telemedicina ci costringe a rivedere le procedure di lavoro», spiega Francesco Gabrielli, direttore del Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali dell'ISS. «Ciò implica ottimizzare processi e procedure e consente risparmi di risorse. Le innovazioni digitali, inoltre, consentono di ridurre alcuni servizi alle persone, ma senza limitare la qualità assistenziale. È il caso del ricovero: il telemonitoraggio dei cronici evita il ricovero per riaculizzazione».

Ripensare la programmazione sanitaria

Nato poco più di due anni fa, il Centro Nazionale di Telemedicina e Nuove Tecnologie si occupa di implementare la telemedicina secondo una visione organizzativa e clinica, attraverso sperimentazioni e promuovendo ricerche.

Per il diabete, per esempio, ha attivato il primo trial clinico in telemedicina in collaborazione con l'associazione dei medici diabetologi. L'obiettivo è promuovere un'azione corale, se non a livello nazionale almeno con più Regioni.

«Costruire un sistema di telemedicina significa partire dalle esigenze di pazienti e operatori piuttosto che dall'innovazione tecnologica. Finora la programmazione sanitaria si è basata sui grandi numeri, erogando un servizio standardizzato. Il digitale permette di pensare un servizio su misura. Ciò significa ripensare la programmazione sanitaria in quest'ottica, coinvolgen-

do AO e Asl per creare un database comune che consenta l'interazione tra gli attori della sanità pubblica».

Telemedicina in Italia e criticità

«Il quadro in cui ci troviamo è difficile: le tecnologie esistono ma i sistemi non sono connessi, spesso sono chiusi e non consentono upgrade», sottolinea Simona Comandé, general manager di Philips Italia, Israele e Grecia. «Servono investimenti importanti in infrastrutture informatiche, ma gli ospedali vanno messi in condizione di poterle acquisire. Un altro aspetto importante è la formazione: tra gli operatori sanitari non c'è sempre apertura alla tecnologia. Infine, bisogna ripensare la remunerazione delle prestazioni: nel caso dei pazienti cronici queste ultime vengono remunerate come somma di tante prestazioni anziché come percorso generale del paziente».

L'esperienza trentina

Un esempio virtuoso di sanità su misura viene dal Trentino (530.000 abitanti, 400 medici), dove l'interoperabilità tra operatori della salute pubblica è realtà. Spiega Ettore Turra, direttore del Dipartimento Tecnologie APSS Provincia Autonoma di Trento: «abbiamo lavorato per condividere i dati dei pazienti tra attori e luoghi di cura: da oltre 10 anni i documenti digitali prodotti dai sistemi dell'azienda sanitaria raggiungono in tempo reale la cartella del curante. Abbiamo realizzato questo importante livello di interoperabilità anche grazie alla dimensione della nostra Regione. Inoltre, in Trentino siamo stati i primi a dematerializzare la prescrizione farmacologica territoriale. Stiamo lavorando sull'accompagnamento del paziente lun-

In Italy digital health advances, both centrally and regionally and regionally. However, there are also critical issues underlying the development of a telemedicine system that favors the sustainability of our National Health Service

go percorsi trasversali che riguardano la gestione delle transizioni tra un luogo di cura e il successivo. Questo fa una differenza sostanziale rispetto alle caratteristiche attuali dei nostri servizi che, per quanto evoluti, sono sempre usati dai medici che interrogano il sistema per reperire informazioni. In sanità ci sono ogni giorno centinaia di percorsi possibili che sono disordinati più che organizzati e sequenziali. Consapevoli della difficoltà di affrontare il problema in toto, ci siamo focalizzati sulle prestazioni domiciliari. Il domicilio da sempre è per noi un ambito difficile per l'informatizzazione: avevamo bisogno di un sistema che segnalasse il bisogno a livello di singolo. La segnalazione del bisogno domiciliare è valutata da un centro di coordinamento che, in base a determinati criteri oggettivi, la assegna a seconda dei casi a un team di assistenza, a un infermiere di riferimento nelle cure domiciliari, che farà una valutazione più approfondita, definendo un piano di cura individualizzato rispetto al quale poi vengono erogate le cure».

Un sistema basato sulle esigenze di operatori e pazienti

«Per realizzare questa applicazione domiciliare siamo partiti invitando a un tavolo operatori con diversi background (infermieri, medici, consulenti, personale IT) per creare insieme un sistema basato sulle esigenze del paziente e di chi opera a contatto con lui», spiega Andrea Mantovani, direttore di PwC Advisory. «Affrontare il percorso di trasformazione digitale non è stato facile, pensando all'età media di infermieri (intorno ai 50 anni), medici ospedalieri (55) e medici di medicina generale (l'80% dei pazienti è in carico a medici over 60). Ci siamo così trovati davanti a una popolazione sanitaria che non è nativa digitale. Queste competenze andavano introdotte, noi lo abbiamo fatto portando gli operatori al tavolo comune e abbiamo creato un team di professionisti capaci di affrontare un percorso di trasformazione digitale. Il sistema è andato a regime in un anno, dopo un'esperienza pilota, e ora coinvolge 16.000 pazienti, 320 operatori tra medici di cure palliative, infermieri e figure domiciliari». La PA di Trento sta lavorando anche alla gestione della transizione ospedale-lungodegenza.

La Lombardia e il digitale

Da una piccola realtà come quella trentina a una regione con oltre 10 milioni di abitanti. «È passato del tempo dalla carta SISS», risponde Roberto Soi, responsabile Supporto Strategico di Aria, l'A-



zienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti, la centrale regionale unica per gli acquisti di Regione Lombardia. «Oggi il medico di base interagisce con una serie di sistemi, sono molte le tappe del nostro processo di sanità digitale, che sempre più mette il paziente al centro personalizzando la prestazione e arrivando al budget della cura (non alla singola prestazione). In questo contesto possiamo fare analisi di predittività sull'andamento della spesa».

