



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

16 Maggio 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

LIVESICILIA

FONDATO DA FRANCESCO FORESTA

Palermo, al Policlinico nasce l'ambulatorio di nefro-cardiologia



La nuova struttura sarà operativa dal 24 maggio e gestita da Caterina Carollo, Santina Cottone e Salvatore Evola

16 MAGGIO 2023

PALERMO – Le cure del nefrologo e del cardiologo in un'unica visita ambulatoriale. Dal prossimo 24 maggio, alle ore 14.30, al Policlinico avrà inizio l'attività dell'"Ambulatorio di Nefro - Cardiologia" destinato alla gestione ambulatoriale dei pazienti affetti da malattia renale cronica e da cardiopatie. L'attivazione dell'ambulatorio consentirà al paziente nefropatico-scompensato di usufruire, nell'ambito di un'unica visita, della consulenza specialistica di un nefrologo e di un cardiologo, che valuteranno congiuntamente il paziente, ottimizzando in tal modo la gestione clinica e l'articolata terapia renale e cardiovascolare di cui necessita. L'iniziativa, che nasce dalla collaborazione tra l'UOSD di Nefrologia e quella di Emodinamica, riempie un vuoto assistenziale, essendo la prima nel territorio di Palermo. L'ambulatorio sarà gestito da Caterina Carollo, dirigente medico e ricercatrice universitaria della unità operativa semplice dipartimentale



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

(UOSD) di Nefrologia e Dialisi diretta dalla professoressa Santina Cottone, e da Salvatore Evola responsabile dell'unità operativa di Emodinamica. Le visite si svolgeranno tutti i mercoledì dalle ore 14:30 alle 19:00 presso gli ambulatori dell'UOSD Nefrologia e Dialisi (plesso 15) e saranno prenotabili tramite CUP. "Siamo veramente felici di poter presentare questo ambulatorio multidisciplinare in un momento in cui le fragilità aumentano e necessitano di attenzione e risposte - affermano Caterina Carollo e Salvatore Evola - .Da anni condividiamo la gestione delicata e complessa di questi pazienti, ed è arrivato il momento di strutturare questa collaborazione per realizzare un servizio ordinato ed efficiente che possa sempre più avvicinare questo Policlinico al territorio per offrire al paziente un'opportunità di cura, al Medico di famiglia un supporto concreto e alla nostra Azienda ospedaliera universitaria un'opportunità assistenziale e di ricerca di cui si sentiva il bisogno. Ringraziamo la professoressa Cottone che ha da subito creduto nel progetto, dandoci la disponibilità di spazi e risorse, e tutti coloro che ci hanno supportato e aiutato". Nella ricetta del medico curante dovrà essere richiesta una visita nefrologica e il quesito diagnostico dovrà riportare "paziente cardiorenale indirizzato all'ambulatorio di Nefro - Cardiologia". Il Commissario del Policlinico, Maurizio Montalbano, commenta: "L'attivazione di questo ambulatorio ha l'obiettivo di offrire percorsi diagnostici e terapeutici integrati e ritagliati sulle reali esigenze del paziente. Nell'ambulatorio, che sarà gestito da professionisti di grande competenza, il paziente, che in un'unica visita riceverà più prestazioni, sarà al centro del lavoro congiunto dei diversi specialisti in un approccio interdisciplinare finalizzato a migliorare cure e prestazioni e aumentare il suo benessere e la qualità di vita".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Boom di test per lo streptococco in farmacia, +2.000% nel 2023

16 Maggio 2023



È esponenziale la crescita registrata quest'anno per i test per lo streptococco eseguiti in farmacia: se da ottobre 2021 a marzo 2022 ne erano stati venduti 3.857 in Italia, da ottobre 2022 a marzo 2023, sono stati 77.661 pari a un aumento del 1.913%. Lo indicano i dati elaborati per ANSA da Iqvia, provider globale di dati e analisi in ambito sanitario e farmaceutico. Di pari passo, come emerge dai dati, crescono le vendite degli antibiotici indicati contro questo batterio, ovvero l'amoxicillina: da novembre 2021 a marzo 2022 sono state vendute 11,9 milioni di dosi a fronte delle 16,4 milioni del periodo novembre 2022 - marzo 2023, pari al +38% nel 2023. Tenendo in considerazione che questo antibiotico viene comunque utilizzato anche per altre indicazioni, è possibile ritenere che l'ampia diffusione dello streptococco A a cui abbiamo assistito negli ultimi mesi e a cui stiamo ancora assistendo, sia una delle motivazioni della crescita, spiegano da Iqvia.

