ORE12 SANITÀ
ITALIA

Telemedicina,
la grande opportunità

Diversità e sanità,
binomio di valore

Da Confimi Sanità
un nuovo nomenclatore

La cellulite
si combatte così

UNA RIVOLUZIONE GENTILE

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% ROMA C/RM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 1/2 2024 - prezzo di copertina. € 10,00

HOT SPAXUS™

Electrocautery-Enabled Tip of Catheter

LAMS montato su un sistema di rilascio con elettrocauterizzazione (procedura one-step)

Il sistema di rilascio intuitivo rende la procedura di drenaggio ecoguidato semplice, agevole e sicura

ENDOVASCULAR SERVICE

ENDOVASCULAR SERVICE S.r.l.

ENDOVASCULAR SERVICE

Via dell'Acqua Traversa 143
00135 Roma
Partita IVA 09175331009
E-mail info@endoser.it
PEC endovascularservice@pecposta.it
Tel. +39 06 3629081
Certificazione ISO 9001 2015

TaeWoong MEDICAL

Hic et nunc

Fate presto!

di *Pietro Romano*

Le modifiche apportate ai test di accesso a Medicina, dopo le polemiche e i ricorsi al Tribunale amministrativo regionale dello scorso anno, hanno condotto a poco. Tanto che, a causa del numero massiccio di esposti al Tar, le prove quest'anno sono addirittura saltate e rimandate dal corrente mese di febbraio, come erano state in precedenza calendarizzate, così da fare ragionevolmente ipotizzare un iter che si concluderà a ridosso dell'estate.

Insomma, anche il sistema Tolc Med (che aveva sostituito la prova unica nazionale) ha già mostrato la corda. Costringendo il ministero dell'Università ad ammetterne le criticità. Difficilmente lo si potrà sopprimere, avendo cadenza biennale, ma pare che il rattoppo sia stato peggior del buco, viste le conseguenze pratiche che ha avuto. La titolare del dicastero competente, Anna Maria Bernini, ha anche esplorato la possibilità di introdurre nuove forme di accesso a Medicina, proponendo un semestre comune prima del test. Di certo, non esiste la possibilità di permettere a chiunque l'accesso a questa facoltà. Non tanto per chissà quale genere di chiamata divina debba essere prevista quanto più probabilmente per carenza di strutture, di docenti, di spazi, di fondi. Il numero chiuso nella sua versione ultra rigorosa, però, ha fatto il suo tempo. Come dimostra (in parte) la fotografia del comparto medico nazionale scattata dall'Istat in relazione ai diversi disegni di legge sull'accesso ai corsi di laurea di Medicina.

Secondo l'Istituto centrale di statistica, i medici italiani in servizio sono mediamente i più anziani d'Europa, considerato che oltre il 55 per cento di loro conta più di 55 anni. Sono i medici specialisti quelli sui quali maggiormente incide l'età. Nessuno si lamenti di questo, però. E non solo perché il medico esperto è un punto di forza, non di debolezza. Ma anche perché l'alternativa è il deserto. A causa del sistema pensionistico e delle riforme che lo hanno modificato in profondità negli ultimi tre decenni, infatti, nei prossimi anni si registrerà un'autentica emorragia di camici bianchi. Una emorragia destinata a non arrestarsi che tra cinque o sei anni. Tanto che si accumulano le proposte di allungare l'età della pensione, ovviamente su base volontaria. Anche dello svuotamento della professione, comunque, è bene che le proposte di riforma dell'accesso a Medicina tengano conto. Nel contempo, va affrontata senza remore e perdite di tempo la questione delle retribuzioni. La calamita estero è sempre più potente.

Nel frattempo che una nuova classe medica possa affacciarsi alla professione occorre fare presto. Ma presto davvero. E l'unica strada percorribile – considerato che le retribuzioni più basse della media europea non sono in grado di attrarre medici dall'estero – è quella dell'allungamento, laddove è possibile, dell'attività. Sarà banale ma non ci appare percorribile altra strada, al momento. Forse si potrebbe pensare a togliere ai medici qualche incombenza, soprattutto nelle strutture, a favore di altre attività sanitarie ma questo è argomento conteso e controverso. I medici che decidessero di rimanere in attività – in cambio di riconoscimenti economici e non, non certo per evitare penalizzazioni – andrebbero considerati dalle istituzioni, dai cittadini, dai colleghi però non certo degli egoisti, come pure potrebbero rischiare, ma benemeriti. Come chiunque decida in questa fase storica, di fronte a un invecchiamento evidente della popolazione media e a una crisi demografica con scarsi precedenti, di rimanere in attività oltre l'età della pensione. "Benemeriti dell'umanità" li ha definiti il "Financial Times", il giornale economico britannico considerato tra i più autorevoli del mondo.

ORE12 SANITÀ
Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12web.it

Direttore Responsabile
Katrin Bove
katrin.Bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale
Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Comitato Scientifico
Roberto Chiappa

Direzione Web e Social
Annachiara Albanese
direzioneweb@ore12web.it

Redazione
redazione@ore12italia.it

Graphic designer & photo editor
Fabrizio Orazi

Hanno collaborato a questo numero
Annachiara Albanese è laureata in scienze della comunicazione
Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista
Maria Concetta Di Mario è giornalista
Satya Marino è giornalista
Danilo Quinto è giornalista
Riccardo Romani è lo pseudonimo di un giornalista
Flavia Scicchitano è giornalista
Lidia Tamburrino è giornalista
Federica Troiani è giornalista

Stampa
Tipografia Brandi snc
Via degli Orti della Farnesina, 9/A
00135 Roma
tipografiabrandisnc@gmail.com

Privacy
Art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679
Informativa sulla privacy disponibile nella sezione [privacy-protezione-dei-dati] su www.ore12italia.eu - privacy@ore12italia.it

Abbonamenti e Arretrati
Copia singola: 10,00 euro
Abbonamento annuo: 60,00 Euro

Warning
Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica, salvo diversa indicazione, sono riservati. Manoscritti o/o foto anche se non pubblicati, non si restituiscono. Garantendo un accurato lavoro del nostro centro documentazione, con regolare acquisizione delle relative licenze, l'editore si dichiara comunque disponibile a valutare segnalazioni, rimuove materiale, liquidare spettanze nei confronti di aventi dirittonon raggiunti o impossibili da rintracciare

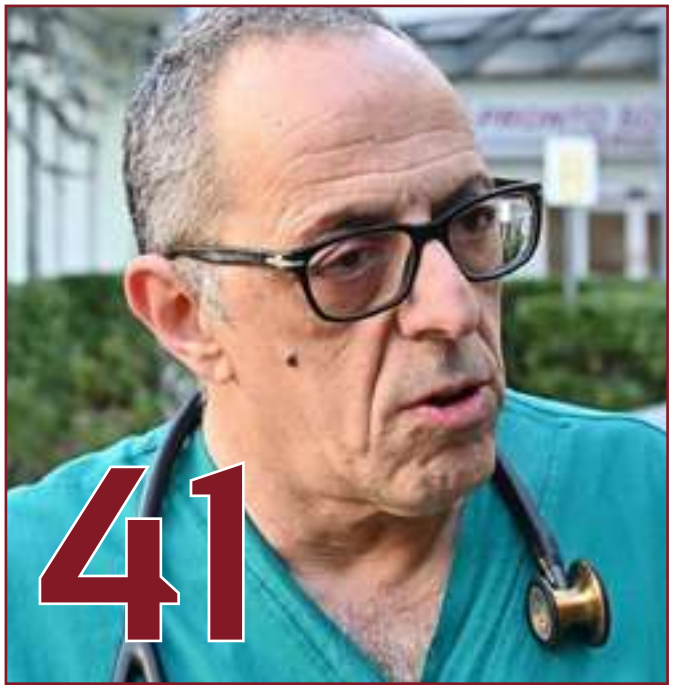
Pubblicato in Italia e nel mondo da
RICOMUNICARE SRL
Piazza Mazzini, 27 - 00195 Roma
Registrazione al tribunale di Roma n.183 del 22/11/2018.
Iscrizione ROC n. 26995

ORE12ITALIA/ORE12GROUP © 2016/2019 RICOMUNICARE SRL. All rights reserved

SOMM

1 HIC ET NUNC
5 LA LETTERA
7 DONATELLA POSSEMATO
11 CONFIMI
13 TELEMEDICINA
17 CHIRURGIA VASCOLARE
20 PNRR
23 UROLOGIA
26 MEDICINA DI GENERE

30 COMBATTERE LA CELLULITE



41 PRONTO SOCCORSO

33 CYBERSECURITY

37 BAMBIN GESÙ

39 MALATI MIGRANTI

44 SOS INFERMIERI

46 DIESSECOM

ARIO

CON IL PATROCINIO DI:

confimi industria SANITÀ

Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana e dell'Impresa Privata

iTotal®: l'unica protesi al ginocchio su misura

CONFORMIS

KASTER

Via Italo Ponattoni, 160 - 00189 Roma
Tel. +39 065629081 - Fax +39 065294776
info@kaster.it - C.F. e P.IVA 04966401004

• NUMERO 5 •

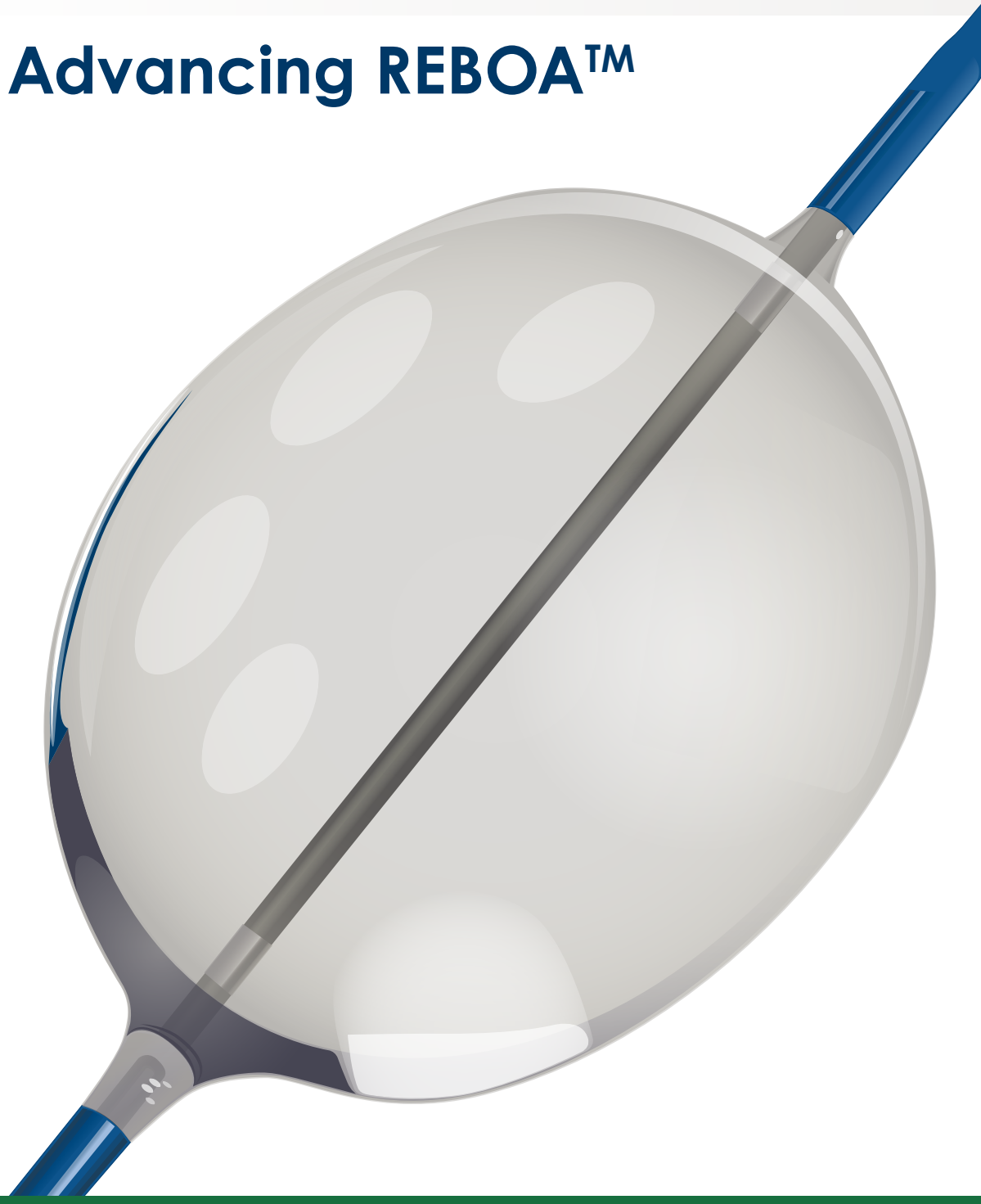
Cari lettori,
l'ultima legge di bilancio ha stabilito che il Fondo sanitario nel 2024 sarà di 134,1 miliardi. Aumenteranno a 135,39 miliardi nel 2025 e a 136 miliardi nel 2026. La maggior parte di questi finanziamenti saranno destinati al rinnovo contrattuale del personale sanitario. La FONDAZIONE GIMBE ritiene che i fondi siano così esigui da non riuscire a compensare l'inflazione e che il rinnovo contrattuale sia una misura necessaria, ma non sufficiente, per risolvere la grave carenza di personale sanitario, in particolare di infermieri e di varie specialità mediche. È una considerazione che condividiamo, perché non è immaginabile procedere con un sistema sanitario pubblico così sotto-finanziato. Basti pensare che in dollari l'Italia spende pro capite 2.500 dollari, la Francia 3.500, la Germania 6.000, Con una spesa così esigua, non è possibile ottenere un sistema sanitario competitivo. Come ha sostenuto di recente Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, il problema non è solo finanziario, ma soprattutto culturale. "Il problema maggiore in Italia", ha detto, "è la difficoltà a far capire quanto sia importante il Servizio Sanitario Nazionale per il benessere di un Paese. Una sanità pubblica funzionante moltiplica le risorse, perché ogni medico assunto poi trascina dietro assunzioni in tanti altri campi. Ed è una chiave per ridurre la povertà. Se andiamo verso la povertà, la gente si ammala e si innesca un circolo vizioso dal quale si rischia di non uscire più. Non c'è altra soluzione se non il servizio sanitario pubblico. Una sanità pubblica funzionante aiuta anche la ricerca scientifica e contiene la fuga dei medici all'estero. Abbiamo bisogno di un servizio sanitario pubblico che coniughi medicina clinica e ricerca scientifica e che sia all'altezza della tecnologia di oggi, cosa che è possibile col PNRR". Remuzzi ha ragione, ma purtroppo si deve constatare che le aspettative sui fondi del PNRR destinati alla sanità – soprattutto le risorse per il SUD, che in questo settore vive un baratro incolmabile – sono rimaste fino ad ora deluse. Questo è esattamente quello che pensa la maggioranza degli italiani, in base ai risultati di un sondaggio SWG, commissionato da NURSIND, il sindacato degli infermieri. Da quasi metà degli italiani viene anche riconosciuto che medici ed infermieri non godono di un adeguato riconoscimento. Per quanto riguarda le assunzioni del personale infermieristico proveniente dall'estero con una formazione diversa rispetto a quella italiana, tra i cittadini prevale il disaccordo. Oltre quattro cittadini su cinque ritiene giusta la decisione degli infermieri di emigrare all'estero in cerca di retribuzioni più vantaggiose ed il 62% della popolazione ha appoggiato la decisione di indire lo sciopero nazionale e la maggioranza ritiene giustificato scioperare con lo scopo di sensibilizzare la popolazione sulle condizioni precarie dei lavoratori del settore e per stanziare risorse economiche al fine di rendere le retribuzioni adeguate alle mansioni svolte. Un quadro chiaro, insomma, che richiederebbe assunzioni di responsabilità e decisioni immediate.

PRYTIME MEDICAL™

KASTER Medical Technology

ER-REBOA™ PLUS

Advancing REBOA™



Via Italo Panattoni 160
00189 Roma

Certified SQS ISO 9001 2015

E-mail info@kaster.it
Tel. +39 063629081

Partita IVA 04966401004

KASTER Medical Technology

La rivoluzione gentile di Donatella Possemato

di *Giosetta Ciuffa*

Affacciarsi alla vita e al mondo del lavoro in un settore, quello della moda, che parrebbe agli antipodi rispetto alla strada poi percorsa e in seguito scoprire analogie e fini comuni tra il punto di partenza e di arrivo. Se a Donatella Possemato, socio e amministratore unico della Casa di Cura Santa Famiglia di Roma, avessero chiesto durante l'adolescenza cosa avrebbe fatto da grande, probabilmente non si sarebbe vista imprenditrice nella sanità né avrebbe dato per scontato il successo a cui nel 2024 la Santa Famiglia va incontro: diventa infatti un vero e proprio Woman Hospital, un centro di cura per ogni aspetto della salute della donna, fisica ma anche legata alle esigenze estetiche che spesso ne compromettono il benessere psicologico. Ma il primo impegno da giovane donna è un'attività da modella - che deve averle portato un'iniziale attenzione nei confronti della bellezza e della valorizzazione della femminilità - e poi, con Emiliani Beauty Supply, il perseguimento di un obiettivo di cura dal fine solo apparentemente estetico: combattere il periodo più buio dei Paesi Baltici, rendendo consapevoli di una ritrovata beltà donne afflitte da lutti, violenza e separazioni e fino a quel momento costrette a ruoli marginali e frustranti da una parte o l'altra del Muro. Poi la vita adulta, il matrimonio con l'imprenditore Max Paganini, l'essere moglie e madre lavoratrice. Il vero rito di passaggio è però la malattia del marito, l'essere stata attraversata da un dolore, che ha

La Casa di cura Santa Famiglia sta diventando un autentico Woman Hospital, un centro attento a ogni aspetto della vita e della salute femminile

fatto germinare quel seme già presente e il cui frutto è stato translare quell'accudimento e quell'assistenza su scala maggiore, facendone mission della governance di imprese sanitarie, con un'attenzione particolare verso le donne, che tante volte portano da sole il peso della sofferenza.

