



SANITÀ 4.0^{2/021}

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO



gettyimages®
Solskin

PUBBLICAZIONE DEI FORUM DI FEDERSANITÀ
Confederazione delle Federsanità ANCI Regionali



PUBBLICAZIONE DEI FORUM DI FEDERSANITÀ
Confederazione Federsanità Anci regionali

COMITATO SCIENTIFICO

Angelo Aliquò
Tiziana Frittelli
Federico Lega
Giuseppe Pasqualone
Gennaro Sosto

DIREZIONE EDITORIALE

Flavio Boraso
Gian Paolo Zanetta

DIRETTORE RESPONSABILE

Claudio Risso

REDAZIONE

Teresa Bonacci
Magda Verazzi
Marzia Sandroni

SANITAS40.IT

REALIZZATO IN COLLABORAZIONE CON



PUBBLICITÀ

Instant Love Srl - Torino

PROGETTO GRAFICO

Instant Love Srl - Torino



INDICE

5

EDITORIALE

7

AGENAS

on line il nuovo Portale
della Trasparenza
dei Servizi per la Salute

11

**SALUTE NELLE CITTÀ:
BENE COMUNE**

Il ruolo di Torino e del
Piemonte sull'Urban Health
e sull'Urban Diabetes

35

LA TELEMEDICINA:
l'esperienza dell'ASL
di Vercelli



29

LA TELEMEDICINA:
un supporto all'attività
ambulatoriale del nefrologo
in tempo di pandemia

25

**IL GRANDE APPORTO
DI SM@RTHEALTH®
NEL CORSO DELLA
PANDEMIA**

21

**SANITÀ DIGITALE
E INTERAZIONE
MULTICANALE TRA
CITTADINI E SANITÀ**

La piattaforma
Sm@rtHealth® di I-Tel

55

PANE E SENSO:
la carità spirituale

49

**STRUMENTI PER UN
CAMBIAMENTO CULTURALE
DI STRATEGIA DI GOVERNO
DELLE AZIENDE SANITARIE
PER LA REALIZZAZIONE DEL
PROCESSO DI AFFIDABILITÀ
DELLE CURE.**

45

BIG DATA E SANITÀ:
in che modo l'assicuratore
può tutelare un ente
ospedaliero

41

**UN NUOVO SUPPORTO
PER LE DONNE
CONTRO LA VIOLENZA:**

SPECIALE



69

**I DATI DEL
VOLONTARIATO
NEL SETTORE
SOCIOSANITARIO**

63

**VOLONTARIATO
SOCIOSANITARIO
DURANTE E OLTRE
LA PANDEMIA**
Relazione Tabò

57

**VOLONTARIATO
SOCIOSANITARIO
DURANTE E OLTRE
LA PANDEMIA**

Sinergie e alleanze
tra sistemi sanitari,
socio-sanitari e
associazioni.

SANITÀ 4.0
LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

EDITORIALE



Lo scorso 22 giugno si è conclusa a Arezzo la due giorni del **Laboratorio Sanità 20/30** in cui Federsanità è stata protagonista di molti tavoli di lavoro che avranno un seguito con la presentazione di alcuni position paper su temi importanti e decisivi come la responsabilità professionale, la sicurezza, l'integrazione socio-sanitaria e l'assistenza territoriale.

Dai lavori è emerso con vigore quanto sia stato eccezionale, nell'ultimo anno, lo sforzo delle **Direzioni strategiche**, quotidianamente al passo delle necessità di assistenza, nel continuo adattamento organizzativo, nella straordinaria capacità di risposta per la gestione della pandemia. Così come sorprendente è stata la **dedizione dei Sindaci per i loro cittadini** soprattutto nel difficile compito di far accettare restrizioni e nuove abitudini di socialità. La pandemia ci ha dimostrato quanto sia attuale il nostro messaggio e quanto sia determinante il dialogo costante e costruttivo tra direttori generali e sindaci.

Non sono solo parole. Anche la lettura dei dati dimostra quanto il tema delle alleanze sia strategico per riscrivere il futuro dell'assistenza. Il Rapporto che Federsanità ha prodotto in collaborazione con Ifel – Fondazione ANCI sul tema della “spesa socio assistenziale dei Comuni”, presentato

insieme ad ANCI lo scorso 8 luglio, da una chiara lettura di questo scenario. Proprio a seguito della pandemia, questo Rapporto non è stato solo una esposizione e analisi di dati e tabelle, ma uno strumento per dare conto di quanto accaduto nei territori per l'erogazione dei servizi, spiegare attraverso i numeri come gli enti locali si sono re-inventati in una situazione nuova e improvvisa.

Dai dati emerge una certezza: bisognerà concentrarsi su come garantire salute e qualità della vita ad una parte molto ampia di popolazione attraverso una rimodulazione e una integrazione dei servizi non più rinviabile, centrata sulla gestione delle cronicità, sull'invecchiamento attivo, sulla promozione della salute. Investire in salute conviene perché, abbiamo visto, quando la salute entra in emergenza, riduce le altre sfere della vita come il lavoro, l'economia, il tempo libero, ecc. Conviene investire in salute per dare sostegno, dare sollievo, liberare risorse, creare aree di felicità.

Il **PNRR** è forse l'ultima grande occasione per fare di un quarantennale di teorie e sperimentazioni sulle cure primarie finalmente una rete attiva e integrata sul territorio. Ci sono le idee, ci sono le risorse economiche, tecnologiche e, soprattutto, ci sono donne e uomini capaci.

Tiziana Frittelli
Presidente Nazionale Federsanità
Confederazione Federsanità Anci regionali



AGENAS

on line il nuovo Portale della Trasparenza dei Servizi per la Salute

■ della Redazione



È consultabile online

www.portaletrasparenzaservizisanitari.it

il nuovo Portale della Trasparenza dei Servizi per la Salute, presentato questa mattina nel corso di una video-conferenza stampa, durante la quale sono intervenuti il capo della segreteria tecnica del Ministero della Salute Stefano Lorusso, il Direttore generale di AGENAS Domenico Mantoan, l'Ing. Francesco Bortolan della Regione Veneto e l'Ing. Giulio Siccardi di AGENAS.

Il progetto Portale della Trasparenza dei Servizi per la Salute, approvato in Conferenza Stato-Regioni, è stato creato per fornire al cittadino informazioni in ambito sanitario di facile accesso, semplici, chiare, univoche e di qualità, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti, a livello nazionale, regionale e locale. Il sito presenta contenuti che vanno a valorizzare e integrare le informazioni detenute dal Ministero della Salute con quelle provenienti dalle Regioni, dalle Province Autonome e dagli altri enti e operatori dei Servizi sanitari regionali.

Il sito presenta quattro macroaree:

- Vivere in salute;
- Servizi e prestazioni;
- Come fare per (prenotare una prestazione e conoscere i tempi di attesa);
- Covid-19.

Capofila e coordinatore del progetto del Portale è la Regione Veneto, mentre l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è responsabile dell'implementazione del Portale e coordinatore delle attività di esecuzione del progetto. Il Ministero della Salute ha coordinato la Cabina di Regia del Portale e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, partner progettuali, hanno messo a disposizione le competenze, le esperienze e le conoscenze dei livelli locali, utili alla gestione e realizzazione del progetto.

*"In questo momento storico è fondamentale fornire al cittadino informazioni chiare, semplici, condivise, autorevoli e scientificamente validate. - dichiara il Presidente di AGENAS, **Prof. Enrico Coscioni** - Il nuovo Portale risponde a principi di accesso alle informazioni aumentando il livello di trasparenza della comunicazione e rispecchia la tendenza a raggiungere la massima condivisione di tutti i dati e le informazioni provenienti dai 21 Servizi sanitari regionali a supporto delle scelte dei decision makers ma soprattutto del cittadino, assoluto protagonista dell'iniziativa."*

*"L'obiettivo del Portale della Trasparenza dei servizi per la salute - dichiara il Direttore Generale di AGENAS, **Dr. Domenico Mantoan** - è quello di migliorare la conoscenza e accrescere la consapevolezza e la responsabilizzazione del cittadino, per consentirne una partecipazione consapevole e attiva al processo di promozione e cura della salute, soddisfacendo la sempre maggiore richiesta di informazione qualificata. Il nuovo Portale - **conclude il DG Mantoan** - nasce da un'intesa in Conferenza Stato-Regioni nel settembre del 2016 e sono dunque lieto che oggi possa essere messo a disposizione di tutta la comunità. Per le sue caratteristiche il Portale necessita di un costante aggiornamento e proprio per questo motivo, nonostante le numerose informazioni già presenti, invitiamo sia gli operatori del nostro SSN sia i cittadini/pazienti a contribuire alla piena realizzazione del progetto fornendo spunti e suggerimenti."*

E-mail: **portaletrasparenza@agenas.it**

SINTESI OBIETTIVI E CONTENUTI SITO
Nella tabella seguente si elencano le corrispondenze principali tra le “macroaree” del portale e i maggiori obiettivi attesi dal progetto

MACROAREE	OBIETTIVI
VIVERE IN SALUTE	Accrescere l'empowerment del cittadino, rispetto alla gestione della sua salute e allo sviluppo di una maggiore autonomia e consapevolezza sull'adozione di stili di vita sani
COVID-19	
SERVIZI E PRESTAZIONI	Maggiore e migliore conoscenza sull'offerta sanitaria e sull'utilizzo dei servizi in modo più appropriato Potenziamento e diffusione della cultura della qualità (efficacia, sicurezza, personalizzazione/ accettabilità, accessibilità, efficienza, equità) del Servizio Sanitario Nazionale e SSR
COME FARE PER	

Nella tabella a destra si rappresenta l'albero di navigazione del portale

MACROAREE	SEZIONI	CONTENUTI
1. VIVERE IN SALUTE		Dizionario Medico: link al glossario medico dell'Istituto Superiore di Sanità
		Promozione della Salute-Prevenzione-Stili di vita salutari
		Falsi miti e bufale
2. SERVIZI E PRESTAZIONI	Prestazioni garantite dal SSN	Motore di ricerca che permette al cittadino di conoscere quali tipologie di prestazioni, ausili e presidi distinti per categoria, nonché le loro quantità, e/o vaccini ha diritto a ricevere gratuitamente dal Servizio Sanitario Nazionale in quanto Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
	I Diritti dei cittadini e dei pazienti	Pubblicazione dei diritti che i cittadini hanno nell'ambito della fruizione dei servizi sanitari: ad esempio diritto a ricevere la cartella clinica entro 7 gg dalla richiesta o a conoscere la propria posizione in lista di attesa per il ricovero.
	Trova strutture	Motore di ricerca che permette al cittadino di trovare le informazioni relative alle strutture ospedaliere o territoriali delle strutture pubbliche e private accreditate in grado di erogare la prestazione sanitaria cercata. Le prestazioni ospedaliere contenute nel database sono quelle relative alle procedure programmabili più frequenti, nella visualizzazione sono rappresentati anche gli indicatori del Programma Nazionale Esiti laddove presenti. Le prestazioni territoriali, per il momento, sono relative a disturbi dell'alimentazione, disturbi cognitivi, dipendenze patologiche, cure palliative e salute mentale.
3. COME FARE PER		Prenotare una prestazione: I cittadini avranno la possibilità di ricercare sia le modalità di prenotazione online direttamente sul sito dell'Azienda scelta.
		Ritirare referti e cartelle cliniche: I cittadini avranno la possibilità di ricercare le modalità adottate dall'Azienda scelta per il ritiro della documentazione clinica.
		Presentare segnalazioni e reclami: I cittadini avranno la possibilità di ricercare sia le modalità di presentazione di segnalazioni e reclami sul sito dell'Azienda scelta.
		Conoscere organizzazione, servizi e prestazioni: I cittadini avranno la possibilità di visualizzare la pagina relativa alla Carta dei Servizi dell'Azienda scelta oltre ai nominativi del personale medico e infermieristico presente nelle diverse unità operative.
		Conoscere i tempi di attesa: I cittadini avranno la possibilità di visualizzare i tempi medi d'attesa per una determinata prestazione nell'Azienda scelta.
4. COVID-19		Ottenere esenzioni e agevolazioni: I cittadini avranno la possibilità di verificare le esenzioni a cui hanno diritto sul sito dell'Azienda scelta.
		Il Portale Covid-19 di AGENAS: per il monitoraggio giornaliero delle terapie intensive, delle aree non critiche e degli accessi al pronto soccorso, oltre a proiezioni sugli infetti e sull'occupazione delle terapie intensive.
		Vaccini anti Covid-19: link alla piattaforma, della Presidenza del Consiglio dei Ministri, che raccoglie i dati e le statistiche riguardanti la somministrazione di vaccini.
		La situazione attuale e la rete di sorveglianza italiana: link alla piattaforma della Protezione civile che monitora l'evoluzione della pandemia.
		Restrizioni alla mobilità delle Regioni e Province autonome in vigore: link alla pagina dedicata del Ministero della Salute.
		A chi rivolgersi in caso di dubbi o sintomi: link alla pagina dedicata del Ministero della Salute.
		Pagine delle Regioni: link ai siti dedicati dalle Regioni e/o dalle agenzie regionali al Covid-19.



SALUTE NELLE CITTÀ: BENE COMUNE

Il ruolo di Torino e del Piemonte sull'Urban Health e sull'Urban Diabetes

di **Roberto Pella¹**, **Enzo Bianco²**, **Ezio Ghigo³**, **Andrea Lenzi⁴**, **Chiara Spinato⁵**, **Federico Serra⁶**.

¹ Vicepresidente Vicario ANCI e Presidente Intergruppo Parlamentare "Qualità di Vita nelle Città"

² Presidente Consiglio Nazionale ANCI e Presidente C14+

³ Presidente Comitato Scientifico Torino Cities Changing Diabetes e Professore di Endocrinologia dell'Università di Torino

⁴ Presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita della Presidenza del Consiglio dei Ministri e Presidente Health City Institute

⁵ Direttore Generale Health City Institute

⁶ Direttore Italia Cities Changing Diabetes

In questi mesi il mondo intero, e non solo medici e ricercatori, ha imparato a convivere e conoscere la nuova minaccia di un virus, il SARS-CoV-2, che ci ha immerso in uno scenario imprevedibile, inedito e drammatico. Si sono poste le premesse su come ognuno di noi, insieme alle nostre comunità, vivrà nei prossimi mesi e si va prefigurando un nuovo concetto di salute per il prossimo futuro.

COVID-19 non è solo un freddo acronimo di **Corona Virus Disease 19** (l'anno della scoperta del virus SARS-CoV-2), ma il simbolo di una sfida che tutta l'umanità sta affrontando e che è ben superiore rispetto a quanto lo siano state le precedenti pandemie.

Una diffusione globale avvenuta con una rapidità, in passato impensabile, dovuta alla globalizzazione e alla crescente urbanizzazione. Globalizzazione e urbanizzazione (con la nascita delle megalopoli) sono due fenomeni che hanno cambiato le strutture sociodemografiche, stravolgendo anche l'ecosistema, generando un forte disequilibrio nel rapporto uomo-uomo, uomo-natura e uomo-animale, favorendo così, in questo caso, la rapida diffusione del virus.

Oggi stiamo assistendo a qualcosa di epocale, con un virus pandemico che esce dal suo contesto animale e che, attraverso l'uomo, ha una diffusione globale; avvisaglie che già si erano avute, in passato con l'AIDS e più di recente con la SARS e il virus Ebola, fino alla pandemia influenzale del 2009 H1N1 suina, quest'ultima, forse, la più vicina a quello che stiamo osservando oggi.

Fenomeni di fatto poco noti e confinati, all'epoca, agli esperti, che hanno poi, di fatto, contribuito a sottovalutare, in una prima fase, da parte dei

Governanti, il pericolo pandemico insito nel COVID-19, rendendo ogni essere umano, ma soprattutto le comunità urbane, fragili e senza difese.

Edward Norton Lorenz, matematico e meteorologo americano, padre della teoria sul caos deterministico, titolava "Può il batter d'ali di una farfalla in Brasile provocare un tornado in Texas?" una conferenza da lui tenuta nel 1979. Questa affermazione appare oggi quanto mai attuale, se solo si pensa che un virus che qualche mese fa era nella foresta cinese, oggi è nelle città di tutto il mondo.

Se il contagio fosse stato limitato a uno sperduto e isolato villaggio, oggi forse non ci saremmo nemmeno accorti della sua comparsa, ma la diffusione in una megalopoli come Wuhan (11 milioni di abitanti) ha amplificato esponenzialmente il contagio e il trasporto aereo ha creato un effetto domino globale.

Le fosse comuni di New York a Hart Island, riempite dai detenuti del carcere di Rikers Island di bare anonime dei poveri disperati morti a causa del COVID-19; i quarantaquattro camion frigoriferi posteggiati pronti a raccogliere i corpi delle vittime della pandemia, sempre nella Grande Mela; le persone che muoiono sole nei corridoi degli ospedali di Detroit; le persone stese per terra tra asciugamani e coperte a Madrid; i cadaveri abbandonati e bruciati per strada a Guayaquil in Ecuador; la fila interminabile di camion militari piene di feretri, in attesa della cremazione, che per giorni lo scorso anno sono partiti da Bergamo: sono gli esiti di questo "effetto farfalla" e solo alcune delle tante immagini terribili che ci porteremo sempre con noi a memoria di un evento tragico che sarà

ricordato come uno dei momenti di cambiamento della storia umana recente.

Un'emergenza globale a carattere sanitario, sociale, economico e politico che pone tutti davanti alla sfida di medicina darwiniana – ovvero eventi in grado di cambiare le prospettive evoluzionistiche in ambito biomedico, epidemiologico, sociale e clinico – e che dovrà spingere governanti, esperti, ricercatori e clinici a riflettere sulla necessità e sul dovere di riconsiderare le malattie infettive diffuse come una emergenza ed una minaccia sempre costante, in grado di cambiare la vita di tutte le persone che abitano questo “grande condominio” chiamata Terra.

In un mondo dove le conoscenze biomediche negli ultimi anni sono progredite costantemente con ritmi elevati appare evidente il contrasto con una medicina sempre più frazionata in silos e, talora, poco interconnessa con la società e l'ambiente. Un quadro biomedico che dovrà, quindi, sempre più tenere conto dell'epidemiologia, delle malattie infettive e della genetica medica, per dare in anticipo risposte alle grandi sfide che fenomeni come globalizzazione, incremento sociodemografico e urbanizzazione avranno in futuro sulla salute degli individui e delle comunità.

Se all'indomani della seconda guerra mondiale, nel 1948, le Nazioni costituenti l'Organizzazione Mondiale della Sanità definirono la salute come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia, oggi bisogna rivedere questo concetto in una definizione più moderna e attinente all'evoluzione del concetto di salute e sanità.

Oggi bisogna affermare che:

la salute non è soltanto l'assenza di disagio o infermità, ma uno stato di completo di benessere fisico, mentale, sociale, economico e culturale, individuale e collettivo.

Dobbiamo pensare a un nuovo concetto di medicina, consci che la nostra salute dipende per il 20% dalla predisposizione genetica e per l'80% dai fattori ambientali (che a loro volta influenzano geni) e che la cura deve necessariamente andare oltre la persona e il concetto di malattia, per studiare nel contempo il contesto di vita.

Dobbiamo passare da un concetto di medicina incentrata sul paziente o sul singolo a un concetto più ampio di comunità, da una *“patient medicine to a community medicine”*, incentrata sul valore più ampio di una salute come bene comune. La sfida di questi tempi che il nostro Servizio Sanitario Nazionale sta vivendo è epocale e dovrà necessariamente portare a delle ampie riflessioni in termini di politica e programmazione sanitaria, dove la contrapposizione e la mancata integrazione ospedale-territorio hanno fatto emergere fragilità che debbono essere trattate con una rimodulazione del concetto di assistenza e cura, secondo modelli meno *“patient-centred care”* e maggiormente incentrati su *“community-centred care”*.

Le città, nella loro struttura urbanistica, sociale e sanitaria, dovranno necessariamente riconsiderare il ruolo del *government* e della *governance* della salute. Nella lingua italiana abbiamo solo una parola, che è governo, la quale non ci aiuta a ricomprendere tutti gli aspetti caratterizzanti e che finisce, a volte anche in maniera capziosa, col fornire alibi e generare confusione. È, invece, più chiara la differenza tra *government*, ovvero il primato politico di chi prende le decisioni, e *governance*, che invece si riferisce a quell'insieme di entità, individui e modi che debbono realizzare le azioni di governo e render le stesse possibili ed efficaci per la comunità. Due pilastri interconnessi che fanno sì che il *“sistema”* sia in grado di prevenire, prendere rapidamente decisioni e agire efficacemente, anche e soprattutto durante le emergenze. Sono molte le domande che esperti e analisti oggi si pongono in uno scenario

secondo cui “nulla sarà come prima”. Quale sistema di *government* sanitario dobbiamo immaginarci per il futuro? Reggerà ancora il sistema federalistico o lo stesso sarà ancora più frammentato? Quale sarà il ruolo dei Sindaci nelle decisioni che riguarderanno la sanità? I cittadini potranno ritrovarsi ancora con un sistema sanitario parcellizzato dal regionalismo? Quale sarà il rapporto tra Stato, Regioni ed Enti Locali? Continuerà a esistere una Conferenza Stato-Regioni o sarà più realistico potenziare la Conferenza Unificata, coinvolgendo la stessa ANCI su temi sanitari? Che ruolo avrà il Parlamento, la Commissione bicamerale per le questioni regionali e le stesse Commissioni XII di Camera e Senato? Come bisognerà rivedere il rapporto con l'Europa, in termini non solo economici ma anche sanitari? Sarà possibile pensare a un quadro di riferimento europeo per fare rinascere i servizi sanitari nazionali?

