

PANORAMA DELLA SANITÀ

MENSILE DI INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE | Anno XXXI | Numero 6 | GIUGNO 2018

FEDERSANITÀ E FIASO,
PIÙ ETICA IN SANITÀ

DECISIONI MIGLIORI
COL METODO GRADE

SALUTE, QUESTIONE
DI CHIMICA...E DI FISICA

DIRITTO ALLA PRIVACY
E IL SUO ROVESCIO

DICA TRENTATRÉ...BIT!



5ª edizione

Borse di studio

Eleonora Cantamessa

C'è un sogno
nel tuo futuro
di medico?
**Galeno ti aiuta
a realizzarlo**



3 BORSE DI STUDIO di 4.000 euro ciascuna
riservate a tutti i medici
che non hanno ancora compiuto i 40 anni di età.

Scadenza del bando 29 giugno 2018

Il bando completo con le modalità di partecipazione è pubblicato sul sito www.cassagaleno.it.
Per informazioni borsedistudio@cassagaleno.it

diamo luce alle tue idee



Kos Comunicazione e Servizi srl si occupa di comunicazione integrata e si rivolge a medie e grandi aziende. Sulla base delle competenze e dell'expertise maturate nel settore della comunicazione, è in grado di offrire una consulenza completa e personalizzata, fondata sulla capacità di ascoltare, interpretare e tradurre in strategie le esigenze di business del cliente.

Nasce dalla fusione di esperienze professionali pluriennali e diversificate, per offrire una gamma di servizi completi; si occupa della progettazione e organizzazione di congressi, convegni, corsi di aggiornamento e formazione ECM, con particolare attenzione al settore della sanità.

Da sempre nel campo dell'editoria con autorevoli testate giornalistiche e volumi dall'elevato contenuto scientifico.

Particolare attenzione è rivolta a iniziative finalizzate allo sviluppo della prevenzione, del miglioramento dell'assistenza sanitaria e sociale, della diffusione delle best practice e a sviluppare e attuare progetti di eHealth.



Morire di algoritmi e di chiamata...inattiva

di Marco Magheri

Direttore Responsabile
Panorama della Sanità

Lo abbiamo visto nel Regno Unito con il disastro di sanità pubblica, realizzato dal Nhs, il servizio sanitario inglese, per anni assunto a modello di efficienza, efficacia, modernità. La mancata chiamata attiva nei confronti delle donne per la prevenzione del tumore al seno, avrebbe di fatto negato lo screening a 450.000 mila inglesi. Si calcola che il tragico errore abbia penalizzato dal 2009 in poi 300.000 donne tuttora in vita e altre 150.000 che, nel frattempo, sono morte, come ha confermato alla Camera dei Comuni il ministro della Sanità britannica, Jeremy Hunt, ammettendo che in base alle stime degli specialisti la vita di almeno 270 donne è stata compromessa per le conseguenze dirette dell'accaduto. Una vera bufera. Il governo inglese ha attribuito la responsabilità a una falla in un algoritmo. Le opposizioni hanno invece rilevato come questa ennesima performance sia l'effetto di un progressivo trend di tagli alla sanità. Gli errori di programmazione - anche informatica - in sanità vengono pagati in vite umane. Innovazione e sostenibilità sono oggi i termini più abusati, e utilizzati a sproposito, soprattutto nelle politiche a favore della salute delle persone. L'innovazione è una opportunità che va governata, allineando i processi alle esigenze delle persone, non viceversa. E la sostenibilità è un concetto trasversale, lungi dall'essere relegato solo alla semantica economico-finanziaria o, peggio, ambientale. Innovazione sostenibile e sostenibilità innovativa sono approcci culturali verso un ambito complesso come i sistemi di welfare e l'organizzazione sanitaria. Per questo motivo, l'episodio anglosassone dev'essere l'occasione per una riflessione seria sulla nostra vocazione all'innovazione ma, ancor di più, alla nostra vocazione al servizio verso i cittadini. Cosa accadrebbe se scopriremo che la situazione inglese non è poi così distante da quella italiana dove le breast unit, la cui istituzio-

ne era prevista per legge, sono ancora una chimera in molte Regioni? E, soprattutto, qual è lo stato di salute dei nostri protocolli di chiamata attiva per gli screening di prevenzione? In che modo consentiamo che l'impatto economico di malattie invalidanti o mortali venga abbattuto in tutto il territorio nazionale? Quali sono i nostri algoritmi? Quali i nostri strumenti di "ingaggio" di cittadini che sono sani o pensano di esserlo per portarli a sottoporsi a quella che è a tutti gli effetti una prestazione sanitaria?

Sono molti gli ambiti in cui la mancata - o la maldestra - chiamata attiva nei confronti di numerose patologie evitabili grazie a una compiuta campagna di screening o di immunizzazioni, espone i cittadini italiani a rischi fatali. L'ultimo atto del Ministero della salute del governo Gentiloni è stato una circolare sulla campagna influenzale 2018-2019 nella quale, oltre a sottolineare l'importanza della vaccinazione per i medici e i professionisti sanitari, si evidenziano anche due nuove categorie di persone per le quali la vaccinazione è di fondamentale importanza: i donatori di sangue e le donne in gravidanza. La chiamata attiva è demandata alle Regioni che, con diversi gradi di inefficienza, hanno dato evidenza di un problema che, ancor prima di essere sanitario, è culturale. Tant'è che i sindacati confederali della componente anziani e pensionati Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp, hanno avviato dalla Toscana una azione capillare nei territori, per chiedere l'attivazione di una chiamata attiva che - soprattutto per le vaccinazioni che si somministrano una volta nella vita e lungo tutto il corso dell'anno, come quelle per prevenire le polmoniti batteriche, mortali, o l'herpes zoster, invalidante - raggiunga e convinca una popolazione che non sa che queste patologie sono evitabili grazie a un vaccino. Per la chiamata attiva, questa è l'ultima chiamata.

Governare l'innovazione per salvaguardare il Ssn



di Mariapia Garavaglia
Presidente Istituto
Superiore di Studi Sanitari
"G. Cannarella"

Tra gli argomenti più importanti che il nuovo governo deve affrontare non è apparso nessun cenno ad un servizio che interessa davvero i cittadini italiani e cioè la tutela della salute.

È certamente una priorità salvaguardare il sistema sanitario nazionale per non togliere i servizi soprattutto ai più bisognosi. Un governo che voglia qualificarsi per un impulso allo sviluppo del Paese e nello stesso tempo rigorosamente salvaguardare i servizi senza cercare l'alibi per tagliare prestazioni, deve rivolgersi alle più moderne tecnologie che aiutino a non disperdere risorse, evitare sprechi, ridurre i tempi e dare sicurezza ai cittadini di ottenere le migliori cure possibili anche, contestualmente, le meno costose e più efficaci.

È passato quasi inosservato l'atto di indirizzo che - nell'ambito della conferenza Stato-Regioni nel luglio 2016 - ha preparato l'intesa sul "patto per la sanità digitale". È volto al conseguimento degli obiettivi di efficienza, trasparenza e sostenibilità del Ssn attraverso l'impiego sistematico dell'innovazione digitale in sanità. Il Patto è concepito come un piano strategico, unitario e condiviso, attraverso il quale è possibile realizzare modelli assistenziali e organizzativi in grado di far fronte alle concrete necessità, sempre nuove e diverse, del Ssn.

In tale prospettiva, la digitalizzazione viene concepita come un'opportunità di miglioramento dell'assistenza sanitaria, nonché di crescita economica, su più versanti, attraverso: l'implementazione e l'utilizzo di piattaforme e soluzioni Ict interconnesse ai vari livelli di governo in grado di garantire continuità assistenziale; adeguati livelli di care management; la deospedalizzazione, il cui scopo precipuo è l'abbattimento dei costi sanitari; l'utilizzo e la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse); la piena cooperazione tra

tutti i soggetti coinvolti nella filiera della salute e del benessere. È evidente che la digitalizzazione rende efficiente il sistema dei servizi rientranti nell'ambito della telemedicina, come il tele-salute (presa in carico del paziente cronico con trasmissione a distanza dei rispettivi parametri clinici interpretati e gestiti dai professionisti sanitari all'interno di un piano assistenziale individuale) il tele-consulto, la tele-refertazione, la tele-diagnosi, il tele-monitoraggio ed la tele-riabilitazione.

Un piano strategico di sanità elettronica richiede risorse economiche dedicate: l'adozione di piattaforme e di soluzioni capaci di supportare un nuovo modello di servizio sanitario. Purtroppo come accade troppo spesso il Patto ha bisogno di una implementazione attraverso l'adozione di appositi decreti ministeriali che definiranno tempistiche e modalità di rilevazione delle prestazioni erogate. E ancora - purtroppo! - sarà importante che venga meno la pessima abitudine di non fornire e dare il valore necessario al flusso informativo che fa capo alla cabina di regia, per misurare qualità, efficienza, appropriatezza e costo di ogni singola prestazione sanitaria. Il tema del finanziamento del piano diventa quindi un elemento programmatico pluriennale. Si ricordi il famoso piano di Donat Cattin che dispose un fondo di 30 mila miliardi di lire (art. 20, legge finanziaria 1988) per la riqualificazione della rete ospedaliera. Serve dunque che il governo abbia la medesima visione e coraggio per destinare un fondo ad hoc al Piano, perché in tal modo attivi processi tecnologici innovativi con conseguenze negli investimenti strutturali e formativi. Un volano per la ripresa generale e per mantenere il prestigio che il nostro Ssn, nonostante tutto, ancora mantiene. A 40 anni dalla introduzione del Ssn sarebbe un modo per recuperare la lungimiranza di coloro che lo hanno pensato, voluto e attuato.



di Manuela Cirilli

Responsabile al CERN
del trasferimento tecnologico
alle applicazioni mediche

Dal bosone di Higgs alla tecnologia medica

Ci si interroga spesso sull'utilità di finanziare la ricerca di base, cioè quella ricerca che si prefigge come unico scopo l'avanzamento della conoscenza umana e non lo sviluppo di soluzioni pratiche e specifiche. Un posto speciale in queste discussioni lo occupa la "big science", soprattutto per i grandi costi ad essa associati: un esempio fra tutti è quello del Cern di Ginevra, con il suo enorme complesso di acceleratori che include i 27 km di Lhc, il Large Hadron Collider o grande collisionatore di adroni. Gli innumerevoli visitatori che ho accompagnato alla scoperta del Cern negli ultimi vent'anni mi hanno spesso chiesto se non sarebbe stato meglio impiegare i fondi dedicati a Lhc per la ricerca medica o la costruzione di ospedali. Eppure, se oggi abbiamo a disposizione terapie ed esami diagnostici altamente perfezionati, dobbiamo ringraziare anche la ricerca nel campo della fisica fondamentale, in particolare della fisica nucleare e subnucleare, quella che oggi si chiama fisica delle particelle. Il legame fra fisica e medicina è antico: pensiamo ad esempio all'ottica applicata allo studio della visione umana. Ma è a partire dalla fine del XIX secolo, con la scoperta dei raggi X da parte di Wilhelm Röntgen, che le conoscenze in fisica nucleare e subnucleare si sono ampliate in maniera prodigiosa; a questo fenomeno, si è accompagnata l'immediata utilizzazione delle radiazioni ionizzanti in medicina. Nei poco più di 120 anni trascorsi dalla scoperta di Röntgen, la ricerca in fisica ha consentito lo sviluppo di tecniche avanzate di diagnostica e terapia, come la risonanza magnetica, la tomografia a emissione di positroni o la radioterapia. Non sono solo i principi fisici, quali le proprietà dei fotoni o dell'antimateria, a trovare applicazione in medicina, ma anche molte delle tecnologie sviluppate inizialmente per la ricerca di base.

Acceleratori e rivelatori di particelle hanno non solo permesso grandi scoperte nel campo della fisica fondamentale, ma sono anche divenuti parte integrante delle realtà ospedaliere e della ricerca medica. Si stima che ci siano circa 30mila acceleratori di particelle in funzione in tutto il mondo, di cui oltre un terzo sono impiegati in medicina, ad esempio in radioterapia o nella produzione di isotopi per radiofarmaci.

Il trasferimento di principi fisici, tecnologie, e conoscenze dalla fisica alla medicina non è certamente un processo semplice e lineare, anche a causa della crescente complessità della ricerca in entrambe le discipline e della sempre maggiore specializzazione degli scienziati. Elementi chiave per favorire questo processo sono a mio avviso un dialogo pluridisciplinare che includa medici, fisici medici, fisici delle particelle, radiobiologi, ingegneri, ed esperti Ict, e una collaborazione attiva con l'industria perché le innovazioni possano veramente giungere fino alle strutture ospedaliere. Questo sforzo ha dato e continua a dare i suoi frutti, e in Italia ne abbiamo uno scintillante esempio con il Cnao di Pavia, un centro di eccellenza per il trattamento dei tumori con protoni e ioni carbonio, la cui realizzazione è stata possibile anche grazie al forte contributo dell'Istituto nazionale di fisica nucleare (Infn).

E dunque la ricerca di base, quella che a volte viene definita la "ricerca inutile", è profondamente essenziale per la società; perché è proprio dalla ricerca guidata solo dal desiderio di conoscenza che possono scaturire importanti innovazioni, alle quali non si arriverebbe mai se si pensasse solo a migliorare gli strumenti che abbiamo già. Per dirla con le parole di Bernardo Houssay, premio Nobel per la medicina nel 1947: non esiste scienza applicata, se non c'è scienza da applicare.

Medicina personalizzata: tecnologie abilitanti



di Marco Sacco
Presidente EuroVR,
European association for virtual
reality and augmented reality

Realtà virtuale e intelligenza artificiale al servizio della riabilitazione domestica e dello smart care. È questa la sfida che l'Istituto di tecnologie industriali e automazione (Itia) del Cnr ha intrapreso negli ultimi anni. Di pari passo con l'aumento del numero di anziani in Italia, affetti da problemi di tipo cognitivo e fisico-fisiologico, cresce anche l'esigenza di soluzioni riabilitative di tipo domestico, intelligenti e calibrate sulle esigenze del singolo paziente. Oggi le tecnologie di realtà virtuale e intelligenza artificiale sono sufficientemente mature da permettere lo sviluppo di soluzioni domestiche per la riabilitazione a basso costo. Molti dei progetti in cui l'Istituto è coinvolto mirano proprio a realizzare prototipi che dimostrino l'efficacia di questo tipo di soluzioni in diversi settori.

All'interno del Polo di Lecco, le attività del Cnr-Itia supportano lo sviluppo e l'introduzione di strumenti tecnologici human-oriented all'interno delle aziende manifatturiere, innovando prodotti e processi. Inoltre, applicando le stesse tecnologie abilitanti, Cnr-Itia realizza soluzioni dedicate al settore della Salute e del benessere, spaziando dalla riabilitazione domiciliare di utenti con disabilità neuromotorie e cognitive, alla valutazione biomeccanica di pazienti neurologico in clinica, all'ambient assisted living, fino alla realizzazione di sistemi domestici avanzati ed interoperabili. L'Istituto dispone di un LivingLab per gli ambienti di vita del futuro attrezzato per la sperimentazione di diverse soluzioni tecnologiche e di ricerca basate su realtà virtuale ed aumentata,

tecnologie di semantic web e intelligenza artificiale. Ad oggi Itia è coinvolto su diversi progetti nel campo riabilitativo, come Rientr@ - in collaborazione con Inail. Qui l'obiettivo è quello di favorire il ritorno alla vita quotidiana ed il reintegro lavorativo di persone rimaste su sedia a rotelle in seguito ad un incidente sul lavoro. In questo progetto la Realtà Virtuale gioca un ruolo fondamentale per la riabilitazione dei movimenti fondamentali per le attività della vita quotidiana in situazioni delicate, mentre l'utilizzo di tecnologie di Intelligenza Artificiale aiuta i pazienti, i terapeuti occupazionali e i datori di lavoro a favorire il ritorno del paziente nel mondo del lavoro.

Anche le tecnologie domotiche dedicate alla casa possono coadiuvare la riabilitazione e favorire il recupero funzionale degli abitanti. Ne è un esempio il progetto Future homes for future communities: all'interno di questo progetto, che vede la collaborazione di dieci Istituti del Cnr, Itia adotta l'intelligenza artificiale per regolare automaticamente il comfort all'interno delle case, fornire servizi sulla base della condizione di salute dell'utente, facilitare attività fondamentali come la preparazione in autonomia dei pasti. La grande attenzione di cui oggi dispongono le tecnologie di realtà virtuale e aumentata, insieme all'abbattimento dei costi dei dispositivi permettono oggi a numerose aziende di affacciarsi al mercato della riabilitazione domiciliare: questo è un trend irreversibile e la ricerca italiana mostra risultati di rilievo che sono pronti per il mercato.



MENSILE DI INFORMAZIONE
& ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE
Anno XXXI | Numero 6 | GIUGNO 2018

Direttore editoriale - **Bruno Chiavazzo**
Direttore responsabile - **Marco Magheri**

Comitato Scientifico

Simona Amato, Nicola Corbo,
Gianfranco Damiani, Carlo Favaretti,
Rosa Giuseppa Frazzica, Rosario Mete,
Giovanni Monchiero, Fulvio Moirano,
Armando Muzzi, Augusto Panà,
Walter Ricciardi, Marco Trabucchi

Editore

SCE SC Editrice Società Cooperativa
Via Vitaliano Brancati, 44
00144 Roma
segreteria@sceditrice.it

Redazione:

Tel. 0631052392
redazione@panoramasanita.it
www.panoramasanita.it

Ufficio abbonamenti:

Tel. 0659290256 - Fax 0687813133
segreteria@sceditrice.it

Stampa

Pressup srl - Nepi VT

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto della L. 196/03 sulla tutela dei dati personali. Coloro i quali non intendessero ricevere la rivista a titolo promozionale possono comunicarlo a mezzo fax al numero 0687813133.

Registrazione del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988

Poste Italiane S.P.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1 DCB - Roma - ISSN 1627-8140

Non è possibile richiedere numeri arretrati oltre 1 anno dalla data di pubblicazione.

S O M M A R I O

Editoriali

- Morire di algoritmi
e di chiamata...inattiva
di Marco Magheri **4**
- Governare l'innovazione
per salvaguardare il Ssn
di Mariapia Garavaglia **5**
- Dal bosone di Higgs
alla tecnologia medica
di Manuela Cirilli **6**
- Medicina personalizzata:
tecnologie abilitanti
di Marco Sacco **7**

Notiziario **10**

Dossier

- La via italiana
all'innovazione in sanità **16**
- Cresce la spesa per la sanità digitale:
1,3 mld di euro, +2% **20**
- Servizi sanitari online: solo il 18%
dei cittadini europei li utilizza **28**
- Dal commitment istituzionale
e politico alla messa a sistema **30**
- Tecnologie infobiomediche
per l'innovazione sanitaria **32**
- Perché l'e-Health non basta più **34**
- Un sistema capace di generare
benefici per il cittadino **36**
- Aumentare disponibilità dei dati
promuoverne la condivisione **38**
- La partecipazione dei cittadini
nelle valutazioni: dove siamo? **40**

Gdpr: diritto alla privacy e il suo rovescio	42
Dalla nozione di anticorruzione alla ricerca di tensione etica	46
Orgogliosi di appartenere all'Ssn e poco inclini al malaffare	48
Italia non ancora allineata all'Ue e piena di disuguaglianze	50
Italia: si muore meno ma solo dove la prevenzione funziona	52
Riforma psichiatrica, 40 anni e non sentirli	56
807.035 le persone assistite nel 2016 dai servizi specialistici	59
Il "piccolo-grande" ospedale romano	62

Professione

La professionalità del radiologo è quel che fa la differenza	64
Servizi veterinari del Ssn: allarme inadeguatezza organici	66
Presentato il nuovo Sistema nazionale linee guida	69
Chimici e fisici italiani uniti per la salute	70
Tanti i traguardi raggiunti ma molto rimane da fare	72

Congressi

Prendersi cura del neonato	75
----------------------------------	-----------

Innovazione

Importante risorsa per i processi decisionali in sanità	76
---	-----------

Regione Puglia e Asl Taranto per il digitale in sanità	78
--	-----------

Empowerment

Obiettivo: organizzare al meglio le reti di supporto	80
--	-----------

Europa in salute **82**

Nel territorio

Emilia Romagna: carenza di medici in pronto soccorso, le proposte di Simeu	84
Lombardia, Asst Papa Giovanni XXIII: al via il progetto Superabile	85
Puglia: è nata la rete per la talassemia, cure migliori e rischi ridotti	86
Sardegna: diabete, ridisegnata la rete per paziente adulto e bambino	87
Toscana: protonterapia, protocollo tra il Meyer e l'Apss Trento	88
Trentino Alto Adige: sicurezza del paziente, nuovo centro di formazione	89

Aziende & persone **92**

Agenda **96**

In libreria

Bersaglio mobile, thriller contro il cancro	98
---	-----------

Aifa

PUBBLICATI GLI ELENCHI VACCINI AUTORIZZATI E COMMERCIALIZZATI IN ITALIA

L'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) ha reso disponibile sul portale istituzionale l'elenco dei vaccini monocomponenti e multicomponenti (o parzialmente combinati) autorizzati e disponibili in Italia per le vaccinazioni previste nella Legge 119/2017 e l'elenco dei vaccini autorizzati e in commercio in Italia per le vaccinazioni non incluse nella Legge 119/2017. I due elenchi consentono di accedere, tramite link diretto alla banca dati farmaci Aifa, al foglio

illustrativo e al riassunto delle caratteristiche del prodotto (Rcp) di ciascun vaccino. L'Agenzia inaugura inoltre una sezione del portale ("Vaccini") che fornisce informazioni sui vaccini e sulle attività svolte dall'Agenzia per garantirne qualità, sicurezza ed efficacia lungo l'intero ciclo di vita, dalla sperimentazione clinica fino all'uso nella popolazione. "Voglio sottolineare – afferma il Direttore generale dell'Aifa, Mario Melazzini, in un editoriale pubblicato sul portale Aifa – il lavoro costante che l'Aifa svolge, insieme al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità, per garantire ai cittadini la disponibilità di vaccini efficaci e sicuri. Parte di questa attività quotidiana dell'Agenzia a servi-

zio della salute dei cittadini è e deve essere un'informazione corretta, trasparente ed efficace, che è l'unico strumento, per una istituzione pubblica, in grado di contrastare la disinformazione dilagante e soprattutto l'esitazione vaccinale. Per questa ragione invito tutti a consultare i professionisti del settore, medici e ricercatori. Persone che hanno dedicato la propria vita professionale a questa materia. Se vi informate attraverso il web controllate sempre che le informazioni provengano da fonti convalidate e autorevoli, soprattutto sui temi della salute e visitate in particolare i siti delle istituzioni pubbliche, delle società scientifiche, delle riviste scientifiche maggiormente accreditate".

Alto Adige

IL REGISTRO TUMORI A PROVA DI PRIVACY

Il Garante per la protezione dei dati personali ha dato parere favorevole in merito alle nuove norme per il funzionamento del Registro Tumori dell'Alto Adige. "Qualche settimana fa – riferisce l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige – si era concluso l'iter per la predisposizione della bozza di Regolamento del Registro Tumori della Provincia Autonoma di Bolzano, grazie al congiunto intervento di un gruppo di lavoro coordinato dalla Referente per la privacy dell'Azienda sanitaria, Maria Murgia, nonché dal Data Protection Officer dell'Azienda, Filomena Polito, e che ha coinvolto anche Guido Mazoleni, Primario del servizio di Anatomia e Istologia patolo-

gica, oltre all'Osservatorio per la Salute dell'Assessorato alla Sanità. Il Garante privacy ha espresso parere favorevole per l'adozione del Regolamento a seguito della richiesta della Provincia Autonoma di Bolzano e dell'Azienda sanitaria". Il Direttore generale dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, Thomas Schael: "Già da due anni l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige ha riconosciuto l'importanza della protezione dei dati nominando il Referente privacy all'interno dell'Azienda. La valutazione positiva da parte dell'autorità italiana per la protezione dei dati in merito al Regolamento del Registro Tumori, è un importante riconoscimento per il nostro impegno nella tutela dei dati che riguardano le cittadine ed i cittadini".



Hiv

IN ITALIA CIRCA 6 MILA PERSONE IN FASE AVANZATA NON SONO STATE ANCORA DIAGNOSTICATE

Nel nostro Paese circa 6 mila persone con Hiv in fase avanzata (numero di linfociti CD4 inferiore a 350 cell/?L) non sono state ancora diagnosticate: è quanto emerge da uno studio dell'Iss "People living with undiagnosed Hiv infection and a



low CD4 count: estimates from surveillance data, Italy, 2012 to 2014" pubblicato su Eurosurveillance, che ha messo in luce le caratteristiche e il numero di queste persone applicando un modello del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc) sui dati della sorveglianza Hiv tra il 2012 e il 2014. Lo studio ha evidenziato che si tratta soprattutto di maschi (82,8%) che hanno contratto il virus per via sessuale: sia attraverso rapporti eterosessuali (33,4%), sia attraverso rapporti sessuali con altri uomini (35%, men who have sex with men – Msm). La prevalenza dei non diagnosticati Hiv in fase avanzata è 11,3 casi per 100.000 abitanti con forti variabilità regionali (si passa da 0,7 casi per 100.000 abitanti in Calabria a 20,8 in Liguria).

Aggressioni operatori sanitari

RIPA DI MEANA (FIASO): "RACCOGLIEREMO FIRME PER UNA LEGGE CHE INASPRISCA LE SANZIONI"

"Le aggressioni negli ospedali e negli ambulatori pubblici sono oramai una vera emergenza che richiede risposte d'emergenza, prima di tutto con l'inasprimento delle pene per chi si scaglia contro gli operatori delle nostre Aziende sanitarie". A lanciare la proposta è il Presidente della Fiaso, la Federazione di Asl e Ospedali, Francesco Ripa di Meana, che annuncia l'avvio di una raccolta firme per la presentazione di un disegno di legge di iniziativa popolare "che inasprisca le sanzioni nei confronti dei responsabili di aggressioni nei luoghi di cura". "Una iniziativa-prosegue Ripa di Mea-

na- sulla quale stiamo chiedendo il sostegno degli Ordini professionali e dei rappresentanti dei cittadini e che ha preso il via dal 1° maggio, con una raccolta firme che partirà da Palermo, città teatro di numerose aggressioni nell'ultimo periodo". "Ulteriori iniziative potranno essere concordate con altri settori della Pubblica Amministrazione, come ad esempio la scuola". "Come Fiaso – aggiunge il Presidente- ci impegneremo anche ad avviare un confronto con Prefetture e Questure per concordare procedure che possano garantire la massima tempestività dell'intervento delle forze dell'ordine nei luoghi di cura". "È un impegno – conclude Ripa – che come manager ci sentiamo di dover assumere a tutela dei cittadini, ma anche dei professionisti sanitari dei quali siamo pur sempre i datori di lavoro".

Ulss 3

A CHIOGGIA NASCE L'ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO ALZHEIMER CON UN PUNTO DI ASCOLTO IN OSPEDALE

Ufficializzata recentemente, alla presenza del Direttore Generale della Ulss 3 Giuseppe Dal Ben, la costituzione in Ospedale dell'Associazione di volontariato Alzheimer di Chioggia. L'Associazione è guidata dalla responsabile Anna Maria Borgato. I volonta-



ri, opportunamente formati e sostenuti dagli operatori sanitari, residenziali e territoriali dei servizi di Chioggia, offrono un luogo di ascolto, informazione e orientamento ai familiari. In Veneto sono censiti oltre 65mila casi di demenza, di cui più di 50mila con malattia di Alzheimer. "Diamo il benvenuto in Ospedale a questa nuova Associazione – ha detto il Dg Dal Ben – che, insieme alle altre associazioni di volontariato che ospitiamo in questi spazi ospedalieri, collaborerà con noi nella umanizzazione dei percorsi assistenziali, aiutandoci sia a facilitare l'accesso ai servizi che a sostenere i pazienti più fragili e la loro famiglia".

Scuola

MOLTI GLI ALUNNI ITALIANI CON DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO

Sono complessivamente 254.614 le alunne e gli alunni delle scuole italiane di ogni ordine e grado con disturbi specifici dell'apprendimento (Dsa), pari al 2,9% del totale della popolazione studentesca dell'anno scolastico 2016-2017. È quanto emerge dalla pubblicazione dedicata agli "Alunni con disturbi specifici dell'apprendimento (Dsa) nell'a.s. 2016/2017", pubblicata sul sito del Miur e curata dall'Ufficio Statistica e Studi. "La

percentuale più alta di alunne e alunni con Dsa – riferisce il Miur – si trova nella scuola secondaria di I grado: sono il 5,40% dei frequentanti, contro il 4,03% della secondaria di II grado e l'1,95% della primaria. Le scuole dell'infanzia hanno trasmesso dati riguardo a casi sospetti di disturbi specifici dell'apprendimento: si tratta di un numero esiguo, 774 bambine e bambini nel 2016/2017, pari allo 0,05% del totale dei frequentanti. A livello territoriale, le alunne e gli alunni con disturbi specifici dell'apprendimento sono maggiormente presenti nelle regioni del Nord-Ovest (4,5% sul totale della popolazione

studentesca), seguite dalle regioni del Centro (3,5%), del Nord-Est (3,3%) e del Sud (1,4%). I valori più elevati si rintracciano in Liguria (4,9%), Valle d'Aosta (4,8%), Piemonte e Lombardia (entrambe 4,5%). Le percentuali più basse, invece, si rilevano in Sicilia (1,1%), Campania (0,9%) e Calabria (0,7%). Il disturbo mediamente più diffuso – evidenzia il Miur – è la dislessia (42,5% delle certificazioni), anche se più disturbi possono coesistere in una stessa persona. Seguono le certificazioni per la disortografia (20,8%), quelle per la discalculia (19,3%) e quelle per la disgrafia (17,4%)".

Azienda "Moscati" di Avellino

TECNICHE E DISPOSITIVI D'AVANGUARDIA IN CARDIOLOGIA: IMPIANTATI I PRIMI DUE PACEMAKER SENZA FILI

Una capsula delle dimensioni di circa due centimetri che viene rilasciata direttamente all'interno del cuore, senza collegamenti che attraversano il sistema venoso. Impiantati con successo, presso l'Unità Operativa di Cardiologia-Utic dell'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" di Avellino i primi due pacemaker senza fili. Gli aritmologi Francesco Rottoli, Fiore Candelmo e Felice Nappi hanno applicato il dispositivo di ultima generazione in due pazienti che presentavano un quadro clinico tale da rendere impossibile l'accesso standard alle camere cardiache. "La capsula – spiega Emilio Di Lorenzo, Direttore dell'Unità Operativa di Cardiologia – viene ri-

lasciata all'interno del cuore attraverso una vena dell'inguine e si ancora saldamente alle pareti cardiache, dove svolge il suo ruolo di "sentinella", rilasciando impulsi elettrici se vengono rilevati ritmi inadeguati". Un dispositivo, dunque, con tutte le caratteristiche di quello tradizionale, ma che, a differenza dei pacemaker convenzionali, non richiede interventi chirurgici, risultando pertanto molto meno invasivo per i pazienti. "Inoltre – continua Di Lo-

renzo -, non comportando l'installazione di una tasca sottocutanea e di elettrocateri di collegamento, la capsula abbassa notevolmente il rischio di possibili infezioni".



Ue

ATTACCHI DI CUORE, ICTUS E CANCRO LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE

Nel 2015, 5.217.376 persone sono morte nell'Unione europea, circa 272.000 in più rispetto all'anno precedente. 2 milioni di questi decessi (o il 38%) si sono verificati tra i 70 e gli 85 anni di età, mentre quasi un quarto (24%) di tutti i decessi riguardavano persone di età inferiore ai 70 anni. È quanto rileva l'Eurostat che recentemente ha diffuso alcuni dati sulle cause di decesso nell'Ue. Secondo

Regina Elena

DONNE E TUMORI: IL 90% DESIDERA APPRENDERE TECNICHE DI TRUCCO CORRETTIVO

Due paraventi, un mazzo di orchidee, uno specchio e tanto colore. Dall'avvio del progetto "Insieme più belle", nell'ottobre 2015, sono 1000 le pazienti che hanno usufruito dello spazio trucco per sentirsi più belle mentre lottano contro la malattia, allestito presso l'Istituto Regina Elena (Ire) di Roma. Un sondaggio ha analizzato la percezione e il significato di tale spazio. "Il questionario di valutazione ha coinvolto – spiega l'Ire – un campione di oltre 80 donne in terapia ed è emerso che circa il 70% delle donne che partecipa al progetto, ha tra i 41 e i 60 anni. Il 90% delle pazienti è in chemioterapia. La causa? tumore al seno nel 77% dei casi. È stato chiesto a que-

ste donne quali fossero gli effetti collaterali della chemioterapia che provocano loro maggiore disagio psicologico: caduta dei capelli, stanchezza e nausea occupano i primi posti. L'8% delle pazienti ha segnalato allergie sulla pelle del viso e del corpo. Il 60% delle donne ritiene importante la cura del proprio aspetto fisico nel corso delle terapie e il 33% lo considera un aspetto indispensabile. L'attenzione è focalizzata su trucco, pelle e capelli. Il 90% delle donne intervistate considera utile l'apprendimento delle tecniche del make-up correttivo: una percentuale così alta che l'organizzazione di lezioni di trucco di gruppo è stata una ovvia conseguenza! Le volontarie make-up artist con modo garbato e discreto sollecitano le signore in attesa della terapia a dedicarsi un po' di tempo, accogliendole e mettendo a disposizione la loro professionalità, unita ad una solidarietà tut-



ta al femminile". "La maggior parte delle pazienti intervistate, l'86% per l'esattezza, giudica utile e addirittura indispensabile lo spazio "Insieme più belle" inserito nel percorso di cura oncologica. I risultati del questionario di valutazione sono stati molto positivi. Una ulteriore prova di quanto il benessere psicologico e il sorriso davanti allo specchio alimentino, durante il percorso di cura, la forza dentro di sé".

l'Eurostat gli attacchi di cuore, ictus e cancro sono le principali cause di morte nell'Ue. "Poco più di 1,9 milioni di persone sono morte per malattie del sistema circolatorio (principalmente infarti e ictus), mentre 1,3 milioni sono morte di cancro. Queste sono state le due principali cause di morte nell'Ue, responsabili rispettivamente del 37% e del 26% di tutti i decessi. Le malattie del sistema circolatorio sono state la principale causa di morte in tutti gli Stati membri dell'Ue, ad eccezione di Danimarca, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito dove il cancro è stato il principale killer. La terza causa principale di morte nell'Ue è

stata rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio, che nel 2015 hanno causato la morte di 442.100 persone (l'8% di tutti i decessi nell'Ue). Una parte significativa dei decessi nell'Ue è dovuta anche a incidenti e altre cause esterne (230.000 morti), a malattie dell'apparato digerente (quasi 219.000 morti), alle malattie mentali e comportamentali come la demenza (214.500 decessi) e alle malattie del sistema nervoso compreso il morbo di Alzheimer (213.000 decessi, 4%). Per fare un valido confronto tra Paesi, il numero assoluto di decessi tra gli Stati membri deve essere adattato alle di-

mensioni e alla struttura della popolazione. Con 1660 morti ogni 100.000 abitanti, la Bulgaria ha registrato il più alto tasso di mortalità nell'Ue nel 2015. Seguono Romania (1530), Ungheria (1500), Lituania (1490), Lettonia (1489), Croazia (1430) e Slovacchia (1390). All'estremo opposto della scala, il tasso di mortalità più basso tra gli Stati membri dell'Ue è stato registrato in Francia (859 decessi ogni 100.000 abitanti), precedendo la Spagna (873), l'Italia (901), la Svezia (927) e il Lussemburgo (930). Il tasso di mortalità si è attestato in media a 1036 morti ogni 100.000 abitanti nell'Ue nel 2015.

Unicef

L'OSPEDALE SACRA FAMIGLIA DI ERBA È "AMICO DEI BAMBINI"

L'ospedale Sacra Famiglia di Erba (Como) è stato certificato dall'Unicef "Ospedale Amico dei Bambini" per la promozione, la protezione e il sostegno dell'allattamento. Il riconoscimento è stato consegnato al superiore provinciale dell'Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio, fra Massimo Villa, dalla Presidente del Comitato Unicef Como Manuela Bovolenta. "Il Programma dell'Unicef 'Ospedali Amici dei Bambini', che vede ad oggi accreditati oltre 23.000 ospedali in più di 150 Paesi, 26 in Italia, rappresenta uno dei più

vasti programmi al mondo per la promozione e la diffusione della cultura dell'allattamento – ha dichiarato Giacomo Guerrea, Presidente dell'Unicef Italia rivolto ai vertici dell'istituzione sanitaria -. La riconferma dell'Ospedale Sacra Famiglia di Erba a "Ospedale Amico dei Bambini" è testimone di come l'assistenza offerta abbia mantenuto dei livelli di eccellenza e di come i concetti del percorso baby friendly sono stati assimilati, fatti vostri, e mantenuti vivi nel tempo". Oggi l'Ospedale Sacra Famiglia è un punto nascita di primo livello: assicura la presenza 24 ore su 24 del personale medico (ginecologico, pediatrico ed anestesio-logico) dando la possibilità di accogliere nati dalla 34^a set-



timana di gestazione con un peso alla nascita superiore ai 1800 g. Nell'anno 2017 l'ospedale Sacra Famiglia ha registrato 715 nati.

Emilia-Romagna

NASCE L'OSSERVATORIO SULLA CONDIZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITÀ

Anche l'Emilia-Romagna avrà un Osservatorio sulla condizione delle persone con disabilità. A istituirlo, dopo la ripresa dei lavori dell'Osservatorio nazionale, tre realtà attive nell'ambito del welfare: il Forum regionale del Terzo settore e le Organizzazioni Fish (Federazione italiana per il superamento dell'handicap), e Fand (Federazione tra le Associazioni nazionali delle persone con disabilità), che a Bologna hanno illustrato l'iniziativa alla stampa, alla presenza dell'assessore regionale alle Politiche per la salute, Sergio Venturi. "Sempre, e a maggior ragione quando si parla di welfa-

re e disabilità, è fondamentale il lavoro di squadra tra Istituzioni e Associazioni- ha sottolineato Venturi-. Come Regione, non possiamo quindi che guardare con favore alla nascita di questo Osservatorio, uno strumento con cui le organizzazioni promotrici svolgeranno un prezioso lavoro di monitoraggio delle condizioni dei disabili in Emilia-Romagna in relazione, in particolare, ai servizi socio sanitari e all'inserimento scolastico e lavorativo. Anche le iniziative di comunicazione che l'Osservatorio intende organizzare – ha aggiunto Venturi – sono importanti, perché su un tema come quello della disabilità la soglia di attenzione, e sensibilità, da parte dei cittadini, oltre che delle Istituzioni, va sempre tenuta alta. E siamo orgogliosi- ha chiuso l'assessore- di poter dire che la nostra Regione

è quella che ha il Fondo regionale per la non autosufficienza più alto in Italia".