Work in progress

«Stiamo spingendo il SSN a sfruttare le evoluzioni tecnologiche», spiega Gabrielli, «ma servono coordinamento a livello centrale e autonomia dei territori: non si può avere una soluzione standard dalla Sicilia alla Val d'Aosta. Il Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali ha affiancato aziende sanitarie e ospedaliere per promuovere l'adozione di metodologie di sviluppo di servizi reali, non esperimenti su vasta scala, partendo anche da soluzioni semplici e non necessariamente basate su tecnologie all'avanguardia». Il Centro opera anche a livello centrale per gettare le fondamenta della sanità digitale di domani. «Abbiamo creato un gruppo nazionale di cyber security, in collaborazione con la Polizia Postale, del quale fanno parte esperti a livello universitario», aggiunge Gabrielli. «C'è un gruppo nazionale di valutazione economica dei servizi di telemedicina che sviluppa una metodologia di valutazione dei servizi. È in progetto un gruppo di lavoro per la parte giuridica e stiamo prendendo accordi con le società scientifiche per sviluppare linee guida sulle telemedicine delle specialità, verticalizzandole». Conclude Comandè: «i tavoli di lavoro devono essere operativi e Confindustria deve farne parte: non va sottovalutato il contributo che le aziende possono dare allo sviluppo della telemedicina». ■

CARDIOLOGIA

Il futuro è nella rete

Presenti in circa 70 strutture in Italia, le Syncope Unit sono espressione del livello eccellente raggiunto nel nostro Paese dalla ricerca sulla perdita temporanea di coscienza. Il paradigma è apprezzato e replicato nel mondo e anche per questo se ne auspica il potenziamento.

Roberto Carminati

Dal punto di vista clinico la sincope viene definita come una perdita transitoria dello stato di coscienza il cui meccanismo fisiopatologico è espresso dall'ipoperfusione cerebrale e che ha per effetto la caduta del soggetto a terra. Non si tratta, quindi, di una malattia bensì del sintomo di una malattia le cui origini sono delle più svariate e, soprattutto, di diversa gravità. Quel che è certo è che, secondo alcuni studi, le perdite di coscienza incidono sul totale degli accessi al Pronto Soccorso e delle eventuali ospedalizzazioni in una percentuale che oscilla fra l'1 e il 2%. In quest'ultimo caso, inoltre, è stato calcolato che i tempi di degenza possano arrivare a una media di otto giorni circa. Uno studio osservazionale citato da Fabrizio Ammirati, membro del direttivo nazionale dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiologia (AIAC), su 15 centri laziali ha permesso di mettere in luce evidenze ulteriori e cioè che il 57% dei pazienti trattati a seguito di una sincope veniva poi ospedalizzato, ma anche che il 54% di essi non riceveva – nell'assenza di un percorso diagnostico strutturato – una diagnosi certa. L'omogeneità delle strategie terapeutiche e la standardizzazione delle strategie diagnostiche, a fronte della disomogeneità dell'eziologia, hanno interessato molto da vicino nel corso degli anni l'attività di Gimsi – Gruppo italiano multidisciplinare per lo studio della sincope. Fondato ufficialmente nel 2003, ha accolto nel suo alveo esperienze compiute già a partire dagli anni Ottanta ed è fra le espressioni dell'elevato livello qualitativo delle ricerche condotte in quest'ambito nel nostro Paese.

Evoluzione delle linee guida europee

Lungo i decenni si sono moltiplicati anche i documenti ufficiali per il corretto trattamento del fenomeno ed è datata al 2018 la pubblicazione delle più recenti linee guida in materia a opera della Società Europea di Cardiologia. Nel frattempo, è dovuta in primo luogo allo stesso Gimsi l'iniziativa che ha condotto all'apertura di ben 72 poli specializzati in tutta la Penisola. Sono le cosiddette Syncope Unit e rappresentano un modello d'azione che è attualmente oggetto di un gran numero di repliche in altri Stati europei e che è stato esportato con successo anche in Cina. A dare il la è stato l'ospedale fiorentino di Careggi ed è per questo motivo che si è spesso soliti riferirsi al paradigma indicandolo con il nome The Careggi Model. Il punto di partenza sta nella presa di coscienza del ricorso non appropriato ai test diagnostici in caso di sincope; e per conseguenza della quota elevata di diagnosi errate. L'obiettivo è ridurre tanto gli uni quanto gli altri e diminuire perciò drasticamente l'alto tasso di ricoveri (superflui) e i costi significativi a essi correlati. Per coglierlo, un'organizzazione rigorosa è il primo tassello fondamentale. Come ha ricordato in occasione di alcuni eventi ufficiali Andrea Ungar, geriatra e cardiologo in forze al Careggi nonché presidente Gimsi, sono quattro gli aspetti essenziali delle guideline dei quali tenere conto. Si tratta di garantire un'efficace gestione del paziente presso i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e di assicurare una corretta implementazione dell'uso dei Loop recorder impiantabili in sede di gestione del soggetto. E se chiaramente una più capillare diffusione delle Syncope Unit sul territorio italiano è quanto mai auspicabile, centrale e indispensabile è la figura di coordinamento del syncope expert.

KEYWORDS

Syncope Unit

Present in about 70 structures in Italy, the Syncope Units are an expression of the excellent level achieved in our country in the field of research on temporary loss of consciousness. The paradigm is appreciated and replicated in the world and also for this reason we hope for its strengthening.



