



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

29 Luglio 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

Investimenti e tecnologia

Bonino Pulejo, via libera dal Ministero della Salute a un finanziamento di 91 milioni

La UGL Salute: «Dopo un iter burocratico amministrativo durato ben 7 anni, finalmente è stato sbloccato dal nucleo di valutazione».

29 Luglio 2024 - di [Redazione](#)



MESSINA. «Apprendiamo dalla stampa cittadina che dopo un iter burocratico amministrativo durato ben 7 anni, finalmente è stato sbloccato dal nucleo di valutazione del **Ministero della Salute** il finanziamento di **91 milioni** per investimenti e innovazione tecnologica per l'IRCCS Centro Neurolesi **Bonino Pulejo**. Seguiamo con grande interesse gli sviluppi dell'iter, infatti **UGL Salute Messina** negli anni è intervenuta in diverse occasioni per conoscere le sorti di questo importantissimo finanziamento necessario per il rilancio dell'IRCCS». Lo scrivono il segretario provinciale di UGL Salute Messina **Fabrizio Denaro** e il segretario provinciale UTL-UGL **Tonino Sciotto**, aggiungendo: «È evidente che si tratta di un'opportunità intorno alla quale creare degli ospedali (Casazza e Piemonte) innovativi, smart e green e favorire l'aumento dell'occupazione nel settore e che riportino l'IRCCS ai livelli assistenziali e scientifici che gli competono. Sorprende che dal finanziamento sia stata tolta la parte relativa alla parte pediatrica. Un plauso, per l'importante risultato, va alla Direzione Strategica dell'IRCCS, ma non va dimenticato il grande merito all'ex Direttore Scientifico Prof. **Dino Bramanti** che fu il vero volano che consentì di far assegnare questo importante finanziamento all'IRCCS. Nonostante siano passati ben 7 anni gli interventi previsti oggi sono in assoluta continuità con quelli presentati nel 2016 dall'IRCCS e dal prof. Bramanti (ivi compreso il polo tecnologico con RMN 7 Tesla)».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Infine, da UGI Salute sottolineano: «Dalla Direzione dell'IRCCS ci attendiamo, visto l'importanza e la mole di lavoro, che venga costituita una **task force dedicata** per snellire tutte le operazioni amministrative ed evitare di restare impantanati nell'attività ordinaria. Infine chiederemo alla Regione Siciliana, e sosteneremo eventuali richieste dell'IRCCS, di incrementare i **tetti di spesa** e comunque di riconoscere una massa finanziaria adeguata affinché l'Istituto possa **assumere** e si possa dotare quantitativamente e qualitativamente del personale necessario. L'auspicio è che si arrivi alla creazione di quello che l'allora Ministro della Salute Lorenzin definì come un Centro d'eccellenza del Mediterraneo».

Sanità pubblica Il Pnrr non basta: il Mezzogiorno pagherà caro l'invecchiamento della popolazione

NICOLA BORZI

Il Pnrr rischia di essere un pannicello caldo per il Servizio sanitario nazionale. Lo attesta un recente studio di quattro economisti della Banca d'Italia, dedicato all'Assistenza sanitaria territoriale in Italia: un confronto tra macroaree. Il rapporto analizza i cambiamenti dal 2010 al 2019 nelle diverse aree del Paese sia sul fronte dell'offerta che della domanda di salute. Durante quel periodo gli squilibri si sono ridotti ma non abbastanza per colmare i divari iniziali. A questi squilibri cerca ora di porre rimedio il Piano nazionale di ripresa e resilienza. Ma al di là degli obiettivi del Piano, già rimodulato sia sul fronte della costruzione delle Case che degli Ospedali della Comunità, nonostante una ripartizione delle risorse che privilegia (almeno nominalmente) il Mezzogiorno, sul futuro della sanità meridionale, secondo gli economisti, pesa soprattutto l'invecchiamento della popolazione che, come l'emigrazione, colpisce di più il Sud.

SONO DUE, secondo la ricerca, i fronti più a rischio. Il primo è l'Assistenza domiciliare integrata: il Piano prevede che entro il 2026 questa coinvolga il 10% della popolazione con più di 65 anni, pari a 842 mila persone assistite in più. Ma in base alle proiezioni demografiche dell'Istat, nel 2026, quando finirà l'attuazione del Pnrr, gli ultra65enni saranno 14,7 milioni, il 25,2% del totale, e cresceranno ancora negli anni suc-

cessivi. Dunque, scrivono gli economisti di Banca d'Italia, si pone l'interrogativo se il Sistema sanitario nazionale riuscirà a sostenere nel tempo un obiettivo del 10% di anziani assistiti a domicilio o se invece rimarrà invariata la capacità di rispondere a una domanda di circa 1,5 milioni di individui, riducendo la percentuale di anziani assistiti in Adi. Oltre tutto l'invecchiamento della popolazione sarà più intenso nel Mezzogiorno, enfatizzando ulteriormente le sue difficoltà preesistenti in questo tipo di assistenza.

