



Il punto

SANITÀ ESPOSTA ANCHE A RISCHIO DI CYBER SCIACALLAGGIO



di **Gabriele Faggioli***

Sarebbe bello che nessuno provasse ad approfittare di questo periodo con attività di sciacallaggio come gli attacchi *malware* o *phishing* che sfruttano la psicosi da coronavirus. E invece accade. Il che dimostra che le strutture sanitarie devono per forza proteggersi con investimenti mirati e oculati in competenza, *awareness*, tecnologia e rispetto normativo. Gli ultimi studi di Clusit - Associazione Italiana per la Sicurezza Informatica (Rapporto Clusit 2020 sulla sicurezza ICT in Italia) e del Politecnico di Milano (Osservatorio Information Security & Privacy) dicono una cosa molto chiara: gli attacchi informatici continuano a crescere con un trend estremamente rilevante. In particolare, con 1.670 attacchi gravi e una tendenza in crescita del 7% rispetto al 2018, il 2019 segna un nuovo picco verso l'alto nella rappresentazione della «insicurezza cyber» che viene tracciata ogni anno dal Clusit. Fra i settori maggiormente colpiti, appunto, c'è anche il settore sanitario che ha subito il 12% del totale degli attacchi con un aumento del +17% rispetto al 2018. In particolare, nel 2019 nel settore sanitario il 32% degli attacchi sono stati di *malware* mentre il 21% sono stati *phishing* (il 32% sono di natura sconosciuta). Nel settore sanitario sicuramente il tema dei *data breach* è molto sentito non solo sotto il profilo della perdita dei dati, ma anche solo sotto quello della disponibilità. Attacchi *malware* per esempio possono risultare devastanti se non sono adottate procedure di *back up* e di continuità operativa robuste. È naturale, peraltro, che il settore sanitario sia oggetto di attacchi soprattutto perché l'esigenza di cura può portare a scelte come il pagare gli importi richiesti in caso di attacco *malware* non potendo una struttura sopportare un decesso o un caso di malasanità per l'impossibilità di accesso ai dati.

Presidente Clusit - Direttore scientifico Osservatorio Information Security & Privacy - Politecnico di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per chi lavora in ospedale, a ogni fine turno sembra di entrare e uscire da due dimensioni, una strana ma percepibile dissociazione

TORNARE A CASA DAL REPARTO



di **Valentina Di Mattei***

Lo sappiamo dai tempi di Freud: gli eventi traumatici irrompono nella nostra esperienza quotidiana producendo fratture. Nel mondo che ci circonda ma soprattutto dentro di noi. Nella nostra mente. Minano la capacità di mettere insieme le cose, di rielaborarle, di dare loro un significato.

È questa l'esperienza che tanti stanno vivendo in questi giorni: trovare una continuità tra ciò che si era fino a poco tempo fa e quello che siamo oggi tra le strette mura di casa e ciò che saremo dopo.

Ma per alcuni la frattura assume caratteri particolari. Per chi lavora in ospedale, sembra di entrare e uscire da due dimensioni, una strana ma percepibile dissociazione.

Sulla via, strade sempre più fiorite e sempre più vuote. Più ci si avvi-

cina, più iniziano movimenti di ambulanze in sirena che si alternano al corteo silenzioso di carri funebri. Bastano pochi chilometri per lasciarsi alle spalle la quarantena e le sue cifre, la calma, il silenzio, la noia, la riflessione. Attraverso un complesso cerimoniale di vestizione a più strati si entra in una nuova dimensione, quella dell'urgenza, dell'azione, della sofferenza, della morte. E del pudore.

C'è un particolare pudore intorno a ciò che accade dentro quelle mura. In questi giorni, agli operatori sanitari servono altre protezioni oltre alle maschere chirurgiche e anti-contagio. Attrezzature psichiche eccezionali che solo le nostre menti, programmate per adattarsi a tutto, possono mettere in atto. Richiamando non a caso immagini belle, furono definite «meccanismi di difesa». Mascherine invisibili per difendersi da angoscia e paura. Scissione, diniego, spostamento sono le più utili per non fermarsi, per poter svolgere il proprio lavoro.

Servono per entrare e uscire sen-



Stavo andando a dimenticare la guerra. Avevo fatto una pace separata
(la celebre frase del tenente Frederic Henry, protagonista di *Addio alle armi*, di Ernest Hemingway)

za lesioni, se non quelle cutanee che ormai tutti conosciamo.