Sono tutti quesiti che meriteranno ampie riflessioni e risposte concrete.

Dovrà cambiare necessariamente il concetto di *Urban Health*, secondo una visione dinamica che sia in grado di integrare lo sviluppo urbanistico con l'adozione di soluzioni capaci di incidere sulle condizioni di salute e di vulnerabilità di cittadini.

Una salute che, sempre più, sarà la conseguenza di fattori multidimensionali come la sanità, il sistema complessivo di prevenzione, diagnosi e accesso alle cure; gli stili di vita, non più intesi come scelte individuali ma sempre più collettivi; stato sociale, economico, lavorativo e culturale non solo del singolo, ma del contesto nel quale si vive e opera, del contesto della propria famiglia, intesa come il nucleo di riferimento dove si sviluppano strategie quotidiane sulla salute, e del contesto di comunità, intesa come l'interazione fra individui, enti e professionisti che incidono su un determinato territorio. Una salute sempre più “bene comune, indivisibile”.

Abbiamo imparato, in tutto il mondo, a convivere con il timore che, ove la pandemia si espandesse incontrollata nelle metropoli, questa potrebbe essere una tragedia di dimensioni immani e forse irreversibili per tutta l'umanità. Quando abbiamo ascoltato le dichiarazioni del Sindaco di New York, Bill De Blasio, consapevole che più della metà dei newyorkesi avrebbe potuto essere contagiato dal virus con centinaia di migliaia di morti; quando abbiamo visto le immagini di una megalopoli come Wuhan, di 11 milioni di abitanti, posta in una situazione di *lockdown* totalmente restrittivo; quando abbiamo assistito a una Milano che, in pochi giorni, passava da capitale mondiale della moda a capitale della sofferenza e della paura; vedendo tutte queste, e molte altre, città ridotte allo stremo delle forze, abbiamo capito come il pericolo che la pandemia si diffondesse in questi contesti, di ampia densità abitativa, ci rendesse tutti più vulnerabili.

Le città dovranno, quindi, avere una nuova dimensione e adottare una nuova visione in termini sia di urbanizzazione sia di impatto della salute sul contesto socioeconomico; di sviluppo tecnologico, in grado di mappare la diffusione oggi e in futuro di fenomeni pandemici; d'impatto dell'ambiente sulla salute.

Le città sono state negli ultimi decenni i poli di attrazione per le migrazioni degli individui dai contesti rurali ai contesti urbani, in cerca di lavoro, di benessere, di sviluppo per le generazioni future e di salute. I dati ci indicano come oggi il 55% delle persone vive nelle città, con una proiezione che comporta una previsione nel 2050 al 70%.

Un fenomeno che ha radici sociali ed economiche e che, nel 2008, ha visto la popolazione urbana, per la prima volta nella storia dell'umanità, superare quella rurale, con una crescita continua, pari a circa trecentomila persone al giorno che abbandonano il loro habitat nativo e si spostano nelle metropoli,

spesso in condizioni precarie e con un impatto sui determinanti della salute assolutamente negativo.

Potremmo pensare al fenomeno come limitato ai Paesi in via di sviluppo e non all'Italia, al contrario i dati ISTAT ci dicono che oggi il 36% degli italiani abita nelle 14 Città Metropolitane, provocando un affollamento socio-demografico tra i maggiori in Europa. Un affollamento socio-demografico che sicuramente ha un impatto reale sulla possibile diffusione delle malattie infettive e che apre nuovi scenari a valle dell'eredità che ci lascerà in futuro.

Concetti come *smart working*, teleassistenza e telemedicina, mobilità intelligente, distanziamento sociale e, non da ultimo, la paura di vivere soli e isolati in grandi *compound* abitativi potranno – forse – arrestare, o rallentare, la dinamica della crescita demografica dovuta a fenomeni migratori interni ed esterni verso le grandi città. In ogni caso serviranno a riprogettare da parte dei Sindaci e degli Amministratori locali città non più come sistemi a *silos*, dove *smart cities*, *green cities*, *sport cities* siano concetti separati di sviluppo del tessuto urbano, bensì città connesse a un concetto olistico di *healthy cities*.

I Sindaci dovranno riscoprire sempre di più la parola salute come principio politico di governo del territorio, e in questo avranno bisogno di avere al loro fianco nuove figure professionali di governance, che siano di raccordo tra le politiche dell'amministrazione comunale e quelle dell'amministrazione sanitaria. In questo senso lo sviluppo della figura dell'Health City Manager appare inderogabile.

Un professionista, con competenze curriculari ben definite, che possa rientrare all'interno dello staff del Sindaco per coordinare e implementare le azioni per la salute pubblica nel contesto urbano in funzione degli obiettivi di mandato espressi dal documento di programmazione dell'Amministrazione comunale

e capace di raccordarsi con le politiche sanitarie nazionali, regionali e locali contermini.

Le città dovranno fare i conti anche con le fragilità sociali ed economiche che stanno emergendo ed emergeranno sempre di più in futuro. I Sindaci, soprattutto nei grandi nuclei urbani, dovranno gestire e arginare il disagio, le vulnerabilità e, a volte, la rabbia che nasceranno da nuove povertà generate dalla pandemia, un periodo che ha visto le disuguaglianze acuirsi. Coloro che disporranno di soluzioni lavorative, abitative, di mobilità e di accesso alle cure di livello si troveranno contrapposti a coloro che, al contrario, vivranno in condizioni di negazione o di grande difficoltà rispetto al diritto di accesso al lavoro, alle risorse economiche e in una situazione di grande precarietà per l'accesso alla salute.

Lo sviluppo sostenibile, che molte città hanno inserito nelle proprie agende, sicuramente dovrà essere rivisto nell'ottica non solo di uno sviluppo socialmente sostenibile, ma anche di una salute sostenibile. La salute potrà essere, alternativamente, o il collante della comunità o il fattore che evidenzierà le disuguaglianze.

E allora il Sindaco non sarà solo colui che dovrà dare una risposta in tema di occupazione e sicurezza, ma sarà colui che dovrà garantire il pieno accesso alle cure e ai trattamenti, in ottica di tutela e fruizione della propria comunità.

Si dovrà interessare alla prevenzione, all'accesso alle cure, all'assistenza domiciliare, alle campagne vaccinali, entrando nel merito dell'effettuazione delle stesse per tutte le fasce di età, senza distinzioni di genere e di stato sociale. In questo senso, forse, finalmente, dimenticheremo quelle inappropriate posizioni che in passato alcuni sindaci ebbero sulle campagne vaccinali dei bambini e il loro ingresso a scuola, a vantaggio di un equilibrio sconsiderato tra posizioni scientifiche e posizioni qualunque no-vax.

Il Manifesto "Salute nelle città: bene comune" potrà costituire per i Sindaci, attraverso i propri 10 punti, una *roadmap* sulla quale lavorare, e non solo una buona intenzione amministrativa. La smart city, la città tecnologicamente connessa, si evolverà contemplando anche il tema del controllo e del monitoraggio dei dati di salute dei cittadini.

Le testimonianze sull'esperienza di Wuhan, una città tecnologicamente molto sviluppata, e il COVID-19 ci indicano che lo sviluppo di una vera e propria *health smart city* potrà rendersi necessario nel futuro immediato, anche durante la campagna di vaccinazione, e in futuro per raccogliere dati sulla popolazione cittadina. Wuhan, dopo il *lockdown*, ha varato una sorta di "codice di buona salute", finalizzato ad attestare che l'individuo può uscire di casa perché non contagioso, tramite un codice personale collegato a piattaforme come WeChat e Alipay di Alibaba. La persona che prende la metropolitana, il treno o l'aereo deve usare questo codice, con tecnologia QR, registrandosi ai varchi di accesso. Questi dati sono comunicati a una centrale che permette di monitorare il percorso di ogni singolo individuo e verificare se entra in contatto con una persona positiva al COVID-19, cosa che, eventualmente, di conseguenza, lo porrà in isolamento domiciliare.

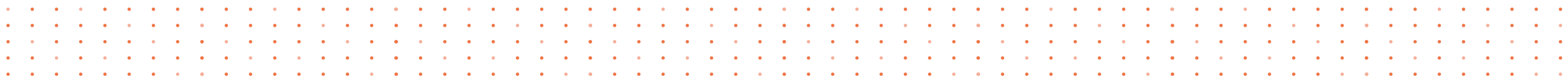
Oggi l'intelligenza artificiale potrà supportare la fase dell'emergenza, ma domani potrà essere importante per collettare i milioni di dati sanitari che già sono sui nostri *smartphone*. Un fenomeno che ha già dato il via a quella che è definita come la big data *revolution*: quest'anno i dati qualitativi e quelli quantitativi hanno raggiunto la cifra di 1,7 mega byte al giorno per persona, provenienti da 200 miliardi di device connessi. La raccolta di questi dati non potrà appartenere a una singola entità commerciale, sia essa Google o Amazon - o ad altri colossi simili, ma dovrà essere un bene comune messo a disposizione della comunità nel suo complesso per identificare la strada di una

medicina preventiva, per le malattie croniche non trasmissibili e per le malattie infettive diffuse. A livello delle città sarà opportuno creare una cultura nuova, in cui si studi attentamente, attraverso un osservatorio che veda coinvolte le Amministrazioni comunali, le Università, le istituzioni sanitarie e scientifiche e gli esperti, la connessione tra dati e determinati della salute.

Prendiamo ad esempio i dati ambientali: in questo periodo di emergenza legata a COVID-19 molti studi hanno indicato come forte evidenza che l'esposizione a lungo termine alle polveri sottili PM 2.5 aumenterebbe il tasso di mortalità da COVID-19. Questo nesso di causalità, per ora in fase di approfondimento e che non chiarisce al momento l'origine clinica del fattore di rischio, impone, tuttavia, una volta in più, ai contesti urbani di studiare e analizzare lo stretto legame tra l'ambiente nel quale si vive e lo stato di salute della comunità e degli individui.

I Sindaci dovranno saper dialogare con la comunità scientifica e con una medicina che, a propria volta, non dovrà racchiudersi solo nella clinica, ma aprirsi a contesti collaborativi e sinergici interagendo con figure di urbanisti, sociologi ed esperti di ogni ambito in grado di studiare soluzioni innovative e migliorative della qualità di vita nelle città.

La nascita di network nazionali e internazionali, come da anni e in maniera preminente e lungimirante hanno fatto l'Healthy Cities Network dell'OMS, il C40 della Bloomberg Foundation, il C14+ e il *think tank* italiano Health City Institute, in stretta collaborazione con ANCI, e il Cities Changing Diabetes - programma lanciato dall'University College of London e dallo Steno Centre di Copenaghen, dimostra che i Sindaci debbono aprirsi e confrontarsi con le altre città per trovare strumenti di azione e studio condivisi, coinvolgendo e animando il dibattito insieme a partner universitari, scientifici, sociali, economici



e del mondo privato, in una logica di partnership intersettoriale e intrasettoriale, e non di sterile individualismo.

COVID-19 ha evidenziato come nelle città siano presenti tutte le fragilità sociali e cliniche della nostra società, correlate a un fattore di vulnerabilità che nasce da una popolazione che invecchia, sottoposta a fragilità sociali evidenti per gli effetti economici, per la mancanza di adeguata informazione sanitaria e per l'aumento dei nuclei unifamiliari.

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità e dei ricercatori italiani e stranieri che indicano una maggiore mortalità nei soggetti anziani con rischio cardiovascolare, diabete e obesità, un tasso che con più di due comorbidità aumenta notevolmente, conferma che si ha l'obbligo di considerare le malattie croniche non trasmissibili, in particolare il diabete e l'obesità, come malattie che hanno necessità di ricevere un'assistenza specialistica e territoriale integrata, soprattutto nelle metropoli. Purtroppo, evidenze scientifiche sottolineano come, a distanza di tre fermate di metropolitana, dal centro verso le periferie, si vive meno e si ha una prevalenza maggiore delle malattie dell'obesità e del diabete che rendono più fragile e isolata la persona che ne è affetta.

Se è vero che *"nulla sarà più come prima"*, il leitmotiv di queste settimane, questo vuol dire imparare dai propri errori. La tragica epocale esperienza di una pandemia che ha coinvolto tutto il mondo ha messo drammaticamente in luce alcuni aspetti e carenze fra cui spicca, in particolare, il sottofinanziamento del servizio sanitario nazionale: dal 2000 in poi le risorse sono state sempre meno.

A questo si sommano numerose altre criticità, tra cui le disuguaglianze regionali. Esiste un evidentiissimo problema di governo del sistema, per cui la riforma del titolo V della Costituzione

non ha previsto in condizioni "non ordinarie o straordinarie di livello nazionale", come quelle che stiamo vivendo, la possibilità di intervenire in modo uniforme e in tempo reale su tutti i territori. Conseguentemente, ancora più acute diventano le disuguaglianze, se sommate al gap che già esiste in termini di servizi e tecnologie, riguardante non solo la storica differenza nord-sud, ma anche rispetto alla montagna e alle aree interne, alle zone ultraperiferiche.

Ancora, la mancanza d'interventi, se non in poche realtà, per potenziare l'assistenza domiciliare e la teleassistenza. In questo momento temiamo che alla fine della emergenza conteremo, oltre ai morti per Covid-19, anche quelli che non sono riusciti a curarsi, perché non si recano in ospedale per paura del virus o perché l'assistenza è stata sospesa o non ha funzionato come prima.

Un altro ambito, che è sempre stato trascurato, ma ancor di più oggi risente della situazione straordinaria che stiamo vivendo, è la prevenzione. In primis tutto ciò che è legato a vaccini e screening, senza dimenticare il tema dell'educazione terapeutica strutturata, realizzata insieme al paziente e al *caregiver*. Oggi questo avrebbe rappresentato un formidabile strumento per l'autogestione e l'*empowerment*. Per non parlare della raccolta dei dati, la classificazione della popolazione in categorie di rischio: strumenti che sarebbero certamente serviti per interventi mirati, soprattutto nei confronti delle categorie più fragili. In questo tempo, come mai nella storia recente, è stato evidente che "nessuno si salva da solo". È necessario lo sforzo di tutti, in un contesto in cui la componente civica, chiamata ad assolvere il compito di produrre informazione sociale, deve essere un tramite e un collante con tutte le figure professionali e istituzionali coinvolte.

La lezione ci è costata, e ci sta costando, molto cara e per questo deve essere ben appresa e metabolizzata.

Bisogna valorizzare le soluzioni innovative e partecipare emerse in questi mesi, per sopperire alle mancanze sinora elencate. Bisogna capire il valore della salute del singolo e della comunità e pensare a una nuova *governance* che punti sull'integrazione piuttosto che sulla frammentazione e che sappia partire dai bisogni, e non solo dall'organizzazione.

Come? Riportando, ad esempio, sul territorio e a domicilio, dove possibile, una serie di servizi di tipo sanitario e sociale, con una maggiore attenzione verso chi ha una patologia cronica o rara, chi ha una particolare fragilità di tipo sanitario, culturale e sociale, in modo che davvero "nessuno resti solo" o "indietro", o, peggio, sia costretto a "salvarsi da solo". Per vincere la sfida all'isolamento e alle vulnerabilità sociali bisognerà dare un significato compiuto alle parole sussidiarietà, volontariato e cittadinanza attiva. Nelle città questo obiettivo potrebbe trovare un laboratorio sociale, sanitario, scientifico, organizzativo e gestionale senza eguali.

In questo contesto, dopo Roma e Milano e insieme a Bari, Bologna e Genova, anche Torino entra nel programma Cities Changing Diabetes®, l'iniziativa realizzata in partnership tra University College London (UCL) e Steno Diabetes Center, con il contributo di Novo Nordisk, coordinata in Italia da Health City Institute, in collaborazione con Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità, ANCI, Intergruppo parlamentare "Qualità di vita nelle città", ISTAT, Fondazione Censis, Coresearch, Italian Barometer Diabetes Observatory (Ibdo) Foundation, le società scientifiche del diabete, della medicina generale e le associazioni di tutela dei diritti dei pazienti e di cittadinanza.

Il Programma, che si avvia a coinvolgere oggi 40 metropoli in tutto il mondo, si propone di evidenziare il rapporto tra urbanizzazione e diabete tipo 2 e di promuovere iniziative per salvaguardare la salute dei cittadini e prevenire la malattia. Parlare di *urban health* o *urban diabetes* oggi è fondamentale

e prioritario: si tratta di una sfida globale, per la quale le città sono chiamate a diventare centri di innovazione nella gestione e nella risposta ai fenomeni epidemiologici in atto. Una strategia efficace richiede un approccio multidisciplinare e trasversale, in cui i saperi, a partire da quelle medico e scientifico, possano supportare le scelte di salute pubblica da parte di decisori politici così come dei cittadini stessi. La città metropolitana di Torino sta sperimentando questa alleanza che, senza dubbio, potrà rappresentare un modello per tutto il territorio metropolitano e regionale cui ci si è voluti rivolgere con l'evento dello scorso 22 marzo, realizzato in collaborazione con Anci Piemonte, "Promuovere politiche di salute nelle città".

L'annuncio dell'adesione del capoluogo piemontese al programma Cities Changing Diabetes® è stato dato nel corso del convegno virtuale che ha posto l'attenzione su come sia necessario uno sforzo congiunto che promuova la consapevolezza del valore della salute pubblica, in una governance multilivello tra Comuni, Autorità sanitarie locali e Regioni, con l'obiettivo comune di perseguire il benessere collettivo e prevenire i rischi per la salute delle nostre comunità. La pandemia ha fatto emergere nuove vulnerabilità e fragilità sociali. Siamo oggi chiamati a lavorare garantendo sussidiarietà e prossimità, attraverso il potenziamento delle reti territoriali per la prevenzione, la cura e l'assistenza e rafforzando altresì il ruolo dei Sindaci, a cui deve essere garantita maggiore operatività su questo tema.

Nell'area della città metropolitana di Torino risiedono, secondo le elaborazioni di Health City Institute su dati ISTAT, circa 135 mila persone con diabete, 52 mila nel solo capoluogo. Torino occupa, in termini assoluti, la quarta piazza nella graduatoria della città metropolitane italiane per popolazione residente colpita dalla malattia – dopo Roma, Napoli e Milano. Tuttavia, è al primo posto tra quelle del Nord Italia in termini percentuali.

Paragonandola, ad esempio, alla vicina Milano, che la precede nella classifica con circa 180 mila residenti, pari al 5,6 per cento della popolazione, le persone con diabete dell'area metropolitana torinese corrispondono al 6 per cento dei residenti. Le malattie metaboliche, in particolare il diabete e l'obesità, rappresentano un elevato rischio per la salute, determinando molto spesso complicanze cardiovascolari. È possibile prevenire e curare queste malattie a livello urbano anche attraverso progetti che ispirino stili di vita più sani. In questa pandemia la salute è diventata il criterio normativo per limitare la libertà di movimento, regolare il funzionamento delle nostre comunità, contenere le attività sociali e culturali, disciplinare quelle produttive e scolastiche. L'emergenza ha reso evidente a tutti, pubblico e decisori, e in modo drammatico, quanto le variazioni di salute in una comunità debbano essere la metrica con cui ogni politica, intervento e pratica debba misurarsi, sia prima di essere stabilita e programmata per modularne il risultato atteso sia dopo essere stata eseguita per valutarne l'impatto osservato. Le città sono il contesto adatto in cui questo virtuoso processo può essere costruito, anche grazie alle innovazioni che i programmi del Piano di Resilienza e Ripresa renderanno possibili.

Un filo sottile ma evidente lega il fenomeno dell'inurbamento alla crescita di malattie come il

diabete o l'obesità. Esiste, infatti, una suscettibilità genetica a sviluppare la malattia, cui si associano fattori ambientali legati allo stile di vita. Oggi, vive nelle città il 64 per cento delle persone con diabete, l'equivalente di circa 246 milioni di persone, ma il numero è destinato a crescere. La principale arma a disposizione per frenare questa avanzata è la prevenzione, attraverso la modifica di quei fattori ambientali, educativi e culturali che la favoriscono. Per questo motivo è nato Cities Changing Diabetes®.

L'impegno di Torino nel progetto internazionale Cities Changing Diabetes, manifestato con la sottoscrizione da parte della Sindaca Chiara Appendino della Urban Diabetes Declaration, di fatto, ha fatto entrare la città tra le 36 città che a livello internazionale si impegneranno sulle sfide al diabete correlate all'urbanizzazione.

Le città che sottoscrivono l'Urban Diabetes Declaration si impegnano a rispettare cinque principi guida per rispondere alla sfida del diabete urbano: investire nella promozione della salute e del benessere a lungo termine, agire sui determinanti sociali e culturali che sono le cause profonde che determinano le opportunità di una vita sana per i cittadini, integrare la salute in tutte le politiche, coinvolgere attivamente le comunità e creare soluzioni di partenariato con altri settori in modo trasversale.



FOCUS



La digitalizzazione della medicina territoriale



SANITÀ DIGITALE E INTERAZIONE MULTICANALE TRA CITTADINI E SANITÀ

La piattaforma Sm@rtHealth® di I-Tel

di **Pierapola D'Alessandro**
Direttore generale Asl Frosinone
ASL FROSINONE

Cittadini e Sanità hanno bisogno di interagire in modo semplice e su canali sicuri, con scambi di informazioni certe, tracciabili e tempestive.

