



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

24 OTTOBRE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Messina: drone per trasportare in volo sangue, organi e farmaci

Un primo test sperimentale, da Patti Marina a Lipari, ha confermato la fattibilità del progetto sviluppato dalla "Abzero"

Gaetano Crisà, direttore dell'Unità Operativa Trasfusionale del "Barone Romeo" di Patti e capo dipartimento dei Servizi dell'Asp di Messina, ha fortemente voluto e ha lavorato in questi mesi per l'attuazione del primo sistema al mondo capace di fornire un servizio specializzato di **trasporto aereo con droni**, di sangue, organi, campioni biologici e farmaci da Patti a Lipari. La tipologia di viaggio è possibile grazie ad un drone di ultima generazione molto innovativo a cui viene agganciata una capsula dotata di intelligenza artificiale. Qualche giorno fa è stato effettuato già un **primo volo sperimentale**, partito dal piazzale Alioto di Patti Marina, che ha confermato la fattibilità del progetto sviluppato dalla "**Abzero**", start-up nata come spin-off della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa e che ha brevettato la "smart capsula" montata sul drone. Se dovesse andare presto a regime sarebbe, in assoluto, il primo servizio di trasporto sangue per mezzo drone dalla terraferma verso un'isola. Il personale sanitario dovrebbe solo pigiare un pulsante sul suo cellulare su un'app per azionarlo, poi il drone seguirà una traiettoria prefissata e pre autorizzata. Il sistema può resistere a forti venti anche di 60 km orari e alla pioggia.

È meno costoso di un elicottero, permette di attivare il volo in totale autonomia e di atterrare in un'area ridotta anche solo di due metri per due, dunque non c'è la necessità di un eliporto. Le eventuali anomalie sarebbero gestite dall'intelligenza artificiale e questo permette di risolvere sia subito le problematiche semplici, ma anche di trovare soluzioni per quelle più complesse, facendo ad esempio intervenire un pilota che può gestire il drone grazie alla rete 4G controllandolo in tempo reale.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Infine, il drone è dotato di un **paracadute** che permette di attutire l'impatto, di recuperarlo e di trasportarlo poi con altri mezzi. La capsula può contenere fino ad una decina di sacche di sangue, che arriverebbero a destinazione in questo caso a Lipari in meno di 27 minuti viaggiando ad una velocità di 15 metri al secondo, e quindi a circa 55 km/h, e ad un'altezza massima di 120 metri dal suolo. **L'intelligenza artificiale** consente poi di preservare le condizioni termiche dei materiali biologici trasportati in tutte le condizioni di volo. La capsula è infine anche dotata di sensori in grado di assicurare un monitoraggio costante delle condizioni dei materiali trasportati, rilevandone la temperatura, l'umidità, il ph e l'emolisi. «Il progetto- spiega Crisà- è molto innovativo e potrà essere esportato in altre località e aziende sanitarie in Italia e utilizzato per le isole e i comuni montani difficilmente raggiungibili in tempi brevi. Siamo contenti che sia stato il nosocomio di Patti a dare una svolta a questo tipo di innovazione che è nata qui. Questo primo tragitto **da Patti a Lipari** per 25 km sul mare era già abbastanza complesso, ma i test hanno avuto esiti molto positivi. Tra l'altro, questo sistema favorisce anche la continuità territoriale dei servizi quando altri mezzi non funzionano. Ora il passo successivo sarà applicare questo servizio alle esigenze dell'Asp di Messina e **renderlo operativo** auspichiamo molto presto».

IL DOSSIER

I salari dei medici italiani tra i più bassi in Europa E gli ospedali si svuotano

Nella classifica degli stipendi siamo solo davanti a Grecia, Estonia e Portogallo "Ecco perché i nostri professionisti scelgono di lavorare in clinica o all'estero"

di Michele Bocci

Di meno dei colleghi belgi, danesi, tedeschi, ungheresi, irlandesi, inglesi e di più giusto di quelli che lavorano negli ospedali di Estonia, Grecia e Portogallo. I medici ospedalieri del sistema sanitario pubblico italiano non guadagnano poco in assoluto (in media lo stipendio lordo è di 86 mila euro), ma sono nettamente indietro se si confrontano i loro salari con quelli dei camici bianchi di molti altri Paesi europei. Anche per questo in tanti se ne vanno e sempre più giovani scelgono di spostarsi proprio all'estero.

La maggior parte di coloro che lasciano il sistema pubblico, comunque, passano al privato, altro contesto dove normalmente si guadagna molto di più, solitamente svolgendo un lavoro anche meno pesante. I contratti dei medici delle cliniche non sono molto migliori di quelli del servizio sanitario nazionale, ma non c'è bisogno di essere dipendenti di una struttura per svolgere tanta attività libero professionale. Magari proprio grazie al nome che ci si è fatto

in un ospedale. Nel privato gli stipendi per chirurghi plastici, dermatologi, ortopedici, ginecologi, oculisti, otorini e così via crescono tantissimo. Raddoppiando, triplicando ma in certi casi decuplicando rispetto a quelli del pubblico.

Il confronto tra i salari dei medici dei vari Paesi è di Oecd, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico. I dati sono in dollari e quelli considerati più attendibili tengono anche conto del reale potere di acquisto nel singolo Paese. «C'è un aspetto di cui tenere conto - spiegano dal sindacato degli ospedalieri Anaa - Si ragiona di cifre lorde e l'Italia è tra i Paesi con la tassazione più alta. Altro aspetto che ci danneggia». Gli 86 mila euro di salario, indicati anche dal Conto annuale dello Stato sono riferiti al 2021. Per il 2022 c'è un dato preliminare che sembrerebbe segnare una discesa, fino ai 77 mila euro, a causa dei tanti pensionamenti che hanno abbassato il valore totale degli stipendi.

Anche tenendo per buono il più stabile dato del 2021, le cose non vanno bene per i dottori italiani. Calco-

lando il valore di acquisto, Oecd alza lo stipendio dei medici italiani a 105 mila dollari lordi. In Germania però si arriva a 188 mila. La Danimarca supera i 150 mila, l'Ungheria è a 118 mila, l'Irlanda a 169 mila, l'Olanda addirittura a 192 mila, il Regno Unito a 155 mila. Spagna e Francia sono praticamente nella nostra situazione, con 107 mila e 105 mila (ma il dato è del 2020). Più in basso ci sono l'Estonia, con 76 mila, il Portogallo, con 66 mila e la Grecia con 64 mila.

Per rinnovare il contratto e rimpolpare i salari, che a detta dello stesso ministro alla Salute Orazio Schillaci non sono più adeguati, la manovra ha stanziato 2,4 miliardi. L'aumento sarà compreso tra il 5 e il 6%, meno di 5 mila euro all'anno lordi per medico. Sa Anaa spiegare che non tutti prenderanno quella cifra, «qualcuno si fermerà a 2.500». Negli altri Paesi si continuerà a guadagnare meglio. CONFESSIONE RISERVATA

Per il rinnovo del contratto stanziati 2,4 miliardi, ma sono insufficienti

Gli stipendi in Europa

105mila

Italia

Il dato esprime il valore di acquisto in dollari degli stipendi dei medici (in media di 86 mila euro). Oecd usò il parametro per fare un confronto più preciso

188mila

Germania

Nessuno in Europa raggiunge il valore di acquisto di un sistema che ha caratteristiche miste tra pubblico e privato con differenze tra Länder

155mila

Regno Unito

Il sistema sanitario ha grossi problemi a reclutare il personale e di recente ci sono stati anche scioperi massicci, ma i salari restano più alti rispetto all'Italia



107mila

Spagna

Il valore di acquisto degli stipendi dei medici spagnoli è praticamente identico a quello dei colleghi italiani e pure di quelli francesi (105 mila dollari all'anno)



Il 40% dei camici bianchi valuta la fuga all'estero

L'indagine Ordine dei medici

Troppa burocrazia che li distoglie dai loro pazienti e l'estero come opportunità: i medici italiani sono ben consci dell'importanza del loro lavoro - il 96% lo reputa molto o abbastanza importante - ma pensano che le istituzioni ne abbiano percezione minore, tanto da ritenere che l'importanza del ruolo del medico in Italia oggi sia minore rispetto al periodo pandemico. Sono questi alcuni dei risultati di un'indagine dell'Istituto Piepoli per la Fnomceo, la Federazione Ordini dei medici presentata ieri al convegno «I 45 anni del Servizio sanitario nazionale, un'eccellenza italiana».