Padova Zaia: una nuova frontiera
**Trapiantato un cuore
 fermo da 20 minuti,
 prima volta al mondo**

di **Ruggiero Corcella** e **Alessandro Fulloni**

Un cuore fermo da 20 minuti ha ridato la vita a un uomo in lista per il trapianto. L'operazione a Padova. Zaia: momento storico.
 a pagina 23

Padova, trapiantato un cuore fermo da venti minuti

«Nessuno si era spinto oltre»

L'operazione del professor Gerosa: nuove speranze per i malati

«Per la prima volta in Italia siamo riusciti a effettuare un trapianto di cuore, prelevato da un donatore a cuore fermo. Ma possiamo aggiungere di aver anche sovvertito un paradigma a livello mondiale, dimostrando che è possibile trapiantare un cuore rimasto fermo dopo 44 minuti di arresto anossico e ripartito funzionando come un cuore praticamente normale». Così il professor Gino Gerosa, direttore del Centro di Cardiocirurgia «Gallucci» dell'Aou di Padova commenta il risultato straordinario ottenuto insieme alla sua équipe.

Il cuore è stato prelevato all'ospedale di Treviso verso le 9 del giorno 11 maggio e impiantato in un paziente di 46 anni, cardiopatico congenito, già operato due volte e in attesa di trapianto. L'intervento si è concluso alle 9 di sera e in tutto, fra Treviso e Padova, sono stati coinvolti una trentina fra medici, cardiocirurghi, anestesisti, tecnici di perfusione, infermieri e operatori socio-sanitari. «Il paziente è in buone condizioni. Ha un decorso post operatorio regolare, identico a quello di un pa-

ziente trapiantato di cuore con un donatore in morte cerebrale», racconta il professor Gerosa.

L'eccezionalità della procedura sta appunto nella tempistica. In Italia, perché si possa verificare la possibilità di prelevare organi a scopo di trapianto, il potenziale donatore deve essere deceduto. La morte di una persona può essere accertata con criteri neurologici (nota come «morte cerebrale») e con criteri cardiaci.

La donazione a cuore fermo può avvenire solo dopo che un medico abbia certificato la morte mediante l'esecuzione di un elettrocardiogramma (Ecg) protratto per un tempo di almeno 20 minuti. Nella maggior parte dei Paesi europei questa finestra di osservazione è di 5 minuti.

Da noi, il trapianto a cuore fermo è già utilizzato per il prelievo di fegato, polmone e reni. All'estero, invece, da tempo si effettua anche per utilizzare il cuore. «In Australia, ad esempio, il St Vincent's Hospital di Sydney ne ha eseguiti 43 con una sopravvivenza a un anno del 98% e nel Regno Unito, al Royal Papworth

Hospital di Cambridge, 79 con una sopravvivenza a un anno del 91%», spiega il professor Gerosa. «Con la differenza sostanziale che in Australia la registrazione dell'Ecg è di 2 minuti e nel Regno Unito di 5 minuti». «Effettuando il primo trapianto di cuore in Italia con la legislazione attuale, abbiamo invece dimostrato che anche con 40 minuti di ischemia il cuore può tollerare», aggiunge.

Come è stato possibile? «Da diversi mesi lavoravamo sia in ambito sperimentale sia clinico, mettendo a punto una tecnica che ci ha permesso di ricondizionare il cuore e che si è rivelata di fatto efficace», continua Gerosa. Dopo 44 minuti dall'arresto il cuore è stato perfuso, utilizzando la cir-



colazione extracorporea, iniettando anche una soluzione particolare per ridurre il rischio di ischemia.

«Dopo averlo perfuso per circa due ore, sempre all'interno del donatore cadavere, ne abbiamo valutato la funzione di pompa. Era estremamente soddisfacente, quindi abbiamo prelevato l'organo, trasportato a Padova e trapiantato».

Grazie a questa tecnica, si aprono adesso nuove opportunità. «Dati internazionali ci dicono che l'utilizzo di cuori da questo tipo di donatori po-

trebbe portare a un incremento del 30% del numero di trapianti di cuore, e questo potrebbe sicuramente migliorare il soddisfacimento dei pazienti in attesa di un trapianto», sottolinea il direttore del Centro nazionale trapianti (Cnt), Massimo Cardillo.

Nel nostro Paese oggi sono 600 i pazienti in lista d'attesa e ogni anno si effettuano circa 250 interventi. Purtroppo molti malati muoiono e non riescono ad arrivare al trapianto.

