



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Mercoledì 22 OTTOBRE 2014

Stabilità. Delrio conferma incontro con Regioni

Dopo l'altalena di voci su un possibile rinvio dell'incontro previsto a Palazzo Chigi per domani mattina, è stato poco fa lo stesso presidente della Conferenza delle Regioni, Sergio Chiamparino a confermare l'appuntamento a seguito di un contatto con il sottosegretario Delrio.

L'atteso incontro Governo-Regioni per discutere dei tagli contenuti nella legge di Stabilità, è confermato per domattina a Palazzo Chigi. Nel tardo pomeriggio su diversi quotidiani era stata riportata la notizia di un possibile rinvio. Notizia smentita poco fa dallo stesso presidente della Conferenza delle Regioni, **Sergio Chiamparino**.

“Non abbiamo chiesto alcun rinvio, né aggiornamenti rispetto al concordato incontro con il Governo sulla Legge di stabilità - ha spiegato in una nota Chiamparino -. Ho convocato la Conferenza delle Regioni questa sera proprio per definire al meglio la posizione da assumere nel corso di questo confronto. Appresa la notizia di una possibile sconvocazione - ha concluso - ho preso contatti con il Sottosegretario **Graziano Delrio** che mi ha confermato l'incontro per domani mattina alle ore 8.00 a Palazzo Chigi”.

Sempre in serata, infine, è arrivata da Palazzo Chigi la notizia che il testo della legge di Stabilità ha ottenuto anche la bollinatura del Ministero dell'Economia.

quotidianosanità.it

Mercoledì 22 OTTOBRE 2014

Campania. Ticket sanitari. In arrivo riduzioni su farmaceutica, assistenza specialistica e codici bianchi

Ad annunciarlo il presidente Stefano Caldoro. Fissati per la farmaceutica nuovi i tetti di esenzione totale in base alla composizione dei nuclei familiari. La quota regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale è di 5 euro, ma per le famiglie a basso reddito, a seconda della composizione del nucleo, l'esenzione sarà totale

Riduzione dei ticket sanitari nella farmaceutica, l'assistenza specialistica ambulatoriale e le prestazioni termali, i codici bianchi di pronto soccorso.

Ad annunciare ai cittadini della Campania la diminuzione della compartecipazione alla spesa sanitaria, il presidente della Regione, Stefano Caldoro. Vediamo come diminuiscono.

Farmaceutica.

Per quanto riguarda la farmaceutica i criteri precedenti prevedevano per i nuclei familiari con redditi superiori a 13.000 euro, 2 euro a ricetta + 1,5 euro a confezione di farmaco con brevetto in corso.

Con i nuovi criteri saranno totalmente esenti:

Nuclei familiari composti da 1 o 2 persone con redditi fino a 15.000 euro

Nuclei familiari composti da 3 persone con redditi fino a 18.000 euro

Nuclei familiari composti da 4 o 5 persone con redditi fino a 22.000 euro

Nuclei familiari composti da almeno 6 persone con redditi fino a 24.000 euro.

Assistenza specialistica ambulatoriale e prestazioni termali.

I criteri precedenti prevedevano per i pazienti appartenenti a nuclei familiari con reddito superiore a 13.000 euro annui una quota regionale di 10 euro oltre a ticket statale.

Con i nuovi criteri:

Per i pazienti appartenenti a nuclei familiari con reddito tra 13.000 e 36.151,98, la quota regionale sarà di 5 euro.

I criteri precedenti prevedevano per i nuclei familiari con redditi superiori a 13.000 euro, una quota regionale di 10 euro oltre a ticket statale.

Con i nuovi criteri saranno totalmente esenti dalla quota regionale

Nuclei familiari composti da 1 o 2 persone con redditi fino a 15.000 euro

Nuclei familiari composti da 3 persone con redditi fino a 18.000 euro

Nuclei familiari composti da 4 o 5 persone con redditi fino a 22.000 euro

Nuclei familiari composti da almeno 6 persone con redditi fino a 24.000 euro.

Codici bianchi pronto soccorso

I criteri precedenti prevedevano per i Pazienti appartenenti a nucleo familiare con reddito superiore a 13.000 euro una quota di 50 euro.

Con i nuovi criteri:

Riduzione del ticket da 50 a 25 euro. La quota regionale per l'accesso è eliminata, resta solo la quota statale .