Secondo il sondaggio effettuato attraverso interviste telefoniche e via web su un campione di 1000 persone ma anche su 300 medici e odontoiatri, i medici vorrebbero avere maggior peso decisionale nel mondo sanitario e lanciano un allarme: a causa della troppa burocrazia, più di uno su tre dichiara di non avere a disposizione tutto il tempo di cui avrebbe bisogno per occuparsi dei pazienti. Questa condizione di difficoltà spinge molti medici italiani (40% del campione) a valutare l'opportunità di andare all'estero a svolgere la

professione medica. Ciononostante, l'83% si conferma ancora attaccato al proprio lavoro, tanto da dichiarare che quello che fa ogni giorno (rapporto con i pa-

zienti aiutare le persone, salvare vite) corrisponde all'idea che aveva quando ha scelto di svolgere la professione. Una professione che resta fortemente attrattiva anche tra i giovani: il 57% tra i 15 e i 24 anni ha preso in considerazione la possibilità di formarsi per essere un professionista della salute.

Ma cosa pensano gli italiani della Sanità? Per oltre 3 italiani su 4 la sanità deve essere pubblica. E per il 90% deve essere una priorità del Governo nella Finanziaria con il 37% che ritiene meriti. Gli italiani poi tendono in maggioranza a promuovere il servizio sanitario regionale, ma con grandi distanze territoriali. Al Nord la soddisfazione è del 69%, al Sud e nelle isole del 41%. In media ad oggi gli italiani risparmiano il 10% delle proprie entrate per le spese sanitarie, ma tanti (il 23%) vorrebbero ma non riescono a farlo, tanto che ad oggi circa 3 milioni ammettono che, quando devono usufruire di pre-

stazioni sanitarie a pagamento, rinunciano a curarsi. Sempre più cittadini sono costretti a spostarsi in altre Regioni alla ricerca di centri di eccellenza: il 63% percepisce questo problema con riferimento al proprio territorio, con punte del 79% al Sud e nelle isole. Il 93% vorrebbe perciò un aiuto dallo Stato e oltre 8 persone su 10 vorrebbero un'organizzazione sanitaria che porti l'eccellenza vicino al domicilio. «Oggi i cittadini chiedono allo Stato e alle Regioni di lavorare insieme - spiega il presidente Fnomceo, Filippo Anelli - per superare le diversità di trattamento Nord-Sud, ma anche centro e periferia. La sanità del futuro dovrà essere: pubblica, partecipata, adeguatamente finanziata e con un numero adeguato di professionisti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per tre italiani su quattro la Sanità deve essere pubblica e per il 90% deve essere una priorità



In un ddl agevolazioni su mutui e affitti

Gli incentivi a medici e insegnanti contro lo spopolamento dei monti

ROMA Arriva il piano del governo contro lo spopolamento delle zone montane, con incentivi per imprese e lavoratori. Il disegno di legge per «il riconoscimento e la promozione delle zone montane», approvato ieri in via preliminare dal Consiglio dei ministri, prevede incentivi a medici e insegnanti, con agevolazioni su mutui e affitti. **Ardito a pag. 13**

Incentivi a medici e insegnanti piano per salvare le montagne

IL PROVVEDIMENTO

ROMA Arriva il piano del governo contro lo spopolamento delle zone montane con incentivi per le imprese e per i lavoratori. Il disegno di legge per «il riconoscimento e la promozione delle zone montane», approvato ieri in via preliminare dal Consiglio dei ministri, prevede incentivi allo sviluppo economico e delle imprese, con agevolazioni per favorire i giovani e il ripopolamento dei territori.

La fama dell'Italia nel mondo è affidata a spiagge, città d'arte e colline. Ma il nostro è un paese di montagne. Secondo la classificazione Eurostat, il 66% della superficie italiana viene classificato montano. Una percentuale doppia rispetto alla media dell'Unione Europea (32,6%), e ben lontana da Francia (20,6%) e Germania (11,8%). In dieci Regioni italiane su venti oltre il 40% della superficie è montana, e in sette le pianure semplicemente non ci sono. In alcune zone, dalla Valle d'Aosta al Trentino, la montagna è diventata un attrattore turistico, e ha sviluppato un'economia che tira. Valli e vette significano che realizzare una strada o una linea elettrica è infinitamente più caro che altrove, e che pensare a una

nuova ferrovia è un sogno. Da un secolo e più i montanari dell'Appennino e delle Alpi scendono a valle e non risalgono più. Ora il disegno di legge appena varato tenta di invertire questo flusso.

Per chi vive (o vorrebbe vivere) ad alta quota, la sanità e la scuola sono fondamentali. I pri-

mi articoli del testo puntano a far salire in montagna medici, infermieri e insegnanti. Nell'articolo 6 del ddl si legge che per medici e infermieri, sia nel pubblico sia nel privato, ogni anno di lavoro in montagna conta doppio ai fini dell'anzianità e per partecipare ai concorsi. Per medici e pediatri, aver lavorato in montagna per tre anni è un titolo preferenziale per gli incarichi di direttore sanitario. È prevista anche un'indennità in busta paga. Nell'articolo 7, vantaggi analoghi sono previsti per i lavoratori della scuola. Per aiutare queste categorie a trovare una casa, sono previsti crediti d'imposta sugli affitti o sui mutui.

L'ADEGUAMENTO

La seconda parte del testo è dedicata alle norme per incentiva-

re e rendere meno complesse le attività economiche in montagna. L'articolo 11 si occupa di adeguamento delle risorse idriche «attraverso la realizzazione di casse di espansione, vasche e bacini idrici, ai fini dell'attività agricola, della lotta agli incendi e dell'attività turistica, incluso l'innervamento artificiale». L'articolo 12 descrive gli incentivi (crediti d'imposta e contributi) «agli investimenti e alle attività diversificate degli agricoltori e

dei silvicoltori». Negli articoli successivi entra in scena il turismo, da legare alle altre attività della montagna. L'articolo 13 è dedicato ai rifugi (tra Alpi e Appennino ne funzionano un migliaio), per i quali le «caratteristiche funzionali», «comprese quelle degli scarichi e degli im-



pianti di smaltimento» devono essere meno stringenti che per le strutture di fondovalle. L'articolo 15 prevede «valorizzazione e tutela» delle professioni di montagna. Non è un tema da poco, visto che oggi ad accompagnare sui sentieri sono due figure in concorrenza (accompagnatore di media montagna e guida ambientale escursionistica) e che le Regioni hanno legiferato in maniera diversa. Alcune Regioni, come il Lazio, non hanno mai ratificato la legge nazionale del 1989 sulle guide alpine.

Il problema più serio per trasformare il DdL in realtà, però,

sembra annidarsi nell'articolo 2. «Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge», sulla base dei dati forniti dall'Istat, «sono definiti i criteri per la classificazione dei comuni montani che costituiscono le zone montane e ai quali si applicano le disposizioni della presente legge, in base ai parametri altimetrico e della pendenza». Una questione che sembra formale, ma sulla quale le Comunità Montane e l'Istituto Nazionale di Statistica si sono già divisi più volte. Se non si troverà una soluzione in tempi brevi, i provvedimenti a favore di medici, in-

segnanti, agricoltori e guide alpine potrebbero rimanere bloccati.

Stefano Ardito

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**CONTRO LO
SPOPOLAMENTO
AGEVOLAZIONI
PER LE IMPRESE
E CREDITI DI IMPOSTA
SU AFFITTI E MUTUI**



I fondi in legge di bilancio per i rinnovi

Ccnl area medica da 2,4 miliardi

Due miliardi e 400 milioni di euro dalla manovra per i rinnovi dei contratti dell'area medica, con una legge di bilancio «che punta finalmente sui professionisti». A parlare è il presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici e dei chirurghi (Fnomceo) Filippo Anelli, che ieri ha preso parte alla trasmissione tv organizzata dalla Federazione, nella quale era presente il ministro della salute Orazio Schillaci.