Ruggiero Corcella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

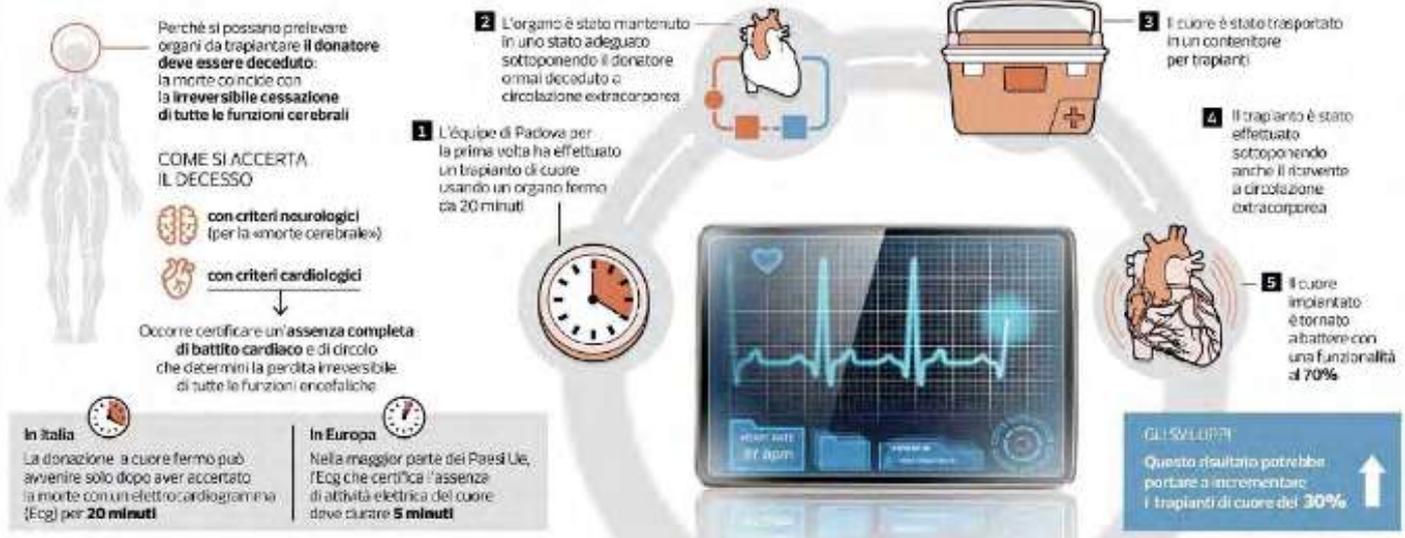


Primario
Gino Gerosa,
responsabile
del Centro di
Cardiochirurgia di Padova



In sala operatoria L'équipe del Centro di Cardiochirurgia «Gallucci» di Padova

Come funziona





PADOVA

Cuore fermo 20 minuti poi il trapianto record

Salinaro a pagina 14

Il cuore smette di battere per 20 minuti Poi a Padova riesce il trapianto record

VITO SALINARO

Quasi 40 anni fa, il 14 novembre 1985, il primo trapianto di cuore nel nostro Paese fu eseguito nell'Azienda Ospedale Università di Padova dal cardiocirurgo Vincenzo Gallucci, che reimpiantò nel petto del falegname Ilario Lazzari l'organo di un giovane donatore morto in un incidente. Giovedì scorso, 11 maggio, nello stesso ospedale, un cuore fermo da 20 minuti da un donatore ormai deceduto è stato trapiantato con successo su un uomo di 45 anni. «Per primi al mondo - dice entusiasta il direttore della Cardiocirurgia del nosocomio veneto, Gino Gerosa - abbiamo dimostrato che si può utilizzare per un trapianto cardiaco un cuore che ha cessato ogni attività elettrica da 20 minuti». In passato era accaduto che fossero stati eseguiti trapianti con cuore "fermo" da pochi minuti. Ma fino a giovedì nessuno era riuscito ad eseguire un trapianto cardiaco oltre i 20 minuti dalla morte cardiaca, un tempo in Italia imposto dalla legge. Il prelievo era effettuato soltanto per morte cerebrale, con il cuore ancora in attività. In questo caso, il donatore era un uomo colpito da "morte cardiaca", con contestuali,

irreversibili danni cerebrali, da rendere vano ogni accanimento terapeutico. L'équipe di Padova è riuscita dunque a far battere nuovamente, nel torace di un paziente, un cuore rimasto per tutti quei minuti senza alcuna attività elettrica. Il primo caso in Italia, il primo al mondo con tempi di riattivazione del muscolo cardiaco così lunghi. Il ricevente, un 45enne, già operato in età pediatrica, e in lista d'attesa da 2 anni, resta in terapia intensiva, ma il decorso è regolare, «il cuore funziona molto, molto bene», assicura Gerosa. L'eccezionalità sta proprio nei tempi, aggiunge il cardiocirurgo: «Nel mondo il trapianto di cuore da donatore in arresto cardiocircolatorio è realtà già da un po' ma è autorizzato dopo 3-5 minuti dalla constatazione di elettrocardiogramma piatto. In Italia la legge impone di aspettarne 20». Tempi così lunghi che si pensava non si potesse fare, «ma noi - riferisce Gerosa - ci abbiamo creduto e, una volta avuta l'autorizzazione dal Centro nazionale trapianti (Cnt, ndr), ci siamo riusciti al primo tentativo». È importante ribadire, sottolinea il Cnt, che la morte di un individuo è unica e coincide con la totale e irreversibile cessazione di tutte le