Come facilitare questa interazione?

Così come nell'homebanking o nella prenotazione di un aereo, anche in Sanità serve poter comunicare in multicanalità. Per semplificare la vita dei cittadini e il lavoro dei sanitari. Senza curve di apprendimento e grazie all'uso di strumenti quotidiani estremamente pervasivi come la chiamata telefonica, la mail, l'sms, le app, i chatbot, i voicebot o i social.

Aiutare le aziende sanitarie a creare un "circolo virtuoso digitale", dove assistiti e sanitari sono parte attiva dell'interazione multicanale, è l'obiettivo di I-Tel, una PMI innovativa presente da 15 anni sul territorio nazionale con soluzioni di Sanità Digitale.

I-Tel propone una suite di prodotti e tecnologie per semplificare la comunicazione tra le persone e la condivisione di informazioni, anche in relazione a cose e sensori, sempre validate e certificate. Informatizzare i processi, infatti, aiuta a eliminare la carta, normalizzare i dati e automatizzare le attività ripetitive. Senza rischi di errore.

La piattaforma multicanale Sm@rtHealth® di I-Tel aiuta a gestire, da qualunque luogo e in qualunque momento, più processi: liste d'attesa, pagamenti elettronici, promemoria automatici, prenotazioni, cancellazioni e posticipi di appuntamenti Cup. Tutto è sempre sotto controllo: dalle gestione delle campagne vaccinali e di screening oncologico, alla telesalute, alla televisita, al teleconsulto e al telemonitoraggio dei pazienti cronici. Fino al recupero dei crediti sanitari per i ticket non pagati mediante avvisi bonari digitali.



i tel

L'assistito è accompagnato in ogni punto di contatto con la sanità. Anche grazie a sistemi eliminacode virtuali, servizi di prossimità e navigazione indoor che governano al meglio gli accessi in struttura, senza code allo sportello.

Tutto è semplice, tracciato e al 100% digitale, con sgravi enormi in termini di costi per la sanità e tempo per i cittadini. I prodotti a catalogo presenti nella Sm@rtHealth@ affrontano e risolvono i seguenti processi:

- telemedicina e gestione cronicità;
- integrazione a sensori wearable;
- contact center in ambito URP/CUP;
- gestione personale sanitario: assenze, presenze (in mobilità e non), turni, scambio turni, ferie e permessi, welfare, emergenze, rendicontazione, ecc...;
- screening e vaccinazioni;
- riduzione liste di attesa;
- pronta disponibilità;
- gestione allarmi/emergenze;
- assistenza domiciliare integrata;
- recupero crediti (ticket, MEF, PS, ...);
- guardia medica.

Nel corrente **periodo pandemico**, la presenza della I-Tel nel mercato si è concentrata su molti temi comunicativi al fine di aiutare le strutture pubbliche nel gestire grandi moli di contatti e, nel contempo, attivare un filo diretto di sanità digitale paziente-sanità, alleggerire il carico di lavoro del personale paramedico, ricontattare tutti i pazienti che ne abbiano fatto richiesta, riservare gli accessi domiciliari del personale sanitario ai casi effettivamente necessari. In particolare i moduli proposti sono stati:

Sm@rtAlert

Per fronteggiare l'emergenza coronavirus, Sm@rtAlert effettua il monitoraggio digitale dei pazienti Covid-19 in isolamento fiduciario domiciliare: un sistema automatizzato raccoglie 2 volte al giorno i parametri rilevati (febbre, tosse,

difficoltà respiratorie) e gestisce eventuali picchi e anomalie attivando avvisi automatici al team di cura. Le canalità usate possono essere la voce o la App.

Sviluppato in tempi record per affrontare l'epidemia da coronavirus, il sistema gestisce la presa in carico dei pazienti in isolamento fiduciario con sintomi Covid-19 o entrati in contatto con persone contagiate e, grazie al cruscotto web, effettua il monitoraggio proattivo dei valori rilevati.

Sm@rtQueue

Gestione delle **campagne di prevenzione e vaccinazione** con:

- censimento dei punti di erogazione del servizio (punti tampone e/o punti vaccinali);
- predisposizione agende con orari di apertura, servizi offerti, durata e contemporaneità;
- prenotazione del servizio (tampone o vaccino) via chat e/o App
- gestione della prenotazione con possibilità di spostamento/cancellazione
- check-in con registrazione assistito, eventuale compilazione scheda anamnestica e consenso informato
- invio all'Anagrafe Nazionale Vaccini di lista persone vaccinate e lotto usato per vaccinato

Sm@rtTest

Sistema web per la tracciatura di chi passa in un punto tampone (farmacie, ambulatori, drive-in ...) e comunicazione automatica, via telefono/SMS, dell'eventuale esito negativo di tamponi e test.

Sm@rtWelcome

Modulo particolarmente flessibile in grado, in pochissime ore, di cambiare totalmente finalità delle campagne e dei destinatari di un eventuale contact center. Qualche esempio:

- Numero Unico emergenza Covid per le scuole
- Contact Center emergenza Covid
- Contact Center Vaccinazioni
- Contact Center URP

Sm@rtVax

Integrato con l'agenda appuntamenti e con il gestionale aziendale per le vaccinazioni, consente di migliorare i processi di informazione / comunicazione / prenotazione. Grazie alle funzionalità "self-service" (invito, prenota, conferma prenota, cancella) contribuisce al raggiungimento degli obiettivi della campagna vaccinale.

Sm@rtContact

Chi amministra il modulo decide cosa diffondere (un titolo, un piccolo abstract e poi la notizia vera e propria, che può anche rimandare a una pagina web, a un modulo PDF, ecc...). I destinatari della comunicazione possono essere dipendenti, tutti o in gruppi profilati, piuttosto che nominativi di personale esterno alla azienda.

Utilissimo in emergenza per comunicare in modo massivo e capillare in diverse canalità.

Referenze sanitarie

I-Tel annovera in Sanità importanti referenze sia a livello pubblico regionale (Umbria, Marche, Emilia Romagna, Puglia), che come aziende sanitarie locali o ospedaliere (circa 42 sull'intero territorio nazionale).

La sanità privata, meno sviluppata, comprende importanti istituti religiosi, come il Policlinico Gemelli, il Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina, l'Ospedale Miulli, l'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza e alcune strutture private come, ad esempio, il Centro Cardiologico Monzino, l'Istituto Europeo Oncologico, il Galeazzi, il Gruppo Villa Maria.

In viaggio con la Sanità



Alcuni premi vinti dai nostri clienti



di **Pierapola D'Alessandro**
Direttore generale Asl Frosinone
ASL FROSINONE

Con l'arrivo della pandemia, l'esperienza della digitalizzazione in ASL Frosinone ha avuto un impulso significativo. Per far fronte all'emergenza, la direzione aziendale ha optato per un'accelerazione dell'innovazione digitale e dell'interazione multicanale Cittadino-Sanità, ben consapevoli che la ASL Frosinone ha un bacino di utenza di circa 500.000 assistiti, con 4 ospedali e 5 case della salute.

In particolare, si è scelto di implementare sistemi interconnessi, a supporto di cittadini e sanità, per tracciare e condividere informazioni ma anche interagire tempestivamente e senza errori:

- Sorveglianza pazienti in isolamento domiciliare (sistema automatico telefonico + cruscotto web di risultanza)
- Comunicazione istituzionale attraverso APP
- Gestione di vaccinazioni per pazienti in ADI, con chiamata telefonica automatica e somministrazione questionario anamnestico + cruscotto web per visualizzare le schede anamnestiche compilate
- Gestione vaccinale per pazienti che hanno richiesto la vaccinazione a domicilio, con somministrazione di un questionario per la verifica dell'eleggibilità
- Gestione delle vaccinazioni di pazienti fragili e appartenenti agli ordini (dentisti, fisioterapisti, ...) con assegnazione automatica degli appuntamenti su webapp di prenotazione on-line e chiamata telefonica con le info di dettaglio (data, ora, luogo)
- Telecardiologia territoriale con raccolta guidata della anamnesi, acquisizione di ECG, telerefertazione con integrato modulo AI e televisita
- Teleradiologia domiciliare con mezzo mobile dedicato (Covid-19 e fragili)

La digitalizzazione e l'innovazione tecnologica sono stati due cardini fondamentali per la ASL immaginata dalla direzione strategica. Il tutto unito alla necessità, estremamente sentita, di fornire

risposte e soluzioni ai cittadini durante la pandemia. La ASL di Frosinone non è nativa digitale. Durante la pandemia prova ad applicare innovazione tecnologica per: l'organizzazione, la ricerca di strumenti e la gestione.

GLI STRUMENTI

Sm@rtHealth®, realizzato in collaborazione con **I-Tel**, è stato messo a punto durante la prima fase dell'emergenza Covid e poi successivamente ampliato, a seguito dell'aumento esponenziale dei contagi.

La scelta di uno strumento reattivo come una telefonata, che entra in contatto diretto con il chiamato e implica una risposta, ha il vantaggio di utilizzare l'infrastruttura telefonica nazionale (senza rischi da sovraccarico della rete) e abbatte le curve di apprendimento digitale (si pensi agli anziani soli o residenti in zone territoriali remote).

Nel momento in cui l'assistito in isolamento domiciliare segnalava la presenza di uno o più sintomi, ad esempio, il sistema **Sm@rtAlert** genera un allarme verso il dipartimento di prevenzione che, tramite un cruscotto web, monitora la situazione e contatta direttamente il paziente.

L'ORGANIZZAZIONE

Con un sistema di comunicazione massivo e profilato su lista di distribuzione è stato creato un servizio di messaggistica broadcasting e comunicazione istituzionale utilizzato dai sindaci dei 91 Comuni della Provincia di Frosinone. Giornalmente i dati sono stati comunicati ai giornalisti, forze dell'ordine, dirigenti scolastici, nonché personale sanitario.

La soluzione infatti trasmette dati, aggiornamenti e informazioni da diramare con rapidità e massima accuratezza. La regia delle comunicazioni è affidata direttamente alla Direzione Generale. Le informazioni sono fruite dai destinatari via APP, Android e iOS.

Tale messaggistica istantanea indirizzata ai referenti pubblici per la sicurezza e la salute della cittadinanza contribuisce a gestire al meglio l'emergenza.

LA GESTIONE

Per quanto concerne la gestione della campagna vaccinale Covid-19 l'ASL ha mirato a massimizzare sin da subito l'adesione al piano strategico vaccinale, in gestione alla U.O.S. Coordinamento Attività Vaccinali.

La digitalizzazione del processo ha contribuito a velocizzare la macchina organizzativa e la ASL di Frosinone, pur non essendo tradizionalmente tra le più digitalizzate d'Italia, ha ottenuto un primato importante a livello nazionale, nella fase 1 del piano vaccinale strategico riservato al personale sanitario: prima ASL d'Italia per percentuale di vaccinazioni effettuate sul totale delle dosi ricevute.

Certo non sono state tutte "rose e fiori".

Il cambiamento organizzativo richiede dei "digital Champion": medici ed infermieri fortemente motivati. Il territorio si appoggia anche sugli specialisti ambulatoriali con prestazioni ad orario, finora trascurati nei processi, che richiedono strategie organizzative dedicate.

Le reti di dati e l'IT sono aspetti decisivi del processo e non sempre sono facilmente controllabili centralmente sugli ambulatori territoriali.

La pandemia è stata un catalizzatore di innovazione. Come tutti, abbiamo capito che la medicina del territorio ma soprattutto la digitalizzazione del territorio non possono più aspettare. Noi ci siamo. Dobbiamo mettere in pratica quello che abbiamo riscoperto in tempo di guerra. Dobbiamo svilupparlo, consolidarlo e applicarlo perché questo ci richiede il tempo di pace.





LA TELEMEDICINA:

un supporto all'attività ambulatoriale del nefrologo in tempo di pandemia.

di **Giorgio Soragna*** e **Francesco Petruzza****

*SC Nefrologia e Dialisi (Direttore dr. Corrado Vitale)

**SC Servizi Informativi (Direttore d.ssa Silvia Torrenco)

AO ORDINE MAURIZIANO DI TORINO

INTRODUZIONE

Nella seconda metà del secolo scorso, fu evidente come le nuove tecnologie per la comunicazione potessero essere impiegate anche per facilitare i contatti a distanza tra medico e paziente, in particolare quando risultasse difficoltoso realizzare un incontro in presenza. Le prime esperienze pratiche di Telemedicina furono realizzate in contesti psichiatrici, dove l'esame obiettivo del paziente (limite principale dei consulti a distanza) non era un elemento irrinunciabile^{1,2}.

Nei decenni successivi, la disponibilità di dispositivi elettromedicali di piccole dimensioni, di facile impiego e digitalizzati, ha facilitato molto il monitoraggio di parametri clinici da remoto.

Citando le "Linee d'indirizzo nazionali di Telemedicina" pubblicate dal Ministero della Salute: "Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti³.

Il Piano Nazionale della Cronicità sottolinea le opportunità offerte dalla Telemedicina: "L'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in telemedicina contribuisce ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare..."⁴.

LA PANDEMIA COVID-19:

un contesto assistenziale peculiare.

È ancora diffusa l'opinione che la Telemedicina sia importante soprattutto in alcuni contesti specifici, ad esempio per supportare le attività sanitarie in aree poco raggiungibili da personale sanitario qualificato⁵, oppure per monitorare funzioni vitali da remoto in pazienti fragili⁶. La pandemia da Sars-CoV-2 ha ora rivelato nuovi scenari dove la Telemedicina trova interessanti prospettive.

A seguito delle indicazioni a limitare gli accessi ambulatoriali ospedalieri ai soli casi urgenti, molti pazienti affetti da comuni malattie croniche hanno disatteso le visite di follow-up clinico programmato, con conseguenze talora non trascurabili. Di conseguenza, la Regione Piemonte ha approvato (in seduta telematica) la DGR n.6-1613 del 3/7/2020, stabilendo che "...Le Aziende Sanitarie pubbliche possano erogare le medesime specialità assistenziali ad oggi erogate con la modalità tradizionale, attraverso la Televisita, quando non richiedano l'esame obiettivo del paziente...". Su questa linea, grazie alla collaborazione dei Servizi Informativi aziendali, presso l'AO Ordine Mauriziano è stata implementata una piattaforma di Telemedicina, utilizzando come primo modello applicativo gli ambulatori nefrologici, nella prospettiva di estenderne poi l'impiego anche in altri contesti del Dipartimento Medico.

LA PIATTAFORMA

Al fine di individuare la soluzione di Telemedicina più adatta per erogare visite specialistiche a distanza (Televisite), l'A.O. Ordine Mauriziano ha effettuato un'analisi di alcuni prodotti presenti sul mercato, o già utilizzati presso altre Regioni, valutando come più idonea alle proprie esigenze la piattaforma "TreC", sviluppata all'interno del programma TrentinoSalute 4.0 da parte della Provincia Autonoma di Trento, della fondazione FBK e di Apss, rilasciata con licenza open EUPL₇, da parte di Apss in riuso per gli aspetti di televisita.

La piattaforma TreC è uno strumento concepito per coadiuvare e migliorare le attività di prevenzione, diagnosi, terapia e l'assistenza sanitaria resa ai cittadini, con un beneficio diretto per chi ne usufruisce.

Ad oggi TreC comprende un'Applicazione web (cruscotto) rivolta agli operatori sanitari, e due applicazioni (una mobile, in ambiente Android e iOS, e una web) rivolte al paziente.

L'Applicazione utilizzata dal cittadino/paziente è stata denominata "TELEMED_OM Pazienti" e personalizzata, dalla società Dedagroup S.P.A., per le esigenze dell'A.O. Ordine Mauriziano.

Rispetto alla soluzione acquisita in riuso, oltre alla personalizzazione dell'Applicazione, ne sono state effettuate altre sul cruscotto rivolto agli operatori. La più importante è l'integrazione con il CUP unico regionale e con il Sistema Informativo dell'A.O. Ordine Mauriziano, finalizzata all'acquisizione sul sistema degli appuntamenti fissati in agende dedicate per la Televisita.

I principali benefici "tecnologici" introdotti dal sistema di Televisita, rispetto ad un più convenzionale utilizzo del telefono e della e-mail, sono così riassumibili:

- **comunicazione "sicura" tra medico e paziente durante la Televisita.** La piattaforma utilizza infatti sistemi di cifratura, sia del canale di comunicazione, sia dei dati;
- **identificazione "sicura" del paziente.** Il sistema rende disponibile al paziente un sistema di autenticazione che lo identifica univocamente. Il medico è certo di essere in comunicazione con il proprio paziente, infatti la prima attivazione dell'Applicazione e del portale web da parte del paziente è possibile soltanto con l'utilizzo di un token generato dal medico e reso disponibile al paziente. Gli accessi successivi avvengono attraverso PIN per quanto riguarda l'Applicazione e login + password per quanto riguarda il portale web, impostati dal paziente al momento dell'attivazione;
- **semplicità di comunicazione.** Il sistema rende disponibile un "sistema di videoconferenza" molto semplice che consente l'attivazione, da parte del medico, della sessione di Televisita. Il sistema rende inoltre disponibile un "sistema di chat" che consente la comunicazione anche al di fuori della sessione di Televisita. Il medico decide se mantenere attiva o disattivare la chat con il paziente al termine della sessione di Televisita. Attraverso la chat è possibile lo scambio di messaggi e di allegati;
- **facilità di accesso alla Televisita.** Grazie alla disponibilità dell'Applicazione e del portale web, il paziente può decidere quale strumento utilizzare per l'accesso alla Televisita: l'Applicazione anche in mobilità, oppure il portale web attraverso un computer.

TELEMEDICINA E AMBULATORI NEFROLOGICI

La situazione di emergenza dalla pandemia da SARS-CoV-2 ha causato non pochi ostacoli al corretto svolgimento dei tradizionali percorsi clinico-assistenziali ambulatoriali, evidenziando la necessità di rimodularne l'organizzazione.

Nella nostra esperienza, ciò è apparso particolarmente evidente in due contesti: l'ambulatorio dei pazienti con Trapianto Renale e l'Ambulatorio della Malattia Renale Avanzata ("MaReA").

I dati epidemiologici hanno dimostrato un elevato rischio di morbilità e mortalità in soggetti con trapianto renale, o affetti da malattia renale cronica avanzata, affetti da Covid19_{8,9}. In tempo di pandemia, per il Nefrologo si è dunque prospettata una duplice sfida: da un lato, la salvaguardia degli ordinari percorsi terapeutici per tutti gli assistiti; dall'altro, la necessità di affrontare efficacemente i nuovi bisogni e le criticità dei pazienti infettati da SARS-CoV-2.

Fino dalle prime fasi della pandemia, nel marzo 2020, per contenere la diffusione dell'infezione il Ministero della Salute dispose di limitare l'accesso agli Ospedali ai soli casi urgenti, invitando ad implementare, ove possibile, soluzioni alternative di supporto assistenziale mediante la Telemedicina₁₀.

Nel nostro ambulatorio "post-Trapianto di Rene" afferiscono mediamente circa 120 pazienti che, già in dialisi presso il nostro Ospedale, hanno poi ricevuto un trapianto di rene presso i Centri Trapianti piemontesi o presso altri Centri extraregionali. Nell'ambulatorio MaReA sono in cura circa 260 pazienti, per lo più fragili a causa dell'età (mediamente 79 anni) e delle numerose comorbidità.

In ottemperanza alle indicazioni relative alla pandemia, in questi ambulatori si è da subito cercato di perseguire modalità assistenziali che consentissero di mantenere uno stretto contatto con i pazienti, pur limitandone l'accesso in presenza alla necessità di prelievi ematici e a situazioni di particolare criticità.

Quando la visita in presenza appariva indifferibile, il paziente veniva accolto in ambulatorio, applicando le misure di prevenzione ad hoc raccomandate dalla Direzione Sanitaria; diversamente, il colloquio medico-paziente avveniva tramite contatto telefonico. In quest'ultimo caso veniva comunque prodotto un referto scritto, trasmesso al paziente tramite e-mail (previo suo formale consenso a questo tipo di comunicazione) e/o al suo Medico di Medicina Generale.

Questa interazione da remoto era conseguenziale con un altro strumento di continuità assistenziale attivo da anni presso l'ambulatorio MaReA, denominato "Triage Nefrologico Ambulatoriale" (TNA), uno servizio di counselling telefonico a disposizione dei pazienti tra una visita ambulatoriale programmata e l'altra. Mediante una linea telefonica dedicata, i pazienti, preventivamente istruiti a registrare secondo modalità concordate e di univoca interpretazione i sintomi e i parametri più significativi delle proprie condizioni cliniche, possono contattare il Personale dell'ambulatorio ed esporre i loro quesiti o riferire problemi clinici. L'Infermiere dedicato al TNA, supportato da una flow-chart decisionale messa a punto con il Dipartimento di Emergenza, predispone l'intervento più appropriato (consiglio telefonico, programmazione di visita ambulatoriale extra, accesso in DEA)₁₁.

L'efficacia del programma di TNA ed il suo gradimento da parte dei pazienti hanno suggerito di implementare adeguati supporti tecnologici e telematici, in modo che la comunicazione a distanza risultasse non soltanto adeguata a fornire risposte chiare e tempestive, ma anche rispettosa delle normative sulla privacy.

Dai riscontri della Letteratura, in ambito italiano le esperienze di Telemedicina in Nefrologia più consolidate riguardano la dialisi peritoneale_{12,13}.