Anelli e Schillaci hanno fatto il punto sulle ultime misure presenti in manovra, con il presidente dei medici che ha ricordato alcuni numeri: «due miliardi e 400 milioni sui contratti di lavoro su tre miliardi di nuovo investimento sulla sanità a favore dei professionisti costituisce sicuramente una novità, la vera novità di questa manovra che punta finalmente sui professionisti,

invertendo un sistema che finora aveva allocato risorse, attraverso il Pnrr, soltanto sulle strutture e sulle infrastrutture». Schillaci ha, invece, parlato della necessità di adeguamento del Sistema sanitario nazionale («non più rinviabile»), puntando anche l'attenzione sul Pnrr: «un piano nato

monco, non certo per volontà di questo governo, perché non garantisce risorse per il personale. Tuttavia, rappresenta la grande occasione per ridare vigore alla sanità pubblica, che se resta ancora ancorata a vecchi modelli farà sempre più fatica a fare fronte alla domanda di cura dei cittadini».

Infermieri. Se i medici sorridono, il comparto infermieristico si trova invece al centro delle polemiche. Oggi, ad esempio, sarà convocata la consulta nazionale del Nursing Up, uno dei sindacati di categoria, che si dichiara

pronto alla protesta: «quanto sta accadendo ai nostri infermieri, nelle aziende sanitarie da Nord a Sud, ci spinge a promuovere un confronto immediato con la nostra consulta nazionale di rappresentanza. Viviamo un momento storico delicatissimo, i nostri professionisti, in particolare con i casi più recenti esplosi in Toscana ed Emilia Romagna, all'acme del disagio, hanno deciso di organizzare, nei rispettivi territori, seppur per ragioni diverse, manifestazioni di protesta», le parole del presidente Nursing Up Antonio De Palma.





Dir. Resp. Marco Girardo

IN CAMPO L'ORDINE PROFESSIONALE

Pronto soccorso, medici in pressing dopo il caso multe

Dopo giorni di polemiche, sono state annullate ieri da parte del ministero del Lavoro le multe ai tre primari del Policlinico di Bari per un eccesso di straordinari durante l'emergenza Covid. Ma se nella pandemia i medici hanno effettuato più straordinari per fare fronte alla situazione critica negli ospedali, è perché il personale non era sufficiente. È quindi necessario un piano straordinario di assunzioni. È la richiesta al governo del presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo), Filippo Anelli.

Ad annunciare l'annullamento delle sanzioni è stata la ministra del Lavoro Marina Calderone: «Voglio ringraziare i medici e il personale ospedaliero che durante la pandemia, con abnegazione totale, hanno salvato migliaia di vite - ha commentato -. In presenza di una segnalazione, l'Ispettorato si è attivato d'ufficio a tutela dei diritti dei lavoratori. Ma lo sforzo straordinario e inedito a cui sono stati chiamati i medici in presenza di uno stato di necessità giustifica, oggi, la scelta di archiviare una vicenda le-

gata ad un contesto emergenziale dal quale gli stessi medici hanno contribuito a farci uscire». Alla base degli eccessi di straordinari, secondo professionisti e sindacati, resta però la carenza di personale e la soluzione, affermano, non può essere quella di chiedere ai medici di lavorare ancora di più perché il carico di lavoro è già al massimo. «Le retribuzioni ad hoc per l'extra-orario del lavoro dei medici per smaltire le liste di attesa, previste in manovra - sottolinea Anelli - non risolvono infatti il problema delle carenze. Il punto è che bisogna fare i concorsi, spingendo i giovani a restare nel Ssn, ad esempio migliorando l'importo dell'indennità di esclusività di lavoro». Anche per il maggiore sindacato dei medici ospedalieri, l'Anao-Assomed, incrementare ancora le ore di lavoro è «assurdo». In media, rileva il segretario Pierino Di Silverio, «il monte di ore di straordinari è pari a 10 milioni l'an-

no, mentre arrivano a 5 milioni i giorni di ferie arretrati. Numeri aumentati durante l'emergenza Covid. La causa è la carenza del personale ma per ovviare a ciò è assurdo chiedere ai medici ospedalieri di lavorare ancora di più con un compenso aggiuntivo». Al contrario, chiarisce, «bisogna investire sulla professione in modo strutturale per evitare la fuga dal Ssn, aumentando stabilmente gli stipendi e cambiando il modello lavorativo, rendendolo meno ingessato rispetto ai percorsi di carriera». Insomma, «sono necessarie più assunzioni, ma prima bisogna rendere più attrattivo il lavoro del medico nel Ssn. Altrimenti - avverte Di Silverio - si rischia che i concorsi vadano deserti». E dalla Cgil Puglia arriva un attestato di solidarietà all'ispettore del lavoro che ha deciso le multe: «Ha fatto solo il suo dovere, il problema è la carenza degli organici».

Dopo lo stop chiesto dal Colle, interviene Anelli (Fnomceo): piano straordinario per le assunzioni



LA GRANDE FUGA DAI CORSI

Medici specializzandi, un terzo dei contratti non è assegnato

Marzio Bartoloni — a pag. 31

I giovani medici? Non si specializzano

Specializzandi. Non assegnato oltre un terzo dei contratti: fuga dai corsi per diventare anestesisti, chirurghi e per lavorare in pronto soccorso. Posti pieni nelle specialità meno stressanti e che consentono guadagni nel privato: al top dermatologia, estetica e cardiologia

Marzio Bartoloni

I giovani medici appena laureati non vogliono più specializzarsi. O meglio fuggono sempre di più da decine di specialità considerate troppo poco attrattive per diverse ragioni. Perché una volta che si entra in corsia la vita professionale è scandita da turni massacranti e da un lavoro stressante e soprattutto troppo poco retribuito anche perché si tratta spesso di specializzazioni che non offrono la possibilità di guadagnare degli extra di peso con l'attività privata. E così in diversi casi chi ha una laurea in medicina in tasca preferisce lavorare subito guadagnando molto di più di uno specializzando che si porta a casa soltanto 1300 euro netti al mese (si veda altro articolo in basso). Ma in questo modo la carenza di specialisti in molti reparti degli ospedali già molto in affanno rischia di diventare ancora più grave.

A raccontare questa vera e propria fuga dalle specializzazioni mediche - un altro segnale del malessere che colpisce tutta la Sanità italiana dopo la pandemia - è l'ultimo concorso per assegnare oltre 16mila borse di specializzazione che si chiude in questi giorni e che per oltre un terzo rischiano di restare inutilizzate. Dopo le avvisaglie dell'anno scorso il trend quest'anno - come certificano i dati raccolti dall'associazione Als e Anaaio Giovani - si è aggravato: il round di assegnazioni delle borse del 18 ottobre scorso (ce ne sarà un altro domani e l'ultimo il 31 ottobre, mentre in passato c'erano due mesi di ripescaggi) ha visto il numero di contratti di specializzazione rimasti liberi salire a 6.125 su 16.165 contratti banditi (ben il 38%). «La situazione non migliorerà in questa

settimana, il risultato - assicura Giammaria Liuzzi responsabile Anaaio giovani - è che oltre una borsa su tre non sarà impiegata con centinaia di milioni investiti per la formazione che andranno sprecati e di cui chiediamo alle istituzioni anche che fine faranno».