funzioni cerebrali. Infatti, per determinare la morte con criteri cardiologici occorre osservare un'assenza completa di battito cardiaco e di circolo per almeno il tempo necessario perché si abbia con certezza la necrosi encefalica tale da determinare la perdita irreversibile di tutte le funzioni encefaliche. Per questo, fa sapere il Cnt, la donazione a cuore fermo può avvenire solo dopo che un medico abbia certificato la morte mediante l'esecuzione di un elettrocardiogramma protrato per un tempo di almeno 20 minuti (nella maggior parte dei Paesi europei è di 5 minuti). Questo è considerato il tempo di anossia, trascorso il quale si considera vi sia certamente la morte dell'individuo. «Un risultato straordinario - dichiara ancora Gerosa, pioniere degli studi sul cuore artificiale - che potrebbe portare ad un incremento del 30 per cento del numero di organi disponibili per i pazienti in lista di attesa». Si tratta, tuttavia, «di una goccia d'acqua aggiunta in quel secchiello che ci serve a dare risposte terapeutiche ai pazienti affetti da scompenso cardiaco terminale che sono in attesa di un cuore». La vera soluzione, conclude il primario, «giungerà quando avremo a disposizione un cuore artifi-





ciale, totale, italiano. La risposta sarà un cuore meccanico, prontamente disponibile, sullo scaffale. Allora non saremo più costretti ad aspettare la morte di un donatore per dare una soluzione a chi attende il trapianto».

Dal canto suo, il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, intervenuto a Padova alla conferenza di stampa di presentazione del trapianto, evidenzia che «ancora una

volta è la sanità del Veneto a varcare una nuova frontiera della medicina. Da oggi la cardiocirurgia non sarà più come prima, perché si apre una prospettiva che può ridare speranza a tanti malati che attendono un trapianto di cuore». Dal governatore sono arrivati i ringraziamenti anche al direttore dell'Anestesia e rianimazione

dell'ospedale Ca' Foncello di Treviso, Paolo Zanatta, che ha eseguito il prelievo dell'organo.

MEDICINA

Per la prima volta al mondo una riattivazione dell'organo dopo un tempo così lungo. Il direttore della Cardiocirurgia, Gerosa: «Intervento straordinario, così si apre la strada per trattare più pazienti in attesa»



A Padova il primo trapianto di un cuore fermo



I QUATTRO SINTOMI

Come capire se hai un tumore al colon

MELANIA RIZZOLI

→ a pagina 17

Una malattia in continuo aumento fra gli under 50 Ecco come capire in tempo che c'è un tumore al colon

I sintomi principali sono quattro: mal di pancia durante la digestione, tracce di sangue sulla carta igienica, dissenteria altalenante, spossatezza. Essenziali i controlli preventivi

MELANIA RIZZOLI

■ Compaiono fino a due anni prima della manifestazione conclamata della malattia, e durante questo periodo troppo spesso vengono ignorati o minimizzati dalla maggior parte dei pazienti, soprattutto nei soggetti sotto i 50 anni, nei quali il cancro del colon si registra in continuo aumento in tutto il mondo.

Dolore addominale post-prandiale o mal di pancia durante la digestione, tracce di sangue sulla carta igienica o più evidente sanguinamento anale scambiato per stitilicidio emorroidario, diarrea alternante ad alvo regolare e mancanza di forze diurna dovuta a bassi livelli di globuli rossi e ferro.

Sono questi i quattro sintomi principali che possono far sospettare una patologia neoplastica del colon, i quattro campanelli di allarme molto specifici che, se presenti tutti insieme, devono obbligare chi li presenta ad eseguire una colonscopia urgente. È quanto sottolinea uno studio della Washington University School of Medicine pubblicato sul Journal of the National Cancer Institute, evidenziando che attualmente la neoplasia del colon non è più una patologia dell'età avanzata, ma si presenta sempre più spesso nelle persone tra i 40 e i 50 anni, con sintomi

molto significativi dai due anni ai tre mesi prima della diagnosi, un tempo non indagato medicalmente o strumentalmente, che sovente lascia il tempo al tumore di crescere indisturbato. Questo perché nelle fasi iniziali della malattia, quando il tumore è ancora piccolo e non dà segni della sua presenza e crescita, il paziente è asintomatico e non si accorge di nulla. Ed è il motivo per cui molti individui più giovani, arrivati al momento della diagnosi, presentano una malattia neoplastica più avanzata rispetto a quella che normalmente si riscontra nelle persone più anziane, che si sottopongono regolarmente a screening preventivi.



I ricercatori dello studio succitato hanno infatti analizzato oltre 5mila diagnosi di pazienti che hanno sviluppato il tumore del colon e del retto prima dei 50 anni, ed è emerso che i 4 sintomi erano presenti nella quasi totalità dei soggetti, ed è stato verificato che la presenza di uno solo dei segnali in genere

raddoppia il rischio di tumore, quella di due sintomi presenti contemporanea fa salire il rischio di 4 volte, quando i sintomi sono tre lo stesso rischio si innalza ma 6,52 volte, mentre la manifestazione dei quattro sintomi rende certa la diagnosi clinica prima ancora di quella strumentale ed istologica.

Le più comuni manifestazioni cliniche del cancro del colon sono innanzitutto il cambiamento delle abitudini intestinali, come per esempio l'alternanza ingiustificata della diarrea con la stipsi, o le variazioni di consistenza e forma delle feci, quando il cilindro fecale appare deformato, spezzettato o nastriforme, oltre al sanguinamento rettale che vernicia le feci, al dolore addominale dopo i pasti sotto forma di crampi o coliche, e al gonfiore addominale che costringe il soggetto ad allentare o liberarsi della cintura dei pantaloni.

