



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**4 Novembre 2024**

**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

## Salute, i medici di Taormina operano al cuore 15 bimbi in Tanzania



TAORMINA (MESSINA) – Sono 15 i bambini operati con successo al cuore in Tanzania dal personale sanitario del Centro cardiologico pediatrico del Mediterraneo in attività presso l'ospedale San Vincenzo di Taormina (Messina). Sono i risultati della missione di cardiocirurgia pediatrica presso l'ospedale "Jakaya Kikwete Cardiac Institute" di Dar es Salaam.

### Le cardiopatie dei bambini

**I bimbi, affetti da cardiopatie congenite** estremamente complesse, sono stati operati in collaborazione con il team locale dell'ospedale tanzaniano.

**I medici del Centro di Taormina** hanno formato negli anni cardiocirurghi, cardiologi, anestesisti e infermieri specializzati sia con missioni in Tanzania, sia presso l'ospedale San Vincenzo.

**La collaborazione vede coinvolta l'associazione umanitaria "Mending Kids International"**, che ha sede a Los Angeles. Ai medici del Centro sono giunte le congratulazioni del direttore esecutivo del ministero della salute della Tanzania, **Peter Kisenge**.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## L'assistenza sul campo

**La maggior parte dei bambini** era ricoverata nel reparto di terapia intensiva pediatrica in condizioni molto gravi e in ventilazione meccanica. La maggior parte aveva meno di un anno di vita.

**Il team del Centro cardiologico pediatrico** nei 10 anni di presenza a Dar es Salaam e nella città di Mwanza ha operato al cuore più di 350 pazienti tutti a titolo gratuito. Il personale sanitario si è recato in Tanzania in regime di volontariato. “Si è trattato di un team medico sanitario ridotto – ha riferito Sasha Agati, primario del reparto di eccellenza taorminese – grazie appunto alla formazione ormai molto avanzata presso l’ospedale tanzaniano”. “In particolare – ha detto – hanno partecipato **Chiara Tornambè** come perfusionista, **Mirko Novelli**, **Gabriele Caporizzo**, **Riccardo Bertozzi** e il reporter medico **Stefano Tirendi**. Questo fa del Centro cardiologico pediatrico del Mediterraneo un leader e un riferimento per il supporto all’attività umanitarie in Africa e nelle regioni del Mediterraneo”.

# LA SICILIA

02/11/2024

## ULTIMATUM DELL'ASSESSORE ALLE ASP: PROPOSTE ENTRO IL 5 Rete ospedaliera, il governo regionale pressa i manager

PALERMO. L'assessorato regionale alla Salute spinge sull'acceleratore per la rimodulazione della rete ospedaliera siciliana e sollecita ciascuna Azienda sanitaria a presentare la propria proposta entro il 5 novembre prossimo. L'ultimatum in una lettera, datata 31 ottobre, che l'assessore, Giovanna Volo, ed il dirigente generale dell'assessorato, Salvatore Iacolino, hanno inviato ai Direttori delle Aziende sanitarie e degli enti del sistema sanitario regionale, oltre che per conoscenza al presidente della Regione, Renato Schifani, e alla commissione Sanità dell'Ars.

Nella missiva, si ricorda che «sono stati nominati i "componenti del Tavolo tecnico per la predisposizione della proposta di rimodulazione della rete ospedaliera", al quale partecipano anche i rappresentanti delle strutture di diritto privato accreditate e contrattualizzate con il Siste-

ma Sanitario Regionale (Acop, Aiop, Aris)». Inoltre, «contestualmente, per accelerare i tempi per la definizione della rimodulazione della rete ospedaliera in atto vigente, si è proceduto a incontrare le singole aziende, al fine di consentire alle direzioni strategiche di presentare le proposte di massima sul nuovo assetto organizzativo di ciascuna Azienda».

«In sede di incontro - si legge nella lettera - è stato convenuto il termine del 31 ottobre per l'acquisizione di una "base tecnica" per singola Azienda, da sottoporre al Tavolo tecnico e agli uffici di questa Amministrazione per l'elaborazione della proposta assessoriale di rimodulazione della rete ospedaliera regionale che, ovviamente, terrà conto della vigente normativa nazionale e regionale e degli indirizzi ministeriali. Tale proposta sarà oggetto del successivo confronto congiunto con le conferenze provinciali dei sindaci e con

tutti gli stakeholder previsti dalla vigente normativa, secondo un cronoprogramma stabilito da questo Assessorato; in esito a tali confronti questa Amministrazione procederà ad elaborare il testo definitivo da sottoporre alla VI Commissione dell'Ars per il prescritto parere e, infine, ai Ministeri affiancanti».