La fuga dalle specializzazioni riguarda in particolare branche mediche da sempre in affanno. Innanzitutto la specialità di medicina d'emergenza urgenza che forma i medici che lavoreranno nel pronto soccorso - qui su 945 posti banditi si sono immatricolati solo in 228 (il 24%) - o la specializzazione in anestesia e rianimazione che prepara quei camici bianchi che durante la pandemia erano cruciali per lavorare nelle terapie intensive: anche qui la fuga è evidente visto che a fronte di 1599 borse bandite ne sono state assegnate finora 759 (la metà circa). Molto male anche la Radioterapia: 181 borse e solo 23 immatricolati (il 13%). Ma stupisce anche la crisi profonda che colpisce una branca medica prestigiosa come quella della chirurgia. La fuga da questa specializzazione così cruciale riguarda oltre il 50% delle borse per specializzarsi che rischiano di restare inutilizzate: in chirurgia generale dei 724 contratti ne sono stati assegnati finora 319 (le borse libere sono il 56%) e in chirurgia toracica va anche peggio (solo 34 immatricolati su 94 posti disponibili). «Se è vero, come a noi risulta, che il 56% delle borse di studio per la specializzazione in Chirurgia generale non è stato assegnato, significa che tra qualche anno le sale operatorie chiuderanno per assenza di chirurghi che operano», avverte il presidente dell'Associazione chirurghi ospedalieri Marco Scatizzi per il quale ormai si va

verso «i titoli di coda del Servizio sanitario nazionale». Possiamo «chiedere alla politica, alle istituzioni, al Governo di occuparsi di ciò che accadrà tra 5 o 10 anni? O dobbiamo vivere sempre nell'emergenza?», si chiede infine il presidente dei chirurghi ospedalieri. In tutt'altra direzione invece vanno diverse altre specializzazioni dove la percentuale di non immatricolati è anche ben sotto il 15 per cento. Si tratta guarda caso di specializzazioni che consentono di lavorare anche nel privato oltre che nel pubblico: si va - solo per citarne alcune - da radiodiagnostica (641 immatricolati su 741 contratti) a ginecologia e ostetricia (501 su 580), da neurologia (311 su 351) a oftalmologia (252 su 269) e a pediatria (834 su 885). Ma il pieno quasi al 100% lo fanno tre specializzazioni: chirurgia plastica ed estetica (133 su 139), malattie dell'apparato cardiovascolare (656 su 684) e infine dermatologia dove si sfiora appunto il "sold out" (157 immatricolati su 158 contratti).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dal gettonista al privato, il laureato lavora subito e guadagna di più

Il fenomeno in crescita Il caso dei camici grigi

Specializzarsi magari in una scuola di una grande città dove il costo della vita è alto con soli 1300 euro netti al mese della borsa di specializzazione oppure mettere subito a frutto la laurea in Medicina e lavorare con la possibilità di guadagnare tranquillamente da due a quattro volte di più? Più di un neo laureato in medicina negli ultimi anni sta cominciando a scegliere questa seconda strada, magari in attesa che si liberi il posto nella specialità medica più ambita, mettendosi in gioco subito dopo

aver conseguito la laurea che tra l'altro dal 2020 è diventata subito abilitante, senza bisogno dunque di fare un esame professionale. E così si aprono le porte a diversi impieghi per questi medici che in passato sono stati definiti «camici grigi»: si va dalle guardie mediche pagate oltre 200 euro nette a turno alle sostituzioni di medici di famiglia e pediatri fino ai turni nei 118 e nei pronto soccorso come gettonisti di cooperative in cui i giovani medici vengono pagati anche 500 euro per un turno di 12 euro con mansioni legate alle piccole emergenze (l'assenza di

una specializzazione qui ha attirato molte critiche però). Ma lo sbocco può essere anche nel privato dove c'è molta richiesta: «Non solo per l'attività privata individuale, penso al laureato che dopo un corso di formazione può

aprire uno studio da dermatologo senza la specializzazione che è necessario in ospedale, ma per lavorare anche in ospedali privati accreditati, case di cura o residenze per anziani dove magari oltre allo stipendio molto più alto rispetto a uno specializzando c'è anche una migliore qualità di vita, meno stress e rischi», avverte Bruno Zucarelli coordinatore Osservatorio giovani di Fnomceo (gli Ordini dei medici). Che sottolinea come si «stia andando verso il fallimento della medicina pubblica perché ormai per nulla attrattiva».

Come risolvere allora questo nuovo fenomeno della fuga dalle specializzazioni? Le associazioni dei medici specializzandi non hanno dubbi: l'unica soluzione è riformare la formazione medica post-laurea, archiviando l'impianto formativo attuale con un vero contratto di formazione-

lavoro istituendo i *learning hospital* con specializzandi che abbiano i diritti e i doveri dei medici *senior* in un contratto incardinato in quello nazionale con retribuzione e responsabilità crescenti: «Pagarli meglio e riconoscerli più diritti sarebbe una soluzione che non comporterebbe alla fine un aumento di spesa perché in questo modo si abolirebbe non il numero chiuso ma la figura dei gettonisti che costano così caro agli ospedali», sottolinea Giammaria Liuzzi responsabile Anaaio giovani.

«Giorni fa parlavo con un primario di una grande città che mi segnalava di parecchi posti vuoti tra gli specializzandi, ma come non capirli questi giovani che si trovano una borsa il cui valore è stato deciso nel 2007 e nel frattempo il costo della vita è esploso?», si chiede Alessandro Conte in passato nel direttivo Anaaio giovani.

— Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Per ogni guardia medica
si guadagna oltre 200
euro in più, per un turno
in pronto soccorso fino
a 500 euro**



Liste di attesa infinite così crolla la fiducia nella sanità pubblica

Nel Belpaese più del
50% delle persone
aspetta mesi per una
visita o per fare esami, il
60% bocchia gli ospedali
del Sud: ed è corsa verso
le strutture private

di **Antonio Noto**

Tanto tuonò che piovve. La sanità privata supera quella pubblica nella fiducia degli italiani. È quanto emerge da uno studio condotto dall'Istituto demoscopico Noto Sondaggi per *Repubblica*, che fotografa un trend di insoddisfazione verso il Sistema Sanitario Nazionale. Dopo la prima ondata di Covid in cui emerse che gli ospedali non erano in grado di reggere l'emergenza, non nel senso di cure prestate ai malati, quello era un problema internazionale, ma da un punto di vista strutturale con la carenza dei posti letto in terapia intensiva, è iniziata a calare la fiducia nei confronti della sanità pubblica. E forse non è un caso che proprio negli ultimi anni si sta registrando una significativa uscita di medici ed infermieri dalle Asl che trovano invece lavoro presso strutture private o all'estero.

Oggi il 56% degli italiani non valuta soddisfacente il servizio pubblico sanitario nel suo complesso e quasi il 60% valuta un peggioramento negli ultimi 4 anni, cioè rispetto al periodo pre-pandemico. Il parametro dell'organizzazione è quello che secondo gli italiani condanna il Servizio Sanitario Naziona-

le, più che l'aspetto di cura dei pazienti. Per il 47% i servizi pubblici sono meno efficienti di quelli privati e solo l'11% li giudica migliori. Le liste di attesa sono in cima nella classifica dei fattori che determinano un giudizio negativo. Per le visite specialistiche il 53% attende mesi ed un ulteriore 18% addirittura almeno un anno. Solo il 4% dichiara di aver aspettato pochi giorni ed il 15% qualche settimana. Le cose non migliorano se si chiedono i tempi di attesa per l'effettuazione di esami diagnostici: un italiano su 2 (48%) aspetta mesi ed un altro 12% anche più di un anno. Appena l'8% esprime soddisfazione indicando in pochi giorni dalla richiesta l'esecuzione del servizio. Da notare che il problema delle liste di attesa è abbastanza omogeneo in tutto il territorio nazionale e non sembra quindi influenzato dalle performance qualitative delle strutture mediche.