Naturalmente i sintomi di questa pa-

tologia compaiono dopo qualche tempo dall'insorgenza della malattia, e variano in base alla sua localizzazione lungo il decorso dell'intestino, ma in genere la prima manifestazione clinica è l'anemia, dovuta alle piccole e ripetute perdite di sangue, cosa che comporta affaticamento durante le normali attività, stanchezza, spossatezza, talvolta dispnea (affanno a salire le scale), pallore delle mucose, del palmo delle mani, della congiuntiva degli occhi, e perdita di peso corporeo involontaria, senza restrizioni alimentari.

I sintomi del cancro del colon ascendente (quello della parte destra dell'addome) compaiono sempre in ritardo, quando la malattia è già avanzata, e sono di tipo gravativo od oppressivo, mentre quelli del colon discendente, della parte sinistra dell'addome, sono spesso di tipo ostruttivo od occlusivo, con difficoltà nell'evacuazione, con alternanza di diarrea e stipsi, e gonfiore addominale spesso doloroso, dovuto all'impedito transito fecale per il restringimento del colon a causa del tumore infiltrante. Se la neoplasia invade il retto, ovvero la parte terminale dell'intestino in prossimità dello sfintere anale, il paziente accuserà un senso

di peso a livello rettale, spesso accompagnato da fastidio, tenesmo (stimolo continuo alla evacuazione) e prurito

anale, come se non fosse completato lo svuotamento dell'ampolla rettale, cosa che la maggior parte dei pazienti attribuisce autonomamente ad infiammazione emorroidaria, sovente concomitante e dovuta alla pressione vascolare della patologia sovrastante.

Le linee guida sanitarie delle varie regioni italiane stanno convergendo per estendere il programma di screening di questo tipo di tumore a partire dai cittadini 40enni fino ai 74enni, con

l'esame del sangue occulto nelle feci (SOF) da eseguire ogni due anni, e, per chi registra familiarità neoplastica colica, con l'invito ad eseguire la colonscopia dai 40 anni ogni 5 anni.

Secondo i dati AIOM il tumore del colon-retto in Italia è il secondo più frequente tra i maschi (12%) dopo quello della prostata e tra le femmine (11,2%) dopo quello della mammella, ed ogni anno nel nostro Paese vengono diagnosticati oltre 48mila casi, con un aumento negli individui con meno di 50anni non coperti dallo screening preventivo.

SEGNALE D'ALLARME

In genere la prima manifestazione clinica è l'anemia, dovuta alle piccole e ripetute perdite di sangue

PREVENZIONE

Le regioni Italiane stanno convergendo per estendere il programma di screening a partire dai 40enni fino ai 74enni



Mercato e risorse
La sanità digitale
ha poco sprint:
+7% rispetto al 2021

Francesca Cerati — a pag. 22

Sanità digitale, non c'è il cambio di passo: +7% rispetto al 2021

Mercato e risorse. L'impatto del Pnrr non è ancora tangibile, ma per le strutture sanitarie le priorità su cui investire sono cartella clinica, fascicolo sanitario, telemedicina e servizi digitali al cittadino

Francesca Cerati

In Italia, il mercato della Sanità digitale, nel 2022, è di 1,8 miliardi di euro, +7% rispetto al 2021. Il tanto atteso cambio di passo che la Missione 6 Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) avrebbe dovuto imprimere agli investimenti in questo ambito non è quindi tangibile, anche perché le gare più rilevanti sui fondi regionali non sono ancora uscite. E se gli investimenti in telemedicina e sul fascicolo sanitario si vedranno nei prossimi mesi, possiamo già anticipare che per i decisori delle strutture sanitarie, sono due gli ostacoli sull'utilizzo delle risorse del Pnrr: la difficoltà di comprendere come "mettere a terra" questa opportunità (49%) e le limitate risorse economiche (58%).

Nonostante le incertezze, per le strutture sanitarie le priorità imprescindibili per attuare la trasformazione digitale e su cui investire nel 2023 sono: cartella clinica elettronica, fascicolo sanitario elettronico (Fse), servizi digitali al cittadino e di telemedicina, ma anche cybersecurity e infrastrutture di rete. Anche perché la domanda di Sanità digitale nel nostro Paese è sempre più forte e il panorama delle tecnologie per l'assistenza domiciliare alla persona - che consentirebbero di rendere la casa il "primo luogo di cura" - si sta ampliando sempre di più: dalle App per la salute e i wearable per il monitoraggio dei dati clinici, alla domotica assistiva per la popolazione più anziana o fragile.

Anche se alcune tecnologie a supporto del paziente a domicilio sono

già abbastanza diffuse, come le App per la salute (utilizzate dal 38% dei pazienti) o i dispositivi indossabili per monitorare i parametri clinici (29%), a incuriosire i pazienti sono quelle più innovative come la realtà virtuale o aumentata (di interesse per il 49% dei pazienti) e gli assistenti vocali (47%). Si tratta di un mercato dalle grandi potenzialità, vista anche la crescita di startup e di progetti europei attivi su questo tema.