«Si rappresenta l'urgenza di acquisire la proposta di ciascuna Azienda, entro e non oltre il 5 novembre prossimo - conclude la lettera -. Sarà cura di questo Assessorato aggiornare costantemente il Presidente della Regione e la VI Commissione dell'Ars sullo sviluppo della procedura».

## Pensioni, fisco e sanità: caccia al tesoro per le modifiche

Troise a pagina 6

# La Manovra in Parlamento Dal concordato alla sanità Inizia il valzer degli emendamenti

Sono circa tremila le proposte di modifica. La commissione le porterà a non più di 700. Il voto entro Natale

di **Antonio Troise**

ROMA

È già iniziata la corsa dei partiti per cambiare la manovra. I tempi sono stretti: il governo vuole il sì definitivo prima di Natale. Per farlo, il secondo passaggio al Senato sarà solo una formalità. Non sarà facile trovare la quadra: il mini-tesoretto di 120 milioni messo a disposizione dal Mef per le modifiche coprirà solo in piccola parte le richieste dei partiti della maggioranza. Senza contare le richieste dell'opposizione. In tutto, una valanga di almeno 2-3mila proposte che la Commissione Bilancio scremerà fino a 6-700.

### FISCO

Il piatto forte di Fdi e Fi è la riduzione dell'aliquota intermedia Irpef dal 35 al 33%. Ma le coperture, legate agli incassi del concordato preventivo, sono incerte. La Lega vorrebbe agire sulla flat tax per le partite Iva, estendendo l'aliquota del 15% da 85mila e 100mila euro di fatturato. Il capogruppo degli Azzurri al Senato, Maurizio Gasparri, insiste sulla riscrittura della Web Tax, che rischia di penalizzare startup e imprese editoriali sfio-

rand solo i colossi del web. Salvini, insiste sullo stop all'aumento delle tasse (dal 26 al 42%) sulle criptovalute. Nel menu anche la riapertura dei termini del concordato fino a fine anno e la rateizzazione dell'acconto Irpef.

### PENSIONI

La Lega tornerà alla carica per chiedere nuovi ritocchi alla Fornero. L'idea resta quella di introdurre un nuovo semestre di silenzio-assenso per destinare il Tfr ai fondi pensione. Fi vuole rivedere al rialzo gli aumenti delle minime, che nella manovra non superano i 3 euro. Fdi vorrebbe facilitare al massimo gli investimenti che derivano dalla previdenza complementare.

### SANITÀ E PUBBLICO IMPIEGO

È il fronte sul quale punterà l'opposizione chiedendo, prima di tutto, più risorse per gli stipendi di medici e infermieri e per abbattere le liste di attesa. Il partito di Schlein vuole anche eliminare il blocco parziale del turnover nella Pa e assicurare più risorse per i rinnovi dei contratti.

### BONUS E INCENTIVI

Forza Italia vuole cancellare la norma che prevede l'ingresso di funzionari o dirigenti del Mef fra i revisori dei conti delle aziende che hanno ricevuto contributi pubblici per oltre 100mila euro. Nel miri-

no anche la norma che fissa dei limiti all'acquisto di beni e servizi delle aziende sussidiate dallo Stato. Non è escluso un emendamento per riallargare le maglie del Superbonus nei condomini che, nel 2025, scenderà al 65%. L'idea è salvare quelli che hanno inviato i documenti per l'avvio dei cantieri entro il 15 ottobre scorso.

### SINDACATI E IMPRESE

Sul piede di guerra Cgil e Uil che hanno proclamato lo sciopero generale per il 29 novembre. Landini è contrario al taglio di 4,6 miliardi per il fondo dell'automotive. Il leader della Uil, Bombardieri, insiste sulla detassazione degli aumenti contrattuali di secondo livello. La Cisl punta su nuove risorse da destinare alla sicurezza sul lavoro. Nell'audizione prevista per oggi Confindustria, oltre al ritiro delle norme sulle società che ricevono contributi pubblici, chiedere certezze sulla decontribuzione per i neoassunti e sulle risorse di Industria 5.0.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# La mappatura dei dati che aiuta la Sanità

Meloni (Deda Next): «Ma vanno progettate soluzioni che abbiano un impatto effettivamente misurabile»

Jessica Muller Castagliuolo

**I**l Servizio Sanitario Nazionale è fragile. Disparità territoriali, poca integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali, lunghi tempi di attesa, scarsa capacità di definire strategie per la risposta ai rischi ambientali e demografici, intimamente connessi a quelli sanitari.