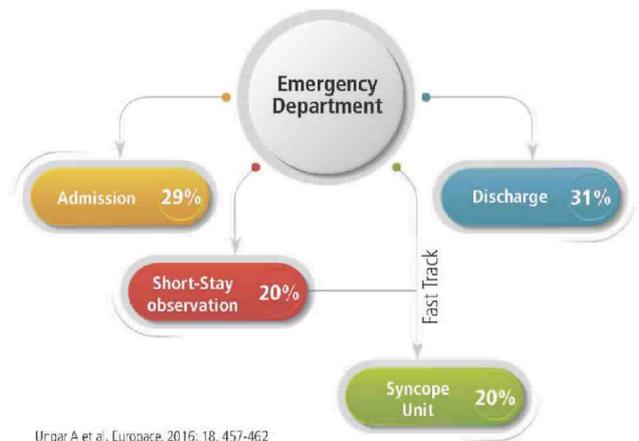
Andrea Ungar

Sotto la guida di un occhio esperto

«Il network formato da queste unità», ha detto Ungar a Tecnica Ospedaliera, «non può prescindere dalla presenza di un Syncope expert naturalmente in possesso di una vasta esperienza sul tema e che tuttavia proviene da altre specialità specifiche delle più svariate. Può trattarsi di un cardiologo, di un internista, di un geriatra, di un neurologo o di un medico di emergenza-urgenza. Per poter operare con successo ha bisogno di una unità che è in primo luogo un'organizzazione funzionale, composta da un ambulatorio dedicato e collegato al Pronto Soccorso, e alla quale concorrono altri specialisti». Questi ultimi possono essere cardiologi o neurologi, tecnici e infermieri. Quel che è più importante è che, in qualità di leader, il Syncope expert li diriga dando al percorso ospedaliero l'agognata omogeneità.

«Sono chiamati a identificare gli esami più utili a seconda delle circostanze», ha spiegato Ungar, «e quindi a evitare quelli inutili, con il risultato di contribuire a un calo dei ricoveri per sincope. Infatti, risolte le problematiche d'urgenza, il paziente può essere rinvio a una visita più specifica». La validità delle Syncope unit è provata in letteratura da almeno 15-16 studi mirati; fra i loro compiti c'è anche offrire accessi e trattamenti preferenziali ai casi sospetti di sincope cardiaca, alle pseudo-sincope psicogene, all'epilessia. Referenti privilegiati e principali delle unità specializzate sono i medici di medicina generale: è da questi che devono provenire le prime e preziose indicazioni sull'eventuale necessità di esami più appro-

The "Careggi" model



Ungar A et al. Europace, 2016; 18, 457-462

fonditi a carico dei loro pazienti. Perché un ulteriore fattore di difficoltà in fase diagnostica è dato dal fatto che le sincope sono più frequenti in coincidenza con l'avanzare dell'età e con possibili comorbidità che impongono l'assunzione di più farmaci; e almeno un terzo delle cadute accidentali degli anziani non è spiegato.

«Nelle persone oltre i 75 anni», ha commentato Ungar, «le cadute costituiscono una causa frequente di morbidità e queste tendono ad aumentare con l'età, costituendo in quella più avanzata una causa indiretta, non infrequente, di morte. In particolare, gli anziani fragili sono maggiormente soggetti a cadute e a complicanze. La sincope

21 Corsi di competenza dal 2014 a oggi

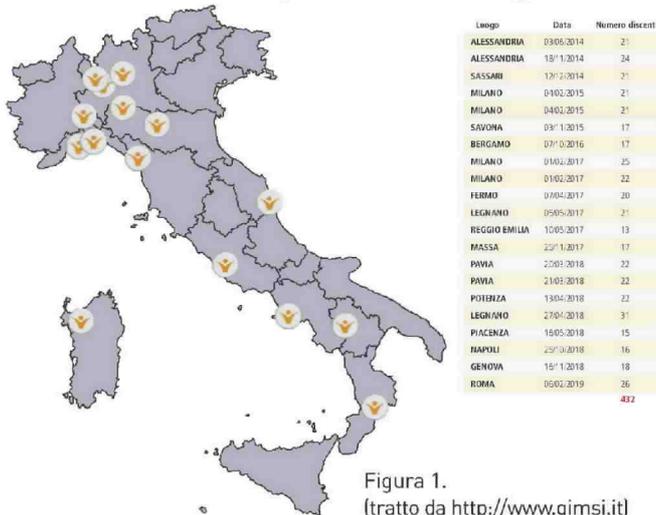


Figura 1. (tratto da <http://www.gimsi.it>)

Le 72 Syncope Unit certificate GIMSI 2019

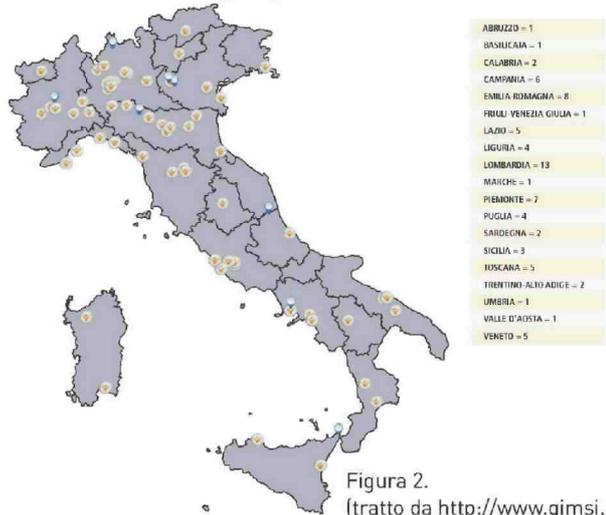


Figura 2. (tratto da <http://www.gimsi.it>)

è una causa di caduta spesso non riconosciuta e determina complicanze più gravi in quanto la persona che ne è affetta non mette in atto i riflessi di protezione. Il numero delle persone in terapia anticoagulante orale aumenta con l'età a causa della prevalenza di patologie come la fibrillazione atriale e di altre condizioni morbose legate alla malattia tromboembolica venosa e arteriosa. Gli anziani a rischio di caduta e che necessitano di terapia anticoagulante costituiscono una popolazione sovente non gestita in maniera uniforme».