In contesti extranazionali, sono state descritte recentemente alcune esperienze di "Telenefrologia" per pazienti affetti da malattia renale cronica o portatori di Trapianto di Rene^{14, 15}.

In Regione Piemonte con D.G.R n.6-1613 del 03/07/2020 è stata disposta la prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita), in conformità delle "Linee di indirizzi nazionali della Telemedicina".

L'attività di Telemedicina nei nostri ambulatori post-Trapianto Renale e MaReA ha avuto inizio nel Marzo 2021, dopo una prima fase di selezione dei pazienti idonei all'arruolamento, per attitudine e disponibilità di supporti informatici (smartphone, PC, connessione Internet).

Il primo passo è consistito nella creazione di un'agenda informatizzata dedicata (Televisita MaReA e Televisita Trapianto) all'interno del Centro Unico di Prenotazione (CUP), in modo da poter programmare e registrare la visita di controllo.

Eseguita la prenotazione, il Paziente è invitato a installare sul proprio dispositivo (smartphone e/o PC) l'Applicazione della Piattaforma (Telemed_OM). Ove necessario, egli viene assistito in questa attività da Infermieri e OSS degli ambulatori nefrologici, in presenza, o telefonicamente, o mediante l'invio di istruzioni per e-mail. L'installazione dell'Applicazione in presenza del Personale è quella che ha mostrato i migliori risultati, in quanto permette di illustrare più chiaramente al paziente o al suo caregiver le modalità di funzionamento dell'Applicazione stessa e risolvere nell'immediato eventuali dubbi o problemi.

La Televisita viene effettuata secondo gli stessi canoni della visita tradizionale, ossia con la presenza contemporanea di medico ed infermiere. Il paziente, contattato in videochiamata tramite

l'Applicazione, fornisce informazioni sul suo stato soggettivo attuale, riferisce eventuali problemi o difficoltà e comunica i parametri che ha precedentemente registrato (peso, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, diuresi e, se disponibile, saturazione dell'ossigeno).

Dopo questa prima valutazione clinica, mentre il Nefrologo prende visione degli esami biochimici trasmessi dal paziente prima della visita, o in tempo reale attraverso l'Applicazione, l'infermiere controlla lo schema terapeutico e la terapia nutrizionale, segnalando eventuali problemi o discrepanze. Successivamente il Nefrologo illustra al paziente le sue valutazioni e le indicazioni terapeutiche.

Al termine della visita, il paziente può scaricare il referto direttamente dal proprio Fascicolo Sanitario Elettronico.

Inoltre, in tempi successivi, egli può servirsi del sistema di messaggistica insito in TELEMED_OM per richiedere al Nefrologo eventuali chiarimenti o precisazioni, segnalare problemi clinici, utilizzando anche la fotocamera del proprio smartphone per trasmettere immagini e documenti.

CONCLUSIONI

La piattaforma TELEMED_OM si è rivelata uno strumento molto efficace per supportare le nostre attività cliniche negli Ambulatori post-Trapianto e MaReA. La sua implementazione, inizialmente motivata soprattutto per le peculiari necessità assistenziali legate alla pandemia, mette a disposizione soluzioni molto interessanti anche al di fuori di contesti emergenziali. Infatti, da molti anni la comunicazione da remoto con i pazienti ambulatoriali è divenuta irrinunciabile, ad esempio per la necessità di ricevere esiti di esami non disponibili al momento della visita, o per trasmettere al paziente o al suo Medico di

Medicina Generale certificazioni, aggiornamenti di piani terapeutici, ecc. In queste circostanze, la disponibilità di un canale di comunicazione sicuro e protetto è un valore aggiunto di per sé.

Negli ambulatori post-Trapianto renale, è pratica comune che il paziente si sottoponga al mattino al prelievo per il dosaggio dei livelli ematici dei farmaci immunosoppressori, quindi, noti i risultati del Laboratorio, riceva al pomeriggio la comunicazione telefonica da parte del Nefrologo delle eventuali variazioni posologiche. La comunicazione per **iscritto e in modalità protetta** delle nuove prescrizioni mediche è ora più sicura, appropriata e formalmente ineccepibile.

Nel contesto dell'Ambulatorio MaReA sono seguiti molti grandi anziani, con difficoltà di accesso all'Ospedale. La possibilità di Televisita nefrologica, in supporto all'attività del MMG per l'esame obiettivo, può evitare disagi e trasporti al paziente, senza privarlo del conforto di un colloquio diretto col Nefrologo.

In generale, riteniamo che la Televisita sia destinata in un prossimo futuro ad acquisire un ruolo irrinunciabile in ciascuna specialità medica, quale strumento complementare alla visita in presenza, nella prospettiva di un'assistenza sempre più personalizzata, nel rispetto delle esigenze del paziente e del miglior impiego delle risorse del SSN.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Dwyer TF. Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. Am J Psychiatry 1973; 130: 865-9.
- 2 Mermelstein H, Guzman E, Rabinowitz T et al. The application of technology to health: The evolution of telephone to telemedicine and telepsychiatry: A historical review and look at human factors. J Technol Behav Sci 2017; 2:5-20.
- 3 http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2129

- 4 Piano Nazionale della Cronicità (2016). Disponibile su: www.salute.gov.it/
- 5 Hanna TN, Steenburg SD, Rosenkrantz AD et al. Emerging challenges and opportunities in the evolution of teleradiology. Am J of Roentgenol 2020; 215:1411-6.
- 6 De Simone V, Guarise P, Guardalben S et al. Telecardiology during the Covid-19 pandemic: past mistakes and future hopes. Am J Cardiovasc Dis. 2020 Jun 15;10(2):34-47.
- 7 https://it.wikipedia.org/wiki/European_Union_Public_Licence
- 8 Bossini N, Alberici F, Delbarba F et al. Kidney transplant patients with SARS CoV 2 infection: The Brescia Renal COVID task force experience. Am J Transplant. 2020;20:3019-29.
- 9 BanerjeeD, Popoola J, Shah S, et al. COVID-19 infection in kidney transplant recipients. Kidney Int 2020 Jun;97(6):1076-82.
- 10 Ministero della Salute. "Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi residenti nel nostro Paese in corso di emergenza da COVID-19". Prot 16422 del 31/03/2020
- 11 Soragna G, Bermond F, Fabbrini L et al. Il "Triage nefrologico ambulatoriale": un modello organizzativo in supporto all'ambulatorio della Malattia Renale Cronica. G Ital Nefrol. 2018;35(2).
- 12 Viglino G, Neri L, Barbieri S and Tortone C. Videodialysis: a pilot experience of telecare for assisted peritoneal dialysis. J Nephrol. 2020 Feb;33(1):177-82.
- 13 Gordon EJ, Fink JF and Fischer MJ. Telenephrology: a novel approach to improve coordinated and collaborative care for chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant 2013; 28: 972-81.
- 14 Jain G, Ahmad M and Wallace EL. Technology, Telehealth, and Nephrology: The Time Is Now. KIDNEY360 2020; 1: 834-6.
- 15 Koraishy FM and Rohatgi R. Telenephrology: An emerging platform for delivering renal health care. Am J Kidney Dis 2020; 76(3):417-26.



LA TELEMEDICINA: l'esperienza dell'ASL di Vercelli

di **G.Cosi***, **A.Penna****, **G.Giordano*****, **F.Riccio******

*Responsabile S.C. Pediatria

**Direttore Generale ASL VC

***Responsabile S.S. Rischio Clinico

****Referente S.S. Qualità

ASL DI VERCELLI

RAZIONALE

Il cambiamento dei bisogni di salute della popolazione e l'attuale emergenza sanitaria legata all'infezione da COVID-19 rendono necessario un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza.

La ripresa dell'attività ambulatoriale programmata, compatibilmente con l'andamento epidemiologico della pandemia COVID 19 erogata in presenza del paziente, avverrà con importanti limiti organizzativo-strutturali, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo le postazioni di pre-triage all'accesso delle strutture, i limiti logistici (spazi ridotti dove far attendere o visitare i pazienti), la necessità di ridurre le potenziali occasioni di contagio (incremento delle procedure di sanificazione degli ambienti ad ogni prestazione ed il mantenimento del "distanziamento sociale").

La Regione Piemonte per la ripresa delle citate attività di specialistica ambulatoriale condivide l'opportunità di attivare tra le misure generali di prevenzione i servizi innovativi di telemedicina, estendendo la pratica tradizionale oltre gli spazi fisici "abituali".

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali. In tal senso:

- contribuiscono ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti in quanto è possibile raggiungere anche pazienti che si trovano in aree scarsamente raggiungibili come le comunità montane, le piccole isole o le aree rurali poco collegate alle città;
- migliorano la qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure. Infatti è possibile garantire un'assistenza sanitaria in sicurezza, evitando ai pazienti di recarsi presso gli studi dei medici e degli specialisti, o presso le

strutture ospedaliere e/o consultoriali, e viceversa permette ai medici di seguire da remoto le persone che hanno in cura;

- migliorano l'interazione medico-paziente e rendono tempestive le azioni da intraprendere, riducendo i rischi legati ad eventuali complicanze, il ricorso all'ospedalizzazione, i tempi di attesa e ottimizzando l'uso delle risorse disponibili;
- sono un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare.

L'APPROCCIO AL PAZIENTE PEDIATRICO

La S.C. Pediatria dall'inizio della prima ondata pandemica (marzo 2020) ha avviato una serie di attività di telemonitoraggio, televisita e teleconsulto tramite il dispositivo Tytocare per garantire la continuità dell'assistenza ai pazienti COVID positivi a domicilio non affetti da patologie in fase di acuzie o COVID negativi ma appartenenti a nuclei familiari al cui interno sono presenti soggetti adulti conviventi COVID positivi. Nello specifico:

- monitoraggio post-dimissione di neonati da madre covid positiva, per tutta la durata della quarantena domiciliare, al fine di garantire la indispensabile continuità dell'assistenza nel primo mese di vita (come da indicazioni agenda salute regionale)
- monitoraggio post dimissione (dopo accesso DEA pediatrico, o ricovero) di bambini covid positivi che necessitino di follow-up, per tutta la durata della quarantena domiciliare.

La valutazione clinica comprende l'auscultazione cardiaca e polmonare, la rilevazione della frequenza cardiaca, la rilevazione di temperatura corporea e saturazione di ossigeno transcutanea, l'ispezione del cavo orale, dell'orofaringe e dei condotti uditivi esterni, la possibilità di eseguire brevi video o acquisire immagini fotografiche per valutare la

presenza ed evoluzione di lesioni o rush cutanei. Nella fascia neonatale si può effettuare nello specifico la valutazione dell'ittero, del moncone ombelicale, del tono e della motricità, monitorando inoltre allattamento e incremento ponderale. Inoltre è possibile effettuare una sorveglianza attiva su neonati Covid negativi e asintomatici al momento della dimissione, appartenenti a nuclei familiari Covid positivi, al fine di intercettare prontamente segni clinici che potrebbero essere sentinella di un'infezione da Covid-19 contratta a domicilio, come segnalato in letteratura.

MODALITÀ OPERATIVE

I device per la telemedicina Tytocare viene consegnato al momento della dimissione e viene fornita l'informativa ai genitori e ottenuto il consenso scritto. La famiglia viene contattata dalla/o "specialist" della ditta distributrice, che in videochiamata (Zoom o analoghi) guida i genitori per scaricare l'applicazione dedicata, gratuita, sul proprio smartphone/tablet collegato a wi-fi domestico. Contestualmente svolge con i genitori una seduta di formazione a distanza, (durata 45-60 minuti) per l'utilizzo del device. In seguito (entro 48-96 ore) i genitori vengono contattati telefonicamente dal pediatra ospedaliero per concordare la data di esecuzione del primo telemonitoraggio; le visite vengono svolte dai genitori tramite il dispositivo Tytocare, guidati dallo stesso dispositivo, che segue l'utilizzatore in tutte le fasi della visita, fornendo tutorial al corretto utilizzo.

I genitori inviano la visita, tramite piattaforma, al pediatra; tutti i teleconsulti vengono svolti in "differita". Il pediatra ne prende visione quindi, sempre tramite piattaforma, invia un riscontro scritto alla famiglia, con le eventuali indicazioni cliniche, terapeutiche, etc., e le istruzioni relative alla esecuzione del successivo teleconsulto, concordandone la data.

Il pediatra, qualora lo ritenga necessario, può condividere la registrazione della visita ricevuta dal paziente con altri specialisti, abilitati e autorizzati sempre all'interno della piattaforma. Le visite del paziente vengono raccolte a costituire una sorta di cartella clinica elettronica all'interno della piattaforma, nel rispetto del GDPR; i teleconsulti si svolgono a intervalli variabili su indicazione del pediatra, concludendosi al termine del periodo di quarantena dei pazienti. Il teleconsulto non può sostituirsi alla visita in presenza in pazienti con patologia acuta.

Il monitoraggio di temperatura corporea e saturazione di ossigeno transcutanea, sempre svolto dal pediatra, è stato esteso ai conviventi adulti del nucleo familiare Covid positivi, dimessi al proprio domicilio, che avevano presentato la malattia in forma sintomatica o paucisintomatica.

Il progetto a partire dal mese di ottobre 2020 ha visto il graduale coinvolgimento attivo dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), con la possibilità da parte di questi ultimi e dei colleghi ospedalieri di gestire in collaborazione i piccoli pazienti, tramite la piattaforma di telemedicina, valorizzando in tal senso la collaborazione Territorio-Ospedale.

Ad oggi sono stati seguiti 7 neonati da madre Covid positiva (di cui 3 in collaborazione con il PLS), 3 bambini Covid positivi in post dimissione, e 7 adulti Covid positivi, caregivers dei piccoli pazienti. A latere è interessante segnalare che il "monitoraggio pediatrico" ha permesso di intercettare un caregiver, precedentemente ricoverato per Covid, che al domicilio aveva presentato un lieve peggioramento delle condizioni cliniche, in particolare della saturazione, rendendo possibile la tempestiva presa in carico, tramite la piattaforma di telemedicina, da parte della pneumologia.

POSSIBILI SVILUPPI

Il progetto, non limitato all'ambito COVID, potrebbe evolversi con la possibilità di monitoraggio a domicilio di pazienti fragili, affetti da patologie croniche, a rischio di riacutizzazione, sia nel post-dimissione, che a supporto dell'attività specialistica ambulatoriale, o dell'assistenza domiciliare. Sono in fase di progettazione e dovrebbero avere inizio nel corso del 2021 le seguenti attività:

- collaborazione con alcuni Medici di Medicina Generale (MMG) a supporto della "Casa della salute" di Varallo Sesia, con possibilità di teleconsulto pediatrico in differita per "second opinion";
- collaborazione con l'ambulatorio IFEC di Alagna, con possibilità di teleconsulto pediatrico in differita, per monitoraggio di evoluzione clinica, terapia in corso, ecc. in bambini, già visitati presso il Dea dell'Ospedale di Borgosesia, dimessi con prescrizione di terapia, necessità di monitoraggio ambulatoriale.

Le modalità operative delle due suddette attività sono ancora da organizzare e definire, al fine di valutarne la reale fattibilità.

RISORSE NECESSARIE E TEMPISTICHE

Le attività di telemedicina devono coordinarsi con il regolare svolgimento delle molteplici attività ospedaliere della S.C. Pediatria, pertanto vengono e verranno svolte in orario dedicato, in parte già definito, o in via di definizione, da personale medico afferente alla S.C. Pediatria.

In base al numero di pazienti da prendere in carico, in parte dipendente dall'evoluzione della pandemia da COVID-19, andrà valutato il fabbisogno di devices per telemedicina pediatrica e l'eventuale coinvolgimento di ulteriori figure professionali (USCA).

PUNTI DI FORZA

- attività di monitoraggio dei pazienti in quarantena, ovviando all'impossibilità di svolgere controlli ambulatoriali programmati "in presenza";
- attività di supporto e monitoraggio di pazienti fragili, affetti da patologie croniche, a rischio di riacutizzazione, con possibilità di intercettare tempestivamente eventuali criticità;
- implementare la collaborazione tra servizi ospedalieri e del territorio;
- rispondere alle esigenze dei pazienti, e dei colleghi MMG, nelle aree carenti dal punto di vista della assistenza territoriale pediatrica.

CRITICITÀ

- individuazione, formazione e coordinamento delle varie figure professionali coinvolte;
- livello di competenze informatiche, disponibilità all'apprendimento e alla collaborazione da parte delle figure professionali coinvolte;
- livello di competenze informatiche da parte delle famiglie dei piccoli pazienti da prendere in carico;
- disponibilità domestica di apparecchiature informatiche (smartphone, tablet, pc) e connessione wi-fi;
- barriera linguistica.



CONCLUSIONI

La pandemia da Covid-19 e le conseguenti misure restrittive di quarantena e isolamento hanno reso impossibile lo svolgimento in presenza di molte attività cliniche, sia ultraspecialistiche che di base. La telemedicina si è rivelata un utile strumento per cercare di sopperire a questo improvviso “vuoto assistenziale”.

Nello specifico dell'ambito neonatale, ha permesso di garantire il regolare svolgimento delle attività cliniche previste per il neonato nel primo mese di vita dall'agenda di salute regionale, permettendo al contempo una sorveglianza attiva su neonati Covid negativi e asintomatici al momento della dimissione, appartenenti a nuclei familiari Covid positivi, al fine di intercettare prontamente segni clinici, potenziali sentinelle precoci di un'infezione da Covid-19 contratta in post-dimissione al domicilio, come segnalato in letteratura. In ambito pediatrico ha permesso di seguire in post-dimissione bambini covid-positivi, al fine di monitorare l'evoluzione e risoluzione del quadro clinico, con la possibilità di intercettare tempestivamente eventuali peggioramenti o complicanze.

Lo strumento utilizzato si è dimostrato efficace e pienamente soddisfacente, per quanto riguarda la qualità delle registrazioni effettuate, facilmente fruibile dai caregivers. Le famiglie dei nostri piccoli pazienti hanno espresso soddisfazione nei confronti del servizio fornito, percepito come rassicurante in un momento storico così particolare. Il coinvolgimento dei PLS e la presenza di una équipe multidisciplinare all'interno della piattaforma di telemedicina hanno rappresentato un valore aggiunto al progetto.





UN NUOVO SUPPORTO PER LE DONNE CONTRO LA VIOLENZA:

dall'**Umbria**, non solo il numero nazionale **1522**, ma anche il numero regionale della rete dei **Centri AntiViolenza**.

Sugli scontrini delle farmacie la dicitura, anche in inglese, **"STOP VIOLENZA! Se sei vittima di violenza chiama h24 il numero regionale 800 861 126 o quello nazionale 1522"**. Prevista una rete di formazione continua per i soggetti firmatari



Siglato, a Perugia, l'accordo fra Anci Umbria, Federsanità Umbria, Centro Regionale Pari Opportunità dell'Umbria, Federfarma Umbria, Assofarm Umbria e Ordine dei Farmacisti di Perugia e Terni

Si stringono le maglie attorno al contrasto a ogni forma di violenza e, in particolare, a quella sulle donne: dopo l'inserimento sullo scontrino delle farmacie del numero nazionale 1522, verrà aggiunto anche quello regionale della rete dei Centri AntiViolenza 800 861 126 e i farmacisti, insieme a tutti i soggetti firmatari dell'accordo, saranno adeguatamente formati sulle funzioni della rete dei Cav e a recepire eventuali segnali da parte di potenziali vittime, indirizzandole verso il numero Cav o nazionale.

È quanto prevede, nella sostanza, l'accordo siglato, lo scorso 26 aprile, fra Anci Umbria, Federsanità Umbria, il Centro Pari Opportunità della Regione Umbria (CPO), Assofarm Umbria e Federfarma Umbria - in forza degli accordi già in essere - e Ordine dei Farmacisti di Perugia e Terni.

I firmatari sono il presidente di Anci Umbria e Federsanità Umbria, Michele Toniaccini, il presidente di Federfarma Umbria, Augusto Luciani, il presidente di Assofarm Umbria, Antonio D'Acunto, la presidente del Centro Pari Opportunità della Regione Umbria, Caterina Grechi, il presidente dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Perugia, Filiberto Orlacchio, il presidente dell'Ordine dei Farmacisti della provincia di Terni, Andrea Carducci. Erano presenti anche l'assessore al Comune di Perugia Edi Cicchi,

in qualità di presidente commissione Welfare e Pari Opportunità di Anci Umbria e il vicesindaco del Comune di Umbertide, Annalisa Mierla che hanno contribuito a seguire l'iter del protocollo e il presidente di Federfarma Perugia, Silvia Pagliacci.

L'accordo, della durata di due anni, rinnovabile per altri due, introduce, dunque, due importanti novità: su tutti gli scontrini delle farmacie pubbliche e private che aderiranno sarà presente anche il numero verde 800 861 126 collegato h24 al Centro AntiViolenza di riferimento che potrà fin da subito prendere in carico la vittima. Lo scontrino riporterà la dicitura, tradotta anche in inglese, "STOP VIOLENZA! Se sei vittima di violenza chiama h24 il numero regionale 800 861 126 o quello nazionale 1522". Inoltre, è previsto anche che il CPO attivi un nuovo rapporto di collaborazione e scambio di informazioni con i farmacisti sul funzionamento e sulle finalità della rete dei Cav, in modo che questi ultimi possano acquisire maggiori competenze per meglio supportare la donna, vittima di violenza e maltrattamenti.