Uno scenario nel quale l'analisi dei dati, secondo il ceo di Deda Next, Fabio Meloni, può essere preziosa per mappare i rischi e raggiungere il paziente laddove c'è più bisogno. In sostanza, il nuovo modello di cura, secondo la società specializzata in trasformazione digitale per la pubblica amministrazione e le aziende di pubblico servizio, deve essere anche figlio di un cambiamento culturale e organizzativo.

Primo passo per ridurre le disuguaglianze è sapere infatti con esattezza cosa sta avvenendo sui territori. Isolare le esigenze specifiche: «I dati ci permettono di leggere, quindi conoscere. Serve poi utilizzarli con un approccio integrato, puntare sulla loro interoperabilità», spiega il ceo.

Fattori demografici o ambientali, dall'invecchiamento della popolazione all'inquinamento, possono influenzare la richiesta sanita-

ria in aree specifiche. Deda Next sposa così un approccio di "business intelligence" alla sanità, ovvero «un insieme di competenze e di soluzioni che servono a leggere i dati di diversi territori e a capire dove ci sono dei problemi. Andare ad esempio a esaminare perché in certe strutture si hanno delle liste d'attesa particolarmente lunghe e dove i fondi sono utilizzati per priorità reali».

In un Paese nel quale i cittadini sono spesso costretti a migrare da una regione all'altra per curarsi, la tecnologia in sé, spiega Meloni, non può infatti bastare. Serve una nuova infrastruttura digitale che possa equilibrare il livello di servizi: «Serve progettare soluzioni che siano davvero utili per le persone e che abbiano un impatto misurabile. Abbiamo uno squilibrio che porta al sovraccarico del Ssn in alcune regioni rispetto ad altre, se però utilizziamo in modo corretto il fascicolo sanitario elettronico e l'interoperabilità dei dati, possiamo fare in modo che un cittadino di Bolzano e uno di Messina abbiano a disposizione esattamente lo stesso insieme di dati».

Innovazioni spinte dal Pnrr che porterà anche alla nascita della Piattaforma Digitale Nazionale Dati, «un'infrastruttura fundamenta-

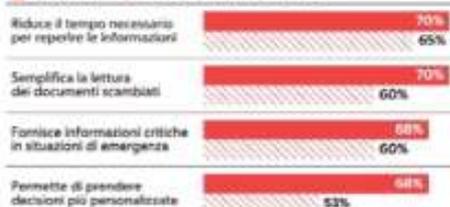
le per l'interoperabilità dei casi». Intanto, la sanità fatica ancora a volare sulle ali di Dedalo. Che qualcosa stia cambiando è però palpabile proprio in merito all'adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico. L'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano fotografa che nel 2023 il 48 per cento dei medici di Medicina generale e il 35 per cento degli specialisti hanno utilizzato lo strumento. Secondo la maggioranza dei medici questo riduce il tempo necessario per reperire le informazioni, semplifica la lettura dei documenti scambiati. Fornisce inoltre informazioni critiche per la gestione del paziente in situazioni di emergenza e permette di prendere decisioni più personalizzate e basate sull'intera storia clinica del paziente.

Ma, conclude Meloni, c'è un'altra sfida che bisogna intraprendere per ampliare l'utilizzo delle nuove tecnologie da parte di cittadini, medici e aziende: «migliora-

## MAPPATURA DIGITALE UTILITÀ DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

Perché il Fascicolo Sanitario Elettronico è considerato utile dai medici?

■ SPECIALISTI    □ MEDICI DI MEDICINA GENERALE



Fonte: Osservatorio Sanità Digitale Politecnico di Milano

# 35%

Medici specialisti che nel 2023 hanno usato il Fse



## L'analisi

# REATO UNIVERSALE DI «GPA», COSA RISCHIANO I FIGLI di Guido Camera

In Italia la gestazione per altri è un delitto da vent'anni. L'articolo 12 comma 6 della legge 40/2004 punisce con la reclusione da tre mesi a due anni e la multa da 600mila euro a un milione chiunque in qualsiasi forma realizza, organizza o pubblicizza la surrogazione di maternità. Con il definitivo via libera del 16 ottobre alla legge che modifica questa norma, il Parlamento ha rafforzato il divieto penale esistente assoggettando alla giurisdizione nazionale i cittadini italiani che commettono il reato all'estero.