Consiglio europeo della ricerca

RICERCA INNOVATIVA: INVESTITI 653 MILIONI DI EURO

L'Ue ha stanziato 653 milioni di euro in finanziamenti a favore di 269 ricercatori europei di alto livello, i quali potranno così concretizzare le loro idee innovative e produrre risultati che avranno un vasto impatto sulla scienza, sulla società e sull'economia. "Grazie a questo regime di sovvenzioni – ha dichiarato Carlos Moedas, il Commissario europeo per la Ricerca, la scienza e l'innovazione – dal 2007 sostenia-

Avellino

CONCLUSE LE PROCEDURE DI ACCREDITAMENTO PER REGISTRO TUMORI

La Commissione di accreditamento Airtum (Associazione Italiana Registro Tumori), a seguito di una valutazione molto positiva del lavoro svolto dall'Asl di Avellino, ha rilasciato l'accREDITAMENTO ufficiale del Registro Tumori provinciale. "Il Registro Tumori – sottolinea la Asl di Avellino – rappresenta uno strumento fondamentale per monitorare nel tempo l'andamento della patologia oncologica sul territorio; tale monitoraggio si realizza attraverso la raccolta, codifica, elaborazione ed analisi di tutte le informazioni relative ai casi di tumore che vengono diagnosticati alle persone residenti nella provincia di Avellino. Due elementi contraddistinguono l'at-

tività del Registro Tumori: la continuità nel tempo della rilevazione ed il riferimento all'intera popolazione residente nell'area monitorata; tali caratteristiche consentono di avere un quadro reale, dinamico e di insieme del problema oncologico del territorio di riferimento, sia in termini di patologia oncologica rilevata nel tempo, sia di interventi messi in atto per contrastarla, sia degli esiti che l'intero sistema diagnostico curativo messo in campo riesce a produrre. Il Registro – conclude l'azienda sanitaria – rappresenta la struttura di epidemiologia oncologica sul territorio, con il compito di mettere tra loro in correlazione i vari e molteplici flussi informativi in campo sanitario, con l'obiettivo di fornire informazioni di servizio, agli operatori sanitari e di governo, ai responsabili della programmazione sanitaria".

mo ricercatori di alto livello e affermati. Si tratta di un importante esempio di come i finanziamenti dell'UE possano contribuire ad ampliare le frontiere della conoscenza scientifica, fornendo le risorse necessarie per portare avanti progetti innovativi e ad alto rischio, garantendo la competitività del-

l'UE a livello mondiale". Tra i numerosi temi, oggetto di studio da parte di scienziati impegnati nella ricerca avanzata, vi sono i trattamenti innovativi nel campo della rigenerazione cardiaca, l'aggressività di alcuni batteri e gli effetti dell'inquinamento atmosferico sullo sviluppo dei bambini.



Pubblica amministrazione

ENERGIA E AMBIENTE: AL VIA PROGETTO ENEA PER USO EFFICIENTE FONDI

L'Enea ha attivato un apposito servizio a supporto delle amministrazioni regionali e locali interessate all'utilizzo ottimale delle risorse europee e nazionali nei settori dell'energia e dell'ambiente. L'iniziativa prevede un vero e proprio canale diretto con la PA attraverso strumenti operativi a cominciare da un help desk, attivo dal lunedì al venerdì (9.00 – 13.00), che le amministrazioni interessate possono già contattare, sia al telefono (06 36 27 28 45) che per email (espa.project@enea.it), per quesiti di carattere normativo e indicazioni tecniche in materia di sostenibilità, efficienza e programmazione energetica. È disponibile anche il portale espa.enea.it, con informazioni e approfondimenti e una sezione riservata alle comunicazioni e agli scambi di esperienze tra le regioni sulle attività e i risultati ottenuti nell'ambito del progetto. Il servizio è gratuito ed è realizzato nell'ambito del progetto "Energia e Sostenibilità per la Pubblica Amministrazione" (Es-Pa) dell'Enea, finanziato dal Programma operativo nazionale governance e capacità istituzionale (2014-2020) e gestito dall'Agenzia per la Coesione Territoriale con un budget di 9,6 milioni di euro per i prossimi cinque anni. L'iniziativa punta a rafforzare le competenze tecniche di Regioni ed Enti Locali nei settori energetico-ambientali.

La via italiana all'innovazione in sanità

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Nsis) del Ministero della salute, costituisce la cornice di riferimento all'interno della quale devono convivere due mondi diversi, sebbene collegati: l'uno orientato al governo del Ssn, l'altro orientato alla cura del paziente, che consente l'aumento della qualità del servizio reso allo stesso. Il patrimonio informativo disponibile è pari a circa l'85% delle prestazioni ricomprese nei Lea in termini di costi.

di Giuseppe Viggiano*, Lidia Di Minco*

I servizi sanitari sono chiamati oggi a fronteggiare uno scenario complesso caratterizzato da profondi mutamenti demografici, epidemiologici e socioeconomici. L'invecchiamento della popolazione, l'incremento delle patologie croniche, l'incessante evoluzione tecnologica, l'aumento dei bisogni e delle aspettative dei pazienti, sono solo alcune delle sfide che devono essere affrontate sotto il vincolo stringente della scarsità di risorse disponibili. Questo quadro complesso richiede necessariamente un ripensamento del modello organizzativo e strutturale dei servizi sanitari, funzionale alla definizione delle nuove basi per la sanità del futuro, una sanità che sia in grado di bilanciare i bisogni di salute della popolazione con la sostenibilità economico-finanziaria del sistema, e di assicurare, anche alle prossime generazioni, un'assistenza sanitaria adeguata ai bisogni di salute.

Tra le strategie potenzialmente in grado di supportare questo cambiamento, un ruolo importante è riconosciuto dai governi nazionali alle information and communication technologies (Ict), il cui sviluppo ed implementazione sembrano essere diventati una priorità per i sistemi sanitari. L'Ict pervade tutti gli ambiti del settore sanitario, dal livello strategico nazionale all'erogazione dell'assistenza, declinandosi in modo differente a seconda delle finalità perseguite.

La sanità digitale o eHealth, definita come l'uso di Ict per la sanità, riguarda lo sviluppo di flussi informativi per supportare l'erogazione e la gestione dei servizi sanitari e può garantire benefici significativi non solo in termini di raggiungimento di obiettivi di salute ma anche nel collegare gli obiettivi raggiunti ai relativi costi.

In Italia, l'eHealth trova la sua naturale collocazione nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Nsis) del Ministero della salute, che costituisce la cornice di riferimento all'interno della quale devono convivere due mondi diversi, sebbene collegati: l'uno orientato al governo del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), che permette il monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), l'altro orientato alla cura del paziente, che consente l'aumento della qualità del servizio reso allo stesso.

La rilevanza dell'eHealth è ulteriormente avvalorata dal suo inserimento tra gli obiettivi strategici di innovazione a livello nazionale previsti nel documento "Strategia per la crescita digitale 2014-2020".

In tale contesto il Ministero della salute, in coerenza con le strategie programmatiche definite a livello nazionale e comunitario, è impegnato nell'attuazione di diverse iniziative – le principali sono sinteticamente illustrate di seguito – finalizzate all'armonizzazione delle soluzioni eHealth, quali prerequisiti per il supporto alla

cura del paziente e al governo del Ssn nonché a beneficio dei sottostanti processi organizzativi e gestionali.

IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Nsis) nasce con l'obiettivo di rendere disponibile, a livello nazionale e regionale, un patrimonio di dati centrato sull'individuo, di regole e metodologie per misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo a supporto del governo del Ssn, del monitoraggio dei Lea e della spesa sanitaria, condiviso fra i vari livelli istituzionali. Attraverso il Nsis sono rese disponibili informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, supportano le Regioni ed il Ministero della salute nell'esercizio delle proprie funzioni e, in particolare, il Ministero nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Lea sul territorio nazionale. Il Nsis trova il suo fondamento normativo nella legge finanziaria 2001 (art. 87, legge 23 dicembre 2000, n. 388) ed è attuato attraverso due accordi quadro tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Accordo 22 febbraio 2001 e Accordo 7 luglio 2016). Le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo, finalizzate allo sviluppo e all'evoluzione dell'Nsis, sono affidate ad un organismo paritetico Stato-Regioni, denominato "Cabina di regia del Nsis". La Cabina di regia rappresenta la sede uni-

taria ove il livello nazionale e quello regionale condividono in modo paritetico la definizione di indirizzi strategici del Nsis. Ad essa è, infatti, affidata la definizione ed il continuo adeguamento nel tempo dei contenuti informativi e delle modalità di alimentazione del Nsis, coerentemente con le indicazioni del Piano sanitario nazionale e le esigenze di monitoraggio dei livelli nazionale, regionale e locale del Ssn. Alla Cabina di regia Nsis sono, inoltre, attribuite le funzioni per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Patto per la sanità digitale ed è incaricata di predisporre e aggiornare il Piano di evoluzione dei flussi del Nsis, anche con riferimento alle iniziative di sanità digitale. La realizzazione del Nsis ha consentito la raccolta progressiva di tutte le informazioni correlate agli eventi che caratterizzano i contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del Ssn (ricoveri, pronto soccorso, assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale, etc.) e, attualmente, il patrimonio informativo disponibile presso il Ministero della salute è pari a circa l'85% delle prestazioni ricomprese nei Lea in termini di costi. Tale risultato è stato raggiunto grazie ai sistemi informativi su base individuale del Nsis istituiti attraverso l'emanazione di speci-

** Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della Salute*





fici decreti, all'adeguamento dei sistemi regionali e alla messa a disposizione dei relativi contenuti,

L'INTERCONNESSIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI DEL SSN

Il decreto recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Ssn, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato (DM 7 dicembre 2016, n. 262) ha definito le procedure che le diverse amministrazioni dello Stato dovranno applicare per attribuire a tutti gli assistiti del SSN un codice univoco nazionale da utilizzare nei sistemi informativi che rilevano eventi sanitari su base individuale. Con la sua adozione diventa finalmente possibile, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, ricostruire a livello nazionale il percorso dell'assistito tra i diversi setting assistenziali. Potranno, pertanto, essere condotte valutazioni integrate, a livello nazionale, relative all'uniforme erogazione dei Lea, alla qualità e all'appropriatezza delle cure. Dunque, alle analisi separate per ogni singola tipologia di prestazioni si affiancherà un approccio integrato, in grado di assicurare il corretto monitoraggio della qualità dell'assistenza

sanitaria erogata nell'ambito di un percorso di cura.

I benefici per il Ssn si tradurranno evidentemente in vantaggi per gli assistiti, in quanto, grazie alle evidenze rese possibili dalle analisi e dai modelli di interpretazione dei fenomeni sanitari basati sui dati interconnessi, il Ministero della salute e le Regioni potranno far evolvere, per quanto di competenza, le capacità di risposta del Ssn nei processi di monitoraggio finalizzati al miglioramento dell'efficacia, della qualità e dell'equità dell'assistenza sanitaria, nonché nelle azioni di programmazione di breve, medio e lungo periodo.

IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

Il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) che è "l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito", ha come scopo principale quello di agevolare l'assistenza al paziente, offrire un servizio che può facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente, contribuendo al miglioramento di tutte le attività assistenziali e di cura.

Il Fse può essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito e che lo stesso, oltre ai diritti previsti dal Codice privacy, ha il diritto di richiedere l'oscuramento dei dati e dei documenti sanitari e socio-sanitari, sia prima dell'alimentazione del Fse che successivamente.

La normativa (articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179) dispone che il Fse sia istituito dalle Regioni e Province autonome, oltre che per finalità di cura anche per finalità di studio e ricerca scientifica, programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria. La stessa rimanda a uno o più provvedimenti attuativi per la disciplina dei diversi aspetti che attengono l'istituzione e l'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico. Il Dpc, del 29 settembre 2015, n. 178, primo decreto attuativo del Fascicolo sanitario elettronico

co, disciplina i documenti che possono essere indicizzati, i contenuti del profilo sanitario sintetico e del referto di laboratorio, nonché le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al Fascicolo, e i criteri per l'interoperabilità del Fse a livello regionale e nazionale. Per la progressiva implementazione del Fse, i successivi decreti provvederanno a definire le ulteriori disposizioni relativamente ai documenti, ai contenuti, ai servizi di elaborazione di dati per le finalità di ricerca e per le finalità di governo del Ssn, nonché agli interventi di evoluzione dell'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità. Lo stato dell'implementazione del Fse risulta, ad oggi, eterogeneo tra le diverse Regioni e Province autonome, infatti, benché la maggior parte abbia già implementato i servizi e i documenti previsti dal Dpcm n. 178/2015, esistono poche regioni che devono ancora dotarsi di un sistema di Fse.

La legge di stabilità 2017 ha disposto che le Regioni possano avvalersi per la costituzione dei loro sistemi di Fse dell'infrastruttura nazionale per l'interoperabilità

dei fascicoli. Tale infrastruttura, progettata congiuntamente dal Ministero della salute, da Agenzia per l'Italia digitale (AgID) e dal Ministero dell'economia e delle finanze e realizzata dal quest'ultimo, ha il compito di garantire l'interoperabilità dei Fse regionali, l'identificazione dell'assistito attraverso l'Anagrafe nazionale degli assistiti (Ana), di verificare il consenso espresso dal cittadino, e, per le regioni che ne fanno richiesta, di rendere disponibili servizi in sussidiarietà per i Fse regionali. In questo modo si rende disponibile per tutte le Regioni, ma in particolare per quelle che non abbiano ancora un sistema di Fse o versino in forte ritardo, la possibilità di colmare il divario oggi esistente tra le regioni.

LE INIZIATIVE EUROPEE

A livello europeo l'Italia ha partecipato ed è attualmente attivamente coinvolta in numerosi iniziative e progetti in ambito eHealth. Specificatamente, partecipa all'eHealth Network, organismo istituito ai sensi dell'articolo 14 della direttiva 2011/24/Ue. Tale organismo nasce come rete volontaria che collega le autorità nazionali responsabili dell'assistenza sanitaria on line designate dagli Stati membri e, sebbene la partecipazione all'eHealth Network sia volontaria, vi partecipano tutti gli Stati membri dell'Unione europea. L'Italia è rappresentata, su nomina del Ministro della salute, dal Direttore generale pro-tempore della Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

Tra i progetti cui l'Italia è coinvolta si segnala il Progetto deployment of generic cross border ehealth services in Italy (Ncpeh). Il progetto si propone di sperimentare un'infrastruttura italiana di National contact point for eHealth finalizzata allo scambio transfrontaliero del Patient summary e dell'ePrescription. La conduzione del predetto progetto è realizzata attraverso un consorzio di cui fanno parte il Ministero della salute, in qualità di coordinatore, l'Agenzia per l'Italia digitale (Agid) e le Regioni Emilia-Romagna, Veneto e Lombardia.



Medici e tecnologia

Cresce la spesa per la sanità digitale: 1,3 mld di euro, +2%

Cartella clinica elettronica e servizi digitali ai cittadini, gli ambiti più rilevanti per le strutture sanitarie. Cresce la spesa per la telemedicina, ma non la diffusione. big data strategici anche per Gdpr. La maggior parte dei cittadini preferisce accedere di persona per consulto medico (86%), pagamento delle prestazioni (83%) e ritiro dei referti (80%). Solo il 15% comunica con il medico via email, il 13% via sms e il 12% via Whatsapp. Si diffondono le app per monitorare lo stile di vita. Più digitali i medici: secondo l'Osservatorio innovazione digitale in sanità il 77% tra gli specialisti e l'83% dei medici di famiglia usano l'email, il 52% e 63% Whatsapp per scambiare dati, immagini e informazioni. I costi del "non digitale": oltre 5 miliardi di euro di impatto se l'80% dei cittadini effettuasse online il ritiro di documenti clinici, la richiesta di informazioni, la prenotazione e il pagamento di visite e esami.

Dopo la contrazione del 2016, il 2017 ha visto una lieve crescita della spesa per la sanità digitale, che tocca 1,3 miliardi di euro (pari all'1,1% della spesa sanitaria pubblica, 21 euro per abitante), con una crescita del 2% rispetto all'anno precedente. Ma i servizi digitali restano diffusi a macchia di leopardo sul territorio italiano e la maggior parte dei cittadini non utilizza ancora strumenti via web per accedere ai servizi sanitari: circa l'80% degli italiani preferisce recarsi personalmente a ritirare documenti clinici, consultare un medico o pagare una prestazione, sette su dieci preferiscono parlare di persona con il proprio medico piuttosto che comunicare con strumenti tecnologici come email, sms o Whatsapp. La quota principale degli investimenti per la sanità digitale è stata sostenuta dalle strutture sanitarie, con un budget di 890 milioni di euro (+2% sul 2016), seguite dalle Regioni (320 milioni, +3%), dai 47mila medici di medicina generale (72,9 milioni di euro, in leggera crescita con una media di 1.551 euro) e dal Ministero della Salute (16,7 milioni di euro, stabile). Tra i principali ambiti di innovazione, i budget più significativi vanno alla Cartella clinica elettronica (47 milioni di euro), ai sistemi di front-end (45

milioni) e al disaster recovery (31 milioni). La Cartella clinica elettronica è anche l'ambito più rilevante per il raggiungimento degli obiettivi strategici, indicato dal 72% delle Direzioni Strategiche, seguito dai servizi digitali ai cittadini (59%) e dalla gestione documentale e conservazione a norma (55%). Cresce la spesa per la telemedicina (24 milioni di euro), ma la diffusione rimane stabile e solo il 38% dei Direttori la considera rilevante. big data analytics e Business Intelligence sono prioritari per quasi un'azienda su due, anche in vista del Gdpr per cui il 76% delle aziende ha revisionato policy e processi. I medici sono sempre più attenti alle nuove tecnologie, che utilizzano soprattutto per comunicare con i pazienti. È il caso, ad esempio, di Whatsapp, usato dal 63% dei medici di famiglia e dal 52% degli specialisti soprattutto per scambiare facilmente dati, immagini e informazioni. Meno digitali i cittadini: solo il 15% usa l'email, il 13% sms e il 12% Whatsapp per comunicare col proprio medico. L'offerta e l'utilizzo di semplici servizi digitali ai cittadini potrebbero ridurre i costi nascosti del "non digitale". Otto italiani su dieci nell'ultimo anno hanno ritirato documenti clinici di persona impiegando in media 45 minuti, con-

tro i 20 per il ritiro in farmacia e i 5 via web: se invece l'80% li ritirasse online, il 10% in farmacia e solo il 10% di persona, l'impatto economico sarebbe di 1.630 milioni di euro. E sono 1.150 milioni di euro gli impatti legati all'accesso online a informazioni su prestazioni e strutture sanitarie, 1.430 milioni per la prenotazione online di visite ed esami e 980 milioni per il loro pagamento, per un totale di oltre circa 5 miliardi di euro. Sono alcuni dei risultati della ricerca dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità della School of Management del Politecnico di Milano* (www.osservatori.net), presentata l'8 maggio scorso a Milano. «Con il progressivo invecchiamento della popolazione, il divario fra bisogni di cura e risorse a disposizione è destinato a crescere, e l'innovazione digitale è l'unica leva per rendere sostenibile il sistema sanitario – afferma Mariano Corso, Responsabile scientifico dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità –. La leggera crescita degli investimenti per la sanità digitale è una buona notizia, ma non basta per colmare il divario esistente. Serve un rinnovamento dei modelli organizzativi delle aziende sanitarie, spostando le prestazioni dall'ospedale al territorio e migliorando l'accesso alle cure. È necessaria la partecipazione attiva dei cittadini alla corretta gestione della propria salute, da incentivare attraverso l'adozione di strumenti digitali utili per comunicare col medico, per accedere ai propri dati clinici, come il Fascicolo Sanitario Elettronico, e per monitorare il proprio stile di vita, come

le app. Serve infine lo sviluppo delle necessarie competenze digitali degli operatori sanitari, sia nelle università che attraverso piani di formazione continua sul posto di lavoro».

GLI AMBITI DI INVESTIMENTO

Tra gli ambiti di innovazione della sanità digitale, è la Cartella clinica elettronica (Cce) a essere considerato il più rilevante nel supportare gli obiettivi strategici delle strutture sanitarie: è ritenuto prioritario dal 72% delle Direzioni, in forte crescita rispetto a quanto rilevato lo scorso anno (59%), con investimenti per 47 milioni di euro. All'interno della Cce sono ormai presenti in modo diffuso funzionalità quali la consultazione di referti e immagini e di order management (74%). Molto meno diffuse, invece, le funzionalità avanzate, come la gestione del diario medico e/o infermieristico e la farmacoterapia, che restano presenti in meno della metà del campione, anche se in leggera crescita rispetto all'anno precedente. In netto aumento gli investimenti in soluzioni di mobile hospital, passati dai 12 milioni del 2016 ai 18 del 2017. Ancora poco diffusi, infine, i sistemi di firma elettronica avanzata sia a livello del personale clinico-sanitario per la firma della documentazione (presente in modo diffuso solo nel 9% delle aziende), sia a livello dei pazienti (ad esempio con firma grafometrica) per il consenso al trattamento dati e alle procedure sanitarie (rispettivamente pari al 4% e al 2%).

Anche i servizi digitali rivolti ai cittadini



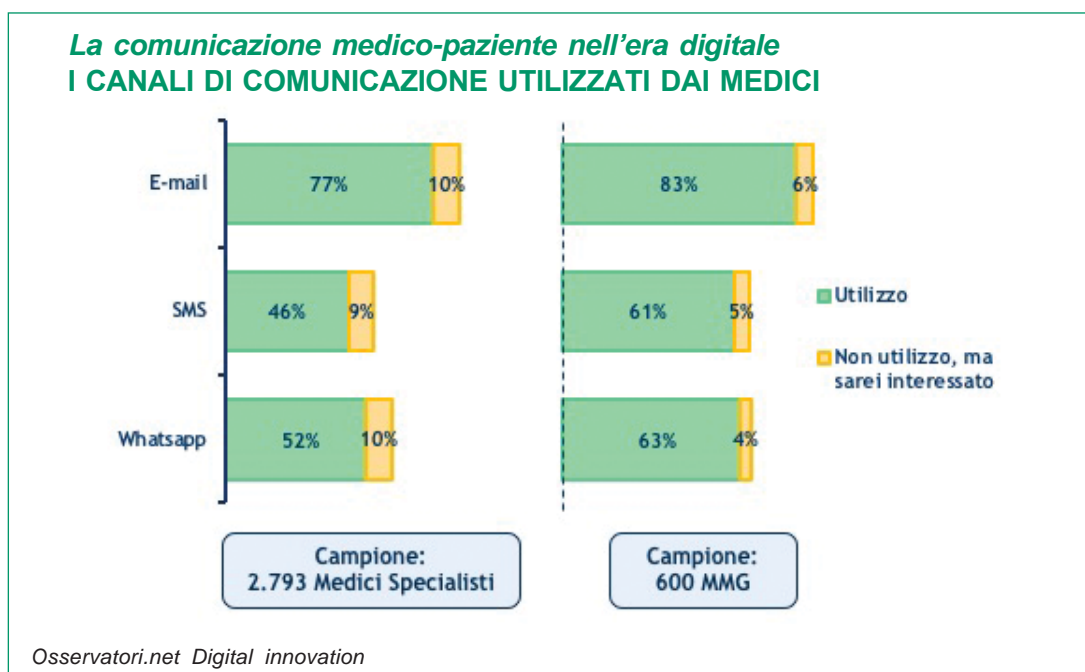
si confermano al centro dell'attenzione delle Direzioni strategiche, con il 59% dei Direttori che li considera un ambito prioritario (+3% sul 2016) e un budget di 19 milioni di euro (contro i 14 milioni dell'anno scorso), che il 61% delle aziende sanitarie prevede di aumentare ulteriormente nel 2018. I servizi maggiormente diffusi sono la possibilità di scaricare i referti via web, di confermare, ricordare ed eventualmente disdire appuntamenti, e di prenotare le prestazioni online. In oltre la metà dei casi, questi servizi sono messi a disposizione direttamente dalla Regione e circa un terzo delle aziende offre almeno un servizio tramite app. Ad oggi, invece, non sono ancora presenti aziende che consentano all'utente di interagire con un assistente virtuale (chatbot) per la richiesta di informazioni, seppur l'8% preveda di introdurlo entro la fine del 2018.

«I dati sulla crescita degli investimenti in servizi digitali sono incoraggianti, perché dimostrano una crescente consapevolezza dell'importanza di portare il supporto informatico ai processi in sanità fino al cittadino e al paziente – sottolinea Paolo Locatelli, Responsabile scientifico dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità. I diversi attori del sistema sanitario devono però fare sistema sui servizi digitali, così

che le soluzioni aziendali, regionali e nazionali interagiscano in un ecosistema che abilita una comunicazione fluida ed integrata. Il potenziamento dell'offerta di servizi digitali è indispensabile anche per diffondere la cultura digitale, tra gli operatori sanitari come tra i pazienti, spingendo i cittadini a sfruttare le potenzialità del digitale per accedere ai servizi».

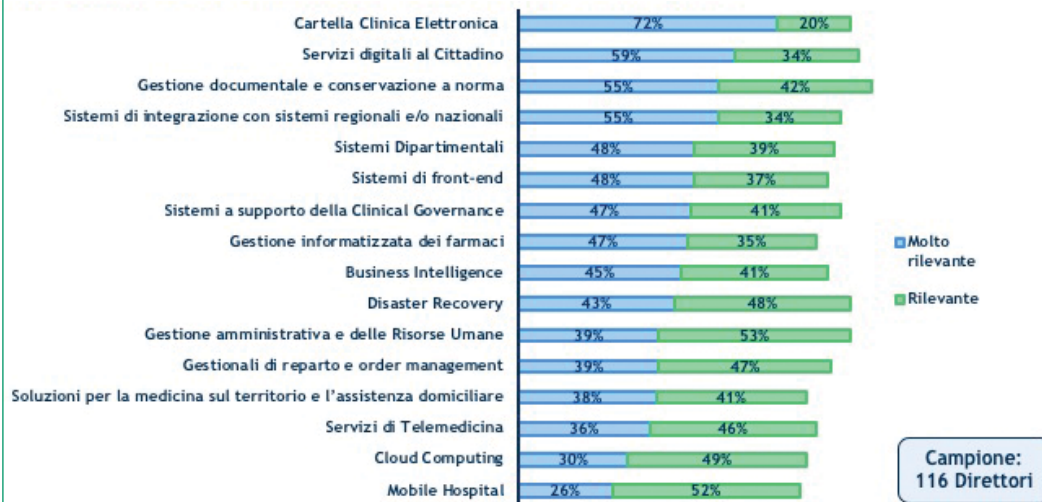
IL RUOLO DEL DIGITALE NELLA CONTINUITÀ DI CURA

In linea con la tendenza delle Regioni italiane a favorire l'integrazione tra ospedale e territorio, anche le aziende sanitarie hanno sempre più l'esigenza di scambiare tempestivamente le informazioni sui pazienti con gli altri attori del sistema. Le soluzioni che abilitano l'interscambio di dati e documenti sui pazienti attraverso Piani diagnostici terapeutici assistenziali (Pdta) informatizzati sono tuttavia ancora poco diffuse: il 29% delle aziende le utilizza con professionisti sanitari dell'azienda ospedaliera appartenenti a diversi dipartimenti e il 23% con professionisti all'interno di una o più reti di patologia. Allo stesso modo, solo il 19% dei medici di medicina generale ha attivo un flusso informativo che rientra nell'ambito di un Pdta. Il supporto informatico alle attività di presa in carico del paziente



Lo stato dell'innovazione digitale nelle aziende sanitarie.

LA RILEVANZA DEGLI AMBITI PER LE DIREZIONI STRATEGICHE



Osservatori.net Digital innovation

risulta diffuso soprattutto per le attività gestionali e amministrative, come la gestione dei dati anagrafici dei pazienti (nell'80% delle aziende) e la gestione delle prenotazioni delle prestazioni (63%). L'informatizzazione stenta, invece, a diffondersi come strumento per la messa in atto di percorsi individualizzati secondo il principio della presa in carico stabile del paziente: solo un terzo del campione di aziende rispondenti utilizza un supporto digitale nella definizione, visualizzazione e aggiornamento di piani di assistenza individuale. Attraverso una ricerca su 2.191 medici specialisti svolta in collaborazione con Ame, Fadoi, Digital Sit e Pke, emerge che i medici fanno un utilizzo frequente (almeno una volta a settimana) di strumenti per la gestione dei dati anagrafici (68%) e delle agende (44%), mentre solo una minoranza utilizza ad oggi soluzioni per il monitoraggio degli sviluppi clinici e sociali del paziente (24%) o, ancor meno, per la raccolta di opinioni degli assistiti (17%).

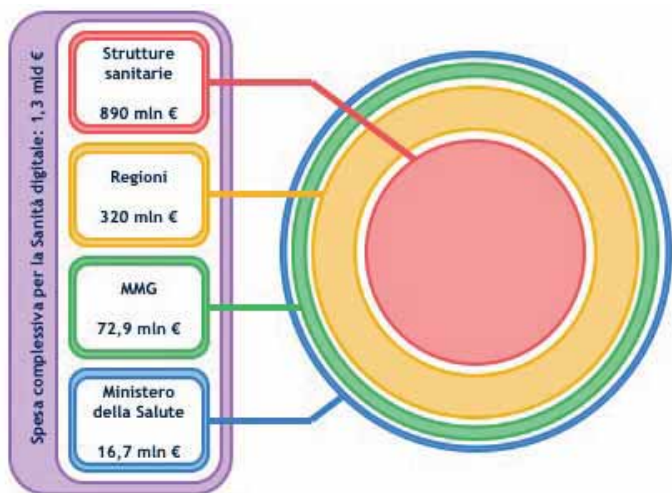
Inoltre, sulla base di una rilevazione effettuata su 600 medici di medicina generale (Mmg) in collaborazione con la Fimmg, emerge che solo il 9% dei medici utilizza strumenti informatici per redigere il Piano di assistenza individuale da condividere poi con il paziente, anche se ben il 69% si



dichiara interessato a utilizzarlo. Sempre secondo i Mmg, le barriere all'uso di strumenti digitali sono principalmente legate alle risorse: soltanto il 15% ritiene l'attuale disponibilità di tempo e risorse umane sufficiente a effettuare la prenotazione online di una prestazione all'atto della prescrizione, mentre la maggior parte (63%) pensa che questo sia praticabile solo ad alcune condizioni, legate alla presenza di personale di studio dedicato (64%) e alla valorizzazione economica del compito (61%).

«Complessivamente, emerge una crescente consapevolezza che le soluzioni digitali potrebbero giocare un ruolo fondamentale nel supportare la transizione ver-

**La spesa per la sanità digitale.
LA SPESA SOSTENUTA DAI DIVERSI ATTORI**



Osservatori.net Digital innovation

so nuovi modelli di cura che, per loro natura, richiedono collaborazione tra gli attori del sistema e integrazione di informazioni e servizi – sottolinea Cristina Masella, Responsabile scientifico dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità –. La diffusione di tali soluzioni, tuttavia, stenta oggi a realizzarsi perché manca una orchestrazione coerente della transizione al digitale e perché oneri, rischi e benefici attesi dall'introduzione di nuovi strumenti e modalità di lavoro non sono percepiti come ripartiti equamente fra gli attori del sistema».

LA TELEMEDICINA

La telemedicina, dopo la forte crescita di interesse e investimenti dello scorso anno, è un ambito stazionario, con una diffusione capillare ancora lontana. La spesa è aumentata lievemente rispetto all'anno precedente (24 milioni, erano 20 nel 2016), ma, nonostante si parli ormai da molti anni di queste soluzioni, soltanto il 38% dei Direttori delle aziende sanitarie lo reputa un ambito rilevante. Il servizio di telemedicina più diffuso è il tele-consulto tra strutture ospedaliere e dipartimenti, a regime in circa un terzo del campione analizzato. Ancora poco adottati, invece,

i servizi di tele-salute e tele-assistenza, presenti soprattutto con progetti pilota. Allo stesso modo, la percentuale di medici specialisti e medici di medicina generali (Mmg) che utilizza soluzioni di telemedicina risulta limitato: il tele-consulto è il servizio più utilizzato (rispettivamente dall'11% dei medici specialisti e dal 4% dei Mmg), mentre faticano a diffondersi i servizi che coinvolgono il paziente, come quelli di tele-salute (rispettivamente 7% e 2%) e tele-assistenza (5% e 4%), nonostante livelli di interesse all'utilizzo sempre superiori al 50%.

**BUSINESS INTELLIGENCE
E BIG DATA ANALYTICS**

Business intelligence e big data analytics sono considerate aree strategiche sia per il presente sia per il futuro. Lo dimostra il fatto che, nonostante una leggera flessione degli investimenti (13 milioni, contro i 15 del 2016) il 45% dei Direttori li indica come ambiti prioritari, mentre il 70% delle Direzioni e il 55% dei Cio ritengono che l'applicazione dei big data analytics per la medicina di precisione sarà l'ambito che avrà il maggior impatto nei prossimi cinque anni. Tuttavia, è altrettanto diffusa fra i Cio l'idea che siano gli ambiti con la più elevata complessità di realizzazione, soprattutto a causa delle limitate risorse economiche a disposizione, della difficoltà nell'implementare questi progetti e della mancanza di competenze interne. Il grande interesse e dinamismo attorno ai big data analytics è collegato anche all'obbligo di adeguare i processi di raccolta, analisi e utilizzo dei dati sui pazienti al nuovo Regolamento europeo sulla Protezione dei Dati Personali (Gdpr), applicato a partire dal 25 maggio. Il tema dovrà essere gestito dal Data protection officer (Dpo), un nuovo ruolo organizzativo che nel 55% delle strutture sanitarie del campione sarà ricoperto da personale esterno all'azienda. Per prepararsi alla normativa, l'82% delle aziende ha condotto un data audit – un'analisi dei dati gestiti dall'azienda e dei processi che li utilizzano, per evidenziare cosa manca per adeguarsi al Gdpr – e il 76% ha revisionato e aggiornato le

proprie policy e processi. Una minoranza (35%), invece, ha valutato la necessità di apportare modifiche ai rapporti commerciali correnti (ad esempio con i fornitori di soluzioni digitali). Nella quasi totalità dei casi sono state coinvolte la Direzione Ict (94%) e la funzione legale (76%), mentre circa metà delle strutture ha ritenuto opportuno ricorrere a fornitori di soluzioni digitali o società di consulenza. Il 68% delle aziende, infine, prevede sessioni per tutto il personale di sensibilizzazione e consapevolezza sulla protezione dei dati.

CITTADINI POCO DIGITALI

La maggior parte dei cittadini italiani preferisce ancora accedere ai servizi sanitari di persona, soprattutto se si tratta di un consulto medico (86%), del pagamento delle prestazioni (83%) e del ritiro dei referti (80%). L'indagine condotta dall'Osservatorio innovazione digitale in sanità in collaborazione con Doxapharma, su un campione di 2.030 cittadini, mostra che è ancora il telefono lo strumento privilegiato per prenotare visite ed esami (51%), mentre l'uso del canale web appare abbastanza limitato e confinato alle fasi di accesso alle informazioni su prestazioni e strutture sanitarie (40%) e ritiro dei documenti clinici (21%). Soltanto la fascia anagrafica dei 45-54enni mostra valori di utilizzo del digitale sopra la media in entrambe le operazioni (rispettivamente 47% e 27%). La maggior parte dei cittadini che non hanno utilizzato gli strumenti digitali per accedere ai vari servizi, li considera poco affidabili, ma anche la mancanza di competenze è un forte ostacolo: sono tre su dieci i cittadini che non si sentono in grado di utilizzare questi strumenti, so-

prattutto fra i più anziani. Le app. rappresentano una quota sempre più rilevante dei servizi digitali utilizzate dai cittadini, soprattutto per quanto riguarda le app. informative, che si stanno diffondendo velocemente. Un cittadino su quattro dichiara di utilizzare app. per cercare le farmacie di turno (25%), uno su cinque per trovare la farmacia più vicina, e il 19% per informarsi sui farmaci. La fascia di età più incline a utilizzare questa tipologia di applicazioni è quella fra i 35 e i 44 anni, in cui l'uso sale rispettivamente al 45%, 36% e 30%. Le app. di maggior interesse fra i cittadini, invece, sono quelle in grado di verificare la presenza di un farmaco in farmacia e prenotarlo e quelle per monitorare i tempi di attesa in pronto soccorso, anche se in entrambi i casi si registra una mancanza di offerta. Accanto alle app. informative si diffondono anche quelle di "coaching": il 19% dei cittadini utilizza app. per monitorare lo stile di vita (ad esempio, l'alimentazione e gli allenamenti), il 12% per controllare i parametri vitali (battito, pressione, ecc.), il 7% per ricevere avvisi su controlli medici o esami periodici. L'adozione di questi strumenti diminuisce fra i cittadini con più di 55 anni o affetti da malattie croniche.

«Le app. per accedere a servizi e informazioni di tipo sanitario non sono ancora particolarmente diffuse, perché l'offerta da parte di Regioni e aziende sanitarie non è matura o non comunicata correttamente agli utenti – afferma Emanuele Lettieri, Responsabile scientifico dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità –. Alla mancanza di offerta si aggiunge la limitata affidabilità percepita di questi strumenti, sia da parte delle fasce di cittadini più diffidenti nei confronti delle tecnologie sia da parte dei medici che, soprattutto per le app. di coaching, chiedono che i mezzi digitali siano certificati e valutati in termini di costo-efficacia. Per avvicinare i cittadini al digitale, dunque, è necessario aumentare l'offerta di servizi, rendendoli più facili da usare e mettendone in luce l'affidabilità e il valore».