DARE E COMUNICARE sicurezza alle donne significa portare avanti una "rivoluzione gentile" che non aiuta solo loro, ma la società: sono le donne in genere a organizzare micro e macrocosmi - dalla famiglia a un'idea imprenditoriale - e ad andare oltre le difficoltà in maniera pragmatica grazie a quella visione intuitiva, concreta e creativa che innatamente le contraddistingue. E che allenano crescendo, in seguito agli eventi che la vita mette loro davanti, sviluppando infine autorevolezza. Un'autorevolezza per la quale troppe volte i colleghi maschi non hanno dovuto lottare altrettanto e che talvolta è una battaglia impari persa in partenza, poiché combattuta ad armi spuntate. Ciò è particolarmente vero nel settore sanitario, dove a prevalere numericamente sono gli uomini: chirurghi, dirigenti, direttori delle Asl, assessori. Una mentalità non del tutto superata impone che la sala operatoria sia maschile, tranne rare eccezioni: pur cercando di cambiare questa consuetudine in Santa Famiglia, le donne ancora scelgono la sala parto più che la sala operatoria, ed è questa ad assicurare metà del reddito, tagliandole di fatto dal business core di una struttura sanitaria e mantenendo in piedi una mentalità da eradicare.

Da dirigente prima e amministratore poi, Possemato non ha mai interrotto la propria battaglia per dimostrare che la credibilità si può ottenere anche in un ruolo non comune, ricercando un'armonia nello svolgimento della propria attività, bilanciando l'essere donna senza necessariamente mascolinizzarsi per guadagnare la stima altrui e l'esigenza di confronto continuo con un ambiente che si aspetta un uomo al comando. E invece trova non solo una donna, ma una che non rinuncia ad esserlo e neanche dimentica le giovanissime - come era lei quando non avrebbe saputo rispondere alle domande sul futuro -, per le quali ha predisposto nella Casa di Cura Santa Famiglia i servizi di ascolto psicologico durante la crescita e per la lotta ai disturbi alimentari affinché, oltre alla salute, non vengano minate quelle caratteristiche in nuce che porteranno poi a un'adulta sicura di sé.

"Cercare di farsi accettare, ottenere una credibilità che si acquista sul campo è difficile, tra l'altro con degli apicali più anziani: si costruisce tutto sul campo, in un mondo standardizzato al maschile, in un modello assistenziale innovativo nel quale pian piano, con il carisma, si riesce ad abbracciare la mentalità dei più restii": ecco l'esperienza di Possemato, dopo un avvio nella moda che sembrava fermo alla bellezza. Il percorso quindi si potrebbe riassumere, in una blanda semplificazione, come un viaggio dall'autorità imposta (e legata al maschile) all'autorevolezza guadagnata (femminile). Le armi da mettere in campo non sono bellicose, piuttosto tese a ripristinare una gilania: sono l'esempio, il carisma, le idee e i progetti e con questi elementi si acquisisce autorevolezza, senza rinunciare a sentirsi donna a 360 gradi. "Può esserci sinergia tra moda, eleganza e un temperamento al femminile che si sappia confrontare con un mondo maschile". Importante è mantenere la propria femminilità all'interno di un sistema al maschile "che si

La sfida da vincere: portare a compimento un viaggio dall'autorità imposta (maschile) alla autorevolezza guadagnata (femminile)

riesce a governare e plasmare".
Donatella ha quindi saputo entrare da donna nel mondo governato dagli uomini trasmettendo con sicurezza e percezione propria identità di donna, e grazie a questo, accogliendo con sicurezza le caratteristiche tipiche femminili, ha coltivato una percezione naturale e una visione più eclettica rispetto all'uomo. "Abituata ai cambiamenti, la donna è portata ad adattarsi, perché il corpo cambia e così la sua vita, per l'innata propensione alla maternità. Anche nel lavoro noi donne diamo una lettura derivante da una visione eclettica che ci consente di vedere da angolazioni diverse e di avere sensibilità, intuito, empatia, delicatezza": qualità che andrebbero insegnate agli uomini, talvolta un po' tetragoni. Oltre a perseveranza e progettualità, la CEO ha senz'altro attinto a questo bacino di risorse, lavorando per divenire, da unica monospecialistica italiana in Ginecologia e Ostetricia, un Woman Hospital ottenendo la chirurgia

generale: Santa Famiglia è ora un luogo dove la paziente trova tutte le risposte alle esigenze della vita, inclusa la cura della propria immagine, ad esempio intervenire in un taglio cesareo per salvaguardare l'estetica con un'addominoplastica che aiuti a sentirsi nuovamente bella in un periodo delicato come la nascita di un figlio, per ritrovare eleganza e avvenenza in quei rari momenti in cui il piccolo lo consente.

ASSISTENZA PROTESICA

UN NUOVO NOMENCLATORE DA CONFIMI SANITÀ

IL PROGETTO IN COLLABORAZIONE CON NOMISMA RISCRIVE IL DOCUMENTO DATATO E INSERISCE I PRODOTTI DESTINATI AI "BISOGNI MOLTO COMPLESSI"

di *Annachiara Albanese*

Sono circa 3 milioni i pazienti-cittadini che necessitano di assistenza protesica, ausili e prodotti forniti dal Sistema sanitario nazionale per un recupero funzionale e relazionale che li supporti nella quotidianità sociale e lavorativa.

I dispositivi forniti rientrano nel Nomenclatore tariffario, uno strumento dei LEA – Livelli Essenziali di Assistenza - che si traduce in un elenco in cui sono registrate le varie categorie di prodotti erogabili.

Nel documento non sono indicate né le marche dei produttori né i modelli, ma soltanto la funzione e le caratteristiche generali complete di prezzo e indicazioni di manutenzione e riparazione di ciascun dispositivo medico.

Un elenco essenziale che potrebbe essere esaustivo se venisse aggiornato, come previsto, ogni tre anni.

Invece, il documento di Assistenza protesica attualmente in vigore è obsoleto: elaborato nel 1999 è stato sommariamente aggiornato nel 2017.

Ormai otto anni fa, infatti, è stata predisposta una revisione complessiva dei "nuovi LEA" che però ha subito ricevuto una ferma opposizione di tutti gli attori del settore.

Massimo Pulin, presidente di Confimi Industria Sanità

La "nuova" versione, secondo produttori, prescrittori e pazienti, presentava diverse mancanze: prodotti obsolescenti, tariffe inaccessibili, impossibilità di personalizzazione del dispositivo in base alle esigenze del paziente. In più, dall'elenco aggiornato erano stralciati una serie di dispositivi che, per complessità e ridotto numero, non potevano essere messi a gara. Tra tutti: i presidi per le patologie ortopedico-pediatriche.

Negli ultimi due anni, per trovare un equilibrio tra richiesta e offerta, il Ministero della Salute ha coinvolto alcune associazioni imprenditoriali e di pazienti, tra cui Confimi, per revisionare ulteriormente il documento e includerlo nel "decreto Tariffe", la cui entrata in vigore è fissata al prossimo 1° aprile.

Il risultato è però una revisione, un'altra volta, soltanto parziale.

Per riuscire a dare concretezza a un documento fondamentale per la sanità, la verticale di Confimi Industria che conta 1200 aziende nel settore sanitario, ha attivato un progetto con Nomisma per rielaborare completamente il Nomenclatore tariffario.

Il nuovo Nomenclatore "è stato concepito da chi opera tutti i giorni sul campo e in collaborazione con i vari specialisti. Partecipazioni che hanno contribuito a redigere un documento che risponde a requisiti di obiettività, concretezza, appropriatezza", spiega Massimo Pulin, che aggiunge, presidente recentemente confermato alla guida di Confimi Sanità.

Nello studio, svolto in partnership con la società di consulenza Nomisma "per avvalorare e certificare la nostra proposta – sottolinea Pulin - abbiamo analizzato ciascuna opzione che potesse portarci a presentare un progetto completo. Uno scenario esauriente con tutte le criticità attuali e le opportunità".

Per avviare il progetto è stata svolta un'analisi completa dello stato dell'arte, partendo dall'intero sistema regionale in cui è difficile comprendere quale sia attualmente il documento da applicare, per proseguire con un parallelismo tra il Nomenclatore in vigore e quello proposto, in termini di facilità di ottenimento dell'ausilio da parte del paziente.

Lo studio contiene anche un'analisi dell'impatto sociale del nuovo Nomenclatore tramite interviste approfondite con esperti del settore - dirigenti regionali, società scientifiche, associazioni di imprese. Ancora: un'approfondita comparazione con gli altri sistemi internazionali, un focus sulle modalità di accesso alle gare in prospettiva nazionale ed europea e alcuni esempi pratici della revisione.

In più, nell'elenco aggiornato sono stati inseriti i dispositivi precedentemente non inclusi tra i quali tutti quei presidi per le patologie ortopedico-pediatriche.

"Escludere i prodotti per bisogni molto complessi perché non possono essere inseriti in una gara pubblica, modalità che consente l'acquisto di un gran numero di prodotti, è una scelta non risolutiva – spiega Pulin – Il nostro nomenclatore, invece, seguendo le indicazioni di spesa del Ministero della Salute, inserisce e comprende tutti gli ausili più adatti da allestire ad personam".

La proposta di Confimi Sanità mira a consentire al cittadino-paziente "di ricevere le cure più adeguate e alle PMI di rispondere alle più regolari dinamiche aziendali, consentendo loro di continuare a investire in ricerca e sviluppo, a tutela del made in Italy", rivela Pulin.

Il prossimo passo è la presentazione ufficiale del progetto a tutte le parti coinvolte perché il Ministero della Salute valuti tutte le criticità attuali e le opportunità verso una scelta consapevole.

Una scelta che comprende anche un iter di prosecuzione al nuovo aggiornamento: "Il nuovo Nomenclatore deve essere necessariamente accompagnato da una attenta valutazione sui criteri di accreditamento delle aziende che vorranno fornire dispositivi ad alta valenza, pagati ai cittadini dal SSN/SSR", conclude Pulin: "È fondamentale che gli ausili abbiano caratteristiche tali da poter essere realizzati e applicati in strutture consone, con personale attento e preparato, per evitare di far utilizzare dispositivi inadatti".

Un particolare del Nomenclatore Confimi

Telemedicina

Una grande opportunità per il nostro Ssn anche se siamo solo alla fase iniziale. Parla il professor Gabbrielli dell'Istituto Superiore di Sanità

di *Danilo Quinto*

Dal mese di giugno del 2017, Francesco Gabbrielli ha diretto il Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali dell'Istituto Superiore di Sanità. Guida le attività di R&S, R&I, supporto progettuale e di scientific advisoring per le altre Istituzioni regionali, nazionali ed europee nel settore della Telemedicina e della Sanità Digitale, nelle applicazioni in Sanità della Robotica, dei Big Data e nella sperimentazione clinica dell'Intelligenza Artificiale. Docente di eHealth al Corso Magistrale di Economia e Management della Sanità e dell'Innovazione Tecnologica presso l'Università San Raffaele di Roma.
Autore di numerose pubblicazioni scientifiche e divulgative in materia di Sanità Digitale, Telemedicina e ricerca sperimentale medico-chirurgica. Docente e consulente nella progettazione e nella realizzazione di Servizi Sanitari digitalizzati in Italia, America Latina e Africa. Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Pisa, Specializzazione in Chirurgia Generale e Dottorato di Ricerca in Chirurgia Sperimentale all'Università degli Studi dell'Aquila, Master e Registro EUPF dei Progettisti e Manager di Euro-Progetti. Ricercatore dal 1996 in diversi progetti nazionali e internazionali sulle innovazioni tecnologiche per: servizi medico-chirurgici; gestione del cambiamento nei sistemi sanitari; la sicurezza del paziente e la garanzia della qualità sui servizi sanitari; progettazione di sistemi eHealth e mHealth. Ha svolto attività professionale medico-chirugica in Italia (Pisa, L'Aquila, Avezzano, Formia, Roma) e in Spagna (Granada). Già dirigente medico presso il Policlinico di Roma Umberto I, consulente esperto indipendente per la Commissione Europea su progetti eHealth e mHealth, VP Cluster for Health Innovation and Community (CHICO) 2015-2017 e VP Società Italiana per la Salute Digitale e la Telemedicina.

Com'è lo stato della Telemedicina in Italia?

Francesco Gabrielli

In estrema sintesi possiamo dire che siamo in una fase iniziale di sistema. La Telemedicina in Italia esiste da molti anni, ma a livello sperimentale. Me ne occupo da 25 anni di questa materia e posso dire che fino al COVID19 era una tematica riservata a pochi esperti e cultori. Con il 2020 c'è stata un'impennata comunque non strutturata, perché legata all'emergenza sanitaria e da quel momento in poi abbiamo iniziato a costruire un sistema di Telemedicina coerente a livello nazionale: il 17 dicembre 2020 è la data in cui venne pubblicato il primo accordo Stato-Regioni sulla Telemedicina, di cui sono orgoglioso perché basato sugli studi del Centro Nazionale da me diretto. Da quella data in poi nascono tutta una serie di iniziative legate ai documenti diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità durante la pandemia. A partire dal 2022 abbiamo collaborato con AGENAS per costruire un sistema di Telemedicina prevalentemente pubblica, aperto anche al privato, per sessanta milioni di persone. Nonostante tutte le difficoltà, principalmente di carattere burocratico, siamo il primo Paese al mondo che tenta di realizzare un sistema di tali proporzioni. Abbiamo quindi una grande opportunità, ma dobbiamo tenere presente che siamo all'inizio di un percorso. Abbiamo compiuto solo i primi due-tre passi di un'evoluzione necessaria molto più articolata e sfidante.

Siamo alla fase iniziale e si tratta di una grande opportunità

A quanto ammontano gli investimenti in questo settore?

A svariati miliardi e sono investimenti per lo più privati, in crescita. I trend di maggiore crescita riguardano la sensoristica e i dispositivi digitali. Il settore dei software e delle piattaforme si sta abbastanza calmierando in questo periodo, l'Intelligenza Artificiale si trova nella prima fase di picco, di entusiasmo collettivo, ma secondo me ci sarà un ridimensionamento del suo ruolo nei prossimi anni.

Che cosa pensa dell'applicazione dell'IA nel campo della sanità?

Dividerei la IA in due ambiti di applicazione: quello che serve per gestire la parte organizzativa e logistica della Sanità e quello utile per fare diagnosi e prendere decisioni mediche. Non capisco perché il primo ambito non venga già usato negli ospedali, perché ha dimostrato, in altri settori produttivi, di essere uno strumento potentissimo di controllo, non solo di ottimizzazione delle risorse, ma anche di implementazione di nuove opportunità. Sul secondo ambito, invece, c'è tutto un mondo di esperienze e pratiche cliniche di cui non sappiamo ancora nulla. Su questo tema ho fondato un gruppo di esperti con cui abbiamo iniziato uno studio specifico sulla metodologia di sperimentazione clinica dell'IA. Anche in questo caso siamo i primi al mondo a tentare di fare questo discorso. Senza alcun dubbio, sull'IA ci sono molte aspettative, ma c'è tantissimo ancora da lavorare, la strada da fare è ancora molto lunga.

Sono in molti a ritenere che affidarsi in toto alla tecnologia possa far perdere le conoscenze tradizionali della Medicina anche in termini d'interventi chirurgici. Lei condivide quest'opinione?

È un timore che anch'io condivido. È sbagliato usare la tecnologia in modo acritico e aspecifico, senza un ragionamento clinico, che deve guidare e va insegnato. Il ragionamento clinico, comunque, parte sempre da una base solida, che è quella tradizionale. Quindi, occorre rimanere sul sentiero tracciato dalla Medicina in centinaia d'anni, nel quale dobbiamo inserire delle modalità diverse di utilizzo delle tecnologie. Questo fatto, nel tempo, modificherà anche la Medicina, inevitabilmente, ma questa nuova Medicina dovrà arrivare con i tempi giusti: con la sperimentazione, la meditazione, la riflessione su ciò che stiamo facendo e non con la corsa, la fretta. Qui c'è un problema da tener presente: chi produce tecnologie digitali vuole vendere subito, chi le usa o dovrebbe usarle consapevolmente, ha invece bisogno di tempo per sperimentarle e per capire a chi sono veramente utili rispetto ai possibili utilizzi e questo richiede tempo. Dobbiamo trovare un punto di equilibrio tra queste due esigenze contrastanti, perché il medico oggi non può fare a meno dei produttori. Far convivere queste due esigenze è una grande sfida per la Medicina del domani che vuole usare la tecnologia.

Esistono delle resistenze all'affermarsi della Telemedicina?