Più nel dettaglio, il protocollo prevede che Anci Umbria adotti ogni strumento per la sua attuazione e informi i propri Comuni associati sulle finalità dello stesso; Federsanità Umbria diffonda le finalità del protocollo; il CPO, oltre alla diffusione, ha l'impegno di fornire ai farmacisti

tutte le informazioni utili anche sul funzionamento della rete dei Cav; Federfarma Umbria, Assofarm Umbria e Ordine dei farmacisti di Perugia e Terni di informare i propri associati, di facilitare lo scambio di informazioni tra farmacisti e CPO e di acquisire dal CPO tutte le notizie utili al contrasto.

Il virgolettato per tutti i firmatari:

"Intendiamo mettere in campo – commentano i firmatari – ogni tipo di azione per invertire un trend, quello della violenza e del maltrattamento, in netto aumento, ancor più in quest'ultimo periodo di emergenza sanitaria in cui molte famiglie, in particolari situazioni, sono state costrette a una difficile e pericolosa convivenza".

Al numero nazionale, fondamentale, abbiamo voluto aggiungere il numero regionale 800 861 126 di riferimento per tutti i Cav, al fine di mettere direttamente in relazione la persona maltrattata con il Centro più adeguato: infatti, quello più vicino non necessariamente è quello scelto per il supporto. Abbiamo anche voluto rafforzare la formazione dei farmacisti per meglio intercettare segnali importanti provenienti dalle vittime e per spiegare la diffusa e ampia rete dei Cav. Ci sono stati molti Comuni che hanno presentato ordini del giorno per la diffusione del numero nazionale: la nostra operazione è stata non solo quella di mettere a sistema le diverse sensibilità, ma di andare oltre e creare una rete ancora più fitta, stringente e funzionale alle esigenze delle donne vittima di violenza o maltrattamenti, mettendo in diretto contatto la vittima con i Cav di riferimento".



Michele Toniaccini

Il Presidente Anci Umbria e Federsanità Anci Umbria

"Dare voce a chi non ce l'ha, a chi subisce in silenzio; far emergere sempre più un fenomeno deplorabile, quello violenza di genere, spesso consumato fra le mura domestiche, che difficilmente viene denunciato. Questo accordo segna l'inizio di un nuovo percorso: interveniamo sul duplice fronte della tutela e della presa in carico delle vittime, uniformando su tutto il territorio una attività che riteniamo vincente e che valorizza la grande forza della territorialità e della capillarità dei nostri servizi, coinvolgendo i massimi attori che ogni giorno si adoperano per contrastare la violenza".

Caterina Grechi

Presidente Centro Pari Opportunità Regione Umbria

"Questa azione operativa è di grande efficacia, perchè permette di arrivare più direttamente a tutte le donne. In quello scontrino c'è il numero cui chiedere aiuto, ma ancor prima c'è il farmacista che fornisce il primo importante supporto. Attiveremo anche una formazione adeguata ai farmacisti. La violenza è conseguenza di una cultura che non riconosce più il rispetto alla persona".

Silvia Pagliacci

Presidente Federfarma Perugia

"L'intesa consente di fornire alla vittima di violenza una prima immediata e valida risposta, perchè oltre al numero nello scontrino, hanno di fronte una persona che si offre di proteggerla e contemporaneamente attiva tutta la rete".

Augusto Luciani

Presidente Federfarma Umbria

"È un'iniziativa che va contro un fenomeno barbaro. Questa sinergia, questa rete può significare una svolta verso la denuncia di questa pratica orrenda che coinvolge, ovunque, milioni di donne".

Edi Cicchi

Presidente commissione welfare Anci Umbria e assessore Comune di Perugia

"La rete si sta ampliando, il lavoro che si svolge all'interno dei Cav è fondamentale perchè sostiene le donne in ogni fase. Un fenomeno, quello della violenza, spesso sottaciuto, ma lavorare insieme ci consente di dare quell'impulso strategico e necessario all'emersione".

Andrea Carducci

Presidente Ordine Farmacisti della provincia di Terni

Filiberto Orlacchio

Presidente Ordine dei Farmacisti della provincia di Perugia

"Un'iniziativa concreta per affrontare una problematica ampia, diffusa e che richiede, per la sua risoluzione, fermezza e sinergia tra più soggetti. La nostra categoria è molto sensibile al tema e la farmacia è sempre presente".

Annalisa Mierla

Vicesindaco Comune di Umbertide

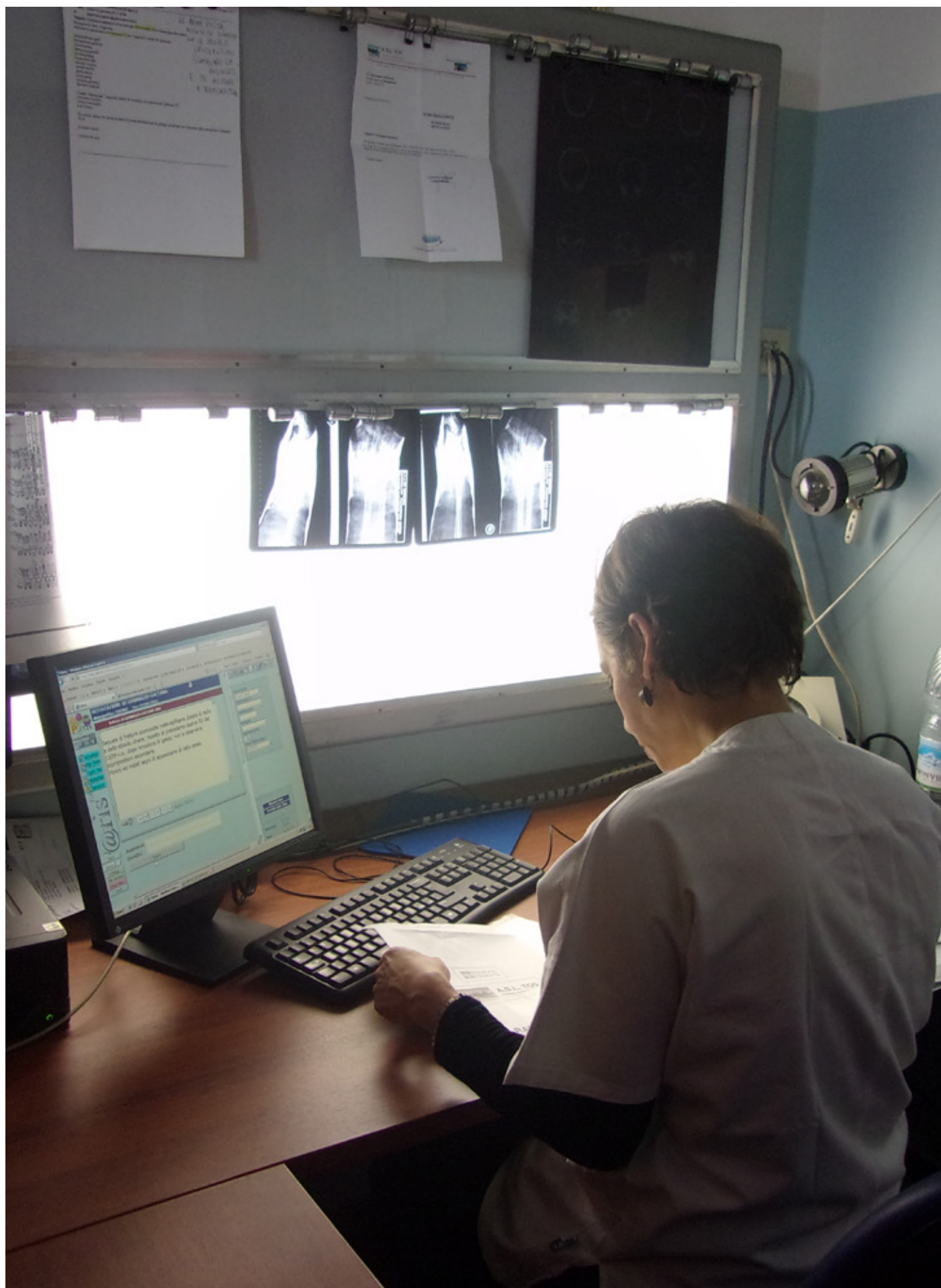
"È stata creata una rete che funzioni da chiave di volta per il pragmatico contrasto alla violenza, in particolare sulle donne. Sono stati coinvolti i principali attori che si rapportano quotidianamente con la donna. E la farmacia è il presidio sanitario più diffuso sul territorio, cui si accede ogni giorno e senza appuntamento. Per questo, è strategico".

Antonio D'Acunto

Presidente Assofarm Umbria

"Assofarm Umbria intende supportare questa iniziativa nelle sue 50 farmacie pubbliche, contribuendo a estirpare la brutta pratica della violenza di genere e dando concretezza alla nostra missione sociale".





BIG DATA E SANITÀ:

in che modo l'assicuratore può tutelare un ente ospedaliero.

L'approccio al Risk Management non può non prescindere dalla digitalizzazione del sistema sanitario.

di SHAM e RELYENS

Per continuare a garantire la sicurezza dei percorsi di cura e proteggere le informazioni e i sistemi nel settore sanitario, è necessario strutturare una corretta data **governance**, combinando l'utilizzo di **strumenti specifici** a una **politica di Risk Management** continua, **preventiva e proattiva**. In questo scenario il partner assicurativo con comprovata esperienza ed una visione a 360° del rischio è in grado di fornire un contributo determinante.

Negli anni Sham ha elaborato e perfezionato un'offerta di **gestione del rischio integrata** che include non solo il tradizionale strumento della copertura assicurativa, ma anche la formazione, la consulenza e valutazione dei rischi e, aspetto fondamentale per la nostra mutua, la tecnologia. Il duplice obiettivo è infatti quello di trasformare l'evento avverso in un evento residuale e gestire il rischio ancora prima che il sinistro si verifichi. Per operare in questa direzione la value proposition del gruppo Relyens si fonda su **4 pilastri**.

PRIMO PILASTRO:

la Tecnologia

Abbiamo recentemente stretto delle partnership con i maggiori player nell'ambito dell'innovazione tecnologica in sanità; un esempio è Caresyntax, una piattaforma tecnologica finalizzata a ridurre il rischio chirurgico nelle sale operatorie grazie a tool di data analysis, video recording e AI; oppure, ancora, CyberMDX, una piattaforma di sicurezza informatica destinata all'identificazione e alla prevenzione dei rischi informatici specifici delle strutture sanitarie.

Il Cyber Risk e il rischio tecnologico si aggiungono, perciò, al novero dei rischi tradizionali in sanità e vanno gestiti come tale: una nuova dimensione del rischio clinico.

SECONDO PILASTRO:

il Risk Management e la Formazione

L'assicuratore grazie alle sue competenze e professionalità è in grado di offrire alle strutture sanitarie una consulenza di valore e nell'ambito della

gestione dei rischi. Le capacità di un assicuratore (legali, cliniche, tecnologiche etc.) basate su una solida conoscenza dei casi di malpractice sanitaria e delle richieste di risarcimento, consentono infatti di progettare e implementare programmi di risk management che prevedano una revisione, sia dei processi che dell'organizzazione, con l'obiettivo ultimo di maggior presidio del rischio. L'assicuratore è perciò in grado di promuovere un cambio culturale aziendale garantendo una formazione continua degli operatori sanitari sia sul rischio clinico che sul rischio cyber e tecnologico.

TERZO PILASTRO:

l'offerta assicurativa

L'assicurazione non sostituisce un buon sistema di cyber security ma può fornire protezione nel caso in cui "accada il peggio". Le assicurazioni forniscono riduzione addizionale dei rischi e risarcimento in caso di richieste specifiche; la finalizzazione dell'acquisto di una polizza non implica che vi sia la possibilità di ignorare, ad esempio, il rischio cyber. L'assicurazione rappresenta la chiusura ideale di un percorso di protezione iniziato a monte con una corretta strategia di prevenzione, che si conclude appunto con la copertura del rischio residuale.

Un'assicurazione consente sostanzialmente di:

- Ottenere supporto nella gestione dell'incidente (assistenza telefonica, competenze informatiche e di sicurezza, gestione delle crisi, notifica alle autorità e alle persone collegate, analisi giuridica)
- Ottenere un risarcimento per i danni al patrimonio dell'organizzazione (costi di ripristino dei dati e del sistema, perdite di produzione, estorsione, perdite dovute a frode, hacking telefonico).
- Avere una copertura finanziaria in caso di responsabilità dell'istituzione per danni causati a terzi (copertura dei costi di difesa, conseguenze finanziarie dovute alla compromissione dei dati e del sistema)

Esistono 4 approcci tra i quali scegliere di fronte ai rischi: questi si possono accettare, evitare o mitigare (vendor solution), oppure trasferire (outsourcing delle attività, contratti e accordi, insurance).

Dietro all'acquisto di una polizza vi sono esigenze specifiche, ad esempio, quali ridurre le responsabilità e le perdite economiche, non incorrere in contenziosi, migliorare la brand reputation e garantire la business continuity. Di norma vengono assicurati gli asset di maggior valore anche se attualmente lo scenario sta evolvendo e ad oggi vengono sottoscritte numerose tipologie di assicurazione (edifici, auto, viaggi, apparecchi elettronici, eventi). Eppure quando parliamo, ad esempio, di cyber insurance, rileviamo ancora dubbi e perplessità, nonostante i dati e la sicurezza degli utenti rappresentino un asset fondamentale per l'ospedale.

QUARTO PILASTRO:

Ottimizzazione della gestione dei dati dei clienti

Valorizziamo e proteggiamo prioritariamente i nostri dati. Sham è particolarmente attenta allo sviluppo di strumenti analitici e predittivi: per questo ha implementato un'infrastruttura robusta, che prevede l'utilizzo integrato di tool di data analysis e di data visualization.

Questi strumenti sono per noi fondamentali: ci consentono di avere una gestione agile e soprattutto informata in numerosi ambiti come, ad esempio, la strategia di sviluppo, la gestione dei sinistri, la sottoscrizione e la valutazione dei rischi.

Ciascuno dei nostri associati ha accesso esclusivo alle piattaforme gestionali tramite un portale a loro dedicato, che consente di avere un quadro aggiornato e in real time dell'andamento del proprio rischio in termini di sinistrosità, sia da un punto di vista economico che da un punto di vista qualitativo, e permette al cliente la definizione di un piano di azione in tempi rapidi.

L'attenzione allo sviluppo tecnologico in azienda è molto alta e il potenziamento di strumenti e strutture informatiche è in continua evoluzione; un assetto, questo, che per il mercato attuale della Medical Malpractice è già fortemente innovativo e rappresenta un driver ad altissimo valore aggiunto per i nostri clienti-associati.

L'obiettivo quindi, è quello di combinare la gestione preventiva del rischio con soluzioni tecnologiche e assicurative a presidio dello stesso.



STRUMENTI PER UN CAMBIAMENTO CULTURALE DI STRATEGIA DI GOVERNO DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROCESSO DI AFFIDABILITÀ DELLE CURE.

di **Angelo Aliquò***, **Lucia Borsellino****, **Paola Santalucia*****

* DG ASP Ragusa

** Dirigente AGENAS - Roma

*** Direttore U.O. Neurologia con Stroke Unit, Ospedale S.Giuseppe - Milano.

La situazione pandemica in atto, nel mettere alla prova - nella straordinaria complessità che la connota - la capacità di tenuta del sistema sanitario sotto vari profili, ha forzatamente indotto anche nel nostro Paese un radicale ripensamento degli strumenti di governance del Servizio Sanitario in tutte le sue articolazioni e ad ogni livello di responsabilità decisionale, gestionale e organizzativo.

È un richiamo doveroso, quello alla pandemia, che si evoca non a caso quale esempio emblematico di come il concetto di governo di un sistema complesso - quale è il sistema salute e più in generale il welfare sociosanitario - non possa (più) risiedere, nemmeno in parte, su una visione statica dello stesso.

Ed infatti, a partire dal management e dagli strumenti di governo strategico dei servizi sanitari regionali e delle Aziende Sanitarie, il rapido evolversi del contesto a causa di un evento straordinario di dimensioni esponenzialmente crescenti, ha reso evidente la necessità di trovare preventivamente ed in progressione (non in via emergenziale), soluzioni strutturali per adattare in modo dinamico gli strumenti di governo e le stesse organizzazioni alle esigenze di cambiamento dei bisogni di cura della collettività ora dettate, nella fattispecie, dalla diffusione di un nuovo agente patogeno (Sars - Cov2).

Questa esperienza ancora in fase di consolidamento, ha certamente segnato un cambio di passo per quel che concerne la capacità di resilienza del sistema sanitario ai fattori di cambiamento, che più che mai in questo momento ha mostrato i limiti di una programmazione ancorata a schemi rivelatisi da un giorno all'altro poco flessibili e non pronti ad accogliere in modo rapido le nuove esigenze assistenziali.

La patologia SARS-Cov-19 ha innescato un'ulteriore emergenza nell'"emergenza": la simultaneità delle cure con le altre patologie. Il sistema delle reti dell'emergenza è stato saturato dall'ondata pandemica, le patologie tempo dipendenti non hanno più avuto la disponibilità alla presa in carico da parte del sistema, con conseguenze a volte drammatiche per il singolo cittadino. Inoltre, è stato significativamente penalizzato l'organizzazione sanitaria per le esigenze dei pazienti cronici e delle cure oncologiche. A questo riguardo, il continuum assistenziale ospedale-territorio che prevede organizzazione e regolarità di follow up è stato condizionato dall'emergenza che ha assorbito ogni risorsa disponibile e rimodulato le attività, soprattutto quelle ambulatoriali.

Questa premessa si ritiene utile ad introdurre quindi una ulteriore riflessione che possa rispondere più puntualmente alla domanda su quali strumenti possano essere messi in atto per un cambiamento culturale di strategia di governo delle Aziende Sanitarie per la realizzazione del processo di affidabilità delle cure.

Se l'obiettivo superiore da perseguire è quello di preservare il valore dell'"affidabilità" delle cure, letto nella sua duplice accezione, sia dal punto di vista degli operatori affinché possano disporre degli strumenti organizzativi, tecnologici, formativi e di qualificazione professionale più adeguati per operare in sicurezza, sia dal punto di vista dei cittadini-pazienti perché percepiscano la qualità, l'appropriatezza e la sicurezza delle cure che ricevono o che si apprestano a ricevere, occorre da subito re-indirizzare gli sforzi verso una nuova rivoluzione culturale che investa in sanità, nel modo migliore possibile, le risorse di cui essa dispone a partire dalla valorizzazione del patrimonio

“

“Chiedersi quanto sarà diverso il futuro, significa assumere un atteggiamento passivo nei suoi confronti, ma il futuro ancora non esiste, quindi dovremmo solo chiederci cosa vogliamo che succeda e come farlo succedere”.

Mark Lilla

professionale, finanziario, strutturale, tecnologico, delle conoscenze scientifiche e delle capacità manageriali.

La prerogativa dell'“affidabilità” del sistema di cure pubblico deve valere tanto per l'ambito assistenziale ospedaliero che per quello territoriale, incluse le cure domiciliari. Anzi, non è da sottacere che proprio per la componente territoriale è ancora più preminente l'esigenza di affermarne la “credibilità” in considerazione del più lento processo di riqualificazione che ha riguardato nel tempo la rete dei servizi integrati di assistenza territoriali rispetto a quelli ospedalieri, tra l'altro anche con diffusione non omogenea sull'intero territorio nazionale e all'interno delle stesse Regioni.

Affinché il sistema di salute pubblico sia credibile e instilli fiducia nei cittadini a partire dalla medicina di base che è il primo livello di cura del cittadino, è fondamentale che le aziende sanitarie siano nella condizione di esercitare l'autonomia gestionale e organizzativa in funzione della richiesta¹.

Senza entrare lo specifico del dibattito sul reale livello di autonomia del management aziendale sul piano formale e sostanziale, va detto che le politiche regionali di riforma dei sistemi sanitari

¹ Quanto alle strategie di governo delle Aziende Sanitarie non va trascurato che esse risentono fortemente delle politiche sanitarie adottate dai sistemi regionali di cui sono parte, specie per la mission loro affidata che incide a sua volta sulla pianificazione del relativo assetto organizzativo, in parte centrato sulla funzione programmatica, in parte su quella erogativa/assistenziale e, nel caso degli IRCCS e delle Aziende ospedaliero-universitarie anche su quella della ricerca. Ma del resto alle direzioni strategiche delle Aziende, proprio perché organi di governo, dovrebbe essere consentito adattare di continuo strategia e strutture e riallineare gli obiettivi che intendono realizzare con l'organizzazione che gli consentirà di realizzarli.

hanno attribuito alle Aziende Sanitarie funzioni di produzione o di committenza ed in altri casi di entrambe. Ne deriva pertanto un assetto aziendale variegato nel contesto nazionale rispondente ai diversi modelli sanitari regionali, con un diverso grado dei livelli di autonomia propria delle Aziende stesse in relazione agli ambiti verso i quali le funzioni loro assegnate vanno indirizzate. In questo contesto, la funzione aziendale che più direttamente incide sul tema della affidabilità delle cure è quella di produzione, in quanto finalizzata appunto alla erogazione dei servizi e delle attività assistenziali.

Come accennato in premessa, la affidabilità delle cure non può essere disgiunta dalla garanzia della loro qualità e sicurezza. La qualità e sicurezza delle cure nella migliore delle ipotesi è vincolata al sistema di certificazione e accreditamento. Il sistema con il quale si è inteso fino ad oggi presiedere alla “certificazione” dei requisiti che i servizi di erogazione delle cure devono avere, si compone di diversi strumenti che è utile in questa sede richiamare, anche a titolo esemplificativo, per meglio analizzare i possibili margini di miglioramento e di innovazione che certamente oggi il sistema richiede.