Dalla ricerca emerge come il rapporto col proprio medico sia ancora fundamenta-



le nell'accesso alle informazioni di tipo sanitario. Risulta infatti il primo canale consultato quando si soffre di influenza (74%), per avere informazioni sui vaccini (74%), per interpretare un esame diagnostico (81%) e per informarsi su una grave situazione di salute (56%). In quest'ultimo caso, oltre un cittadino su tre consulta il medico specialista come prima fonte di informazione, mentre la rete è utilizzata ancora raramente, tranne che per informarsi sulle vaccinazioni (9%). La maggior parte dei cittadini preferisce rivolgersi al medico di famiglia per farsi indirizzare verso cure più specifiche, mentre il restante 20% si suddivide fra chi ritiene le informazioni online poco affidabili, chi le considera troppo generiche e chi invece ammette di non saper utilizzare i canali digitali. Soltanto la fascia dei giovanissimi (15-24enni) si affida più frequentemente a internet come prima fonte di informazioni (il 22% sui vaccini, l'11% quando soffre di sintomi influenzali).

LA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

I cittadini si mostrano ancora poco digitali anche nella comunicazione col proprio medico: ben sette su dieci preferiscono incontrarlo di persona. Fra coloro che si servono di strumenti digitali, la maggior parte utilizza l'email (15%, il 20% è interes-

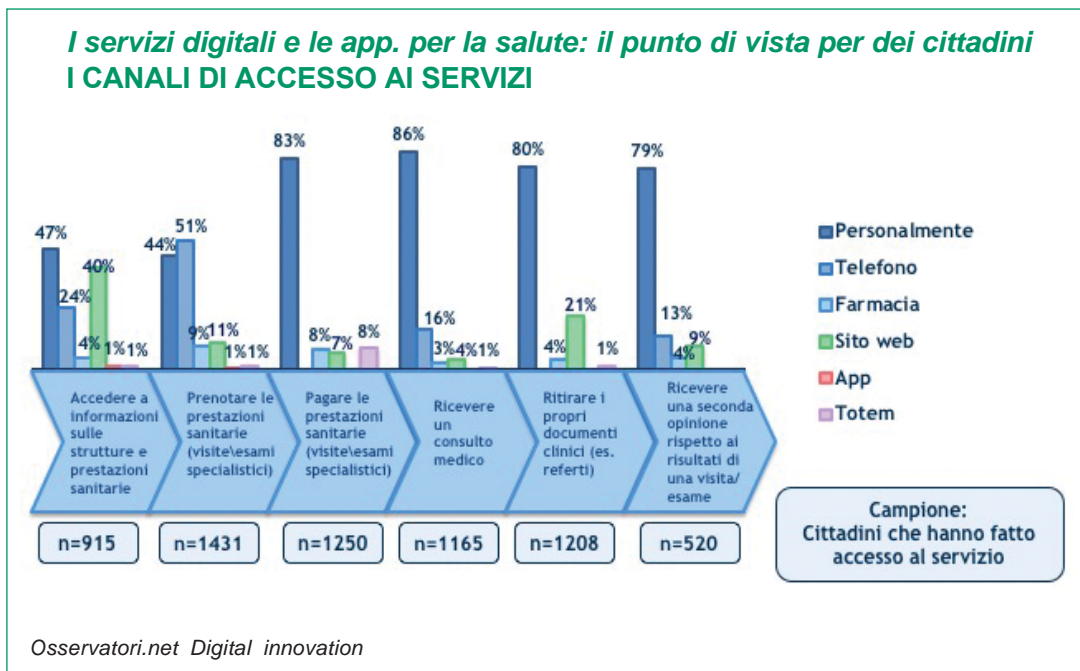
sato a usarla), poi vengono gli sms (13%) e infine Whatsapp, il cui uso è passato dal 7% di un anno fa al 12% dell'ultima rilevazione. I cittadini usano sms e Whatsapp soprattutto per fissare/spostare visite (50% e 44%) e comunicare lo stato di salute (38% e 35%).

Più alto il livello di utilizzo degli strumenti digitali da parte dei medici specialisti e di famiglia con i loro pazienti. Anche in questo caso il mezzo più utilizzato è l'email (77% tra gli specialisti e 83% tra i medici di famiglia), seguita da Whatsapp (52% e 63%) e sms (46% e 61%). In particolare, Whatsapp è utilizzato perché consente di scambiare facilmente e rapidamente dati, immagini e informazioni consentendo di evitare visite non necessarie (secondo il 58% dei medici specialisti e il 63% dei Mmg). Anche i medici usano le email principalmente per condividere documenti con i propri pazienti (74% gli specialisti, 88% i medici di famiglia) o con altri operatori sanitari (64% e 50%), mentre preferiscono gli sms o Whatsapp per condividere informazioni organizzative. Fra i medici che non fanno uso di questi strumenti, uno su due teme che si possano creare incomprensioni con i pazienti ed è diffusa la preoccupazione che l'utilizzo di questi strumenti possa aumentare il carico di lavoro del

La comunicazione medico-paziente nell'era digitale I CANALI DI COMUNICAZIONE UTILIZZATI DAI CITTADINI



Osservatori.net Digital innovation



medico e che possa comportare rischi legati a un mancato rispetto della normativa sulla privacy. Tuttavia, il 71% dei medici internisti e il 57% dei medici di famiglia sarebbero favorevoli all'introduzione di un'applicazione simile a Whatsapp, certificata e specifica per la sanità.

«L'utilizzo di strumenti digitali per comunicare con i propri pazienti è un segnale positivo di come i medici stiano sempre più acquisendo consapevolezza sull'importanza del digitale, che consente di rendere più veloce ed efficace lo scambio di informazioni – osserva Chiara Sgarbosa, Direttore dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità –. Si parla tuttavia di strumenti basilari, che spesso non necessitano di formazione specifica né di un cambiamento profondo a livello culturale. È importante, invece, che i medici siano sempre più attenti alla propria formazione rispetto alle competenze digitali necessarie allo sviluppo di nuovi progetti di innovazione digitale, utili a migliorare i processi e, i servizi sanitari».

LE COMPETENZE DIGITALI IN SANITÀ

Dalla survey condotta dall'Osservatorio, su 116 Direttori di aziende sanitarie, 600 medici di medicina generale e 2.771

medici specialisti emerge come fra i principali ostacoli all'adozione delle tecnologie digitali, subito dopo le limitate risorse economiche (indicate dal 73% dei Direttori, 50% dei medici specialisti, e 48% dei Mmg), figurino la scarsa cultura digitale (rispettivamente 43%, 45%, 41%), la scarsa conoscenza delle potenzialità degli strumenti digitali (32%, 41%, 40%) e la mancanza di competenze nel loro utilizzo (24%, 41%, 39%).

Nel dettaglio, il livello medio delle competenze dei Mmg e dei medici specialisti si attesta attorno a valori moderati (5 su una scala da 1 a 8). L'area su cui i medici si sentono maggiormente competenti è quella relativa alla capacità di lavorare in modo smart, con competenze maggiori tra i medici specialisti e tra i più giovani. Tra le competenze per cui forniscono un'autovalutazione più bassa ci sono la capacità di comunicazione e coinvolgimento degli utenti durante il lancio di un progetto di innovazione digitale e la capacità di rappresentare i dati. Le Direzioni strategiche, invece, ritengono che la competenza più rilevante, che dovrà essere costantemente aggiornata in futuro, è la capacità di comprendere gli impatti delle tecnologie sui processi e sul valore apportato, indicata dal 52% del campione.

Servizi sanitari online

Solo il 18% dei cittadini europei li utilizza

Publicato l'indice di digitalizzazione dell'economia e della società (Desi) 2018, lo strumento che controlla le prestazioni degli Stati membri in termini di connettività digitale, competenze digitali, attività online e digitalizzazione delle imprese e dei servizi pubblici. Le prestazioni dell'Italia si collocano all'interno del gruppo di Paesi dai risultati inferiori alla media. Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi di sanità digitale, l'Italia si posiziona bene, collocandosi all'8° posto.

Negli ultimi 12 mesi, solo il 18% (media Ue) dei cittadini dell'Ue ha utilizzato servizi di assistenza sanitaria forniti online senza dover recarsi in ospedale o in un ambulatorio medico (ad esempio, ricevendo una prescrizione o una consulenza online). Quasi il 50% dei cittadini finlandesi ed estoni utilizza servizi di sanità elettronica, mentre in Danimarca la percentuale è leggermente inferiore (42%). Secondo Eurobarometro, il 52% di tutti i cittadini vorrebbe l'accesso online ai propri registri medici e sanitari. I cittadini dell'Ue sono molto più disposti a condividere i dati sulla salute e il benessere con medici e operatori sanitari (65%) rispetto alle aziende (14%) o alle autorità pubbliche, anche se anonimizzati e ai fini di ricerca (21%). È il quadro relativo alla dimensione dell'eHealth che emerge dall'Indice digitale dell'economia e della società (Desi) 2018 pubblicato dalla Commissione europea lo scorso 18 maggio. Il Desi è uno strumento che controlla le prestazioni degli Stati membri in termini di connettività digitale, competenze digitali, attività online e digitalizzazione delle imprese e dei servizi pubblici. "L'indice rivela che l'Ue – afferma la Commissione Europea – sta diventando sempre più digitale, ma i progressi non sono sufficienti per permettere all'Europa di tenere il passo con i leader mondiali e ridurre il divario esistente tra gli Stati membri. Questa situazione rende più urgenti il completamento del mercato unico digitale e un aumento degli investimenti nella digitalizzazione dell'economia

e della società". "Nel corso degli anni passati l'Ue – prosegue la Commissione – ha continuamente migliorato le sue prestazioni digitali e il divario tra i Paesi più e meno digitalizzati si è ridotto leggermente (da 36 a 34 punti). Il punteggio più alto nel Desi 2018 è stato ottenuto da Danimarca, Svezia, Finlandia e Paesi Bassi, che sono tra i leader mondiali nel campo della digitalizzazione, seguiti da Lussemburgo, Irlanda, Regno Unito, Belgio ed Estonia. Irlanda, Cipro e Spagna hanno registrato il maggior progresso (oltre 15 punti) negli ultimi quattro anni. Tuttavia, alcuni altri Paesi dell'Ue hanno ancora molta strada da fare e nel suo complesso l'Unione ha bisogno di migliorare le sue prestazioni per rimanere competitiva a livello internazionale". Il Desi rileva come Danimarca, Svezia, Finlandia e Paesi Bassi hanno le economie digitali più avanzate nell'Ue, seguite da Lussemburgo, Estonia, Regno Unito e Irlanda. Romania, Grecia, Bulgaria e Italia hanno i punteggi più bassi sull'indice. Nella dimensione dei servizi pubblici digitali che misura la digitalizzazione dei servizi pubblici, concentrandosi su eGovernment e eHealth i campioni europei sono Finlandia, Estonia e Danimarca, mentre Grecia, Ungheria e Romania sono in ritardo. La qualità dei servizi pubblici online europei è migliorata con un aumento di 5 punti in moduli pre-compilati (misurazione del riutilizzo di dati utente già noti alla pubblica amministrazione), 2 punti in servizi per le imprese e 2 punti nel completamento di servizi online. Nei

servizi pubblici digitali, la Finlandia ha il punteggio più alto, seguito da Estonia, Danimarca e Spagna. Grecia, Ungheria e Romania hanno i punteggi più bassi. La misura in cui i servizi elettronici riducono il tempo impiegato dalle amministrazioni pubbliche incoraggiano i cittadini a utilizzarli. Indicativamente, Estonia, Finlandia, Svezia, Danimarca, Paesi Bassi e Lituania stanno andando molto bene, con oltre l'80% degli utenti di Internet che hanno bisogno di presentare moduli alla pubblica amministrazione che scelgono i portali governativi. 14 Stati membri sono al di sopra della media Ue (58,5%), mentre l'Italia, la Repubblica ceca, la Grecia e la Germania hanno prestazioni inferiori al 40%. Rispetto agli ultimi anni, la tendenza al rialzo dal 2015 al 2017 si è fermata nel 2017 con un calo di 1 punto percentuale.

L'ITALIA NEL DESI 2018

L'Italia si posiziona al 25° posto fra i 28 Stati membri dell'Ue. Nel corso dell'ultimo anno ha fatto registrare nel complesso un miglioramento, pur se la sua posizione nella classifica Desi è rimasta invariata. L'integrazione delle tecnologie digitali e i servizi pubblici digitali rappresentano i principali catalizzatori del progresso digitale a livello nazionale. Un altro segnale positivo è offerto dalle prestazioni in termini di copertura delle reti Nga, che appaiono in fase di recupero (dal 23° posto del 2016 al 13° del 2017). Come negli anni precedenti, la sfida principale è rappresentata dalla carenza di

competenze digitali: benché il governo italiano abbia adottato alcuni provvedimenti al riguardo, si tratta di misure che appaiono ancora insufficienti. Le conseguenze risultano penalizzanti per la performance degli indicatori Desi sotto tutti e cinque gli aspetti considerati: diffusione della banda larga mobile, numero di utenti Internet, utilizzo di servizi online, attività di vendita online da parte delle Pmi e numero di utenti eGovernment. Le prestazioni dell'Italia si collocano all'interno del gruppo di paesi dai risultati inferiori alla media. Sul fronte eGovernment, l'Italia sta procedendo lentamente e si è confermata al 19° posto in classifica. Sul fronte open data ha invece registrato una notevole crescita: il paese ha infatti migliorato la sua posizione in classifica di 11 posti, superando così la media Ue. La disponibilità di servizi eGovernment (ad es. livello di completezza dei servizi online) è al di sopra della media, benché il livello di sviluppo dei servizi rivolti alle imprese si collochi leggermente al di sotto della media. La performance peggiore è ascrivibile alla categoria degli utenti eGovernment, che vede l'Italia all'ultimo posto in classifica fra i paesi Ue: si tratta di un risultato addirittura peggiore di quello registrato per l'uso di altri servizi online, che potrebbe essere il sintomo di alcuni problemi per quanto riguarda l'utilizzabilità dei servizi pubblici. Per quanto riguarda l'utilizzo dei servizi di sanità digitale, l'Italia si posiziona bene, collocandosi all'8° posto fra gli Stati membri dell'Ue.



Sanità digitale

Dal commitment istituzionale e politico alla messa a sistema

Ad ostacolare la diffusione delle soluzioni o la loro messa a sistema, non è solo la debolezza delle competenze e della formazione ma anche la mancanza di una decisa presa d'atto dell'esigenza di mettere in campo una riflessione nuova sui modelli organizzativi dei processi di cura e assistenziali promossi e stimolati, de facto, dalle tecnologie Ict.

di **Ottavio Di Cillo***



Sostenere lo sviluppo e la diffusione della sanità digitale e della telemedicina è di fatto un passaggio inderogabile per rispondere con efficacia alle sfide assistenziali. È un motivo che da diversi anni viene continuamente ripetuto, ma la creazione di ambienti ed ecosistemi digitali, capaci di sostenere e accompagnare il processo di riorganizzazione dell'erogazione del sistema di cure, leggi deospedalizzazione e homecare, procede ancora a rilento, vittima di numerosi conflitti in corso d'opera, carenza di competenze necessarie per governare la programmazione e i processi, difficoltà a mettere in campo progettazioni di medio-lungo periodo coerenti con la domanda e i bisogni futuri. È evidente che l'utilizzo di Ict nel settore sanitario è un prerequisito di funzionamento delle aziende sanitarie e non più un loro tratto distintivo, ma non si procede con la necessaria energia. Quello cui si è assistito negli anni scorsi, tra azioni normative e progettualità

territoriali, ha segnalato comunque la difficoltà a risolvere, al di là di tutti gli impedimenti di carattere burocratico, amministrativo e politico, il conflitto latente, a volte esplicito, tra l'introduzione delle piattaforme digitali negli ambienti sanitari, di estrema complessità organizzativa, e l'utilizzo degli strumenti informatici nella pratica quotidiana del lavoro sanitario.

Non si tratta solo del problema della debolezza delle competenze e, più in generale, formativa, a iniziare dai ruoli amministrativi e manageriali, che ha rallentato, se non spesso ostacolato, la diffusione delle soluzioni di sanità digitale o la loro messa a sistema; è mancata una decisa presa d'atto dell'esigenza di mettere in campo una riflessione nuova sui modelli organizzativi dei processi di cura e assistenziali promossi e stimolati, de facto, dalle tecnologie Ict.

Queste non generano ambienti neutri, ma incidono sui modelli organizzativi esistenti e su cui atterrano, contribuendo a ridefinire il contesto di lavoro e a inaugurare nuovi approcci cognitivi.

Spesso, non è stato letto, con la dovuta attenzione, l'aspetto della confidenzialità e dell'interazione tra tecnologie, uomo e lavoro quotidiano. Poco è stato fatto per avviare un dialogo più fattivo e organico con le società scientifiche, con cui condividere le soluzioni Ict negli ambienti di lavoro. E non di rado, dallo stesso mondo sanitario, le soluzioni di sanità digitale e di telemedicina sono state respinte

o proposte senza l'appoggio di una chiara visione d'insieme, in assenza di un commitment chiaro e di medio/lungo periodo. Motivo per cui, il più delle volte, pur in presenza di risultati di rilievo, molti progetti sono finiti in un binario morto, o languiscono e stentano a integrarsi nel sistema. Certo, ci sono aspetti culturali di natura conservativa, che generano resistenze all'utilizzo dell'Ict e una mancanza di vision nel loro utilizzo di scopo. Sulla questione delle competenze digitali, già molto si è detto in questi anni, ed è risaputo il gap nazionale rispetto ad altri Paesi europei e non solo. Una medesima carenza culturale e di conoscenza della complessità del sistema sanitario tocca anche il mercato dell'offerta, spesso spinto a muoversi più su logiche meramente commerciali e di debole compliance con le esigenze e i bisogni del mondo sanitario, che chiede, invece, a sua volta, di modellare le soluzioni Ict in coerenza e secondo l'appropriatezza dei contesti e dei processi, che dovrebbero sostenere. Last but not least, un deficit è dato dalla mancanza di informazione strutturata e della carente messa in comune dei risultati e delle esperienze. Manca un confronto diffuso tra gli stakeholder della sanità e non solo, per cui, spesso e volentieri, si compiono scelte poco ponderate, prive, ad esempio, di un'approfondita valutazione d'impatto, si generano duplicazioni e ridondanze, non mettendo così a frutto quanto di buono è stato fatto e indebolendo competenze e conoscenze acquisite. Valorizzazione, che, invece, genererebbe un vero risparmio e un concreto miglioramento dei processi. Mettere in circolo informazioni e esperienze, fare network, stimolare la riflessione sugli scenari futuri esalta energie e progettualità condivise e, in ultimo, sostiene e favorisce una coscienza diffusa, che non può che generare ulteriore valore per la sanità e un utilizzo di approcci e metodologie più corretto nella scelta di tecnologie, come appunto quelle Ict, che prefigurano scenari ancora non pienamente comprensibili e chiari.

È un dialogo che, si auspica, coinvolga, nel prossimo anno con maggiore profondità, tutti gli stakeholder della sanità,



pubblici e privati, e non solo perché, nel privato ad esempio, albergano esperienze di rilievo e diffuse, ma anche per ridisegnare il terreno dell'incontro tra domanda e offerta industriale, nel segno della condivisione e della co-progettazione, appropriata ai bisogni del Ssn.

In questo senso, modalità come quelle della compartecipazione pubblico/privato e strumenti di procurement innovativo possono essere delle importanti leve strategiche per accelerare lo sviluppo dell'innovazione in sanità, inserendo energie nuove e avanzate. Ai ruoli amministrativi della sanità, il compito di affrancarsi da una visione non di rado pedantemente burocratica, per mettere in atto azioni, peraltro contemplate già dalla normativa, capaci di seguire con maggiore prontezza le veloci dinamiche di sviluppo delle tecnologie Ict, coniugate con le impellenze di sostenibilità del Ssn.

E tutto in piena coerenza e affiancamento con le azioni di implementazione previste dall'agenda digitale a livello nazionale, in una dinamica virtuosa con quanto fatto nel territorio e nell'ottica di piattaforme di integrazione e di interoperabilità.

**Presidente AiSdeT (Associazione Italiana di sanità digitale e Telemedicina)
– Direttore del Centro Regionale di Telecardiologia Regione Puglia*

Informatica medica e telemedicina

Tecnologie infobiomediche per l'innovazione sanitaria

L'integrazione adeguata tra le soluzioni infobiomediche e i nuovi bisogni assistenziali rappresenta una grande opportunità per la realizzazione finalmente di servizi socio-sanitari alternativi all'ospedalizzazione.

di **Francesco Sicurello***

Possiamo considerare le tecnologie infobiomediche la convergenza tra mezzi elettronico-informatici e meccanismi cibernetici di sistemi biologici. Questo sviluppo, iniziato nel secondo dopoguerra, ha raggiunto livelli avanzati: dai risultati in biologia molecolare, alla genomica, alle neuroscienze, ecc. Tra le tecnologie infobiomediche consideriamo bioinformatica, neuroinformatica, intelligenza artificiale, robotica, e-health e telemedicina.

In particolare, l'informatica medica e la telemedicina hanno avuto un forte impatto sull'organizzazione socio-sanitaria. La prima riguarda il trattamento automatico di dati, informazione e conoscenza biomedica (record medico, fascicolo sanitario elettronico, data base clinici, sistemi informativi ospedalieri). La seconda permette la trasmissione di dati, segnali ed immagini mediche con i mezzi di telecomunicazione o Ict (Information and communication technology), per fornire ai pazienti in località remote, cure e trattamenti medici adeguati mediante teleconsulti, tediagnosi, telemonitoraggio e teleassistenza sanitaria. Nel 1997, l'Oms definiva la telemedicina "l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni, al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie, e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura".



Ormai, il passaggio dall'analogico al digitale anche nella strumentazione medicale, è completo in radiologia, cardiologia, oftalmologia, anatomia patologia, cardiologia, chirurgia, ecc. Dati, segnali, suoni, immagini, vengono integrati nei sistemi informativi multimediali e nelle reti. In questo contesto, si vanno sempre più diffondendo sistemi informatici di archiviazione e comunicazione di immagini come il Pacs (Picture archiving and communication system), interconnessi con sottosistemi informativi come Ris (Radiological information system) o Sio (Sistema informativo ospedaliero). Nell'integrazione dei sistemi informativi sono importanti gli standard di interoperabilità informatica e di indipendenza tecnologica, come il Dicom (Digital imaging and communication in medicine) e l'HI7 (Health level seven) l'interoperabilità dei dati sanitari compresi quelli clinici (Cda). L'interoperabilità semantica avviene con sistemi esperti e con linguaggi di ontologie in medicina. L'informatizzazione delle cartelle sanitarie e dei sistemi informativi medici è condizione necessaria per realizzare

processi e servizi efficaci di telemedicina. Dentro, e tra ospedali, i sistemi di teleconsulto e telediagnosi (radiologica, cardiologica, anatomopatologica, oculistica, ecc.) si vanno diffondendo, mentre i servizi di telemonitoring e teleassistenza sanitaria si affermano per controllare parametri clinici di una popolazione sempre più anziana con varie patologie croniche.

Da noi i cambiamenti demografici (vita media oltre gli 80 anni con circa 25% di over 65) ed epidemiologici (multipatologie croniche) sono forti ed incidono sul sistema socio-economico, l'organizzazione del lavoro e dei servizi sanitari, assistenziali e previdenziali con un impatto notevole sul modello attuale di welfare. I servizi alla persona devono essere ripensati con nuove reti di assistenza sul territorio che assicurino una continuità di cura (dall'ospedale ai distretti sanitari per la parte diagnostico-preventiva e riabilitativa).

L'impiego di tecnologie digitali diventa funzionale al progetto della continuità di cura e il cittadino non è più solo un soggetto passivo della cura ma vi partecipa e si responsabilizza (empowerment). Un uso appropriato di internet e di smart media digitali (mobile health) può meglio informare sulle cure e condividere esperienze con altri pazienti. Inoltre, la tecnologia digitale può consentire lo sviluppo di un sistema che permetta di coordinare e facilitare gli accessi, qualitativamente e quantitativamente differenziati, e di gestire in modo cooperativo il processo diagnostico terapeutico e riabilitativo, anche domiciliare.

Oggi, sempre più numerosi sono i prodotti ed i sistemi di telemedicina che vengono immessi sul mercato con servizi dedicati ad esempio alla telecardiologia, alla telespirometria, alla telediabetologia, ecc. Nel caso di anziani e disabili con patologie croniche anche del movimento, si possono usare apparecchi robotici e di realtà virtuale per effettuare esercizi e fisioterapie in teleriabilitazione.

Questi servizi vengono effettuati anche a casa del paziente (telehome care), grazie alla dotazione di particolari strumenti o devices bio-medicali presenti sul mercato a costi accessibili, come accelerometri, elettrocardiografi, glucometri, pul-

sossimetri, spirometri, fotometri oculari, ecc. I vantaggi offerti dall'Ict in sanità sul piano assistenziale sono notevoli in termini di potenzialità di controlli medici sul territorio, riduzione dei costi, diminuzione dei disagi per pazienti e loro famiglie.

L'integrazione adeguata tra le nuove tecnologie infobiomediche ed i nuovi bisogni assistenziali rappresenta una grande opportunità per la realizzazione, finalmente di servizi socio-sanitari alternativi all'ospedalizzazione. Ciò accompagnerà una vera innovazione dei processi di cura sanitaria. In tal modo si può fronteggiare a costi sostenibili l'aumento di domanda di prestazioni mediche e venire incontro alle esigenze di salute della popolazione, che necessita di cure appropriate ed efficaci, e di servizi efficienti e facilmente accessibili.

Per favorire l'innovazione digitale in sanità occorre dotare il territorio di un'adeguata infrastruttura di rete (cablaggi, banda larga, ecc.) a livello nazionale, in particolare nelle aree periferiche, superando finalmente un digital divide che ancora esiste anche da noi.

Occorrerà anche fare una riflessione sulla possibilità di portare aggiustamenti ai Drg e ai Lea in un sistema sanitario sempre più digitale a livello regionale e nazionale.

Quindi, in campo sanitario, occorre investire in ricerca e innovazione e le tecnologie infobiomediche potranno svilupparsi per supportare e favorire una nuova riorganizzazione a rete del sistema sanitario che mantenga al centro la persona, migliorando i servizi socio-assistenziali, razionalizzando risorse e strutture e riducendo anche i costi.

Senza interventi innovativi in questo settore, il rischio che corre l'Italia è quello di uscire da un comparto così importante come quello delle scienze della vita, rimanendo mera utilizzatrice di sistemi e prodotti fatti da altri, con gravi ripercussioni economiche e di dipendenza tecnologica.

**Professore a contratto presso
Università di Milano Bicocca;
Presidente @ITIM (Associazione Italiana
di Telemedicina e Informatica Medica)*

Perché l'e-Health non basta più

La domanda vera è: come passare dall'intrico di "vorrei ma non posso" o "potrei ma non voglio", all'innovazione digitale che crea valore?

di **Giuliano Pozza***

Quando dico che l'e-Health non basta più, di solito ottengo sguardi perplessi. Dietro le rughe che si formano sulla fronte dell'interlocutore pensieroso, riesco quasi a leggere: "Non basta più? Ma se ancora non ci siamo arrivati all'e-Health!". Due anni fa, la Mayo Clinic fece uno studio che dimostra come vi sia un legame tra il burnout (traducibile con esaurimento nervoso, tracollo) dei medici e la diffusione di strumenti come la Cartella clinica elettronica o il Sistema di gestione degli ordini clinici. Sappiamo che l'Nhs, uno dei sistemi sanitari che negli ultimi anni ha investito di più in innovazione digitale, si è posto l'obiettivo di diventare paperless la prima volta nel 2013, ipotizzando l'abbandono definitivo dell'ormai obsoleta cellulosa nel 2018. Poi succedettero tante cose, o forse semplicemente il 2018 sembrava lontano e poi è arrivato come la Brexit troppo in fretta, e fu varato il progetto "Paperless 2020". Attualmente il 2020 viene ritenuto non raggiungibile e si parla del 2023, ma alcuni analisti ritengono il 2027 una data più realistica. Se fosse così, rispetto ai 5 anni iniziali si tratterebbe di un errore di stima del 180%. Forse stiamo sbagliando qualcosa? L'intelligenza artificiale e il machine learning applicati alla diagnosi e alla lettura "semi-automatica" delle immagini. Il riconoscimento del linguaggio naturale (Nlp) per togliere ai medici e agli infermieri il fardello della digitazione dei testi. La realtà virtuale e aumentata (AR e VR), applicate sia alla formazione che in alcuni casi ad attività cliniche, quali la visione di immagini in sala operatoria. Il 3D printing, ormai applicato anche alla stampa di materiale biologico. La robotica in sala operatoria, che è ormai una realtà, così come cloud e big data (qualunque significato venga attribuito a questa categoria). Se poi spaziamo troviamo l'IoT (wearable medicali e non, dispositivi di mi-



sura ambientali, dispositivi impiantabili connessi alla rete...) e anche la non più esotica blockchain, che promette di portare la stessa rivoluzione che è avvenuta nel mondo delle valute anche in sanità. A questo punto la domanda vera è: come passare dall'intrico di "vorrei ma non posso" o "potrei ma non voglio", all'innovazione digitale che crea valore? Ovviamente non ho una ricetta (e ho sempre diffidato di chi le ha), ma credo che ci siano alcuni cambiamenti di paradigma per passare dall'eHealth tradizionale alla "trasformazione digitale della sanità". In particolare il focus deve spostarsi dall'introduzione di strumenti per la digitalizzazione di processi e contenuti esistenti, alla revisione strutturale dei processi o addirittura all'abilitazione di nuovi processi e servizi. Ad esempio, tradurre su un applicativo di cartella clinica esattamente la cartella cartacea è quello che gli americani chiamerebbero "digitization". Questo crea poco valore, anzi spesso distrugge valore generando il burnout dei clinici. Se nell'introdurre la cartella modifico il processo per migliorarlo e sfrutto le potenzialità delle nuove tecnologie, questa è digitalization. Ma se mi invento un processo completamente nuovo reso possibile dalle nuove tecnologie, come ad esempio il portale www.patientslikeme.com per fare network tra i pazienti, questa è digital transformation!

Questo cambio di paradigma può essere declinato su processi, organizzazione e strategia.

1. Processi: la tendenza a replicare nel



mondo digitale gli stessi processi che funzionavano così bene su carta è una delle ragioni del fallimento di tanti progetti di e-Health. Fino a che l'uomo ha tentato di riprodurre l'approccio usato dagli uccelli, ha fallito nel tentativo di volare. Quando ha cambiato prospettiva, supportato dalle nuove tecnologie, è riuscito dove menti brillanti del passato avevano fallito.

2. **Organizzazione:** un problema analogo sussiste rispetto all'organizzazione. Ho visto in moltissimi casi organizzazioni vecchie calate su progetti innovativi. È come il vino nuovo in otri vecchi o il rattoppo nuovo sul vestito malandato: prima o poi succede il disastro. L'organizzazione va ripensata in coerenza con gli obiettivi strategici e gli strumenti abilitanti. Questo passaggio è ancora più difficile della revisione dei processi, perché nel primo caso si impatta su quello che le persone fanno, qui andiamo a toccare il ruolo e a volte l'identità professionale delle persone stesse.
3. **Strategia:** anche la strategia va ripensata completamente. Alcuni modelli di cura, poco applicabili fino a qualche anno fa, diventano possibili grazie alle tecnologie oggi disponibili. Una fonte inesauribile di spunti è Christensen con il suo "The Innovators' Prescription". Pensiamo a temi classici ma ora pienamente applicabili quali la cura e l'assistenza a distanza, al teleconsulto remoto, addirittura ad operazioni chirurgiche a distanza. In questo contesto, chi riuscirà a definire ed eseguire una strategia coerente, che sfrutti l'enorme potenziale delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, sarà in una condizione di vantaggio incredibile. La sanità è una delle industrie che subiranno nel prossimo futuro

una disruption colossale. La disintermediazione, la nascita di network tra pazienti, tra medici e pazienti e tra clinici sono già oggi delle realtà. Ma pensiamo anche alle possibilità che si aprono grazie agli strumenti di teleconsulto e di formazione a distanza per supportare lo sviluppo di una classe medica nei Paesi in via di sviluppo (cito un caso reale di un progetto di Ght che come Aisis stiamo supportando). Il limite è solo la fantasia.

Allora che fare per spingere questo "cambio di paradigma" ed evitare di restare intrappolati in progetti milionari che non realizzano neanche lontanamente le promesse sbandierate? Il primo punto su cui lavorare è la cultura e la formazione. Una cultura che deve essere abbracciata da tutti, da professionisti Ict come da e-Leader non tecnici, una cultura che deve abbracciare la sanità digitale a 360°. Questo è il tema del prossimo congresso "Aisis & LifeTech Forum: Digital Health Summit" del 10-12 ottobre a Milano (www.digitalhealthsummit.it). Il congresso è un grande contenitore a cui parteciperanno tutti gli attori della sanità digitale: gli erogatori di servizi, i fornitori (di hardware e software, di dispositivi medici ma anche di farmaci), i decisori. Nel congresso verrà dato un forte risalto all'innovazione intesa come trasformazione digitale della sanità. Inoltre saranno presentate le tante iniziative di Aisis: dall'e-HealthAcademy all'e-HealthLab, da e-Health al femminile ad AISIS4Social, dal gruppo di lavoro sull'innovazione a quello sulla Cybersecurity&IoT. Se siete incuriositi, vi rimando al sito dell'Associazione (www.aisis.it) per saperne di più. L'ultima riflessione, con cui chiudo, riguarda i processi di Governance dei sistemi informativi. Credo che questo sia un punto chiave quanto la cultura per evitare naufragi annunciati. Un processo di governo strutturato e flessibile, che non soffochi l'innovazione, ma che veda la giusta rappresentatività di tutti gli attori (inclusi i pazienti!) della sanità digitale è in molti casi il "silver bullet" perché la trasformazione digitale della sanità generi valore per i pazienti, per tutti gli operatori della sanità e per il sistema sanitario. Ma su questo magari andrebbe scritto un altro articolo...

**Presidente Aisis, Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità*

Il Progetto Celiachia di Regione Lombardia

Un sistema capace di generare benefici per il cittadino

Un'accurata analisi, effettuata dagli esperti di altre Regioni italiane, avrebbe dimostrato che l'introduzione del modello lombardo offrirebbe all'assistito numerosi benefici e porterebbe rilevanti vantaggi anche per i loro sistemi sanitari regionali, quali fra tutti un maggior risparmio economico e la dematerializzazione dei processi.

di **Giorgio Caielli***

L'importanza che assume la Celiachia, inclusa nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e riconosciuta a tutti gli effetti come malattia sociale, richiede alle regioni interventi diretti a favorire il normale inserimento nella vita sociale degli assistiti. La sfida del progetto di Regione Lombardia è stata la creazione di un sistema capace di generare benefici per il cittadino, libero di circolare nei vari territori, sempre consapevole del budget a disposizione e messo nelle condizioni di scegliere tra diverse soluzioni di acquisto, riconducendo la prassi dell'acquisto dei prodotti senza glutine a carico del Ssr alla normale spesa quotidiana indifferenziata, senza soluzione di continuità con le consuete abitudini.

I VALORI DELLA SOLUZIONE PROGETTUALE

Libera circolazione dei cittadini su tutto il territorio regionale. Fino ad oggi permaneva il vincolo di approvvigionarsi presso le farmacie e i negozi specializzati della Ats di residenza.

Mercato aperto in cui la concorrenza stimola una azione benefica sui prezzi e sulla qualità. Alla data odierna, si è rilevata una diminuzione dei prezzi di circa il 15% (crf. Incontro del 20 ottobre 2015 con rappresentanti dell'Associazione italiana celiachia Aic). Libertà di scelta dei cittadini che possono approvvigionarsi sia presso le farmacie e i negozi specializzati, sia presso la grande distribuzione. Traspa-



renza: il cittadino potrà conoscere le informazioni relative al budget disponibile ed alle spese effettuate tramite il proprio fascicolo sanitario.

Comodità: i cittadini, durante la loro spesa settimanale, possono approvvigionarsi con prodotti senza glutine, a carico Ssr per i quali normalmente era necessario recarsi presso le farmacie o l'Ats.

VANTAGGI PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Ottimizzazione delle risorse disponibili. I sistemi regionali per l'erogazione di alcuni prodotti sanitari possono avvalersi di esercizi commerciali che, confrontandosi con un mercato molto competitivo, per definizione acquistano al miglior prezzo e sono naturalmente orientati alla qualità ed al risparmio per attirare i clienti. In tal modo il Ssr ne trae beneficio anche in termini di possibile risparmio di risorse.

Semplificazione del processo di ren-

dicontazione e controllo. Il processo di rendicontazione economica è automatico e con caratteristiche "probatorie" oltre che completamente dematerializzato. I flussi di cassa della grande distribuzione, infatti, producono evidenze a valenza fiscale dei singoli prodotti erogati e permettono una riconciliazione puntuale, attraverso i codici di autorizzazione forniti in sincrono da parte del sistema regionale. Sono eliminati i costi dei controlli delle evidenze cartacee delle attestazioni, tipici nei processi sanitari ed è stata notevolmente aumentata la garanzia di consistenza del processo.

Trasparenza del sistema e sicurezza del processo. Le erogazioni sono effettuate basandosi su un processo di verifica in tempo reale alla cassa del diritto del cittadino all'approvvigionamento, attraverso il controllo puntuale della esenzione e della veridicità dei dati anagrafici presenti nella, anagrafe regionale.

CARATTERISTICHE TECNOLOGICHE DISTINTIVE DEL PROGETTO

- Innalzamento dei livelli di controllo. Controlli in tempo reale del diritto del cittadino all'atto dell'approvvigionamento dei prodotti per conto del Ssr effettuato sull'anagrafica sanitaria certificata dal Ministero dell'economia e delle finanze – Certificazione dell'identità del cittadino.
- Dematerializzazione. Completa dematerializzazione dei processi, sia di prescrizione, sia di erogazione, sia di rendicontazione.
- Elevata sicurezza informatica e garanzia della privacy del cittadino. Integrazione della Gdo attraverso il network bancario su rete dedicata e con elevati standard di sicurezza. Nessun dato sensibile transita in rete, a completa garanzia della privacy del cittadino.
- Certezza di riconoscimento del diritto del cittadino. Riconoscimento del cittadino attraverso la Crs/Tns e password di secondo livello secondo gli standard più avanzati del mondo bancario. Verifica in tempo reale della anagrafica sanitaria regionale che vie-

ne giornalmente aggiornata e certificata dall'anagrafica del Ministero dell'economia e delle finanze.

- Piena integrazione dei sistemi informativi. Integrazione dei sistemi di cassa della grande distribuzione e degli applicativi presenti nelle farmacie con il sistema Regionale che effettua tutti i controlli in tempo reale.