Il secondo è quello del personale. Allo sviluppo dell'assistenza territoriale serve personale, soprattutto medici di medicina generale e infermieri. Già nel 2022 l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) stimava tra i 20 e i 27 mila gli infermieri aggiuntivi necessari alle misure del Pnrr. Cifre che nel 2023 l'Ufficio parlamentare di bilancio ha ritenuto sottostimate. Ma nel quinquennio 2022-27 si pensioneranno dal Ssn oltre 21 mila infermieri, 29 mila medici ospedalieri e quasi 12 mila medici di medicina generale. Secondo l'analisi dei tecnici di Banca d'Italia il fenomeno colpirà di più proprio al Sud, dove le Regioni sono quasi tutte soggette a piani di rientro e blocco del turnover. A fine 2021 i medici del Ssn con più di 60 anni erano il 37% nel Mezzogiorno, il 27% al Centro e "solo" il 20% al Nord. In Italia nel 2020 c'erano 6,2 infermieri ogni 1.000 abitanti, a fronte degli 8,8 della media europea, di 18 in Svizzera, 13 in Germania e 11 in Francia. Infine, secondo l'Ocse, nel triennio 2019-21 sarebbero emigrati all'estero dall'Italia quasi 1.200 medici l'anno, solo parzialmente compensati da colleghi provenienti dall'estero.

Su questo quadro già allarmante per il Sud ora peserà anche la riforma dell'autonomia differenziata. Alla faccia del diritto costituzionale di tutti i cittadini alla salute.



In lista d'attesa

La scorsa settimana, la Camera ha dato il via libera al decreto liste d'attesa. Il testo, in seconda lettura a Montecitorio, è stato approvato con 171 sì e 122 no, diventando legge. Uno dei suoi obiettivi è riportare nel recinto delle cure del Ssn gli utenti che hanno abbandonato il pubblico nel corso degli ultimi tre anni. Numeri di **Marco Carlotti**.

60 per cento

La percentuale di italiani che, secondo un'indagine effettuata da Agenas, si affida alle prestazioni erogate nel pubblico o nel privato accreditato. Tuttavia, gli utenti che si rivolgono alla sanità a pagamento - tra privato puro e intramoenia - è pari al 35 per cento. Un esempio sono gli esami di laboratorio, dove dal 2021 a oggi gli utenti che si sono rivolti alla struttura pubblica sono quasi dimezzati.



13

Le regioni che hanno attivato Cup unici con un solo numero di telefono, che i cittadini possono chiamare per prenotare una visita. La montagna delle liste d'attesa, dunque, è sovente causata da poca e caotica organizzazione, oltre a un'inefficiente burocrazia.

4,5 milioni

Il numero effettivo di italiani che, per le ragioni sopracitate, rinunciano a curarsi. Oltre al fenomeno liste d'attesa, esploso soprattutto dopo la pandemia, le ragioni sono in parte anche di natura economica. Il dato conferma una generale disparità in termini di accesso alle prestazioni, specie per le attività di prevenzione - e in minor misura sulle visite specialistiche. Alle prime accede il 60 per cento delle persone con reddito medio-alto, contro il 39 per cento di quelle a reddito basso. Alle seconde, invece, accede il 72 per cento di chi ha un reddito

mensile familiare superiore ai 2.500 euro, e il 68 per cento di chi ha un reddito familiare basso.



15 per cento

La tassazione prevista nel decreto per gli operatori sanitari, a fronte dell'orario di lavoro aggiuntivo, indipendentemente da reddito percepito. L'aumento del carico lavorativo, in termini orari, sarebbe finalizzato proprio a ridurre le lunghe attese.

6,4 per cento

L'incidenza della spesa sanitaria sul pil per il 2024. In termini assoluti, la spesa è pari a 138.776 milioni di euro, ovvero 7.657 milioni in più rispetto al 2023, quando l'incidenza era del 6,3 per cento.



Sono anni che la Sanità è sottofinanziata ma adesso i numeri stanno diventando preoccupanti: il fondo sanitario è cresciuto ma l'aumento viene totalmente mangiato dall'incremento dei prezzi

← segue dalla pagina precedente

In Italia il rapporto spesa-Pil è basso e tenderà a scendere nei prossimi anni, a detta dello stesso governo. Nell'ultimo Def, il Documento di economia e finanza, il Mef lo ha fissato al 6,4% per quest'anno, al 6,3% per il 2025 e il 2026 e infine al 6,2% per il 2027. Il Fondo sanitario intanto cresce da 138 miliardi di euro quest'anno a 147 nel 2027, ma appunto questo dato da solo, di solito citato da Giorgia Meloni per sottolineare che il suo governo ha investito di più degli altri, non è veritiero perché l'aumento è "mangiato" dall'incremento dei prezzi. Basta vedere cosa succede alla spesa farmaceutica, che è in continua crescita. Nel 2023 è salita del 6,5% rispetto al 2022, con un aumento assoluto di 1,4 miliardi.

In passato il rapporto Spesa-Pil ha raramente superato il 7%, salvo negli anni del Covid, quando c'erano spese extra legate alla pandemia. Prima, si andava comunque meglio di oggi. Il confronto internazionale, poi, è impietoso. Nel 2022, quando da noi il rapporto Spesa sanitaria pubblica-Pil era del 6,7%, la Germania era al 10,9%, la Francia al 10,3%, il Regno Unito al 9,3%, i Paesi Bassi all'8,6%, la Spagna al 7,3%. Sotto l'Italia, e della media dei Paesi Ocse che era del 7,1%, il Portogallo (6,7%) e la Grecia (5,1%).