Questi i risultati che emergono dalla ricerca dell'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico di Milano che verranno presentati giovedì, 18 Maggio e che vede tra le sorprese la ripresa della Telemedicina, tornata quasi ai livelli della pandemia. Questo è dovuto al fatto che anche le aziende private hanno iniziato a investire a prescindere dal Pnrr e gli stessi medici anche se sono ritornati in presenza hanno ricominciato a usarla. Lo stesso non si può dire del Fse, che dopo un'impennata di utilizzo durante il Covid, nell'ultimo anno si è avuta una sostanziale "frenata" alla sua diffusione. Il 35% dei cittadini ha fatto almeno un accesso al Fse (vs 33% rilevato nel 2022) e la maggior parte di questi (53%) afferma di averlo usato solo per le funzionalità legate all'emergenza Covid (Green Pass, certificati vaccinali, referto dei tamponi).

Stanno invece diventando molto popolari le soluzioni che prevedono l'utilizzo di strumenti di Intelligenza artificiale (AI) in grado di analizzare grandi moli di dati e di personalizzare la cura al paziente. Le applicazioni di

Ai più diffuse sono quelle per analizzare immagini e segnali a scopi diagnostici o di trattamento. La ricerca del Politecnico evidenzia che circa un terzo delle strutture sanitarie dice di aver avviato le prime sperimentazioni in questa direzione e il 60% dei medici di considerarle come le più promettenti per il futuro.

Per quanto riguarda invece i Chatbot progettati per rispondere ai quesiti emulando la conversazione umana come ChatGpt, Med-PaLM, l'opinione è che potrebbero rappresentare una grande opportunità in ambito sanitario, ma su cui non mancano preoccupazioni, soprattutto dal punto di vista etico e legale. Ad oggi infatti solo 1 medico su 10 ha utilizzato Chatbot per cercare articoli scientifici, seguiti da ricerche che forniscono sintesi sulle evidenze cliniche rispetto a una determinata patologia, quindi la buona notizia è che non stiamo parlando di scelte clinico assistenziali o cure del paziente, per le quali questi strumenti non vengono praticamente utilizzati. Il problema per i professionisti è piuttosto il possibile inappropriato impiego dei chatbot da parte dei cittadini/pazienti, sulla scia del "dottor Google": lo è per il 65% dei medici specialisti e per il 72% dei medici di medicina generale. Non emerge, infine, la preoccupazione sul fatto che l'AI possa sostituire, anche in parte, il lavoro del medico: solo il 17% degli specialisti e il 25% dei medici di base ne ha timore.

ILLUSTRAZIONE: ROBERTA



Come integrare la telemedicina nel percorso assistenziale

Modello strategico Dati e soft skill

La tecnologia non basta. Affinché il servizio di telemedicina sia correttamente integrato nel percorso di cura del paziente occorre identificare in anticipo gli ambiti strategici e gli obiettivi che si vogliono raggiungere. A questo scopo l'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico rispetto a quella che sarà l'architettura della telemedicina, ha sviluppato un modello che, oltre a mappare il livello di sviluppo di specifici servizi, fornisce una chiave di lettura utile a identificare le aree di intervento necessarie a dare impulso a questa innovazione. Il modello si compone di 4 macro-ambiti (tecnologie e applicazioni abilitanti; raccolta e valorizzazione dei dati; ruoli, processi e organizzazione; cultura e competenze) che devono essere sviluppati in modo coerente tra di loro.

Spiega Chiara Sgarbossa, direttore dell'Osservatorio: «Il 40% delle strutture sanitarie che offre servizi di telemedicina lo fa attraverso diverse piattaforme non integrate tra loro e solo nel 30% dei casi queste piattaforme sono integrate con altri sistemi aziendali (cartella clinica elettronica, sistemi dipartimentali, ecc.), limitando la possi-

bilità di accedere a diversi dati e documenti del paziente e di valorizzarli. I servizi di telemedicina, inoltre, devono essere erogati attraverso piattaforme dedicate, e quindi con caratteristiche tecnologiche appropriate, anche in termini di rispetto della sicurezza e della privacy. Ad oggi, però, solo il 39% dei medici specialisti e il 34% dei Mmg dichiara di utilizzare questo tipo di piattaforme». E poi ci sono gli aspetti più gestionali. «Occorre inserire la telemedicina come parte di un servizio erogato nel Pdta e identificare in quale fase del processo di cura è corretto o meno utilizzare ad esempio una tele visita, per quale tipologia di paziente e per quali patologie. Inoltre, serve creare anche dei ruoli ad hoc sia per la gestione del servizio sia per la gestione tecnica della piattaforma - precisa Sgarbossa - Infine, affinché la telemedicina venga utilizzata in modo diffuso e corretto serve un "abilitatore" cioè cultura e competenze. Tutti (dai professionisti sanitari, all'azienda sanitaria fino alla regione) devono essere convinti che questo servizio possa migliorare i processi di cura e promuoverne l'utilizzo. E in tema di competenze dei profes-

nisti sanitari, oltre a quelle tecniche, si rilevano ancora gap rispetto ad alcune soft skill, tra cui la capacità di comunicare da remoto con il paziente». In sintesi, per un utilizzo efficace delle piattaforme di telemedicina, i professionisti sanitari dovranno poter accedere facilmente a dati e documenti digitali del paziente, che sarà possibile anche grazie ai ruoli di integrazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina e del Fascicolo sanitario elettronico 2.0, previsti nell'ambito del Pnrr.