Sì e purtroppo vengono proprio dai professionisti sanitari. Si

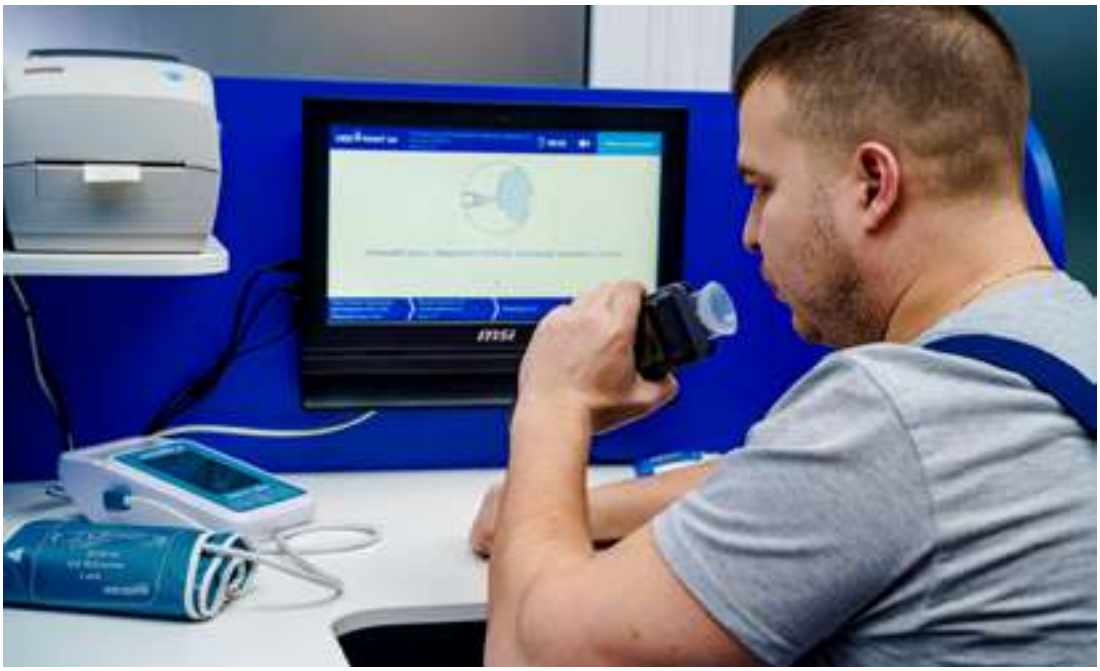
manifestano sulla mancata volontà di utilizzare le tecnologie per quello che sono. Le faccio un esempio: tutti parlano di televisita e teleconsulto, che però sono destinati ad essere marginalizzati, perché coloro che hanno provato a usarli nel quotidiano ma senza adeguamento organizzativo – ad esempio i dermatologi, sui quali abbiamo sviluppato uno studio – non li percepisce come una risorsa ordinaria di lavoro, ma da riservare ad una percentuale molto piccola di casi, circa il 15%. Perfino i sistemi che hanno provata efficacia, come le reti STEMI o STROKE nelle emergenze per infarto cardiaco o ictus, sono utilizzati, perché sarebbe anacronistico non farlo, ma solo in casi particolari, ovvero quando le procedure tradizionali non possono funzionare. Così, la Telemedicina viene relegata ad un uso eccezionale. Di fatto, non viene usata mai o quasi mai. Invece, deve diventare un sistema ordinario di lavoro, grazie al quale si possono cambiare i processi organizzativi interni all'azienda. È questo lo sforzo vero da fare.

Un modo per superare questo gap, potrebbe essere quello d'inserire la Telemedicina nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Forse sì. Noi intanto, nel nostro piccolo, abbiamo fatto questo: abbiamo riunito dodici società scientifiche che si occupano di Neurologia ed abbiamo realizzato un documento di consensus sull'uso della Telemedicina per la Neurofisiologia Clinica, una materia molto specialistica e molto importante, che prevede misurazioni fatte con sistemi digitali da effettuare anche a distanza, con enormi benefici per il paziente e per il sistema. Abbiamo altresì realizzato, anche qui dopo un lungo studio, una cosa analoga per la Cardiologia: abbiamo riunito diciannove società scientifiche di Cardiologia, che hanno sottoscritto un documento di consensus, approvato anche con il contributo delle associazioni dei pazienti, nel quale c'è scritto che in alcune situazioni – ad esempio nello scompenso cardiaco cronico – è preferibile e raccomandato assistere il paziente grazie alla Telemedicina. Non è ancora possibile fare vere e proprie Linee Guida mediche italiane sulla Telemedicina, perché non ci sono ancora casistiche sufficienti su base nazionale, ma nel frattempo abbiamo realizzato questi documenti che sono molto importanti. In realtà, l'intenzione sarebbe quella di proseguire per tutte le specialità, ma per farlo sono necessari investimenti per garantire le risorse umane e materiali necessarie a realizzare finalmente un Centro nazionale di Telemedicina, medicina digitale/robotica e farlo funzionare in modo adeguato. Purtroppo in questi anni tale proposta è stata sempre ignorata a livello istituzionale, mentre il lavoro svolto è stato accolto molto positivamente dai colleghi sanitari. Però il nostro lavoro, che può essere solo di alta qualità, ha bisogno di tempo. In sintesi, non si possono elaborare in tempi brevi con poche persone e risorse esigue gli studi di carattere tecnico-scientifico di cui avrebbero bisogno coloro che hanno il dovere di formulare gli atti regolatori della Sanità moderna.

Quali sono i settori in cui la Telemedicina aiuterebbe di più il sistema sanitario nazionale?

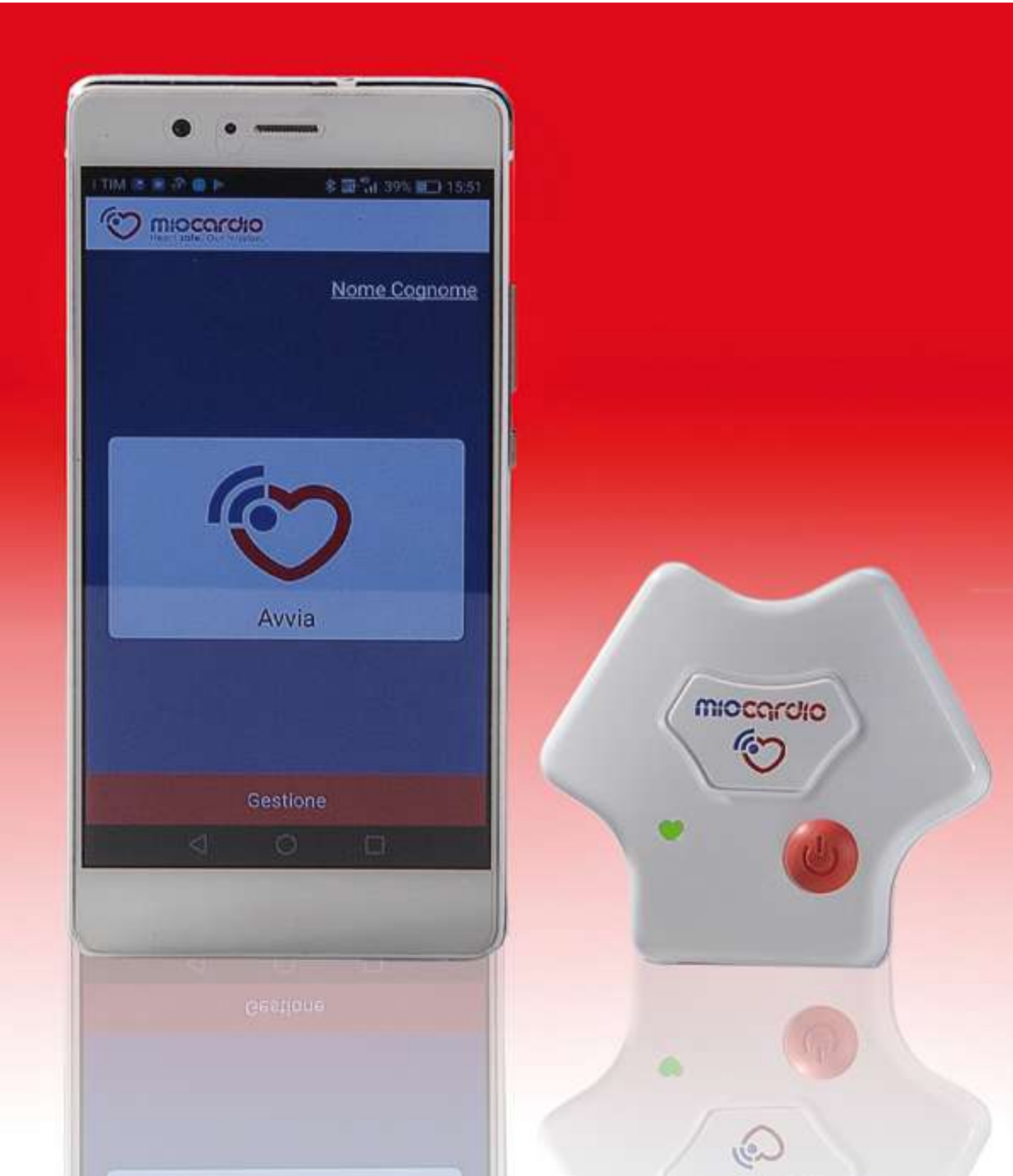
La cronicità, la multi-morbilità e la prevenzione. In questi settori la Telemedicina potrebbe dare un contributo enorme in termini di risultati, di aumento di qualità, accessibilità e sicurezza e quindi ridurre il ricorso a terapie estremamente costose, rendendo complessivamente il sistema più sostenibile. È chiaro, però, che bisogna fare degli investimenti oculati e ben strutturati in termini di progetto per i territori da servire. Non si può improvvisare e non serve acquistare macchine e sistemi digitali senza sapere prima come andranno usati.



MVS s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



CHIRURGIA VASCOLARE

di *Riccardo Romani*

ROCCO GIUDICE

La tecnologia
al servizio della salute

Rocco Giudice si è laureato in Medicina e Chirurgia e si è specializzato in Chirurgia Vascolare presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Dopo un periodo di formazione e training in Chirurgia endovascolare negli Stati Uniti presso l'Harbor-UCLA Medical Center di Torrance, in California, l'Arizona Heart Institute a Phoenix, in Arizona e lo Union Memorial Hospital a Baltimora, in Maryland, è stato assunto come dirigente medico presso l'U.O.C. di Chirurgia Vascolare dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, di cui oggi è Direttore. Autore di oltre cinquanta pubblicazioni su riviste scientifiche nazionali ed internazionali, è membro della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare, della European Society for Vascular Surgery, della International Society of Endovascular Specialists e del Collegio dei Primari Ospedalieri di Chirurgia Vascolare.

Com'è cambiata la Chirurgia Vascolare negli ultimi vent'anni?

È cambiata in maniera radicale, perché siamo passati da una chirurgia che prevedeva procedure gravose per il paziente ad un utilizzo sempre più frequente ed estensivo di metodiche mininvasive, con possibilità di eseguire l'intervento e risolvere il problema senza taglio chirurgico. Questo ha comportato un generale e significativo progresso sia in termini di esiti - perché la mininvasività della procedura si accompagna ad una riduzione dei tassi di complicanze e di mortalità - sia per il fatto che questo tipo di chirurgia può essere offerto ad un numero di pazienti sensibilmente maggiore: oggi gli ultraottantenni, a volte anche i novantenni, possono giovarsi di queste terapie e far fronte a patologie potenzialmente mortali.

Quali sono state le principali innovazioni degli ultimi anni?

Sono legate ad una diversa filosofia di trattamento. Si

Rocco Giudice in sala operatoria

è passati da un approccio chirurgico diretto all'arteria, che prevede la sua riparazione con tecniche di endoarteriectomia o di sostituzione mediante innesti protesici o biologici, ad un approccio endovascolare che prevede la navigazione all'interno del vaso: in presenza di lesioni ostruttive che ostacolano il flusso del sangue, si agisce con palloncini o stent che consentono di riaprire il lume e, viceversa, se ci si trova di fronte a malattie dilatative – gli aneurismi – si va ad inserire, sempre dall'interno, una cosiddetta endoprotesi che si espande nel vaso, si fissa a monte ed a valle del segmento malato e dilatato, così da reindirizzare il flusso del sangue all'interno della protesi stessa, prevenendo la rottura dell'aneurisma.

La chirurgia tradizionale è stata del tutto sostituita?

Assolutamente no. La chirurgia tradizionale ha ancora il suo legittimo spazio nei casi che non sono eleggibili per procedura endovascolare o laddove il trattamento mininvasivo non garantisca validi risultati in termini di esiti a distanza. Esistono, quindi, ancora diverse situazioni in cui la chirurgia tradizionale mantiene il suo insostituibile ruolo, motivo per il quale il chirurgo vascolare moderno deve necessariamente padroneggiare entrambe le tecniche.

Alcuni suoi colleghi affermano che le nuove generazioni mediche non conoscono bene la chirurgia tradizionale. E'anche lei di questo avviso?

Si tratta di un problema di quest'epoca formativa: con la diffusione delle tecniche mininvasive gli specializzandi ed i giovani chirurghi vascolari hanno meno possibilità di prendere parte ad un intervento di chirurgia tradizionale e, quindi, di formarsi sulla chirurgia aperta. Peraltro non solo la chirurgia tradizionale si fa sempre meno, ma i casi ad essa destinati - perché non trattabili con tecnica endovascolare - sono generalmente sempre più complessi.

È un problema ben presente agli operatori del settore e, in particolare, alle strutture universitarie che sono istituzionalmente deputate alla formazione e ci sono varie idee in proposito, come ad esempio quella di centralizzare, per un periodo, la formazione degli specializzandi presso Istituzioni che si dedichino prevalentemente alla chirurgia aperta.

Lei usa la Telemedicina? La ritiene utile?

Abbiamo varie implicazioni con la Telemedicina. Per esempio, nel mio reparto è già prassi l'attività di vedere a distanza esami diagnostici quali la TC, così come sono già attivi, nell'ambito della rete dell'emergenza ospedaliera, sistemi di consulto e confronto a distanza con colleghi di Ospedali che a noi afferiscono.

Che impatto ha avuto negli ultimi anni la pandemia sulle malattie cardiovascolari?

La pandemia ha avuto sicuramente un impatto drammatico nella vita personale e professionale di tutti noi, a prescindere da quello che possa essere stato il nostro coinvolgimento diretto nel fronteggiare il Covid.

Sono stati stravolti i criteri organizzativi degli ospedali e per diversi mesi abbiamo avuto un andamento, per così dire, "a fisarmonica", in cui si aprivano e si chiudevano reparti in funzione dell'andamento della pandemia.

Inoltre, ci sono state delle specifiche implicazioni di carattere fisiopatologico del Covid in ambito vascolare, perché si è capito che quella che sembrava essere una sindrome prevalentemente respiratoria, di fatto è una vera e propria malattia sistemica, che genera problemi sulle funzioni dell'endotelio - lo strato di rivestimento interno dei vasi - e sulla coagulazione del sangue, con possibilità di trombosi.

Che incremento hanno avuto queste complicanze?

Non ho dati precisi. Quello che risulta chiaro è che, soprattutto nella fase cruciale della pandemia, tutti i centri di chirurgia vascolare hanno registrato un incremento di sindromi trombotiche, sia sul versante arterioso (ischemie) sia sul versante venoso.

Quest'incremento continua in questo periodo?

Direi di no. In questa fase, l'andamento epidemiologico di questo tipo di eventi mi sembra sovrapponibile all'epoca pre-pandemica. Non ho dati specifici al riguardo, ma la sensazione è che si sia tornati ad una fase, per così dire, di normalità.

Sulle mancate diagnosi cosa può dire?

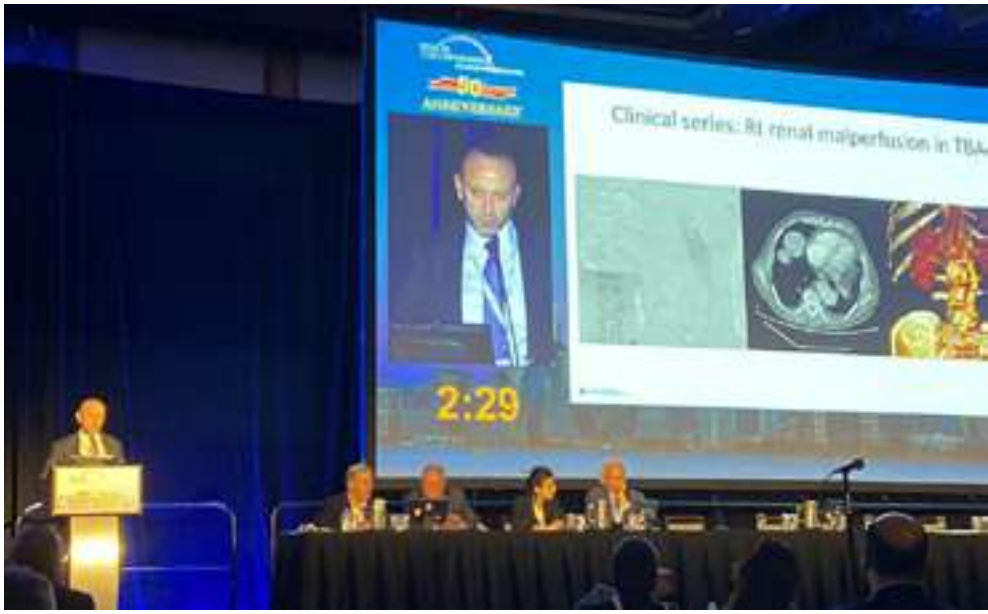
Purtroppo – e questo è un problema che riguarda, oltre alle patologie cardiovascolari, anche quelle oncologiche – durante la pandemia si è ridotta la possibilità di accesso dei pazienti agli Istituti di cura e le attività maggiormente penalizzate sono state quelle di screening e di follow-up. La conseguenza è che oggi molti pazienti pagano il prezzo di diagnosi tardive e tutto ciò ha favorito la comparsa di complicanze a distanza ed esiti meno favorevoli

Torniamo al tema dell'innovazione. In base alla sua lunga esperienza, che cosa può prevedere in termini di innovazione nel suo settore di attività?