Ecco perché non si investe

Perché l'Italia non investe di più nella sanità? Per Renato Balduzzi, ministro della Salute durante il governo Monti, «c'è uno sbilancia-

mento della spesa pensionistica che non ha paragoni, nonostante le misure adottate a suo tempo dal nostro governo e dopo malamente modificate. Poi, c'è il perdurare di uno stock di evasione fiscale, anche questo sconosciuto alla gran parte degli altri Paesi. Infine, anche quando si sarebbe potuta espandere la spesa, spesso non c'è stata volontà, scelta che si può leggere in più modi. Ad esempio, si sottofinanzia il pubblico per privilegiare modelli diversi, oppure perché in un quadro di regionalismo differenziato saranno le Regioni a mettere mano al portafoglio».

Beatrice Lorenzin (oggi nel Pd) è la ministra alla Salute rimasta in carica più a lungo nella storia repubblicana, cinque anni: «Si è smesso di investire nella Seconda Repubblica - dice - Si è puntato prima sulla riorganizzazione, cioè su efficienza e programmazione, e aveva senso. Con la riforma del Titolo V del 2001 c'è stata la devoluzione delle competenze sulla sanità alle Regioni ma non avevano una infrastruttura di dirigenza adeguata e sono finite commissariate. In epoca di vincoli di Maastricht l'unica spesa veramente certificata sulla quale fare tagli era quella sanitaria, così si è iniziato a spremere. Ora bisogna tornare indietro. Fare sacrifici in altri settori per finanziare la sanità».

Il personale che manca

In Italia mancherebbero circa 20 mila medici (su 136 mila) e 65 mila infermieri (su circa 400 mila). Il problema, con i camici bianchi, interessa soprattutto alcune specialità, come il pronto soccorso, la chirurgia generale, la radioterapia

e comunque le discipline prevalentemente svolte all'interno del servizio pubblico. Si è sbagliato a programmare i posti nelle scuole di specializzazione, perché non si è tenuto conto delle esigenze del sistema sanitario. È ben nota la situazione del pronto soccorso, che quasi ovunque hanno seri problemi di organico e sono in difficoltà a rispondere alla massa di pazienti che si presentano ogni giorno. Le figure che hanno grande mercato privato, come chirurghi plastici, oculisti o ginecologi, invece non sono in sofferenza.

I fenomeni che mettono in crisi le Asl sono due. Da un lato in tanti escono dagli ospedali prima della pensione perché si spostano nel privato o all'estero, dall'altro ci sono problemi in entrata, di reclutamento dei giovani. Certe scuole di specializzazione non riescono ad assegnare tutte le borse di studio bandite. Talvolta si fermano sotto la metà. «Solo nel 2023 sono stati 3 mila i medici tra i 43 e i 55 anni che hanno lasciato il lavoro prima del tempo - spiega Pierino Di Silverio, segretario del sindacato degli ospedalieri con più iscritti, Anaa - Se ne sono andati per i carichi di lavoro, per la mancanza di sicurezza, per l'impossibilità di fare carriera». Poi ci sono posti dove i giovani non vogliono lavorare. «È il caso del pronto soccorso - dice sempre il sindacalista - Bisognerebbe contrattualizzare gli specializzandi per alzargli gli stipendi, fermi a 1.500 euro al mese, e dare



loro diritti che adesso non hanno». Da tempo il ministero alla Salute parla di aumenti di stipendio, per adesso riconosciuto solo a chi lavora nell'emergenza. «Non basta di certo - attacca Di Silverio - I medici italiani guadagnano molto meno dei colleghi europei. Per attrarre professionisti bisogna pagarli bene, intanto detassare una parte dello stipendio. Il governo deve smettere di proporre tariffe più alte per gli straordinari, come nel recente decreto sulle liste di attesa, perché va premiato il lavoro ordinario. Bisogna fare assunzioni e dare a tutti paghe più alte». Anche i medici di famiglia vivono una situazione difficile, perché i pensionati sono più numerosi degli iscritti ai tirocini.

Le carenze più critiche riguardano gli infermieri. Secondo la Corte dei conti ne mancano 65 mila. «Ma la situazione è destinata a diventare più grave con i prossimi pensionamenti: dal 2023 al 2033 saranno 113.000, ai quali si aggiungeranno uscite per altri motivi». A parlare è Barbara Mangiacavalli, presidente di Fnopi, la Federazione degli Ordini degli infermieri: «Le carenze nascono dal blocco delle assunzioni, ma anche dalla mancanza di attrattività della professione. Oggi un infermiere trova subito lavoro, ma poi resta bloccato per 30 anni senza crescita di carriera. È prioritario intervenire sull'incremento della base contrattuale e serve lavorare per migliorare il percorso universitario». Mangiacavalli dice che «l'impegno degli infermieri è spesso al limite anche della tolleranza fisica conseguenza del ricorso agli straordinari». Bisognerebbe puntare sempre di più sull'assistenza territoriale. «Senza infermieri non c'è futuro».