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Affinché la telemedicina venga utilizzata in modo diffuso e corretto serve un "abilitatore" cioè cultura e competenze



CHIARA SGARBOSSA
Direttore
Osservatorio
Innovazione
Digitale in Sanità
del Politecnico di
Milano



SUMMIT DOPO LA PANDEMIA

Il G7 dei ministri della Salute apre ai fondi di privati e «filantropi»

✿ Era il primo vertice dei ministri della Salute del G7 dall'inizio della pandemia quello che si è concluso ieri a Nagasaki, in Giappone. I padroni di casa, insieme con i rappresentanti di Usa, Canada, Regno Unito, Germania, Francia e Italia, hanno approvato un documento in cui viene tracciata la futura architettura sanitaria globale. «Abbiamo condiviso un documento che pone le basi per un'efficace azione volta a rafforzare la salute globale e l'universalità della copertura sanitaria», ha commentato il ministro della Salute italiano Orazio Schillaci.

«Prevenzione, innovazione, equità, investimenti sulla forza lavoro sono alcuni dei punti su cui abbiamo espresso la posizione dell'Italia nell'ottica di un approccio collaborativo». Vale «filantropi»

Nel documento approvato dai Sette si fa riferimento alla necessità di valorizzare il ruolo dei privati (soprattutto in caso di nuove emergenze), senza però menzionare il rischio di conflitti di interesse. Già oggi proviene da donatori privati l'80% dei finanziamenti di cui beneficia l'Organizzazione mondiale della sanità. «Riconosciamo

che la partecipazione e la collaborazione [...] che coinvolge il settore pubblico, il settore privato, le organizzazioni filantropiche, i partner accademici, le comunità e le organizzazioni della società civile, è essenziale, in particolare durante le emergenze sanitarie, per la ricerca e lo sviluppo, la produzione, l'accesso equo e la consegna rapida» di medicinali e vaccini, si legge nel documento.



La desertificazione dei medici di famiglia non si ferma più

Le previsioni. Continua l'esodo dei camici bianchi a causa dei pensionamenti: ne resteranno operativi solo 36mila nel 2025, il 15% in meno rispetto al 2019

Marzio Bartoloni

La grande emorragia dei medici di famiglia non si arresta più e continuerà almeno fino al 2025 quando ce ne saranno a disposizione degli italiani soltanto 36628 (erano oltre 46mila nel 2002). Si tratta di una vera e propria desertificazione di ambulatori e studi medici sul territorio che è cominciata da tempo e si è acuita in questi ultimi anni a causa del maxi esodo di camici bianchi che vanno in pensione in massa con i "ricambi" che non sono sufficienti a riempire i buchi lasciati da chi è uscito.

I medici di medicina generale sono infatti passati dai 42.428 del 2019 ai 40.250 del 2021, 2.178 in meno nel giro di tre anni con l'aggravante che la maggior parte di loro ha oltre 25 anni di anzianità di servizio. E infatti le uscite continueranno come ha calcolato l'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, in un nuovo report nel quale si stima - sulla base dei pensionamenti e dei nuovi ingressi con i corsi di formazione già previsti - che fino al 2025 non saranno rimpiazzati ben 3632 "generalisti": da qui il totale di poco più di 36mila medici che resteranno ancora in pista tra due anni. Un fenomeno questo che colpisce anche i colleghi pediatri di libera scelta, passati da 7.408 del 2019 al 7.022 del 2021 (386 in meno).

Questi numeri spiegano bene le difficoltà di tanti italiani a trovare il proprio dottore di fiducia che spesso si vede costretto all'over booking e cioè a superare quel massimale di 1.500 assistiti fissato dai tetti. E con il calo costante dei prossimi anni il fenomeno dalla caccia al medico di famiglia (o al pediatra) non potrà che peggiorare. Soprattutto in alcune zone d'Italia più colpite da questa emorragia. Ci sono infatti grandi dif-

ferenze con Regioni che come Lombardia, Veneto, Friuli, Emilia e Campania contano intorno a 6 medici di famiglia ogni 10mila abitanti contro gli oltre 8 di Umbria, Molise, Abruzzo, Basilicata e Sicilia. E così a fronte di 40.250 dottori complessivi operativi nel 2021 la media di italiani assistiti per ognuno di loro è di 1.237 con il valore più alto al Nord (1.326), rispetto al Centro (1.159) e al Sud (1.102). Numeri che rappresentano solo delle medie con Regioni che comunque sono a un passo dal massimale di 1.500 pazienti per medico soprattutto al Nord: oltre al record del Trentino Alto Adige con 1.454 pazienti per medico ci sono anche grandi Regioni come la Lombardia (1.450) o il Veneto (1.370), ma le anche la Calabria con la Sanità commissariata che nel 2021 contava bene 1.423 assistiti per ogni medico di famiglia.