L'innovazione va di pari passo con la tecnologia. Riflettevo l'altro giorno, conversando con un mio collaboratore, su come sia cambiato il concetto di telefono cellulare negli ultimi quindici anni: a metà degli anni duemila era un dispositivo che usavamo quasi esclusivamente per telefonare, oggi racchiude, nel bene e nel male, la vita di ognuno di noi. Se questo avviene per una tecnologia di uso quotidiano, figuriamoci che cosa dobbiamo e possiamo aspettarci per la tecnologia medicale. Oggi si fa un gran parlare di Intelligenza Artificiale, Realtà Virtuale, Realtà Aumentata; è chiaro che si va in questa direzione e che il progresso in tal senso potrebbe avere un andamento esponenziale. La tecnologia ci consentirà sicuramente di fare tante altre cose ma anche di fare meglio quello che già facciamo.

Lei non pensa che ci sia una buona parte di persone che rimette troppa fiducia nell'Intelligenza Artificiale, volendo mettere da parte l'umano?

Da questo punto di vista direi che io ho una visione ottimisticamente romantica, per così dire, nel senso che sono convinto che il ruolo centrale sarà sempre quello dell'uomo. È chiaro che con lo sviluppo dell'Intelligenza Artificiale tutto quello che potrà essere automatizzato sarà automatizzato. Dovremo essere noi bravi a cogliere il positivo di questa opportunità ed a prevenirne le possibili degenerazioni.



Così il ‘nuovo’ Pnrr aiuterà anziani e fragili

Più fondi per telemedicina e assistenza domiciliare

di *Pasquale Latorre*

La Commissione europea ha recentemente approvato la rimodulazione della missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) che prevede un incremento dei fondi destinati alla telemedicina e all’assistenza domiciliare, con un investimento aggiuntivo di 750 milioni di euro.

Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, ha sottolineato che questa modifica rappresenta un risultato molto positivo sul fronte dell’incremento di prestazioni. Evidenziando che non ci sarà alcun definanziamento e che tutte le iniziative inizialmente programmate saranno realizzate. Si incrementerà, inoltre, l’offerta di servizi

grazie al lavoro di ricontrattazione della missione 6.
Durante l'incontro tecnico con la Commissione europea, il ministero della Salute ha ottenuto una redistribuzione di 750 milioni di euro verso gli interventi di Assistenza domiciliare e Telemedicina, riferiti all'investimento "Casa come primo luogo di cura e telemedicina".
Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, sono stati incrementati gli investimenti di 250 milioni di euro per la presa in carico di 842mila persone anziane entro giugno 2026, 42mila in più rispetto all'obiettivo iniziale. Questo rappresenta un importante passo in avanti per garantire una migliore assistenza alle fasce di popolazione più vulnerabili e agli anziani.
Per quanto riguarda la telemedicina, sono stati incrementati gli investimenti di 500 milioni di euro, con un aumento del target finale di 100mila persone assistite tramite servizi di telemedicina entro il 2025, per un totale di 300mila assistiti.
Inoltre, sono state apportate modifiche agli investimenti strutturali a causa dell'aumento dei costi dei materiali di costruzione e di alcuni ritardi dovuti alla necessità di rinvenire finanziamenti addizionali. Tuttavia, non sono previsti definanziamenti a carico delle singole misure.
I target europei riferiti a Case della comunità, Centrali operative territoriali, Ospedali di comunità, interventi di antisismica e posti letto di terapia intensiva e area medica sono stati riprogrammati senza modifiche rispetto alla programmazione iniziale dei Contratti istituzionali di sviluppo.

Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e gli interventi programmati, sono previsti l'utilizzo di fondi alternativi come le risorse provenienti: dall'Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/88, dai fondi per le politiche di coesione, risorse ad Fondo Opere Indifferibili e risorse derivanti dai bilanci regionali/provinciali.
E' stata apportata una modifica anche alla digitalizzazione nel campo della salute. Sono state chiarite le possibilità di ricorrere a strumenti Consip ulteriori rispetto a quelli inizialmente previsti per la digitalizzazione dei Dea (Dispositivi elettronici di acquisizione), così come l'utilizzo del Mercato elettronico della Pubblica amministrazione per gli acquisti accessori.
In breve gli obiettivi principali della missione 6 del PNRR:

1. Incrementare l'assistenza domiciliare per le persone anziane, prendendo in carico un maggior numero di individui entro giugno 2026.
2. Potenziare la telemedicina, aumentando il numero di persone assistite attraverso servizi di telemedicina entro il 2025.
3. Garantire la realizzazione delle strutture e degli interventi programmati, utilizzando fondi alternativi e ottimizzando la digitalizzazione nel campo della salute.
4. Migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari per le fasce di popolazione più vulnerabili e gli anziani.
5. Mantenere tutti gli investimenti inizialmente previsti senza definanziamenti.

"La modifica al Piano rappresenta un risultato molto positivo sul fronte dell'incremento delle prestazioni"

Il ministro della Salute, Orazio Scillaci

GIUSTO IL MAGAZINE CHE TI MANCAVA.
COMUNQUE TU LEGGA. ORE 12 E' CON TE.

Abbonati ora alla versione cartacea o digitale

WWW.ORE12WEB.IT

Urologia, la rivoluzione robotica

I VANTAGGI DELLE NUOVE TECNICHE PER I TUMORI DELLA PROSTATA, DEL RENE E DELLA VESCICA

di *Lidia Tamburrino*

Andrea Cocci opera nel reparto di Urologia Oncologica Mini-Invasiva Robotica ed Andrologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze. Ha avuto esperienze di lavoro in Spagna, Cile, Inghilterra, dove ha trascorso un anno, prima a Bristol, presso il prof. Marcus Drake e successivamente a Londra, presso il prof. David Raltk. Per fare studi di anatomia funzionale femminile e studi di chirurgia funzionale maschile. Ha affinato la pratica della chirurgia robotica in Belgio, presso il prof. Motrie. A Firenze ha vinto il dottorato di ricerca sulla chirurgia pelvica e genitale maschile. È ricercatore, urologo e andrologo presso il Dipartimento di Urologia e Andrologia dell'Università di Firenze.

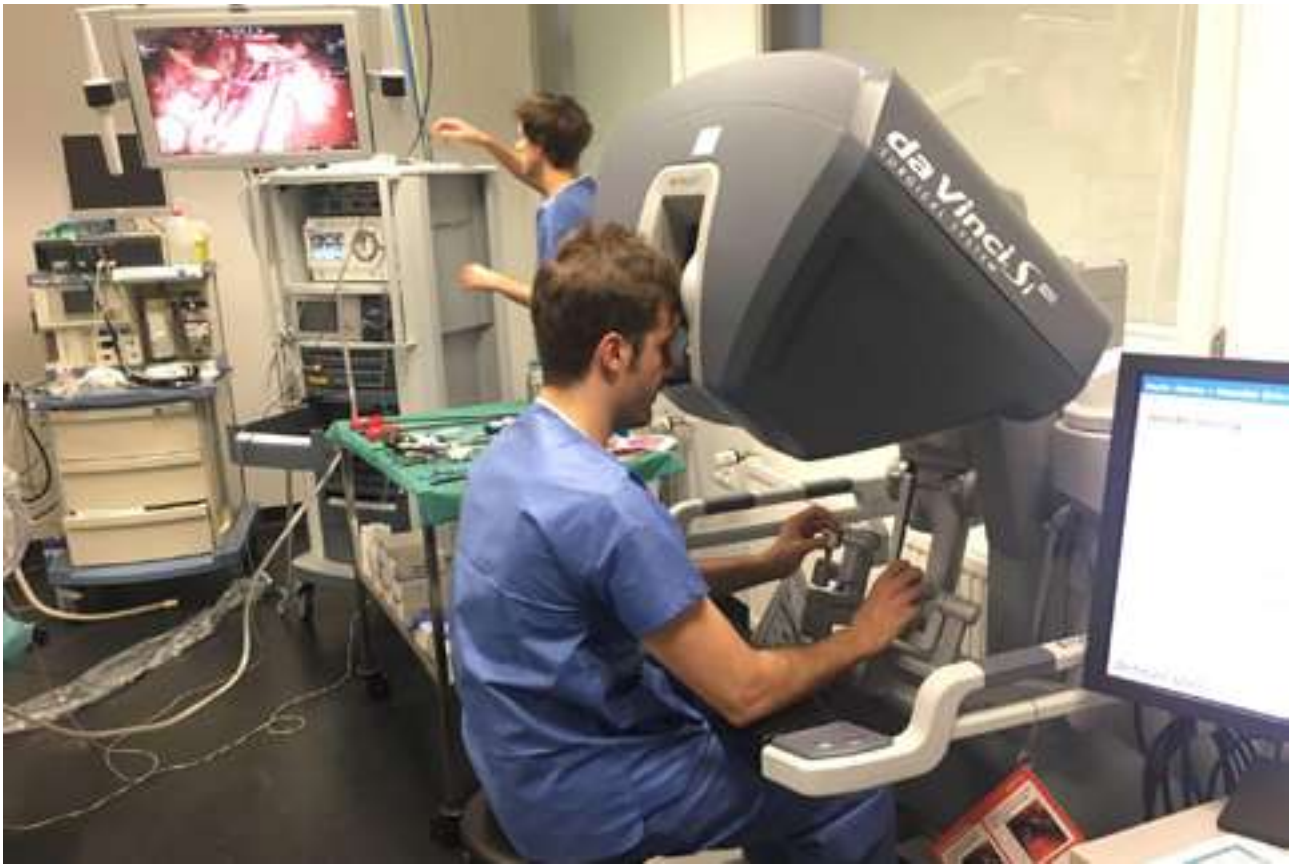
Quale utilizzo di chirurgia robotica si fa in ambito urologico?

È una tecnica che esiste da almeno dieci anni. È semplicemente la combinazione della chirurgia laparascopica con l'ausilio della metodica robotica, vale a dire un robot che ha la capacità di affinare sia i movimenti del chirurgo sia la qualità dell'immagine del campo operatorio.

Quali sono i vantaggi?

Non si fanno accessi con tagli, ma solo con fori e questo comporta minore dispersione del calore del paziente, che è uno dei fattori che rende il post-operatorio più lungo e più difficoltoso, con un recupero molto più lento. Il secondo vantaggio consiste nel fatto che non viene tagliata nessuna fascia muscolare e quindi il dolore post-operatorio è estremamente minore ed il recupero più rapido. Inoltre, la visione magnificata e i movimenti più delicati consentono la preservazione di strutture nobili, quali, ad esempio, quelle nervose.

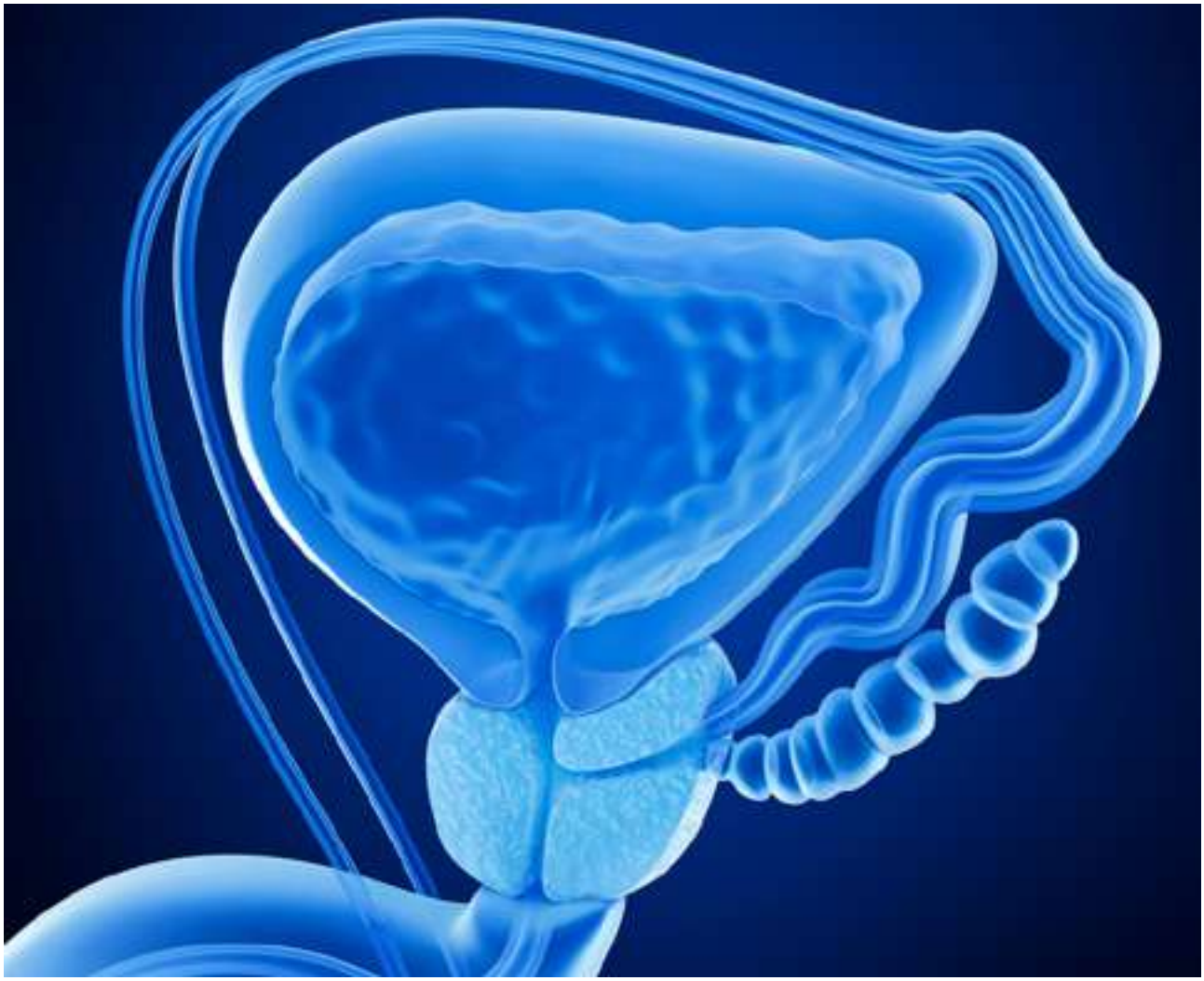
Quali interventi si possono svolgere con l'ausilio della robotica?



Sono tre grandi interventi, quelli principali. La prostactomia, l'intervento di rimozione della prostata in caso di tumore; l'asportazione dei tumori renali e l'asportazione della vescica in caso di tumore. Il tumore alla prostata rappresenta il primo tumore per incidenza nell'uomo; i tumori renali sono molto meno frequenti e non hanno ad oggi una chiara eziologia; il tumore della vescica è molto diffuso, perché è strettamente e quasi esclusivamente legato al fumo. L'applicazione della robotica a questi tumori ha vari vantaggi. Il tumore alla prostata è legato a due possibili complicanze: l'incontinenza e la disfunzione erettile. Con l'avvento della chirurgia robotica l'incontinenza è praticamente scomparsa; è molto difficile vedere pazienti incontinenti dopo queste tipologie d'intervento ed anche quando questo avviene sono incontinenze molto leggere, che hanno una durata di poche settimane. Con la chirurgia open o anche con la laparascopia classica era praticamente impossibile mantenere l'erezione, oggi, nei casi in cui il tumore lo permette, la chirurgia robotica ha la possibilità di preservare le strutture nervose e, tramite un'adeguata riabilitazione, far recuperare al paziente se non la totale erezione, un buon 80-90% di quella che possedeva. E questo è realmente un grande passo in avanti. Sulla parte renale è ancora più impattante la chirurgia robotica, perché precedentemente l'intervento per eliminare un tumore del rene era non solo fisicamente gravoso per il paziente, perché andava

Andrea Cocci

quasi sempre rimossa una costola, per accedere al rene, ma soprattutto siamo in grado di preservare, nella maggior parte dei casi, l'integrità di tutto il rene e questo naturalmente rappresenta un vantaggio incredibile se pensiamo all'aspetto della funzionalità renale. Per quanto riguarda il tumore della vescica, pensiamo a quanto sia



problematica la sua rimozione per un individuo, perché ha come conseguenza una reale perdita di autonomia. Togliere la vescica significa collocare dei sacchetti sulla pelle nei quali si deriva l'urina. Oggi, invece, nella maggior parte dei casi, è possibile con la chirurgia robotica ricostruire la vescica grazie ad un pezzo d'intestino che viene prelevato e configurato a forma di vescica e quindi ridare un'apparente, simile funzionalità urinaria tramite una ricostruzione interamente intracorporea. Questi sono gli interventi maggiormente diffusi nei centri a maggior volume, quali possono essere i policlinici.

Che differenza c'è per il chirurgo tra un intervento open e un intervento con chirurgia robotica?