Altro dato critico che emerge dallo studio è il modo in cui le strutture convenzionate, che dovrebbero essere di supporto alla sanità Pubblica, gestiscono per un loro tornaconto di business le richieste di prestazioni dei cittadini. Ben 3 cittadini su 4 (75%) affermano che quando si rivolgono a privati convenzionati con il Sistema Sanitario Naziona-

nale si sentono rispondere che il tempo di attesa è di almeno un mese ma che in regime privato in quella stessa struttura le visite o gli esami possono essere effettuati nel corso di qualche giorno. Certo, escludendo la malafede, questo è dovuto anche al fatto che le strutture convenzionate hanno dei limiti di saturazione di prestazioni che possono erogare per conto delle Asl pubbliche ma al contempo evidenzia anche che il sistema delle convenzioni private spesso non risolve i problemi derivanti da un sottodimensionamento della capacità del sistema pubblico di far fronte in tempi celeri alle richieste dei cittadini. Questo però ha determinato che nell'ultimo anno il 65% dei pazienti ha preferito pagare privatamente visite specialistiche o esami diagnostici pur di abbreviare i tempi delle attese, in alcuni casi incompatibili con lo stato di salute. Ma c'è un altro dato da sottolineare e che evidenzia in generale una percezione della qualità del servizio pubblico non omogenea



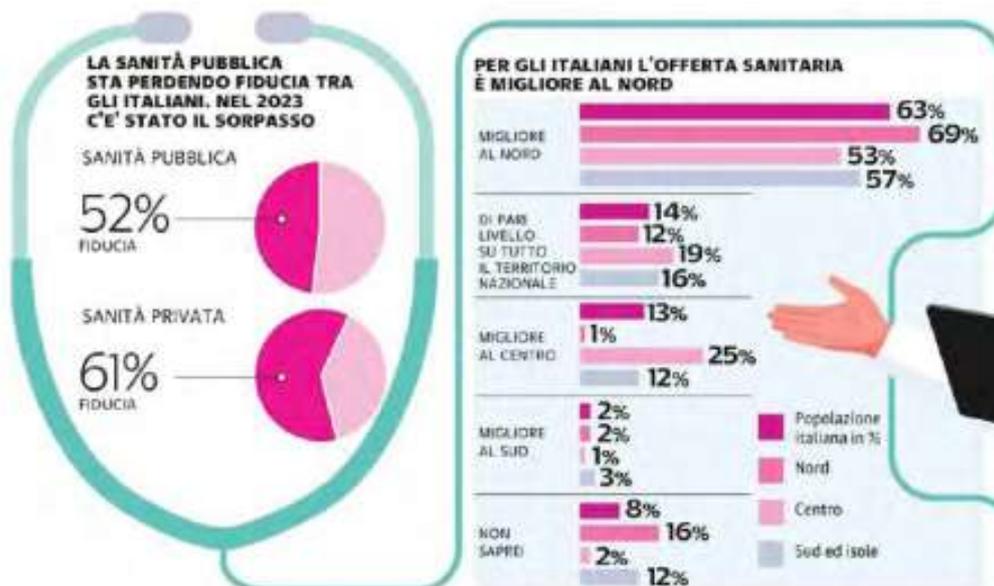
in tutto il territorio italiano. Solo il 14% ritiene che il livello qualitativo dell'offerta sanitaria pubblica sia pari in tutte le regioni. È un dato allarmante perché la salute è un diritto costituzionale inviolabile definito dall'articolo 32 della Carta Costituzionale, di interesse non solo dell'individuo ma anche della collettività.

Oltre il 60% valuta la performance della sanità pubblica migliore al nord, questa percentuale aumenta fino qua-

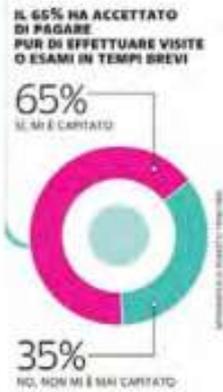
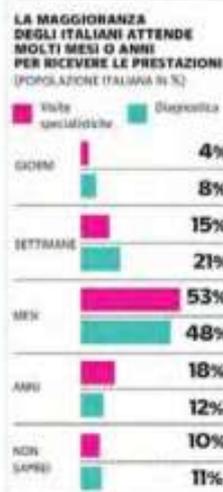
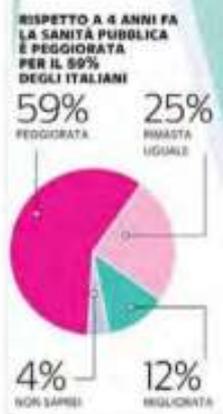
si a sfiorare il 70% fra gli stessi residenti nelle regioni settentrionali. Il crollo di reputazione della sanità pubblica, dunque, non sembra avere solo a che fare con le capacità organizzative ma trova giustificazione anche nella disparità della qualità dei servizi. È per questo che l'82% condivide le parole pronunciate dal Presidente della Repubblica Mattarella cioè che «la Sanità è un patrimonio prezioso da difendere», un concetto che, anche se indirettamente, puntava il dito ad evidenziare la perdita di reputazione di un asset sociale basilare. La domanda dei cittadini è dunque pro-

iettata alla rivalorizzazione della sanità pubblica e si chiede al Governo che diventi una priorità da affrontare.

REPRODUCTION RIGHTS RESERVED



Il sondaggio



Fonte: Istat, sondaggio per Repubblica, marzo 2023. Elaborazioni: Ufficio Nazionale Garante Nazionale della Protezione Civile Nazionale. Elaborazioni: Ufficio Nazionale Garante Nazionale della Protezione Civile Nazionale.



LA PROTESTA DELLE ASSOCIAZIONI

Gli anziani e i fondi tagliatidi **Gian Antonio Stella**
a pagina 24**L'appello di 57 associazioni al governo
«Per gli anziani servono 1,3 miliardi»**

La mancata applicazione della riforma sulla non autosufficienza. «Basta immobilismo»

di **Gian Antonio Stella**

«**I**mmobilismo non più tollerabile». Sarà pure «fiera di quello che abbiamo fatto, fiera di noi, della nostra classe dirigente e fiera anche di me stessa», come ha detto nel messaggio autocelebrativo ai fedeli dell'«Italia vincente», ma Giorgia Meloni al mondo degli anziani non autosufficienti non è piaciuta affatto.

Il varo

Certo, le 57 associazioni e organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza e la tutela degli anziani e unite nel Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza (dalle Acli alla Caritas, da Cittadinanzattiva al Forum Terzo Settore, dal Consiglio Nazionale Assistenti Sociali a Sos Alzheimer...) riconoscono che finalmente nel marzo scorso è stata votata la Legge Delega della riforma dell'assistenza (la Legge 33/2023), prevista dal Pnrr e attesa da ventisei anni. Cioè dal varo della Commissione Onofri voluta da Prodi nel lontano '97. Quando lo scudetto andò alla Juve di Zidane e a Sanremo vinsero i Jalisse con Fiumi di parole. Canzone evocativa dei diluvi di bla-bla-bla sul tema che già avevano allagato la politica prima e l'avrebbero allagata poi.

Sulla carta

E anche se è vero che la legge era stata messa in dirittura d'arrivo da Mario Draghi, onore al merito: è passata (con ritardi abissali rispetto alla Spagna nel 2006, la Francia nel 2002, la Germania nel '95, l'Austria nel '93 nonostante siamo noi e i giapponesi i più

vecchi) con la premier attuale. Evviva. Dato a Giorgia quel che è di Giorgia, però, il «Patto dei 57» dice che non basta. E accusa il governo di «ignorare dieci milioni di persone» e cioè gli anziani non autosufficienti (3,8 milioni) e i familiari che quotidianamente li assistono: «L'Italia non ha bisogno di riformare l'assistenza agli anziani non autosufficienti»: è quello che si evince dalla Legge di Bilancio appena varata per il 2024 dal Governo che, sulla scorta delle prime bozze circolanti, sembrerebbe ignorare completamente questo ambito del welfare. Tuttavia, come ben sanno le persone coinvolte — anziani, caregiver familiari, operatori — la realtà è ben altra». Per capirci: la legge sulla non autosufficienza, per ora, resta solo una bella dichiarazione di intenti. Senza grano non si fa farina. Senza soldi non si fa assistenza.

Un tema anticipato giorni fa su *Corriere.it* da monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia accademia per la vita: «Non sono un tecnico e non mi avventuro in analisi complesse su questa o quella scelta per migliorare il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Ho però una visione delle cose che parte dalle persone, dagli anziani, dalla oggettiva distanza che li separa sia dalle cure che dalla assistenza. La distanza abissale per avere un decente servizio di assistenza sociale a casa, qualcuno che aiuti a fare la spesa nei piccoli Comuni delle aree interne, un accesso semplice ai prelievi, e via dicendo». Se l'obiettivo è «muovere fuori dagli ospedali, integrandole, cure e assistenza» con «un servizio capace di avvicinarsi alle perso-

ne, raggiungendole nelle loro case, con una rete di personale ed un continuum assistenziale presente sul territorio, in grado di individuare con tempestività i più bisognosi, i non autosufficienti e soprattutto i fragili, coloro che vivono presso la loro abitazione in equilibrio precario, sospesi tra il poter restare a casa, con un piccolo aiuto, e il dover precipitare in ospedale, in Rsa, in un hospice», come si raggiunge senza soldi e senza una programmazione che parta subito?