Pensiamo agli strumenti per l'accredimento istituzionale e ai processi di controllo e verifica interni, volti ad assicurare il possesso e il mantenimento dei requisiti e degli standard, strutturali, organizzativi, tecnologici e di qualità dei servizi e delle attività assistenziali nelle loro articolazioni e specificità. Pur riconoscendo a tali strumenti l'originaria finalità di attenersi ai requisiti “strutturali”, ovvero dei luoghi fisici sede di attività sanitarie, oggi essi appaiono più suscettibili di rinnovamento per quel che concerne gli aspetti organizzativi, della qualità e sicurezza delle cure. Ad esempio: se dovessimo applicare in maniera pedissequa i vincoli posti dal sistema di accreditamento istituzionale alle nuove strutture pensate per l'assistenza i pazienti COVID o alle riconversioni di reparti o di strutture già esistenti

per altre finalità sanitarie, non si potrebbe coniugare la rigidità del sistema rispondente ai requisiti strutturali con la flessibilità (e velocità) con la quale le nuove e diversificate esigenze di salute impongono che si proceda, per trovare adeguate (e nuove) soluzioni organizzative anche per periodi predeterminati.

Analogamente, per fare un altro esempio, un sistema di valutazione delle performance aziendali ancora prevalentemente sbilanciato sui centri di costo nonché sulla quantificazione e valorizzazione della produzione in termini di volumi e di costi dei singoli segmenti produttivi, non ha reso ancora vera dignità al tanto invocato “percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale” nel quale si inserisce oramai ogni atto di cura o prestazione non più valutabile nella sua singolarità. In questo senso sarebbe auspicabile volgere l'analisi e la valutazione delle performance, ma ciò vale anche per i sistemi di finanziamento, verso una reale valorizzazione dei risultati in termini di esito dei percorsi di cura attivati e implementati (e non di singole prestazioni) e in termini di grado di soddisfazione dell'utente. L'indice di performance è strettamente correlato con l'indice di attrattività delle nostre strutture sanitarie e con la riduzione della migrazione sanitaria. Pertanto l'analisi e la valutazione non fini a se stesse dovrebbero costituire le più valide ragioni per applicare correttivi o incentivare politiche di investimento (ma lo stesso può dirsi per quelle di disinvestimento/riconversione) in atto prevalentemente ancorate ad una programmazione pluriennale e ad un fabbisogno che non tiene conto delle variabili di contesto mutevoli nel corso degli anni.

“Inseguire”, come accaduto nel recente periodo, i fabbisogni emergenti di tecnologie e di professionisti, così da dover ricorrere ad approvvigionamenti in emergenza o al massivo reclutamento di personale in formazione specialistica, accresce i rischi sia sotto il più ampio aspetto della qualità e sicurezza delle cure che per la possibilità di ri-allocazione

delle risorse. I tempi possono quindi ritenersi maturi, cogliendo anche gli effetti di questa esperienza pandemica in atto, per ripercorrere radicalmente alcuni capisaldi dell'attuale assetto del SSN affinché, a partire dalle Aziende sanitarie e nel rispetto dei relativi livelli di autonomia e responsabilità, si inneschi un percorso di rinnovamento culturale delle strategie e degli strumenti di governo fino a questo momento consolidati, rivedendone in chiave critica gli elementi forza e di debolezza con l'obiettivo di rendere il sistema più aderente alle moderne e nuove necessità e, in generale, più flessibile ai processi di cambiamento.

Entrando adesso più specificamente nella questione dell'autonomia delle aziende e quindi delle direzioni strategiche delle Aziende così come concepite dalle varie leggi di riforma, è opportuno chiarire che la tanto discussa “eticità” della “aziendalizzazione” della organizzazione sanitaria, spesso non corrisponde alla dinamicità ed efficienza tipiche delle Aziende private. Infatti questo tipo di organizzazione sanitaria “aziendale”, che in accordo alla definizione enciclopedica è “*un'organizzazione di persone e beni economici ovvero – con accento dinamico – come un sistema di forze economiche, che sviluppa nell'ambiente con cui interagisce processi di produzione e di consumo, a favore dei soggetti economici che vi cooperano*” (in questo caso i cittadini), non è rimasta separata, ma fortemente legata, soprattutto nell'ultimo decennio, a principi di ragioneria e a tecniche di gestione, con l'obiettivo di studiare i vari ordini di rilevazione nelle stesse aziende, a scopo di controllo prevalentemente economico, piuttosto che di reale soddisfacimento dei bisogni di salute. Il principio ritenuto fondamentale, quello della separazione all'interno dell'Azienda delle responsabilità di programmazione e controllo (la direzione strategica) da quelle di gestione delle attività sanitarie, decentrate nelle strutture operative (distretti, presidi ospedalieri, servizi di prevenzione collettiva etc.), non è sufficiente o utile in assenza di un collegamento strategico funzionale

tra le direzioni strategiche e gli operatori sanitari. La linea di intesa e sinergia tra le direzioni strategiche e i segmenti operativi, favorisce inevitabilmente il miglioramento e la standardizzazione delle cure in accordo alla migliore pratica clinica (i sopracitati PDTA). Si deve in sostanza creare un collegamento, strutturare una parte di “ascolto” ed esame dei processi sanitari, in coerenza con un progetto sanitario aziendale. Diventa irrinunciabile che si ponga la massima attenzione all'attuazione di percorsi clinico assistenziali attinenti per ogni previsione di servizio sanitario, creando una struttura di supporto e coordinamento. Lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi clinico assistenziali è a garanzia della erogazione delle cure a livello ospedaliero e della integrazione e continuità tra le cure ospedaliere e quelle territoriali.

Nell'ambito delle prerogative e dell'autonomia aziendale, una nuova forma di strategia per il governo delle aziende sanitarie, sperimentata in alcune realtà aziendali, è quella di strutturare una unità di audit clinico allo scopo di supportare le articolazioni organizzative aziendali nell'attuazione delle strategie per lo sviluppo e il miglioramento sistematico della qualità dei servizi sanitari e del governo clinico in sinergia e congiuntamente con il servizio di Controllo di Gestione aziendale, anche al fine di un preciso monitoraggio degli indicatori di processo e di esito e per indirizzare le politiche aziendali in termini di efficacia e qualità dell'offerta sanitaria nel territorio.

Quindi se le aziende sanitarie nelle formulazioni oggi concepite dalle legislazioni regionali, non possono essere considerate semplici articolazioni territoriali del SSN, ma vere e proprie unità territoriali autonomamente operanti, devono essere in grado di strutturarsi non esclusivamente con una forte connotazione “imprenditoriale”, ma nel contempo devono essere in grado di pensare e realizzare con lungimiranza, un assetto organizzativo che abbia una logica volta alla progettazione e implementazione di

modelli rivolti alla ricerca di una efficace erogazione di servizi sanitari che, se realizzati, comporteranno con effetto domino, il conseguimento degli obiettivi di sostenibilità anche economica.

Ogni Azienda Sanitaria deve progettare e modificare la propria macro-struttura, disegnare un nuovo organigramma adattando strutture e processi organizzativi in funzione delle proprie specifiche esigenze sanitarie e non più - lo si ripete con convinzione - solo delle esigenze economiche, perché queste ultime saranno un'ovvia e consequenziale ricaduta delle prime. Un passaggio da un approccio giuridico-formale all'organizzazione ad un approccio strumentale e di finalità è ormai imprescindibile e necessario e non potrà mai avvenire se non si pensa al punto fondamentale che ha generato il sistema di salute pubblica più evoluto del mondo.

Questo momento storico rappresenta una finestra di opportunità in cui siamo chiamati ad interpretare nel modo più nobile e moderno, l'intenzione di chi questo sistema ha sognato e contribuito a far nascere.

L'esperienza dell'ASP di Ragusa. Il progetto di “Auditing Sanitario”.

L'**AUDIT** è uno degli strumenti del Governo Clinico e il suo utilizzo sistematico a livello intra e inter aziendale favorisce l'implementazione della pratica clinica ottimale, l'applicazione di percorsi e protocolli e la standardizzazione dei processi di cura in accordo alle linee guida. L'Auditing è un processo di analisi, revisione ed una opportunità strutturata per il miglioramento delle attività cliniche e gestionali.

Può essere considerato una metodologia diversificabile in funzione delle necessità organizzative aziendali in area clinica, gestionale-amministrativa o di sistema. È una sorta di piattaforma interattiva di analisi e revisione mono e multiprofessionale, mono e multidisciplinare, intra e interaziendale, interna o esterna, rivolta ai processi o agli esiti.

La conseguenza dell'applicazione strutturata e sistematica delle attività di auditing a livello aziendale è l'analisi dei processi in funzione degli esiti e la critica costruttiva degli esiti in funzione del miglioramento dei processi. Il risultato è l'implementazione ottimale delle Linee Guida, l'identificazione dei meccanismi utili alla medicina traslazionale, l'utilizzo della digitalizzazione in Sanità funzionale alla pratica clinica e all'analisi dei bisogni, e in ultimo la realizzazione di modelli di processi e cura standardizzati a livello di eccellenza, anche attraverso l'applicazione pratica di sistemi di simulazione.

L'eccellenza nel Sistema Sanità, in quanto Organizzazione ad Alta Affidabilità (High Reliability Organization-HRO), è dato dalla minimizzazione della possibilità di errore e massimizzazione della sicurezza sia a livello individuale che di sistema. L'Audit è l'elemento chiave per la realizzazione del processo di “affidabilità” del sistema sanitario strettamente correlato al controllo del rischio e alla qualità delle cure. Gli strumenti e la metodologia del processo di auditing sono subordinati alla creazione di un modello di sistema sanitario fondato sulla consapevolezza del rischio, la valorizzazione costruttiva dell'errore e la garanzia della sicurezza del sistema delle cure. La medicina basata sull'evidenza, le Linee Guida, l'attenzione agli aspetti tecnici e alle abilità non tecniche attraverso l'utilizzo di scienze cognitive e la valorizzazione del “fattore umano”, attraverso corsi di formazione aziendale e condivisione dei percorsi, sono gli strumenti principali cui i processi di auditing fanno riferimento per la costruzione di un Sistema Sanitario sicuro ed efficace. L'istituzione aziendale di una unità di coordinamento operativo di auditing sanitario rappresenta la piena espressione del governo clinico punto di riferimento Aziendale per il controllo strategico di qualità e l'applicazione ottimale dei PDTA basati sulla evidenza e la personalizzazione delle cure.

La proposta, accolta con favore ed approvata dalla Regione Siciliana, con la istituzione di una Unità Operativa inserita nell'atto aziendale: *“al fine dell'implementazione dei percorsi attuativi di certificabilità (PAC) si rende necessario prevedere un'unità operativa semplice dedicata allo svolgimento delle attività di audit, in diretta connessione con la direzione strategica aziendale”.*

L'attività svolta nell'ambito dell'auditing sanitario, così strutturato si è basata sulla revisione, analisi e valutazione delle componenti dei processi di cura, l'identificazione delle aree di miglioramento e la contestuale pianificazione delle azioni. Inoltre si è posta attenzione alla integrazione delle Linee Guida nei PDTA con riferimento alla personalizzazione delle cure e in funzione del contesto specifico e delle risorse disponibili e/o prevedibili. Elemento imprescindibile a ciascuna attività è stata la identificazione degli indicatori di cura e di esiti con analisi delle non conformità alla best clinical practice. Pertanto il processo di auditing sistematico e strutturato, svolto in modalità interattiva e formativa con l'inclusione di tutti gli attori del sistema, ha conseguito i risultati auspicati in termini di miglioramento assistenziale. (*PDTA Ictus, **PDTA SCA, etc.).

Sono state applicate tecniche di “simulazione in situ” comprensive di processi di feedback e critica costruttiva su abilità tecniche e non, che si sono confermate utili strumenti per la implementazione di percorsi clinico assistenziali. Sono inoltre stati presi in considerazione modelli di eccellenza nelle varie aree cliniche contestualizzandoli alle risorse locali in armonia con le disposizioni sanitarie regionali. La stretta collaborazione con il sistema di Controllo di Gestione ha consentito l'analisi, la misura e la valorizzazione degli esiti in funzione degli obiettivi anche in una ottica premiante².

²La Stroke Unit dell'ASP di Ragusa ha ricevuto il Gold Status degli ESO Angels award.



PANE E SENSO: la carità spirituale

di Padre Carmine Arice, ssc

“Neural Correlates of Personalized Spiritual Experiences” è il titolo di una interessante ricerca pubblicata lo scorso anno dall'Istituto Nazionale della Salute presso l'Università di Oxford, a firma di eminenti studiosi del sistema neurologico quali i professori Miller e Balodis. In essa si mostra scientificamente l'influsso positivo della “pratica spirituale” sull'attività cerebrale dell'uomo, soprattutto se fragile.

Come dire: per star bene l'uomo non ha bisogno solo di godere buona salute fisica e nemmeno, se malato, di avere cure sanitarie, assistenza e medicine; la persona umana ha bisogno anche di senso, ha bisogno di comprendere cosa muove il suo agire e cosa dà un orientamento significativo alla sua vita. Ha scritto Cicely Saunders, assistente sociale, infermiera, medico e psicologa (una persona, quindi, con uno sguardo integrale, nota nella storia della medicina per aver dato inizio agli hospice per le cure palliative): *“Dopo aver lavorato tanti anni con le persone nella fase terminale della loro vita ho capito che la spiritualità appartiene a ciascuno di noi per il solo fatto di esistere, e questo anche per coloro che non professano un credo religioso”*.

Si comprende, allora, l'importanza di accompagnare spiritualmente le persone, soprattutto se vivono momenti difficili della vita, di prova, di sofferenza e di malattia. Sono convinto che relazionarsi con il senso della vita, riconciliarsi con sé stessi e con i propri cari, accettare la fase di sofferenza e la prospettiva della morte nella ricerca di un possibile senso, sono bisogni ricorrenti nella vita dell'uomo che vanno ascoltati ed elaborati, pena un'immensa tristezza, inquietudine e disorientamento; sono altresì convinto che un cammino come questo non sempre è facile farlo da soli.

“Il dolore isola assolutamente ed è da questo isolamento assoluto che nasce l'appello all'altro, l'invocazione all'altro” ha scritto Emmanuel Levinas, filosofo personalista. Ricchi e poveri, presunti sani e malati, dobbiamo tutti attraversare il guado della sofferenza, ce lo sta dimostrando in modo così

evidente la pandemia dalla quale facciamo così fatica ad uscire. Per questo è importante trovare una mano amica che ci aiuti non solo a sopravvivere ma anche a guarire le ferite dell'anima che a volte non sono meno profonde di quelle del corpo.

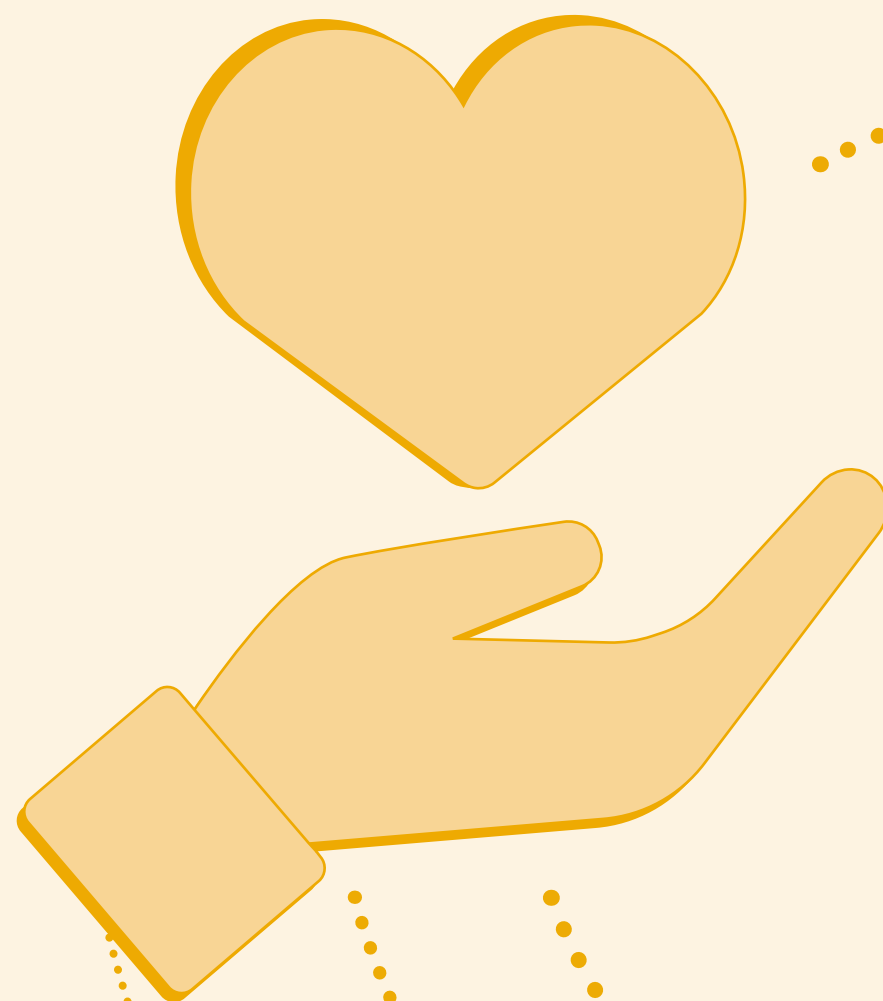
Quando, poi, questo cammino giunge ad un incontro personale con Cristo, senso ultimo e definitivo della storia, allora possiamo davvero gioire per noi e per coloro che sono affidati alla nostra carità. Non a caso e con grande sapienza, la tradizione della Chiesa ci invita ad amare il nostro prossimo esercitando anche le opere di misericordia spirituale oltre che quelle corporali.

Pensando alla storia di un carissimo amico, Andrea, – un ospite gravemente disabile accolto al Cottolengo sin da piccolo – mi sono sempre chiesto se la sua gioia è stata più grande quando ha imparato a mangiare con i suoi moncherini alla vista poco graziosi, o quando, dopo un lungo cammino di riconciliazione con la sua storia durato decenni, ha avuto la forza di guardare nel volto la sua famiglia che lo aveva abbandonato e quindi morire senza rancore.

Con ragione Papa Francesco ha scritto *“Desidero affermare con dolore che la peggior discriminazione di cui soffrono i poveri è la mancanza di attenzione spirituale. L'immensa maggioranza dei poveri possiede una speciale apertura alla fede; hanno bisogno di Dio e non possiamo tralasciare di offrire loro la sua amicizia, la sua benedizione, la sua Parola, la celebrazione dei Sacramenti e la proposta di un cammino di crescita e di maturazione nella fede. L'opzione preferenziale per i poveri deve tradursi principalmente in un'attenzione religiosa privilegiata e prioritaria”* (Evangelii gaudium, 200).

Pane e senso, cura del corpo e cura dello spirito: un impegno utile per la nostra vita personale ma non di meno necessario per quanti il Signore affida alla nostra custodia di fratelli e sorelle.

SPECIALE



Terzo settore
e volontariato

TERZO SETTORE E VOLONTARIATO SOCIOSANITARIO DURANTE E OLTRE LA PANDEMIA

Sinergie e alleanze tra sistemi sanitari
e sociosanitari e associazioni proposte dalle
Federazioni Regionali di Federsanità

di **prof. Stefano Zamagni**
Presidente della Pontificia Accademia delle Scienze Sociali

In merito al **rapporto tra Istituzioni e Terzo settore, la Riforma del 2016 (artt. 55-56-57)**, evidenzia l'importanza della **"coprogrammazione e coprogettazione"**, che – va precisato – sono attività diverse dagli **attuali rapporti di collaborazione**, termine che significa "lavorare insieme".

Per illustrare meglio questa evoluzione è utile risalire al 2001, ben 20 anni fa, e specificamente alla **Legge di modifica del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n.3 /2001)**. Il nuovo articolo 118 comma 1 ha, di fatto, introdotto il termine di **"Sussidiarietà"**, che indica il Comune quale Ente "a competenza amministrativa generale" poiché organismo territoriale più vicino ai cittadini e in grado di rappresentare meglio le necessità della collettività. Il principio di sussidiarietà rileva sotto due diversi aspetti: innanzitutto vi è la **sussidiarietà verticale**, che in sostanza prevede che le competenze amministrative sono esercitate prioritariamente dagli enti più vicini ai cittadini, che sono in grado di rispondere meglio ai bisogni del territorio.

Vi è poi la **sussidiarietà orizzontale** (comma IV, art. 118 della Costituzione) e che consente ai cittadini di cooperare, sia come singoli sia attraverso associazioni, o altri corpi intermedi, nella definizione degli interventi istituzionali in grado di incidere nella realtà sociale di riferimento, per lo svolgimento di "attività di interesse generale".

In sintesi, emerge che l'"Ente pubblico non è l'unico titolare dei servizi di Welfare", si tratta dell'enunciazione formale del principio di "Sussidiarietà orizzontale", che **trova in questo articolo la sua compiuta formulazione** e riguarda i rapporti tra i cittadini - e loro formazioni - e le Amministrazioni pubbliche attribuendo alle prime la facoltà di svolgere una funzione pubblica.

Più di recente, nel 2016, **la Riforma del Terzo Settore**, richiama questo tema agli artt. 55-56-57.