La maternità surrogata è lecita in molti Stati esteri. La legge penale nazionale era aggirabile per gli italiani, che ne avevano le possibilità economiche. Per la Cassazione (sentenza 5198/2020) non rientrava nel perimetro della condotta penalmente rilevante l'attività di richiesta di informazioni a una struttura estera, se poi la pratica veniva realizzata per intero fuori dai confini nazionali. Con la sentenza 13525/2016 la Corte aveva invece sancito la non punibilità della condotta degli imputati, incorsi in un errore scusabile sulla legge italiana, visto che nello Stato in cui si erano recati la maternità surrogata era lecita. Per lo stesso motivo è stato escluso il delitto di alterazione di stato, punito dall'articolo 567 del Codice penale, se esiste un certificato di nascita conforme alle norme del paese di nascita (sentenza 31409/2020).

Estendendo la giurisdizione italiana alle condotte commesse all'estero, il legislatore si propone ora di colpire il fenomeno del turismo procreativo.

La previsione di un reato universale non è una novità per il nostro ordinamento. Deroghe al principio di territorialità sono previste dal Codice penale per i delitti politici e per quelli comuni commessi all'estero, da cittadini e stranieri. Prima dell'ultima

modifica, anche la gestazione per altri realizzata all'estero poteva essere punita in Italia, in base all'articolo 9, comma 2, del Codice penale; la procedibilità era però subordinata alla richiesta del ministro della Giustizia. La nuova legge non rende più necessaria questa condizione, incentivando quindi le indagini sui fatti commessi all'estero.

L'articolo 604 del Codice penale individua poi una serie di reati sessuali e contro la personalità individuale che sono puniti in Italia quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o in danno di cittadino italiano. Lo straniero che ha agito in concorso con il cittadino italiano può essere punito se si procede per delitto punito con pena non inferiore nel massimo a cinque anni e lo richiede il ministro della Giustizia.

La contrarietà della maternità surrogata rispetto al nostro ordinamento è stata a più riprese ribadita dalla giurisprudenza. Le Sezioni unite della Cassazione (sentenza 38162/2022) hanno negato la possibilità di trascrivere nei registri civili italiani gli atti di nascita dei minori generati all'estero con questa pratica sul presupposto che «il ricorso a operazioni di maternità surrogata, quali che siano le modalità della condotta e gli scopi perseguiti, offende in modo intollerabile la dignità della donna e mina nel

profondo le relazioni umane».

Con la sentenza 33/2021 la Corte costituzionale ha spiegato che la finalità di disincentivare la surrogazione di maternità è legittima, anche perché mira a evitare rischi di sfruttamento di donne vulnerabili. La giurisprudenza, nel contempo, ha cercato di proteggere i diritti del minore, attraverso il riconoscimento del legame sorto con il genitore di intenzione, vista

la legalità della maternità surrogata all'estero. La soluzione è stata individuata nell'adozione in casi particolari disciplinata dall'articolo 44, comma 1, lettera d) della legge 184/1983. Tuttavia, nella sentenza 33 la Consulta ha invitato il legislatore a trovare «soluzioni in grado di porre rimedio all'attuale situazione di insufficiente tutela degli interessi del minore».

L'introduzione del reato universale vuole intervenire a monte, con la convinzione che la paura della sanzione penale scoraggi gli italiani dal ricorrere alla maternità surrogata. La nuova legge però non spiega quello che accadrà al minore, in caso di condanna dei genitori; condanna che riguarderebbe sia i genitori biologici, sia quelli di intenzione. Le conseguenze negative per il figlio – di natura psicologica, prima ancora che giuridica – si possono immaginare, visto che, tecnicamente, «il corpo del reato» sarebbe un bambino estraneo alle scelte di chi ha contribuito, a vario titolo, a farlo venire al mondo. E, come ha ricordato la Consulta con la sentenza già citata, bisogna evitare di «strumentalizzare la persona del minore in nome della pur legittima finalità di disincentivare il ricorso alla maternità surrogata».