«Il problema - precisa Anna Lisa Mandorino, segretario generale di Cittadinanzattiva che nei giorni scorsi ha presentato il suo rapporto salute 2023 - è che spesso le mancanze di medici di famiglia sono concentrate in alcune zone più periferiche del paese, che abbiamo definito per questo Deserti Sanitari. In particolare, sono carenti, specialmente nelle zone a bassa densità abitativa o con condizioni geografiche disagiate, rurali e remote. Ma il problema sta iniziando a interessare anche le grandi città».

Una boccata d'ossigeno per invertire questa tendenza è attesa con la formazione delle nuove leve che potranno sfruttare le 900 borse in più all'anno approvate dal precedente Governo con i fondi del Pnrr che si sommano ai finanziamenti ordinari: per tre anni e cioè fino al 2025 le borse passano da 1.879 a un totale di 2.779. Il concorso è partito lo scorso

marzo (in forte ritardo) e potrebbe non aver riempito tutti i posti.

In ogni caso l'emergenza della Sanità territoriale che dal 2026 vedrà l'attesa apertura di oltre 1400 Case di comunità, resta profonda, come spiega anche il segretario della Fimmg (il principale sindacato di categoria) Silvestro Scotti: «Nel nostro Paese si assiste ad una desertificazione della medicina territoriale, con un forte sbilanciamento di investimenti verso la specialistica che ha limitato gravemente il diritto alle cure dei cittadini, indotti negli anni a rinunciare alla prossimità dell'assistenza e a rivolgersi sempre più spesso al secondo livello, pubblico o privato che sia». «La nostra speranza - conclude il leader della Fimmg - è che questo autorevole rapporto di Agenas diventi il punto di partenza di una programmazione che metta in condizione il territorio di tornare attrattivo, attraverso un necessario reinvestimento di risorse umane ed economiche».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Girardo

Ictus ischemico, scoperte cellule che lo aggravano

A rendere più gravi le conseguenze dell'ictus ischemico negli anziani potrebbe essere un meccanismo immunitario che coinvolge alcuni globuli bianchi immaturi, i neutrofili. Lo hanno scoperto ricercatori dell'Ospedale San Raffaele di Milano in uno studio su modelli animali, pubblicato su *Nature Immunology*, i cui risultati sono stati poi confrontati, con gli stessi esiti, in soggetti anziani. «Proprio come avviene nell'uomo, la

disabilità nel topo dopo l'ischemia cerebrale aumenta con l'avanzare dell'età», dice il coordinatore dello studio Marco Bacigaluppi. La scoperta apre la strada allo sviluppo di nuove terapie per questa malattia.



RICERCA

Pangenoma, la versione più ampia del Dna

Il genoma assemblato da individui di tutto il mondo potrebbe migliorare i test genetici e la ricerca sulle malattie, anche rare. Questo genoma di riferimento, detto pangenoma, è stato presentato su Nature dallo Human Pangenome Reference Consortium, una collaborazione tra 14 istituzioni scientifiche europee e americane che in quattro articoli pubblicati rappresenta la più dettagliata e inclusiva descrizione della variabilità genetica umana mai ottenuta. Un reale progresso che potrebbe migliorare i test genetici per varie malattie e persino fornire nuove informazioni sull'evoluzione umana e sulla biologia. Quando il primo genoma umano è stato pubblicato nel 2001, non era ancora finito. Mancava circa l'8% del suo alfabeto genetico, difficile da leggere con la tecnologia di sequenziamento dell'epoca. Gli scienziati hanno aggiunto a questa "bozza" l'ultimo aggiornamento, noto come GRCh38, rilasciato nel 2017. L'anno scorso, i ricercatori hanno poi pubblicato il genoma umano più completo fino ad oggi, che rappresenta praticamente il 100% della sequenza umana totale. Ma questo genoma di riferimento completo, noto come T2T-CHM13, non

riflette ancora la diversità genetica della nostra specie. Non include le molte versioni dello stesso gene, o alleli, che potrebbero essere presenti in alcune popolazioni ma non in altre. Mancano anche le cosiddette varianti strutturali, grossi pezzi di Dna che potrebbero spiegare perché ognuno di noi è diverso. Per colmare queste lacune, Benedict Paten, genomicista computazionale presso l'Università della California, Santa Cruz (Ucsc), e i suoi colleghi dello Human Pangenome Reference Consortium (Hprc) hanno incorporato genomi raccolti da 47 individui e dai loro genitori, con l'intero gruppo che rappresenta tutti i continenti tranne l'Antartide. Il team Hprc vuole aggiungere altri genomi in futuro e spera di raggiungere l'obiettivo di 350 entro il prossimo anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