In particolare, **l'art.55 stabilisce che la coprogettazione, ancorata sia all'art. 118 Cost., sia alla legge n. 241/1990.**

Al riguardo **nel giugno del 2020 la Corte Costituzionale è intervenuta sulla "coprogettazione" sciogliendo anche gli ultimi dubbi interpretativi in merito all'art.55 (fonte: www.welforum.it)**. L'art. 55 del Codice del Terzo Settore stabilisce che la coprogettazione, ancorata sia all'art. 118 Cost., sia alla legge n. 241/1990, "è finalizzata alla definizione ed eventualmente alla realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti[...]" *Gli Enti locali hanno, dunque, la possibilità di condividere, stabilire insieme, individuare i percorsi più adeguati in forma congiunta con gli ETS interessati per definire progettualità che permettano di realizzare la finalità di cui all'art. 55 CTS.*

La sentenza 131/2020, originata dal ricorso governativo sulla legge regionale Umbria n. 2 del 2019 (Disciplina delle cooperative di comunità), nel riconoscere e disciplinare le "cooperative di comunità" (che non sono, necessariamente, ETS ma possono acquisire tale qualifica, ricorrendo i presupposti previsti dal legislatore statale), **ha previsto, tra l'altro, che la Regione, «riconoscendo il rilevante valore sociale e la finalità pubblica della cooperazione in generale e delle cooperative di comunità in particolare» disciplini «le modalità di attuazione della co-programmazione, della co-progettazione e dell'accreditamento previste dall'articolo 55 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117** (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106) (...)"». Essa è fondamentale per il diritto del Terzo settore, ha legittimato definitivamente l'art. 55, definendo i rapporti tra gli enti del Terzo settore e le pubbliche amministrazioni

SPECIALE





a partire dal principio di sussidiarietà e su modelli collaborativi. La Consulta ha infatti, finalmente, sancito l'importanza del Codice del Terzo settore e, in particolare, degli articoli dedicati ai rapporti tra gli enti del Terzo settore e le pubbliche amministrazioni che realizzano direttamente principi e valori essenziali del nostro ordinamento costituzionale, ovvero la centralità della persona, la solidarietà e la sussidiarietà orizzontale.

Pare importante, a questo proposito, segnalare come l'art. 55 CTS costituisca, nell'interpretazione del giudice costituzionale, un ampliamento degli strumenti già previsti dalla legge 328 del 2000, che sono riassorbiti dentro il paradigma del Codice del Terzo settore.

Per quanto concerne un ulteriore rafforzamento del ruolo degli Enti del Terzo Settore è pervenuta, di recente, a fine marzo 2021, la **bozza delle "Linee Guida sul Rapporto tra P.A. Terzo Settore", del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali**, che precisa che: *"L'atto con cui si conclude l'istruttoria, può coincidere con la determinazione assunta dall'ente in ordine alle attività e alle azioni ritenute funzionali alla cura dei bisogni individuali della co-programmazione. Gli enti, infine, tengono conto degli esiti dell'attività di co-programmazione ai fini dell'adozione e dell'aggiornamento degli strumenti e degli atti di programmazione e di pianificazione generali e settoriali".*

Anche le Linee del Ministero del Lavoro e del Welfare forniscono indicazioni utili per trovare alcune soluzioni possibili es. "istruttoria condivisa".

In sintesi, da tutti i documenti citati emerge che "Gli Enti del Terzo settore nella fornitura dei servizi di Welfare hanno la stessa dignità dell'Ente pubblico" ed è questo un dato di rilevanza fondamentale di cui gli Enti locali dovranno prendere atto per agire di conseguenza. Peraltro, la tragica esperienza della Pandemia ha testimoniato una volta di più il ruolo fondamentale di questi enti per le comunità locali... I riferimenti normativi formalizzano, di fatto e

rilanciano con forza le opportunità di questa nuova stagione dei rapporti tra la gli Enti della Pubblica Amministrazione e gli Enti del Terzo settore, di cui dobbiamo tutti prendere atto, in particolare gli amministratori locali, dirigenti ed operatori di Comuni, Aziende Sanitarie, Case di Riposo e altri Enti della Pubblica Amministrazione e procedere con le attuazioni, azioni e progetti nel quotidiano.

IL RUOLO FONDAMENTALE DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE si fonda su TRE RAGIONI PRINCIPALI, che la Pandemia ha, drammaticamente, fatto emergere:

- 1. Informazione – quale pre condizione fondamentale per l'efficacia dell'azione** in materia di servizi di Welfare / Servizi alla Persona e non solo, il cui governo e gestione si dovrebbe basare, innanzitutto, sulla conoscenza diretta dei bisogni. E chi meglio dei soggetti del volontariato che operano sul territorio, vicino alle Persone più fragili, ha questa conoscenza diretta (dove e quali sono i bisogni?). Certo, anche l'Ente pubblico li conosce, ma molto spesso solo in seconda battuta.
- 2. Nei servizi alla persona non esiste solo il DOLORE** (disagio, o incapacità fisica dovuti ad una malattia), **ma anche la SOFFERENZA** (es. stato di abbandono, incertezza, solitudine, etc.).

L'esperienza della Pandemia ha confermato che l'Ente pubblico, il Comune, o l'Azienda sanitaria, si impegnano, molto, per cercare di soddisfare e rispondere quanto più adeguatamente al dolore, ma nei confronti della sofferenza non ce la possono fare senza le risorse del Volontariato.

Non è certo un caso che l'art.4 del Nuovo codice deontologico delle professioni infermieristiche (2019) precisi che **"il tempo di relazione è tempo di cura"**. Ne consegue, ad esempio, che per un infermiere, o un medico, parlare all'ammalato non può essere considerato una perdita di tempo.

Questa non è certo una dichiarazione banale, se pensiamo all'evoluzione degli ultimi trent'anni del Sistema Sanitario e, in particolare, all'"aziendalizzazione" e alla gestione manageriale delle strutture (es. criteri di produttività, standard per le prestazioni, etc.). Sono temi che come Federsanità conoscete bene da molti anni. Come Fondatore della "Scuola Superiore per le Politiche della Salute" presso l'Università di Bologna posso confermarne l'innovatività.

Questi richiami solo per dire che proprio per alleviare la sofferenza delle persone, il ruolo del Terzo settore è quanto mai fondamentale, per portare una parola di conforto e consolazione, una carezza, o un sorriso alle persone che più ne hanno bisogno, come hanno richiamato molti relatori intervenuti a questa conferenza.

Peraltro, questa relazione fondamentale tra chi è curato / assistito con umanità e chi gli è vicino come volontario arricchisce entrambi, perché favorisce l'ascolto e il dialogo vero e profondo, l'empatia e lo scambio di calore umano che manca, consente di mettere alla prova sul campo i propri talenti e, allo stesso tempo, di apprendere nuove competenze. È un modo per imparare il valore della gratuità e per rendersi conto di quanto si è fortunati rispetto ad altre persone. Inoltre, grazie all'operato dei volontari si crea una sinergia armoniosa e familiare tra assistito, associazione e strutture ospedaliere.

3) GLI ENTI DEL TERZO SETTORE COSTITUISCONO UN INGENTE PATRIMONIO DI RISORSE/CAPITALE UMANO.

Su questo argomento sono numerosi gli esempi da citare, sia durante la Pandemia sia precedenza. Mi viene in mente il caso di un noto Istituto Scientifico di Milano, il cui Direttore Generale, nella fase della prima emergenza COVID, avrebbe voluto mettere a disposizione i propri locali, medici e infermieri per fare i tamponi necessari. Purtroppo non è stato autorizzato da chi ne aveva competenza e questo mi pare assurdo. Per esprimere la mia indignazione sono anche intervenuto pubblicamente su una nota

testata nazionale. Non è possibile che un sistema come il nostro non consenta a chi ne ha competenza e desiderio di fare il bene possibile. La tanto declamata "umanizzazione delle cure", la "persona al centro" non possono restare solo parole, ma devono diventare azioni concrete.

Un altro esempio di fatti avvenuti risale a quando facevo parte del cda dell'Ospedale "Bambin Gesù" di Roma (oggi uno dei tre migliori in Europa). Mi colpì molto vedere un bambino che in seguito ad una complessa operazione per tre settimane era bloccato su un lettino e poteva guardare solo il soffitto della stanza. Pensando a cosa fare per alleviare la sua sofferenza, ho messo in contatto l'Ospedale con una associazione di volontariato che si occupa di bambini e che oggi garantisce assistenza/vicinanza ai "Bambini in Ospedale". Questo solo per dire che tutti possiamo agire e fare perché qualcosa, non solo a livello sanitario, ma anche a livello di "Umanità" che ci accomuna. Ci sono tanti spazi da riempire con Affetto/ Amore / Sensibilità / Solidarietà per chi è meno fortunato di noi.

Nelle situazioni di bisogno, tutti possiamo attivarci per fare il bene di cui siamo capaci. Dobbiamo solo porre in atto la nostra creatività e il nostro coraggio.

Tutti sappiamo che questa è la via giusta e voi come Amministratori locali, o dirigenti di Comuni, come Aziende sanitarie, Istituti scientifici, Case di Riposo, ancora di più, potete FARE IL BENE PUNTANDO AI "RISULTATI DI SALUTE", QUALITÀ E UMANIZZAZIONE DELLE CURE E DELL'ASSISTENZA, SEMPRE NEL RISPETTO DELLE REGOLE, MA USCENDO DALLA PERNICIOSA METALITÀ BUROCRATICA.

In sintesi, anche nella fase della Pandemia se si fosse adottato il metodo della co-progettazione e co-programmazione forse si sarebbero evitati molti errori. A tal fine i rapporti tra Enti Pubblici ed Enti del Terzo Settore potrebbero ripartire in modo più equilibrato ed equo, anche superando il complesso



di inferiorità che gli "Enti del Terzo settore" hanno manifestato, sino ad oggi e che forse non hanno permesso loro di esprimere a pieno il loro notevole potenziale al servizio delle comunità locali.

Oggi gli strumenti normativi ci sono.

Forse non abbiamo ancora un modello già calibrato per favorire la concreta realizzazione della co progettazione e co programmazione, ma come il mondo delle imprese si è rinnovato superando il modello organizzativo del taylorismo, oggi più che mai è necessario che anche gli Enti pubblici dimostrino la loro capacità di innovazione sociale. Il principio base di tale innovazione è che le persone vanno valutate per i risultati conseguiti e non per il rispetto delle procedure.

Con tali obiettivi prioritari che ritengo condividiamo, il Gruppo di lavoro attivato da Federsanità, insieme ai rappresentanti di Enti pubblici e Terzo settore, potrebbe elaborare un suo proprio modello di coprogettazione e coprogrammazione.

I contributi forniti da tutti i relatori della conferenza odierna, possono costituire un segnale della volontà, dell'impegno, delle competenze e delle "buone pratiche" già realizzate che potrebbero diventare patrimonio comune e un ottimo punto di partenza per nuove relazioni tra Istituzioni, Enti di Terzo Settore e cittadini.

Anche a seguito dell'esperienza comune del COVID, dovremmo essere tutti più consapevoli che le difficoltà non finiranno con la fine di questa Pandemia. Ecco perché dobbiamo cominciare, insieme, un nuovo percorso.

Quella che ci ha colpito è una "crisi di sistema", che investe tutta la sfera della convivenza umana. Non è dunque saggio rispondere ad una crisi di sistema con interventi e misure settoriali e parziali, pur in sé considerati validi e dotati di senso. **Per attuare riforme che razionalizzino e aggiustino l'esistente bastano saperi tecnici; per una trasformazione liberatrice della realtà esistente serve una sapienza integra e ispirata. La pandemia da Sars2 (Covid-19) è una grande opportunità per lasciarsi alle spalle il sentiero di crescita finora percorso e per dare inizio ad un sentiero di sviluppo umano integrale.** Non cogliere tale opportunità sarebbe un atto di grave mancanza di responsabilità.

Essere responsabili, oggi, significa caricarsi sulle spalle il "peso delle cose" (res pondus), e non semplicemente non commettere reati o irregolarità varie. Quest'ultima è la responsabilità come imputabilità – si risponde delle conseguenze negative delle azioni che si compiono; la prima è la responsabilità come prendersi cura – si risponde per il bene che non si fa, pur potendolo fare. È di quest'ultima che c'è un grande bisogno nel nostro paese, soprattutto oggi.

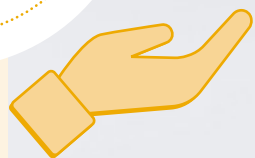
La possibilità è sempre la combinazione di due elementi: le opportunità e la speranza. È sbagliato pensare che perché qualcosa possa realizzarsi sia necessario intervenire solamente sul lato delle opportunità, vale a dire sul lato delle risorse e degli incentivi. **Invero, i problemi che abbiamo di fronte non si risolvono invocando un mero aumento di risorse, anche perché buona parte dei nostri problemi sono dovuti a un eccesso di risorse.**

Quel che è necessario perché la possibilità abbia a realizzarsi è insistere sull'elemento della speranza, la quale non è mai utopia.

Essa si alimenta con la creatività dell'intelligenza politica e con la purezza della passione civica. È tale consapevolezza che apre alla speranza, la quale è né il fatalismo di chi si affida alla sorte, né l'atteggiamento misoneista di chi rinuncia a lottare. È la speranza che sprona all'azione e all'intraprendenza, perché colui che è capace di sperare è anche colui che è capace di agire per vincere la paralizzante apatia dell'esistente.

Ecco perché ho motivo di coltivare la speranza che poggia sulla certezza che LA REALTÀ NON È UN DATO MA UNA MISSIONE. Trasformare la realtà è un compito alla nostra altezza. Se ci impegniamo, questa pandemia, oltre ai grandi dolori, sarà servita a qualcosa.





TERZO SETTORE E VOLONTARIATO SOCIOSANITARIO DURANTE E OLTRE LA PANDEMIA

Sinergie e alleanze tra sistemi sanitari
e sociosanitari e associazioni proposte dalle
Federazioni Regionali di Federsanità

Relazione introduttiva a cura di **Stefano Tabò**
Presidente CSVnet - Associazione nazionale
dei Centri di Servizio per il Volontariato

La titolazione di questa **WEBCONFERENCE** contiene riferimenti importanti e preziosi che vanno riconosciuti.

Ragionare in termini di sinergia, indipendentemente se il proprio ruolo lo si eserciti all'interno della pubblica amministrazione oppure nel terzo settore, significa assumere preliminarmente un atteggiamento responsabile e non dispersivo.

C'è poco da argomentare a riguardo, a meno che non si voglia sostenere la propria autosufficienza. Nel caso dovremmo commentare una posizione ingenua oppure una postura arrogante. In ogni caso, ci troveremo di fronte a chi è portato a sprecare opportunità preziose in tempo di bisogno. L'emergenza richiede tutt'altro. E sia chiaro che il riferimento non è alla pandemia in corso, ma all'emergenza del nostro pianeta e del nostro Paese che precede e seguirà la diffusione del Covid-19.

Guardare, poi, all'esperienza dei territori significa entrare nel vissuto delle comunità. Privilegiare la concretezza. Rifuggire dall'astrattezza che, inevitabilmente, trascina con sé sconcerto e delusione. È una scelta feconda per chi vuole comprendere e promuovere. Per chi intende effettivamente essere fattore di cambiamento. Solo l'osservazione e la valorizzazione del reale permette, peraltro, di uscire da rigide gabbie interpretative: il nord efficiente e il sud trainato.

Arricchiti di questo approccio, la pandemia ci appare non solo come una stagione difficile, dove drammi e grandi difficoltà si sono intrecciate alla vita ordinaria, ma anche una preziosa fonte di orientamento. La pandemia ha, di fatto, accelerato fortemente processi di relazione e di comprensione prima dormienti.



Proprio nel periodo presente, la riforma normativa del terzo settore sta andando ad acquisire un tassello di assoluta rilevanza: il registro unico degli enti del terzo settore. L'acronimo con cui stiamo imparando a conoscerlo è RUNTS. Dopo la fase di avvio, nella quale saranno assorbiti i registri previgenti la riforma, sarà possibile un popolamento progressivo.

Il RUNTS diverrà inevitabilmente riferimento per le riflessioni come quella odierna. Si tratta di un registro ad accesso pubblico, costruito sulla base di una normativa finalmente valida su tutto il territorio nazionale: una svolta epocale nella relazione tra il mondo dell'associazionismo e la pubblica amministrazione ma anche per tutti coloro che intendono osservare, studiare, promuovere questa interazione.

Per ora, se vogliamo definire un quadro sulle organizzazioni (comprese quelle di volontariato) attive nel settore dell'assistenza sociale e in quello sanitario, troviamo la fonte più completa ed aggiornata nell'ultimo censimento permanente delle istituzioni non profit (INP) dell'Istat (pubblicato nel 2020 e riferito al 2018). L'Istat, con questo censimento, osserva un universo che supera le 350.000 unità. Limitiamoci a coglierne i seguenti dati.

- L'incidenza delle INP nei settori Assistenza sociale-protezione civile (9,3%) e nella Sanità (3,5%) è pari ad un complessivo 12,7% (46.000).
- L'incidenza in entrambi i settori risulta in crescita rispetto alla rilevazione precedente: 4,1% il primo e 2,4% il secondo rispetto al 2017.
- Nelle organizzazioni impegnate nei due settori è impegnato il 59% del totale dei dipendenti (505.800), notoriamente concentrati nella tipologia delle cooperative / imprese sociali.



- I due ambiti operativi sono anche quelli a più alta vocazione volontaria: oltre il 65% di OdV sono impegnate qui: il 41,9% del loro numero totale (con un incremento del 23,5%).

Per indagare più a fondo, l'ultimo dato ISTAT sul numero dei volontari in Italia (pubblicazione 2017, dati 2015) ci consegna i seguenti dati.

- 1.316.000 volontari impegnati nell'ambito sanitario / assistenza sociale e protezione civile (428.000 + 888.000) pari al 24% dei volontari attivi nel nostro Paese (oltre 5 milioni e mezzo).
- Un forte tasso di crescita rispetto alla rilevazione precedente: 27% nel settore sanità, 48,3% nell'ambito assistenza sociale e protezione civile.

Rispetto al volontariato sociosanitario, un'altra fonte utile – anche se non sovrapponibile con le precedenti – è il REPORT NAZIONALE sulle OdV censite dal sistema dei Centri di servizio per il volontariato (realizzato nel 2015 da Fondazione IBM e CSVnet).

- Nei settori sociale e sanitario risultano impegnate rispettivamente 26,7% delle organizzazioni presenti nei data-base dei CSV: rispettivamente l'11,8% e il 14,9%.
- Le OdV impegnate nella sanità sono tra le più longeve: il 50% ha più di 30 anni di attività alle spalle. Quelle che si occupano di assistenza sociale sono attive in media da 20 anni.

Le informazioni sopra citate ci consentono di sviluppare una prima batteria di considerazioni. Cosa possiamo ricavarne? Cosa significano, ai fini del tema che intendiamo oggi sviluppare? A mio giudizio, possiamo acquisire elementi di assoluta importanza.

Primo tassello. Osserviamo una presenza diffusa e quantitativamente significativa. Il mondo associativo attraversa tutto il nostro Paese. Al di là dei tassi di incidenza regionali e provinciali che parlano di incidenze differenziate rispetto alla popolazione, siamo autorizzati a riconoscere

ovunque la presenza di questa soggettività. C'è una ricchezza che appartiene a tutto il Paese.

Secondo tassello. Osserviamo la tendenza all'incremento, sia se consideriamo le organizzazioni sia se teniamo in considerazione il numero dei volontari. In particolare, la presenza dei volontari ci parla della disponibilità di milioni di cittadini a rendersi disponibili non per obbligo giuridico né per corrispettivo economico, ma volontariamente e gratuitamente, per concorrere al bene comune e alle cause sociali che li sollecitano. C'è un futuro per il nostro Paese.

Terzo tassello. Osserviamo continuità di impegno. Ci sono organizzazioni addirittura secolari. In generale, la tendenza è quella di un impegno che prosegue nel tempo, che si struttura per durare. Ci sono le condizioni per proiezioni e programmi di medio e lungo periodo.

Quarto tassello. Il profilo degli enti di terzo settore rivela un'alta differenziazione. I dati relativi alla presenza del personale stipendiato ed alla concentrazione di volontari potrebbero risultare contraddittori ad un osservatore inesperto. Occorre essere consapevoli e non generalizzare: la varietà delle organizzazioni attive nei settori presi in considerazione è alta. Per essere più espliciti, alla pubblica amministrazione che intende rapportarsi con questo mondo è chiesta capacità di relazione diversificata.

Per deduzione, aggiungo un quinto tassello. La varietà della presenza degli enti di terzo settore è talmente articolata e differenziata che (va da sé) il loro intervento si spalma su una vastissima gamma di attività. E tali attività sono potenzialmente espandibili in aree e modalità oggi inesplorate. La forza propulsiva ed innovativa del volontariato a questo ci ha abituato nel corso dei decenni. Ci sono ampi spazi di generatività.

Qualcuno avrà notato che ho parlato di una presenza diffusa e quantitativamente significativa.

Mi sono riferito alla quantità e non alla qualità. Parlare di qualità non è certo improprio se analizziamo la presenza del terzo settore italiano. Anzi. Non ho voluto generalizzare, nella coscienza della varietà delle situazioni. Ci sono associazioni ben organizzate e associazioni più fragili. Dinamiche e rigide. Più o meno predisposte alla collaborazione. Coraggiose oppure timorose verso i cambiamenti. È normale che sia così. Potremmo dirlo anche con riferimento alle pubbliche amministrazioni. Nel complesso, assumiamo il dato che siamo in presenza di un grande giacimento di opportunità ed esperienze, nonché di possibili alleanze da attivare e/o consolidare.