Il progetto include i punti vendita della Gdo (Grande distribuzione organizzata) e qualsiasi negozio privato che si integra al sistema regionale per l'erogazione degli alimenti dietetici senza glutine per conto del Ssr. Oggi il progetto è da tempo consolidato per la distribuzione di cibi per celiaci, ma si pensa nel breve ad altri tipi di dispensazioni, ad esempio ai dispositivi per diabetici e ai prodotti di assistenza Integrativa molto utilizzati dai cittadini e oggi appannaggio di specifiche modalità di distribuzione (farmacie e altre modalità dipendenti dalla assegnazione delle gare regionali).

Si realizza dunque un nuovo canale di erogazione di servizi sanitari che può essere sviluppato ampiamente e che è caratterizzato dalle prerogative descritte.

RIUSO IN ALTRE REGIONI

Un'accurata analisi, effettuata dagli esperti di altre Regioni italiane, avrebbe dimostrato che l'introduzione del modello lombardo offrirebbe all'assistito numerosi benefici e porterebbe rilevanti vantaggi anche per i loro sistemi sanitari regionali, quali fra tutti un maggior risparmio economico e la dematerializzazione dei processi. A tal proposito occorre ricordare che il tema del riuso degli applicativi software di proprietà delle pubbliche amministrazioni riveste carattere rilevante nel contesto attuale di razionalizzazione della spesa.

Alla data corrente le Regioni Veneto, Toscana e Lazio, in un'ottica di razionalizzazione delle infrastrutture e risorse tra enti della Pubblica Amministrazione, hanno avviato il procedimento di adesione, in modalità di riuso Asp (condivisione di un servizio erogato da un unico sistema informativo situato in Regione Lombardia), al software "Celiachi@_RL".

**Presidente Lombardia Informatica*

Assistenza sanitaria, la proposta Ue

Aumentare disponibilità dei dati e promuoverne la condivisione

Andriukaitis, Commissario responsabile per la salute e la sicurezza alimentare: «L'accesso ai dati sanitari diventerà così più semplice, la prevenzione delle malattie e le cure incentrate sul paziente miglioreranno, le reazioni alle minacce pandemiche saranno rapide e i trattamenti migliori».

La Commissione europea ha presentato a fine aprile una serie di misure atte ad accrescere la disponibilità dei dati nell'Ue basandosi su precedenti iniziative finalizzate a favorire il libero flusso di dati non personali nel mercato unico digitale. «L'innovazione guidata dai dati – spiega la Commissione – è un fattore chiave per la crescita dei mercati, la creazione di posti di lavoro, in particolare per Pmi e start-up, e lo sviluppo di nuove tecnologie. Consente ai cittadini un accesso e una gestione più agevoli dei propri dati sanitari e alle autorità pubbliche un migliore utilizzo dei dati nell'ambito della ricerca, della prevenzione e delle riforme concernenti il sistema sanitario». «Il mercato unico digitale – ha sottolineato Andrus Ansip, Vicepresidente della Commissione e responsabile per il Mercato unico digitale – sta rapidamente prendendo forma, ma senza dati non riusciremo ad avvalerci appieno dell'intelligenza artificiale, del calcolo ad alte prestazioni e di altri progressi tecnologici. Queste tecnologie possono aiutarci a migliorare l'assistenza sanitaria e l'istruzione, le reti di trasporto e il risparmio energetico: l'utilizzo intelligente dei dati consiste proprio in questo. Le nostre proposte permetteranno di riutilizzare una maggiore quantità di dati del settore pubblico, anche per scopi commerciali, riducendo il costo di accesso ai dati e contribuendo a creare uno spazio comune dei dati nell'Ue che stimolerà la crescita». «Con la nostra proposta – ha aggiunto Mariya Gabriel, Com-

missaria responsabile per l'Economia e la società digitali – perseguiamo un piano ambizioso, la strategia per il mercato unico digitale, nell'intento di fare in modo che l'Europa venga a trovarsi nella migliore posizione per apportare vantaggi alle sue imprese, produrre ricerca di alto livello e tutelare i suoi cittadini. Con la crescente disponibilità di dati per l'innovazione guidata dai dati, i cittadini e le imprese avranno accesso a prodotti e servizi migliori». «Le nostre proposte – ha affermato Vytenis Andriukaitis, Commissario responsabile per la Salute e la sicurezza alimentare – si avvalgono appieno del potenziale offerto dalle tecnologie digitali per migliorare l'assistenza sanitaria e la ricerca medica. L'accesso ai dati sanitari diventerà così più semplice, la prevenzione delle malattie e le cure incentrate sul paziente miglioreranno, le reazioni alle minacce pandemiche saranno rapide e i trattamenti migliori». Le proposte si fondano sul Regolamento generale sulla protezione dei dati (Rgpd), entrato in applicazione il 25 maggio scorso. Queste proposte permetteranno di conseguire:

un accesso e un riutilizzo migliori dei dati del settore pubblico – Una legge riveduta sull'informazione del settore pubblico riguarda i dati di cui sono in possesso le imprese pubbliche operanti nei settori dei trasporti e dei servizi di pubblica utilità. Le nuove norme limitano le eccezioni che consentono agli enti pubblici di applicare al riutilizzo dei loro

dati oneri superiori ai costi marginali connessi alla diffusione dei dati. Agevolano inoltre la riutilizzabilità di dati aperti della ricerca finanziata con fondi pubblici e vincolano gli Stati membri a sviluppare politiche di accesso aperto. Infine, impongono il ricorso, ove possibile, a soluzioni tecniche, quali le interfacce per programmi applicativi (Api), per fornire l'accesso ai dati in tempo reale;

la condivisione di dati scientifici nel 2018 – Una nuova serie di raccomandazioni riguarda i cambiamenti occorsi a livello politico e tecnologico dall'ultima proposta della Commissione sull'accesso all'informazione scientifica e sulla sua conservazione. Offrono orientamenti in merito all'attuazione di politiche di accesso aperto in linea con gli obiettivi di scienza aperta (open science), per i dati della ricerca e la gestione dei dati, la creazione di un cloud europeo per la scienza aperta e l'estrazione di testi e dati. Evidenziano, inoltre, l'importanza di incentivi, premi, competenze e parametri adeguati, per una nuova epoca della ricerca in rete;

la condivisione dei dati del settore privato in contesti di interazione tra imprese e tra imprese e pubblica amministrazione – Una nuova comunica-

zione, intitolata "Verso uno spazio comune europeo dei dati", fornisce orientamenti per le imprese operanti nell'Ue sui principi tecnici e giuridici che dovrebbero disciplinare la collaborazione in tema di condivisione dei dati nel settore privato;

la garanzia della sicurezza dei dati sull'assistenza sanitaria ai cittadini promuovendo al contempo la cooperazione a livello europeo – La Commissione ha presentato un piano d'azione che mette i cittadini al primo posto quando si parla di dati riguardanti la salute: garantendo l'accesso dei cittadini ai propri dati sanitari e introducendo la possibilità di condividerli a livello transfrontaliero; utilizzando insieme di dati più ampi per consentire diagnosi e cure mediche più personalizzate e per meglio prevedere le epidemie; incentivando l'utilizzo di adeguati strumenti digitali che consentano alle autorità pubbliche di utilizzare meglio i dati sanitari a fini di ricerca e adozione di riforme, nell'ambito del sistema sanitario. La proposta contempla anche l'interoperabilità delle cartelle sanitarie elettroniche e un meccanismo di coordinamento volontario per la condivisione dei dati, compresi i dati genomici, a fini di ricerca e prevenzione delle malattie.



Tecnologie sanitarie

La partecipazione dei cittadini nelle valutazioni: dove siamo?

Il reale coinvolgimento dei cittadini nella progettazione e conduzione delle attività di ricerca in sanità è ancora sporadico e gli approcci utilizzati sono spesso riduttivi e settoriali.

di **Ottavio Davini***, **Chiara Rivoiro°**

L'istituzione della Cabina di regia (Cdr) nazionale per l'Hta dei dispositivi medici, ha segnato l'avvio, anche nel nostro Paese, di un assetto istituzionale dell'attività di valutazione e gestione dell'innovazione in ambito sanitario, sino a oggi frammentata e poco organica. Alla Cdr spettano differenti compiti, sintetizzabili in: funzione di indirizzo e coordinamento delle attività necessarie alla definizione delle priorità di valutazione; validazione delle metodologie per la produzione dei rapporti tecnici; coordinamento ed applicazione a livello regionale delle raccomandazioni emerse, al fine di informare le decisioni in merito all'adozione e all'introduzione dei dispositivi medici e/o al loro disinvestimento.

Nel processo di revisione e analisi dei documenti tecnici che verranno prodotti è prevista la possibilità del coinvolgimento di differenti stakeholder, tra i quali i cittadini, le associazioni di pazienti e familiari.

Anche nell'ambito della valutazione delle tecnologie sanitarie, così come negli altri ambiti in cui si compiono scelte relative alla salute dei cittadini, da tempo ci si interroga su quali siano le migliori modalità di interazione tra i diversi soggetti coinvolti.

La Conferenza internazionale di Alma Ata del 1978 è probabilmente la prima occasione nella quale viene segnalata l'importanza della partecipazione dei cittadini in campo sanitario: si sottolinea infatti che l'equità e la partecipazione sono obiettivi della promozione della salute. Da allora,

l'Oms ha iniziato a promuovere il coinvolgimento dei pazienti e delle comunità nella progettazione, nell'organizzazione e nel controllo dell'assistenza sanitaria. A oggi, a livello internazionale, sono state sperimentate diverse forme di partecipazione all'attività sanitaria, che vanno dall'intervento dei cittadini-utenti nella gestione e nella progettazione di alcuni servizi sanitari al coinvolgimento delle associazioni dei pazienti nelle campagne informative sugli strumenti di cura e prevenzione di diversi tipi di malattie. Inoltre, sempre più studi sembrano confermare l'effetto positivo del coinvolgimento sulla qualità di vita dei cittadini e, a volte, anche sull'efficacia delle cure.

Nell'ambito specifico della ricerca in sanità, il coinvolgimento dei "non addetti ai lavori" nel processo di ricerca è ormai considerato un imperativo etico di diritto, uno strumento per rendere la ricerca più efficiente e implementabile, un modo per ampliare l'ambito della ricerca abbracciando la conoscenza soggettiva, esperienziale del paziente tanto quanto la conoscenza oggettiva delle misurazioni cliniche.

Nonostante dunque le evidenze positive in aumento, il reale coinvolgimento dei cittadini nella progettazione e conduzione delle attività di ricerca in sanità è ancora sporadico e gli approcci utilizzati sono spesso riduttivi e settoriali.

Per quanto riguarda lo specifico ambito del l'Hta, sin dal 2005 la Società interna-

zionale di Hta (Htai) ha fondato l'Htai Interest group for patient and citizen Involvement in Hta (Pcig), che ha pubblicato nel 2010 un primo position paper in cui veniva sottolineato il significato della prospettiva del paziente, la sua diversità rispetto al più generale coinvolgimento degli stakeholder e la necessità di affrontare quest'area facendo appello sia alla ricerca scientifica sia alla partecipazione diretta di pazienti e loro associazioni alle singole valutazioni. Nel 2012, per favorire un'armonizzazione delle metodologie di coinvolgimento dei pazienti nel processo di Hta, il Pcig ha elaborato i principi di buona pratica ed ha raccolto le informazioni disponibili in 24 frequently asked questions che mettono a disposizione un importante quadro di insieme. Il Pcig ha poi attivamente collaborato alla nuova stesura del Patient and social aspects domain dell'Eunethhta core model 3.0 (riferimento metodologico per i report di Hta in Europa).

Recente è la pubblicazione del manuale "Patient involvement in Hta", alla cui stesura hanno partecipato più di 50 autori, provenienti sia dall'ambito accademico sia da importanti agenzie di Hta. In esso vengono definite le modalità di partecipazione dei cittadini al processo di valutazione delle tecnologie sanitarie: si tratta di una tematica complessa, che nella letteratura sino ad oggi pubblicata trova ancora molte ambiguità innanzitutto terminologiche (si pensi all'uso spesso poco preciso di citta-

dino, paziente, "non addetto ai lavori", consumatore, utente...). Il manuale di Facey et al (2010), si focalizza sulla metodologia da usare in Hta al fine di includere la prospettiva del paziente (ovvero di chi ha avuto esperienza di malattia, e non dunque di un cittadino qualsiasi) e il suo coinvolgimento nel momento centrale dell'assessment (e non in altri momenti correlati al processo di Hta).

Un impegno in questa direzione è stato profuso anche da SIHTA, coinvolgendo le associazioni dei cittadini nel Policy forum e organizzando corsi di formazione specifici sull'Hta.

I ricercatori che si occupano di valutare le tecnologie sanitarie hanno dunque oggi a disposizione nuove evidenze sistematizzate sulle quali impostare il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini: è auspicabile che anche nel nostro Paese, attraverso l'istituzione della CdR nazionale per l'Hta, la partecipazione della cittadinanza diventi parte strutturale e imprescindibile dei percorsi di valutazione e gestione delle tecnologie sanitarie a tutti i livelli. Le parole del Presidente dell'Inahta: "If you're not involving patients, you're not doing Hta!" non lasciano dubbi...

**Direttivo SIHTA*

° Gruppo Health Technology Assessment e Management (HTAM), Istituto di Ricerche Economico e Sociali IRES Piemonte



Regolamento europeo Gdpr

Diritto alla privacy e il suo rovescio

In vigore dal 25 maggio 2018, le nuove norme sulla tutela dei dati sensibili rappresenta per le istituzioni comunitarie una occasione di armonizzazione del trattamento delle informazioni e delle garanzie a favore della riservatezza. Il modello Ue fa scuola nel mondo ma, all'interno del Vecchio Continente, quali sono i rischi e le opportunità, soprattutto in campo sanitario? Frenesia di mettersi in regola che ricorda il millennium bug.



Il 25 maggio 2018 il Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679 è pienamente attuato. Tra i principi di legittimità su cui si fonda il Regolamento, "l'accountability" rappresenta la novità più rilevante, il titolare deve infatti essere sempre pronto a dimostrare di aver rispettato e di essersi conformato alle disposizioni. I principi espressi nell'art. 5. rappresentano pertanto l'architrave del nuovo modo di concepire e realizzare i trattamenti dei dati personali delle persone fisiche; non si potrà più prescindere da essi e da una revisione dei modelli organizzativi aziendali, si renderà necessario verificare che funzionino e che siano efficaci per consentire al titolare di dimostrare, costantemente, la sua conformità. Un tema particolare impattante sui settori più delicati per

quanto concerne il trattamento dei dati sensibili: sanità, ricerca scientifica e welfare.

«Il percorso condiviso di un approccio culturale unitario verso un tema così delicato come quello della privacy e della gestione dei dati personali, soprattutto in campo sanitario, è una preziosa occasione di recupero della prospettiva europeista verso la quale tutti gli Stati membri dovrebbero essere orientati. Sul piano giuridico, l'approdo ottimale per l'Italia dovrebbe essere sfruttare la scadenza del Regolamento con una legge quadro». È quanto ha affermato Mariapia Garavaglia, presidente dell'Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella" introducendo i lavori del meeting internazionale organizzato al Senato il 9 maggio su iniziativa dell'Istituto e dell'Osservatorio 679 dal titolo "Accountability e consapevolezza... Il sottile filo rosso fra diritti e libertà in Europa". La scelta della data non è stata casuale: il 9 maggio è la festa dell'Europa e i valori espressi e declinati all'interno del Regolamento, ne sono lucida espressione.

«Il nuovo Regolamento – ha evidenziato Mariapia Garavaglia – è un adempimento che rende i cittadini europei più vicini grazie all'armonizzazione di un diritto che è il diritto del cittadino alla privacy, non il diritto dei dati. Adempiendo a dei doveri salvaguardiamo la dignità delle persone. I dati sono importantissimi perché quelli che potranno essere disponibili serviranno a molte situazioni dove i big data servono a far crescere la conoscenza, il progresso e

lo sviluppo di un Paese. Ma i dati personali che non sono utilizzabili, se non in circostanze predeterminate, sono la tutela della dignità della persona. È un adempimento che appartiene alla storia fondante della nostra Europa, quello di far valere i diritti della persona. A partire da questo nostro incontro vogliamo aggiungere anima alla percezione di questo Regolamento. Siamo partiti nel 2016 con un primo incontro dicendo "arriverà il 25 maggio 2018, prepariamoci". Questo, purtroppo, non è successo. Il nostro Paese da vent'anni ha un Codice della privacy e abbiamo un'Autorità che nel corso degli anni si è fatta valere e credo che quelli che in questo tempo si sono cimentati nel preparare l'adeguamento del nostro Codice integrandolo con il decreto legislativo che deve recepire il Gdpr, abbiano già fatto un buon lavoro».

«La gran parte degli italiani – ha proseguito nella sua analisi la Presidente dell'Istituto Cannarella – non sa cosa sia l'accountability. Ci rende rispettabili. È come essere una persona che merita fiducia. Naturalmente, la fiducia, attraverso queste norme, viene aumentata, acquisita. Si acquisisce reputazione grazie all'applicazione del Gdpr. Sia per la qualità della propria azienda, della propria società, del proprio ospedale, sia per i propri dipendenti».

«Vent'anni dopo, non solo in ragione dell'evoluzione tecnologica, abbiamo – ha sottolineato Bruno Gencarelli, Capo dell'unità "Protezione e flussi internazionali di dati" Direzione generale Giustizia e Consumatori della Commissione europea, – uno scenario completamente diverso che deve portare ad un'ottica non conservativa di quello che comunque ha dato positivamente i suoi frutti e a cui possiamo essere affezionati. Il Regolamento europeo non tollera fotocopie identiche, quindi è chiaro che tutte le norme che parlano del consenso, del modo in cui questo deve essere considerato valido, o altro, non possono più avere cittadinanza nel nostro ordinamento. Ma ci sono ovviamente delle sfumature previste dal Regolamento". Gencarelli ha declinato l'introduzione del Gdpr in tre concetti chiave: necessità, opportunità, serenità e ottimismo.

«Dopo di Uber, Cambridge Analytica e



Facebook, è diventato chiaro a tutti che dotarsi di una normativa comune in materia di privacy, di un corpo normativo moderno, credibile, sia non più un lusso ma una necessità. Questi scandali, queste rivelazioni di cui parlano tutti, sono probabilmente solo la punta dell'iceberg, ma ci fanno capire con chiarezza, attraverso la loro natura patologica, quanto sia in gioco, quale sia la posta in gioco, sia dal punto di vista della dimensione individuale di quella dignità, della nostra dimensione intima, ma anche della dimensione dei nostri diritti in quanto comunità, in quanto società democratica. Lo ha rivelato il caso Facebook-Cambridge Analytica quanto il processo democratico ed elettorale possa essere colpito e messo a rischio da un uso illecito dei dati. E questo non è un problema solo europeo. Un numero crescente di Paesi nel mondo sta adottando una nuova disciplina in materia di privacy o sta aggiornando la propria normativa. Dal Cile al Giappone, dal Brasile all'India o alla Corea del sud, e sempre più spesso lo fanno ispirandosi ai principi del Regolamento europeo. Questo non perché siano rimasti folgorati dall'amore per il diritto europeo o sulla via di Bruxelles, bensì perché il nostro sistema offre soluzioni che sono adattate alle realtà di oggi, alle sfide ma anche alle opportunità del mondo digitale. Questa progressiva convergenza è senz'altro un fattore positivo sia dal punto di vista della maggiore tutela dei nostri dati quando circolano e che



devono circolare nel mondo, che in termini di facilitazioni di degli scambi di dati, che sono importanti dal punto di vista della cooperazione giudiziaria o penale oltre che delle relazioni commerciali o della salute. Si vede che l'Europa, quando vuole, può proporre o rappresentare un modello e influenzare altri modelli in una agenda, in uno sforzo positivo. Il risultato è una maggiore tutela e trasparenza e facilitazione negli scambi. Ma per fare questo ci vuole un modello che sia basato su norme coerenti e che vengano applicate in modo serio».

«Il Regolamento – prosegue Gencarelli – rappresenta anche una grande opportunità per noi cittadini di riappropriarci della nostra dignità, della nostra identità, per esempio esercitare i nostri diritti usando anche alcuni strumenti nuovi ed effettuare delle scelte informate nel mondo dell'online. Ma un'opportunità anche per le imprese, attraverso una riduzione della burocrazia, degli oneri amministrativi con la soppressione ad esempio delle procedure di notifica o di autorizzazione preventiva in materia di trattamenti. Non è solo una questione di costi – che pure sono importanti – ma anche un cambio di approccio e una maggiore flessibilità che viene data alle imprese nella governance dei dati e nella possibilità di adattarla al tipo di attività, alla tipologia di dati e di modello dell'attività commerciale. Premiando l'innovazione in materia attraverso la modulazione degli

obblighi normativi in funzione dei rischi. Per esempio, se io sviluppo delle tecniche e delle soluzioni che riducono il rischio per la privacy e la sicurezza dei dati sarò assoggettato a degli oneri regolatori minori. Opportunità anche per sviluppare nuovi strumenti dal basso verso l'alto come i codici di condotta, i sistemi di certificazione che possono costituire strumenti utili per dimostrare la conformità nei confronti del nuovo Regolamento. Un'opportunità anche per snellire gli apparati normativi negli Stati membri. Non ha senso avere 27-28 leggi in materia di privacy e di dati che per definizione e per loro stessa natura devono poter circolare nel mercato unico e poi come opportunità di modernizzazione di un apparato normativo che risale al 1995. L'idea è di snellire e di ridurre l'onere normativo. Ci sono spazi lasciati al legislatore nazionale per specificare l'applicazione di alcune disposizioni in alcuni settori, in alcuni ambiti, ma devono essere sviluppati e attivati in piena conformità e coerenza con il Regolamento e noi in quanto Commissione abbiamo lavorato anche con le autorità italiane».

Gencarelli, inoltre, fa appello alla serenità «perché questo Regolamento deve essere accolto con lo spirito giusto. Abbiamo tre paletti invalicabili: livello di tutela: questo è un Regolamento di armonizzazione totale, non di tutela minima. Secondo paletto: la libera circolazione dei dati all'interno del mercato unico con la possibilità da parte del legislatore nazionale. Gli Stati in questa fase possono esercitare una qualche flessibilità ma deve essere realizzata in piena conformità e coerenza con il Regolamento affinché anzitutto non rientrino dalla finestra concetti, strumenti o rigidità che abbiamo superato grazie al Regolamento europeo reintroducendo dei limiti alla libera circolazione dei dati all'interno dello spazio europeo che rappresenta un elemento essenziale della nostra identità comunitaria. Ed è essenziale non solo in ambito commerciale ma ancor di più nel settore sanitario. Senza circolazione dei dati non c'è ricerca scientifica efficace. Terzo paletto: la certezza del diritto. Probabilmente qualcuno penserà che questo Regolamento non è il prodotto dei sogni, ma ha una sua logica, ha un livello di complessità in questa

articolazione e interazione tra testo europeo e la possibilità di avere delle norme di dettaglio nazionale ma è importante che questo sia fatto in maniera chiara affinché non vi siano duplicazioni, ripetizioni che possano portare a una incertezza giuridica in cui il destinatario, cittadino o impresa non sia più certo di quali siano gli obblighi o i diritti se la fonte sia il diritto nazionale o quello direttamente applicabile dell'Unione». Riccardo Giannetti, presidente dell'Osservatorio 679, rileva una "Frenesia generale, peggio del millennium bug".

«In questi due anni, invece di costruire, il mondo esterno ha abusato – ha sottolineato Giannetti – di certi termini, di certe terminologie, di certi aspetti: tutti erano certificatori, tutti erano dpo, tutti erano auditor. C'è stata una follia generale. Non invidio l'Autorità garante. Adesso c'è la rincorsa agli adempimenti. È questo l'aspetto fondamentale: avere le persone giuste al momento giusto. Adesso, piuttosto che fare danni è bene fare tutto con calma, ponderare, pensare, partendo dagli elementi base che ci sono richiesti: la consapevolezza e l'accountability». «Il Regolamento europeo è stato oggetto in quattro anni di un dibattito in tutto il mondo e non solo per i quattromila emendamenti ma proprio perché anche tutte le organizzazioni che hanno fatto legittimamente lobbismo hanno poi detto pubblicamente quello che pensavano in concreto alle varie forze politiche – ha detto Giovanni Buttarelli, Presidente Autorità Garante Europea – C'è stato un dibattito che ha portato ad arricchire, in qualche caso a peggiorare o a delle mediazioni su testi che invece noi dobbiamo tra tecnici sistemare nella speranza di arrivare alla data del 25 maggio. Il timore è che non vengano colte le sfide di questo tagliando che noi facciamo alla normativa europea. Con il trattato di Lisbona è stato introdotto anche nella Carta un diritto fondamentale alla protezione dei dati personali, che non è un connotato estetico.

Le disposizioni del Regolamento che ci danno un'opportunità su temi come quello della ricerca scientifica, della sanità elettronica, del welfare, dell'e-government, dovranno essere tenute presenti. Questo potrebbe richiedere una nuova legge dele-

ga, un altro percorso, ma adesso non c'è tempo. Ha senso per ora toccare quelle disposizioni che riguardano il medico di base, le prescrizioni medicinali, quelle varie norme che individuavano un interesse pubblico rilevante per i dati sensibili? In questo momento, credo di no. Ci sono alcune disposizioni del Codice di amministrazione digitale che non sono compatibili col Regolamento europeo. Sul fronte della sanità elettronica potremmo fare qualcosa in questa direzione. Come pure sulla ricerca scientifica. Dobbiamo dare più chances e opportunità alla ricerca scientifica». «Il lavoro non finisce il 25 maggio – ha concluso Buttarelli, – ma sono state definite delle priorità innanzitutto dalle Autorità garanti che hanno fatto un lavoro straordinario in così poco tempo e con risorse molto limitate. Noi come Commissione abbiamo delle deleghe, abbiamo definito priorità e abbiamo deciso di vedere come si mettono insieme le cose. Sappiamo che una delle principali questioni è proprio quella del problema di come l'informazione viene comunicata». «Quello che stiamo cercando di far capire, anche in Bulgaria, è che il Regolamento – ha evidenziato Tzanko Tzolov, Vicepresidente Autorità Garante Bulgaria, presente in quanto la Bulgaria ha la Presidenza di turno del Consiglio dell'Unione – non rappresenta nuove sanzioni ma è un nuovo modo di pensare, una nuova cultura, importante per tutti noi».



Dalla nozione di anticorruzione alla ricerca di tensione etica

Un significato più ampio dell'assenza di attività od omissioni illegittime, ma proattivamente orientato a riempire di significato etico l'intero perimetro delle organizzazioni sanitarie, dando l'assoluta centralità ad un sistema sostenibile, focalizzato sul paziente e sui suoi bisogni.

di **Tiziana Frittelli***



Negli ultimi anni, a partire dalla legge 190 del 2012, la normativa anticorruzione ha permeato l'intero sistema pubblicitico, con particolare riferimento all'ambito delle risorse umane e al codice dei contratti, e si è sviluppata di pari passo con la tematica della trasparenza. Ogni ente si è dotato di un proprio codice di comportamento, ha avviato procedure per rendere trasparente l'amministrazione, ha nominato un proprio responsabile garante del sistema, con uno sforzo globale e un impiego di risorse sicuramente necessarie a garantire una maggior fiducia del cittadino nei confronti delle istituzioni ed un controllo, il più possibile anticipato, volto ad evitare il diffondersi di pratiche corruttive. Sappiamo tutti che, sotto questo profilo, nessun sistema, anche il più sofisticato, come quello italiano, può garantire la totale tenuta. Per rendere incisive le misure anticorruzione nell'ambito specifico della sanità, nel 2016, sono state predisposte, in collaborazione tra Agenas, Anac e Ministero della Salute, Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Ssn. Tuttavia, in considerazione del valore del diritto alla salute tutelato dal Ssn, è forse opportuno ricodificare il significato di "anticorruzione" in sanità, abbandonando quello legato a fenomeni illeciti tout court, a favore di una nozione volta alla ricerca di tensione

etica del sistema; trattasi di un significato sicuramente più ampio dell'assenza di attività od omissioni illegittime, ma proattivamente orientato a riempire di significato etico l'intero perimetro delle organizzazioni sanitarie, dando l'assoluta centralità ad un sistema sostenibile, centrato sul paziente e sui suoi bisogni.

Da questa prospettiva, acquista la massima centralità una nuova comunicazione tra operatori sanitari e pazienti. Gli enti del Ssn devono cogliere l'opportunità della nuova legge sul consenso informato e sul testamento biologico (Legge 219 del 22 dicembre 2017) per lanciare una campagna, tra i propri operatori, volta a promuovere un nuovo incontro sostanziale, e non solo di facciata, con la persona malata. I nostri professionisti sono tra i migliori al mondo sotto il profilo tecnico. Va ritrovata, però, una tensione etica, che spesso manca tra le parti. L'utente deve guardare con grande rispetto ad una professione difficile e colma di responsabilità. L'operatore, di contro, deve mettere la persona malata al centro del suo mondo etico e professionale. Senza etica volta, in primis, ad accogliere le fragilità indotte dalla

malattia, nessun professionista sanitario è degno di questo nome.

Da parte delle strutture, è, altresì, imprescindibile l'acquisizione di professionisti adeguati ai profili professionali richiesti (fenomeno ostacolato, ad esempio, dalla pluriennale proroga delle graduatorie di concorso, che costringono allo scorrimento completo di graduatorie formulate molti anni fa, spesso a scapito della qualità). Collocare una persona sbagliata, magari pescata all'ultimo posto di una graduatoria di molti anni fa, al posto sbagliato, in sanità, vuol dire minare il diritto alla salute delle persone. Questo tema assume un aspetto particolare nei Policlinici universitari, dove spesso la programmazione universitaria è sganciata dalle necessità assistenziali, in quanto non sempre le esigenze della didattica e della ricerca combaciano con quelle dell'assistenza sotto il profilo dell'arruolamento o dei percorsi di carriera, che condizionano pesantemente anche l'attribuzione degli incarichi sul versante più strettamente assistenziale.

Altro aspetto centrale nel recupero di un'etica di sistema è il governo degli sprechi. Il nostro sistema universalistico comincia ad avere grossi problemi di sostenibilità, a causa dell'invecchiamento della popolazione, la cui aspettativa di vita è tra le più alte al mondo, e della conseguente diffusione delle malattie croniche. Si può rispettare il codice degli appalti, con acquisizioni del tutto legittime, senza governare

gli sprechi, per mancanza di controlli in fase di esecuzione, per mancanza di health technology assessment, per sovra o sottodimensionamento dei servizi, per approcci clinici, diagnostici e terapeutici inappropriati.

Un ulteriore perimetro che le aziende devono presidiare per preservare l'eticità del sistema è il rispetto dei valori traguardo posti dal Patto della salute 2014-2016 e monitorati dal Programma nazionale esiti, sia con riferimento ai volumi minimi che agli outcomes clinici. Il paziente ha diritto di essere curato dove esiste sufficiente capacità ed esperienza per il trattamento della sua patologia.

Infine, è assolutamente necessario un equilibrio tra volumi istituzionali e volumi offerti in intramoenia, controllo che solo raramente viene effettuato dalle aziende.

In conclusione, come garantire l'approccio etico del sistema? Una modalità, certamente insufficiente, è quella di rincorrerlo con una funzione di controllo delle regole contro ogni corruzione. Sicuramente preferibile è creare modelli di governance che riducano alla radice il rischio, attraverso una efficace e competente rete di Responsabili unici del procedimento e di Direttori dell'esecuzione dei contratti; una logistica che consenta la tracciabilità dei farmaci e dei dispositivi utilizzati; l'applicazione di principi di Hta sia per gli acquisti che per le cure; il presidio dell'appropriatezza diagnostica e clinica; l'utilizzo di modelli di operations management per la gestione delle piattaforme di erogazione dei servizi sanitari (blocchi operatori, area laboratoristica, radiologica, degenza per intensità di cure, area ambulatoriale) che consenta l'utilizzo degli spazi e delle tecnologie sulla base delle esigenze dei pazienti, piuttosto che su quella delle aspirazioni di governo dei singoli responsabili; una logica di processo nella gestione dei percorsi clinici, unica in grado di coniugare efficienza, appropriatezza ed efficacia; la presa in carico della persona malata, al centro dei processi di rivitalizzazione del sistema.

**Presidente Federsanità Anci*



Orgogliosi di appartenere all'Ssn e poco inclini al malaffare

Sono gli operatori sanitari nella fotografia scattata dall'indagine condotta dalla Federazione di Asl e Ospedali e Rusan (Risorse Umane, Sanità, Servizi Sociali e Salute). Un'immagine dell'etica in sanità distante dalla rappresentazione mediatica di un settore in preda a scandali e corruzione.

Daniele Tovoli*

Percepiscono ancora un senso nella propria attività; conoscono le regole anticorruzione ma qualcuno esprime dubbi sulla loro efficacia; negano che quelle di deviare i pazienti negli studi privati, di prescrivere farmaci inutili per proprio tornaconto, far saltare le liste d'attesa agli amici o accettare regali, siano pratiche diffuse; hanno nei propri dirigenti un esempio di rispetto dell'etica professionale; antepongono l'interesse del paziente a quello economico, anche se sono convinti che l'uso ottimale delle risorse sia indispensabile alla tenuta dell'Ssn. Sono orgogliosi di lavorare per il Ssn e non si sognano di abbandonarlo per passare al privato.

Quella scattata dall'indagine condotta da Fiaso, la Federazione di Asl e Ospedali e Rusan (Risorse Umane, Sanità, Servizi Sociali e Salute) è un'immagine dell'etica in sanità distante anni luce dalla rappresentazione mediatica di un settore in preda a scandali e corruzione. I risultati della ricerca sono stati presentati il 19 aprile a Bologna nell'ambito di Exposanità e ricomprendono anche una raccolta di buone pratiche che le aziende hanno sviluppato o sono in fase avanzata di progettazione sui temi dell'etica e degli asset valoriali, oltre che della trasparenza e dell'equità.

L'indagine è stata condotta tramite questionario su un campione di 1.542 operatori, impegnati in 24 aziende di 11 Regio-

ni. Il livello di condivisione delle domande è stato espresso con una scala di valore da 1 a 6, dove il valore più alto indica il livello massimo di condivisione. Che è di livello 1, ossia bassissimo, riguardo la perdita di senso della propria attività lavorativa per 534 operatori, contro i 128 attestati sul livello 6. Questo nella media di tutti gli operatori interessati. Perché poi questa perdita di senso è meno sentita tra i medici ospedalieri e del territorio, e più tra quelli di medicina generale e tra gli infermieri del territorio.

Oltre mille operatori del campione hanno una conoscenza completa o comunque approfondita delle regole anticorruzione, contro i 68 che si attestano sul livello 1. Anche sulla loro utilità vi è una forte convergenza positiva tra tutti i professionisti. Convergono in 454. Anche se un po' meno convinti sono i 137 e 260 professionisti che si collocano sui valori 3 e 4, mentre in 29 sono niente affatto convinti e in 57 poco convinti della loro efficacia.

Che la maggior parte di professionisti e dipendenti agisca senza un'etica del lavoro è idea totalmente non condivisa da 702 operatori del campione e assai poco da altri 390. Mentre a pensarla così sono soltanto in 23.

Che ci sia una diffusa pratica di deviare i pazienti negli studi privati è del tutto escluso da 939 operatori, mentre altri 236 e 107 si collocano sui livelli 2 e 3 comun-

que di scarsa condivisione dell'idea di un fenomeno diffuso. Condivisa appieno solo da 24 operatori del campione. E a crederci meno di tutti sono proprio i diretti interessati, ossia i medici ospedalieri.

Più o meno gli stessi valori si riscontrano rispetto alle altre cattive pratiche di accettare regali, far saltare le liste d'attesa a parenti ed amici, prescrivere farmaci inutili per tornaconto personale.

Il proprio "capo" che aiuta a capire e far rispettare le norme etiche è un'idea condivisa appieno da 534 addetti, seguiti da 390 e 233 ai livelli 4 e 5 evidenza di una comunque buona condivisione in termini generali. Mentre gli 85 del livello 1 mostrano di avere un'idea opposta sul ruolo "etico" dei propri superiori. Più o meno valori simili si riscontrano sul ruolo di esempio etico sul lavoro da parte dei superiori.

L'idea di un Ssn in crisi di identità non sembra trovare troppi proseliti tra chi ci lavora. Tra chi si sente orgoglioso di profondervi le proprie energie troviamo infatti 617 componenti del campione al livello massimo di condivisione, mentre 382 e 250 si collocano rispettivamente ai livelli 5 e 4. Solo in 28 dichiarano di non sentirsi affatto orgogliosi di farne parte. L'orgoglio è più altamente sentito tra medici ospedalieri e del territorio, meno tra infermieri, tecnici e amministrativi.

Il senso di appartenenza si rileva anche dinanzi al dilemma se passare al privato a parità di condizioni economiche. Passo che 841 del campione esclude senza ombra di dubbio, contro i 71 che accetterebbero.

Ma quali valori indirizzano le scelte sul lavoro dei professionisti della sanità? L'81% non ha dubbi: "la migliore qualità possibile per il cittadino", mentre solo l'1% mette al primo punto il contenimento dei costi. Interessante anche il gap generazionale nell'approccio etico ai problemi. Tra gli under 36 i valori di condivisione sono mediamente più bassi rispetto all'idea che la presa in carico del paziente sia un valore che debba guidare i comportamenti sul lavoro o che il senso etico aiuti a superare le criticità che i cambiamenti



organizzativi a volte determinano. Mentre tra i giovani è più in uso il confronto tra colleghi per la soluzione di problematiche etiche e il rapporto con i superiori risulta di maggiore aiuto al rispetto delle norme etiche aziendali.

Uno degli elementi che risalta maggiormente è quanto siano ben saldi ancora i valori guida della professione ed il forte senso di appartenenza al Ssn della maggior parte dei professionisti della sanità. Nonostante alcuni segnali di disillusione, l'indagine evidenzia il loro impegno quotidiano nella professione per superare le criticità, impegno che ha dato un contributo sostanziale in questi anni alla tenuta del sistema. Sono il vero capitale del Ssn, indispensabili per assicurare la migliore qualità per i cittadini, fondamentali per una efficace gestione delle risorse e per i quali dovranno essere sviluppate adeguate strategie nei prossimi anni per fare in modo che possano svolgere nel miglior modo possibile la loro professione.