IN RIPRODUZIONE RISERVATA

La legge non spiega gli effetti sui bambini della condanna di chi realizza la maternità surrogata



# Arriva l'australiana l'influenza che rischia di colpire il cervello ecco come proteggersi

di Michele Bocci

Si iniziano a vedere i primi casi, anche con complicanze importanti. Il virus dell'influenza è già stato isolato più volte nei laboratori degli ospedali, ma ci vorranno ancora alcune settimane prima di vedere salire la curva dei contagi. Quest'anno potrebbero finire a letto, ancora una volta, in tanti, soprattutto se circolerà la cosiddetta australiana.

## Quando arriverà l'influenza?

Secondo Fabrizio Pregliasco, igienista e direttore sanitario del Galeazzi di Milano, «dobbiamo aspettare un periodo di freddo prolungato, quindi tipicamente la fine di novembre. Con gli sbalzi termici che ci sono adesso, invece, circolano altri virus cosiddetti simil influenzali, come l'adenovirus, il rinovirus, il metapneumovirus. Ora c'è anche l'onda di salita della variante "xec" del Covid, che ha manifestazioni cliniche variabili e può confondersi con gli altri virus».

## Che stagione sarà?

Molto dipende da quale sottotipo di influenza A circolerà. L'anno scorso l'H1N1 ha provocato un numero altissimo di casi in Italia, ben 14 milioni. «Quest'anno sembrerebbe destinato a prevalere l'H2N3 come successo in Australia quando da noi era estate e da loro inverno – dice Gianni Rezza, infettivologo

epidemiologo già all'Istituto superiore di sanità e al ministero e oggi professore al San Raffaele – Se fosse così avremmo di nuovo molti casi perché l'australiana troverà ampia suscettibilità tra i bambini, che non sono stati esposti negli anni precedenti. Da loro potrebbe poi diffondersi agli adulti non vaccinati».

## Che sintomi dà l'H2N3?

Sempre Rezza spiega che ci sono «sintomi comuni a tutti i sottotipi dell'influenza A: la febbre alta, il mal di testa e il dolore alle ossa». Diffusi anche problemi respiratori. Pregliasco aggiunge che «nei bambini si possono vedere anche problemi gastro intestinali e negli anziani la febbre può essere bassa».

## Tra i casi gravi visti fino ad ora, ad esempio a Genova, qualcuno aveva anche sintomi neurologici. Le complicanze più importanti dell'H2N3 quali sono?

Secondo Rezza tra le persone fragili «ci possono essere complicanze prima di tutto alle basse vie respiratorie, come le polmoniti. Ma si sono viste, anche con l'H1N1, miocarditi e encefaliti, problemi cioè al cuore e al cervello». Pregliasco aggiunge che «con l'H2N3 ci può essere una generale intensità più elevata dei sintomi e un coinvolgimento di origine neurologica. Il virus può arrivare all'encefalo. Negli anziani ci può essere una sorta di obnubilamento».

## Il vaccino copre dall'H2N3?

«Sì – dice ancora Rezza – copre dai vari sottotipi di influenza A e anche

dalla B. L'H2N3 ha una maggiore tendenza a mutare e questo può dare problemi di risposta ai vaccini».

## Chi sono i fragili per i quali è raccomandato il vaccino?

Per il ministero alla Salute le categorie a rischio sono gli over 60 e i

bambini da 6 mesi a 6 anni. Poi ci sono i fragili per motivi di salute, perché hanno patologie polmonari, cardiache, neurologiche, oncologiche e così via. Ma il vaccino è suggerito anche a chi lavora in sanità. Per tutte queste persone l'iniezione è gratuita. «Il consiglio – dice Pregliasco – è che i fragili facciano due somministrazioni nella stessa



seduta vaccinale, dell'anti influenzale e dell'anti Covid».

**Le Regioni hanno iniziato la campagna di vaccinazione ai primi di ottobre. Dopo quanto tempo è efficace il vaccino?**

Pregliasco dice che «ci vogliono circa dieci giorni dall'iniezione per avere la copertura e essere quindi protetti quando la diffusione inizierà a crescere». L'anno scorso la campagna vaccinale non è andata bene, la copertura degli anziani è scesa dal 56,7% del 2022-2023 al 53,3%. «Quest'anno sembra che le cose vadano un po' meglio», dice Pregliasco.

REPRODUZIONE RISERVATA

## I numeri

# 14 mln

I casi dell'anno scorso

Nella stagione passata l'influenza è stata molto diffusa nel nostro Paese, ha infatti colpito quasi un quarto dei cittadini.