Ospedali e attrezzature vecchie

Non è solo una questione di persone ma anche di spazi. L'Italia deve rinnovare il suo parco ospedali. Le strutture sanitarie sono vecchie. Solo il 18% dei luoghi di cura ha meno di 34 anni. Sono ben più numerosi gli ospedali tirati su prima della fine della Seconda guerra mondiale, cioè fino al 1945. Sul totale nazionale sono il 27%. Proprio sulle strutture c'è stato alcuni mesi fa uno scontro tra Regioni e governo. Il Piano nazionale complementare (Pnc) al Pnrr prevedeva infatti lo stanziamento di 1,2 miliardi di euro per interventi la messa in sicurezza antincendio e anti-

sismica degli ospedali. Soldi in molti casi già impegnati dalle amministrazioni locali. Il ministro al Pnrr Raffaele Fitto ha fatto sapere che quel denaro non è più disponibile e ha invitato le Regioni a reperire le risorse nel cosiddetto "Articolo 20", un fondo per interventi su immobili sanitari. «Sono tagli», hanno denunciato le Regioni, sostenendo che nel fondo non c'è abbastanza denaro e di non aver ancora ricevuto le istruzioni su come utilizzare il denaro dell'"Articolo 20".

Ma ad essere vecchie, in Italia, sono anche le apparecchiature sanitarie. Si tratta di un problema sia per la qualità degli esami svolti sia per la rapidità. Per Confindustria dispositivi medici, nel nostro Paese ci sono quasi 37 mila apparecchi di diagnostica per immagini non più in linea con lo stato dell'arte della tecnologia esistente: «Il 92% dei mammografi convenzionali, il 96% delle Tac, con meno di 16 slice, il 91% dei sistemi radiografici fissi convenzionali, l'80,8% delle unità mobili radiografiche convenzionali, il 30,5% delle risonanze magnetiche chiuse, da 1-1,5 tesla, hanno più di 10 anni». I soldi per rinnovare i macchinari, 1,1 miliardi, li ha messi il Pnrr. Molte Regioni sono avanti con gli ordini e le installazioni, l'obiettivo è avere nel 2026 almeno 3.100 nuove grandi apparecchiature operative.

Liste di attesa e privato

Il sistema sanitario nazionale, da dopo il Covid, lavora meno. Nei primi sei mesi del 2023 ha fatto, dice Agenas, l'agenzia sanitaria delle Regioni, 29 milioni di visite e 34 milioni di esami (esclusi quelli di laboratorio). Nello stesso periodo del 2019, i due dati sono stati 33 milioni e 36,5. Già così si comprende che le liste di attesa non possono che essersi allungate. A fronte di una offerta che è calata, infatti, la domanda non è certo scesa (non ci sarebbe motivo epidemiologico), e così in certi casi i cittadini aspettano mesi e mesi. E qui c'è il grande bivio. Chi può permetterselo paga e va nel privato, chi non può aspetta. Che la prima ipotesi sia sempre più utilizzata lo dice Istat, che ha calcolato come addirittura il 50% delle visite specialistiche vengano ormai fatte a pagamento. Un dato enorme. In realtà c'è anche una terza via: andare al pron-

to soccorso, dove tutti sono curati gratis (o quasi, in certe Regioni c'è un ticket per i casi meno gravi).

Sempre Istat, nel suo *Rapporto sul benessere equo e sostenibile (Bes)* calcola che il 4,2% dei cittadini nel 2023 ha rinunciato alle cure per motivi economici. Si tratta di 2,5 milioni di persone, dato cresciuto rispetto al 2022. Poi ci sono quelli che pagano. Il valore della spesa "out of pocket" è cresciuto negli anni, di pari passo con il venir meno della risposta del servizio pubblico, ma anche con l'aumento del fondo sanitario nazionale. Per Istat la spesa diretta delle famiglie nel 2012 era di 34,4 miliardi di euro. Nel 2022 è arrivata a quota 41,5 miliardi. La crescita è stata in 11 anni di oltre il 20%. Oltre 20 miliardi vengono spesi per visite specialistiche, servizi dentistici, servizi di diagnostica e per servizi paramedici. Altri 15 sono serviti a comprare farmaci, apparecchiature medicali e altro. «Il livello di spesa sanitaria in Italia è più contenuto degli altri paesi Ue, sia in termini di prodotto sia guardando in termini di parità del potere d'acquisto», ha da poco ribadito la Corte dei Conti: «La spesa privata sta crescendo in modo consistente, con una rilevante, forte differenza della capacità di spesa tra fasce più agiate e quelle più in difficoltà della popolazione. C'è dunque bisogno di mantenere un livello di spesa pubblica elevato per rispondere al declino che si prefigura».

Per affrontare le liste di attesa, il governo ha presentato un dl con alcune misure subito prima delle elezioni Europee. Ma nel provvedimento, un misto di misure già previste e di indicazioni poi modificate dallo stesso esecutivo, praticamente non ci sono soldi.