L'intervento open è estremamente stressante e lungo da svolgere, mentre l'intervento con l'ausilio del robot è molto comodo: in una sala operatoria si possono svolgere tre-quattro interventi al giorno contro i due massimo tre interventi che si potevano svolgere con la chirurgia tradizionale.

Molti affermano che le nuove generazioni dei medici non sanno più operare con la modalità tradizionale. Lei condivide questa valutazione?

Ad oggi, la necessità di fare interventi open ed interventi in urgenza, è estremamente diminuita, ma logicamente ci deve essere, all'interno di un Istituto, una persona che abbia una forte esperienza anche di chirurgia open. Ricordiamoci che oggi i team sono multidisciplinari: nel caso ci sia un trauma multi-organo con la necessitò di fare un intervento open in urgenza, ovviamente ci dev'essere un'equipe mista chirurghi-urologi che va a gestire quella complicanza e questo è l'obbligo che ha un policlinico. Sicuramente non si può pensare di addestrare le giovani generazioni a realizzare interventi open estremamente demolitivi e impattanti sugli individui nell'ipotesi che tutti debbano essere formati per quelle tre urgenze all'anno.

Lei usa la telemedicina?

La utilizzo in forma limitata. È utile nel caso di determinate tipologie che non implicano il controllo del corpo o magari nei controlli per pazienti che sono impossibilitati a muoversi, ma le prime visite, in particolare dei pazienti che vanno incontro ad un intervento chirurgico, vanno fatte di persona, perché toccare fisicamente la pancia del paziente, vedere il volto del paziente mentre gli si spiega la situazione, è tutta un'altra cosa.

LA DIVERSITA' COME VALORE

A sottolinearlo l'Oms

LA "MEDICINA DI GENERE" IMPONE DI TENER CONTO DELLE DIFFERENZE DI FRONTE ALLA SALUTE CON LO SCOPO DI PERSONALIZZARE LE CURE

di *Flavia Scicchitano*

Un sistema sanitario equo, e quindi in grado di tutelare il diritto alla salute di ogni uomo e ogni donna, non può prescindere dalla considerazione delle differenze di genere per tendere all'obiettivo di un'effettiva personalizzazione delle cure. La crescente mole di dati epidemiologici, clinici e sperimentali suggerisce, infatti, l'esistenza di notevoli differenze nell'insorgenza, nella progressione e nelle manifestazioni cliniche delle malattie comuni a uomini e donne, nonché nella risposta e negli eventi avversi associati ai trattamenti terapeutici. L'importanza di tener conto di queste diversità, per tutti e a tutte le età, è stata sancita

dall'Organizzazione mondiale della sanità, che ha introdotto il concetto di 'medicina di genere', definendola come lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, definite dal sesso, e socioeconomiche e culturali, definite dal genere, sullo stato di salute e malattia di ogni persona. Il genere - afferma l'Oms - influenza l'esperienza delle persone e l'accesso all'assistenza sanitaria, e spesso sono proprio le donne a incontrare ostacoli maggiori rispetto agli uomini, barriere che includono la mancanza di formazione e consapevolezza tra gli operatori e i servizi sanitari riguardo ai bisogni specifici. Per portare alcuni esempi, l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri (Irccs) ricorda la sindrome coronarica acuta, patologia che si manifesta diversamente negli uomini e nelle donne con un ritardo nella diagnosi e conseguente presa in carico nelle donne; come anche le modalità con cui sono costruiti e utilizzati gli strumenti di valutazione delle malattie, che possono contribuire a favorire una distorsione della rilevazione dei dati in base a stereotipi di genere. E ancora le differenti risposte rispetto all'uso dei farmaci, in termini di assorbimento, distribuzione ed eliminazione, più marcate nella fascia di età compresa tra i 20 e i 64 anni, in cui le donne sono più esposte all'uso dei medicinali rispetto agli uomini: le donne hanno concentrazioni di farmaco nel sangue più alte e ciò si riflette in un maggior rischio di reazioni avverse e maggiore probabilità di essere ricoverate in ospedale. Infine - osserva ancora l'Irccs Mario Negri - anche le cellule usate negli esperimenti di laboratorio possono esprimere differenze legate al sesso dell'organismo da cui derivano: ad esempio, i neuroni maschili sono molto più reattivi rispetto ai neuroni femminili allo stress ossidativo, come pure ai neurotrasmettitori eccitatori. Da qui la necessità di studiare in modo approfondito la popolazione femminile nella ricerca di base e preclinica e nella sperimentazione clinica, attraverso un'adeguata inclusione delle donne negli studi clinici sull'effetto dei farmaci e altri trattamenti sanitari e sulle malattie la cui prevalenza è simile, oltre alla necessità di analizzare i dati raccolti tenendo conto del genere per interpretare al meglio i risultati. D'altronde già nel 2014 linee guida emesse dal NIH degli Stati Uniti raccomandavano di testare farmaci e studiare le malattie in modelli animali di entrambi i sessi per aumentare le chances di comprendere le differenze di genere e la trasferibilità dei risultati ottenuti. "La richiesta di una maggiore attenzione al genere non è nuova, ma sta certamente diventando centrale nella discussione più ampia sulle tematiche di equità nella ricerca - afferma l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri - La corretta interpretazione del ruolo dei determinanti biologici e socioculturali sullo studio dei farmaci e trattamenti sanitari è un elemento ormai imprescindibile, al fine di rendere la ricerca più utile, rilevante e, in ultima istanza, etica. Le discriminazioni che subiscono le donne nella ricerca sperimentale e farmacologica, così come pure nella cura delle patologie richiedono un cambio di prospettiva generale. Da un lato identificare quali sono le priorità più urgenti per creare una medicina più attenta alle differenze di genere, aumentando la consapevolezza e le conoscenze sui meccanismi alla base delle differenze. Dall'altra stimolare lo sviluppo di percorsi scientifici e regolatori che garantiscano lo studio delle popolazioni maschili e femminili in maniera specifica e selettiva, proponendo protocolli di ricerca distinti se esistono differenze fra maschi e femmine nel percorso e nell'esito della stessa malattia. Il riconoscimento delle differenze deve avere il significato

essenziale di permettere il miglior trattamento possibile per donne e uomini". L'evidenza di differenze di genere è stata descritta in molte malattie croniche come il diabete, i disturbi cardiovascolari, le malattie neurologiche, i disturbi mentali, il cancro e l'autoimmunità, nonché in processi fisiologici complessi come l'invecchiamento fisico e cognitivo. Inoltre, le differenze di genere negli stili di vita, come l'alimentazione, l'attività fisica, l'uso di tabacco e alcol, si sono rivelate correlate alle tendenze epidemiologiche delle malattie. Per quanto riguarda ad esempio la malattia di Alzheimer, l'Istituto superiore di sanità nella sua Newsletter di gennaio riporta il contributo di esperti del Centro regionale invecchiamento cerebrale, Dipartimento di Neuroscienze-Dimed Azienda ospedale-Università di Padova, da cui emerge la necessità di definire gli effetti di sesso e genere sul processo neurodegenerativo per differenziare le strategie di prevenzione e cura. L'Alzheimer, si ricorda, è una patologia neurodegenerativa progressiva ed è la principale causa di demenza contribuendo a circa il 55% dei casi. L'età avanzata è il principale fattore di rischio; dopo i 65 anni la prevalenza di malattia cresce rapidamente arrivando a colpire circa il 15-20% della popolazione con più di 85 anni. La malattia colpisce in maniera diseguale i due sessi. La prevalenza nel sesso femminile è maggiore in Italia come in molti altri Paesi. Una recente ampia metanalisi su dati globali ha messo a fuoco che il dato è fortemente influenzato da aspetti legati alla nazione in cui si vive e dalle condizioni sociali. L'aspettativa di vita e l'istruzione influenzano significativamente il rischio, mentre il sesso biologico (legato ai cromosomi sessuali) determina una serie di conseguenze a livello ormonale. La donna risulta protetta dagli estrogeni, ma tale vantaggio viene bruscamente ad annullarsi dopo la menopausa, specie se avviene precocemente per cause iatrogene. Il genere, inteso come caratteristica sociale, culturale e psicologica determina a sua volta una esposizione a fattori ambientali che condizionano il rischio di malattia. Anche sul piano strettamente neuropatologico la donna mostra delle peculiarità: una maggior suscettibilità alla presenza dell'allele E4 del gene APOE, accumulando più rapidamente la proteina Tau con conseguente danno neuronale. Il contributo di esperti del Dipartimento di Medicina molecolare "Sapienza" Università di Roma riporta, invece, il caso del tumore mammario maschile, suggerendo un'implementazione del test di screening per gli uomini, non limitandolo ai soli geni BRCA, al fine di migliorare l'appropriatezza delle strategie di gestione del rischio di tumore. Il carcinoma della mammella - osservano - è, infatti, una

delle neoplasie più influenzate dal genere ma, sebbene sia spesso considerata esclusivamente femminile, può insorgere anche negli uomini, seppur più raramente: il tumore mammario maschile rappresenta infatti meno dell'1% di tutti i tumori mammari. In Italia si stima che colpisca 1 uomo ogni 600 con circa 500 nuove diagnosi all'anno. Uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di un tumore alla mammella nell'uomo è considerato avere una storia familiare per questa neoplasia, il che sottolinea un rilevante contributo dei fattori genetici ma ad oggi, un numero crescente di studi hanno identificato altri geni di suscettibilità oltre ai geni BRCA, iniziando a fornire stime di rischio di tumore genere-specifico. Da un recente studio multicentrico italiano sul carcinoma mammario maschile è emerso come nel loro insieme mutazioni in geni non BRCA siano responsabili di circa il 5% dei casi di tumore mammario maschile ereditario. Nello specifico, i geni PALB2 e ATM emergono come geni rilevanti nella suscettibilità al tumore mammario maschile, PALB2 conferendo un rischio aumentato di sette volte e ATM di cinque volte. Un rilevante contributo in materia potrà essere apportato dall'utilizzo dell'intelligenza artificiale con risultati ben documentati nel migliorare lo screening, la diagnosi e la terapia e nel definire in diverse applicazioni di medicina di precisione, anche dove sono state segnalate differenze di genere. La Fondazione Bracco Milano, nel suo contributo riportato dalla Newsletter dell'Iss - rileva però la necessità di prestare molta attenzione a incorporare le informazioni sul genere nei modelli predittivi, per evitare disparità nelle prestazioni predittive nei due generi. In campo reumatologico, un esempio specifico nell'artrite psoriasica - riferiscono gli esperti - ha mostrato che la presenza dell'informazione sul genere consentiva un'accuratezza significativamente migliore delle reti neurali nel predire la diagnosi dai dati clinici (da 87,7% senza genere a 94,47% con il genere nel modello). In Italia, un primo passo dal punto di vista normativo rispetto alla medicina di genere - il nostro è stato il primo Paese europeo a formalizzare l'inserimento del concetto di 'genere' in medicina, ricorda l'Istituto superiore di sanità - è stato compiuto con l'approvazione del Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere, da parte del ministero della Salute il 13 giugno 2019, in attuazione della legge n. 3 del 2018, per fornire un indirizzo coordinato e sostenibile per la diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie, che, nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura, tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale. La strada però è ancora lunga: "Elementi legislativi come la legge del 2018 possono dare il via a questo cambio di prospettiva, osserva l'Istituto Mario Negri - Sarebbe, però, auspicabile che venissero messi in pratica interventi più marcati, come la richiesta da parte delle autorità regolatorie di protocolli di ricerca e sviluppo specifici per uomini e donne per i nuovi farmaci da utilizzare nelle malattie comuni ai due sessi. Servirebbe analizzare separatamente linee cellulari maschili e femminili, studiare farmacocinetica, tossicità, riproduzione, cancerogenicità in modelli animali di entrambi i sessi e infine includere casistiche adeguate di uomini e donne negli studi clinici e analizzare i risultati separatamente. Studiare e riconoscere le differenze tra i sessi e i generi è solo il primo passo per garantire equità e appropriatezza della cura". E anche dal punto di vista dell'informazione, rileva l'Osservatorio dedicato alla medicina di genere dell'Istituto superiore di sanità, si sconta l'assenza di uno specifico piano di comunicazione genere-specifico in grado di delineare un percorso caratterizzato da regole e contenuti uniformi tra Stato, Regioni, Aziende ospedaliere, Università. Nell'obiettivo di promuovere la consapevolezza e la corretta informazione sul tema della salute declinata al femminile, alcune iniziative si stanno organizzando a livello locale. E' stato avviato il 20 gennaio scorso un progetto promosso dall'Università La Sapienza e dall'Aou Policlinico Umberto I di Roma, con incontri periodici tra specialisti, donne e associazioni dei pazienti nella sede universitaria di Palazzo Baleani. Il primo appuntamento è stato dedicato alle malattie dell'apparato digerente, tra le patologie più comuni nella popolazione italiana, con un'incidenza, decorso e trattamento che presentano notevoli differenze di genere e richiedono un'attenzione specifica su prevenzione, diagnosi e accesso ai percorsi specialistici diagnostico-terapeutici.

Combattere la cellulite: regole nutrizionali e rimedi naturali per contrastare l'inestetismo

La dottoressa Deborah Tognozzi, esperta in nutrizione clinica, condivide consigli e suggerimenti per ridurre la cellulite attraverso una corretta alimentazione e rimedi naturali

di *Flavia Scicchitano*

La cellulite è il deposito di acqua e grasso che si forma tra la cute ed il tessuto sottocutaneo alla cui insorgenza concorrono molteplici fattori, tra cui la scorretta alimentazione, classificabile come una delle cause più importanti. Per questo, senza prescindere da uno stile di vita sano in senso lato, è necessario contrastare la formazione del tessuto adiposo anche a tavola con poche e semplici regole da rispettare: a parlarne è la dottoressa Deborah Tognozzi, biologa nutrizionista, specialista in applicazioni biotecnologiche ed esperta in nutrizione clinica e dello sport, docente presso l'Università San Raffaele di Roma nel corso di laurea 'Scienze della Nutrizione umana' e presso l'Università Unicusano di Roma al master Psicologia dello Sport - modulo Sport e Nutrizione.

Dottoressa Tognozzi, che cosa è la cellulite?

Il termine corretto per definire la cellulite è pannicolopatia fibroedematosa sclerosante. La cellulite è il deposito di acqua e grasso che si forma tra la cute ed il tessuto sottocutaneo. Il tessuto adiposo all'inizio non è infiammato ma è soprattutto imbevuto di liquidi, successivamente insorge la degenerazione del tessuto connettivale che diventa denso, fibroso e sclerotico; i capillari si alterano progressivamente rendendo sempre più difficili gli scambi vitali con le cellule. Con il rallentamento della circolazione emolinfatica si verifica, così, una tendenza al ristagno delle scorie metaboliche, con iniziale intossicazione locale e infiammazione. Nella zona interessata dalla cellulite l'irrorazione sanguigna diminuisce notevolmente, il tessuto riceve meno ossigeno e nutrimento, la pelle

perde la sua naturale elasticità ed ha l'aspetto distintivo della buccia d'arancia. È importante riconoscere la cellulite dall'adiposità localizzata e dalla ritenzione idrica. La cellulite non è uguale per tutti, ne esistono diverse tipologie: si può infatti avere una cellulite dura e compatta, una cellulite con ritenzione o una cellulite morbida. È fondamentale, quindi, identificare il tipo di cellulite e lo stadio in cui si trova, considerando che esistono 4 stadi progressivi. La caratterizzazione spesso è difficile per questo è utile chiedere un consulto al medico al fine di intervenire nel modo più corretto.

Quali sono i fattori che concorrono a determinare la cellulite?

Tra i fattori che concorrono a provocare uno stato di sofferenza del microcircolo a livello del tessuto adiposo, con conseguente insorgenza della cellulite, troviamo, innanzitutto fattori razziali, la razza bianca è la più esposta. Il genere femminile, anche le donne magre, è il più colpito a prescindere dalla fascia di età. Vi è poi la familiarità e la presenza di alterazioni ormonali quali iperestrogenismo, ipercortisolismo, iperinsulinismo, iperprolattinemia, ipotiroidismo, l'assunzione di estro-progestinici e l'assunzione di alimenti contenenti ormoni. Vi sono poi fattori alimentari, disordini nutrizionali, alterazioni della digestione, stitichezza, disbiosi intestinale, intolleranze alimentari. E ancora, fattori circolatori, alterazioni della colonna e della postura e compressioni, sovrappeso, congestione premestruale e gravidanza. Fino alle alterazioni delle funzioni sessuali, alterazioni psichiche, lo stile di vita o le infezioni. Il fumo, ad esempio, provoca vasocostrizione, rallentamento del microcircolo e ipossia, a loro volta causa di fibrosclerosi. Tra questi la scorretta alimentazione è sicuramente una delle cause più importanti per la formazione della cellulite.

Dal punto di vista terapeutico, come si può combattere l'insorgenza della cellulite o ridurne la portata?

Sono molteplici le terapie possibili per contrastare la cellulite: interventi di tipo nutrizionale, attività motoria, terapia fisica come crioterapia, onde d'urto e, infine, interventi chirurgici. La panniculopatia presenta più stadi e negli stadi iniziali la terapia nutrizionale e l'esercizio motorio sono quelli che più facilmente permettono di ottenere effetti adeguati. Le cattive abitudini alimentari e motorie portano, infatti, all'aggravarsi di una predisposizione genetica; uno stadio più grave diventa più complicato da gestire in quanto la formazione di noduli e l'apoptosi delle cellule adipose dovranno essere rimosse chirurgicamente.