A provocarla era stato il sottotipo H1N1 del virus influenzale A.

Il timore è che quest'anno circoli un sottotipo diverso, l'H2N3, cioè la cosiddetta australiana

# 3

I sintomi tipici

Si tratta di febbre alta, di dolori (alle ossa e alla testa) e di almeno un sintomo respiratorio.

Le persone fragili vanno incontro a complicanze anche importanti sia di tipo respiratorio (come le polmoniti) che di tipo cardiaco (come le pericarditi) oppure neurologico

# 8

I vaccini autorizzati

L'Agenzia del farmaco, Aifa, ha dato il via libera a otto tipi di vaccino, compreso quello spray per i bambini. Coprono dai virus influenzali di tipo A (sottotipi H1N1 e H2N3) e da quelli di tipo B. La campagna di somministrazione è cominciata all'inizio di ottobre in tutte le Regioni

*Il vaccino è consigliato a bambini, anziani, fragili e a chi lavora in sanità*

### ▲ Il virus

L'H2N3 può provocare encefaliti e miocarditi. I soggetti più a rischio: gli over 60 e i bimbi tra i 6 mesi e i 6 anni. Si manifesta con febbre, dolori ossei e problemi intestinali



## Le parole del futuro

Rossana Alloni, responsabile del Simulation Center presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma, illustra il progetto: «Qui studenti di medicina e infermieristica imparano a operare in scenari verosimili»

# «Così simuliamo i casi di emergenza per salvare vite»

Rossana Alloni, 63 anni, nel 1986 si è laureata in medicina e chirurgia all'Università degli Studi di Milano, specializzata presso la stessa università in Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva.

Dal 1992 lavora presso il Policlinico Campus Bio-Medico a Roma, attualmente è professore associato di chirurgia generale Università Campus Bio-Medico di Roma e direttore di chirurgia generale specialistica della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

È membro del Healthcare Bioethic Center della Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico.

**U**n centro tecnologicamente avanzato dove gli studenti di medicina, infermieristica ed ingegneria possono simulare le future attività operative, mentre ricercatori e imprese possono sperimentare. L'Università Campus Bio-Medico di Roma guarda al futuro, con un edificio moderno e sostenibile che al suo interno ospita spazi multidisciplinari e avveniristici, tra cui la prima sala di realtà immersiva che coinvolge i quattro sensi, unica in tutta Europa. Ne abbiamo parlato con Rossana Alloni, delegata dall'Università come responsabile del Si-

mulation Center.

Come può descrivere il simulation center?

«È un ambiente simile ai luoghi reali in cui possono lavorare medici e personale sanitario, in cui la persona in formazione può provare una serie di procedure apprese in teoria, come uno scenario verosimile in cui mette in atto le manovre reali, con il vantaggio di poter sbagliare senza conseguenze per i pazienti, finché non sente una confidenza sufficiente con quello che sta accadendo».

Perché è così importante simulare uno scenario, magari anche di emergenza?

«Perché è possibile interrompere lo scenario e riprenderlo e la persona si rende conto di dover agire in modo diverso. In questo modo progressivamente l'operatore acquista fiducia con situazioni critiche in cui si potrà trovare nel suo lavoro ed è possibile farlo senza che ci sia da parte dell'operatore l'incubo di danni a pazienti».

È il primo centro di questo livello in Italia?

«Varie università hanno sviluppato centri di simulazione di diverse dimensioni e capacità operative, ma quello che vorremmo fare noi, è essere interdisciplinari, a disposizione non solo degli studenti di medicina e infermieristica della nostra università, ma anche dei nutrizionisti, ingegneri, fisioterapisti e di aprire alle aziende che vogliono sperimentare le loro tecnologie in un ambiente si-

curo, ma molto realistico».

Tra le molte innovazioni presenti, c'è uno spazio dedicato alla realtà virtuale immersiva e sensoriale, unica in Europa. Di cosa si tratta?

«Abbiamo dedicato uno spazio alla simulazione utilizzando la realtà virtuale, perché nel settore dell'emergenza l'apprendimento è indispensabile, ma è anche più difficile perché non si può imparare strada facendo. In queste situazioni ci sono diversi scenari ed un coordinamento didattico definisce quali sono le necessità degli operatori coinvolti. Al termine della simulazione un momento importante è il debriefing, cioè fermarsi alla fine dell'esperienza per valutare le proprie reazioni, quelle del team e quali sono i punti da migliorare».