Quale sia la prospettiva lo spiegano nel saggio «Gli anziani italiani nel prossimo ventennio» i demografi Chiara Gargiulo e Giampiero Dalla Zuanna: «L'incremento del numero degli anziani in Italia è impressionante. Dall'inizio del secolo al 2017, gli ultrasessantenni sono passati da 7 a 10 milioni e, secondo le previsioni dell'Istat, nel 2042 dovrebbero diventare 15 milioni». Una crescita «irresistibile» dovuta «sia al progressivo ingresso in età anziana dei figli del baby boom nati fra il 1945 e il 1975 (invecchiamento dal basso), sia allo straordinario incremento della sopravvivenza (invecchiamento dall'alto)». Con la prospettiva che in quel 2042 (meno d'un ventennio: dopodomani) l'età media alla morte potrebbe essere «di poco inferiore a 90



anni». Con tutti i problemi a cascata che si possono immaginare.

«Adesso le risposte»

Quando ci vogliamo pensare, domani come Rossella O'Hara in Via col vento? Sarebbe folle, risponde il «Patto dei 57»: se Giorgia Meloni e il suo governo ripetono sempre d'aver obiettivi a lunga scadenza, occorre avviare già «nel 2024 un Piano di Legislatura per attuare progressivamente la riforma» e «iniziare a fornire migliori risposte ad anziani e famiglie e dare sollievo alle loro pressanti necessità, cominciando subito ad operare ciascuno dei principali ambiti del settore: assistenza a casa, strutture residenziali e contributi monetari, con un finan-

ziamento sostenibile per le casse dello Stato, pari a 1,3 miliardi nel 2024». Insomma, per costruire il futuro, occorre «impostare il percorso pluriennale necessario a tradurre la riforma in pratica». Dando per scontato che «sarà, come sempre, più complicato del previsto».

Tema: Giorgia Meloni raccoglierà la sfida lanciata dalla denuncia che «questo immobilismo non sia più tollerabile e che sia necessario agire senza indugi per iniziare a dare sollievo alle pressanti necessità delle persone che vivono la disabilità»? Mesi fa garanti: «Dal Patto per la terza età, che pone le basi per una riforma complessiva delle politiche a favore degli anziani, fino all'aumento delle pensioni minime, abbiamo detto ai nostri

anziani che li consideriamo importanti e abbiamo cura di loro». Nel discorso programmatico di investitura in Parlamento, però, non c'era traccia delle parole «handicap», «disabilità» e varianti. E scarse sono le citazioni negli archivi dell'Ansa dell'ultimo anno di governo: su 10.665 titoli «meloniani», nel bene e nel male, la «non autosufficienza» compare una manciata di volte. Contro 94 takes con la parola orgoglio, 109 con sovranità, 110 con natalità, 193 con figli, 498 immigrati o immigrazione. Non sono dettagli. Sono un programma. Sta a lei, la premier, mostrare che le accuse di scarso interesse verso la «non autosufficien-

za» e i disabili, sui quali sono stati appena «spostati» 350 milioni, sono solo «cattiverie».

La legge

A marzo l'ok alle norme sull'assistenza: un ritardo di anni su altri Paesi europei

I numeri

Dal 2017 a oggi gli over 70 sono passati da 7 a 10 milioni e nel 2042 saranno 15 milioni

La vicenda

● Il Patto dei 57, che riunisce le associazioni italiane attive nell'assistenza e la tutela agli anziani, ritiene che la legge 33 del 2023 vada applicata e non debba restare sulla carta: la legge era attesa dal 1997

● Al governo il Patto dei 57 chiede fondi, 1,3 miliardi nel 2024, e un Piano di legislatura per applicare in modo progressivo la riforma: l'obiettivo è un sistema adeguato di assistenza dentro le case



Si sblocca il bonus psicologo Il sostegno può partire nel 2024

► In arrivo un emendamento per superare lo stallo ► Il ministero della Salute in pressing sul Mef sull'aiuto fino a 1.500 euro. Possibile ok bipartisan per trovare i circa 13 milioni necessari per la misura

LA NORMA

ROMA Un emendamento alla Manovra o al "decreto Mance", subito dopo la partita della legge di Bilancio, può salvare il nuovo bonus psicologo. Si tratta dell'aiuto rafforzato fino a 1.500 euro per pagare le sedute di psicoterapia, fermo oramai da un anno. La norma può ricevere il sostegno bipartisan di maggioranza e opposizione, come accaduto a fine 2022. Con la scorsa legge di Bilancio, infatti, il Parlamento e l'esecutivo avevano rifinanziato la misura avviata sotto il governo Draghi, aumentando il sostegno (prima arrivava al massimo a 600 euro), ma riducendo la platea (da 40mila persone a circa 8-10mila).

LA CONVERGENZA

Il ministero della Salute, guidato da Orazio Schillaci, aveva quindi preparato l'apposito decreto attuativo. A giugno il testo era pronto per essere approvato, ma è stato bloccato dai tecnici del ministero dell'Economia, su input della Ragioneria generale dello Stato. Il problema era di natura tecnica e finanziaria: la norma in Manovra non era scritta bene e non si capiva se le risorse necessarie fossero a valere sul Fondo sanitario nazionale o da reperire ex novo.

Da qui, nonostante il pressing di Schillaci per trovare i circa 13 milioni di fondi necessari a confermare la misura per quest'anno e il prossimo, lo stallo, continuato fino ad oggi. A mettere mano alla materia, ora, potrebbe essere un emendamento a prima firma di Filippo Sensi, del Pd. D'accordo il ministero della Salute, ma anche Fratelli d'Italia, come confermano fonti parlamentari.

L'unico nodo, sottolineano, è quello del veicolo giusto per approvare la misura. Per quanto riguarda la Manovra, infatti, la presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, ha chiesto al centrodestra di ridurre al minimo gli emendamenti, per una rapida approvazione tra Camera e Senato utile a rassicurare i mercati e l'Unione europea. Il Pd proverà comunque a presentare l'emendamento appena possibile e lo rifarà in caso di bocciatura.

Il bonus psicologo è un contributo spendibile presso psicologi abilitati, per un massimo di 50 euro a seduta. Due i requisiti fondamentali per richiederlo: residenza in Italia e Isee non superiore a 50mila euro. Più è basso l'Isee, più sale il contributo. Il sostegno massimo da 1.500 euro dovrebbe essere valido, come in passato, entro i 15mila euro di Indicatore di ricchezza.

LA SPINTA DEI PROFESSIONISTI

In ogni caso l'Ordine nazionale degli Psicologi, guidato da David Lazari, spinge per aumentare le risorse

a disposizione. Con la prima erogazione di fine 2022, infatti, il sostegno ha raggiunto 40mila persone su una platea potenziale di quasi 400mila richiedenti, di cui il 60% era under 35. Insomma, secondo l'Ordine si tratta di un supporto importante, in anni difficili come questi, soprattutto per i giovani, ma sarebbe del tutto insufficiente per affrontare il boom di disagi psichici del periodo post-Covid. L'Ordine, poi, è in pressing sulle forze politiche per approvare una legge per istituire lo psicologo di base: un professionista gratuito del Servizio sanitario nazionale, come il medico di famiglia, almeno per i meno abbienti. La proposta di legge è in Commissione Affari sociali alla Camera, a prima firma Luciano Ciocchetti, di Fratelli d'Italia e continuano le audizioni in materia. Entro l'inizio del 2024 può arrivare un testo unico che metta insieme le sette proposte di maggioranza e opposizione. Poi il passaggio in Parlamento con la speranza degli psicologi di un ok entro l'estate prossima. L'unico problema è quello delle risorse, con il Mef che segue la partita a distanza e chiede attenzione sui conti pubblici.