Il nodo appropriatezza

Quando si parla di attese non si può tacere un altro problema che compete l'organizzazione: l'inappropriatezza, cioè il consumo di prestazioni inutili. Per certi esami, come le risonanze, si stima che gli accertamenti che non ser-



vono siano addirittura il 40% del totale di quelli prescritti. «L'importante è fare attenzione a non additare solo il medico come colpevole», spiega Nicola Montano, ordinario di medicina interna al Policlinico di Milano e presidente eletto della Simi, la Società italiana di medicina interna. «Tutto dipende dal sistema, non nasce da errori di un singolo attore. Per ridurla dobbiamo mettere chi prescrive in grado di lavorare con tranquillità. Oggi abbiamo una carenza di medici di medicina generale, quindi questi colleghi hanno un carico di lavoro importante, spesso sono molto giovani, e hanno una tendenza alla medicina difensiva». Cioè, a prescrivere per paura di sbagliare.

Spesso sono gli stessi cittadini a chiedere più prescrizioni del necessario e se non le ottengono si rivolgono al privato. «Abbiamo da tempo un forte consumismo sanitario - dice Montano - che nasce da una iper medicalizzazione della società. I progressi delle scienze mediche sono stati così tanti che

praticamente tutti sono considerati malati. Nel frattempo però non facciamo prevenzione. Non insegniamo ai bambini a mangiare, alle giovani madri l'importanza dell'attività fisica o del sonno. Ma i fattori ambientali pesano per il 60% sullo sviluppo di una malattia».

Autonomia differenziata

Per il governo, o almeno per una parte, l'autonomia differenziata migliorerebbe anche la situazione della sanità. Il settore rappresenta un buon punto di osservazione per valutare la nuova disciplina. Dal 2001 infatti la modifica del Titolo V della Costituzione ha assegnato gran parte delle competenze legate all'assistenza dei cittadini alle Regioni. Il sistema non ha funzionato molto bene, visto che le realtà deboli, prevalentemente nel Centro-Sud, sono rimaste in difficoltà e quelle con un'assistenza di livello medio-alto, salvo alcuni casi eclatanti, si sono confermate. Per questo in molti temono che l'autonomia differenziata rinforzerà alcuni di coloro che sono già for-

ti e farà sprofondare chi è debole. Già oggi l'aspettativa di vita nel meridione è inferiore rispetto al settentrione (86,5 anni per le donne in Trentino-Alto Adige, 83,6 in Campania). Uno dei rischi è quello dello spostamento di professionisti e di conseguenza anche di pazienti verso le Regioni che lavorano di più e meglio. Con l'autonomia differenziata le Regioni potrebbero fare i loro contratti ai professionisti della sanità e ovviamente chi è più ricco offrirà paghe migliori, spingendo i camici bianchi e gli infermieri a spostarsi. Su questo da tempo lanciano l'allarme sindacati degli ospedalieri, che parlano del rischio di mobilità professionale. E il timore è anche che, in un Paese dove già oggi tantissimi viaggiano per curarsi (nel 2022, 140 mila malati da Sicilia, Calabria, Puglia e Campania si sono ricoverati altrove e ben 62 mila sono andati in Lombardia), questi spostamenti diventino ancora più numerosi. E il sistema sanitario nazionale crolli.

Se oggi ci sono pochi medici è anche perché si è sbagliato a programmare i posti nelle scuole di specializzazione: non si è tenuto conto delle esigenze del sistema sanitario

Nel 2023 sono stati tremila i medici tra i 43 e i 55 anni che hanno lasciato il posto. Se ne sono andati per i carichi di lavoro enormi e per l'impossibilità di fare carriera

PIERINO DI SILVERIO, SINDACALISTA ANAO

Oggi un infermiere trova subito lavoro ma poi resta bloccato per 30 anni. E il suo impegno è spesso ai limiti della tolleranza fisica per i troppi straordinari richiesti

BARBARA MANGIACAVALLI, FNOP

C'è un forte consumismo sanitario che nasce dalla iper medicalizzazione della società. Tutti sono considerati malati ma al tempo stesso facciamo pochissima prevenzione

NICOLA MONTANO, SIMI

In Italia mancano 20 mila medici e 65 mila infermieri: i più carenti sono i dottori di pronto soccorso, i chirurghi generali e i radioterapisti. Meglio oculisti e ginecologi

Il servizio sanitario nazionale da dopo il Covid lavora meno ma la domanda non è scesa: chi può va nel privato. L'Istat: "Il 50% delle specialistiche vengono fatte a pagamento"

Solo il 18% degli ospedali ha meno di 34 anni. Ma sono vecchi anche i dispositivi sanitari: quasi il 37% non è in linea con la tecnologia attualmente esistente

Molti temono che con l'autonomia differenziata si rinforzino le Regioni forti e sprofondino quelle più deboli. Il rischio è che i medici vadano dove vengono pagati meglio



LO STUDIO Al Cnr di Pozzuoli

Guarire le ferite con l'aiuto della luce La sfida della medicina rigenerativa

I ricercatori hanno dimostrato che i tessuti si riformano se stimolati con raggi simil infrarossi e nanoprismi di oro

Gloria Saccani Jotti

■ È possibile guarire una ferita con la luce? A questa sfida della medicina rigenerativa risponde uno studio dell'Istituto di scienze applicate e sistemi intelligenti del Consiglio nazionale delle ricerche di Pozzuoli (Cnr-Isasi).