Può raccontarci come si svolge uno scenario tipo?

«Sulle pareti della stanza è proiettato lo scenario di un incidente stradale grave, con tanto di fumo, l'odore della gomma che brucia, i rumori della strada, una situazio-



ne molto coinvolgente dal punto di vista fisico ed emotivo. C'è una persona a terra, entrano gli animatori, il medico del 118, gli infermieri, e si mettono a lavorare. Nello scenario un computer simula un arresto cardiaco, piuttosto che un problema respiratorio della vittima, e si procede con rianimazione, somministrazione di farmaci, il tutto prosegue in una

tempistica di pochi minuti che mette sotto stress chi sta lavorando in emergenza. In questo modo gli operatori possono valutare le loro reazioni in una situazione del genere, e rendersi conto se hanno lavorato insieme al team o in modo individuale, e questo non va bene, perché l'obiettivo è imparare a lavorare insieme».

**C'è anche uno scenario domestico, visto che la medicina sempre più spesso è territo-**

**riale?**

«Sì, simuliamo una visita domiciliare, con una camera da letto con bagno, una persona sdraiata sul letto matrimoniale, che è scomodissimo per lavorare, ma utilissimo per un operatore del 118 che

quando si troverà in questa condizione di emergenza, non può essere la prima volta».

**Veniamo alle altre innovazioni tecnologiche. C'è anche l'uso dell'IA per ottimizzare i flussi ospedalieri. Di cosa si tratta?**

«L'ottimizzazione delle risorse è molto importante, non solo per una questione economica, ma perché risparmiando risorse possiamo curare più persone. L'intelligenza artificiale ci aiuta a capire quello che stiamo facendo, come migliorarlo potendo analizzare i dati di una determinata procedura e quello che succede, anche da un punto di visto cronologico, in modo simulato all'interno della sala operatoria».

**Come vengono raccolti per l'IA?**

«Oggi tutto quello che succede in una sala operatoria viene passato al computer: quando arriva un paziente, i sintomi, la presa in ca-

rico, ogni procedura è registrata, per cui sono dati che l'intelligenza artificiale può lavorare. Un altro elemento che stiamo studiando è la postura degli operatori per valutare il livello di affaticamento e la postazione di lavoro, per capire se in futuro svilupperà delle patologie legate all'attività lavorativa».

**Nel vostro centro, c'è tanta robotica. Può veramente fare la differenza?**

«Il robot ha capacità fisiche che l'uomo non ha, può lavorare in

spazi molto ristretti o in zone pericolose. Negli Stati Uniti sono stati sviluppati anche robot operativi in scenari di guerra, pensiamo ad un robot che possa entrare in aree in isolamento perché colpite da epidemie. Oppure pensiamo ad un robot che inquadri un paziente con la telecamera e posizioni i sensori, mentre il medico da remoto conduce la visita per fare una diagnosi. Le applicazioni potrebbero essere molte. Al Campus BioMedico abbiamo un sistema robotico che studia le superfici articolari prima e dopo la protesizzazione al ginocchio, che può identificare il problema e suggerire il tipo di protesi più adeguato a quella situazione anatomica».

**Infatti c'è anche un cane robot. Cosa fa?**

«Si chiama Freki e usa i suoi sensori per scovare agenti patogeni e virus in ambienti ambulatoriali; permette di ridurre le infezioni in ospedale, usa l'IA per identificare target critici e riporta i campioni di analisi ai laboratori».

**Paolo Traversi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«LA PRIMA SALA DI REALTÀ IMMERSIVA, UNICA IN EUROPA, CONDIZIONA L'INTERVENTO MEDICO CON CALORE, VENTO ED EFFETTI VISIVI»**

**«GLI OPERATORI SANITARI SPERIMENTANO TENSIONI FISICHE ED EMOTIVE IN VARI SCENARI CLINICI, DALL'ASSISTENZA A CASA AGLI INCIDENTI STRADALI»**

**I NUMERI**

**8**

Gli ambienti del simulation center in cui possono lavorare 12 studenti

**11mila**

I morti ogni anno a causa di infezioni ospedaliere

**400**

I metri quadrati la superficie totale del Simulation Center

**0 (zero)**

Porti a zero l'impatto dell'edificio costruito per il Simulation Center

**4**

I sensi coinvolti nel centro immersivo dove simulare situazioni di pericolo



Dir. Resp.: Luciano Fontana

MOBILITÀ SANITARIA

## Dal Lazio verso altre regioni per l'ortopedia

Se romani e laziali scelgono di farsi seguire da specialisti e di farsi ricoverare in altre regioni - prima tra tutte la Toscana - per patologie ortopediche, a venire nei nostri ospedali sono soprattutto donne per interventi di tumore a utero e ovaie.