**Coordinatore Fiaso Ricerca
"Valori ed etica del lavoro in sanità";
Direttore Servizio di Prevenzione
e Protezione Azienda Usl di Bologna*

Cardiologia interventistica

Italia non ancora allineata all'Ue e piena di disuguaglianze

Eccellenti i traguardi raggiunti ma ancora molti pazienti non possono accedere alle procedure “senza cicatrici” per mancata applicazione delle raccomandazioni internazionali e frammentazione a livello regionale del sistema sanitario.

di Giuseppe Tarantini*

Oggi le tecniche mininvasive percutanee utilizzate dalla cardiologia interventistica sono sicure ed efficaci, costituendo così lo standard di cura in molti pazienti, come dimostrato da numerose evidenze scientifiche e linee guida internazionali. Eppure in Italia vengono ancora utilizzate in misura decisamente inferiore che in altri Paesi europei.

Un numero cospicuo di pazienti non ha accesso a queste procedure per mancata applicazione delle raccomandazioni internazionali con significative disparità territoriali legate alla frammentazione a livello regionale del sistema sanitario nazionale, come è stato sottolineato alla terza edizione di “Think Heart with Gise”, l'appuntamento annuale organizzato dalla Società italiana di cardiologia interventistica, tenutosi a Roma. L'Italia può vantare grande esperienza e professionalità nell'area della cardiologia interventistica, che si può definire di eccellenza. Ogni anno si effettuano circa 350.196 procedure diagnostiche tra cui coronografie, angiografie periferiche, cateterismo cardiaco destro e sinistro, 156.055 angioplastiche coronariche (di cui 36.876 in corso di infarto acuto), 16.569 angioplastiche periferiche, 2.092 valvoplastiche, 1.070 riparazioni percutanee di insufficienza valvolare mitralica, 3.848 chiusure percutanee di difetti cardiaci congeniti. E sono oltre 270 i centri di emodinamica presenti su tutto il territorio nazionale. Tuttavia è ancora ne-



cessario lavorare per favorire un accesso più allargato alle metodiche percutanee mininvasive che, al momento nel nostro Paese, sono ancora sottoutilizzate rispetto alla media degli altri Paesi europei, ponendo l'Italia non ancora ai primi posti in questo settore, con conseguente sottotrattamento dei pazienti. Secondo i dati di attività della cardiologia interventistica italiana raccolti da Gise, emerge come in Italia l'approccio transcateretere abbia una diffusione più rallentata rispetto ad altri Paesi europei (75 impianti in Italia per milioni di abitanti contro gli oltre 180 in Francia/Germania).

Le procedure mininvasive percutanee in cui si riscontra un maggiore divario di applicazione rispetto agli altri Paesi europei sono la Tavi (impianto transcateretere della valvola aortica), la riparazione percutanea della valvola mitralica, la chiusura dell'auricola sinistra (Laao) e la valutazione della riserva frazionale di flusso (Ffr).

In Italia è possibile stimare che circa il 3,4% della popolazione con più di 75 anni

sia affetto da stenosi aortica severa, ossia da un importante restringimento della valvola aortica. Il bacino potenziale di pazienti candidabili a Tavi, cioè alla sostituzione chirurgica della valvola aortica per via transcateretere, è di circa 32.000 individui classificati come inoperabili o ad alto rischio, e circa 15.500 pazienti a rischio intermedio; sono però solo 5.528 i pazienti effettivamente trattati. È importante sapere che la Tavi ha la stessa classe di indicazione e dunque equipollente alla sostituzione della valvola aortica per via chirurgica tradizionale a torace aperto in pazienti ad alto rischio chirurgico.

Un discorso simile vale per la riparazione transcateretere della valvola mitralica: si stima che in Italia il 10% della popolazione ultra 75enne sia affetto da insufficienza mitralica moderata o severa e che solo l'1,5% dei pazienti venga trattato. Peraltro, alcuni tipi di insufficienza mitralica, ad esempio nelle fasi tardive dell'infarto miocardico o dopo cardiomiopatie, non hanno una sicura indicazione chirurgica, ma solo percutanea.

Secondo i dati Gise, fino ad oggi in Italia hanno potuto beneficiare della riparazione percutanea della valvola mitralica più di 4.500 pazienti, di cui circa 900 nel 2017: si tratta però di un dato ancora molto basso rispetto ad altri Paesi europei.

L'auricola sinistra è invece una porzione dell'atrio sinistro in cui si forma il 90% dei trombi che possono mettere a rischio di ictus i pazienti con fibrillazione atriale non valvolare che non possono prendere anticoagulanti (40% circa). La chiusura dell'auricola in pazienti con controindicazioni ai farmaci classici permette di limitare questo pericolo, ma l'intervento mininvasivo, secondo i dati del Gise, in Italia nel 2017 è stato eseguito in 746 casi (12 per milione di abitanti). Questo dato corrisponde a 5,2 volte meno rispetto alla Germania, 4 volte meno rispetto alla Svizzera e 2,4 volte meno rispetto alla Danimarca. La Ffr, infine, è un esame che permette di capire quando è davvero necessaria una rivascolarizzazione coronarica (ossia l'impianto di stent a livello coro-

narico), che viene però ancora poco utilizzato in Italia. La diffusione delle metodiche mininvasive percutanee di cardiologia interventistica presenta anche una forte disomogeneità a livello regionale. Per la Tavi, ad esempio, si osserva una maggiore penetrazione soprattutto nelle Regioni del Nord, tra cui spiccano Lombardia, Veneto e Toscana.

Nel caso della riparazione transcateretere della valvola mitralica, invece, emerge una disomogeneità, sia a Nord che a Sud, nell'accesso alla terapia, da regione e regione o addirittura da ospedale a ospedale determinando diversi standard di cura per i pazienti.

È assolutamente rilevante anche la disparità di accesso alla procedura Laao tra le varie Regioni italiane: esiste infatti una eterogeneità tra la Sardegna, che presenta il più alto tasso di utilizzo (29 procedure per milione di abitanti), la media italiana (12 procedure per un milione di abitanti), e le Regioni Molise e Friuli Venezia Giulia, che non hanno eseguito alcuna procedura. Le metodiche mininvasive percutanee rappresentano ormai lo standard di cura in base alle linee guida nazionali e internazionali. Il loro ridotto utilizzo in Italia è da collegare alla frammentarietà dei meccanismi di finanziamento, all'assenza di appropriati meccanismi di codifica e rimborso e alla mancanza di governance in materia di innovazione tecnologica. Queste cause di disomogeneità di trattamento e di accesso agli standard minimi di cura costituiscono punti di attenzione per le istituzioni sanitarie. Gise, in qualità di società scientifica di riferimento, anche tramite "Think Heart" e in prima linea con le istituzioni, vuole superare queste barriere presentando una road map, cioè un percorso strategico, che prevede molteplici interventi come, per citarne solo alcuni, la pubblicazione e promozione della diffusione di Linee Guida Gise e il rafforzamento della posizione di Gise a livello istituzionale e la sua presenza ai tavoli decisionali regionali e nazionali.

**Presidente GISE*

Italia: si muore meno ma solo dove la prevenzione funziona

Piccoli passi avanti anche sugli stili di vita, aumenta la pratica sportiva, ma aumentano anche gli obesi e non diminuiscono i fumatori. Si osservano livelli di cronicità e non autosufficienza tra gli anziani superiori alla media europea, a farne le spese sono soprattutto le donne. L'Italia è addirittura 15esima tra i Paesi dell'Unione Europea per speranza di vita alla nascita senza limitazioni fisiche. Persiste il divario Nord-Sud, con ricadute anche gravi sulla salute degli italiani lungo lo Stivale, ampia disparità sulla capacità di prevenire e curare alcuni tipi di tumore.

Laddove la prevenzione funziona, la salute degli italiani è più al sicuro, con meno morti per tumori e malattie croniche come il diabete e l'ipertensione (diminuiti del 20% in 12 anni i tassi di mortalità precoce per queste cause). Gli italiani, inoltre, cominciano timidamente a occuparsi in maniera più proattiva della propria salute, tendono a fare più sport (nel 2016 il 34,8% della popolazione, pari a circa 20 milioni e 485 mila). Nel 2015 erano il 33,3%, pari a circa 19 milioni e 600 mila, ma scontano ancora tanti problemi, in primis quelli con la bilancia (nel periodo 2001-2016 è aumentata la percentuale delle persone in sovrappeso: 33,9% contro 36,2%); soprattutto è aumentata la quota degli obesi (8,5% contro 10,4%), poi anche il vizio del fumo che almeno dal 2014 resta in Italia praticamente stabile (al 2016 si stima fumi il 19,8% della popolazione over-14 anni). Anche sul fronte dei consumi di alcolici il dato sembra assumere contorni a tinte fosche: si assiste a una lenta, ma inarrestabile diminuzione dei non consumatori (astemi e astinenti negli ultimi 12 mesi), pari al 34,4% (nel 2014 era il 35,6%, nel 2015 34,8%) degli individui di età >11 anni. Sono questi alcuni dei dati che emergono dalla XV edizione del Rapporto Osservasalute (2017), un'approfon-

data analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane. Pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, che ha sede a Roma presso l'Università Cattolica, e coordinato da Walter Ricciardi, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Direttore dell'Osservatorio e Ordinario di Igiene all'Università Cattolica, e da Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico dell'Osservatorio, il Rapporto (603 pagine) è frutto del lavoro di 197 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che operano presso università e numerose istituzioni pubbliche nazionali, regionali e aziendali (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia Italiana del Farmaco, Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie, Osservatori Epidemiologici Regionali, Agenzie Regionali e Provinciali di Sanità Pubblica, Assessorati Regionali e Provinciali alla Salute). "Il Servizio sanitario nazionale italiano – rileva Walter Ricciardi – deve aumentare gli sforzi per promuovere la prevenzione di primo e secondo livello, perché i dati indicano chiaramente che laddove queste azioni sono state incisive i risultati sono evidenti, come

testimonia la diminuzione dell'incidenza di alcuni tumori". E sulla non autosufficienza tra gli anziani Solipaca avverte "Ci troveremo di fronte a seri problemi per garantire un'adeguata assistenza agli anziani in particolare quelli con limitazioni funzionali (che non sono autonomi), perché la rete degli aiuti familiari si va assottigliando a causa della bassissima natalità che affligge il nostro Paese da anni e della precarietà dell'attuale mondo del lavoro che non offre tutele ai familiari caregiver". Sulle performance del nostro Ssn Ricciardi ha evidenziato "è evidente il fallimento del Servizio sanitario nazionale, anche nella sua ultima versione federalista, nel ridurre le differenze di spesa e della performance fra le Regioni. Rimane aperto e sempre più urgente il dibattito sul 'segno' di tali differenze. Si tratta di differenze inique perché non 'naturali', ma frutto di scelte politiche e gestionali. È auspicabile che si intervenga al più presto partendo da un riequilibrio del riparto del Fondo sanitario nazionale, non basato sui bisogni teorici desumibili solo dalla struttura demografica delle Regioni, ma sui reali bisogni di salute, così come è urgente un recupero di qualità gestionale e operativa del siste-

ma, troppo deficitarie nel Mezzogiorno, come ampiamente evidenziato nel nuovo Rapporto Osservasalute".

DAL RAPPORTO OSSERVASALUTE

Il Servizio sanitario nazionale sembra aver almeno marginalmente migliorato le proprie performance, come dimostrato per esempio dal fatto che - per quanto in aumento - le malattie croniche fanno sempre meno morti. Infatti in Italia si verificano meno decessi in età precoce, cioè tra i 30-69 anni (la causa principe della mortalità prematura sono le malattie croniche; in particolare per tumori maligni, diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche): il tasso di mortalità precoce è diminuito di circa il 20% negli ultimi 12 anni, passando da un valore di circa 290 a circa 230 per 10.000 persone. Quindi il Servizio sanitario nazionale è riuscito a incidere sulla mortalità evitabile, grazie alla corretta gestione di queste serie patologie.

Anche l'efficacia delle cure e della prevenzione delle neoplasie è andata sicuramente migliorando. In particolare per la prevenzione, ottimi risultati sono conseguiti alla diminuzione dei fumatori tra gli uomini e all'aumento della copertura degli screening preventivi (per esempio il pap test periodico e la mammografia) tra le donne. Lo dimostra la diminuzione dei nuovi casi di tumori al polmone tra i maschi (diminuiti del 2,7% l'anno dal 2005 al 2015) e della cervice uterina tra le donne (-4,1% annuo). È aumentata di 5,7 punti percentuali anche la sopravvivenza a 5 anni per il tumore al polmone e 2,4 punti per il carcinoma del collo dell'utero.

Al contrario, risultati negativi si riscontrano per il tumore polmonare tra le donne, tra le quali i nuovi casi sono in sensibile aumento (+1,6% tra il 2005 e il 2015); questo perché storicamente le donne in Italia hanno iniziato a fumare più tardi che in altri Paesi europei e quindi ancora si scontano le conseguenze dell'insalubre comportamento. Anche per questo tipo di tumore l'efficacia delle cure ha garantito un au-



mento della sopravvivenza a 5 anni di 5,6 punti percentuali (da 18,2% al 23,8%).

LE OMBRE SU SALUTE E SOSTENIBILITÀ DEL SSN

Ma ci sono ancora troppe ombre che aleggiano su salute degli italiani e sostenibilità del Ssn. Sul fronte della salute gli italiani sono sempre più anziani e tra questi (in particolare tra gli over 75) aumentano quelli con limitazioni fisiche, che non sono in grado di svolgere da soli attività quotidiane semplici come telefonare o preparare i pasti (+4,6% tra 2015 e 2016 negli over 75 che riferiscono qualche limitazione nelle attività - Dati Eurostat). Per esempio tra gli ultra-sessantacinquenni l'11,2% ha molta difficoltà o non è in grado di svolgere le attività quotidiane di cura della persona senza ricevere alcun aiuto, quali mangiare da soli anche tagliando il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (per confronto in Danimarca sono il 3,1% - valore più basso in Europa - in Svezia il 4,1% degli ultrasessantacinquenni, in Belgio - valore max in Europa - il 16,7%; la media UE è più bassa rispetto al dato italiano ed è pari all'8,8% degli anziani over-65).

Aumentano del 12,1% dal 2012 al 2016 le malattie croniche e la compresenza in un paziente di più di una di queste malattie - la prevalenza di pazienti con multicronicità risulta in crescita dal 2012 (22,4%) al 2016 (25,1%) -. Tale prevalenza è più elevata nel genere femminile rispetto a quello maschile in tutti gli anni considerati e, nel 2016, è pari al 28,7% tra le donne e al 21,3% tra gli uomini.

Se confrontiamo l'Italia con altre realtà europee non sempre il nostro Paese ne esce con un quadro rassicurante. L'Italia è tra i Paesi più longevi d'Europa e del mondo - secondo gli ultimi dati disponibili, nel 2015 si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (80,3 anni) e al terzo posto dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni), a fronte di una media dei Paesi dell'Unione Europea di 77,9 anni per gli uomini e di 83,3 anni per le donne.

Anche rispetto agli anni di vita attesa all'età di 65 anni gli uomini e le donne italiane vivono in media un anno in più del valore medio europeo (rispettivamente, 18,9 anni vs 17,9 e 22,2 anni vs 21,2 anni). Tuttavia, se si esamina la speranza di vita senza limitazioni, dovuta a problemi di salute, la situazione cambia: ad eccezione della Svezia, gli altri Paesi ai primi posti della graduatoria per speranza di vita alla nascita degli uomini, come Spagna e Italia, scendono, rispettivamente, al 7° e 11° posto; per le donne, Francia e Spagna scendono al 6° e 8° posto, mentre l'Italia va nella 15ª posizione, quindi anche al di sotto della media dell'UE.

E ancora, va rilevata la maggiore prevalenza di artrosi, che caratterizza gli anziani italiani rispetto a quelli degli altri Paesi europei (46,6% delle persone che riferiscono una condizione di artrosi, uno dei più alti valori in Europa subito sotto Portogallo e Ungheria, rispettivamente 47,2% e 52,0%, contro i valori più bassi della Gran Bretagna, 6,1% e dell'Estonia, 8,2%), e il loro basso livello di attività fisica.

Quanto alle buone pratiche sanitarie, va rilevato come in Italia si consumino ancora più antibiotici rispetto al resto d'Europa: nel 2015, nell'UE, il consumo medio di antibiotici per uso sistemico nella popolazione, escludendo gli ospedali, è stato di 22,4 Ddd (Dose definita giornaliera) per 1.000 abitanti, con valori compresi tra 10,7 Ddd/1.000 ab die nei Paesi Bassi e 36,1 Ddd/1.000 ab die in Grecia. L'Italia, con 27,5 Ddd/1.000 ab die, è tra i Paesi con il consumo più alto di antibiotici, 6o posto nella graduatoria.

LA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO

Sul fronte della sostenibilità del servizio sanitario va rilevato in primis che il decennio appena trascorso ha confermato una situazione da tempo nota e tollerata: il profondo divario fra Nord e Meridione sia nelle dimensioni della performance indagate che nella qualità della spesa pubblica e, nello specifico, di quella sanitaria; poi che la spesa out of pocket (sostenuta

privatamente dai cittadini) è aumentata in maniera disuguale nel Paese (in particolare è cresciuta dell'8,3% nel periodo 2012-2016). L'aumento è stato elevato nelle Regioni del Nord, nel Centro i valori di tale spesa sono stati costanti, mentre sono diminuiti nelle Regioni meridionali.

Paradigmatica delle conseguenze del gradiente Nord-Sud che si abbattano sulla salute degli italiani è la sopravvivenza per tumori che mostra una certa variabilità geografica. Nelle aree del Centro-Nord la sopravvivenza è largamente omogenea per tutte le sedi tumorali esaminate, indicando una sostanziale equivalenza non solo dei trattamenti, ma anche delle strategie di diagnosi (introduzione dei programmi di screening), mentre al Sud e Isole risulta generalmente inferiore della media del Centro-Nord.

Per quanto riguarda i tumori oggetto di programmi di screening organizzato, gli effetti dell'introduzione di misure efficaci di prevenzione secondaria sono visibili nelle aree del Paese dove si è iniziato prima e dove la copertura è ottimale. Una documentata minor copertura di popolazione e una ritardata implementazione degli screening organizzati sono fattori da considerare per spiegare le diverse performance osservate nel Paese. Ad esempio nella PA autonoma di Trento lo screening preventivo per il tumore del colon retto raggiunge una copertura del 72% della popo-

lazione, mentre in Puglia la copertura degli screening preventivi per questo tumore arriva appena al 13%.

Infatti, se si guarda alle performance rispetto ad alcune forme tumorali prevenibili, le diverse aree del Paese evidenziano risposte diversificate per i tumori (polmone per gli uomini, cervice uterina per le donne) per i quali si è raggiunto un "progresso ottimale" (caratterizzato da incidenza in riduzione, mortalità in riduzione, sopravvivenza in aumento). Il quadro nazionale non è, però, omogeneo sul territorio ed è la risultante di andamenti contrapposti, di reale progresso al Centro-Nord (dove l'incidenza si riduce o si stabilizza) e più sfavorevoli al Sud e nelle Isole. Nel caso del tumore alla mammella, si registra il massimo incremento di incidenza in Basilicata e in Calabria.

I progressi più inadeguati (incidenza stabile o in aumento, mortalità stabile o in aumento, sopravvivenza in aumento) per i tumori prevenibili si registrano per il cancro polmonare nelle donne. I nuovi casi di tumore sono aumentati ogni anno dell'1,6% tra il 2005 e il 2015 (da 16,9 a 19,9 per 100.000). Il parallelo incremento di mortalità (+0,8%) è stato mitigato dalla sopravvivenza che si è incrementata di 5,6 punti percentuali (da 18,2% a 23,8%). Le situazioni più critiche si registrano al Centro (Lazio, Umbria e Marche), quelle meno critiche al Nord.



Legge 180

Riforma psichiatrica, 40 anni e non sentirli

La legge Basaglia è stata la modalità per modernizzare l'impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica, instaurando rapporti umani rinnovati con il personale e la società, riconoscendo appieno i diritti e la necessità dei pazienti, seguiti e curati nelle strutture territoriali.

di Enrico Zanalda*

La riforma psichiatrica italiana effettuata con la legge 180 sembra essere l'esempio di deistituzionalizzazione più radicale e completo del mondo occidentale, tra i tanti che si avviarono negli anni '60 e '70. Di fatto l'Italia è l'unico Paese privo di ospedali psichiatrici e che ha adottato in maniera radicale e diffusa il modello della psichiatria di comunità, per quanto con evidenti differenze tra le Regioni.

Il movimento antistituzionale in Italia si collegò alle battaglie per i diritti civili, per il divorzio, per l'aborto, per la costruzione del Servizio sanitario nazionale. A differenza degli altri Paesi al movimento antimanicomiale partecipò buona parte del corpo professionale degli psichiatri che promosse attivamente l'approvazione della legge 180, il 13 maggio 1978, in pieno rapimento Moro e con sette mesi di anticipo sull'approvazione della legge 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale che recepì la legge 180 agli articoli 33, 34 e 35 (A. Fioritti, 2018).

Con il Dpr 14 aprile 1978, n.109 era previsto che si tenesse un referendum popolare per l'abrogazione degli articoli essenziali della precedente legge n. 36, 1904 (Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati) e, successivamente si approvasse la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (Ssn). In seguito, al fine di evitare il referendum, si stralciarono alcuni articoli dalla proposta di legge per l'istituzione del Ssn per formare la legge n. 180, la quale fu approvata appunto il 13 maggio 1978,

evitando così il referendum. In questa legge confluivano gli articoli riguardanti il trattamento sanitario obbligatorio (Tso) e l'abrogazione degli articoli principali della legge 14 febbraio 1904, n. 36 che fu mantenuta nei soli articoli riguardanti la parte economica e fiscale della gestione dei manicomi. Prima della riforma legata alla legge n. 180/1978, i manicomi erano connotati come luoghi di contenimento sociale, e l'intervento terapeutico e riabilitativo derivava da un'impostazione clinica che si apriva poco ai contributi della psichiatria sociale, delle forme di supporto territoriale, delle potenzialità delle strutture intermedie, e della diffusione della psicoterapia nei servizi pubblici. La legge 180 è stata la modalità per modernizzare l'impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica, instaurando rapporti umani rinnovati con il personale e la società, riconoscendo appieno i diritti e la necessità dei pazienti, seguiti e curati nelle strutture territoriali. Queste opportunità divennero possibili solo grazie agli avanzamenti della psicofarmacologia che avevano permesso di superare il mero contenimento istituzionale dei pazienti nei manicomi e avevano forniti degli strumenti terapeutici fruibili dai pazienti al di fuori dell'ospedale. La stessa legge 180, nell'articolo 11 ("Norme finali"), prevedeva che la stragrande maggioranza degli articoli (articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9) restassero in vigore solo fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, condizione poi verificatasi con la legge n.

833 del 23 dicembre 1978. Con questa legge la psichiatria entrava di diritto nell'ambito della medicina in connessione con gli altri servizi e reparti medici e chirurgici degli ospedali.

Fino al 1978 nel 55% delle province italiane vi era un ospedale psichiatrico pubblico di cui si avvaleva anche un ulteriore 27% delle province che ne era sprovvista; il restante 18% delle province usufruiva di strutture private. La legge n. 180/1978 impose di non utilizzare più gli ospedali psichiatrici per nuovi pazienti e demandò l'attuazione dei servizi psichiatrici territoriali, così come degli altri servizi del Ssn alle Regioni, le quali negli anni successivi hanno legiferato in maniera eterogenea e asincrona, determinando risultati diversificati. In psichiatria solo dopo il 1994, grazie al Dpr 7.4.1996 "Progetto obiettivo Tutela della salute mentale 1994/1996" si completò la normativa sull'assistenza psichiatrica che definì come i Dipartimenti di Salute Mentale (in tutte le Ussl, poi divenute Usl e infine Asl); tra il 1996 e il 1999 si realizzò il completo superamento di quello che rimaneva degli ospedali psichiatrici i così detti "residui manicomiali" dove erano rimasti quei pazienti che non si erano potuti assistere esternamente, nei servizi territoriali.

LA RIFORMA DEL TITOLO V DEL 2001

Nel 2001 la riforma del titolo V della Costituzione ridefinì i rapporti tra Stato e Regioni in senso federalistico e vennero attribuiti nuovi poteri e autonomia a queste ultime, aumentando la disomogeneità dei servizi sanitari nelle diverse Regioni, anche tra i Dipartimenti di salute mentale (Dsm).

A distanza di 40 anni dalla promulgazione della L. 180/1978 possiamo ribadire che il sistema dei servizi di salute mentale italiano ha delle caratteristiche di assoluta particolarità nel panorama internazionale. È l'unico senza ospedali psichiatrici, è tra i pochi ad essere interamente appartenente al sistema sanitario nazionale, ha la legislazione più liberale in termini di limitazione della libertà individuale, tramite il Trattamento sanitario obbligatorio (Tso) e ha tassi di posti letto ospedalieri di sette volte inferiori alla media degli altri Paesi europei. Questo non vuole dire che sia più efficiente di quelli rispetto ad altri parametri. In una recente comparazione europea sull'efficacia dei servizi sanitari nell'ambito della salute mentale, quello italiano è risultato sedicesimo, penalizzato da alcuni dei parametri considerati tra cui l'accessibilità ai trattamenti specialistici anche farmacologici, la dotazione di personale e



l'investimento economico complessivo.

Facendo riferimento ai primi due Rapporti sulla salute mentale pubblicati dal Ministero della Salute nel dicembre 2016 (dati 2015) e nel dicembre 2017 si ritiene che il modello dei Dsm sia stato realizzato in maniera disomogenea a livello regionale e che l'intervento sanitario riabilitativo dovrebbe essere meglio integrato con quello sociale. È necessario investire in salute mentale sia in termini economici che culturali. La Legge 180/1978 così come ripresa nella L.833/1978 permane un'ottima legge per quanto riguarda i trattamenti senza consenso e in quest'ambito rimane moderna e non mostra i 40 anni che ha.

Vi è invece la necessità di ripensare all'organizzazione della salute mentale in termini progettuali per far sì che si investa maggiormente sui disturbi all'esordio, in modo da prevenire l'aggravamento delle condizioni cliniche e sociali che contribuiscono all'esito in cronicità. Il nostro sistema dei Dsm è in gran parte basato sull'assistenza territoriale, con un limitato ricorso ai ricoveri ospedalieri ma con un crescente ricorso agli inserimenti residenziali che deve essere rivisto e ripensato. Vi è inoltre un'evidente carenza di risorse umane, espressione di un progressivo depauperamento del servizio sanitario; lo snelli-

mento del personale intervenuto negli ultimi anni nelle aziende sanitarie ha penalizzato maggiormente quelle discipline come la psichiatria che fondano il loro intervento sulla relazione tra individui. La carenza di risorse destinate alla salute mentale è purtroppo il segno inequivocabile della storica discriminazione dell'assistenza alle persone affette da disturbi mentali. In ultimo, l'innovazione farmacologica degli ultimi anni permette di migliorare di molto l'aderenza ai trattamenti dei pazienti gravi che in questo modo riescono anche ad usufruire di altri aspetti riabilitativi e migliorano la loro qualità e quantità di vita. Un recente lavoro su migliaia di pazienti affetti da schizofrenia ha dimostrato che i farmaci antipsicotici a lunga durata di azione determinano un allungamento della vita di alcuni anni dei pazienti. Non poterli utilizzare diffusamente non è un risparmio economico poiché vengono incrementati i costi indiretti legati all'occupabilità e alla salute dei pazienti stessi.

**Segretario Nazionale SIP, Società Italiana di Psichiatria
Direttore del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale ASL TO3, AOU San Luigi Gonzaga*



807.035 le persone assistite nel 2016 dai servizi specialistici

349.176 entrate in contatto per la prima volta durante l'anno con i Dipartimenti di salute mentale. In Italia, l'offerta per i posti letto in degenza ordinaria, è complessivamente di 9,4 ogni 100.000 abitanti maggiorenni.

Sono 807.035 le persone con problemi di salute mentale assistite nel 2016 dai servizi specialistici (mancano i dati della Valle d'Aosta e della P.A. di Bolzano), di cui 349.176 entrate in contatto per la prima volta durante l'anno con i Dipartimenti di salute mentale. L'89,8% di queste ultime (310.031) ha avuto un contatto con i servizi per la prima volta nella vita (first ever). Gli utenti sono di sesso femminile nel 54% dei casi, mentre la composizione per età riflette l'invecchiamento della popolazione generale, con un'ampia percentuale di pazienti al di sopra dei 45 anni (66,9%). In entrambi i sessi risultano meno numerosi i pazienti al di sotto dei 25 anni mentre la più alta concentrazione si ha nella classe 45-54 anni (25,1% nei maschi; 23,4% nelle femmine); le femmine presentano, rispetto ai maschi, una percentuale più elevata nella classe >75 anni (7,6% nei maschi e 12,4% nelle femmine). Questi alcuni dati contenuti nel Rapporto sulla salute mentale 2016 del Ministero della Salute che ha l'obiettivo, come spiega il dicastero, "di offrire un prezioso strumento conoscitivo per i diversi soggetti istituzionali responsabili della definizione ed attuazione delle politiche sanitarie del settore della salute mentale, per gli operatori e per i cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale. La rilevazione – evidenzia il Ministero della salute – istituita dal decreto del Ministro della salute 15 ottobre 2010, costituisce, a livello nazionale, la più ricca fonte di informazioni sugli interventi sanitari e socio-sanitari dell'assistenza alle persone

adulte con problemi di salute mentale e alle loro famiglie. Il sistema risulta particolarmente utile ai fini del monitoraggio dell'attività dei servizi, della quantità di prestazioni erogate, nonché delle valutazioni sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento, inoltre rappresenta un valido supporto alle attività gestionali dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm) per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse". Di seguito la sintesi dei risultati principali:

L'ATTIVITÀ PSICHIATRICA TERRITORIALE

Le patologie

I tassi degli utenti trattati per gruppo diagnostico evidenziano importanti differenze legate al genere. I tassi relativi ai disturbi schizofrenici, ai disturbi di personalità, ai disturbi da abuso di sostanze e al ritardo mentale sono maggiori nel sesso maschile rispetto a quello femminile, mentre l'opposto avviene per i disturbi affettivi, nevrotici e depressivi. In particolare, per la depressione il tasso degli utenti di sesso femminile è quasi doppio rispetto a quello del sesso maschile (28,0 per 10.000 abitanti nei maschi e 47,0 per 10.000 abitanti nelle femmine).

L'attività dei servizi psichiatrici

Le prestazioni erogate nel 2016 dai servizi territoriali ammontano a 11.860.073 con una media di 15,4 prestazioni per utente. Complessivamente il 77,6% degli interventi è stato effettuato in sede, l'8,2%

a domicilio e il resto in una sede esterna. Gli operatori prevalenti sono rappresentati da medici (27,5%) ed infermieri (44,7%); il 32,3% degli interventi è rappresentato da attività infermieristica al domicilio e nel territorio, il 24,1% da attività psichiatrica, il 16,3% da attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale, il 6,4% da attività psicologica psicoterapica e il 5,6% da attività di coordinamento e il resto è rappresentato da attività di supporto. Inoltre, le giornate di presenza presso strutture residenziali sono pari a 7.434.780 per 31.593 utenti; la durata media del trattamento a livello nazionale è pari a 673,9 giorni. Gli accessi nelle strutture semiresidenziali sono pari a 1.782.613 per 28.239 persone (365,8 accessi per 10.000 abitanti).

Dimissioni ospedaliere

Nel 2016 si registrano 108.847 dimissioni dalle strutture psichiatriche ospedaliere (pubbliche e private), per un totale di 1.382.719 giornate di degenza con una degenza media di 12,7 giorni. Con riferimento all'anno 2016 e ai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc), le riammissioni non programmate entro 30 giorni rappresentano il 17,7% del totale delle dimissioni, mentre quelle a 7 giorni rap-

presentano il 7,8%. Nel 2016 sono stati registrati 7.963 trattamenti sanitari obbligatori nei Spdc che rappresentano l'8,1% dei ricoveri avvenuti nei reparti psichiatrici pubblici (98.663).

Accessi in pronto soccorso

Nel 2016 il numero complessivo di accessi al pronto soccorso per patologie psichiatriche ammonta a 575.416, che costituiscono circa il 2,8% del numero totale di accessi al pronto soccorso a livello nazionale. Il 13,2% del totale degli accessi in pronto soccorso per problemi psichiatrici esita in ricovero, di cui la metà nel reparto di psichiatria. Inoltre il 27% dei ricoveri per problemi psichiatrici registra una diagnosi di schizofrenia e altre psicosi funzionali. Il 74,5% del totale degli accessi in pronto soccorso per problemi psichiatrici esita a domicilio.

IL CONSUMO DEI FARMACI

Sono state considerate le seguenti categorie di farmaco: antidepressivi, antipsicotici e litio erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta.

In regime di assistenza convenzionata

Per la categoria degli antidepressivi la



spesa lorda complessiva è di oltre 338 milioni di euro con un numero di confezioni superiore a 34 milioni. Per la categoria degli antipsicotici la spesa lorda complessiva è superiore a 68 milioni di euro con un numero di confezioni che sfiora i 5 milioni. Per la categoria litio erogato la spesa lorda complessiva è di circa 3,7 milioni di euro con un numero di confezioni pari a 904.764.

In distribuzione diretta

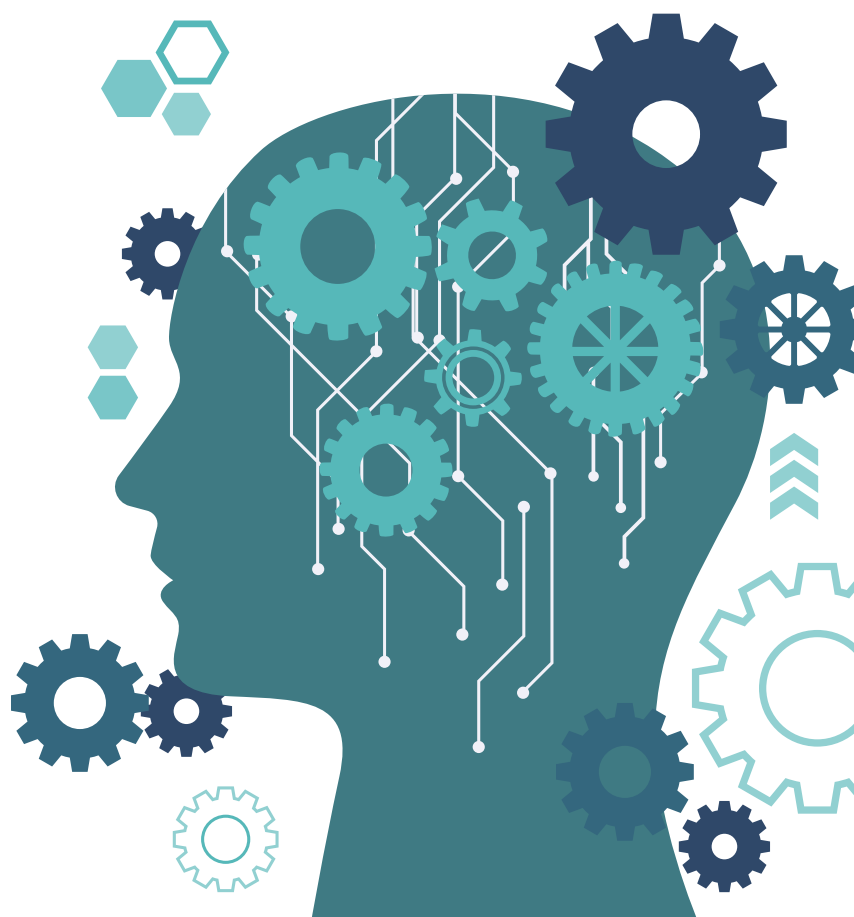
Per la categoria degli antidepressivi la spesa lorda complessiva è pari a 1,5 milioni di euro con un numero di confezioni pari a circa 661 mila. Per la categoria degli antipsicotici la spesa lorda complessiva è pari a circa 114 milioni di euro con un numero di confezioni pari a 6,2 milioni. Per la categoria litio la spesa lorda complessiva è di oltre 68 mila euro con un numero di confezioni superiore a 34 mila.

COSTO DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA

Con riferimento all'anno 2016 il costo medio annuo per residente dell'assistenza psichiatrica, sia territoriale che ospedaliera, è pari a €75,5 calcolato dividendo il costo complessivo dell'assistenza psichiatrica per la popolazione adulta residente nel 2016. Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica territoriale il costo complessivo ammonta a 3.605.794 (in migliaia di euro), di cui 1.725.712 (in migliaia di euro) per l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, 472.217 (in migliaia di euro) per l'assistenza semiresidenziale e 1.407.865 (in migliaia di euro) per l'assistenza residenziale. Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica ospedaliera, la remunerazione teorica delle prestazioni di ricovero ospedaliero è nel 2016 pari a 218.899 (in migliaia di euro).

IL PERSONALE

La dotazione complessiva del personale dipendente all'interno delle unità operative psichiatriche pubbliche, alla data del 31 dicembre 2015, risulta pari a 31.586 unità. Di queste il 18,6% è rappresentato da medici (psichiatri e con altra specializ-



zazione), il 6,7% da psicologi, il personale infermieristico rappresenta la figura professionale maggiormente rappresentata (44%), seguita dagli Ota/Oss con quasi il 9,4%, dagli educatori professionali e tecnici della riabilitazione psichiatrica pari al 6% e dagli assistenti sociali con il 4,3%.

LE STRUTTURE

Nel 2016 il sistema informativo salute mentale ha rilevato dati di attività di 1.460 servizi territoriali, 2.282 strutture residenziali e 898 strutture semiresidenziali che si riferiscono a circa il 90% dei Dsm. Nel 2016 il numero dei Spdc attivi è pari a 285 con complessivi 3.623 posti letto per ricoveri ordinari e 244 posti letto per ricoveri in day hospital; le strutture ospedaliere in convenzione che erogano attività di assistenza psichiatrica sono pari a 22 con un totale di posti letto per degenza ordinaria pari a 1.148 e a 19 posti per day hospital. In Italia, l'offerta per i posti letto in degenza ordinaria, è complessivamente di 9,4 ogni 100.000 abitanti maggiorenni.

Il "Madre Giuseppina Vannini"

Il “piccolo-grande” ospedale romano

Come richiesto dalla Regione Lazio, ha assunto una organizzazione per offrire all'utenza un doppio triage, per i barellati e per i deambulanti. La presenza di ambulanze proprie del nosocomio, con equipaggio interno, rende indispensabile la formazione di questi operatori, che devono essere preparati a gestire non solo le apparecchiature complesse che si trovano a bordo, ma tutte le emergenze che si dovessero presentare.