I ricercatori hanno dimostrato la possibilità di promuovere il processo di rigenerazione tissutale in organismi trattati con nanoprismi di oro e illuminati con luce nel vicino infrarosso. Lo studio, pubblicato recentemente, condotto in collaborazione con Saragozza (Spagna), descrive come piccole quantità di calore generate da nanoparticelle di oro a seguito di illuminazione infrarossa (Nir) possono favorire il processo di rigenerazione cellulare mediante attivazione delle cellule staminali.

La ricerca apre prospettive innovative: «Uno degli obiettivi della medicina rigenerativa è la possibilità di riattivare le cellule staminali nel tessuto lesionato e promuovere i processi che portano alla rigenerazione del tessuto piuttosto che al riparo, che raramente riesce a ripristinare la mor-

fologia e la funzionalità del tessuto esistenti prima della lesione», spiega Claudia Tortiglione del Cnr. «In tutti gli organismi viventi - aggiunge - la rigenerazione avviene grazie a fattori genetici e biochimici, che agiscono a livello cellulare ed è anche regolata da stimoli fisici quali calore, campi elettrici, luce, ecc. che rivestono ruoli fondamentali per coordinare grandi numeri di cellule nel processo di guarigione della ferita.

L'effetto dell'esposizione alla luce o al calore nel favorire il processo di rigenerazione sono noti e nella quotidianità applichiamo impacchi caldi o cerotti termici per ridurre l'infiammazione, alleviare il dolore e migliorare la circolazione». Mentre il corpo umano riesce a rigenerare, allo stadio adulto, solo parte di alcuni organi (pelle, fegato) nel mondo animale esistono organismi invertebrati, come l'idra e la planaria, in cui il potenziale di rigenerazione tissutale è massimo. Ed è proprio su esemplari di *Hydra vulgaris* che il team si è concentrato, dimostrando come il trattamento con *nanoheaters*, nanomateriali

che producono calore quando fotostimolati, aumenti la velocità di rigenerazione della testa, della capacità riproduttiva e del tasso di proliferazione delle cellule staminali dell'animale.

«In animali come *Hydra* la capacità di rigenerare parti amputate è dovuta alla presenza di cellule staminali: per questo il nostro obiettivo era capire come riattivare le cellule staminali nel tessuto umano adulto. Lo studio delinea i meccanismi molecolari alla base dell'aumentata efficienza di rigenerazione, identificando i geni chiave dello sviluppo e i geni coinvolti nella risposta allo stress termico che vengono riattivati in anticipo rispetto ai tempi normali grazie all'illuminazione dei nanoprismi. Inoltre, mediante analisi termografica, viene stimata la quantità di calore prodotta dai *nanoheaters* intracellulari, rivelando *Hydra* come un termometro vivente per testare le prestazioni di questi innovativi materiali. Quindi nuove strategie di medicina rigenerativa che consentiranno di utilizzare la luce per la guarigione delle ferite».



LA SEDE
L'Istituto di scienze applicate e sistemi intelligenti del Consiglio nazionale delle ricerche di Pozzuoli (Cnr-Isasi)



LE NUOVE FRONTIERE DELLE NEUROSCIENZE

Riabilitazione su misura utilizzando il canto per affrontare l'afasia

Lo studio è stato coordinato dall'Università di New York
Le applicazioni utili in caso di ictus e malattie degenerative

Federico Mereta

Musica. E parole. Apparentemente, pare che ascoltare una persona che parla e un brano musicale sia, per le orecchie e il cervello che decodifica i segnali, la stessa cosa. Ma non è proprio così. Anche se i sistemi di ricezione dei segnali acustici sono simili, ci sono differenze. E proprio queste discrepanze, ovviamente del tutto impercettibili, potrebbero rappresentare un vero e proprio "segreto" in grado di spiegare come e perché, proprio grazie al canto potremmo affrontare problemi come l'afasia, nelle sue varie forme. A definire questo importante passaggio nelle neuroscienze è una ricerca internazionale apparsa su *Plos Biology*, coordinata da Andrew Chang dell'Università di New York.

Lo studio ha previsto una serie di esperimenti proprio per definire come percepiamo musica e parola. Come rivela in una nota dell'ateneo lo stesso Chang, «sebbene la musica e il parlato siano diversi in molti modi, dall'altezza al timbro fino alla struttura del suono, i nostri risultati mostrano che il sistema uditivo

utilizza parametri acustici straordinariamente semplici per distinguere la musica e il parlato».