Giacomo Andreoli

È RIPRODUZIONE RISERVATA

**PRESTO POTREBBE
ARRIVARE ANCHE
UNA LEGGE
PER LA PSICOTERAPIA
DI BASE RISERVATA
AI MENO ABBIENTI**



Sanità, cure da metaverso e intelligenza artificiale

Salute 24

L'intelligenza artificiale in sinergia con il metaverso aprono una nuova era nell'ambito della salute mentale e delle neuroscienze grazie a diagnosi e terapie più precise. Da un lato la realtà virtuale immersiva è in grado di alleviare il dolore e l'angoscia dei pazienti affetti da cancro. Dall'altro, insieme agli algoritmi di machine learning, può dimostrarsi utile per la diagnosi precoce delle malattie

neurodegenerative, come l'Alzheimer e la demenza. E in questo senso si stanno indirizzando diversi progetti.

Francesca Cerati — a pag. 30

La medicina del futuro sarà immersiva e intelligente

Intelligenza artificiale. La realtà virtuale immersiva in sinergia con gli algoritmi di machine learning apre una nuova era nell'ambito della salute mentale e delle neuroscienze con diagnosi e terapie mirate

Pagina a cura di

Francesca Cerati

La convergenza del metaverso e dell'intelligenza artificiale generativa sta rivoluzionando i dispositivi medici e il settore sanitario, inaugurando una nuova era di innovazione, efficienza e cura dei pazienti. Ma il "Medverse", in particolare, sta aprendo una nuova era nei disturbi psicologici. «Il metaverso funziona come la nostra mente - premette Giuseppe Riva, professore ordinario di "Psicotecnologie per il Benessere" all'Università Cattolica di Milano dove dirige lo "Humane Technology Lab" - Nelle moderne neuroscienze, il nostro cervello viene descritto come un simulatore che ha sviluppato la capacità di prevedere eventi sensoriali prima che vengano realmente vissuti. Il metaverso funziona in modo simile, cioè cerca di prevedere le conseguenze sensoriali delle azioni degli utenti mostrando lo stesso risultato che il cervello si aspetta nel mondo reale».

Nel laboratorio della Cattolica l'idea è quindi quella di usare la tecnologia al fine di interiorizzare i

processi cognitivi con l'obiettivo di migliorare la salute e il benessere delle persone. E il primo progetto, "Covid feel good", è già diventato un'applicazione tradotta in 19 lingue. Si tratta di una realtà virtuale in cui immergersi per ridurre l'ansia e la depressione che sono diventate molto comuni dopo la pandemia. «Quello che è emerso da questo progetto è che sicuramente il metaverso può essere utilizzato come strumento per andare a impattare sulla dimensione emotiva dei soggetti, infatti l'area in cui questa realtà immersiva è più utilizzata è quella dei disturbi d'ansia, delle fobie, dei disturbi alimentari» spiega Riva.

Sappiamo dalla psicologia clinica che quando abbiamo paura di qualcosa il modo migliore per riuscire a guarire è quello di essere esposto progressivamente allo stimolo pauroso in modo tale che il sistema emotivo via via riduca l'intensità della risposta. «Nel metaverso posso costruire delle esperienze virtuali su cui il soggetto ha il controllo totale e che si adattano alle sue caratteristiche così da permettergli di gestire l'ansia che la situazione gli crea». Non solo. Riva, all'Istituto Auxologico, dove dirige un laboratorio di tecnologie applicate alle neuroscienze, sta portando avanti anche un altro progetto che ha

l'obiettivo di unire il metaverso e l'intelligenza artificiale (Ia) per la diagnosi precoce delle malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer e la demenza.

«La personalizzazione è il primo grande vantaggio che l'Ia apporta al metaverso - continua Riva - Il mondo parallelo consente infatti la raccolta di dati fisiologici e comportamentali che possono essere utilizzati dagli algoritmi per estrarre risposte biologiche. Il vantaggio del mondo virtuale rispetto a quello reale è che ci permette di raccogliere in automatico tutti i dati riguardanti il paziente, mentre nel mondo fisico dovrei dotarlo di centinaia di sensori per riuscire a capire cosa sta facendo». E grazie ai meccanismi di machine learning è possibile insegnare alla rete neurale di distinguere tra le diverse categorie di pazienti. «Così,



invece dei comuni questionari, il nostro obiettivo è di far entrare il paziente nel metaverso, farlo interagire con gli oggetti e gli ambienti per una decina di minuti e usare le informazioni raccolte in maniera trasparente per capire a quale stadio è la patologia» afferma Riva. L'obiettivo è di arrivare a dei protocolli sia di valutazione sia di intervento.

Anche l'azienda sanitaria di Padova ha messo a punto, in collaborazione con l'industria digitale di Genova Ett, un progetto che prevede l'addestramento dell' algoritmo per identificare i soggetti "sensibili" al gioco d'azzardo patologico, in un'ottica di diagnosi e prevenzione di

questa dipendenza, che secondo l'Osservatorio del ministero della Salute, interessa 1,3 milioni di italiani. Non ultimo, secondo uno studio pubblicato su *Bmj Supportive & Palliative Care*, la realtà virtuale immersiva è in grado di alleviare il dolore e l'angoscia provati dai pazienti affetti da cancro, e potrebbe avere effetti positivi anche nei pazienti con altre patologie dolorose croniche, come la sclerosi multipla, le malattie renali e la demenza. Un futuro forse non così lontano se pensiamo che solo Apple e Meta hanno già investito 30 miliardi di dollari nel 2022 in queste tecnologie. È quindi molto probabile che

in un tempo relativamente breve un casco avanzato per il metaverso costerà quanto uno smartphone di gamma alta di oggi, passando da un mercato di nicchia a uno di massa.

ROCHE PARTNER CON I PAZIENTI

Presentato ieri a Roma, nell'evento «Path - join our future», il progetto che vede Roche collaborare con 50 sigle di associazioni e federazioni di pazienti per ridisegnare il sistema salute.

CURE MIGLIORI DA DATI CONDIVISI

La condivisione dei dati sanitari può migliorare il percorso di cura per il 75% dei pazienti. È uno dei risultati dell'indagine promossa da Roche su 520 pazienti

La realtà virtuale immersiva è in grado di alleviare il dolore e l'angoscia dei pazienti affetti da cancro

GIUSEPPE RIVA
Ordinario di Psicologia della comunicazione e di Psicotecnologie per il benessere all'Università Cattolica di Milano, dove dirige lo "Humane Technology Lab"



Applicazioni.

L'area in cui la realtà immersiva è più utilizzata è quella dei disturbi d'ansia, delle fobie e dei disturbi alimentari



PREVENZIONE PERSONALIZZATA

Cdi, arriva il primo gemello digitale

Il Centro Diagnostico Italiano (Cdi) ha realizzato il primo digital human twin, vincendo il premio innovazione di Smau 2023. In pratica è un avatar del paziente: ha la sua stessa storia clinica, i suoi esami di laboratorio, le sue immagini radiologiche, i parametri e gli stessi stili di vita. Una vita in formato digitale però che, come quella reale, cambia nel tempo. La combinazione dei dati permette quindi di rilevare la condizione di salute e benessere o di maggiore rischio malattia. Grazie a modelli matematici di intelligenza artificiale sarà possibile quindi simulare le variazioni di stato fisico e stabilire parametri su cui è appropriato intervenire per un determinato paziente. Le informazioni saranno collegate e permetteranno ad esempio di rilevare un aumento di peso che, anche se solo moderato, in un individuo fumatore con una storia familiare di malattie cardiovascolari può diventare un campanello di allarme e richiedere una correzione tempestiva per ridurre il rischio cardiovascolare. Un approccio predittivo e personalizzato che punta alla medicina di precisione. «Gemello digitale e intelligenza artificiale sono due strumenti tecnologici distinti ma nel nostro caso vengono integrati per sfruttare appieno il potenziale

dei dati generati dai sistemi. - spiega Alessandro Maiocchi, direttore dell'armonizzazione e integrazione dei dati scientifici per il Cdi. - Il nostro obiettivo è stato quello di creare un prototipo in grado di dare una rappresentazione chiara e completa del paziente, indipendentemente dal medico che lo ha in cura. Il digital twin quindi raccoglie e mette in comunicazione tra loro dati anche molto diversi tra loro come tabelle di numeri, immagini, video, tracciati, referti testuali, organizzati per patologia e per modelli di stratificazione del rischio». La piattaforma permette perciò allo specialista di mettere a confronto pazienti con patologie simili, valutare l'andamento della malattia, la prognosi e la cura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Multe ai medici, c'è il ricorso Ma Calderone: vicenda chiusa

SERVIZIO A PAGINA 6 >>>

Bari, multe ai primari il Policlinico fa ricorso «La sospensione? Non è ancora arrivata»

● Il Policlinico di Bari aveva già impugnato per via amministrativa i primi due verbali dell'Ispettorato del lavoro, e si prepara a fare la stessa cosa per il terzo, quello da 27mila euro che a settembre è stato notificato al direttore del Pronto soccorso, Vito Procacci, sempre per il mancato rispetto dei riposi contrattuali. A ieri l'ospedale universitario non aveva ricevuto alcuna comunicazione formale della «sospensione» delle sanzioni preannunciata domenica dal ministro del Lavoro, Marina Calderone, dopo la telefonata del presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, a cui Procacci sabato aveva mandato una lettera per denunciare l'assurdità della situazione.