In un quadro così eterogeneo e complesso, è arrivata la pandemia. Che è successo? Che succederà? Cosa sarà delle associazioni che hanno sospeso attività? Di quelle che hanno subito una contrazione letale delle donazioni, loro tradizionale fonte di sostentamento? Di quelle che hanno registrato la scomparsa di un'intera classe dirigente per via del Covid-19?

Nessuno ha la palla di vetro per prevedere il futuro. Qualche notizia su quello che è successo e sta succedendo è invece disponibile grazie all'osservatorio permanente che è costituito dalla presenza della rete dei Centri di servizio per il volontariato, accreditati ai sensi del Codice del terzo settore e operanti in tutte le regioni italiane già da oltre 20 anni per effetto della legge 266/91, ora abrogata.

Dalle informazioni raccolte dai responsabili dei CSV, abbiamo potuto fotografare la situazione. Ne è derivato un report che abbiamo pubblicato sotto il titolo "IL VOLONTARIATO E LA PANDEMIA – Pratiche, idee, propositi dei Centri di servizio a partire dalle lezioni apprese durante l'emergenza Covid-19" e che è disponibile nel nostro sito istituzionale¹. Ne ricaviamo quanto segue.

¹ <https://www.csvnet.it/component/content/article/157-pubblicazioni-csvnet/3793-il-volontariato-e-la-pandemia?Itemid=893>

Nei primi mesi del 2020 successivi all'emergenza da Covid-19:

- il 31% delle associazioni sono rimaste pienamente operative;
- il 32% parzialmente operative;
- il 37% ha dovuto interrompere del tutto le attività, in conseguenza dell'obbligo di rispettare il distanziamento fisico o altro.

Osservando le associazioni che hanno in qualche modo proseguito le proprie attività (il 63% del totale) metà di esse è stata in grado di mettere in campo servizi nuovi per rispondere all'emergenza attraverso:

- distribuzione generi prima necessità;
- assistenza da remoto in relazione a specifici bisogni sociali;
- controllo del territorio;
- raccolta fondi per terzi.

Evidenze ed insegnamenti? Ne riportiamo alcuni.

Uno. La pandemia ha accelerato molti processi: alcuni erano in lento divenire, altri quasi maturi, altri ancora allo stato progettuale; sono bastati pochi giorni o settimane per dare una spallata alle resistenze. Ciò che appare evidente, tuttavia, è che il mondo del volontariato ha dato prova, ancora una volta, di "esserci" e di rendersi disponibile.

Due. Nell'emergenza non si costruisce nulla. In queste situazioni si raccoglie quanto si è seminato con le relazioni e i progetti coltivati negli anni precedenti. Vale per i soggetti del terzo settore, per le amministrazioni pubbliche e per i rapporti tra i primi e le seconde. È difficile improvvisare.

Tre. Lo spaesamento, unito alla percezione del bisogno e al senso di responsabilità, ha indotto ed ha permesso che si forzasse il perimetro delle collaborazioni tradizionali. È così che si sono realizzate, per esempio, sinergie con categorie di professionisti, con imprese di vario taglio e tipologia.



Si è sperimentata, cioè, la logica dell'alleanza. Altra parola chiave della titolazione di questa webconference.

Ma da questa recente prova, che ci indica la direzione nella quale proseguire, sono emerse anche limiti e contraddizioni.

Commetterei un'omissione se non riportassi un malessere che ha attraversato tutta la penisola. Nonostante le buone pratiche, che pure sono state riscontrate a macchia di leopardo nel Paese, troppo spesso si è guardato ai volontari ed alle associazioni come manovalanza a costo zero, esecutori da attivare a comando, tappabuchi su tutto e subito. La logica dell'alleanza va in tutt'altra direzione. La stessa normativa prevede tutt'altro. Stiamo vivendo la stagione legislativa avanzata: il Codice del terzo settore e segnatamente gli articoli 56 e 57; la sentenza 131/2020 della Corte Costituzionale e le recentissime Linee guida del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (decreto 72/2021) sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del terzo settore.

Ma c'è una norma da rileggere con attenzione. È l'articolo 19 del Codice del terzo settore che chiede alle amministrazioni pubbliche (tutte!) di promuovere la cultura del volontariato. Vorrei che si cogliesse pienamente la portata di questa disposizione. Non si parla né di co-programmazione né di co-progettazione. Neppure di sostegni, favori o risorse da destinare al mondo del volontariato. Preliminarmente a tutto ciò, c'è un richiamo del legislatore alle pubbliche amministrazioni affinché identifichino la "cultura del volontariato" e la promuovano nei suoi significati e nelle sue logiche. Non è un ribaltamento di ruoli o di identità. L'amministrazione pubblica rimane tale nelle sue titolarità. E tale deve rimanere. Qui si guarda ai modi con cui interpreta se stessa. Abbiamo davanti una stagione che può essere particolarmente feconda.

Occorre procedere con scelte oculate e consapevoli. È necessario procedere anche attraverso simboli forti. Uno di questi sarà l'istituzione del titolo annuale di Capitale italiana del Volontariato².

Occorre poi rendere esplicito il quadro di principi, valori, pratiche amministrative e gestionali mediante i quali le amministrazioni pubbliche concepiscono l'apporto del volontariato individuale e organizzato alla realizzazione della funzione pubblica e alla cura dei beni comuni, riconoscendone la cultura, l'originalità e l'autonomia, in coordinamento con la propria attività amministrativa.

Assumendo questa prospettiva, che è anche un programma di lavoro, si coglie con nettezza il senso della presenza dei Centri di servizio per il volontariato.

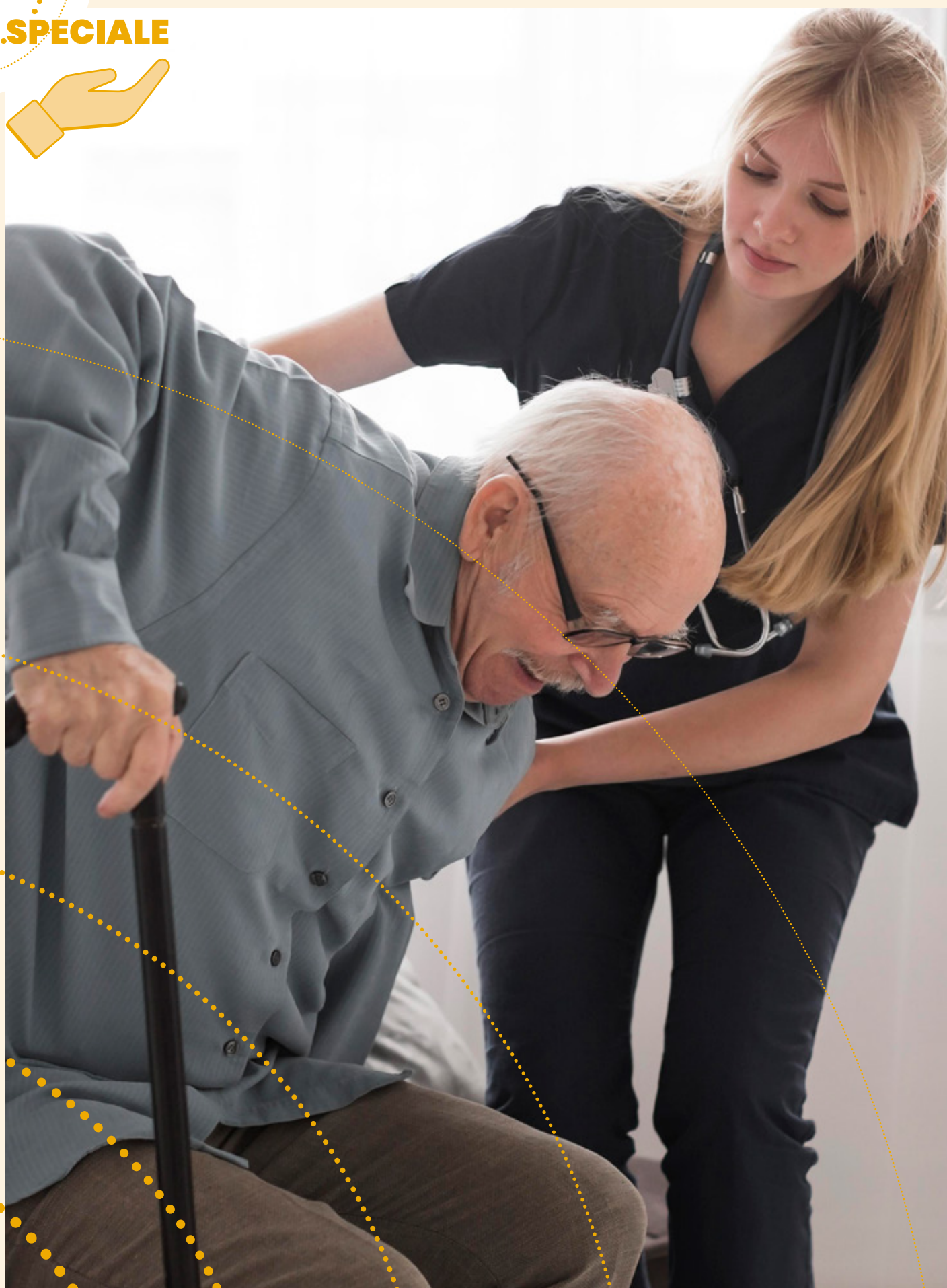
Previsti e accreditati ai sensi del Codice del terzo settore, costituiscono una infrastruttura in progressivo sviluppo, la cui governance è espressione degli stessi enti di terzo settore.

Una rete, finalizzata alla promozione del volontariato, che ha dato prova durante questa pandemia di costituire un punto di riferimento nei momenti dell'incertezza e dello smarrimento.

Un alleato naturale per tutti coloro che vorranno costruire un futuro che non ne dimentichi la lezione impartita da questa pandemia.

² È allo studio un progetto con questa finalità tra CSVnet ed ANCI.





I DATI DEL VOLONTARIATO NEL SETTORE SOCIOSANITARIO

di **Tiziana Del Fabbro**
Segretario Generale Federsanità Anci Friuli Venezia Giulia

Incidenza delle Istituzioni non profit (INP) nei settori Assistenza sociale-protezione civile e Sanità.

Il Censimento permanente delle istituzioni non profit (INP) dell'Istat offre il quadro più completo e aggiornato sulle organizzazioni non profit, comprese quelle di volontariato, attivo nel settore dell'assistenza sociale e in quello sanitario. L'ultimo aggiornamento al 2018 (diffuso nel 2020) conta la presenza di oltre 33.500 organizzazioni non profit impegnate nell'**assistenza sociale e**

protezione civile – pari al 9,3 per cento sul totale (+4,1 per cento rispetto al 2017) – mentre sono più di 12.500 quelle impegnate nella **sanità – pari al 3,5 per cento** sul totale (+2,4 per cento). Si tratta di un'incidenza totale di 46.000 INP (il **12,7 per cento**) rispetto all'insieme di 359.574 organizzazioni non profit attive al 31.12.2018. Rispetto alla loro incidenza sul totale delle INP, le organizzazioni impegnate nei due settori possono però contare su una quota ben più alta di dipendenti: più 505.800, ovvero il 59 per cento del totale.

PROSPETTO 4. ISTITUZIONI NON PROFIT E DIPENDENTI PER SETTORE DI ATTIVITA' PREVALENTE
Anno 2018, valori assoluti, composizioni e variazioni percentuali

Settori di attività prevalente	Istituzioni			Dipendenti ^(a)		
	v.a.	%	Var. % 2018/2017	v.a.	%	Var. % 2018/2017
Cultura, sport e ricreazione	231.275	64,4	2,4	52.629	6,2	-11,3
Istruzione e ricerca	13.993	3,9	0,6	127.694	15,0	1,6
Sanità	12.529	3,5	2,4	186.399	21,8	1,0
Assistenza sociale e protezione civile	33.564	9,3	4,1	319.480	37,3	2,6
Ambiente	5.482	1,5	2,4	2.123	0,2	2,9
Sviluppo economico e coesione sociale	6.549	1,8	0,9	102.131	12,0	3,3
Tutela dei diritti e attività politica	5.801	1,7	9,9	3.158	0,4	-12,1
Filantropia e promozione del volontariato	3.775	1,0	3,9	2.213	0,3	3,4
Cooperazione e solidarietà internazionale	4.313	1,2	2,9	4.107	0,5	-3,1
Religione	17.072	4,7	1,5	10.162	1,2	5,8
Relazioni sindacali e rappresentanza interessi	23.459	6,5	3,7	38.642	4,5	0,0
Altre attività	1.762	0,5	-0,4	4.738	0,6	2,6
TOTALE	359.574	100,0	2,6	853.476	100,0	1,0

(a) Nel caso di istituzioni che svolgono più attività, la variazione dei dipendenti può riguardare il settore d'attività secondario e non quello prevalente.

La tipologia di INP nei settori Assistenza sociale-protezione civile e Sanità.

Ma i due ambiti si affermano anche come quelli a più alta vocazione volontaria. Come si evince dal prospetto 6 nei settori dell'Assistenza sociale e protezione civile e della Sanità sono impegnate

rispettivamente il 41,9 per cento e il 23,5 per cento di Odv (i valori più alti insieme a Cultura sport e ricreazione), **oltre il 65 per cento del totale di Odv.**

Attenzione: a tale incidenza non corrisponde quella dei dipendenti, i quali sono notoriamente concentrati nella tipologia delle imprese sociali.

Presenza dei volontari nelle INP in Assistenza sociale-protezione civile e Sanità

Per analizzare nello specifico i dati sui volontari, bisogna risalire all'edizione del censimento relativa al 2015 (diffusa nel 2017), l'unica aggiornata da questo punto di vista.

E oltre 428mila i volontari impegnati nell'ambito sanitario, mentre la quota dei volontari dell'assistenza sociale e protezione civile arriva a più di 888mila, **in totale quasi il 24 per cento** degli oltre 5 milioni e mezzo di **volontari** attivi nel 2015.

PROSPETTO 6. PRINCIPALI FORME ORGANIZZATIVE DELLE ISTITUZIONI NON PROFIT PER SETTORE DI ATTIVITÀ PREVALENTE. Anno 2018, valori percentuali

Settori di attività prevalente	Organizzazione di volontariato	Associazione di promozione sociale	Onlus	Impresa sociale
Cultura, sport e ricreazione	20,9	82,7	18,7	4,1
Istruzione e ricerca	1,4	2,1	5,6	9,5
Sanità	23,5	2,9	6,1	7,5
Assistenza sociale e protezione civile	41,9	6,6	42,7	45,1
Ambiente	5,9	1,1	4,4	0,1
Sviluppo economico e coesione sociale	0,2	0,6	0,1	32,4
Tutela dei diritti e attività politica	1,4	1,9	1,0	0,0
Cooperazione e solidarietà internazionale	3,5	0,7	17,1	0,2
Altri settori di attività	1,3	1,4	4,3	1,1
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0

PROSPETTO 1.8 DIPENDENTI E VOLONTARI DELLE ISTITUZIONI NON PROFIT PER SETTORE DI ATTIVITÀ PREVALENTE
Valori assoluti e percentuali Anno 2015

Settore di attività prevalente	Dipendenti		Volontari	
	v.a.	%	v.a.	%
Cultura, sport e ricreazione	46.803	5,9	3.128.701	56,6
Istruzione e ricerca	124.879	15,8	161.028	2,9
Sanità	177.725	22,6	428.744	7,8
Assistenza sociale e protezione civile	283.767	36,0	888.080	16,1
Ambiente	1.984	0,3	179.726	3,3
Sviluppo economico e coesione sociale	92.696	11,8	45.566	0,8
Tutela dei diritti e attività politica	3.527	0,4	128.057	2,3
Filantropia e promozione del volontariato	2.162	0,3	116.942	2,1
Cooperazione e solidarietà internazionale	4.350	0,6	106.659	1,9
Religione	6.692	0,8	170.046	3,1
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	37.925	4,8	165.144	3,0
Altre attività	5.617	0,7	10.068	0,2
TOTALE	788.126	100,0	5.528.760	100



Il **rapporto tra volontari e dipendenti** conferma inoltre che le istituzioni non profit sanitarie sono tra quelle con un numero di dipendenti più alto della media nazionale (pari a 15,3) mentre la media dei dipendenti

nell'assistenza sociale e protezione civile è di 9,2. Tuttavia è da sottolineare anche il fatto che i due settori registrano un importante incremento di volontari rispetto al 2011 (+27 per cento per la sanità, +48,3 per cento per l'assistenza sociale e protezione civile).

PROSPETTO 1.9 DIPENDENTI E VOLONTARI DELLE ISTITUZIONI NON PROFIT PER SETTORE DI ATTIVITÀ PREVALENTE
Anno 2015 Variazioni percentuali 2015/2011, valori medi e dipendenti per 100 volontari

Settore di attività prevalente	Var. % 2015/2001		Numero medio per istituzione		Dipendenti per 100 volontari
	Dipendenti	Volontari	Dipendenti	Volontari	
Cultura, sport e ricreazione	3,0	11,1	0,2	14,3	1,5
Istruzione e ricerca	2,9	-8,9	9,3	11,9	77,6
Sanità	11,9	27,0	15,3	37,0	41,5
Assistenza sociale e protezione civile	26,1	48,3	9,2	28,8	32,0
Ambiente	-54,6	28,2	0,4	35,2	1,1
Sviluppo economico e coesione sociale	25,9	-21,1	13,6	6,7	203,4
Tutela dei diritti e attività politica	-21,4	-18,8	0,7	24,4	2,8
Filantropia e promozione del volontariato	-10,7	-2,8	0,6	30,9	1,8
Cooperazione e solidarietà internazionale	139,5	35,2	1,0	24,6	4,1
Religione	135,1	9,9	0,5	11,8	3,9
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	3,0	46,7	1,8	8,0	23,0
Altre attività	55,3	27,8	3,2	5,8	55,8
TOTALE	15,8	16,2	2,3	16,4	14,3

Il rapporto CSVnet-Fondazione IBM

Rispetto al volontariato sociosanitario un'altra fonte utile – anche se non sovrapponibile con le precedenti – è il report nazionale sulle organizzazioni di volontariato censite dal sistema dei Csv, realizzato nel 2015 da Fondazione IBM e CSVnet.

Sul campione totale di Odv censite (44.182), il rapporto conta ben 5.230 associazioni di volontariato impegnate nel ramo della sanità (11,8 per cento) mentre sono 6.604 quelle impegnate nel settore dell'assistenza sociale (14,9 per cento).

In totale nei due settori erano impegnate il 26,7 per cento del totale delle organizzazioni presenti nei data-base dei Csv.

Se consideriamo solo i settori con un numero di casi maggiore di cento, le organizzazioni di volontariato a più alto tasso di volontariato sono quelle impegnate nella protezione civile (24), assistenza sociale (20), e Sanità (19), settore che inoltre registra il numero di soci più elevato, con una media tre volte superiore a quella del totale.

Tabella 10
Mediana
volontari e soci
per settore di
attività
(N=numero di
casi)

SETTORE DI INTERVENTO	Volontari	Soci
Cultura, sport e ricreazione	14 (783)	49 (722)
Istruzione e ricerca	12,5 (118)	25 (111)
Sanità	19 (1.769)	185 (1.787)
Assistenza sociale	20 (1.380)	41 (1.362)
Ambiente	15 (270)	35 (260)
Sviluppo economico e coesione sociale	13,5 (10)	36 (8)
Tutela dei diritti	10 (147)	30 (141)
Filantropia e promozione del volontariato	13 (70)	35 (76)
Cooperazione e solidarietà internazionale	15 (219)	30 (222)
Religione	36,5 (4)	32,5 (4)
Protezione civile	24 (236)	36 (205)
Altre attività	12 (25)	20 (25)
TOTALE	16 (5.031)	63 (4.073)

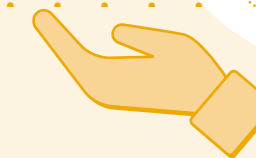


In base al rapporto, le Odv impegnate nella sanità sono inoltre tra le più longeve; il 50 per cento infatti ha più di 30 anni di attività alle spalle mentre quelle che si occupano di assistenza sociale sono attive in media da 20 anni.

Rispetto alla presenza dei volontari, le associazioni sanitarie registrano il 70,3 per cento di presenze maschili e il 29,7 per cento di presenze femminili, per poco più di tremila persone attive in totale. Si tratta del numero più alto di volontari insieme all'assistenza sociale, che conta su 3961 volontari, con una netta prevalenza maschile (quasi il 60 per cento).

Tabella 13
Genere del
rappresentante
legale per
settore di attività

Settore di attività	% F	% M	N° casi
Protezione civile	8,6	91,4	780
Svil. economico e coesione sociale	21,4	78,6	14
Altre attività	25,0	75,0	76
Religione	28,6	71,4	7
Ambiente	29,3	70,7	687
Sanità	29,7	70,3	3.020
Cultura, sport e ricreazione	34,0	66,0	1.599
Cooperazione e solidarietà intern.	35,7	64,3	207
Filantropia e prom del volontariato	35,8	64,2	159
Assistenza sociale	40,2	59,8	3.961
Tutela dei diritti	41,9	58,1	511
Istruzione e ricerca	49,5	50,5	198
Totale	33,6	66,4	11.219





SANITÀ 4.0^{2/021}

LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

www.sanitas40.it