È piccolo ma si comporta da grande. L'Ospedale Madre Giuseppina Vannini, pur con i suoi soli 238 posti, infatti, non sfigura certo al confronto con i grandi ospedali romani. È uno dei venti ospedali della Regione Lazio, inserito nella rete delle patologie tempo dipendente, come ad esempio, l'infarto del miocardio. Dispone di 238 posti letto e, grazie ad un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (Dea) di primo livello, vi assiste annualmente poco meno di 45mila pazienti. È di proprietà dell'Istituto Figlie di San Camillo, dunque un presidio religioso classificato - associato all'Arìs, l'associazione che riunisce le strutture sanitarie gestite da enti e congregazioni religiose - di fondamentale importanza per la sua capacità di assicurare assistenza d'urgenza non solo al territorio specifico in cui opera, il IV Municipio del Comune di Roma, ma anche per quanti vivono nella zona dei Castelli Romani. Ma è visto come ancora di salvezza soprattutto per le vittime di incidenti stradali che si verificano nelle diverse strade provinciali, a cominciare dalla Casilina, che offrono accesso alla città dal settore sud-est, essendo praticamente il primo punto di Pronto Soccorso che si incrocia lungo il percorso verso Roma. Proprio avendo questa consapevolezza i responsabili dell'ospedale hanno concentrato i loro sforzi su quello che oggi è certamente un Dea d'eccellenza. Il Vannini, infatti, presenta una spiccata propen-

sione all'emergenza, con circa il 75% dei ricoveri che avviene direttamente da Pronto Soccorso. È questo un servizio di fondamentale importanza che, attraverso la medicina d'urgenza, si occupa della stabilizzazione dei pazienti critici e, nelle condizioni cliniche che lo consentono, cerca di ridurre i tempi di ricovero, unendo anche un altro obiettivo: non esporre i pazienti a rischi di infezioni nosocomiali. Si tratta di un servizio all'avanguardia per tecnologie e professionalità, impegnato a rispondere alle sfide di una sanità moderna e attenta al benessere dei cittadini. Come richiesto dalla Regione Lazio, l'ospedale ha assunto una organizzazione per offrire all'utenza un doppio triage, per i barellati e per i deambulanti, tipologie di pazienti che hanno quindi percorsi diversi. Ha al suo interno una sala rossa, 4 box visita, fast track ortopedico, ginecologico e pediatrico. Nell'area destinata all'Osservazione temporanea, i pazienti vengono valutati per circa 6 ore, viene fatta una diagnosi e, se necessario, indirizzati ad un ricovero. L'ospedale Vannini vanta inoltre nel suo interno l'Obi, l'Osservazione breve intensiva, con otto posti letto completamente monitorizzati. Qui i pazienti, con patologie che richiedono un rapido percorso diagnostico-terapeutico, vengono osservati per 36 ore e, in linea con le linee guida della Regione, più del 70% dei casi sono rinviati a domicilio. Altro fiore all'occhiello della struttura è la venti-

lazione non invasiva (Niv) per la terapia delle insufficienze respiratorie acute. Questa metodica, che viene applicata direttamente dai medici urgentisti al Pronto Soccorso, nei pazienti con adeguata indicazione consente di evitare l'intubazione e le complicanze a questa connesse. Attualmente la struttura ha a disposizione 7 ventilatori per la Niv, che consentono di trattare annualmente più di 300 pazienti. Per un ospedale come il Vannini, la formazione continua del personale, medico e non, è una priorità assoluta. Oltre a medici ed infermieri con brevetti sia per la rianimazione cardiovascolare che per l'approccio al paziente traumatizzato, si sta portando avanti l'impegno a qualificare in maniera sempre maggiore anche gli oss e gli ausiliari. La presenza di ambulanze proprie del nosocomio, con equipaggio interno, rende indispensabile la formazione di questi operatori, che devono essere preparati a gestire non solo le apparecchiature complesse che si trovano a bordo, ma tutte le emergenze che si dovessero presentare. L'approccio umano che contraddistingue questa struttura ospedaliera è prima di tutto la capacità di essere accoglienti, e il Pronto Soccorso, che è l'ingresso dell'ospedale, per venire incontro all'utenza, ormai multietnica, si avvale di una comunicazione multilingue, di grande utilità per interfacciarsi con i pazienti immigrati. Il 22% degli utenti che si rivolgono al nosocomio, infatti, è di origine straniera. Il sabato, inoltre, è stato istituito un ambulatorio dedicato ai pazienti con disagi sociali, con la opportunità di effettuare la tessera sanitaria temporanea. Un altro

esempio di come l'accoglienza rappresenti una delle priorità del servizio offerto ai pazienti che si rivolgono all'ospedale è la recente attivazione di un percorso, "Fiocchi in Ospedale", per i genitori di bambini nati presso la struttura e che si trovano in difficoltà socio-economiche.

Esso rappresenta un esempio di buon senso e coerenza da considerare anche come modello nella riorganizzazione dell'attività assistenziale dei grandi ospedali pubblici. Quella che l'Ospedale Madre Giuseppina Vannini intende portare avanti con impegno è una mission speciale che va oltre la medicina. È necessario riportare la persona al centro del processo di cura, considerando prioritaria la premura verso quella umanità ferita che chiede prossimità e comprensione. I medici e tutti gli operatori che ogni giorno nella struttura sono al servizio dei sofferenti sono convinti che non sia possibile curare bene chi non si conosce, convinzione che, a livello operativo, si esplica garantendo una continuità assistenziale: il soggetto viene preso in carico da professionisti che lo accompagneranno fino al momento delle dimissioni, attuando dei percorsi personalizzati. Ne deriva una particolare valorizzazione del rapporto medico-paziente che privilegia lo sguardo alla persona e non solo alla malattia, perché, come diceva il fondatore della congregazione a cui afferisce il nosocomio, (Figlie di San Camillo. Ndr) San Camillo De Lellis, è necessario "contemplare il Creatore nella creatura": al Vannini non ci sono pazienti, ma esseri umani bisognosi di attenzione.



Obsolescenza del parco radiologico nazionale

La professionalità del radiologo è quel che fa la differenza

La vetustà clinica di un'attrezzatura ed il suo conseguente corretto destino è individuabile dal radiologo capace e preparato.

di Carmelo Privitera*



L'obsolescenza del parco tecnologico della radiologia in Italia è conosciuta da tempo sia dai radiologi che da chi ha responsabilità istituzionali, ma negli ultimi tempi è stata materia di dibattiti ed approfondimenti al fine di ricercarne le cause e proporre le possibili soluzioni. La motivazione di tale improvvisa attenzione è, a mio modo di vedere, da ricercare nell'imminente ed ormai inevitabile recepimento della normativa europea 59/13 in tema di radioprotezione.

La nuova norma, che sostituirà la 187/2000 in vigore, prevede l'obbligo di riportare sul referto radiologico la dose di esposizione dell'indagine eseguita.

Ecco spiegato il perché di tanto interesse: l'opinione pubblica, sino ad oggi

ignara, si troverà a dover valutare la ricaduta di tale dato sulla salute degli utenti.

Se poi approfondiamo, ci accorgiamo che avremo 110 milioni di valutazioni, perché tante sono le indagini radiologiche che si eseguono ogni anno in Italia. Si rischia improvvisamente una sorta di allarme collettivo ed una tragica ricerca dell'esame da eseguire alla dose più bassa possibile, sempre e comunque. Vale la pena di cercare per tempo di fare chiarezza al fine di non creare allarmi ingiustificati. Le cause dell'obsolescenza sono, a mio avviso, da ricercare nella crescita esponenziale di indagini, avvenuta nell'ultimo ventennio. L'esasperata richiesta da parte di tutti gli attori del Ssn di una sempre maggiore produttività ha portato al proliferare di esami non sempre necessari ed all'acquisto di attrezzature radiologiche, non in sostituzione di quelle esistenti, ma in aggiunta.

Più macchine, dunque più esami.

Tuttavia, per correttezza, bisogna riconoscere che i radiologi sono stati acquiescenti a tale politica e non rifugio dalle responsabilità di programmazione appartenendovi come professionista del campo. D'altronde, quanti radiologi hanno dismesso macchine pur datate ma regolarmente funzionanti per comprarne di nuove? Pochi. La maggior parte, in presenza di investimenti, ha deciso di acquisire una nuova tecnologia da sommare a quella esistente, anche in virtù della sempre maggiore richiesta di esami. A posteriori,

non lo nego, abbiamo fatto male ad assecondare tale politica perché abbiamo esercitato poco o almeno solo in parte il nostro diritto-dovere di fare appropriatezza.

Oggi, fortunatamente, comincia a farsi strada e ad affermarsi l'idea che le liste di attesa si riducono non aumentando ancora la produttività (che oltretutto ha un costo), bensì orientando meglio le indagini che in atto vengono eseguite, sfoldendo quelle ridondanti ed assicurando quelle necessarie a chi ne ha bisogno, e nei tempi previsti dai controlli.

Esiste un rischio che non va sottovalutato: la richiesta dell'utente di eseguire l'indagine solo su macchine nuove ed altamente performanti, sempre ed a prescindere dalla complessità dell'esame stesso. Nell'affidarsi al professionista medico, radiologo in questo caso, è legittimo richiedere di poter correttamente essere informati del rapporto rischio-beneficio dell'esame a cui si viene sottoposti, ma non deve passare l'idea che l'indagine è valida se la macchina è nuova, senza chiedersi ed accertarsi della qualità del medico che contribuisce a definire con l'atto finale del referto radiologico il percorso diagnostico dell'utente.

Paradossalmente, il dibattito sull'obsolescenza del parco radiologico nazionale potrebbe cambiare l'attuale comune percezione della prestazione radiologica, la cui qualità sembra a molti dipendente solo dalla macchina e non dalla cura di chi ne governa l'utilizzo e ne trae conclusioni cliniche. Forse, la percezione di un dato dosimetrico declinato sul referto indurrà

l'utente a chiederne spiegazione e il radiologo a essere visibile per assicurare chi gli si è affidato che quella è la dose minima conferibile per raggiungere la diagnosi e che nulla di superfluo è stato effettuato proprio in virtù di correttezza e competenza professionale.

È questo, a mio modo di vedere, il patto che va stipulato tra radiologi e responsabili della spesa sanitaria da un lato e cittadini dall'altro. Il parco tecnologico è in parte obsoleto e va rinnovato, ma con giudizio, non sempre con attrezzature iperperformanti dovunque e comunque. Se così fosse, dovremmo mettere mano a cifre da manovra finanziaria dello Stato e non solo non sarebbe possibile, sarebbe anche iniquo, in risposta alle effettive necessità assistenziali. Bisogna invece considerare, nel rinnovare, il principio della vetustà clinica delle attrezzature, dismettendo quelle obsolete ed orientando quelle più datate, ma ancora efficienti, verso indagini che possono essere eseguite con dosi ancora accettabili su selezionate tipologie di utenti. La vetustà clinica di un'attrezzatura ed il suo conseguente corretto destino è individuabile dal radiologo capace e preparato. È un'occasione che i radiologi italiani non falliranno nella considerazione che la richiesta di un esame radiologico equivale alla richiesta di una consulenza specialistica che si concretizza anche attraverso l'uso della tecnologia, ma il cui valore è dato dalla competenza clinica del radiologo.

**Presidente SIRM (Società Italiana di radiologia medica ed interventistica)*



Indagine Sivemp

Servizi veterinari del Ssn: allarme inadeguatezza organici

Da troppo tempo le aziende sanitarie e le Regioni hanno trascurato la pianificazione del turn over del personale veterinario dirigente.

di Aldo Grasselli*

Lo scorso mese abbiamo festeggiato il primo maggio, festa del lavoro e festa dei lavoratori. In ogni piazza, in ogni discorso, sono risuonate richieste che ripetiamo da troppo tempo. Manca il lavoro alle persone, ma in molti casi il lavoro c'è, specialmente nella sanità! Manca una prospettiva per i giovani, ma i giovani servono al Paese, e in particolare, alla sanità pubblica. Qualcuno sostiene che ci vorrebbe un reddito di cittadinanza (o come si vuole chiamare), ma ciò che serve veramente è un lavoro di cittadinanza per difendere i diritti di cittadinanza, come quello della tutela della salute. Ogni persona ha diritto a un lavoro decente e dignitoso che si svolga nel rispetto della professionalità e con condizioni di lavoro eque. Il lavoro non deve essere degradante e deve consentire al lavoratore una vita libera e dignitosa, la utilizzazione delle sue capacità professionali e la realizzazione della sua personalità. La nostra Costituzione all'Art. 4, sancisce che: La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendano effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società. Basterebbe rispettare questo impegno e ogni difficoltà di altra natura sarebbe azzerata. In realtà, nemmeno lo Stato, nelle sue tante articolazioni periferiche e regionali, rispet-



ta la Costituzione. I precari che lavorano per la pubblica amministrazione sono un numero vergognoso e da tempi biblici si tentenna nel riconoscerne la stabilizzazione. Ancora recenti circolari (la 2/2018 del ministro PA) dispongono discriminazioni e limitazioni alla piena occupazione sui posti di lavoro in realtà già occupati da lavoratori sottopagati e senza garanzie contrattuali. Ma ciò che sembra sfuggire ad ogni logica è il conflitto tra fabbisogni e programmazione del lavoro e in particolare del lavoro in sanità. Le dotazioni organiche delle Asl e degli ospedali, ormai falciate dal blocco del turn-over, non garantiscono la presenza del numero minimo di sanitari necessari a garantire i Livelli essenziali di assistenza. La situazione delle liste d'attesa è nota a tutti, le condizioni di lavoro dei sanitari sono però sempre più faticose e pericolose, ma sono note a pochi.

Il principio secondo cui il vincolo fi-

nanziario resta un mezzo e non certo il fine delle scelte politico-amministrative in materia sanitaria, ribadito anche da sentenze dei Tribunali, non è mai rispettato e il personale, andato in pensione, non viene sostituito da forze nuove.

Manca poi assolutamente un numero adeguato di scuole di specializzazione in proporzione al numero di laureati in medicina e in veterinaria che, dopo la laurea restano disoccupati (bell'investimento delle famiglie e dello Stato medesimo) e soprattutto, rispetto al concreto, e sempre più urgente fabbisogno di giovani medici e veterinari.

Da troppo tempo le aziende sanitarie e le Regioni hanno trascurato la pianificazione del turn over del personale medico e veterinario dirigente. Secondo un'indagine del Sivemp, che ha analizzato Regione per Regione la presenza e l'età anagrafica del personale veterinario dirigente che opera nei Dipartimenti di prevenzione delle Asl nei servizi di sanità animale, igiene degli alimenti di origine animale, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, il personale veterinario con più di



60 anni supera il 40% degli organici in servizio. I dati emersi concordano con quelli del conto annuale dello Stato e offrono una visione drammatica della situazione: il 40% delle risorse dei servizi veterinari sono destinate a mancare in 5 anni.

Questo significa che, nel giro di pochissimo tempo, senza interventi tempestivi di reclutamento, le funzioni della sanità pubblica veterinaria non saranno esigibili perché un vuoto di tali proporzioni rende oggettivamente impossibile esercitare con appropriatezza le molteplici incombenze definite dai Livelli essenziali di assistenza (Lea sanitari), dalla normativa comunitaria e dalle regole commerciali internazionali. I Servizi veterinari del sistema sanitario nazionale hanno il compito di assicurare la salute e il benessere degli animali (allevati per la produzione alimentare, da compagnia e selvatici), il monitoraggio sanitario delle filiere dal campo alla tavola per garantire la sicurezza alimentare e certificare i prodotti che vengono offerti ai consumatori. A qualcuno sicuramente verrà spontaneo dire che ci sono ben altre priorità! Il benaltrismo è uno dei principi cardinali su cui poggia la vita poli-

PERSONALE DIRIGENTE VETERINARIO IN SERVIZIO		
	Totale	Oltre 60 anni
ABRUZZO	132	41%
CALABRIA	204	60%
CAMPANIA	567	42%
FRIULI V.G.	65	40%
LAZIO	175	34%
LIGURIA	68	27%
LOMBARDIA	608	40%
MARCHE	139	38%
MOLISE	58	57%
PIEMONTE	403	49%
PUGLIA	232	51%
SARDEGNA	319	50%
SICILIA	375	35%
TOSCANA	228	39%
UMBRIA	102	53%
VENETO	326	37%
II.ZZ.SS.	443	21%
	4814	41%

*Segretario nazionale SIVeMP FVM

tica della nostra sgangherata Italia; purtroppo occorre confutare che il problema non viene affrontato neppure per le "ben altre" componenti professionali del Ssn e che tutte le priorità restano tali.

Bisogna ricordare che i servizi veterinari, oltre a garantire i principi di tutela della salute umana e animale, consentono alle nostre imprese agro-zootecnico-alimentari, che sono essenzialmente trasformatrici di materie prime importate, di non introdurre nel nostro Paese pestilenze animali, malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e rischi per la salute dei consumatori. Nel caso della medicina veterinaria pubblica, se non verrà posto rimedio all'imminente emorragia di personale veterinario, problemi come il benessere nelle filiere zootecniche e nei macelli, la lotta alla antimicrobico resistenza, la lotta al randagismo, il controllo degli alimenti di origine animale, il monitoraggio dei rischi di impatto ambientale della zootecnia e dell'acquacoltura, la vigilanza sulle popolazioni animali invadenti, la protezione del nostro patrimonio zootecnico dalle malat-

tie infettive e la loro eradicazione, non saranno adeguatamente gestiti e impediranno al "sistema paese" di offrire sufficienti garanzie ai cittadini italiani, nonché ai partner commerciali comunitari e internazionali. Con la inadeguatezza dei servizi veterinari italiani che si profila all'orizzonte si metterà a rischio, sia il livello di garanzie sanitarie interne, sia la proiezione sui mercati internazionali dei nostri prodotti della eccellente filiera agroalimentare che, senza adeguate credenziali sanitarie certificate da servizi veterinari dotati delle necessarie competenze, autorevoli e altamente efficienti, non possono essere esportati con grave danno al Pil. Ci auguriamo che il nuovo governo sappia raccogliere con la dovuta attenzione l'invito ad avviare un immediato, graduale reintegro degli organici dei servizi veterinari pubblici e che le associazioni dei consumatori, le associazioni di categoria del sistema produttivo e le associazioni degli animalisti sostengano con noi, presso tutte le istituzioni competenti, questa motivata e allarmante richiesta.



Responsabilità professionale

Presentato il nuovo Sistema nazionale linee guida

Un manuale metodologico, un sistema di valutazione, una piattaforma informatica e un sito per la pubblicazione delle linee guida messi a punto dal Centro nazionale per l'eccellenza clinica, la qualità e la sicurezza delle cure (Cnec). La legge n. 24/2017 ha affidato un ruolo fondamentale alle linee guida per la tutela della sicurezza e la qualità delle cure.

Presentato all'Istituto Superiore di Sanità il nuovo Sistema nazionale linee guida - Snlg che diventa l'unico punto di accesso per cittadini e operatori sanitari a linee guida di pratica clinica validate dall'Istituto, come previsto dalla Legge 24/2017 sulla responsabilità professionale. Nel corso della presentazione sono state illustrate le varie sezioni del sito dell'Snlg, la procedura di valutazione della qualità metodologica e dei contenuti delle Linee Guida prodotte dai soggetti riconosciuti idonei dal Ministero della salute e la piattaforma informatica attraverso cui questi potranno richiederne la valutazione ai fini della pubblicazione nell'Snlg. Il nuovo Snlg, sviluppato e gestito dal Centro nazionale per l'eccellenza clinica la qualità e la sicurezza delle cure (Cnec) dell'Istituto Superiore Sanità (Iss), "ha visto anche l'elaborazione - precisa l'Iss - di un manuale metodologico per lo sviluppo delle Linee Guida di pratica clinica, basato su metodologie validate e riconosciute a livello internazionale. Il Sistema, inoltre, permette una maggiore partecipazione dei cittadini, delle associazioni di pazienti, delle società scientifiche ed altri stakeholder i quali, attraverso la suddetta piattaforma informatica, potranno esprimere i propri commenti nelle fasi di consultazione previste per lo sviluppo delle linee guida dell'Iss, riconoscendo così un ruolo sempre

più attivo dei pazienti e dei cittadini nelle scelte di salute. Infine, nel sito è presente anche una sezione dedicata alle buone pratiche clinico-assistenziali relative ad aree per le quali non sono ancora disponibili linee guida validate, per fornire agli operatori sanitari riferimenti affidabili per la pratica professionale e la salute pubblica". «Questo nuovo Sistema crea una straordinaria opportunità per il Servizio sanitario nazionale, aumentando la possibilità di fornire ai cittadini assistenza e cure socio-sanitarie contrassegnate da un più alto tasso di appropriatezza e aderenza ai più aggiornati standard clinici e alle evidenze scientifiche - afferma il presidente dell'Iss Walter Ricciardi - Il ruolo di garante metodologico svolto dal nostro Centro nazionale per l'eccellenza clinica ci permette di stabilire anche in questo ambito un modello di governance nazionale». «Abbiamo lavorato con l'obiettivo di avere un sistema rigoroso e coerente - aggiunge il direttore del Cnec, Primiano Iannone - in modo che il Sistema Nazionale Linee Guida sia lo strumento cardine per ottenere quell'allineamento di efficacia clinica, appropriatezza professionale e organizzativa, equità, sicurezza e umanizzazione delle cure che può garantire la sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale e la sua tenuta rispetto alle formidabili sfide che lo attendono nel prossimo futuro».

Chimici e fisici italiani uniti per la salute

Il 2018 sarà un anno da ricordare per tutti chimici e fisici italiani. Fra la fine del 2017 e l'inizio di quest'anno, infatti, il Parlamento ha approvato la Legge Lorenzin che ha sancito il cambio di denominazione del Consiglio nazionale dei chimici - a 90 anni dalla sua istituzione - in Federazione Nazionale degli Ordini dei chimici e dei fisici. Una svolta importante, arrivata dopo un lungo percorso che ha visto dialogare costruttivamente professionisti e istituzioni.

di Nausicaa Orlandi*



IL NUOVO ASSETTO COME PROFESSIONE SANITARIA

La novità più importante della Legge Lorenzin è qualificare l'attività di chimico e fisico quale professione sanitaria e tecnica, novità che coinvolgerà obbligatoriamente non solo i circa novemila chimici già iscritti (dati 2017), ma anche tutti coloro che finora hanno svolto attività caratteristiche e riservate a chimici e fisici in strutture pubbliche e private. Un cambiamento segnato dal passaggio di vigilanza del Ministero della Giustizia al Ministero della Salute. Una svolta epocale che riconosce l'importanza e il ruolo del chimico, per la salute della collettività e il rispetto dell'ambiente, e allo stesso tempo sancisce l'ingresso nella professione regolamentata sanitaria di fisico con conseguente obbligo di iscrizione all'Albo. Ciò ribadisce, e conferma, la centralità di questi professionisti nell'ambito della tutela

della salute della collettività. Per quanto riguarda i chimici, già circa il 30% degli iscritti all'Ordine, lavora nel settore pubblico, in particolare in attività correlate al Servizio sanitario nazionale. A queste si aggiungono le molteplici attività professionali legate ai determinanti della salute per la popolazione, a partire dagli aspetti di sicurezza alimentare, nutrizionale, di prodotto, nonché la tutela ambientale, e la salute e sicurezza sul lavoro. I chimici hanno assunto negli ultimi anni un ruolo sempre più importante, in particolare nella prevenzione e protezione negli ambienti di lavoro, dove già operano per esempio con fonometrie e rilevazioni campi elettromagnetici, nelle valutazioni dei rischi e ruoli di Responsabile del Servizio prevenzione e protezione, nella tutela dell'ambiente e prevenzione dell'inquinamento, nello sviluppo e innovazione di processo e di prodotto, nelle consulenze e analisi nei settori cosmetico, farmaceutico, agroalimentare, nutrizionale, chimico-clinico, portuale e legale-forense.

2008-2018: UN PERCORSO LUNGO PER LA NASCITA DELLA FEDERAZIONE

L'idea che l'Ordine dei chimici avrebbe potuto trasformarsi in un Ordine dei chimici e dei fisici è nata nel 2008. Da allora al 2010, il Consiglio nazionale dei chimici (Cnc), in collaborazione con la Società italiana di fisica e l'Associazione italiana dei fisici medici, ha operato per arrivare alla

stesura di una proposta che potesse trasformarsi in un disegno di legge - ora Legge 3/2018 - riguardante un "Ordine professionale dei chimici e dei fisici". Tuttavia l'instabilità politica di quel momento non ha permesso di portare a compimento questo primo tentativo. Nel corso dell'ultima legislatura, è stato presentato alla Camera a firma dell'onorevole Senaldi un progetto di legge riguardante l'Ordine professionale dei chimici e dei fisici. La svolta definitiva è stata, però, quando nel giugno 2014 è emersa la possibilità che la vigilanza su alcuni Ordini, tra cui quello dei chimici, passasse al Ministero della Salute. Il risultato è stato l'inserimento nel Ddl Lorenzin di un emendamento (Atto del Senato n. 1324; 179 voti favorevoli, 1 contrario e 48 astenuti), secondo il quale il Cnc avrebbe assunto la denominazione di Federazione nazionale degli Ordini dei chimici e dei fisici. Con l'approvazione della Legge 3 del 11 gennaio 2018 - entrata in vigore il 15 febbraio 2018 - viene riconosciuta e confermata la centralità del ruolo del professionista chimico e fisico nella sanità.

Nella predisposizione dei decreti attuativi la Federazione fornisce il proprio supporto e la propria collaborazione al Ministero della Salute, con il quale si interfaccia direttamente in quanto interlocutore di riferimento della professione. I prossimi decreti attuativi porteranno al cambiamento di denominazione dei 36 Ordini territoriali il cui Consiglio rimarrà in carica - come previsto dalla Legge 3/2018 - sino a scadenza del mandato, e definiranno i nuovi

criteri di iscrizione all'Ordine di chimici e fisici, la modalità di tenuta e gestione dell'Albo che accomuna le due professioni, nonché il periodo transitorio previsto per i consigli di disciplina (ex Dpr 137/2012), e la conferma del sigillo professionale.

NUOVI RUOLI E COMPITI PER I CHIMICI E I FISICI

La Federazione, come previsto dalla Legge Lorenzin, ha la rappresentanza esponentiale delle professioni di chimico e fisico presso enti e istituzioni nazionali, europei e internazionali; inoltre, ha compiti di indirizzo, coordinamento e di supporto amministrativo ai 36 Ordini territoriali, e compiti correlati all'emanazione di atti di indirizzo e pareri, disposizioni statutarie o regolamentari. Tra le molteplici competenze della Federazione vi è la promozione e l'assicurazione dell'indipendenza e della responsabilità della professione di chimico e di fisico, dell'esercizio professionale, della qualità tecnico professionale, alla valorizzazione della funzione sociale per la tutela della salute individuale e collettiva. Con la prossima firma dei decreti attuativi tale ruolo viene ribadito e riaffermato anche alla luce dell'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo per chimici e fisici, derivante da essere una professione sanitaria, con correlate specifiche di responsabilità nei confronti della collettività. L'iscrizione è indispensabile per esercitare la professione di chimico e fisico in forma individuale, associata o societaria, sia nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato o parasubordinato con soggetti pubblici o privati, sia nell'ambito di un rapporto di lavoro autonomo o di prestazione d'opera con soggetti pubblici o privati, anche ove tali rapporti siano saltuari e/o occasionali ed indipendentemente dalla tipologia contrattuale. La Federazione sarà pertanto promotore e divulgatore delle professionalità di chimico e fisico, anche tramite la propria presenza in ambiti istituzionali e la collaborazione in ambito normativo in modo propositivo.

**Presidente della Federazione nazionale
degli ordini dei chimici e dei fisici*



Fisica medica

Tanti i traguardi raggiunti ma molto rimane da fare

Il fisico medico è una professione non molto conosciuta ancora in Italia, ma fondamentale nella diagnosi con l'utilizzo di radiazioni e anche nella cura, soprattutto delle malattie oncologiche.

di Michele Stasi*

Si è appena concluso al Centro congressi Fiera del Levante di Bari, il X Congresso Nazionale di Aifm (Associazione italiana di fisica medica) dal titolo "Fisica medica: un ponte tra passato e futuro". All'evento hanno partecipato oltre 700 fisici medici provenienti da tutta Italia, di cui il 35% con età inferiore ai 32 anni, dato che ha confermato la fisica medica come la professione sanitaria dell'area della dirigenza sanitaria con l'età media più giovane in Italia.

Al congresso sono stati più di 400 gli abstract selezionati, a cui si sono aggiunte un centinaio tra relazioni ad invito, refresh course e letture magistrali, a conferma dell'elevato livello scientifico raggiunto dalla fisica medica italiana, anche a livello europeo e internazionale, come anche dimostrato dalle relazioni ad invito ed abstract di fisici medici italiani al prossimo Congresso europeo di fisica medica, che si terrà a Copenaghen dal 24 al 26 agosto 2018. In definitiva, il Congresso ha confermato come l'Aifm rappresenti sempre più il cuore pulsante della fisica medica italiana e riferimento oramai europeo, sia come numero di iscritti sia come livello scientifico. Il Congresso è stato anche il primo in cui, finalmente, a quasi cinquant'anni dalla nostra nascita, è stata riconosciuta la professione del fisico medico a tutti gli effetti come professione sanitaria, all'interno della Legge 3/18, conosciuta meglio come

Decreto Lorenzin, che istituisce finalmente la Federazione degli Ordini dei chimici e fisici, vigilata dal Ministero della Salute. Inoltre Aifm, a un anno del D.Lgs. 24/19 (legge Gelli), in materia di responsabilità professionale, è in attesa del riconoscimento ufficiale come società scientifica di riferimento, presso il Ministero della Salute, per l'elaborazione delle linee guida in merito alle buone pratiche clinico-assistenziali, nell'ambito della fisica medica.

Certamente questi due punti, insieme allo sblocco delle scuole di specializzazione (anche se purtroppo senza contratti di formazione), rappresentano i due obiettivi professionali più importanti raggiunti nel mio precedente mandato. Molto però rimane da fare per lo sviluppo della nostra professione, non molto conosciuta ancora in Italia, ma fondamentale nella diagnosi con l'utilizzo di radiazioni e anche nella cura, soprattutto delle malattie oncologiche. Uno degli obiettivi del prossimo mandato è appunto quello di evidenziare la centralità del fisico medico nel tema della radioprotezione.

Siamo in attesa (l'Italia è in ritardo già di oltre due mesi) del recepimento della Direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali per la protezione dei pazienti, dei lavoratori e della popolazione rispetto alle radiazioni ionizzanti. Tale recepimento rappresenta un passaggio cruciale per la nostra professione: l'articolo

83 della direttiva è infatti interamente dedicato allo specialista in fisica medica, a cui vengono assegnati ruoli molto importanti, se non fondamentali, in questo campo, soprattutto nelle esposizioni mediche in cui è coinvolto il paziente.

Soprattutto, vengono assegnati allo specialista in fisica medica, compiti di responsabilità esclusiva per quel che riguarda la verifica e il calcolo della dose al paziente, ma anche compiti riguardanti le attrezzature medico radiologiche (dalle specifiche tecniche ai test di accettazione e alle prove periodiche di qualità), all'ottimizzazione, alla garanzia di qualità, alla sorveglianza degli impianti, al risk management, alla formazione.

Un altro tema bollente, dal punto di vista professionale, è quello del riconoscimento di giusti contratti di formazione ai nostri specializzandi. A differenza dei colleghi medici, gli specializzandi in fisica medica non fruiscono di supporto finanziario. Ne consegue che ogni singolo specializzando deve far fronte all'aspetto economico o autonomamente (richiedendolo alla propria famiglia quando questa è in grado di sostenerlo) o grazie a soluzioni estemporanee. L'attuale situazione è poco

sostenibile. Lo specialista in fisica medica è una figura chiave della moderna medicina, lo specializzando svolge funzioni di complessità crescente durante il suo percorso formativo ed il suo ruolo nel Sistema Sanitario Nazionale non è di semplice supporto ma si configura come potenziamento alle attività svolte dai dirigenti sanitari e dai tutor. I fisici medici in formazione, e tutti gli altri specializzandi delle professioni non mediche che lavorano come tirocinanti nelle strutture del servizio sanitario nazionale, continuano a non percepire alcuna borsa di studio, a differenza di quanto accade con i medici specializzandi. Ci continueremo a battere con forza affinché si ponga fine alla negazione del diritto ai contratti di formazione per gli specializzandi non medici, ed in particolare, per i fisici medici.

L'ultimo fronte, professionale, in cui abbiamo iniziato la battaglia in questi anni e che intendiamo proseguire, in sinergia con il nuovo Ordine professionale, è l'azione intrapresa a livello regionale, specie nelle Regioni più in difficoltà del Centro-Sud Italia, per il riconoscimento di un adeguato fabbisogno di personale e numero

**Presidente Aifm*



di strutture di fisica sanitaria/medica. È necessario che tutte le Regioni si adeguino a standard di personale, 18 fisici medici per milione di abitanti, in linea a quelli indicati dall'Europa, dal Ministero della Salute e delle Regioni definite "virtuose", per garantire e tutti i cittadini italiani, in tutto il territorio italiano, diagnosi e terapie sicure e di qualità. Anche per questo motivo chiediamo che siano applicati in tutte le Regioni, gli standard previsti per le strutture di fisica sanitaria, dal Decreto Ministeriale 70/15. Per quel che riguarda invece gli aspetti più scientifici, Aifm è sicuramente tra le società scientifiche più attive a livello europeo per il numero di pubblicazioni scientifiche. Abbiamo 9 gruppi di lavoro, molte collaborazioni nazionali e internazionali. Ma vogliamo crescere di più, sia livello italiano, sia europeo, soprattutto per quel che riguarda le collaborazioni scientifiche e di ricerca con il mondo dell'università e degli enti di ricerca. A questo proposito abbiamo già un primo progetto nazionale con Enea per la certificazione dosimetrica degli acceleratori lineari per la radioterapia. L'obiettivo che ci prefiggiamo è che Aifm sia attrattiva non solo verso i fisici medici che lavorano nel sistema sanitario nazionale ma anche verso i colleghi fisici che lavorano, nella ricerca e università in questo campo.

Un altro progetto che stiamo portan-

do avanti e in cui crediamo molto, è il ruolo sociale del fisico medico. Un esempio concreto dell'iniziativa che stiamo portando avanti in questo campo è la rubrica #ilfisicomedicorisponde all'interno del nostro sito web www.fisicamedica.it.

Questa rubrica è aperta al pubblico che può porre domande ai nostri esperti sui vari temi riguardanti le radiazioni, il loro uso ed effetti, sia in campo medico, sia no (per esempio effetti del wifi). Negli ultimi due anni, con il rinnovo del sito web, abbiamo risposto a un centinaio di domande, con oltre 100.000 visite. L'ultimo grande obiettivo è una maggiore apertura internazionale ed europea di Aifm. Poiché la nostra associazione è tra le più numerose a livello europeo, la nostra visione e il nostro impegno sarà quello di costruire un'unica casa comune europea in cui possano confluire gli oltre 9.000 fisici medici europei, ora molto frammentati tra associazioni nazionali e internazionali di fisica medica e non. Un'unica famiglia europea potrà essere riferimento per portare avanti discorsi di standardizzazione a livello di Ue soprattutto a livello educativo e di fabbisogno di personale, per garantire omogenei standard di qualità e sicurezza. A riprova del nostro sforzo su questo tema, Aifm organizzerà nel 2020 il III Congresso europeo biennale di fisica medica proprio in Italia, a Torino.



A Roma, dal 26 al 29 settembre 2018, il XXIV Congresso nazionale Sin

Prendersi cura del neonato

di Mauro Stronati*

Dal 26 al 29 settembre 2018 si terrà a Roma il XXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Neonatologia (SIN) per medici e infermieri. Il Congresso verterà sui temi di maggiore attualità e rilevanza medico-scientifica, legati all'ambito neonatologico. Ad arricchire il fitto programma, non mancheranno i Corsi pre-congressuali, ben 13 per questa edizione, due dei quali dedicati agli infermieri. I corsi affronteranno temi legati all'alimentazione, alla gestione dei cateteri, alle indagini ecografiche, alle problematiche nefrologiche oltre alla presentazione e discussione di casi clinici difficili. Particolarmente interessante sarà la sessione infermieristica, dove verranno approfonditi alcuni aspetti sulla "care" del neonato, sulla gestione del dolore e del supporto ai genitori, ma anche al personale, in caso di lutto perinatale.

In questa edizione, la Cerimonia inaugurale, che si terrà il 27 settembre, presso l'Aula Magna dell'Angelicum Congress Centre di Roma, sede del Congresso, sarà preceduta da una sessione sulle più importanti novità relative alle infezioni neonatali batteriche, virali e fungine con gli interventi di R. Polin (New York, Usa), D.W. Kimberlin (Birmingham, Usa) e D. Kaufmann (Charlottesville, Usa).

Una novità di quest'anno è anche la sessione "A tu per tu", con l'intervento delle mamme alle cui domande risponderanno degli esperti instaurando così un dialogo con i genitori.

Tra le numerose tematiche del Congresso ricordiamo, oltre all'infettivologia, la diagnosi genetica e di laboratorio, l'alimentazione, l'allattamento e la nutrizio-



ne, la dimissione ed il follow-up, gli aspetti ostetrico-neonatologici, la rianimazione e le problematiche pneumologiche, chirurgiche, ematologiche e neurologiche. Infine, una sessione sarà dedicata al Neonatal Network della Sin, strumento essenziale per un miglioramento della qualità delle cure.

**Presidente della Società Italiana di Neonatologia (SIN)*

Il metodo Grade

Importante risorsa per i processi decisionali

Un approccio sistematico e trasparente per valutare le prove di evidenza e supportare decisioni in sanità. È il Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation.

di **Holger J. Schünemann***

Dopo più di 18 anni di sviluppo e continuo affinamento, il metodo Grade - Grading of recommendations, assessment, development and evaluation, è diventato una importante risorsa per i processi decisionali in sanità. Da quando è stato sviluppato, attraverso una collaborazione informale di professionisti interessati ad affrontare le carenze dei sistemi di valutazione e proporre soluzioni per i sistemi sanitari, l'approccio Grade è utilizzato da autori di revisioni sistematiche della letteratura medica, valutatori e manager di tecnologie sanitarie e sviluppatori di linee guida. Oggi, più di 100 organizzazioni in tutto il mondo, tra queste anche l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e il National institute for health and Care Excellence (Nice) hanno adottato il metodo Grade (www.gradeworkinggroup.org; www.grade.pro).