Il ruolo del territorio

Il presidente del Gimsi Andrea Ungar non ipotizza affatto che tutti gli ospedali debbano possedere al loro interno una Syncope unit: necessario è però che simili strutture siano in funzione quanto meno presso i poli più importanti di un territorio o di una provincia.

La buona performance del Careggi Model è testimoniata dai dati. Di 295 pazienti valutati nei reparti del DEA, 85 sono stati ricoverati (29%) e 60 (20%) sono stati sottoposti a osservazione breve; 92 sono stati dimessi e il 21% è stato indirizzato alle corsie preferenziali della Syncope unit.

«Il percorso che proponiamo», ha argomentato Ungar, «deve interessare gli amministratori e i dirigenti, che devono essere sensibili alla possibile riduzione al 20% dei ricoveri dovuti alla perdita temporanea di coscienza. Perché diano il meglio di sé, le unit devono prevedere un raccordo stretto con il Pronto Soccorso e, non meno importante, con l'assistenza territoriale, medici di base in primis».

Gimsi provvede con visite periodiche mirate a verificare l'efficienza delle Syncope unit e la loro rispondenza alle linee guida internazionali; ne ha certificate sette nei primi mesi di quest'anno. Il suo dichiarato impegno sul training è sfociato finora nella formazione di ben 600 medici italiani, grazie a un articolato calendario fatto di quasi trenta diversi Corsi di Competence. L'intento è anche potenziare il ruolo degli infermieri accrescendone le conoscenze e la capacità di assistere i soggetti alle prese con una perdita temporanea della conoscenza. Non a caso, per la prima volta quest'anno un esponente della professione infermieristica è stato invitato a partecipare a un tavolo di lavoro europeo sulla definizione delle linee guida. Le Syncope unit devono acquisire nella visione di Andrea Ungar una vocazione globale ancora più marcata.

«Il modello deve essere ulteriormente implemen-

Numeri e prospettive

Secondo le stime presentate da Andrea Ungar nel corso di alcuni eventi recenti si possono contare 930 pazienti l'anno ogni 100 mila abitanti visitati dai medici di medicina generale per una sincope; 379 presso il Pronto soccorso e 163 nelle Syncope unit. Una distribuzione ottimale delle unità sul territorio nazionale porterebbe in Italia ad averne un totale compreso fra 200 e 400, equivalente a una ogni azienda sanitaria o a una ogni 150-300 mila abitanti. Diversi possono essere i dipartimenti che se ne fanno carico, in linea con l'auspicata visione interdisciplinare. Dalla neurologia alla cardiologia sino a medicina interna, geriatria, psichiatria. Una stretta collaborazione fra differenti specialità è il traguardo che Ungar ha illustrato alla comunità scientifica e che è già realtà per il Gruppo italiano multidisciplinare per lo studio della sincope (Gimsi). 91 dei suoi soci sono infatti cardiologi e 85 lavorano nella medicina interna; 57 sono specializzati in geriatria e 16 in neurologia; 42 infine sulla medicina d'urgenza. Afferiscono in larga prevalenza alla cardiologia le 72 strutture che sono state certificate dal Gimsi a tutti gli effetti come Syncope unit, stando ai dati più recenti.



tato», ha concluso, «e le richieste in questo senso giungono oggi da ogni parte d'Europa e non solo. Se da un lato sono d'estremo interesse le esperienze compiute da Paesi come l'Irlanda con la Falls' and Syncope Unit (FASU) del St. James' Hospital di Dublino, altrove si devono muovere i primi passi. Sono intenzionati ad adottare il paradigma ospedali e sistemi sanitari in Israele, Portogallo, Spagna, Olanda, Francia, Svizzera, Germania e Austria. Andranno formate altre funzioni di expert da sommare alle trenta già all'opera su scala europea. L'attenzione è stata molto forte anche in Cina, dove il moltiplicarsi delle iniziative in merito ha permesso di inaugurare cento Syncope unit».

Intesa Sanpaolo punta sulla sanità, con Rbm

(e. cap.) Un polo di eccellenza. È quello che Intesa Sanpaolo mira a creare con l'ingresso con una quota di controllo nel capitale di Rbm Assicurazione salute, il terzo operatore in Italia nel mercato assicurativo salute, posseduta interamente da Rbh della famiglia Favaretto. Nasce così «Intesa Sanpaolo Rbm salute». Con questa operazione, Intesa (assistita da Pedersoli studio legale) dopo aver ottenuto le autorizzazioni necessarie da Ivass e Agcom, acquisterà direttamente il 50% +1 azione, entro luglio 2020 per 300 milioni di euro. Il 100% del capitale verrà rilevato progressivamente dal 2026 al 2029. «L'accordo garantisce un supporto fondamentale allo sviluppo della compagnia, dell'intero settore dell'assicurazione salute e della sanità integrativa, spesso invocate come possibili soluzioni ai problemi del sistema sanitario italiano» ha dichiarato Marco Vecchietti, amministratore delegato Rbm che vista l'esperienza acquisita continuerà a occupare il suo ruolo nella nuova società. «Offriremo alla clientela retail di Intesa Sanpaolo le garanzie salute di Rbm e alle imprese i prodotti di welfare e le polizze collettive» ha spiegato Nicola Fioravanti, ad di Intesa Sanpaolo vita.