Quali sono le regole nutrizionali per contrastare la cellulite a tavola?

Come detto, una corretta impostazione dell'alimentazione è fondamentale. Il lavoro compiuto dal nutrizionista sarà quello di andare a ridurre il grasso sottocutaneo in eccesso e di ridurre lo stato infiammatorio. Anche se non possiamo parlare di dieta anticellulite, a tavola questa patologia e il conseguente inestetismo possono essere trattati seguendo un'alimentazione equilibrata e con effetto disintossicante. La dieta non deve essere fortemente ipocalorica: in particolare si consiglia una dieta con una buona quota proteica, ricca di verdure e con una moderata presenza di cereali integrali e frutta, scarsa in grassi animali, con adeguato apporto di olio extravergine d'oliva e quasi priva di sale aggiunto perché esso, come noto, favorisce la ritenzione idrica. Per contrastare la cellulite è importante bere a sufficienza: in media il giusto apporto di acqua è di 30 ml per chilogrammo di peso corporeo. Questi valori sono, tuttavia, solo indicativi, infatti, in condizioni di climi caldi e di attività fisica intensa, o in altre condizioni che inducono disidratazione, i livelli di acqua da assumere possono variare sensibilmente. Bere aiuta a eliminare il ristagno idrico del tessuto connettivo attraverso i reni, la pelle e le feci. È bene scegliere un'acqua povera di sodio (da 0,5 o meno a 2 mg per litro) e berne almeno 8 bicchieri al giorno.

Quali sono gli alimenti controindicati?

Tra gli alimenti controindicati per la cellulite troviamo: affettati ricchi di sale, cibi in scatola, caffè in eccesso, salatini, dadi da brodo, fritti, panna, dolci, besciamella, maionese, hamburger, cioccolato al latte, confetture con

Deborah Tognozzi

aggiunta di zucchero, zucchero raffinato, merendine, frutta sciroppata, alcolici, carni grasse, cereali raffinati.

Esistono poi altri rimedi sempre dal punto di vista nutrizionale?

Anche i rimedi naturali possono essere d'aiuto per il miglioramento della cellulite. Le erbe, infatti, scelte adeguatamente da professionisti del settore, aiutano l'organismo nell'eliminazione di tossine, riducono la ritenzione idrica e favoriscono l'assorbimento dei grassi nell'intestino velocizzando così il metabolismo. Integrare l'alimentazione con appositi supplementi alimentari a base di estratti di alghe può migliorare il metabolismo; così come ananas e papaia possono essere molto utili a decongestionare e favorire il riassorbimento, tarassaco e betulla ad eliminare l'acqua stagnante dai tessuti nonché ginkgo biloba e centella asiatica per tonificare i capillari e migliorare la circolazione.

Rispetto all'attività fisica, invece, quali sono le buone abitudini da rispettare?

Lo sport è un fondamentale intervento di prevenzione alla panniculopatia. Dovrebbe essere praticato con regolarità fin dall'infanzia e l'adolescenza, dove lo sviluppo fisico e psichico raggiunge il suo picco. Abituare una persona già dalla tenera età a svolgere attività fisica gli permetterà, infatti, di rispondere al meglio a tutti gli stimoli a cui il corpo verrà sottoposto e a far opposizione a quei fattori genetici che predispongono disfunzioni ormonali e metaboliche. In conclusione è bene tenere sempre a mente che, per ottenere dei risultati interessanti e duraturi, è importante affrontare il problema della cellulite e, più in generale, dell'adiposità localizzata con un approccio multidisciplinare di tipo nutrizionale, medico-estetico e di attività fisica, che preveda un allenamento che stimoli la circolazione sanguigna in maniera specifica nelle aree target.

Olio extravergine di oliva alleato della salute della donna

CYBERSECURITY E SANITA', UN BINOMIO POSSIBILE

ALLA SICUREZZA DEI DATI E ALLA FORMAZIONE SONO STATE DESTINATE POCHE RISORSE. BISOGNA INVERTIRE QUESTA TENDENZA PER RENDERE IL SETTORE MENO VULNERABILE

di *Ranieri Razzante*

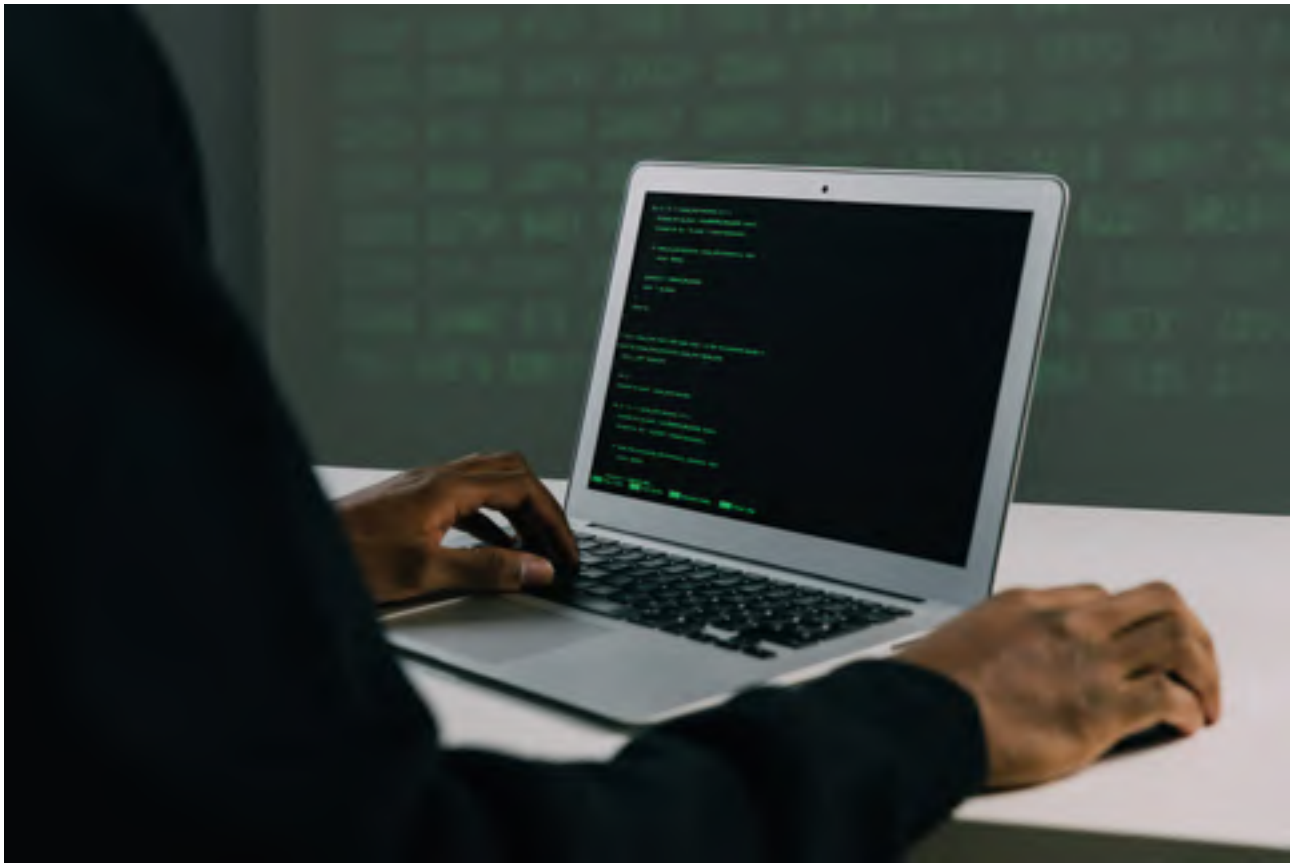
Il più recente Rapporto dell'Enisa (Agenzia europea per la cybersecurity) sintetizza una mappatura degli incidenti informatici nel comparto sanitario e li analizza. L'Agenzia svolge un ruolo cruciale nel comprendere lo stato attuale della sicurezza informatica soprattutto all'interno dell'Unione europea e fornisce indicazioni preziose sulle tendenze emergenti in termini di minacce alla sicurezza informatica, attività degli attori delle minacce, vulnerabilità e incidenti.

Durante l'arco di tempo preso in esame, che va dal 1° luglio 2022 al 30 giugno 2023, sono state registrate in totale 24.690 vulnerabilità, escludendo quelle rifiutate o riservate. Questo rappresenta un aumento significativo rispetto alle 21.920 vulnerabilità riportate nel precedente documento. In particolare, in ambito sanitario, sono state riscontrate più di 400 violazioni, il 5,7% del totale.

Durante il periodo di riferimento, è stato osservato un aumento sostanziale degli incidenti legati al malware (vale a dire software dannosi progettati per compromettere o sfruttare qualsiasi tipo di

dispositivo, servizio o rete programmabili; ndd). E' stato pure rilevato un aumento sostanziale degli incidenti legati alle minacce informatiche e un'analisi più completa di queste minacce, tenendo conto dei settori e delle regioni, rivela che la pubblica amministrazione, i privati e il settore sanitario continuano a essere i principali obiettivi delle fughe di dati e delle violazioni.
Il ransomware (cioè un programma informativo dannoso che può infettare un dispositivo digitale; ndd) rappresenta una delle principali minacce nel settore sanitario. La maggior parte degli incidenti ransomware è associato infatti a una violazione o furto di dati, mentre le interruzioni sono l'altro effetto comune dell'attacco. I dati dei pazienti sono stati gli asset (in senso lato, i beni; ndd) maggiormente presi di mira durante tutto il periodo di riferimento. Gli attacchi alla catena di fornitura sanitaria e ai fornitori di servizi hanno causato interruzioni o perdite alle organizzazioni del settore sanitario.
Le violazioni dei dati hanno interessato le strutture sanitarie e, in particolare, gli ospedali e le cure primarie. Il costo medio di un grave incidente di sicurezza nel settore sanitario è di 300mila euro. Inoltre, solo un terzo delle organizzazioni intervistate nel settore sanitario dispone di un programma di difesa ransomware dedicato.

In un'altra recente indagine del gruppo di cooperazione NIS, il 95% delle organizzazioni sanitarie intervistate affronta le suddette sfide, ma il 46% di queste non ha mai eseguito un'analisi del rischio cyber.
Da gennaio 2021 a marzo 2023, sono stati analizzati, per il rapporto Enisa, un totale di 215 incidenti segnalati pubblicamente nell'Ue e nei Paesi limitrofi. Questi includono 208 attacchi informatici al settore sanitario.
Un incidente può essere classificato in più categorie di minaccia. A esempio, il vettore di attacco per l'accesso iniziale può includere una campagna di phishing a tema sanitario (minacce di ingegneria sociale/social engineering), seguita da una compromissione con ransomware, che può o meno comportare la fuga di dati dei pazienti (minacce relative ai dati).
Durante il periodo di riferimento, gli sviluppi geopolitici e l'attività degli hacktivisti hanno aumentato il numero di attacchi DDoS (Distributed Denial of Service) contro le organizzazioni sanitarie, raggiungendo il 9% degli incidenti totali. Tre quarti di questi incidenti si sono verificati nel 2023. In particolare, gli ospedali e le autorità sanitarie europee sono stati presi di mira da gruppi di attivisti informatici filorussi all'inizio del 2023 (in Paesi Bassi, Danimarca, Svezia, Spagna). L'impatto principale delle infezioni da malware è stata l'interruzione dei servizi non correlati all'assistenza



sanitaria, come Internet o i servizi di posta elettronica. Nella maggior parte dei casi, però, il malware ha infettato la posta elettronica per inviare e-mail di phishing a clienti o pazienti.

La segnalazione annuale degli incidenti ai sensi della direttiva NIS indica che su 284 incidenti con impatto significativo segnalati ufficialmente nel corso del 2021, il 68% era dovuto a guasti del sistema, il 16% a errori umani e il 16% ad azioni dolose. Il motivo principale dei criminali informatici è il guadagno finanziario, spesso il furto di dati o la richiesta di un riscatto. Gli attori sponsorizzati dallo stato prendono di mira le organizzazioni per compromettere, rubare, modificare o distruggere informazioni.

Per l'analisi degli incidenti, sono state considerate le seguenti motivazioni:

- Spionaggio, quando lo scopo dell'attacco è la raccolta di informazioni (proprietà intellettuale o informazioni di importanza nazionale);
- Guadagno finanziario, quando alla base dell'attacco c'è un chiaro intento monetario;
- Ideologico, quando l'attacco è legato ad attività di hacktivist;
- Altro, quando l'incidente non è stato intenzionale;
- Sconosciuto, quando non possiamo trarre conclusioni chiare sulla motivazione.

Durante il periodo di riferimento, gli attacchi DDoS nei confronti dell'assistenza sanitaria sono diventati un metodo comune degli attivisti informatici per esprimere proteste o promuovere "cause". Questi attacchi coinvolgono sistemi mirati, travolgendoli con un'ondata di traffico e rendendoli inaccessibili agli utenti legittimi.

Le principali attività del settore sanitario possono essere definite nelle seguenti grandi categorie:

- le cartelle cliniche elettroniche e i dati del paziente;
- i sistemi e i servizi informativi sanitari;
- i sistemi e le reti IT non medici;
- i dati aziendali e relativi al personale;
- la proprietà intellettuale.

La spesa sanitaria pro-capite in Italia è pari a circa 2.473 euro, per un totale di oltre 146 miliardi di euro l'anno. Le strutture sanitarie spesso hanno dedicato meno risorse alla sicurezza dei dati e alla formazione del personale in materia di cybersecurity. Questo le ha rese più vulnerabili agli attacchi.

Il settore sanitario deve affrontare sfide specifiche a causa delle dimensioni complesse dell'informatica nel contesto medico (a partire dalla gestione dei dati amministrativi fino alla sicurezza dei dispositivi medici). Le strutture sanitarie sono vulnerabili agli attacchi informatici a causa della loro complessità IT/OT, della quantità considerevole di dati sanitari e dei servizi critici forniti ai cittadini e ai pazienti. Un altro aspetto critico è la mancanza di una gestione efficace delle

identità degli amministratori di sistema. Le cyber gang possono acquistare identità già qualificate e verificate attraverso intermediari, ottenendo l'accesso alle reti aziendali senza ostacoli e in modo persistente.
Per garantire una maggiore sicurezza è necessario migliorare la gestione delle identità e adottare misure preventive adeguate. Analizzando la kill chain dei recenti attacchi, vanno messe in priorità:

- implementare misure di sicurezza informatica avanzate, come crittografare i dati sensibili;
- creare copie di backup regolari;
- mantenere i sistemi e i software in uso aggiornati;
- conduzione periodica di assessment per identificare e mitigare le vulnerabilità, concentrando l'attenzione sulle piattaforme dismesse o abbandonate che potrebbero estendere la superficie d'attacco.

Per completezza, occorre richiamare il tema dell'intelligenza artificiale (IA) che potrà offrire un aiuto anche nella protezione dei dati sanitari. Può essere utilizzata per prevenire attacchi informatici, identificare comportamenti anomali nei sistemi informatici, migliorare la sicurezza delle reti e dei dispositivi. L'IA può, quindi, svolgere un ruolo importante nella difesa delle infrastrutture sanitarie da minacce cibernetiche. Fare intelligence sulle minacce può giocare un ruolo fondamentale nella prevenzione, migliorando l'esposizione al rischio delle organizzazioni sanitarie. Al miglioramento delle difese informatiche sarebbe fondamentale abbinare servizi di Cyber Threat Intelligence, con focus dedicato all'universo sanitario. Alcuni modi in cui un servizio di intelligence può essere fattore di successo nell'ambito della prevenzione sono:

- rilevazione precoce delle minacce;
- analisi delle tendenze;
- informazioni sulle vulnerabilità;
- condivisione delle informazioni;
- valutazione del rischio.

In riferimento all'ambito medico-sanitario, l'intelligenza artificiale rappresenta un valido supporto non solo per la protezione dei dati e per prevenire gli attacchi informatici ma, altresì, per il personale medico nella diagnosi di patologie.

Il 9 novembre 2021 il ministero della Salute ha fornito delle linee guida sull'impiego dei sistemi di AI in questo settore. In particolare, tecnologie basate sull'AI controllano già oggi le grandi apparecchiature di diagnostica per immagini (quali Tomografia computerizzata o Risonanza magnetica), standardizzando i protocolli di acquisizione e riducendo drasticamente i tempi di acquisizione degli esami, al fine di migliorare la compliance e il comfort dei pazienti. Esistono anche algoritmi in grado di supportare il radiologo nell'identificazione di patologie (quali noduli mammari o polmonari, fratture ossee, pneumotorace eccetera eccetera), riducendo al minimo gli errori di percezione oppure aiutare lo specialista nella caratterizzazione di lesioni (a esempio, il dermatologo con il melanoma cutaneo), con lo scopo di migliorare la diagnosi.
In ogni caso, va rimarcata la necessità di accrescere l'impiego dell'AI, quale valido supporto in ogni campo, primo tra tutti in quello scientifico, senza dimenticare che le macchine non potranno mai sostituire la mente umana.