Anche a livello italiano esso si sta affermando quale strumento eletto ad effettuare valutazioni sanitarie e realizzare scelte consapevoli e condivise. Oltre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) che ha recentemente scelto di avvalersi dello strumento Grade per valutare l'innovatività terapeutica, anche il nuovo sistema nazionale linee guida (Snlg) italiano dell'Istituto Superiore di Sanità, intende utilizzare il metodo Grade e le sue estensioni per produrre un nuovo manuale metodologico di riferimento per la produzione di linee guida che tenga conto dei cospicui progressi che si sono compiuti, e delle diverse prospettive quali, ad esempio, la gestione del singolo



paziente, o di popolazione con finalità di health policy o coverage.

È importante sottolineare come le opinioni degli esperti e le prove di evidenza non rappresentino due aspetti contrastanti che agiscono in modo antitetico. Le opinioni degli esperti, infatti, riguardano i fatti ma non rappresentano le vere e proprie prove di evidenza. Le opinioni si basano sulle prove in quanto interpretazioni, costruite su giudizi e conclusioni delle prove stesse. Il metodo Grade rende chiaro questo concetto attraverso due distinti ma consequenziali passaggi: per primo, una valutazione delle prove che mira a stimarne l'affidabilità stessa, a seguire lo sviluppo delle raccomandazioni e dei giudizi attraverso gli Evidence to decision frameworks (EtDs).

La valutazione della qualità delle prove di evidenza vengono effettuate da gruppi di lavoro multidisciplinari (panel), i quali sono chiamati, per prima cosa, a definire chiaramente la domanda clinica, di ricerca e assistenziale, la popolazione interessata, l'intervento in esame, il comparatore (o gold standard) col quale lo si intende confrontare, e gli outcomes di interesse; in altre parole, la definizione di un protocollo condi-

viso secondo l'acronimo Pico (Patient, Intervention, comparator, outcomes). La qualità delle prove di evidenza viene classificata in quattro livelli: qualità alta, moderata, bassa o molto bassa. Per questa classificazione sono determinanti cinque fattori che riducono la qualità e tre che la aumentano. Tra i primi cinque vi sono la valutazione del risk of bias, l'eterogeneità, l'applicabilità o trasferibilità, l'imprecisione della stima e bias di pubblicazione delle prove di evidenza raccolte, mentre tra i secondi vi sono l'entità dell'effetto misurato, tecniche che tendano a controllare bias residui e fattori di rischio confondenti e gradiente dose-risposta.

Lo sviluppo delle raccomandazioni rappresenta il secondo step e prevede l'opportunità di adattare e modulare le prove al contesto specifico, inserendo valori e preferenze individuali (per esempio nella priorità degli outcomes). Come già anticipato, le raccomandazioni vengono sviluppate sulla base della qualità delle prove, attraverso l'applicazione dei Grade evidence to decision frameworks. Essi sono sviluppati col fine di:

- informare i panel circa i vantaggi e gli svantaggi degli interventi o delle opzioni considerate;
- assicurare che i panel, nel formulare le loro decisioni, considerino ogni fattore importante (criteri), compresi l'utilità ed il valore che si intende conferire agli esiti di salute considerati;
- fornire ai panel un riassunto conciso delle migliori prove disponibili per formulare i loro giudizi relativamente a ciascun criterio ritenuto importante per prendere decisioni;
- aiutare i panel a strutturare la discussione e a identificare i motivi di disaccordo;
- rendere le basi dei giudizi e delle decisioni strutturate, trasparenti e adattabili a contesti specifici (tra differenti regioni e per diversi decision makers, in Italia e ovunque nel mondo).

Con questo processo il metodo Grade si è posto l'obiettivo di ordinare per gradi la forza delle raccomandazioni in modo da offrire strumenti interpretativi e decisionali per pazienti, clinici e decisori sanitari. Poi-

ché i Grade EtDs sono in grado di gestire un ampio ventaglio di elementi di prova di evidenza, il metodo Grade si applica a qualsiasi intervento e tecnologia sanitari, compresi dispositivi medici e decisioni che concernono la diagnostica.

Il gruppo di lavoro Grade, negli anni, ha sviluppato software e strumenti, come Grapro, che aiutano i panel e gli utilizzatori a semplificare il processo dello sviluppo dei giudizi e delle raccomandazioni. Questi strumenti rappresentano utili soluzioni per sintetizzare e presentare le informazioni, favorendo il lavoro multidisciplinare dei panel e facilitando il processo decisionale condiviso.

Sebbene siano fondamentali il valore delle prove di ricerca e l'interazione tra le diverse professionalità richieste per esprimere il miglior giudizio, per una determinata domanda di assistenza sanitaria, nel contesto pertinente, il più grande successo di Grade è la sua trasparenza. Il processo che conduce dalle evidenze alle raccomandazioni viene, infatti, esplicitato, reso trasparente ed accessibile in ogni passaggio. Per ottimizzare la sua applicazione e l'ulteriore sviluppo, il gruppo di lavoro Grade, con i suoi oltre 600 membri multidisciplinari, ha stabilito stretti legami con le principali organizzazioni internazionali che operano in ambito sanitario.

In qualità di Presidente del Grade Working Group, sono onorato di offrire il supporto da parte del gruppo di lavoro Grade al nuovo Sistema nazionale linee guida nel raggiungimento dei suoi obiettivi.

**Chair, Grade Working Group
Chair and Professor, Department of
Health Research Methods, Evidence &
Impact and of Medicine (until 2017
"Clinical Epidemiology and Biostatistics"
considered the birthplace of Evidence-
Based Medicine) and Department of
Medicine;
Director, Cochrane Canada and
McMaster Grade Centre*

*(Traduzione di Marta Rigoni, Researcher,
Health Technologies Assessment &
Healthcare Research and Innovation
Group, Fondazione Bruno Kessler)*

Screening e vaccini

Regione Puglia e Asl Taranto per il digitale in sanità

Il Progetto "Tuttasalute" e il progetto Giava, due esempi di efficacia nell'ambito della prevenzione sanitaria, utilizzando nuove tecnologie e soluzioni digitali.

Con il progetto "Tuttasalute", relativo allo sviluppo di soluzioni innovative multi-canali per il cittadino, l'Asl di Taranto ha ricevuto il premio speciale Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) assegnato nell'ambito premio "Innovazione Digitale in sanità" della School of Management del Politecnico di Milano - Osservatorio Innovazione Digitale in sanità che punta a creare occasioni di conoscenza e condivisione dei migliori progetti della sanità italiana, per capacità di utilizzare le tecnologie digitali come leva di innovazione e miglioramento. L'Asl di Taranto ha così presentato il progetto "Tuttasalute" come il nome della app. che rappresenta l'evoluzione del sistema Sm@rtHealth già avviato da circa tre anni con cui è effettuato il recall automatico per le prestazioni specialistiche (prenotazione, disdetta, pagamento, etc..) con invio di sms ai cittadini assistiti. In ragione delle iniziative intraprese dalla Regione Puglia, sono in fase di sperimentazione i moduli per la gestione del recall relativo alle vaccinazioni (Sm@rtVax) e di quello relativo agli screening oncologici (Sm@rtScreening) al fine di supportare gli assistiti nell'adesione ai rispettivi programmi, di poter spostare gli appuntamenti e di effettuare altre operazioni automatiche. Nel 2017 il sistema Sm@rtHealth è stato utilizzato da oltre 182mila assistiti e riassegnando oltre 34mila visite, disdette grazie ai servizi di cancellazione automatici "on-demand", consentendo così un ab-

battimento del 10,6% delle liste d'attesa, ottimizzando nel contempo i costi del personale e garantendo un miglior utilizzo dei macchinari, come ad esempio Tac e risonanze. Grazie al sistema, i cittadini hanno potuto sentire la Asl "più vicina". Il servizio prevede anche il promemoria via sms a quei cittadini che, non avendo risposto nelle fasce orarie predisposte dalla Asl, hanno comunque messo a disposizione un numero di cellulare su cui essere contattati. Nel 2017 il servizio di promemoria ha ricordato via sms circa 76.340 prestazioni prenotate. A breve, questi servizi saranno disponibili con la app. "Tuttasalute" che rappresenterà la vera e propria "svolta" realizzando l'"empowerment" del cittadino che, sullo smartphone, potrà avere sotto controllo, prenotare o posticipare anche le visite di familiari anziani/minori e beneficiare di promemoria "ad personam" su dove, a che ora e con quali avvertenze (ad es. presentarsi digiuno) effettuare la prestazione prenotata. La app. fungerà anche da strumento per la sensibilizzazione della popolazione all'adesione ai programmi regionali di screening oncologico e alle campagne di vaccinazione, al fine di agevolare l'utente nell'approcciarsi a queste tematiche. Davvero significativi saranno i benefici del sistema con cui, sempre via app., sarà possibile, a breve, pagare prestazioni e, soprattutto, verificare, nonché regolarizzare "in un click", la propria posizione debitoria. La app. "Tuttasalute" è progettata prevedendo la coesistenza di

moduli diversi e integrati che consentiranno con un click, ad esempio, di avere il quadro completo delle visite specialistiche prenotate, di disdirle o di spostarne la data, di pagare il ticket e di essere aggiornati sui controlli da effettuare. La app. "Tuttasalute" prevedrà, infatti, l'integrazione con moduli per la gestione delle attività connesse alla vaccinazioni (Sm@rtVax) e quello relativo alla gestione dei programmi di screening oncologici (Sm@rtScreening) consentendo così al cittadino/paziente del Servizio sanitario regionale di avere un quadro completo di servizi e soluzioni mobile per avere informazioni mirate e aggiornate, servizi di prenotazione, spostamento o disdetta degli appuntamenti, etc...

IL PROGETTO GIAVA DELLA REGIONE PUGLIA

Il progetto Giava (Gestione informatizzata anagrafe vaccinale) della Regione Puglia è stato selezionato come uno dei dieci finalisti del premio "eHealth4all" promosso da ClubTI, L'iniziativa è condotta in collaborazione con altre due associazioni private del settore, Aused e Aica (Associazione Italiana per l'Informatica e il calcolo automatico). Arrivato alla sua terza edizione, il tema del premio 2018-2019, che ha avuto il patrocinio anche dell'Iss, è "Prevenzione 4.0 - Tecnologie e soluzioni per la salute di oggi e di domani" con l'obiettivo di valutare progetti in grado di offrire elementi di misurabilità dell'efficacia nell'ambito della prevenzione sanitaria, utilizzan-

do nuove tecnologie e soluzioni digitali. Il progetto Giava è stato presentato da Giancarlo Ruscitti, Direttore del Dipartimento Salute della Regione Puglia e da Nehldoff Albano, Responsabile progetto Giava Puglia lo scorso 10 maggio presso il Campidoglio a Roma. Ruscitti ha sottolineato come, grazie al sistema Giava si sia potuto dare risposte in brevissimo tempo al nuovo assetto degli obblighi vaccinali connessi alla iscrizione e frequenza scolastica, previsti dalla normativa, facendo in modo da sollevare, il più possibile, le famiglie e gli istituti scolastici da onerosi adempimenti amministrativi e burocratici, mediante la gestione digitale di comunicazioni, documenti ed elenchi. Albano ha esposto i punti salienti del progetto che prevede l'evoluzione del sistema informatico dedicato alle vaccinazioni che, dall'anno 2007 supporta le attività di tutte le Aziende sanitarie della Regione Puglia al fine di uniformare i processi di attività oggi gestiti con le tecnologie digitali, e di supportare gli operatori sanitari in tutte le attività connesse alla gestione dell'anagrafe vaccinale informatizzata, alla registrazione delle vaccinazioni e alla gestione delle campagne vaccinali con l'obiettivo di aumentare la copertura vaccinale della popolazione pugliese, di aumentare l'efficacia delle campagne di vaccinazioni mirate e di coinvolgere attivamente tutti gli stakeholder, ossia i medici di medicina generale, i pediatri, le farmacie e ovviamente i cittadini. Il sistema Giava Puglia evolverà, a breve, offrendo sempre più servizi e soluzioni digitali, tra cui: comunicazione multicanale con il cittadino, servizi web per gestione adempimenti obbligo vaccinale scolastico, calendario vaccinale (via app.), gestione prenotazioni/appuntamenti, geolocalizzazione ambulatori, creazione network operatori addetti alle vaccinazioni... L'evoluzione riguarderà anche l'integrazione del sistema con il Fascicolo sanitario elettronico di Puglia, con i sistemi informatici dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nonché con gli altri sistemi di sanità digitale di Puglia.



Ictus

Obiettivo: organizzare al meglio le reti di supporto

È fondamentale che in Italia si arrivi ad avere un protocollo uniforme da seguire per la riabilitazione di pazienti post-ictus.

di Nicoletta Reale*

A.L.I.Ce. Italia Onlus (acronimo di Associazione per la lotta all'ictus cerebrale) è una federazione di associazioni di volontariato diffuse su tutto il territorio nazionale, che collaborano a comuni obiettivi come diffondere l'informazione sulla curabilità della malattia, sul tempestivo riconoscimento dei primi sintomi e sulle condizioni che ne favoriscono l'insorgenza; sollecitare gli addetti alla programmazione sanitaria affinché provvedano ad istituire centri specializzati per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle persone colpite da ictus e ad attuare progetti concreti di screening; tutelare il diritto dei pazienti ad avere su tutto il territorio nazionale livelli di assistenza uniformi e omogenei. Nel novembre 2017 la Commissione bilancio del Senato ha approvato all'unanimità l'emendamento che prevede il "Fondo per il sostegno del titolo di cura e di assistenza del caregiver familiare": si è trattato di un passo fondamentale che riconosce, finalmente, l'enorme peso di cui si fa carico chi si prende cura a lungo termine di persone disabili e affette da patologie croniche o degenerative, come l'ictus cerebrale. In Italia, le persone che hanno avuto un ictus e sono sopravvissute, con esiti più o meno invalidanti, sono oggi circa 940.000, ma il fenomeno è in costante crescita, a causa di un effetto combinato che, da una parte vede i progressi della medicina nel gestire con successo la fase acuta di questa patologia, e, dall'altra, il progressivo invecchiamento della popolazione. L'impatto dell'ictus in Italia, in termini di riduzione dell'auto-



sufficienza e di incidenza dei bisogni assistenziali, risulta particolarmente gravoso, poiché questa malattia può alterare profondamente le funzioni delle persone colpite, limitandone le attività motorie, la comunicazione e le capacità intellettive, rappresentando la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, e la principale causa d'invalidità. L'incidenza dell'ictus, inoltre, aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo negli ultra ottantacinquenni. Il 75% degli ictus colpisce soggetti di oltre 65 anni. Le persone bisognose di aiuto nei prossimi decenni tenderanno ad aumentare di pari passo con l'aumento di malattie cronicodegenerative e della non autosufficienza. Da sempre, riteniamo sia fondamentale, soprattutto per le persone colpite da ictus, organizzare al meglio le reti di supporto. Se nella fase acuta della malattia, infatti, il paziente viene preso in carico dall'ospedale, in quella cronica è per lo più la famiglia che ha la responsabilità di decidere, ad esempio, se utilizzare ancora qualche servizio della sanità pubblica, se presente, o

rivolgersi a servizi privati o a personale retribuito. Oltre la metà di chi è sopravvissuto ad un ictus presenta un grado di handicap sostanziale che comporta necessità di assistenza domiciliare e supporto continuativi da parte di una persona, il caregiver familiare appunto. Quello della riabilitazione è un tema particolarmente caro all'Associazione: dallo studio da noi condotto "La Riabilitazione post-ictus in Italia" è emerso che, in Italia, solo sei Regioni (Valle d'Aosta, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna e Marche) presentano percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali aggiornati e attivi per la riabilitazione di pazienti post-ictus. Nelle restanti Regioni la documentazione che regola questo ambito di erogazione delle cure sanitarie non è aggiornata, è dichiarata non operativa o non è del tutto pervenuta.

È fondamentale che in Italia si arrivi ad avere un protocollo uniforme da seguire per la riabilitazione di pazienti post-ictus. La riabilitazione deve iniziare fin dalla fase di ricovero, per poi proseguire in modo continuativo, senza interruzioni e senza rigide limitazioni temporali, in strutture idonee e nei distretti sanitari territoriali. Ogni anno in Italia circa 42.300 pazienti presentano alla dimissione dal reparto acuti esiti gravissimi di ictus per i quali è necessario un tempestivo ricovero in strutture di alta specialità adeguatamente attrezzate per la neuroriabilitazione. Più sopravvissuti, quindi con più bisogni di riabilitazione. Ciascun medico di medicina generale assiste 4-7 pazienti colpiti dalla malattia e 20 sopravvissuti con disabilità. Nonostante le evidenze scientifiche e le linee guida nazionali e internazionali stabiliscano l'applicazione della riabilitazione in modo appropriato e omogeneo per tutti i pazienti colpiti da ictus su tutto il territorio nazionale, questa prima fase dello studio dimostra che nel nostro Paese non sempre la riabilitazione viene avviata tempestivamente. Inoltre, troppo spesso, non viene portata avanti con la sistematicità, la continuità e la durata necessarie. Ogni paziente deve uscire dalla fase acuta con un piano riabilitativo individuale da sviluppare nelle varie fasi e nei vari contesti organizzativo-sanitari, dalla fase intensiva ospedaliera, a quella estensiva

territoriale fino alla domiciliare. Dati scientifici riportati nelle linee guida nazionali (Iso-Spread, 2016) ed internazionali (American stroke association, 2016) indicano che il paziente colpito da ictus, una volta rientrato al proprio domicilio dopo un periodo relativamente breve trascorso in ospedale o in strutture riabilitative, oltre ad una adeguata assistenza alla persona, che ha come obiettivo quello di ridurre le complicanze e le comorbidità, deve continuare un'attività finalizzata al migliore recupero funzionale. A questo processo, il caregiver può e deve partecipare con risultati quantitativamente e qualitativamente apprezzabili (misurati da studi scientifici internazionali) sul piano personale, sociale ed economico-gestionale. La partecipazione del caregiver (convivente e non convivente) al processo di cura, deve quindi essere obbligatoriamente riconosciuta e sostenuta, sia organizzativamente che economicamente. La valorizzazione e promozione di tale ruolo riconosciuto, come un valore non solo morale, ma anche giuridico, economico e sociale, potrebbe coprire almeno in parte, le gravi carenze delle terapie riabilitative istituzionalmente organizzate dai servizi sanitari regionali con effetti deleteri sugli esiti funzionali potenzialmente raggiungibili dal paziente ancorché colpito da un ictus grave, sui costi assistenziali diretti, quindi a carico del Servizio sanitario nazionale ed indiretti, cioè sostenuti dalle famiglie.

**Presidente Alice Italia Onlus*



DOMANDA:
**DEVO PRESENTARE IL MIO ITER
 FORMATIVO E DI SPECIALIZZAZIONE
 IN GERMANIA E VORREI UTILIZZARE
 UNO STRUMENTO EUROPEO
 UTILE E RICONOSCIUTO ANCHE
 ALL'ESTERO, COME POSSO FARE?**

(Ludovico Berni)

RISPOSTA:

Può scaricare on line a questo link <https://europass.cedefop.europa.eu/it/documents/curriculum-vitae> il modulo per scrivere in modo corretto il suo curriculum; si tratta di uno standard europeo. Le segnalo Europass che è un insieme di cinque documenti per far capire chiaramente e facilmente le proprie competenze e qualifiche in Europa. Comprende due format gratuiti:

- Curriculum vitae – aiuta a presentare le proprie competenze e qualifiche in modo più efficace.
- Passaporto delle lingue è uno strumento di autovalutazione delle competenze e delle qualifiche linguistiche.

Tre documenti rilasciati da enti d'istruzione e formazione:

- Europass mobilità registra le conoscenze e le competenze acquisite in un altro Paese europeo.
- Supplemento al certificato descrive le conoscenze e le competenze acquisite dai possessori di certificati d'istruzione e formazione professionale.
- Supplemento al diploma descrive le conoscenze e le competenze acquisite dai possessori di titoli d'istruzione superiore.

Inoltre c'è una rete di Centri Nazionali Europass che hanno l'obiettivo di aiutare i cittadini a presentare le proprie competenze e qualifiche in modo più efficace per trovare lavoro o maturare un'esper-

ienza di formazione; aiutare i datori di lavoro a comprendere le competenze e le qualifiche della forza lavoro; aiutare gli enti d'istruzione e formazione a stabilire e comunicare il contenuto dei programmi formativi.

DOMANDA:
**HO SAPUTO CHE DA MAGGIO
 È IN VIGORE IL REGOLAMENTO
 EUROPEO EIDAS PER LA PRIVACY,
 COSA SIGNIFICA?**

(Enrico Manfi)

RISPOSTA:

A partire dal 25 maggio 2018 è direttamente applicabile in tutti gli Stati membri il Regolamento europeo 2016/679 noto come Gdpr (General Data Protection Regulation) – relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali. Il Gdpr nasce da precise esigenze, come indicato dalla stessa Commissione europea, di certezza giuridica, armonizzazione e maggiore semplicità delle norme riguardanti il trasferimento di dati personali dall'Unione europea verso altre parti del mondo. Si tratta poi di una risposta, necessaria e urgente, alle sfide poste dagli sviluppi tecnologici. In estrema sintesi col Gdpr:

- si introducono regole più chiare su informativa e consenso;
- vengono definiti i limiti al trattamento automatizzato dei dati personali;
- sono poste le basi per l'esercizio di nuovi diritti;
- sono stabiliti criteri rigorosi per il trasferimento degli stessi al di fuori dell'Unione europea;
- vengono fissate norme rigorose per i casi di violazione di dati (data breach).

Chi non ottempera a ciò (es. imprese, enti etc.) avranno più responsabilità e in caso di inosservanza delle regole rischiano pesanti sanzioni. Per altri dettagli può consultare il sito del Garante della privacy (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/regolamentoue/guida-all-applicazione-del-regolamento-europeo-in-materia-di-protezione-dei-dati-personali>) dove si trova anche una Guida per ottemperare alla normativa comunitaria che nasce in Europa per semplificare, e che in Italia, come sempre, si scontra con la farraginosità delle nostre leggi nell'adempirvi.

DOMANDA:
HO FATTO UNA VACANZA IN NEPAL, VOLEVO SAPERE SE LA COMMISSIONE EUROPEA DÀ DEI FONDI PER TALE STATO CHE NECESSITA AIUTO DA QUANTO HO VISTO ANCHE NEL SETTORE SANITARIO

(Loredana Buso)

RISPOSTA:

Sì, ad esempio c'è un bando proprio di giugno per progetti a favore del Nepal con un importo di aiuto da parte del programma europeo DCI II con un importo di 3 milioni di euro.

DOMANDA:
LA SALUTE VISIVA È OGGETTO DI RICERCA COSTANTE CI SONO DELLE ECCELLENZE EUROPEE IN QUESTO AMBITO?

(Enrica Murillo)

RISPOSTA:

Sì. Come ha sottolineato, la salute dei nostri occhi prende in considerazione molti parametri quali i movimenti della

testa, la mobilità degli occhi di ogni persona, il rapporto tra lo sguardo e la correzione ottica e necessita di continua ricerca e tecnologia. Tutti questi parametri contribuiscono ad approfondire gli ambiti di competenza e vi sono progetti europei di ricerca sui design delle lenti, le superfici, i materiali e i trattamenti, perché soprattutto la lente è un prodotto molto complesso e sofisticato. È stata inoltre varata per il prossimo triennio una importante campagna di sensibilizzazione sul tema vista e sicurezza "Fia – Action for Road Safety" in collaborazione con la Fia – Federazione Internazionale dell'Automobile con l'obiettivo proprio di promuovere la vista come fattore chiave della sicurezza sulla strada (<https://fia-checkyourvision.essilor.com>). I ricercatori studiano l'evoluzione delle società e degli stili di vita, cercando di sviluppare in particolare soluzioni ottiche adatte alla vita sempre più connessa e alla crescente esposizione dei nostri occhi agli schermi. Se ne è parlato di recente a Milano ad un evento di aggiornamento professionale organizzato in collaborazione con il Gruppo Oculisti Ambulatoriali Liberi e con la Cisl Medici Lombardia in cui sono stati presentati anche i dati più recenti di ricerca e tecnologia nel settore oculistico e i cui atti sono richiedibili on line al sito (www.oculistigoal.org).

Questa rubrica è un servizio a domanda e risposta nonché di segnalazione sui bandi e le opportunità europee nel settore della sanità.

Risponde Cinzia Boschiero:
cinziaboschiero@gmail.com

Emilia Romagna

Carenza di medici in pronto soccorso: le proposte di Simeu

Un contributo tecnico per arginare gravi problemi che, se non adeguatamente affrontati, rischiano di compromettere a breve servizi indispensabili per i cittadini.

di **Geminiano Bandiera***

Gli appelli e le grida di allarme provenienti dai professionisti non sono state sufficienti a produrre reazioni veramente incisive da parte dei decisori politici ed istituzionali sulla grave situazione attuale degli organici medici di Pronto Soccorso. La società scientifica della quale sono presidente regionale per l'Emilia Romagna, Simeu Società Italiana Medici ed Infermieri dell'Emergenza ed Urgenza, ha da tempo fatto propria la lotta relativamente a questo tema, una vera e propria emergenza.

I numeri: Nei Pronto Soccorso dell'Emilia Romagna si registrano circa 1.800.000 accessi all'anno su 4.000.000 di abitanti (dati del 2015), cioè circa un cittadino su due ogni anno si rivolge a tali servizi. Da una rilevazione del 2018, effettuata dalla stessa Regione, sono 824 i medici che fanno fronte a questa enorme mole di lavoro nelle strutture di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza. Di essi risultano sottoposti a forme di contratto "precario" circa il 30%. Inoltre, allo stato attuale, per coprire i turni necessari nelle strutture di Emergenza Urgenza risulterebbe ancora una carenza di 140 medici. E non va certo meglio nel resto della nazione. Questa situazione, già fonte di notevole difficoltà e sovraccarico di lavoro per i professionisti del settore, appare in rapido peggioramento con il rischio che si renda necessaria la riduzione dei servizi offerti ai pazienti.

La Regione e le Aziende, in risposta a queste problematiche hanno aumentato recentemente il numero di concorsi per assunzione ed incrementato il numero regionale di borse di studio disponibili per la Scuola di Specialità in Medicina d'Emergenza-Urgenza. Ma il numero di neo-specializzati risulta ancora troppo basso ri-



spetto alle necessità, soprattutto nel confronto con altre scuole specialistiche. E spesso i concorsi per assunzione incontrano scarso interesse per una branca della medicina che richiede notevoli sacrifici ed appare poco remunerativa, avara di soddisfazioni, notevolmente stressante, sebbene sia non riconosciuta come attività usurante. Recentemente Simeu Emilia Romagna ha condiviso con le principali sigle sindacali mediche un documento che sintetizza in 10 punti diverse proposte che tra le altre comprendono: la programmazione delle piante organiche in base alle effettive necessità di servizio; la stabilizzazione delle forme di lavoro convenzionato; l'allargamento delle specialistiche equipollenti e la creazione di percorsi di formazione-lavoro, ai fini dell'assunzione a tempo indeterminato; il riconoscimento di indennità economiche per il disagio dei professionisti in prima linea; la valorizzazione del merito con possibilità di progressione di carriera e la tesaurizzazione dell'esperienza di servizio, da impiegare in attività didattiche ed ottimizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici. Con le proposte avanzate, intese come base di confronto tra gli organismi preposti e le rappresentanze sindacali, Simeu ha inteso offrire un contributo tecnico per arginare gravi problemi che, se non adeguatamente affrontati, rischiano di com-

segue a pagina 85

Lombardia

Asst Papa Giovanni XXIII: al via il progetto Superabile

Un case manager si occuperà di rilevare e monitorare i bisogni dei singoli pazienti con Sla e con altre malattie neurologiche per la definizione del Piano Assistenziale Individuale e si interfacerà con i servizi interni ed esterni all'Ospedale di Bergamo per garantire al paziente l'accesso agli ausili e all'assistenza di cui necessita per superare i limiti imposti dalla malattia.

Grazie alla generosità di Ubi Banca e dell'Associazione Ibis, arriva al Papa Giovanni una figura professionale – tecnicamente un case manager, letteralmente "coordinatore del caso" – specializzata nel facilitare l'accesso dei pazienti con Sla e altre gravi malattie neurologiche ai servizi di cui hanno bisogno, anche quelli fuori dall'ospedale. È questo il cuore del progetto Superabile, chiamato così perché ha come obiettivo ultimo quello di consentire ai pazienti di superare i limiti imposti dalla malattia, soprattutto sul fronte della comunicazione e dei movimenti, e di acquisire nuove abilità e competenze e una migliore qualità della vita. "Superabile – spiega Asst Papa Giovanni XXIII – è l'estensione del progetto "Un Case manager per la Sla", realizzato nel triennio 2015-2017 grazie al sostegno dell' Associazione Ibis, che ha visto un professionista impegnato nella rilevazione dei bisogni assistenziali dei pazienti con Sla – in occasione degli accessi in day Service, degenza, a domicilio o interpellando medici, infermieri, terapisti, psicologhe e assistenti sociali -, per adeguare il piano assistenziale alle effettive necessità e consentire la tempestiva fornitura di protesi e ausili per il movimento, il controllo ambien-

tale, la comunicazione e il superamento di barriere architettoniche. Il progetto Superabile intende ricalcare questo percorso, estendendo la figura del Case Manager anche ai pazienti con altre malattie neurologiche che comportano un analogo deficit funzionale e neuromotorio destinato a peggiorare nel tempo, e adeguandone il ruolo ai cambiamenti previsti dalla Riforma del Sistema socio sanitario della Regione Lombardia". "Questa figura, oltre a rilevare i bisogni assistenziali dei pazienti con malattie neurodegenerative, parteciperà, per esempio, anche alla valutazione delle capacità residue per la fornitura e l'addestramento all'utilizzo del comunicatore più idoneo e alla definizione del Piano Assistenziale Individuale – ha spiegato Virginio Bonito, neurologo del Papa Giovanni XXIII -. Collaborerà inoltre con la nostra Centrale per le Dimissioni Protette e con le associazioni per fornire ai pazienti informazioni, supporto psicologico, ricoveri di sollievo, uscite e periodi di vacanza. Si interfacerà anche con altre strutture residenziali e ospedaliere per fornire consulenza su come supportare il malato ricoverato, in merito, per esempio, ai sistemi di chiamata e altri strumenti di assistenza alla persona".

segue da pagina 84

promettere a breve servizi indispensabili per i cittadini e corretto utilizzo delle risorse sia del territorio che delle aziende ospedaliere.

Siamo consapevoli che la contrattazione compete ad altri, così come le decisioni finali spettano agli organi istituzionali ma altrettanto siamo convinti che sia dovere dei professionisti non solo lanciare allarmi, benché motivati, ma fare anche e so-

prattutto fare proposte, con argomentazioni tecniche basate sull'esperienza di chi vive quotidianamente questa realtà. Parimenti rappresenta un dovere per una Società Scientifica il proporre un Modello Organizzativo di riferimento e modalità con il quale poterlo mantenere nel tempo.

**Presidente Simeu (Società Italiana Medici ed Infermieri dell'Emergenza ed Urgenza) Emilia Romagna*

Puglia

È nata la Rete per la talassemia, cure migliori e rischi ridotti

Presentati il Piano diagnostico terapeutico (Pdt) e il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) della talassemia in Puglia. Il Pdt definisce "cosa fare e perché" ed il Pdta definisce chiaramente "chi fa cosa, come e quando", in maniera semplificata, chiara ed equa, al fine di garantire uniformità e qualità dell'assistenza su tutto il territorio regionale.

"In Puglia è nata la Rete per la talassemia. Questo significa garantire servizi e assistenza uguali per tutti i cittadini pugliesi ed equità nell'accesso. Prima c'era disordine, non tutti avevano lo stesso percorso, il sistema era lasciato al caso o all'iniziativa del singolo clinico. Adesso abbiamo definito standard comuni da seguire, che prima d'ora non erano stati chiariti. Abbiamo ordinato il settore talassemia così come già fatto con l'autismo, le malattie rare, il trasporto neonatale. Prossimo passo, l'avvio operativo della rete oncologica pugliese". Così il presidente della Regione Puglia, Michele Emiliano commenta la nascita della Rete per la talassemia. Presentati l'8 maggio scorso al Policlinico di Bari il Piano diagnostico terapeutico (Pdt) e del Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (Pdta) della talassemia in Puglia. Il Pdt definisce "cosa fare e perché" ed il Pdta definisce chiaramente "chi fa cosa, come e quando", in maniera semplificata, chiara ed equa, al fine di garantire uniformità e qualità dell'assistenza su tutto il territorio regionale. Soddisfazione la esprime Valentino Orlandi, presidente nazionale United, Unione talassemici e drepanocitici: "La Puglia è la Regione che nello scenario nazionale ha lavorato più concretamente per le persone affette da talassemia, attraverso il confronto tra istituzioni, clinici dei centri e associazioni di pazienti. Questo Pdta è la risposta che attendevamo, ogni centro sa a quali linee deve attenersi prendendo in carico il paziente, quanto serve



per diminuire i disagi e venir incontro ai loro bisogni per la loro sicurezza di cura e qualità di vita. La talassemia è una patologia cronica e genetica ma, se seguita bene, il paziente ha un'aspettativa di vita molto alta e buona". "Grazie a questa rete – ha sottolineato il direttore del Dipartimento regionale Politiche per la Salute, Giancarlo Ruscitti – siamo in grado di fare approvvigionamento, conoscere i pazienti, gestire il bisogno di sangue, ridurre i punti di rischio. Questo è il frutto della buona programmazione". "La Giunta regionale – dichiara Giovanni Gorgoni, commissario straordinario Aress Puglia – ha approvato il documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi diagnostici terapeutici assistenziale (Pdta). Uno degli aspetti più importanti è l'espressa partecipazione delle associazioni dei pazienti nella progettazione dei modelli assistenziali". Tra gli obiettivi del Piano operativo 2016/2018 della Regione Puglia era infatti espressamente prevista la predisposizione dei Pdta per diverse patologie.

Sardegna

Diabete, ridisegnata rete per paziente adulto e bambino

Una proposta di presa in carico del bambino diabetico e una per l'adulto: sono state elaborate dal coordinamento dei diabetologi e esaminate recentemente nel corso della riunione della Consulta regionale della diabetologia della Sardegna, presieduta dall'assessore alla Sanità, Luigi Arru, e dal direttore generale dell'assessorato, Giuseppe Sechi. Nel corso dei lavori medici e rappresentanti delle associazioni di pazienti hanno affrontato anche il tema della distribuzione dei presidi per la misurazione della glicemia.

Reti tutte nuove per i diabetici sardi. "Per quel che riguarda la Rete dell'adulto, sono stati individuati – riferisce la Regione Sardegna – tre nodi principali (hub) e i centri periferici (spoke) sul territorio: negli hub ci sarà il coordinamento dei percorsi diagnostici e la presa in carico dei pazienti che richiedono un approccio multidisciplinare, mentre a breve ci sarà l'identificazione di un centro specializzato per il piede diabetico. Per la Rete del bambino, si è reso necessario un ulteriore approfondimento e un successivo incontro della Consulta. È stata accolta la proposta di introduzione del Flash glucose monitoring tra i dispositivi per il controllo della glicemia, prescrivibili dai diabetologi in casi specifici. Tra questi rientrano i pazienti adulti con diabete di tipo 1 che effettuino almeno 125 controlli di glicemia al mese o il diabete in gravidanza. Tra i pazienti con diabete di tipo 2 (con terapia insulinica), rientra chi ha ipoglicemie ripetute e documentate; categorie particolari di pazienti come musicisti, sportivi, pazienti con irregolarità nella esecuzione dell'attività fisica o del consumo dei pasti per motivi lavora-

tivi; pazienti con condizioni che rendano difficile, impediscano o rendano sconsigliabile la puntura del dito per il prelievo capillare di sangue. Nella prima fase di introduzione del Flash si è stabilito – prosegue la Regione – di arruolare 2699 pazienti, ripartiti all'interno di ciascun centro prescrittore dall'Ats e dalle Assl. L'efficacia sarà valutata con frequenza semestrale. In età pediatrica (4 – 17 anni) sarà utilizzabile principalmente sulla base delle valutazioni del medico diabetologo o in caso di paura dell'ago (agofobia). Dai 14 ai 17 anni potrà essere prescritto per pazienti che praticano un automonitoraggio con più di 7/8 controlli glicemici al giorno; con determinati valori di emoglobina glicata; che necessitano di controlli notturni; che hanno frequenti episodi ipoglicemici. In questa prima fase si è stabilito di arruolare 500 bambini e di verificare ai 6 mesi l'ulteriore fabbisogno necessario". "Lavoriamo per migliorare l'assistenza alle persone con diabete – ha affermato l'Assessore alla sanità, Luigi Arru – e su questa strada hanno lavorato il Coordinamento e la Consulta. Dalla loro esperienza e da quella delle associazioni è emerso che, per quanto migliorabile, la realtà della diabetologia in Sardegna è tutt'altro che disastrosa, anche sul fronte della distribuzione gratuita dei presidi e dei dispositivi per il controllo glicemico e rispetto a regioni d'Italia più ricche della nostra".



Toscana

Protonterapia: protocollo tra il Meyer e l'Apss Trento

Consentirà di semplificare le procedure di accesso alle cure con i protoni per i pazienti oncologici pediatrici.