Assicurazioni/1 A Intesa Sanpaolo Vita il controllo di Rbm

Intesa SanPaolo accelera nel settore della salute e del welfare e entra nel capitale di Rbm assicurazione Salute, come anticipato dal Sole 24 Ore del 19 dicembre scorso



Welfare e salute.
Intesa Sanpaolo rileva
il controllo di Rbm



Telemedicina

L'obiettivo è creare un modello Italia

Alla III Conferenza sull'assistenza primaria emerge la necessità di adottare un sistema regolatorio nazionale.

In futuro i pazienti italiani saranno più vecchi e malati di patologie croniche. Addirittura le stime prevedono che l'80% del fondo sanitario sarà destinato all'assistenza per le cronicità in età senile. Per non ritrovarsi impreparati davanti a questo scenario, una soluzione proviene dalla implementazione dei servizi territoriali, in favore della popolazione anziana e dei malati cronici. Alla III Conferenza nazionale sull'assistenza primaria, organizzata a

Roma il 15 novembre dall'Istituto superiore di studi sanitari "Giuseppe Cannarella", sono state messe al centro del dibattito la telemedicina e la salute a domicilio come possibili risposte.

Oggi e più che mai in futuro per programmare un'assistenza primaria efficace «Serve un'armonizzazione dei modelli utilizzati nelle Regioni nel settore della telemedicina per la salute a domicilio – ha

suggerito Mariapia Garavaglia, presidente dell'Istituto Superiore di Studi Sanitari -. Occorrono politiche nazionali e regionali coerenti nei messaggi culturali e tecnologici. È importante sviluppare un sistema di accountability, cioè che renda conto delle azioni intraprese orientato al value, al valore, inteso non come il rapporto prestazione/costo ma come il rapporto fra il benessere e la salute acquisiti dal paziente e dal professionista e il costo del servizio. Sono necessari sistemi di finanziamento che incentivino l'integrazione dell'offerta e la continuità del tempo. Infine le evidenze scientifiche devono essere alla base delle

decisioni sia a livello politico sia d'intervento sanitario».

Esperienze locali

Per Alessio D'Amato, Assessore alla Sanità della Regione Lazio, intervenuto alla Conferenza, «le condizioni per fare dei salti di qualità importanti ci sono, sia per quanto riguarda i sistemi infrastrutturali sia per le società informatiche. Il futuro è adesso – ha detto -. Dobbiamo accelerare tutti i nostri interventi sulla assistenza domiciliare e sulla telemedicina in un quadro sistemico nazionale. Nel Lazio abbiamo 26mila pazienti ultrasessantacinquenni seguiti in assistenza domiciliare ed esperienze importanti di telemedicina, soprattutto per il monitoraggio dello scompenso cardiaco e dei parametri vitali. Ma abbiamo decisamente bisogno di dare una accelerazione perché è questa la sanità del futuro che consente maggiore appropriatezza, riduzione dei costi e dei trasporti per i cittadini».

Secondo la mappatura dell'Istituto superiore di Sanità, condotta fra il 2014 e il 2017, risultavano 384 esperienze di telemedicina distribuite in Italia. Un numero incoraggiante ma che evidenzia la necessità di adottare un sistema di regole a livello nazionale che programmi per tutti l'assistenza domiciliare e di territorio con l'ausilio della tecnologia. Il rischio infatti è quello di cadere nelle disuguaglianze fra sanità regionali e fra chi ha i mezzi e le possibilità di curarsi. «Quello che manca è un modello di tipo nazionale. Su questo stiamo lavorando con l'Istituto Superiore di Sanità e con il presidente Brusaferrò abbiamo deciso di stringere un accordo per creare un modello per l'unità di sistema che non può viaggiare a velocità diverse. Speria-

La telemedicina va costruita a partire dalle esigenze del paziente e dalle caratteristiche del territorio, per questo si cerca di creare una modellistica italiana per realizzare servizi in telemedicina adatti alla sanità del nostra Nazione.



La III Conferenza nazionale sull'Assistenza Primaria.

mo di lavorare bene e dare uno strumento di governo», ha annunciato alla Conferenza, Marcella Marletta, Direttore generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico presso il Ministero della Salute. «La materia è talmente importante – ha aggiunto – che anche a livello europeo se ne è discusso. Infatti i regolamenti che entreranno in vigore dal maggio 2020 definiscono proprio cos'è un dispositivo medico. La certificazione è fondamentale perché ci permette di fare affidamento sugli strumenti».

Finanziamento Nazionale

Chi ha puntato l'accento sulla necessità di superare le differenze fra realtà regionali è stata Serena Battilomo, dirigente del Ministero della Salute, responsabile del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis). «Il ministero ha ricevuto un finanziamento Pongov di 20 milioni di euro per realizzare un progetto nazionale fino al 2023 destinato a sostenere la sfida alla cronicità con il supporto dell'Ict che partirà dalla individuazione e diffusione delle buone pratiche per colmare i gap fra regione e regione. La telemedicina sarà una delle componenti che andrà inserita nel ripensamento di percorsi integrati e trasversali incentrati sulla presa in carico globale del paziente».

La parola d'ordine è fare sistema perché le eccellenze in telemedicina ci sono ma non sono ancora integrate fra loro.

«Già nel 2012 - ha osservato - furono approvate delle linee di indirizzo nazionale che hanno svolto un ruolo per definire le finalità della telemedicina e la classificazione dei servizi. Sicuramente, a distanza di anni, vanno aggiornate in particolare per l'ambito della telesalute, anche in relazione all'uso della mobile health. Nell'atto di indirizzo del ministro della Salute del 2019 troviamo la conferma che lo sviluppo della

sanità digitale sia un'opportunità che può cambiare radicalmente l'assistenza. Il Ministero, nel suo ruolo di governance nazionale, vuole promuovere e diffondere l'uso della telemedicina su tutto il territorio italiano per dare le stesse opportunità a tutti i cittadini».