a pagina 3

# Dal Lazio verso le altre regioni per le operazioni ortopediche

Il rapporto sulla mobilità. Negli ospedali romani si viene per curare tumori e Alzheimer

Specialità ed eccellenze sanitarie attrattive per pazienti di altre regioni, da un lato, e branche che invece anche i romani e i residenti nel Lazio cercano altrove, preferendo persino viaggi e ricoveri lontani da casa. La fotografia della mobilità sanitaria, secondo i dati della Regione aggiornati alla fine del 2023, racconta di una mobilità attiva - vale a dire di chi entra nel Lazio per effettuare prestazioni mediche, generando quindi un credito per le casse regionali - che supera quella passiva, che si crea quando invece si esce per fare visite ed esami che danno origine a dei debiti.

Secondo gli ultimi dati a disposizione, ad ambire a un posto letto per essere ricoverati negli ospedali del Lazio sono state le pazienti che dovevano sottoporsi a interventi all'utero e alle ovaie per neoplasie maligne: in termini di volumi sono state 1.893, in termini economici oltre 1 mi-

lione 658mila euro. Seguono poi i consulto per le diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (rispettivamente a 1.417 per quasi 5 milioni), la chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta e le malattie degenerative del sistema nervoso, come Alzheimer, Parkinson o Sla. Ad aver fatto ricorso agli specialisti che operano nel Lazio sono stati soprattutto le regioni confinanti, quindi Toscana, Umbria, Abruzzo e Campania, ma a seconda delle esigenze anche altre. Per esempio la Calabria per la medicina generale, la specialistica ambulatoriale e la farmaceutica; mentre dalla Sicilia sono stati molti i pazienti che sono stati trasportati con ambulanza ed elisoccorso. Gli ospedali più gettonati sono storicamente il Bambino Gesù, che si occupa di pazienti pediatrici, e il Policlinico «Agostino Gemelli», entrambi strutture private ac-

creditate con il sistema sanitario regionale.

I romani e i residenti delle altre quattro province del Lazio che hanno invece cercato altrove consulenze e diagnosi, interventi chirurgici con conseguenti periodi di degenza ospedaliera lo hanno fatto soprattutto per patologie ortopediche. Con un volume di 3.834 «viaggi della salute» e una spesa di 33 milioni 880mila euro, i residenti si sono spostati in primo luogo per cercare professionisti che potessero ricoverarli per effettuare con successo la sostituzione di articolazioni o il reimpianto degli arti inferiori, per subire interventi chirurgici del piede oppure del ginocchio. Persino oltre 1.100 pazienti che volevano ridurre il proprio peso corporeo con le operazioni per combattere l'obesità (che si tratti di sleeve, by pass o di bendaggio gastrico) ha preferito rivolgersi a centri specializzati al di fuori



del Lazio. Per un debito che nel caso specifico è arrivato ad ammontare a quasi 6 milioni 400mila euro.

Le mete ospedaliere preferite dai pazienti laziali? Per ricoveri ordinari e i day hospital, specialistica ambulatoriale e medicina generale la prima scelta di chi decide di chiedere consulti esterni è la Toscana, da sempre esempio

di gestione virtuosa e all'avanguardia. C'è poi chi si è spinto fino all'Emilia Romagna - anche questa considerata un'ottima soluzione in campo sanitario - e chi (ma meno) in Campania.

A conti fatti, la differenza tra la mobilità attiva e quella passiva per l'anno 2023 (il «Delta»), tenendo conto anche delle cure termali e della

somministrazione diretta dei farmaci, fa segnare un totale positivo per oltre 26 milioni di euro.

**Cla. Sa.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### La vicenda

● Nel 2023 la mobilità sanitaria tra i malati che sono venuti da altre regioni a farsi curare negli ospedali del Lazio e quelli residenti qui che sono andati fuori, è positiva per 26 milioni

● Le pazienti operate nel Lazio all'utero e alle ovaie per neoplasie maligne sono state 1.893



Una équipe impegnata in un intervento chirurgico