MIRACOLOSAMENTE MAMMA

UNA DONNA CON IL CUORE SENZA UN VENTRICOLO DIVENTA MAMMA DI DUE GEMELLI. PRIMO CASO IN ITALIA, SOLO QUATTRO CASI AL MONDO, LA GIOVANE DONNA HA REALIZZATO IL SUO SOGNO NONOSTANTE UNA CARDIOPATIA CONGENITA COMPLESSA

di *Caterina del Principe*

Solo 4 casi in tutto il mondo, il primo in Italia: una donna nata 36 anni fa con un cuore privo di un ventricolo diventa madre di due gemelli. Questo evento straordinario è accaduto a Roma grazie alla determinazione della giovane donna e alla collaborazione dei medici specialisti dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù- che l'hanno assistita sin da quando era bambina per la sua grave malformazione cardiaca congenita - e del Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, dove è stato eseguito il parto cesareo. Sia la madre che i bambini, un maschietto e una femminuccia, stanno bene: "Sapevo di correre tanti rischi con il mio cuore a metà, ma volevo diventare madre. La nascita dei gemelli è stata un'emozione indescrivibile".

La mamma dei gemellini è nata con un cuore diverso, un cuore che non ha il ventricolo destro, una parte importante che spinge il sangue verso i polmoni per ossigenarsi. È una malattia congenita complessa che richiede interventi correttivi fin dalla prima infanzia. Nel caso di questa paziente del Bambino Gesù, a quattro anni ha subito un'unica operazione per costruire un sistema alternativo di circolazione chiamato di Fontan, che porta direttamente il sangue dai vasi sanguigni ai polmoni, senza passare per il cuore. Questa condizione mette a dura prova l'organismo, poiché il sistema circolatorio sostenuto da un solo ventricolo richiede cure e controlli costanti per tutta la vita; inoltre, nel 5% dei casi, può essere necessario un trapianto di cuore.

Al Bambino Gesù esiste un team di specialisti che si prende cura di bambini diventati adulti con malattie cardiache, garantendo continuità nella cura. Grazie ai progressi della cardiochirurgia pediatrica, sempre più adulti nati con malattie cardiache congenite (chiamati ACHD) sono in aumento. Nonostante la malattia sia sotto controllo, non possono considerarsi completamente guariti e hanno bisogno di una cura specifica.

Da tempo, un gruppo multidisciplinare delle due istituzioni, chiamato GUCH (Grown Up Congenital Heart), si occupa della gestione delle gravidanze delle pazienti cardiopatiche attraverso incontri pre e post concezionali e documenti clinico-assistenziali condivisi. Il gruppo si occupa anche della pianificazione del parto e del follow-up post gravidanza. Questo gruppo comprende l'équipe dell'Unità Operativa di Cardiologia del

Congenito Adulto dell'Ospedale Bambino Gesù, guidata dal dottor Gianfranco Butera, insieme al team di Medicina e Chirurgia Fetale e Perinatale diretto dal professor Leonardo Caforio. Per l'Università Cattolica del Sacro Cuore - Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, il gruppo di cardiologi è coordinato dai professori Massimo Massetti e Antonio Amodeo, mentre il gruppo di ginecologi è coordinato dal professor Antonio Lanzone.

In tutto il mondo, ci sono solo 4 casi di parto gemellare da madre con un cuore univentricolare e circolazione di Fontan. Le cardiopatie congenite così complesse rendono la gravidanza un'esperienza stressante e a rischio per l'organismo: il volume del sangue aumenta, così come l'attività cardiaca e gli organi come il fegato, i reni e l'intestino possono essere compromessi. Tuttavia, in assenza di altre complicazioni e seguendo le linee guida internazionali, è possibile intraprendere il percorso della maternità. È il caso della mamma dei gemellini che, sotto stretto controllo medico, ha portato avanti - il primo caso in Italia - una gravidanza senza problemi. I due gemellini sono nati tramite taglio cesareo presso il Policlinico Gemelli alla 34esima settimana di gravidanza, con qualche giorno di anticipo rispetto alla data prevista.

Dopo solo dieci giorni di ricovero, mamma e bambini sono potuti tornare a casa.

La mamma racconta: "Ero consapevole dei rischi che correvo con il mio cuore speciale, un cuore incompleto, ma ero molto determinata e desideravo ardentemente diventare madre. In questa avventura sono stata seguita passo dopo passo dai medici del Bambino Gesù e del Policlinico Gemelli. Grazie a loro ho avuto una gravidanza e un parto meravigliosi e la nascita dei miei bambini è stata un'emozione indescrivibile. Vorrei dire alle donne che si trovano nella mia stessa situazione di non avere paura e di affidarsi a centri specializzati per realizzare il sogno di diventare madri."

Malati migranti

di *Maria Concetta Di Mario*

LA SANITA' IN ITALIA

NELLA "FOTOGRAFIA" DELLA FONDAZIONE GIMBE IL PAESE APPARE SPACCATO IN DUE. MA CON QUALCHE SORPRESA

Gli anni del Covid non hanno ridotto la migrazione sanitaria. Anzi, l'hanno incrementata. Come dimostra il Rapporto della Fondazione Gimbe sulla situazione sanitaria in Italia nel 2021, anno nel quale la mobilità sanitaria interregionale ha raggiunto un valore di 4,25 miliardi contro i 3,33 miliardi del 2020.

Frattura strutturale

Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto raccolgono il 93,3% del saldo attivo (vale a dire la differenza tra attrazione di pazienti da altre regioni e migrazione, cioè il fenomeno inverso), mentre il 76,9% del saldo passivo si concentra in Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo.

La mobilità sanitaria –spiegano alla Fondazione Gimbe – è un fenomeno dalle enormi implicazioni sanitarie, sociali, etiche ed economiche, che riflette le grandi diseguaglianze nell'offerta di servizi sanitari tra le varie Regioni e, soprattutto, tra il Nord e il Sud del Paese. Un gap diventato ormai una "frattura strutturale" destinata – secondo la Fondazione Gimbe - a essere aggravata dall'autonomia differenziata.

Mobilità attiva

Lombardia (18,7%), Emilia-Romagna (17,4%), Veneto (12,7%) raccolgono quasi la metà della mobilità attiva,

un ulteriore 25,6% viene attratto da Lazio (9,5%), Piemonte (6,8%), Toscana (4,9%) e Campania (4,4%). Il rimanente 25,6% della mobilità attiva si distribuisce nelle altre 14 Regioni e Province autonome. Questi dati documentano una forte capacità attrattiva delle grandi Regioni del Nord e, con la sola eccezione del Lazio, quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud.

Mobilità passiva

Tre Regioni con maggiore indice di fuga generano debiti per oltre € 300 milioni ciascuna: in testa Lazio (12%), Lombardia (10,9%) e Campania (9,3%), che insieme compongono quasi un terzo della mobilità passiva. Il restante 67,9% della mobilità passiva si distribuisce nelle rimanenti 18 Regioni e Province autonome. "I dati della mobilità passiva – commenta la Fondazione Gimbe – documentano differenze più sfumate tra Nord e Sud. In particolare, se quasi tutte le Regioni meridionali hanno elevati indici di fuga, questi sono rilevanti anche in quattro grandi Regioni del Nord che presentano un'elevata mobilità attiva. Una conseguenza della cosiddetta mobilità di prossimità, determinata da pazienti che preferiscono spostarsi in Regioni vicine con elevata qualità dei servizi sanitari". In dettaglio: Lombardia (-€ 461,4 milioni), Veneto (-€ 270,3 milioni), Piemonte (-€ 253,7 milioni) ed Emilia-Romagna (-€ 239,5 milioni).

Saldi

I dati confermano la "frattura strutturale" tra Nord e Sud, visto che le Regioni con saldo positivo superiore a € 200 milioni sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo maggiore di € 100 milioni tutte del Centro-Sud. In dettaglio:

- Territori con un saldo positivo rilevante: Emilia-Romagna (€ 442 milioni), Lombardia (€ 271,1 milioni) e Veneto (€ 228,1 milioni).
- Territori con un saldo positivo moderato: Molise (€ 43,9 milioni)
- Territori con un saldo positivo minimo: Piemonte (€ 12,2 milioni), Toscana (€ 9,2 milioni), Provincia autonoma di Trento (€ 1,4 milioni), Provincia autonoma di Bolzano (€ 0,4 milioni)
- Territori con un saldo negativo minimo: Friuli Venezia Giulia (-€ 7,6 milioni), Valle d'Aosta (-€13,6 milioni)
- Territori con un saldo negativo moderato: Umbria (-€ 31,2 milioni), Marche (-€ 38,5 milioni), Sardegna (-€ 64,7 milioni), Liguria (-€ 69,5 milioni), Basilicata (-€ 83,5 milioni)
- Territori con un saldo negativo rilevante: Abruzzo (-€ 108,1 milioni), Puglia (-€ 131,4 milioni), Lazio (-€ 139,7 milioni), Sicilia (-€ 177,4 milioni), Campania (-€ 220,9 milioni), Calabria (-€ 252,4).

La mobilità sanitaria è un fenomeno dalle enormi implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche

Quali prestazioni

Complessivamente, l'86% del valore della mobilità sanitaria riguarda i ricoveri ordinari e in day hospital (69,6%) e le prestazioni di specialistica ambulatoriale (16,4%). Il 9,4% è relativo alla somministrazione diretta di farmaci e il rimanente 4,6% ad altre prestazioni: medicina generale, farmaceutica, cure termali, trasporti con ambulanza ed elisoccorso.

Il ruolo dei privati

Oltre un euro su due speso per ricoveri e prestazioni specialistiche finisce nelle casse del privato: esattamente € 1.727,5 milioni (54,6%), rispetto a € 1.433,4 milioni (45,4%) delle strutture pubbliche. In particolare, per i ricoveri ordinari e in day hospital le strutture private hanno incassato € 1.426,2 milioni, mentre quelle pubbliche € 1.132,8 milioni. Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in mobilità, il valore erogato dal privato è di € 301,3 milioni, quello pubblico di € 300,6 milioni.
"Il volume dell'erogazione di ricoveri e prestazioni specialistiche da parte di strutture private – spiegano alla Fondazione Gimbe – varia notevolmente tra le Regioni ed è un indicatore della presenza e della capacità attrattiva delle strutture private accreditate, oltre che dell'indebolimento di quelle pubbliche". Infatti, accanto a Regioni dove la sanità privata eroga oltre il 60% del valore totale della mobilità attiva – Molise (90,5%), Puglia (73,1%), Lombardia (71,2%) e Lazio (64,1%) – ci sono Regioni dove le strutture private erogano meno del 20% del valore totale della mobilità: Valle D'Aosta (19,1%), Umbria (17,6%), Sardegna (16,4%), Liguria (10%), Provincia autonoma di Bolzano (9,7%) e Basilicata (8,6%).

Emergenza-Urgenza La crisi dura da decenni

OCCORRE INTERVENIRE SENZA INDUGIO PER LA SICUREZZA DEGLI OPERATORI E LA SALUTE DEI CITTADINI

di *Annachiara Albanese*

"Stiamo registrando una fortissima pressione su tutti i Pronto Soccorso e in varie regioni sono stati attivati i piani contro il sovraffollamento da parte di ospedali e aziende sanitarie", ha detto di recente Fabio De Iaco, presidente della Società italiana medici di emergenza urgenza (Simeu). "I piani sono mirati al reperimento di ulteriori posti letto ma, dal momento che i posti letto ospedalieri sono cronicamente insufficienti, in pratica non si può fare altro che sottrarre letti ad altre specialità come ad esempio la chirurgia", ha aggiunto.

Facciamo qualche esempio. All'inizio del mese di gennaio, i pazienti in attesa di ricovero nei Pronto Soccorso erano circa 500 in Piemonte e oltre 1.100 solo nel Lazio; in Lombardia a fine dicembre c'erano 300 pazienti bloccati in barella nei 99 pronto soccorso della regione, tanto che sono stati rimandati tutti i ricoveri programmati nei reparti di riabilitazione, per liberare posti letto. A Napoli, l'ospedale Cardarelli solo il primo gennaio ha registrato 209 accessi al pronto soccorso.

L'ultima legge di bilancio ha stabilito che il Fondo sanitario nel 2024 sarà di 134,1 miliardi, che aumenteranno a 135,39 miliardi nel 2025 e a 136 miliardi nel 2026. Considerando che gran parte dei finanziamenti saranno destinati al rinnovo contrattuale del personale sanitario, la Fondazione GIMBE ritiene che i fondi siano così esigui da non riuscire a compensare l'inflazione e che il rinnovo contrattuale sia una misura necessaria, ma non sufficiente, per risolvere la grave carenza di personale sanitario, in particolare di infermieri e di varie specialità mediche.

Tra i problemi più gravi dei Pronto Soccorso c'è la mancanza di personale: oggi, a livello nazionale mancano circa 4.500 medici e 10mila infermieri. Quelli che restano lavorano con turni massacranti, in cambio di bassi compensi: per questa ragione sempre meno specializzandi scelgono questo settore. L'emergenza-urgenza è sempre meno attrattiva per i futuri medici, per gli alti livelli di stress e usura: nel 2023 non sono

state assegnate il 76% delle borse di specializzazione a disposizione.

Lo scorso novembre, la Conferenza delle Regioni è intervenuta in audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera, che sta svolgendo un'indagine conoscitiva sulla situazione della medicina di emergenza-urgenza e dei Pronto Soccorso: "La perdita quotidiana di personale dai Pronto Soccorso continua giorno dopo giorno", si legge nel documento, il che implica "il ricorso alle esternalizzazioni che comportano un aggravio di bilancio sulle aziende e una netta riduzione della qualità di assistenza per i pazienti. Tutto ciò ha un forte impatto negativo anche sul clima lavorativo, laddove vanno a coesistere professionisti pagati in maniera decisamente diversa (dipendenti versus cooperative/gettonisti)". In base ad un'indagine della SIMEU risulta che quella dei medici a gettone è una prassi che si è radicata in quasi tutto il territorio italiano e con questa prassi si determina uno smantellamento del sistema sanitario pubblico.

Nei Pronto Soccorso, medici e infermieri sono esposti di frequente ad aggressioni; la legge in vigore, che prevede multe e il carcere fino a cinque anni per chi aggredisce il personale sanitario in Pronto Soccorso, è "al momento non applicata anche a causa della mancanza di forze di polizia" nelle strutture, scrive la Conferenza delle Regioni, che chiede una maggiore presenza del personale di polizia, oltre a corsi per il personale medico su come comportarsi in determinate situazioni e misure di sicurezza di base, come strutture protettive all'ingresso dei pronto soccorso, sistemi di videosorveglianza.

Naturalmente, vittime della crisi dei Pronto Soccorso sono anche i pazienti. A questo proposito, si riscontrano due fenomeni: il sovraffollamento e la presenza di pazienti che, in attesa di un ricovero in un altro reparto, aspettano per ore nella zona di passaggio tra l'emergenza e la degenza.

Per affrontare la situazione, la Conferenza delle Regioni ha presentato al Parlamento una serie di proposte: l'aumento dello stipendio di base per i professionisti sanitari; il pagamento delle ore di straordinario; il riconoscimento delle indennità e dei benefici dei lavori usuranti; la depenalizzazione della colpa medica e l'aumento delle misure di welfare. E per i pazienti si propone la messa a disposizione di un'app che mostri il grado di affollamento del Pronto Soccorso, per permettere di decidere – quando è possibile – quando è meglio andarci, oltre che il costante monitoraggio dei tempi di ammissione al pronto soccorso, di consulenza e di esecuzione degli esami diagnostici.

Per la FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) è "importante che i

cittadini possano accedere a punti di intervento, alternativi al Pronto Soccorso, per le urgenze minori anche con l'ausilio di punti di primo soccorso del 112/118". In attesa che le Case della Comunità e le Centrali Operative Territoriali (COT) diventino operative, per la FNOMCeO occorre: 1. Procedere al potenziamento e all'incentivazione delle risorse mediche e infermieristiche (ognuno per le proprie competenze e peculiarità in un'ottica di integrazione e non di sostituzione) dell'Emergenza urgenza per fronteggiare la carenza di organico e contrastare le esternalizzazioni e le forme di ingaggio atipiche (turnisti a gettone). 2. Perseguire un sistema integrato di emergenza urgenza evoluta anche in continuità assistenziale e medicina territoriale. 3. Favorire, attraverso gli accordi integrativi aziendali, la medicina di gruppo esercitata in una sede ben identificabile, integrata con la presenza di personale infermieristico e di supporto amministrativo e introdurre soluzioni innovative (Teleconsulto e Teleconsulenza medico-sanitaria; Teleassistenza, Telemonitoraggio). 4. Valorizzare i professionisti del settore sanitario, garantendo in particolare una giusta valutazione del loro impegno quotidiano con un aumento delle relative retribuzioni. 5. Rendere più attrattivo il sistema sanitario pubblico investendo sui professionisti, sugli organici, sulla sicurezza, sulle condizioni di lavoro e, contemporaneamente, far sentire protetti i medici, tutelandoli da controversie temerarie, fermo restando il diritto del cittadino al giusto risarcimento. 6. Sollevare i professionisti sanitari dalla responsabilità penale in tutti quei casi di morte o lesioni, eventualmente provocate ai pazienti, diversi dalla colpa grave, nonché prevedere un risarcimento per quei professionisti ingiustamente accusati. I ritmi insostenibili, l'altissimo livello di stress psicofisico, l'elevato rischio di aggressioni, il proliferare di denunce e citazioni in giudizio, spesso temerarie, demotivano i medici che lavorano nei Pronto Soccorso, spingendoli a trasferirsi in altri reparti o a migrare verso il privato. 7. Accelerare l'attuazione del sistema telefonico dedicato a smistare la domanda di interventi per problematiche che non presentino particolari complessità. 8. Riconoscere la qualità di "lavoro usurante" per l'attività svolta dai professionisti che lavorano nei Pronto Soccorso con la previsione di una specifica indennità.