Velocità diverse

Le aziende sfornano innovazioni tecnologiche continuamente e i vantaggi della intelligenza artificiale o del controllo in remoto sono allettanti. Ma per quanti sono accessibili? Per quante e quali Regioni queste ricette di assistenza fuori dall'ospedale sono effettivamente alla portata? «In Italia abbiamo dei mondi a velocità diverse: abbiamo un'attività di innovazione tecnologica prorompente da parte di imprese e centri di ricerca perché vengono prodotte continuamente nuove idee e possibilità ma il sistema sanitario nel suo complesso, sia per la parte pubblica sia privata, è in paragone in uno stato quasi immobile», ha commentato Francesco Gabrielli, direttore del Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Istituto Superiore di sanità. «Le spiegazioni sono molteplici – ha aggiunto -: in primo luogo, i sanitari non si sentono ancora sicuri nell'utilizzo delle tecnologie digitali per erogare prestazioni sanitarie, inoltre il sistema sanitario è in grave ritardo nella definizione dei processi organizzativi necessari, anche per il ritardo nella formulazione di norme specifiche di settore».

Le promesse del 5G

Anche il nostro Paese si sta preparando ad essere connesso con la banda 5G che

La telemedicina sarà una delle componenti che andrà inserita nel ripensamento di percorsi integrati e trasversali incentrati sulla presa in carico globale del paziente.

Da sinistra Marcella Marletta, Direttore generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico presso il Ministero della Salute; Mariapia Garavaglia, presidente dell'Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"; Alessio D'Amato, Assessore alla Sanità della Regione Lazio.



permetterà uno scambio di dati più veloce impensabile fino a pochi anni fa ed enormi possibilità, come per esempio per il trattamento dei malati cronici o in oncologia. Tuttavia la tecnologia non è priva di problematiche. Anche se molte regioni affermano di essere avanti nella copertura, la distribuzione di servizi sanitari attraverso questa tecnologia potrebbe trovare delle zone d'ombra.

Grazie a questa nuova tecnologia, «Potremo avere un sistema di macchine intorno all'uomo che lavora anche senza che l'uomo partecipi in modo continuo a manovrarle – ha osservato Gabrielli -. Questa è una enorme possibilità per esempio per il trattamento dei malati cronici o in oncologia. Tuttavia la tecnologia non è priva di problematiche. La prima è la copertura del 5G su tutto il territorio visto che pretende una densità di punti di connessione molto più ampia».

Modello made in Italy

«Per l'Istituto Superiore di Sanità – ha evidenziato Gabrielli -, la telemedicina va costruita a partire dalle esigenze del paziente e dalle caratteristiche del territorio, per questo abbiamo cercato di creare una modellistica italiana per realizzare servizi in telemedicina adatti alla sanità del nostra Nazione. Non possiamo copiare i modelli di altri Paesi perché non funzionerebbero in Italia. Stiamo affiancando – ha continuato - Asl, Ospedali e Amministrazioni regionali per realizzare servizi di telemedicina. Ad esempio, è in corso il progetto sull'uso della telemedicina tra i presidi ospedalieri in Toscana Sud Est. Inoltre, stiamo costruendo documenti tecnico-scientifici

Il quadro in Italia delinea una situazione in cui le tante sperimentazioni locali devono ancora fare un salto di qualità per passare a diventare servizi reali su vasta scala.



Un momento dei lavori della III Conferenza nazionale sull'Assistenza Primaria.

che rappresenteranno i pilastri nazionali su cui culturalmente dovrebbe poggiare l'evoluzione del sistema: cybersecurity, valutazione economica dei servizi, problematiche giuridiche e linee guida per la telemedicina nelle diverse specialità mediche e chirurgiche».

Criticità del quotidiano

Se da una parte le imprese sfornano novità a un ritmo incessante, dall'altra la comunità medico-scientifica appare prudente nell'uso di strumenti nuovi. «Non è una questione di diffidenza – commenta Gabbrielli - ma è l'impossibilità di definire il rapporto costi-benefici nella pratica, perché non ci sono ancora le tariffe di remunerazione o norme chiare sulla responsabilità sanitaria in un lavoro fatto da più professionisti che si trovano in luoghi differenti tra loro e magari anche lontani dal paziente. Non ci sono norme adeguate a facilitare le partnership fra pubblico e privato nello sviluppo di progetti e servizi nuovi di telemedicina». Anche le gare di appalto per l'approvvigionamento da parte del pubblico di queste nuove strumentazioni devono seguire nuove regole: «I sistemi per fare bene la telemedicina vanno riprogettati ogni volta per ogni singolo territorio o utilizzo. Il che significa che non abbiamo bisogno di fornitori che offrono sistemi digitali tutti uguali al minor costo ma di un'offerta tecnologica adattata alle differenti situazioni, con il supporto di progettisti della azienda pubblica, ovvero tecnici e medici con specifiche competenze che lavorano in gruppo su questi processi di progettazione». Per il direttore Gabbrielli, è necessario un nuovo approccio dal momento che le tecnologie digitali inducono un cambiamento della sanità che investe la società oltre gli aspetti strettamente tecnici organizzativi del settore. «La tecnologia digitale ci offre delle opportunità nuove, per la prima volta nella storia dell'uomo, ma non risolve i problemi – commenta -. Siamo noi che dobbiamo strutturare dei nuovi servizi fatti in modo da accogliere in maniera positiva le innovazioni e adeguarle ai principi del servizio sanitario pubblico che vogliamo tutelare».