A fine turno c'è ancora luce, forsi e magnolie abbelliscono la via del ritorno a casa. Ma quest'anno la primavera è un regalo che arriva nel momento sbagliato, non c'è possibilità di accoglierlo con gioia. Tornando, il pensiero cerca di ritrovare una quotidianità: madri, padri, fratelli, compagni di vita, figli, amici. Amori sospesi all'improvviso.

Sotto casa la mente si riposiziona e si prepara a rispondere al faticoso: come è andata? Difficile spiegare che è una domanda a cui ora non si sa rispondere. Si potrà dopo.

In ogni guerra, in ogni attacco, c'è un dopo. Quello in cui gradualmente le difese cadono, i muri si abbattano e i fatti del fronte emergono. Per ora, come il celebre protagonista di *Addio alle armi*, possiamo solo dire: «Stavo andando a dimenticare la guerra. Avevo fatto una pace separata».

*Psicologa clinica e docente all'Università Vita e Salute dell'ospedale San Raffaele di Milano

IL RUOLO DELLA BIOETICA NELLE «SCELTE TRAGICHE»



di **Sandro Spinsanti**

Tempo di decisioni drammatiche in medicina. Ce lo ricordava l'editoriale del *Corriere Salute* di due settimane fa, ipotizzando che «i medici si sarebbero potuti trovare a dover scegliere a chi praticare i trattamenti in base alla disponibilità di mezzi».

Una realtà già presente, più che un'ipotesi. E non attivata solo dalle situazioni dei tanti feriti sui campi di battaglia o dalle catastrofi naturali, ma anche dalla normale situazione della medicina dei nostri tempi. Perché la domanda di cure eccede la disponibilità e obbliga a delle scelte. Che quando hanno luogo sul crinale della sopravvivenza, diventano scelte tragiche.

Proprio con questo titolo: *Scelte tragiche* ha fatto epoca una riflessione proposta dal giurista italo-americano Guido Calabresi. Apparso nell'edizione originale nel 1978, ha suscitato un vivacissimo dibattito.

Il contesto era quello della bioetica delle origini, chiamata a dare indicazioni a una medicina clinica confrontata con risorse insufficienti per far fronte a tutte le domande.

Non si trattava né di guerre, né di epidemie, ma di un numero eccessivo di cittadini che necessitavano di strumentazioni cliniche per sopravvivere.

Qui si affacciava l'incubo delle scelte: a chi assicurare la dialisi, tra i tantissimi nefropatici? Con quale criterio riservare all'uno o all'altro cardiopatico il cuore da trapiantare?

In questo contesto il movimento della bioetica aveva proposto una risorsa assolutamente inedita per la pratica medica, che era

Il senso delle raccomandazioni non è quello di creare un alibi di medicina difensiva ai clinici
Resta l'imperativo di tendere una mano di condivisione sociale a chi è chiamato a prendere decisioni difficili

solita invitare il medico a operare scelte «in scienza e coscienza»: i comitati etici per la pratica clinica.

Su di loro e sui loro criteri per arrivare alle decisioni si è riversata molta ostilità da parte di alcuni partecipanti al dibattito. Sono stati accusati di arrogarsi delle prerogative che non competevano loro; si è cercato di squalificarli con l'etichetta di «tribunali di Dio», che decidevano al posto suo chi doveva vivere e chi morire. In realtà il loro scopo era di offrire un sostegno ragionato ai professionisti che si trovavano inevitabilmente in prima linea.

Non come alibi («L'ha prescritto il comitato...»), né come scarico di coscienza; semmai come un invito a un supplemento di coscienza, più forte e illuminata. In questo senso ci sentiamo autorizzati a leggere le raccomandazioni che la società scientifica degli anestesisti-rianimatori ha elaborato per i propri colleghi, chiamati a decidere a quali pazienti affetti da Covid 19 riservare gli scarsi posti in rianimazione. La loro indicazione ad ammettere ai trattamenti intensivi adottando il criterio di «privilegiare la maggiore speranza di vita» è stata interpretata da qualcuno come una discriminazione tra vecchi e giovani: una violazione del diritto di ognuno alle cure o come un'offesa all'etica, che ci chiede di attribuire a ogni vita uguale considerazione e rispetto; e quindi di non escludere gli anziani, appunto come vite di scarto.

Chiarito che il senso delle raccomandazioni non è quello di creare un alibi di medicina difensiva ai clinici, resta l'imperativo di tendere una mano di condivisione sociale a chi è chiamato, inevitabilmente, a fare delle scelte, dicendo dei «sì» e dei «no» di peso indicibile. Non solo per i malati e i loro cari, ma anche per chi quelle parole è costretto a pronunciarle.

© RIPRODUZIONE RISERVATA