Firmata a Firenze la convenzione tra l'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento e l'Azienda ospedaliero universitaria Meyer per la collaborazione nell'ambito dell'assistenza medica ai pazienti oncologici pediatrici. Il documento, sottoscritto dal direttore generale, Paolo Bordon e dal direttore generale dell'Aou Meyer, Alberto Zanobini, individua il Centro di protonterapia di Trento come riferimento per la cura dei tumori attraverso l'utilizzo dei protoni. "L'accordo firmato – commenta il dg trentino – sancisce un'importante collaborazione in ambito oncologico pediatrico con l'ospedale Meyer, prevedendo percorsi dedicati per i piccoli pazienti che ci saranno inviati. La convenzione stabilisce inoltre lo sviluppo di programmi di ricerca congiunti, in ambito oncologico pediatrico, con il coinvolgimento della radioterapia dell'Azienda ospedaliero universitaria Careggi di Firenze. Questo accordo – ha proseguito Bordon – riconosce al Centro di Trento un ruolo importante e di riferimento nella cura dei tumori pediatrici e si inserisce nel quadro delle azioni che Apss

sta portano avanti con l'obiettivo di aprire il nostro Centro ai pazienti, non solo di altre Regioni italiane, ma anche di altri Paesi europei ed extraeuropei". "In seguito alla sottoscrizione della convenzione – precisa l'Apss – verrà formalizzato un gruppo di lavoro multidisciplinare per la definizione e l'aggiornamento di protocolli per l'accesso alle prestazioni, che avrà anche il compito di raccogliere e analizzare i dati, e misurare gli esiti dei trattamenti di protonterapia. Il gruppo sarà composto da professionisti dei due enti, coadiuvati da esperti della struttura organizzativa dipartimentale radioterapia del Dipartimento oncologico e di chirurgia ad indirizzo robotico dell'Azienda ospedaliera universitaria Careggi. La collaborazione si estenderà anche su un progetto di ricerca che coinvolgerà la Neuro-oncologia del Meyer, per testare l'effetto biologico della protonterapia e verificarne l'efficacia in combinazione con agenti chemioterapici e con il trattamento neuro-chirurgico, quando possibile, nei tumori cerebrali dell'età pediatrica". "La convenzione firmata – ha dichiarato l'assessore alla salute e politiche sociali della Provincia autonoma di Trento, Luca Zeni – è un passaggio importante, che formalizza una collaborazione proficua, già in essere tra il centro di Trento e l'ospedale Meyer, e consentirà di semplificare le procedure di accesso alle cure con i protoni per i pazienti pediatrici. Dobbiamo proseguire su questa strada e continuare ad investire nella costruzione di una rete di relazioni con i diversi centri ospedalieri italiani, le Regioni e i Paesi esteri".

TrentinoAltoAdige

Per la sicurezza del paziente nuovo centro di formazione

Con costanti unità di addestramento ed in ambito protetto, per mezzo dell'impiego di personale sanitario ed apparecchiature di ultima generazione, vi vengono esercitate senza pericolo situazioni di emergenza, sotto il controllo di supervisor certificati.

Presentato nei giorni scorsi il Centro per la sicurezza del paziente (Psz) dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige. "La sua nascita – spiega l'azienda sanitaria – risale al 2012, quando, in collaborazione con la Scuola provinciale superiore di sanità, è stato creato il "Centro di simulazione claudiana" (Csc). Da allora, collaboratori e collaboratrici dell'Azienda sanitaria vengono addestrati nell'ambito di gruppi di simulazione per i casi di emergenza reali. Parallelamente, in tale periodo, era stato realizzato un ulteriore Centro di aggiornamento, vale a dire quello di medicina di urgenza della Centrale di emergenza provinciale 112. Qui sono stati addestrati collaboratori/collaboratrici negli ambiti della medicina d'urgenza e della rianimazione cardio-polmonare; tuttavia senza avere una sede propria ed il reperimento di locali, ha sempre costituito un grande impedimento. Con la fondazione del Centro per la sicurezza del paziente nel 2017 questi due centri di formazione si sono fusi in un unico centro". "Un costante aggiornamento e perfezionamento nella formazione dei nostri collaboratori/collaboratrici per noi è strategicamente importante" dichiarano il Direttore sanitario Thomas Lanthaler e Marianne Siller, Direttrice tecnico-assistenziale, nonché Presidente del Centro per la sicurezza del paziente per il 2018. "Il nostro obiettivo consiste nell'offrire con regolarità ed in cooperazione con la Scuola provinciale superiore di sanità, aggiornamenti e formazioni incentrati sulla sicurezza del paziente. Oltre ai corsi di rianimazione e agli addestramenti di simulazione di gruppo, vengono offerti ulteriori corsi di formazione e perfezionamento nell'ambito dell'incident-reporting, aventi per obiettivo l'incremento della

sicurezza del paziente nella sanità altoatesina". "Una buona gestione del rischio – sottolinea il Direttore generale Thomas Schael – è il fulcro per una gestione della qualità che funzioni. Possono essere in tal modo evitati errori e migliorata la sicurezza del paziente. Nelle emergenze, se si cerca di riconoscere possibili complicazioni in anticipo, è possibile salvare la vita". "Il 2017 è stato l'anno di pianificazione e transizione – ha dichiarato la responsabile del risk-management dell'Azienda sanitaria, Sandra Girardi –. Il nostro obiettivo è quello di standardizzare misure e processi a livello aziendale". Dello stesso punto di vista è anche il responsabile di neonatologia all'ospedale di Bolzano, Alex Staffler, a capo dei corsi di rianimazione per neonati: "Ai collaboratori/collaboratrici offriamo la possibilità di allenare con regolarità il loro lavoro in accordo con linee guida internazionali per mezzo di pratiche basate sull'evidenza. La sicurezza del paziente riveste un ruolo centrale nella quotidianità clinica. Con il nostro allenamento offriamo lo strumento per promuovere la cultura della sicurezza, che ci permette di imparare dagli errori".





ADILIFE VA IN AMERICA

ADiLife, la nuova piattaforma digitale di Salute Connessa, sviluppata da Aditech Srl in collaborazione con i suoi partner Gilogica Spa e Kos Comunicazioni e Servizi Srl sbarca in America, invitata in occasione del convegno annuale dell'Ata (American Telemedicine Association) svoltasi a Chicago. ADiLife è la nuova piattaforma di "connected health" che ha l'ambizione di diventare un punto di riferimento per la salute, prevenzione e benessere dei suoi utenti. Nata con l'obiettivo di essere "all inclusive" e di offrire ai suoi utenti gli strumenti, le funzioni ed i servizi adatti ad ogni passaggio di età e ad ogni bisogno assistenziale. Gli scenari possibili su cui si può applicare ADiLife sono numerosi e vanno dal semplice self measurement di parametri aerobici, prevenzione e stile di vita, all'assistenza remota e domiciliare di anziani attivi e lungo degenti fino al teleconsulto medico specialistico. Uno

degli elementi di forza di ADiLife è quello di coniugare insieme tecnologia di monitoraggio e di comunicazione in tempo reale (chat, video, audio, social ed email) inoltre ADiLife fornisce anche una nuovissima modalità di interazione e comunicazione con le sue funzioni tramite Celeste, un assistente virtuale in grado di assolvere alle richieste e alle necessità dell'utente basato su natural language processing ed interrogabile con voce naturale. Nella piattaforma si colloca anche una parte di intelligenza artificiale in grado di supportare lato operatore e/o utente un sistema di autovalutazione dei vari sintomi suggerendo il comportamento da adottare e indirizzando l'utente verso lo specialista più appropriato fino alla prenotazione di una visita. All'Ata 2018 ADiLife ha partecipato insieme a Compunetix, partner USA e la Kinpo Electronics, Inc. partner asiatico.



"VICINI DI SALUTE": PFIZER E PHILIPS INSIEME PER MIGLIORARE LA GESTIONE E LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON PATOLOGIE CRONICHE

Migliorare la continuità assistenziale, potenziare le cure domiciliari mantenendo costante il monitoraggio delle condizioni cliniche, utilizzare tecnologie innovative di teleassistenza per supportare in maniera continuativa il paziente lungo tutto il percorso di cura: sono questi gli obiettivi di "Vicini di Salute", il progetto educazionale di Pfizer e Philips, realizzato in collaborazione con la School of Management del Politecnico di Milano per migliorare i percorsi di presa in carico dei pazienti che soffrono di patologie croniche. Il progetto, che coinvolge l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea di Roma, l'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Barletta - Andria - Trani (Bat) e il Policlinico di Milano, ha come focus specifico i pazienti che soffrono di artrite reumatoide, fibrillazione atriale e acromegalia. Si tratta di patologie croniche in cui il supporto al paziente nel percorso di diagnosi e cura è fondamentale: da un lato per garantire al paziente stesso le migliori cure e qualità della vita grazie alla gestione da remoto e dall'altro per permettere alla struttura sanitaria di offrire un servizio sem-

pre più personalizzato ed efficace. In Italia, si stima che a soffrire di malattie croniche sia il 39,1% della popolazione, con l'ipertensione, l'artrite/artrosi e le allergie a guidare la classifica delle patologie più diffuse, mentre il numero dei malati rari è di circa 2 milioni. E sono ancora molti i bisogni insoddisfatti dei pazienti. La partnership tra Pfizer e Philips vuole cercare di colmare questa distanza grazie all'adozione delle più moderne tecnologie in grado di rendere possibili percorsi personalizzati per ciascuna area terapeutica. Le strutture ospedaliere coinvolte nel progetto hanno infatti selezionato 90 pazienti, 30 affetti da fibrillazione atriale, 30 da artrite reumatoide e 30 da acromegalia, che utilizzeranno dei tablet appositamente configurati per le tre diverse patologie, in modo da essere costantemente collegati con il medico e ricevere reminder rispetto all'aderenza alla terapia e al follow-up, alle richieste di monitoraggio dei parametri vitali, oltre a messaggi motivazionali. Il medico è così in grado di avere sotto controllo le condizioni del paziente e può intervenire in caso di necessità.



CON IL PATROCINIO DI FEDEMO E PARACELSO, PRENDE IL VIA A.B.L.E., UN PROGETTO A FAVORE DELLA COMUNITÀ EMOFILICA

Prende il via ABLE - A Better Life with Emofilia - un progetto promosso da Bayer a favore della comunità emofilica e con il patrocinio di FedE-mo e da Fondazione Paracelso. Bayer ha indetto il contest con l'obiettivo di sostenere le progettualità delle associazioni di pazienti operanti sul territorio, volte a migliorare i diversi aspetti della vita quotidiana delle persone affette da questa patologia e dei loro familiari. "Siamo da sempre impegnati nel comprendere i bisogni e nel rispondere alle necessità di quanti sono affetti da emofilia - spiega Patrizia Guarraci, Specialty business unit head - e questa iniziativa rappresenta una risposta concreta per migliorarne la qualità di vita". La partecipazione al concorso è aperta a tutte le

associazioni regionali, provinciali o locali Italiane impegnate, esclusivamente o non, nell'area dell'emofilia che potranno proporre i loro progetti sul portale www.emofilia.it entro il 31 luglio 2018. Una giuria dedicata, costituita da rappresentanti delle associazioni pazienti Fedemo e Paracelso, da medici specialisti, oltre che da un delegato di Bayer, valuterà l'idoneità delle proposte. Per le idee che avranno ottenuto l'approvazione della giuria inizierà il processo di valutazione aperto al pubblico tramite voto da esprimere sul portale dal 1 ottobre al 30 novembre 2018. La proposta che otterrà il maggior numero di voti si aggiudicherà il premio messo in palio da Bayer: il finanziamento del proprio progetto per un importo di diecimila euro.



LORENZO WITTUM NUOVO AMMINISTRATORE DELEGATO

Lorenzo Wittum è il nuovo amministratore delegato per AstraZeneca Italia, filiale italiana dell'azienda biofarmaceutica, focalizzata nell'area oncologica, respiratoria, cardiovascolare, metabolica e renale con 133 studi clinici in corso che coinvolgono, in Italia, oltre 1.000 centri di ricerca e più di 20.000 pazienti. Lorenzo Wittum, 44 anni, fiorentino, sposato e padre di due figli, ha intrapreso la carriera internazionale dopo aver conseguito l'Mba presso la Iese Business School di Barcellona e ha un'approfondita conoscenza del settore farmaceutico e della ricerca biomedica. Dopo aver lavorato in The Boston Consulting Group

è entrato in AstraZeneca nel 2010 e ha ricoperto posizioni di crescente responsabilità in tutte le aree terapeutiche. Nel suo ultimo ruolo, come responsabile globale per l'area respiratoria, Wittum ha lavorato al fianco di R&S, Medical Affairs, Regolatorio e Produzione per lo sviluppo di soluzioni terapeutiche per l'asma e la Bpco sia nei mercati consolidati sia in quelli emergenti. Lorenzo Wittum succede a Pablo Panella, nominato Area Vice President (Avc) per l'Area Western & Southern Europe (Wese) che fino al mese di giugno continuerà a presiedere il consiglio di amministrazione di AstraZeneca Italia.



PIERLUIGI ANTONELLI ALLA GUIDA DELL'ONCOLOGIA DI NOVARTIS IN EUROPA

Novartis ha annunciato la nomina di Pierluigi Antonelli nel ruolo di Head of Oncology Region Europe (Ore) di Novartis, con l'obiettivo di favorire ulteriormente lo sviluppo e la crescita dell'azienda in quest'area. Dal 2015 Antonelli ha ricoperto il ruolo di Head of Western Europe in Sandoz, attiva nella produzione di farmaci equivalenti e biosimilari. "Sono onorato di assumere questo ruolo e affrontare nuove e stimolanti sfide nell'ambito dell'oncologia, at-

traverso lo sviluppo e l'accesso a terapie innovative in grado di migliorare in modo tangibile la vita delle persone. - ha dichiarato Pierluigi Antonelli - Novartis Oncology, è una realtà solida con una lunga storia alle spalle e una pipeline incentrata sulla ricerca scientifica. Sono quindi lieto di poter mettere a disposizione la mia esperienza con l'obiettivo di continuare a perseguire sempre nuove opportunità di cura per i pazienti".



FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI: IL PNEUMOLOGO SPANEVELLO GUIDERÀ I PROGRAMMI SCIENTIFICI

È il pneumologo Antonio Spanevello il nuovo direttore dei programmi scientifici della Fondazione Salvatore Maugeri. "Con l'individuazione di questa figura prevista dallo statuto - spiega il presidente, Gualtiero Brugger - la Fondazione si dota delle indispensabili competenze per operare ai massimi livelli, nella direzione dello sviluppo di progetti di ricerca e del reperimento delle risorse attraverso bandi nazionali e internazionali, affiancando i vertici dell'istituzione nell'indirizzo di queste politiche. In seguito all'operazione di conferimento delle attività sanitarie alla controllata Istituti Clinici Scientifici Maugeri Spa SB, conclusasi lo scorso anno, la Fondazione ha oggi come suo obiettivo autonomo la promo-

zione della ricerca in campo medico". Spanevello, milanese, classe 1958, si è laureato e specializzato all'Università di Pavia, ed è autore di oltre cento pubblicazioni scientifiche in ambito di patologie respiratorie. Già Research Fellow in Medicina respiratoria all'Hammersmith Hospital di Londra, Spanevello oggi è professore ordinario presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università dell'Insubria e dirige l'Irccs Maugeri di Tradate (Varese). Dal settembre scorso, Spanevello guida l'Assemblea 5 della European Respiratory Society-ERS, che riunisce gli studiosi delle malattie delle vie aeree come asma, bronchite cronica ed enfisema, circa 1.400 fra clinici farmacologi di tutto il continente.



ALLEANZA DIGITALE PER LA CURA DEL DIABETE

Nasce dall'accordo tra Roche Diabetes Care Italy e Meteda una nuova alleanza digitale che porta all'implementazione della cartella clinica diabetologica digitale "Smart digital clinic" - L'adozione della cartella clinica diabetologica ha dimostrato negli anni, grazie al progetto Annali dell'Associazione medici diabetologi, la capacità di migliorare la qualità delle cure e di ingenerare risparmi per il sistema sanitario nazionale - Nonostante gli avanzamenti nella ricerca farmacologica e tecnologica, solo il 6,5 per cento delle persone con diabete di tipo 2 in Europa risulta oggi in pieno controllo della malattia. "Affrontare le molteplici problematiche che emergono dalla gestione del diabete e dall'inerzia clinica in particolare, è una sfida enorme", interviene Massimo Balestri, Amministratore Delegato di Roche Diabetes Care. "Riteniamo che, coniugando le opzioni tecnologiche e terapeutiche possibili con il concetto di personalizzazione della gestione della malattia, possiamo dare un contributo importante a

rispondere in maniera efficace alle necessità di tutti gli interlocutori - comunità medico-scientifica, ma soprattutto persone con diabete - e migliorare l'assistenza e gli outcome clinici. Da sempre Roche Diabetes Care ha creduto nell'importanza della gestione dei dati per la personalizzazione della terapia, e ha voluto investire in questo. L'ultimo frutto è la nuova alleanza con Meteda che porterà la cartella clinica diabetologica Smart digital clinic ad una implementazione in tutti i centri di diabetologia in Italia. Uno strumento per i diabetologi che per semplicità d'uso, chiarezza e possibilità di personalizzazione dovrebbe contribuire a valorizzare i dati clinici, ottimizzare il tempo della visita e, in ultima analisi, favorire una miglior gestione della persona con diabete". "Infatti, la strada oggi segnata, non solo per la cura del diabete, ma anche per altre malattie, è quella dei processi di analisi dei dati, resa possibile dalla digitalizzazione applicata alla sanità" spiega Marco Vespasiani, Sales & Marketing Manager

di Meteda. "Questo strumento è risultato fondamentale per l'analisi di numerosi parametri legati alla cura delle persone con diabete e per il miglioramento della gestione della malattia. Ne è testimonianza il progetto Anali dell'Associazione Medici Diabetologi che,

tra le altre cose, ha dimostrato come i Centri diabetologici che raccoglievano e analizzavano da più tempo i dati dei loro assistiti, utilizzando la cartella clinica diabetologica digitale, ottenevano migliori performance nella cura delle persone", aggiunge Vespasiani.



ANDREA CELLI (PHILIPS) NEOPRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE ELETTROMEDICALI DI ASSOBIOMEDICA

"L'alto livello di innovazione tecnologica, che caratterizza le apparecchiature elettromedicali, deve essere garantito a tutti i cittadini in modo tale che beneficino delle migliori cure oggi disponibili. In Italia più del 50% del parco di diagnostica per immagini e di elettromedicina è troppo vecchio e se il nostro Servizio sanitario nazionale vuole essere competitivo e all'avanguardia, promuovendo modelli di cura basati sulla prevenzione, è necessario ricominciare a investire sulla Sanità. La digitalizzazione è oggi il futuro. Dobbiamo impegnarci tutti per trovare soluzioni che lo facciano diventare il nostro presente, e non solo in alcune realtà regionali, ma su tutto il territorio nazionale. Solo così saremo capaci di rende-

re l'integrazione delle competenze una regola e andare verso una Sanità 4.0, che sia sostenibile e al tempo stesso efficiente". Queste, in sintesi, le priorità del mandato del neo-eletto Presidente dell'Associazione Elettromedicali di Assobiomedica, Andrea Celli. Head of Public Affairs, Business to Government and Strategy Philips Italia, Israele e Grecia, Andrea Celli sarà alla guida dell'associazione che raggruppa e rappresenta le imprese produttrici e fornitrici di apparecchiature elettromedicali, sistemi e tecnologie a scopo diagnostico e terapeutico. I comparti rappresentati dall'associazione sono la diagnostica per immagini e a ultrasuoni, l'elettromedicina, la cardiologia e l'healthcare-It.



CROCE ROSSA E NOVO NORDISK INSIEME PER CURARE LE MALATTIE CRONICHE DURANTE LE CRISI UMANITARIE

Al via la partnership tra la Croce Rossa internazionale e Novo Nordisk A/S per gestire il crescente problema delle malattie croniche che colpiscono milioni di persone che vivono in situazione di crisi in tutto il mondo. La collaborazione si basa su tre elementi fondamentali: assicurare un'efficiente rifornimento di insulina a basso costo per le operazioni della Croce Rossa nel mondo; il sostegno di Novo Nordisk ai programmi sanitari dell'organizzazione internazionale, anche rivolti alla prevenzione e cura delle malattie non tra-

smisibili; contribuire a progetti da sviluppare nei prossimi tre anni, per aiutare le persone con diabete e ipertensione in situazioni umanitarie di crisi. Oggi, più di 65 milioni di persone fuggono dalle guerre. Le organizzazioni umanitarie e sanitarie hanno storicamente concentrato i loro sforzi sulle minacce alla salute di tipo acuto, quali ferite e malattie infettive. Eppure, i bisogni sanitari delle persone nei campi umanitari, così come di quelle costrette a migrare e delle comunità che le accolgono, sono molto maggiori.



CORRE PER DYNAMO ALLA MILANO MARATHON 2018

Dodici runner distribuiti in tre staffette e una raccolta fondi aziendale per raggiungere un importante traguardo: regalare a venticinque famiglie l'esperienza unica e indimenticabile di una vacanza di Terapia Ricreativa al Dynamo Camp. I dipendenti di Grunenthal Italia e del relativo sito di produzione di Origgio, lo scorso 8 aprile hanno messo tutto il loro impegno nel percorrere circa dieci chilometri ciascuno alla EA7 Emporio Armani Milano Marathon, evento giunto ormai alla 18ma edizione. La gara da otto anni propone un Charity Program per la raccolta di fondi con l'obiettivo di sostenere una delle 82 organizzazioni non profit e di aiutarle a raccogliere donazioni. Grunenthal Italia ha

scelto di supportare ancora una volta Dynamo Camp, un camp di Terapia Ricreativa, il primo in Italia, appositamente strutturato per ospitare gratuitamente per periodi di vacanza e svago bambini e ragazzi malati dai 6 ai 17 anni, in terapia o nel periodo di post ospedalizzazione. Infatti la partecipazione alla maratona si inserisce nel ventaglio di progettualità messe in campo per il 2018 da Grunenthal in collaborazione con Dynamo. Tra queste anche il volontariato aziendale attraverso il quale l'azienda ha messo a disposizione dei dipendenti tre giornate lavorative retribuite per consentire, a chiunque lo volesse, di offrire il proprio sostegno durante le sessioni al camp.



IMMUNODEFICIENZE PRIMITIVE: LANCIATO IL BLOG "ITINERARI"

È sbarcato sul web il blog ItineRARI (www.itinerari.blog) promosso da Shire con un focus speciale proprio sulle Immunodeficienze Primitive, oltre che sull'Angioedema Ereditario. Il blog è stato ideato per far conoscere più da vicino le malattie rare all'opinione pubblica italiana ed è curato dalla giornalista modenese Federica Galli che attraverserà l'Italia, andando a incontrare pazienti e clinici nei vari territori, per raccontare le storie di queste patologie: i percorsi di diagnosi, le difficoltà delle famiglie, ma anche le eccellenze cliniche e le innovazioni che l'Italia sa proporre a livello mondiale. Il blog si apre con le interviste ai presidenti delle associazioni pazienti di riferimento ed è proprio Alessan-

dro Segato, presidente di Aip Onlus, a sottolineare il ruolo fondamentale dell'associazione: "Oggi l'impegno dell'Aip è in primis quello di dare assistenza continuativa ai pazienti dal punto di vista emotivo, ma anche aiutarli a risolvere problemi burocratici. In secondo luogo, proprio l'associazione, deve farsi sentire presso le istituzioni con iniziative come quella del Position Paper "5 proposte per 5 bisogni" su cinque tematiche che abbiamo ritenuto centrali nel mondo delle Immunodeficienze Primitive: la conoscenza e la diagnosi, l'accessibilità e la qualità delle cure, la presa in carico e la transizione pediatrico-adulto, il ruolo professionale e il rapporto medico paziente e la ricerca scientifica".



ESERCIZIO 2017: UN ANNO ECCELLENTE PER BOEHRINGER INGELHEIM

L'azienda farmaceutica Boehringer Ingelheim, operante nel settore della ricerca, offre una panoramica dei successi dell'anno d'esercizio 2017. Tutti i settori operativi

hanno contribuito a far crescere il fatturato. Gli investimenti nella Ricerca&Sviluppo hanno superato la cifra di 3 miliardi di euro, di cui quasi 2,7 miliardi assegnati al solo

segmento Human Pharma. "In medicina, la quantità di domande supera sempre quella delle risposte - ha dichiarato Hubertus von Baumbach, Presidente del Consiglio di Amministrazione - È nostra intenzione continuare a raccogliere le sfide nella ricerca, utilizzando tutte le risorse a nostra disposizione. Gli ingenti investimenti nella Ricerca&Sviluppo rispondono pertanto alla nostra consapevolezza imprenditoriale". Lo scorso anno, Boehringer Ingelheim ha realizzato un fatturato di circa 18,1 miliardi di

euro, equivalente a un incremento del 15,7%, al netto degli effetti di cambio (su base euro: +13,9%). Decurtati gli effetti "una tantum" derivati dallo scambio di attività attuato con Sanofi, l'azienda ha registrato una crescita, al netto degli effetti di cambio, pari al 6,1% (su base euro: +4,4%). Con un risultato operativo di circa 3,5 miliardi di euro, è stata registrata una redditività delle vendite del 19,3%. Nel 2017, l'azienda contava una media di circa 50.000 dipendenti a livello internazionale.



PAOLO RUSSOLO ELETTO PRESIDENTE DI ASCHIMFARMA

L'Assemblea di Aschimfarma - Associazione nazionale dei produttori di principi attivi e intermedi per l'industria farmaceutica, che fa parte di Federchimica, ha eletto all'unanimità Presidente, per il triennio 2018-2021, Paolo Russolo (Cambrex Profarmaco Milano).

Laureato in chimica industriale a Milano, Paolo Russolo entra in azienda nel 1971 occupandosi di ingegneria e manutenzione e, dopo aver ricoperto differenti ruoli tra cui Direttore Generale e Amministratore Delegato, dal 2008 è nominato Presidente. Il settore italiano dei principi attivi farmaceutici (Api - Active Pharmaceutical Ingredients) con un giro d'affari di 3,6 miliardi di euro, rappresenta il 9% del mercato mondiale, che vale complessivamente

41 miliardi di euro. L'elevata qualità degli API italiani è riconosciuta all'estero, tanto che la quota di export raggiunge l'85%: Stati Uniti (40%), Europa (36%), Giappone (18%). "Investimenti continui in ricerca e tecnologia sono la nostra carta vincente nel mondo della chimica-farmaceutica - ha dichiarato il neoeletto Presidente - L'attenzione del settore alla ricerca e sviluppo, unita all'alto livello di qualità di prodotto, di sicurezza e di rispetto dell'ambiente si sono dimostrati, di fatto, fattori vincenti sulla concorrenza asiatica e hanno indotto le imprese multinazionali farmaceutiche a ritornare a collaborare per progetti di sviluppo con le imprese italiane che, da oggi, sono felici di rappresentare".

AMGEN® BEST WORKPLACE™ FOR WOMEN: AMGEN È LA 1° FARMACEUTICA IN ITALIA A MISURA DI DONNA

Amgen è uno dei migliori ambienti di lavoro per le donne, posizionandosi prima tra le aziende farmaceutiche in Italia. Il riconoscimento arriva dal Great Place to Work® Institute Italia, che ha analizzato 127 aziende nel corso del 2017, ascoltando la voce di oltre 100.000 collaboratori in Italia e nel Mondo, attraverso l'indagine Trust Index®. "La nostra azienda vanta una presenza femminile che supera il 50% e le donne coprono quasi il 40% di tutte le posizioni manageriali - afferma Luigi Uccella Direttore Risorse Umane Amgen Italia - Da sempre le politiche HR hanno come obiettivo quello di puntare sul merito,

mantenendo sullo stesso piano ruoli e riconoscimenti tra uomini e donne. In una società dove sono ancora necessari movimenti come #Metoo per evidenziare quanto sia radicata la disparità di genere in ambito professionale, siamo fieri che la cultura dell'inclusione, che porta con sé il rispetto e l'equità di trattamento, abbiano sempre fatto parte del nostro DNA. Siamo attenti alle esigenze di tutti i nostri dipendenti e negli anni abbiamo messo a punto programmi e iniziative che mettono le persone al centro, con un occhio di riguardo alle donne, spesso in equilibrio con i molteplici ruoli familiari".



Corso Avanzato

**Allergologia Pediatrica
delle evidenze scientifiche
alla pratica per il Pediatra**

Firenze, 7-9 giugno
Gruppo di Ricerca e Formazione in
Allergologia Pediatrica (Grifap)

Per informazioni:

Tel. 0636381573
Fax 0636307682
info@ideacpa.com

**41° Congresso Nazionale
Aisd**

Roma, 7-9 giugno 2018
Associazione Italiana per lo Studio
del Dolore

Per informazioni:

Tel. 051300100
Fax 051309477
g.spiga@planning.it

**74° Congresso Italiano
di Pediatria**

Roma, 12-16 giugno 2018
Società Italiana di Pediatria

Per informazioni:

Tel. 0245498282
Fax 0245498199
congressosip@biomedia.net

**European Congress
of Epidemiology 2018**

**Crises, epidemiological
transition and the role
of epidemiologist**

Lione, 4-6 luglio 2018
Iea, International Epidemiological
Association

**46° Congresso Nazionale Simfer
Centralità e opportunità
della Riabilitazione nei
sistemi sanitari**

Ancona, 20-23 settembre 2018
Società Italiana di Medicina Fisica
e Riabilitativa

Per informazioni:

Tel. 0498170700
Fax 0492106351

**4° Congresso Nazionale SIPMeL
Patologia e Medicina
di Laboratorio 4.0**

Catania, 23-25 ottobre 2018
Società Italiana di Patologia
Clinica e Medicina di Laboratorio

Per informazioni:

Tel. 0266802323
infosipmel2018@mzcongressi.com

**81° Congresso Nazionale
Siml**

**“La medicina del lavoro:
dalla prevenzione alla
promozione della salute”**

Bari, 26-28 settembre 2018
Società Italiana di Medicina
del Lavoro
Tel. 0444578845
Fax 0444320321
meeting@meneghinieassociati.it

**24° Congresso Nazionale
Sin**

Roma, 26-29 settembre 2018
Società Italiana di Neonatologia

Per informazioni:

Tel. 0245498282
Fax 0245498199
congressosin@biomedia.net

**16° Congresso Nazionale
Sis 118**

**Dall'evidenza scientifica
alla pratica clinica**

Padova, 27-29 settembre 2018
Società Italiana Sistema 118

Per informazioni:

Tel. 0498601818
meet@meetandwork.com

35° Congresso Nazionale SiiA

Roma, 27-29 settembre 2018
Società Italiana di Ipertensione
Arteriosa

Per informazioni:

Tel. 06330531
Fax 0633053251/23325624
siiA2018@aimgroup.eu

59° Congresso Nazionale Sin

**L'arte della cura,
tra sapere scientifico
e visione antropologica**

Rimini, 3-6 ottobre 2018
Società Italiana di Nefrologia

Per informazioni:

Tel. 010 553591
Fax 010 5535970
sin2018@aristea.com

**19° Congresso Nazionale
della Pneumologia**

Venezia, 13-15 ottobre 2018
Società Italiana di Pneumologia
Federazione Italiana
di Pneumologia

Per informazioni:

segreteria@sipfip2018.org

57° Congresso Nazionale Adoi

Grosseto, 17-20 ottobre 2018
Associazione dermatologi
ospedalieri italiani

Per informazioni:

Tel. 0818073525
0818784606
Fax 0818071930
info@italymeeting.it

51° Congresso Nazionale Siti

**I primi 40 anni del Servizio
sanitario nazionale: il
contributo dell'igiene alla
salute e all'equità**

Riva del Garda (Tn), 17-20 ottobre
2018
Società Italiana Igiene e sanità
Pubblica

Per informazioni:

Tel. 051300100
Fax 051309477
v.grotti@planning.it

**Congresso dell'Allergologia tra
Scienza e Società**

Roma, 20-23 ottobre 2018
Associazione Allergologi ed
Immunologi Italiani Territoriali ed
Ospedalieri, Aaiito

Per informazioni:

Tel. 055 23388.1
Fax 0553906908
aaiito2018@aimgroup.eu

**18° Congresso Nazionale
Siomms**

Napoli, 25-27 ottobre 2018
Società italiana dell'Osteoporosi,
del Metabolismo Minerale e delle

Malattie dello Scheletro

Per informazioni:

Tel. 06845431

Fax 0684543700

congressosiommm@aristea.com

119° Congresso nazionale Simi

Roma, 26-28 ottobre 2018

Società Italiana di Medicina Interna

Per informazioni:

Tel. 010553591

Fax 0105535970

simi@aristea.com

49° Congresso Nazionale Sin

Roma, 27-30 ottobre 2018

Società Italiana di Neurologia

Per informazioni:

Tel. 0577286003

Fax 0577282731

info@neuro.it

93° Congresso Nazionale Sigo

58° Congresso Nazionale Aogoi

25° Congresso Nazionale Agui

Donna, salute e benessere: medicina dell'evidenza e sfide future

Roma, 28-31 ottobre 2018

Sigo, Società Italiana di Ginecologia e Osterica

Aogoi, Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
Agui, Associazione Ginecologi Universitari Italiani

Per informazioni:

Tel. 0541305811

Fax 0541305842

sigo@adriacongrex.it

28° Congresso Nazionale Airo

La ricerca in oncologia clinica

Rimini, 2-4 novembre 2018

Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica, Airo

Per informazioni:

Tel. 0514210559

Fax 0514210174

ercongressi@ercongressi.it

103° Congresso Nazionale Siot

Le instabilità articolari

Bari, 9-12 novembre 2018

Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia

Per informazioni:

Tel. 05550351

Fax 0555001912

info2018@oic.congressosiot.it

48° Congresso Nazionale Sirm

La Radiologia tra Innovazione Tecnologica ed Evidenza Clinica

Genova, 8-11 novembre 2018

Società Italiana Radiologia Medica

Per informazioni:

Tel. 0276006094

Fax 02.76006108

marketing@sirm.org

47° Congresso Nazionale Amcli

Rimini, 10-13 novembre 2018

Associazione microbiologi clinici italiani

Per informazioni:

Tel. 0266802323

Fax 026686699

amcli2018@mzcongressi.com

25° Congresso Nazionale Sicp

Limiti e orizzonti nella cura

Riccione, 15-17 novembre 2018

Società Italiana Cure Palliative

Per informazioni:

Tel. 02566011

sicp2018@aimgroup.eu

41° Congresso Nazionale della Sito

Bologna, 15-17 novembre 2018

Società italiana trapianti d'organo

Per informazioni:

Tel. 06328121

Fax 0239293109

info2018@congressosito.it

20° Congresso nazionale Aiom

Roma, 16-18 novembre 2018

Associazione Italiana di Oncologia Medica

Per informazioni:

Tel. 068553259

Fax 068553221

info@aiomservizi.it

44° Congresso Nazionale Anmdo

Governare l'Ospedale del futuro. L'Innovazione: sfida e opportunità

Padova, 19-21 novembre 2018

Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

Per informazioni:

Tel. 051230385

Fax 051221894

info@noemacongressi.it

5° Congresso Nazionale Sir

Rimini, 21-24 novembre 2018

Società Italiana di Reumatologia

Per informazioni:

Tel. 02566011

Fax 0270048578

sir2018@aimgroup.eu

63° Congresso Nazionale Sigg

Roma, 28 novembre - 1 dicembre 2018

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria Sigg

Per informazioni:

Tel. 06 33053-1

Fax 06 3333650

sigg2018@aimgroup.eu

39° Congresso Nazionale Sifo

Napoli, 29 novembre - 2 dicembre 2018

Società Italiana Farmacie Ospedaliere

Per informazioni:

Tel. 06 33053-1

Fax 06 3333650

sifo2018@aimgroup.eu

79° Congresso Nazionale Sic

Roma, 14-17 dicembre 2018

Società Italiana di Cardiologia

Per informazioni:

Tel. 06330531

Fax 0623325622

sic2018@aimgroup.eu

Bersaglio mobile, thriller contro il cancro

"Un vincitore è semplicemente un sognatore che non si è mai arreso". Questa frase attribuita a Nelson Mandela sarebbe la più felice sintesi del nuovo libro di Alberto Mantovani: "Bersaglio mobile. Il ruolo del sistema immunitario nella lotta contro il cancro", appena pubblicato da Mondadori. Nella quarta di copertina, non a caso, si legge: "Il sogno dei padri della medicina, agli inizi del Novecento, era sconfiggere il cancro, utilizzando le nostre difese naturali, ovvero le armi del sistema immunitario. Oggi questo sogno è realtà".

Infatti, come racconta nel volume, la pervicacia di generazioni di camici bianchi e di ricercatori ha trasformato il "male incurabile" in una patologia cronica, in una esperienza che il 60% delle persone che ne vengono colpite, riescono a superare. Nel corso del tempo, per inseguire il "farabutto", le tecniche si sono via via affinate e l'autore, direttore scientifico dell'Istituto Clinico Humanitas, ne dà conto attingendo a storie personali e a un'aneddotica raccolta durante la sua carriera in Italia, Stati Uniti, Regno Unito.

Ma è nel recente passato che il sogno dei padri della medicina raggiunge il punto di svolta, con l'immunoterapia, gli anticorpi, i vaccini e le terapie personalizzate.

Tuttavia, in attesa che la pervicacia dei camici bianchi e dei ricercatori arrivi a trasformare il cancro in una patologia che si può prevenire e dalla quale si possa guarire nel cento per cento dei casi, il "farabutto" sfrutta le armi della disinformazione in questa guerra sporca contro la salute delle persone. Così, come nei thriller spionistici più avvincenti, le notizie messe in rete ad arte per distrarre o condizionare le scelte tattiche dell'avversario, la fanno da padrone. Sono le famigerate fake news, lasciate



Alberto Mantovani.
Bersaglio mobile - Il ruolo del sistema immunitario nella lotta al cancro.
Edizioni Mondadori

germogliare nel terreno fertilissimo della disperazione e della diffidenza verso la medicina "ufficiale". Ed ecco allora, a ondate, cure faidate, guaritori al limite dello sciamanesimo e letture complottiste contro questa o quella terapia, alla perenne ricerca di abbrivi verso la guarigione, meglio se attraverso una strada alternativa. Degli esiti di queste cure naïf spesso ne danno conto le pagine di cronaca dei quotidiani: uomini e donne che, sovente attingendo alla "intelligenza collettiva dei social network", pagano con la vita questa scelta.

Mantovani, in questa guerra contro la malattia, non si limita a descrivere il campo di battaglia, ma illustra anche le linee strategiche di azione, anticipando quel che ci dobbiamo aspettare dalla ricerca. Il volume si chiude con un fermo richiamo a quel che ogni medico e ogni cittadino nato nella parte "fortunata" del mondo: l'importanza della condivisione, vale a dire l'impatto globale delle terapie immunologiche e antitumorali. Un imperativo etico volto ad abbattere le disuguaglianze, da declinare anche in chiave interregionale.

M.M.



SOLVING TEAM

SOFTWARE PER LE ISTITUZIONI

Creiamo soluzioni software per la Pubblica Amministrazione, utilizzando tecnologie di ultima generazione e metodologie innovative.

Utilizziamo metodologie di sviluppo Agile, quali Test Driven Development e Refactoring, e i più moderni strumenti di mercato quali: Spring, Grails, Groovy, Maven, Sonar, Jmeter e Hyperic.

Via Mosca, 52 - 00142 Roma - Tel. + 39 0651607174 - Fax +39 065137499 - jobs@solvingteam.it

www.solvingteam.it