SOS Infermieri

di *Federica Troiani*

BARBARA MANGIACAVALLI

ALLARME DAL RAPPORTO DI CREA SANITA': C'E' UNA PREOCCUPANTE CARENZA DI QUESTI PROFESSIONISTI MA LI SI CONTINUA A PAGARE POCO. ECCO I RISCHI CHE IL SISTEMA CORRE. E LE SOLUZIONI AL GRAVE PROBLEMA

Mancano infermieri in modo preoccupante eppure questi professionisti guadagnano troppo poco. Ne servono oltre 60mila, ma questa carenza è destinata ad aggravarsi pesantemente se si considera l'incremento costante della popolazione sopra i 75 anni (che aumenta il fabbisogno di tali professionisti), i pensionamenti che porteranno fuori del sistema nel giro di dieci anni oltre 100mila infermieri e le "fughe" all'estero per ottenere condizioni economiche e lavorative migliori.

A sottolineare la situazione, cifre alla mano, è il 19° Rapporto Crea Sanità.

Gli stipendi degli infermieri in Italia, spiega il Rapporto, hanno differenze retributive, a parità di potere d'acquisto, con gli stipendi annuali in Germania, Svizzera e Regno Unito rispettivamente del 56%, del 46,2% e del 20% in meno.

Neppure l'ultimo contratto, chiuso nel 2021, ha migliorato di molto la situazione: il Conto annuale del ministero dell'Economia, spiega il Rapporto, certifica che nel 2021 la retribuzione media del comparto sanità è stata pari a 42.400 euro, in aumento del 9% rispetto alla retribuzione media del 2012, che valeva 38.900 euro. Nel dettaglio, però, nello stesso arco temporale, per gli infermieri l'aumento è stato solo del 4% (da 32.636 a 33.940 euro).

Anche per questo – oltre che per la limitata possibilità di sbocchi di carriera e di una vera crescita professionale - la difficoltà di reperire il personale e la

perdita di attrattività del Servizio sanitario nazionale stanno diventando un'emergenza, sostiene il Crea Sanità, soprattutto per quanto riguarda gli infermieri, che va affrontata con una adeguata programmazione del personale, l'incremento dell'offerta formativa e l'adozione di misure per restituire attrattività al lavoro nel Ssn in termini di riconoscimento sociale ed economico.

Per far fronte a tale situazione la Federazione nazionale degli infermieri (Fnopi) sottolinea che si dovranno sviluppare le competenze della professione per una migliore qualità dell'assistenza, con il superamento della logica prestazionale. e l'estensione ed espansione di competenze.

Un ulteriore passaggio indispensabile per far fronte all'aumento del peso della cronicità è, secondo la Fnopi, il superamento dei tabù che in Italia sono ancora associati ai concetti di "skill mix" (la composizione della squadra infermieristica in termini di titoli di formazione ed esperienza; ndr) e "task shifting" (il trasferimento razionale di compiti normalmente svolti da professionisti sanitari con qualifiche e competenze più elevate ad altri operatori, sanitari o non, con una formazione più breve e diversamente qualificata; ndr). Si tratta – per la Fnopi - di un percorso indispensabile non solo agli assistiti ma alla tenuta di tutto l'impianto del nostro Ssn: se si continua a mantenere le logiche professionali in essere, non si riuscirà più a garantire la sostenibilità del servizio pubblico. E' diventato ormai vitale modificare tutto l'impianto delle professioni in Italia.

"L'infermiere specialista – spiega la Fnopi - è referente specifico degli infermieri generalisti e degli assistenti infermieristici per l'inquadramento delle esigenze e per i programmi di assistenza individuali, con particolare riferimento alle casistiche di maggiore complessità: sono maturi i tempi per una nuova stratificazione della professione infermieristica che, oltre alla figura del coordinatore e dell'infermiere generalista, prevede la funzione dell'infermiere specialista, il professionista responsabile dell'assistenza infermieristica nell'ambito di riferimento".

L'evoluzione epidemiologica, organizzativa e delle competenze dei professionisti deve necessariamente riguardare, secondo la Fnopi, anche il personale di supporto all'assistenza infermieristica.

"Solo innovando le professioni a partire da quella infermieristica in ambito formativo, in ambito di esercizio professionale, in ambito di autonomia, si può garantire la sostenibilità del sistema e l'universalità del Servizio sanitario nazionale", ha commentato la presidente della Fnopi, Barbara Mangiacavalli.

Il rischio fegato grasso

di *Satya Marino*

NE SOFFRE UN QUARTO DEGLI ITALIANI TRA I 18 E I 70 ANNI: IL 5% RISCHIA STEATOEPATIE E CIRROSI. LE CAUSE? GENETICA E STILE DI VITA

ADRIANO PELLICCELLI

Al San Camillo Forlanini di Roma si affrontano nuove sfide e opportunità in ambito epatologico.

"Il numero degli epatocarcinomi in Italia è in aumento. Il 10% dei pazienti con steatoepatite rischia in 10-20 anni di incorrere in tumore del fegato". A sottolinearlo Adriano Pellicelli, Direttore UOC Mal Fegato. Specialista in Medicina Interna e Malattie Infettive all'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma.

Un dato preoccupante, visto che queste patologie generano complicazioni fino al tumore primitivo del fegato e alla cirrosi, coinvolgendo anche altri organi e apparati. Questi spunti sono stati al centro del convegno "Le nuove sfide in epatologia. Emerging topics in liver disease 2023", tenuto nell'Aula Magna Agazio Menniti del San Camillo Forlanini, con responsabile scientifico il dottor Adriano Pellicelli.

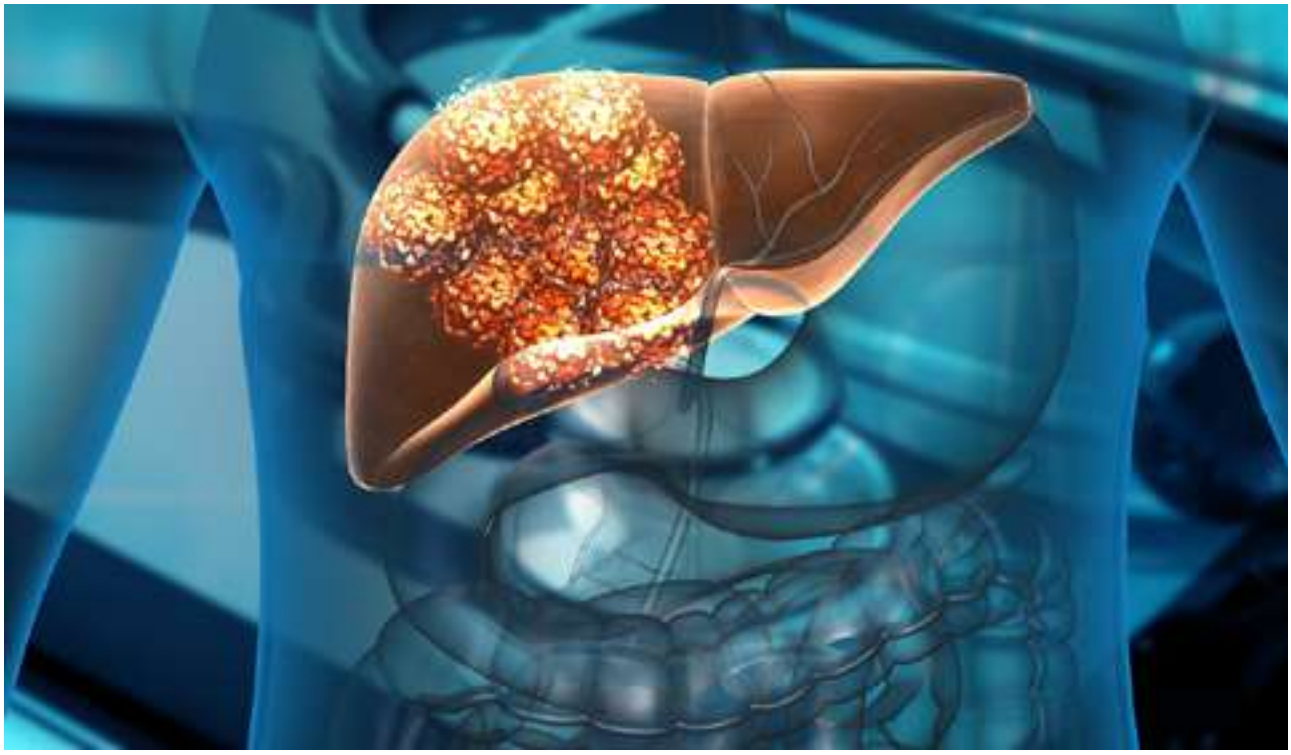
La malattia dismetabolica del fegato si lega a fattori di rischio come l'obesità, una scorretta alimentazione, patologie come il diabete, alterazioni dei valori di trigliceridi o di colesterolo, e in numerosi casi è legata

a predisposizioni genetiche. Questi fattori possono determinare una steatosi epatica e successivamente una steatoepatite, ossia una steatosi associata a un'infiammazione del fegato persistente dovuta a un accumulo di grasso nel fegato, che può poi portare a una cirrosi epatica.

"Le cause virali rappresentano ancora il 30-35%, ma si sono ridotte negli ultimi anni grazie ai farmaci innovativi che hanno permesso di eradicare i virus, in particolare quello dell'Epatite C –rileva Pellicelli –. Nel nostro centro presso l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, nell'ultimo anno e mezzo abbiamo realizzato circa 200 biopsie del fegato: di queste il 30% presentava una steatoepatite, quindi una steatosi epatica con infiammazione del fegato. Il dato a livello nazionale rileva che il 25% circa della popolazione tra i 18 e i 70, quindi circa un quarto della popolazione, soffre di steatosi epatica, ossia di fegato grasso. Tra questi, circa il 5% può andare incontro a steatoepatite che può poi evolvere in cirrosi. Serve quindi maggiore prevenzione: i pazienti con steatosi epatica devono fare controlli biochimici frequenti; se da questi risulta un aumento delle transaminasi, bisogna porre in atto un trattamento preventivo per la fibrosi del fegato riducendo il peso corporeo tramite dietoterapia e soprattutto con l'attività fisica".

L'altra importante novità in tema di epatologia riguarda il tumore primitivo del fegato: sono in aumento i dati relativi al numero di epatocarcinomi, ma sono disponibili anche nuovi trattamenti. "Il numero degli epatocarcinomi in Italia è in aumento – sottolinea Adriano Pellicelli – Il 5% dei pazienti con steatoepatite rischia in 10-20 anni di incorrere in tumore del fegato, con un'incidenza annuale di 11 casi su mille individui con steatoepatite. Questa è l'inevitabile conseguenza della mancanza di monitoraggio sul territorio e dell'incremento dei pazienti con steatoepatite, nei quali si sviluppa il tumore, che viene riscontrato a volte solo tardivamente. In parallelo a questa crescita, si stanno sviluppando nuove terapie sistemiche, che permettono di trattare i pazienti con tumore in stadio più avanzato. Negli ultimi 2-3 anni, in particolare, il progresso scientifico mediante l'immunoterapia combinata con farmaci come gli inibitori della tirosinchinasi, ha consentito un prolungamento della sopravvivenza di alcuni pazienti con tumore del fegato, permettendo talvolta addirittura il passaggio da una forma non trattabile a una trattabile chirurgicamente o mediante trapianto".

L'iniziativa del San Camillo Forlanini ha affrontato le tematiche epatologiche a 360 gradi con internisti, gastroenterologi, infettivologi e oncologi provenienti dall'Italia e anche dall'estero, come il professor Massimo Pinzani del Royal Free Hospital di Londra che ha trattato il tema della steatoepatite. E' stata posta attenzione anche all'aspetto diagnostico delle patologie del fegato, che con nuovi software applicati alla risonanza magnetica permette approcci innovativi in grado anche di quantificare il livello di grasso contenuto nel fegato e di avere un'idea del grado di fibrosi, mentre l'elastografia fibroscan permette indagini facilmente ripetibili per quantificare la fibrosi del fegato.



I BAMBINI SORDOCIECHI, IL TUO AIUTO LO TOCCHERANNO CON MANO.

Sono ancora tanti i **bambini sordociechi** che sognano un futuro migliore. Per ridurre le lunghe liste d'attesa e garantire una maggiore qualità dei servizi la **Lega del Filo d'Oro** sta costruendo il nuovo **Centro Nazionale**. Un posto che chi non vede e non sente potrà conoscere con le proprie mani. **Costruiamo il futuro dei bambini sordociechi,** insieme possiamo realizzare cose straordinarie.

#UNASTORIADIMANI

DONA ORA AL

45514

DAL 1 SETTEMBRE AL 31 DICEMBRE

lega del filo d'oro

www.unastoriadimani.it

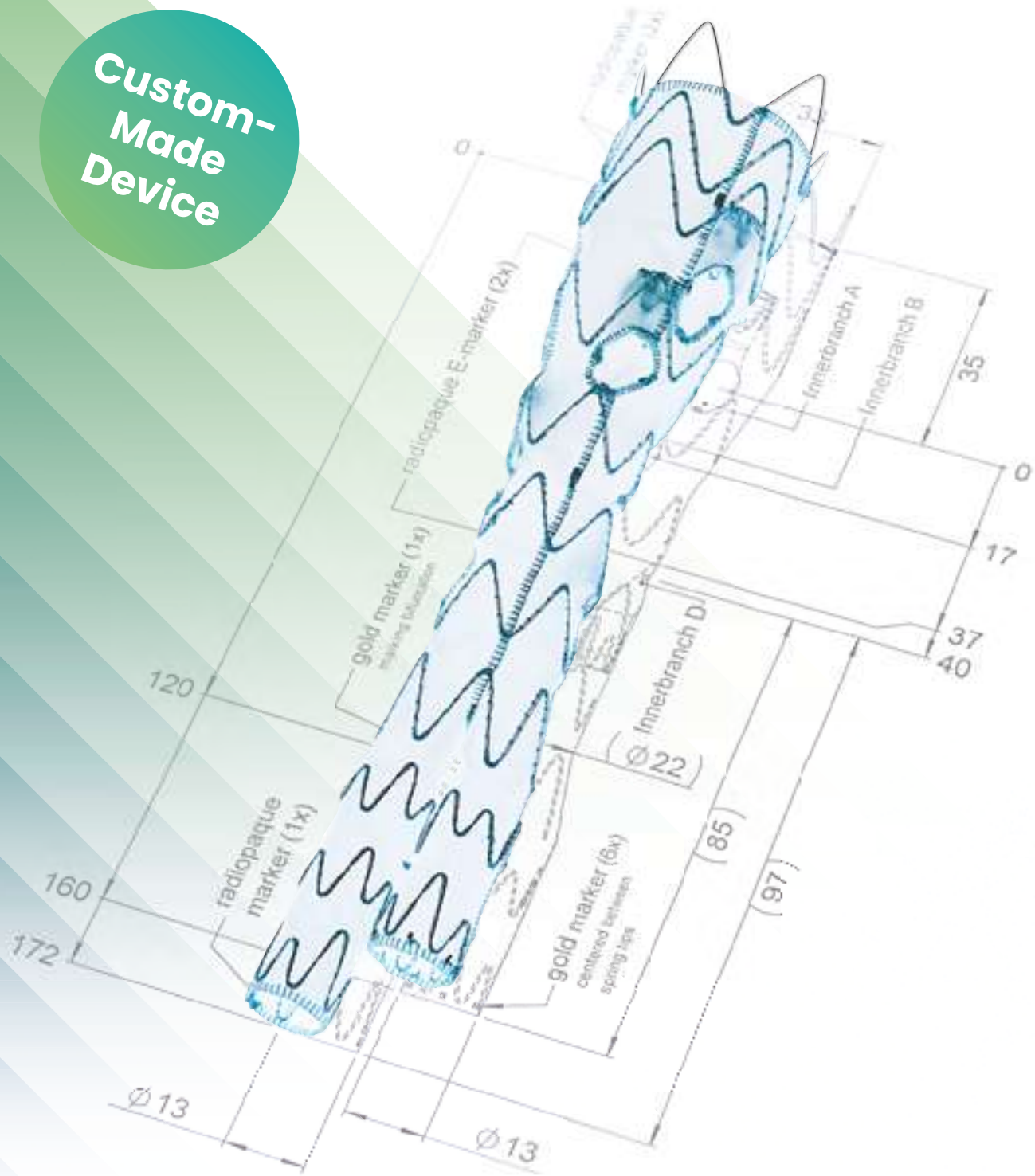
2 € con SMS da cellulare

5 o 10 € con chiamata da rete fisso

5 € con chiamata da rete fisso

Designed for Patient-Specific Anatomies

Custom-Made Device



ARTIVION™ | **E-xtra Design MultiBranch**
Stent Graft System

Oscar®

Peripheral Multifunctional Catheter

One Solution: Cross. Adjust. Restore.

One Solution
Achieve more with less.
Optimize your stock management
and simplify your procedural flow.

Adjust and Restore
Customize your angioplasty
by matching balloon exactly
to lesion length and restoring
blood flow.

Cross
User-adjustable support
so you can choose the
pushability and flexibility
you need.

BIOTRONIK
excellence for life

Single Oscar PTA Balloons also available separately. Only to be used with the pre-supplied Oscar Support Catheter as indicated on the compatibility chart. Oscar is a trademark or registered trademark of the BIOTRONIK Group of Companies.

HealthDefence Srl
DISTRIBUTORE LAZIO
Via Portuense, 959 | 00148 Roma
tel. 06 65002930 | info@healthdefence.it