Best practice

Il Centro nazionale per la Telemedicina dell'Iss sta seguendo alcune sperimentazioni di Telemedicina con l'obiettivo di assicurare



Da sinistra Francesco Gabbrielli, direttore del Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali dell'Istituto Superiore di sanità; Serena Battilomo, dirigente del Ministero della Salute, responsabile del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis).

l'accesso alle cure per tutti, anche nei territori svantaggiati. «Stiamo lavorando per definire dei modelli che possano essere presi ad esempio. Uno di questi è la costruzione di reti di telemedicina fra presidi ospedalieri di diverso livello, in zone a bassa densità di popolazione, come nelle aree appenniniche. Nei piccoli presidi, attraverso teleconsulti e televisite, i pazienti vengono trattati dagli specialisti senza la necessità di essere trasferiti. Se non si spinge su questi sistemi in aree scarsamente abitate o di montagna ci troveremo in difficoltà a erogare i servizi sanitari in vista dell'aumento dei malati cronici e dell'invecchiamento della popolazione».

Altra sperimentazione presentata alla Conferenza è stata la Centrale di telemedicina nella Asl Roma 3. «Allo stato attuale abbiamo 814 pazienti seguiti in remoto grazie a dispositivi indossabili e impiantabili. Il numero di trasmissioni è in crescita quotidiana. Gli allarmi gialli sono stati 1826, i rossi 427 con una riduzione di invio al pronto soccorso», ha spiegato Fabrizio Ammirati, direttore della Uoc di Cardiologia dell'Ospedale Grassi di Ostia Asl Roma 3. «Abbiamo arruolato pazienti cronici fra cui anche 55 ad alta complessità neurologici e con malattie degenerative.

Abbiamo applicato l'integrazione fra l'ospedale e il territorio perché l'equipe è andata a casa dei pazienti per capire i bisogni. Sulla piattaforma possiamo settare gli allarmi e costituire un fascicolo sanitario elettronico». «In futuro stiamo studiando a un progetto di trasmissione degli Ecg nei quattro distretti della Asl mentre è già attivo l'heart team che consiste in una riunione quotidiana in remoto con i colleghi della cardiocirurgia per discutere i casi clinici».

Fra le sperimentazioni di telemedicina presentate alla III Conferenza nazionale sull'assistenza primaria c'è la Centrale di telemedicina nella Asl Roma 3.

E.G.

Assistenza in remoto

Per alcuni è un'opportunità da non perdere

Nelle zone montuose caratterizzate da una popolazione anziana programmare progetti a distanza può fare la differenza.

di Elisabetta Gramolini

Nei decenni passati "telemedicina" è sembrata una parola magica per molti. Oggi che la tecnologia pervade la vita di molti più che mai c'è chi spinge l'acceleratore sull'utilizzo anche in medicina di app e controlli a distanza.

Ma per alcune aree del Paese, la telemedicina ha un valore maggiore perché può significare implementare i servizi di assistenza primaria. È il caso delle aziende sanitarie territoriali nelle zone montuose, con un indice demografico moderato o scarso e un'età media da record della longevità. In questi luoghi il fattore tempo per patologie coronariche può fare la differenza, viste le strade tortuose e i chilometri di distanza fra i centri abitati e gli ospedali attrezzati. Ecco quindi che



Roberto Testa, direttore generale della Azienda sanitaria L'Aquila, Sulmona, Avezzano.

la telemedicina rappresenta un'opportunità per promuovere la prevenzione primaria e secondaria e limitare i trasferimenti grazie al teleconsulto e la rete degli specialisti. Ad esserne convinto è il direttore generale della Azienda sanitaria di L'Aquila, Sulmona e Avezzano, Roberto Testa, da poco nominato.

Direttore perché è importante aumentare il contributo della telemedicina nella sua Azienda sanitaria?

Il territorio della Asl è caratterizzato da montagne, con una rete viaria articolata e un indice di vecchiaia e di invecchiamento è fra i più alti nella Regione e in Italia, perciò il

target è anziano e longevo. In questi comuni è opportuno e indispensabile intervenire sulla telemedicina, andando a immaginare modelli organizzativi e supporti tecnologici che agevolino l'assistenza domiciliare, per far arrivare in ospedale solo i soggetti che ne hanno effettivamente bisogno delle cure del nosocomio.

Lei è da poco diventato direttore generale, ha trovato dei progetti di telemedicina già attivi?

Sì. Recentemente la Asl, insieme con le restanti Asl della Regione, ha aderito ad un progetto pilota di cui sono protagonisti anche la Iapb (International Agency for the Prevention of Blindness), che vede la Asl di Chieti come capofila, per l'uso della telemedicina destinato ai pazienti con retinopatia diabetica. In particolare, il paziente dopo la diagnosi viene inviato ad un centro diabetologico per effettuare esami di secondo livello (retinografia), uno per ogni Asl, che vengono inviate utilizzando la telemedicina ad un unico centro di refertazione. La fase successiva è la refertazione centralizzata presso la Asl di Chieti da parte degli specialisti certificati sulla base di criteri internazionali. In finale, i referti tornano ai centri oftalmologici di riferimento, ubicati nelle stesse sedi dei centri diabetologici, per l'esecuzione delle procedure terapeutiche soltanto sui pazienti che necessitano di cure, secondo le linee guida internazionali. L'intero processo porta, senza ombra di dubbio, ad una serie di vantaggi riconducibili ad una standardizzazione delle procedure, ad una ottimizzazione delle risorse e ad uno spostamento dei dati e non dei pazienti,

quest'ultima previsione da considerare con particolare attenzione per l'assetto geografico dell'Azienda. Inoltre, a livello regionale ci sono delle esperienze di assistenza domiciliare teleassistita che stanno partendo.

La popolazione dei pazienti come sta rispondendo al progetto?