«Attendiamo indicazioni dall'Ispettorato», dicono dal Policlinico augurandosi che dopo l'intervento di Mattarella si arrivi a un chiarimento, ma rilevando comunque che le prime due ordinanze-ingiunzione notificate ad agosto (per circa 10mila euro totali) alla direttrice della chirurgia laparoscopica, professoressa Angela Pezzolla, e al direttore del Centro trapianti di fegato, professor Francesco Tandoi, erano già stati oggetto di contestazione amministrativa davanti al Comitato per i rapporti di lavoro. L'Ispettorato di Bari (che non ha risposto alle richieste di chiarimenti della «Gazzetta») ha effettuato una verifica a posteriori sui turni di lavoro del periodo Covid, rilevando appunto il mancato rispetto delle norme in materia di riposi e durata delle prestazioni lavorative: da qui l'applicazione delle sanzioni al datore di lavoro in solido con il dirigente responsabile. Ma - questo il punto, sottolineato domenica anche dal ministro della Salute, Schilacci - si tratta dei turni di lavoro effettuati durante l'emergenza pandemica, in cui nessuno poteva guardare l'orologio.

L'intervento dell'Ispettorato è partito da un esposto sindacale all'indomani del decesso (in casa) di un medico del Policlinico, i cui familiari denunciarono che l'uomo era stremato dal superlavoro. Il rispetto degli orari e dei riposi è del resto un cavallo di battaglia di tutti i sindacati confederali e autonomi, che spesso negli ultimi anni ne hanno fatto oggetto di denuncia anche in relazione alla situazione del Policlinico di Bari dove la carenza di medici (e di personale in generale) è un problema molto sentito. Ieri il presidente dell'Ordine dei medici di Bari e della Fnomceo, Filippo Anelli, è tornato sul tema per ribadire che «il problema a monte resta sempre la carenza del personale medico», di cui parlerà oggi con il ministro Calderone. Lo stesso ministro, nel ringraziare tutti i medici e tutto il personale ospedaliero, ha difeso l'operato dei suoi uffici garantendo che la questione è chiusa: «In presenza di una segnalazione specifica, l'Ispettorato si è attivato d'ufficio a tutela dei diritti dei lavoratori. Ma lo sforzo straordinario e inedito a cui sono stati chiamati i medici in presenza di uno stato di necessità giustifica, oggi, la scelta di archiviare una vicenda legata ad un contesto emergenziale dal quale gli stessi medici hanno contribuito a farci uscire».

[m.sc.]



IN EMERGENZA Il direttore Vito Procacci durante il Covid



Bari, molti pazienti e poco personale

Nel policlinico dove i dottori sono multati per super lavoro “Noi in corsia per salvare vite”

di **Davide Carlucci**

BARI – Il vento degli infermieri che corrono spalanca le porte automatiche. Il piccolo, un batuffolo di tre anni, lo porta in braccio la madre. Ha ingerito un wurstel che gli ha ostruito le vie respiratorie, «è blu», dicono nelle retrovie. Lo portano nella shock room, partono con la manovra: energiche pacche sulla schiena per non perderlo. Aspirano, intubano. Una dottoressa è appena rientrata dalla maternità. Trema. Ma è lei che chiama il chirurgo toracico e poi il rianimatore. Ed è sempre lei che rassicura la madre. Le offre una bottiglia d'acqua e la fa sedere: «Signora, è in buone mani».

Scene di ordinaria adrenalina nel pronto soccorso del Policlinico di Bari. Qui si salvano le vite – il bambino ce l'ha fatta – ma per salvare il primario Vito Procacci e altri due colleghi da una sanzione di 27mila euro dell'ispettorato del lavoro è dovuto intervenire il presidente della Repubblica. Al dirigente medico si contestava l'iperlavoro suo e dei suoi medici e infermieri, in un periodo a cavallo tra pandemia e post-Covid, quando la fine dell'emergenza ha vomitato in questi reparti tutte le patologie sepolte sotto il tappeto quando in ospedale si doveva andare il meno possibile.

Cinque medici e undici infermieri devono fare fronte a un esercito di

53 pazienti ricoverati nell'osservazione breve intensiva e nella medicina d'urgenza semintensiva, 14 codici rossi, 17 arancioni, 67 azzurri (i cronici da ricoverare) e 95 verdi, persone cioè che non hanno guai seri. Ma per dirlo bisogna superare il filtro di intenditori del dolore che hanno imparato in pochi secondi a distinguere l'ansia – “ringhiemici”, li chiamano qui, gli ipocondriaci acuti – dai mali veri. Verde, per esempio, è il ragazzino di sedici anni che si è rotto la testa. Dopo la Tac, niente paura. Ma dillo ai genitori. Per prevenire le aggressioni si è deciso ora che i familiari possono stare in corsia. Una figlia, ormai anziana, si avvicina a Procacci: «Dottore, devo farle una domanda che mi pesa molto: devo avvisare i miei parenti?». La madre novantaseienne è ormai divorziata dalla setticemia. «Io penso di sì, signora, in questi casi la mortalità è del 96 per cento». L'amarezza del primario: «Che fai, li lasci soli?».

La diabetica ipertesa di 86 anni accanto all'alcolista intossicato di crack e paracetamolo che non collabora quando gli infermieri gli cercano l'accesso venoso. L'imbianchino caduto dalla scala. Una vecchia grida: «Basta, non ce la faccio più». Non sopporta la mascherina, vuole mangiare e non può. Intorno a lei un nugolo di camici bianchi. «Dai, che quando finisce tutto andremo a farci la pizza», dice la più anziana. Si

scherza per sopravvivere, per sanità mentale. «Io li chiamo tutti amore», rivela un'operatrice sociosanitaria.

Le cinque del mattino. Fernanda è in attesa dal pomeriggio. «Dodici anni fa ho salvato un rene, ora rischio di perdere l'altro». Chiede di firmare le dimissioni. «Vivo sola, mi dite chi lo accompagna a scuola mio figlio?». Alle sette parte la fiumana: il 38enne con il dolore ai testicoli, il 55enne che ha abusato di antinfiammatori, i politraumi, le tossi persistenti, le neoplasie... Casi che si aggiungono a quelli che ci sono già da giorni.

«In media dovremmo dimettere 40 pazienti al giorno per avviarli alle cure domiciliari, ma sì e no se riusciamo a mandarne 15-20», ammette il direttore generale Giovanni Migliore. La carenza di posti letto e personale, in una regione con 14mila sanitari in meno dell'Emilia Romagna, riempie il pronto soccorso. E i giovani medici ne stanno alla larga: l'ultimo anno 22 corsisti della scuola di emergenza urgenza hanno abbandonato. «Quest'anno gli iscritti sono 6 su 29 posti disponibili – anticipa Angelo Vacca, direttore della scuola barese – ma è un dramma in tutta Italia». Roberta Buono, a tempo pieno da giugno, è andata controcorrente: «Non ci fermiamo mai, a volte dimentico anche di bere o di andare in bagno. Ma è il lavoro che amo e non farei nient'altro. Perché qui salviamo vite umane». REPRODUZIONE RISERVATA



▲ Il pronto soccorso del Policlinico