Le clip audio più lente e costanti, anche un semplice rumore, vengono recepite come musica. Invece se il ritmo si fa più forsennato si tende ad avere la percezione del parlato. Gli scienziati misurano la velocità dei segnali in base a precise unità di misura: l'Hertz (Hz). Un numero maggiore di Hz significa un numero maggiore di occorrenze (o cicli) al secondo rispetto a un numero inferiore. Ad esempio, le persone in genere camminano a un ritmo compreso tra 1, 5 e 2 passi al secondo, ovvero 1,5-2 Hz. Come segnala sempre la nota dell'ateneo americano, ad esempio, il ritmo di "Superstition" di Stevie Wonder del 1972 è di circa 1,6 Hz. Il parlato, al contrario, è tipicamente due o tre volte più veloce di quello a 4-5 Hz. Lo studio, come detto, ha proposto quattro diversi esperimenti ad oltre 300 persone, con segmenti audio di rumore sintetizzato simile a musica e parlato con varie velocità e regolarità di modulazione di ampiezza.

Insomma: il sistema uditivo umano è molto semplice quando si tratta di distinguere musica e linguaggio. E proprio per questo si possono pro-

grammare progetti di riabilitazione su misura. Puntando ad esempio a "riaccendere" la capacità di pronunciare i termini addestrando le persone con afasia a cantare ciò che vogliono dire. Come? Impiegando i loro "meccanismi musicali" intatti per aggirare i meccanismi del linguaggio danneggiati. Pertanto, sapere cosa rende la musica e il parlato simili o distinti nel cervello può aiutare a progettare programmi di riabilitazione più efficaci. L'afasia, ha un pesante impatto sulle attività della vita quotidiana, sull'autonomia, sulle relazioni e, in generale, sulla qualità della vita delle persone colpite e dei loro familiari. Alcune persone afasiche hanno difficoltà quando devono esprimersi verbalmente, mentre può rimanere intatta la capa-

cià di comprendere il linguaggio. Altre, invece, riscontrano difficoltà quando si tratta di comprendere quello che gli viene detto. La gravità, ovviamente, è estremamente variabile e dipende dalla sede e dalla dimensione del danno cerebrale. Quindi possono



IL SECOLO XIX

manifestarsi afasia di tipo diverso, quindi non parliamo di un quadro unico: a volte si compromette soprattutto la possibilità di esprimersi e parlare correttamente ma si riesce comunque a capire cosa stanno dicendo gli altri perché il danno è sostanzialmente motorio: in questo caso si parla di afasia motoria di Broca. In altre situazioni ci può essere invece una maggior compromissione della comprensione del linguaggio, come accade nell'afasia sensoriale di Wernicke. L'ictus non è l'unica causa del problema.

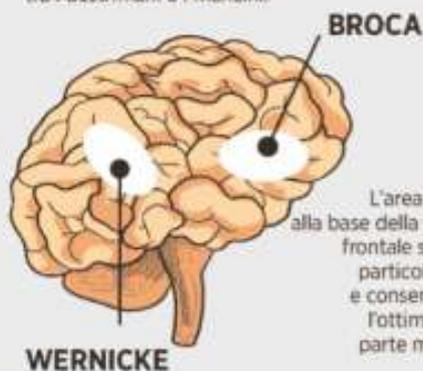
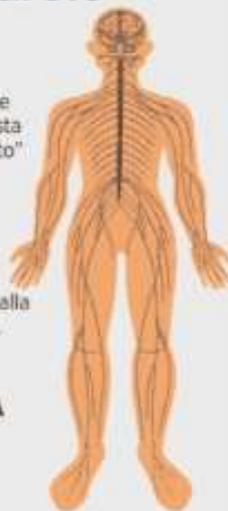
Anche un trauma cranico o patologie degenerative che portano ad alterazioni dei neuroni delle aree citate possono influire sulla capacità di proferire le parole e comprenderle. A volte, come accade nelle cosiddette afasie primarie progressive, il disturbo del linguaggio non si correla a danni di altre capacità, come la memoria, la potenzialità di giudizio e l'orientamento. Anche malattie come il Parkinson o l'Alzheimer possono dar luogo a fenomeni di questo tipo. Ovviamente de-

ve essere lo specialista ad arrivare alla diagnosi per un ottimale percorso di cure e riabilitazione. —

Come pronunciamo e comprendiamo le parole

1 Reti efficienti. Nel sistema nervoso ci sono reti che consentono una serie di passaggi, permettendo la traduzione del pensiero in parole ed anche la via opposta per cui quanto ascoltiamo viene "incorporato" ovviamente se importante.

2 Aree specifiche. Nel sistema nervoso, e in particolare nel cervello, esistono zone che hanno compiti ben precisi in questo ambito. Si tratta di aree che sono deputate alla elaborazione e formulazione del linguaggio. E non ci sono differenze specifiche tra i destrimani e i mancini.



3 Nasce la parola.

L'area di Broca, che si trova alla base della terza circonvoluzione frontale sinistra, gioca un ruolo particolarmente significativo e consente, con la sua attività, l'ottimale elaborazione della parte motoria del linguaggio.

4 Così comprendiamo. L'area di Wernicke, che si localizza nella parte posteriore della circonvoluzione temporale superiore sinistra, è invece deputata ai fenomeni di comprensione. In pratica ci aiuta a capire quanto ci stanno dicendo.