Molto bene. Le persone sono contente di queste novità. Sono convinto che la telemedicina sia uno degli strumenti più utili per affrontare quello che viene chiamato lo "tsunami grigio", vale a dire l'aumento della popolazione anziana e delle persone affette da malattie croniche o pluripatologie. Sono convinto però che vada fatta una strategia di telemedicina per ogni strato di popolazione. Sia i dispositivi sia i progetti e il tipo di comunicazione devono essere differenti, a seconda dei soggetti destinatari del servizio. Dobbiamo studiare delle "sociotecnologie", cioè qualcosa che sia anche fruibile dalle diverse popolazioni.

Quali sono le linee di indirizzo in Regione sul piano della assistenza primaria?

Al momento è in atto nella regione Abruzzo, una tra le regioni in piano di rientro, una riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale da presentare ai competenti tavoli ministeriali e, proprio in questi giorni, dichiarazioni di stampa dell'assessore alla salute hanno insistito sulla necessità in futuro di focalizzare sulla assistenza territoriale, consapevole del particolare assetto orografico e demografico della popolazione della Regione. Questo territorio in passato ha fatto spesso ricorso al modello incentrato sull'ospedale, nell'ottica generalizzata di una visione "ospedalocentrica". È necessario un cambio di paradigma generale, con una visione che veda un recupero ed una valorizzazione del territorio, perché la disuguaglianza nelle cure non è più sostenibile. Occorre quindi insistere sulla prevenzione primaria e secondaria per evitare di sostenere maggiori costi successivamente, legati ad un passaggio delle cronicità alla disabilità o addirittura alla inabilità.

Le fa paura il digital divide nel territorio della sua Asl?

Assolutamente no, anzi è ampiamente auspicabile. Vedo che si stanno facendo dei passi in avanti. Ad esempio nel territorio de

Un territorio montuoso e longevo

L'azienda sanitaria de L'Aquila-Avezzano-Sulmona, suddivisa in tre aree distrettuali, è una delle tre regionali, insieme a quelle di Teramo-Pescara e Lanciano-Vasto-Chieti.

- L'estensione è molto ampia, copre oltre 5000 chilometri quadrati pari a circa il 47% della Regione
- Il territorio è composto da 108 comuni di cui molti sopra i 1300 metri di altitudine
- La popolazione è di 299mila abitanti, pari a una densità di 59 abitanti per chilometro quadrato
- I presidi ospedalieri sono a L'Aquila, Sulmona, Avezzano e Castel di Sangro. I presidi territoriali di prossimità sono a Tagliacozzo e Pescina
- L'indice di vecchiaia e di invecchiamento della popolazione è fra i più alti nella Regione Abruzzo e in Italia.

L'Aquila si sta sperimentando la connessione 5G, che offrirà potenzialità notevoli anche nella assistenza primaria. Per superare le distanze, un'altra iniziativa è rappresentata dal processo di riorganizzazione della rete informatica per la lettura delle mammografie. Si sta creando un pool di radiologi che possa esaminare le immagini e refertarle dalle rispettive postazioni, senza che la paziente si debba spostare per presidi in linea con quanto già detto per la retinografia. Questo è un piccolo assaggio del futuro della sanità regionale.

Nella gestione della Asl di un territorio così particolare c'è una criticità che la preoccupa?

Bisogna fare un cambio di mentalità, ovvero non pensare più all'ospedale come unica risposta di salute e sono contento che le linee di indirizzo regionali vadano in questa direzione. Sicuramente anche un'innovazione tecnologica orientata al contesto culturale è fondamentale per aumentare la aderenza alle cure dei pazienti.

STUDIO DIGITALE

I Big Data aiuteranno a prevenire la demenza?

La cognizione come il quinto parametro vitale. Da misurare regolarmente come la pressione sanguigna, la temperatura, il polso e la frequenza respiratoria. Partendo da questo assunto la società di salute digitale con sede a San Francisco Savonix e l'Università di Boston hanno annunciato l'avvio del più grande studio virtuale che raccoglierà dati sulla salute e sullo stile di vita da 400.000 persone nella speranza di identificare i fattori di rischio dello stile di vita che aumentano il rischio di malattia. Per lo studio, verranno usati i dati degli smartphone. La ricerca, chiamata Assist (Alzheimer's disease discovery study) si ispira a due indagini: lo storico Framingham Heart Study (studio a lungo termine

Solo dati puramente digitali su base volontaria: non ci sono visite mediche nè scansioni cerebrali

iniziato nel 1948 e tutt'ora in corso che ha permesso di identificare l'ipertensione e l'ipercolesterolemia come importanti fattori di rischio di malattia cardiovascolare) e lo studio virtuale Apple Heart del 2017, in cui i ricercatori hanno raccolto e analizzato i dati sulla frequenza cardiaca registrati da Apple Watches e iPhone di oltre 400.000 partecipanti.

Assist raccoglierà dati puramente digitali: non ci sono visite mediche, né scansioni cerebrali. I volontari si iscrivono online firmando un modulo di consenso e compilando un breve questionario sulla loro storia clinica e gli

stili di vita. Il team spera di reclutare 400 mila persone di tutte le età, generi ed etnie attraverso annunci digitali e iniziative di sensibilizzazione. Una volta iscritti, ai partecipanti viene chiesto di scaricare l'app Savonix Mobile, con la quale potranno eseguire una serie di test cognitivi (per la memoria, l'apprendimento e l'attenzione). ai partecipanti che utilizzano iPhone viene anche richiesto di condividere i dati dell'app Health, inclusi esercizio fisico, alimentazione e informazioni sul sonno raccolte da smartphone e dispositivi indossabili. E per quanto riguarda la privacy? Gli organizzatori dello studio sottolineano che, a differenza delle app tradizionali per la salute, si tratta di uno studio di ricerca, quindi la gestione dei dati è supervisionata da due commissioni di revisione istituzionale e tutte le informazioni degli utenti verranno crittografate e frammentate tra server sicuri.

—Fr.Ce.