WITHUB



Dagli ospedali alle cliniche private primari in fuga dalla sanità pubblica

Scelte legate ai limiti di età, al peso della burocrazia e della politica che non guarda ai meriti, ma la sconfitta più grave è l'uscita dei 50enni

di **Carlo Picozza**

Sempre più povera di medici, infermieri e tecnici; sempre più matrigna con i malati. È la sanità pubblica, con attese così lunghe che rischiano di uccidere chi non ha i soldi per farsi curare in intramoenia o dai privati; ridotta, spesso com'è, a uno snodo per il rinvio a questi ultimi delle stesse prestazioni salvavita. E contro la carenza di personale, da anni, si dibatte se trattenere in corsia i medici over 70. Ora è possibile fino a 72 anni, con retroattività dal primo settembre 2023, ma i danni si sono già consumati. Intanto, stuoli di clinici fuoriclasse sono ormai fuori dagli ospedali: in pensione, emigrati all'estero (nei Paesi del Golfo, in particolare, dove gli stipendi sfiorano i ventimila euro) o fuggiti verso le cliniche. Altri stanno per levare le tende. A 50 anni o giù di lì. Ed è la sconfitta più cocente. Negli ultimi tempi, se ne sono andati i migliori; i clinici che ci invidiano nel resto dell'Italia e non solo. Allo scoccare dei 70, hanno lasciato il Servizio sanitario, alla volta dei privati, il cardiocirurgo Francesco Musumeci, l'otorinolaringoiatra Angelo Camaioni, l'urologo Michele Gallucci, l'aritmologo Massimo Santini, il chirurgo vascolare Nicola Mangialardi, il chirurgo toracico Massimo Martel-

li, il dermatologo Aldo Morrone, il chirurgo oncologo Titta Grassi, solo per fare i nomi più noti. Alcuni - ed è la criticità più grave - non hanno aspettato i 70 anni per mollare gli ormeggi dal pubblico, "in fuga dalla burocrazia che soffoca, dalla politica che favorisce i clienti e mortifica le professionalità". Carlo Eugenio Vitelli, che al San Giovanni dirigeva il dipartimento di Chirurgia generale, quattro reparti, quasi 500 tra medici, infermieri e tecnici, ha trovato ridosso nella clinica Madonna del Rosario: «Troppe carte e poca attenzione al malato nel pubblico; e si sa da anni che ci saremmo trovati a corto di medici: ora si corre ai ripari nel modo sconsiderato di sempre». Molto prima della pensione, a 50 anni, anche Graziano Pernazza che Vitelli chiamò a dirigere la Chirurgia robotica, promessa nazionale nella sua specialità, ha fatto rotta sui privati, al San Carlo di Nancy, proprio quando, con lui, l'ospedale pubblico era diventato un riferimento nazionale per l'alta chirurgia mininvasiva addominale: al pancreas, allo stomaco, al colon retto. È la fuga dei Pernazza e dei Vitelli che dovrebbe allarmare. Giovani ma già punti di riferimento, che il Servizio sanitario lascia andar via, insalutati ospiti. «Ho scelto i privati - spiega il primo - non per beneficiare di una re-

munerazione più alta ma per il disagio e le difficoltà che, nella sanità pubblica, la politica e la burocrazia frappongono alla salute dei malati». Gli stessi motivi del suo ex direttore, Vitelli, collega e amico.

Vitelli, Pernazza e non solo. Hanno lasciato il Servizio sanitario regionale i neurochirurghi Massimiliano Neroni e Alessandro Rustia. Il primo, con esperienza e padronanza di tecniche innovative, ora lavora con più privati; il secondo, giovane di talento, è emigrato in Germania dove dirige un reparto di Chirurgia. Anche il radiologo Marco Minetti, che aveva varato il servizio di Neuroradiologia interventistica al San Giovanni, è approdato al Nostra Signora della Mercedes. Come Fabrizio Montagnese, gastroenterologo ed endoscopista di vaglia, che dal Nuovo ospedale dei Castelli si è trasferito a Villa Mafalda. Stessa rotta



ha battuto Nicola Bollea, medico abile e intuitivo, perduto ormai dall'area dell'Emergenza pubblica. Il Servizio sanitario regionale si impoverisce. Sembra non esserci spazio per l'esperienza, le capacità diagnostiche e terapeutiche, la dedizione al lavoro e ai malati di tanti che, all'eccellenza delle prestazioni, associano l'ascolto dei pazienti e la tensione a trasferire saperi e tecniche ai colleghi. Contro le liste di attesa lunghissime, i governatori, Francesco Rocca incluso, chiedono alle cliniche in convenzione di mettere a disposizione le agende e, intanto, dalla porta centrale, continua l'esodo dei professionisti della salute.

Una volta centralizzati a livello regionale gli appuntamenti per visite, esami diagnostici e interventi, ci si renderà conto che il privato accreditato eseguirà, a parità di ore, un numero di prestazioni largamente più alto di quello assicurato dai centri pubblici. E la lentezza di questi ultimi continuerà a funzionare da volano per i privati, con buona pace degli assistiti in genere e dei malati in particolare.

Il chirurgo Vitelli
"Troppe carte
e poca attenzione
al malato"

***"Non lo facciamo
per soldi, ma per le
nostre professionalità
mortificate"***