Lombardia La legge di Stabilità rischia di imporre alla Regione una revisione delle voci di spesa legate alla salute

Sanità, ticket più cari e tagli

Nel mirino turnover e convenzioni con i privati. Obiettivo: risparmi per 730 milioni

Tutti li vogliono scongiurare, ma la lista dei tagli è pronta. La stangata da 730 milioni sulla Sanità lombarda imposta dalla legge di Stabilità del governo Renzi porterà con sé la revisione (dolorosa) di 5 capitoli di spesa: i ticket; i reparti ad alta specialità; i piccoli presidi ospedalieri; il turnover e le convenzioni della sanità privata con il servizio sanitario.

a pagina 3 Ravizza

Manovra, la Regione fa i conti con i vincoli della legge di Stabilità
Rischio chiusura per reparti e mini-ospedali, blocco del turnover

Sanità, 730 milioni da ticket e tagli

Gli esami e i farmaci

1 Ticket, ipotesi aumenti. I lombardi spendono oltre 300 milioni l'anno per gli esami, 246 per i farmaci e 148 di superticket

Le alte specialità

2 Nuove chiusure in vista oltre a quelle previste da una delibera dello scorso dicembre (17 reparti)

Le strutture private

3 Possibile giro di vite per le convenzioni che permettono ai privati di offrire cure a carico del servizio sanitario

I pensionamenti

4 Il turnover di medici e infermieri rischia di subire contraccolpi: chi va in pensione non viene sostituito

4

I miliardi
di tagli in totale
previsti
dalla legge
di Stabilità
per le Regioni

930

I milioni
di tagli
stimati per
la Lombardia
(di cui 730
per la Sanità)

Tutti li vogliono scongiurare, ma la lista dei tagli è pronta. La stangata da 730 milioni sulla Sanità lombarda imposta dal governo Renzi porterà con sé la revisione (dolorosa) di 5 capitoli di spesa: i ticket; i reparti ad alta specialità; i piccoli presidi ospedalieri; il turnover e le convenzioni della sanità privata con il servizio sanitario.

Mentre la politica *bipartisan* continua a protestare contro la legge di Stabilità del governo Renzi, gli uffici tecnici dell'assessorato alla Sanità sono stati costretti a prendere in mano la calcolatrice. L'hanno fatto su indicazione del governatore Roberto Maroni, deciso più che mai a opporsi alle scelte di Roma, ma consapevole della necessità di valutarne concretamente il possibile impatto.

Ci sono le prime stime, anche se sono ancora riservate. E la manovra di tagli è lunga. Se in Lombardia davvero dovesse arrivare 730 milioni in meno per il 2015, l'imposizione di nuovi ticket sarà praticamente impossibile da evitare. E, al momento, nell'elenco messo a punto dai tecnici figura l'introduzione di ticket sia su visite mediche e esami clinici sia sull'acquisto di farmaci. Stavolta, poi, la chiusura dei reparti ad alta specialità dovrà essere sicuramente più incisiva di quella prevista con la delibera dello scorso dicembre (che ha riguardato 5 unità di emodinamica, 2 di cardiocirurgia, 5 di chirurgia vascolare, 3 di chirurgia toracica e 2 di neurochirurgia). È prevista anche la chiusura dei mini-ospedali, sulla car-

ta da farsi da anni, ma particolarmente difficile da attuare per il timore di perdita di consenso elettorale.


Non solo. Nonostante la spending review, finora il numero complessivo di medici e infermieri in corsia ha subito pochi contraccolpi. Ora, però, per i vertici dell'assessorato alla Sanità potrà essere indispensabile ridurre in modo significativo il turnover. E viene prospettato anche un giro di vite alle convenzioni che permettono alla sanità privata di offrire cure a carico del servizio sanitario (oggi i privati convenzionati coprono il 35% dei ricoveri e delle visite ambulatoriali della Lombardia).

Così, insomma, rischia di essere modificato il bilancio del Pirellone che andrà in giunta

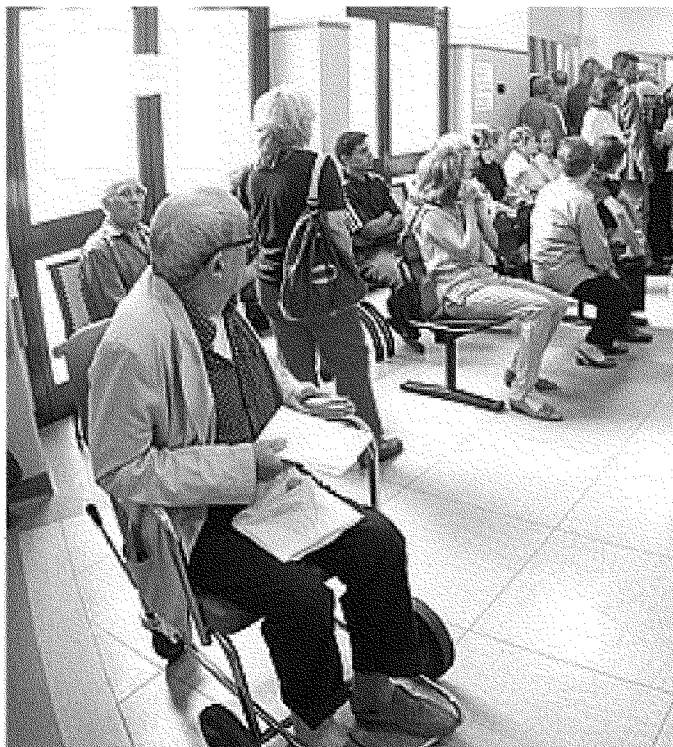
nei prossimi giorni. Sono le uniche misure possibili in caso di una conferma della riduzione drastica dei finanziamenti in arrivo da Roma. Adesso resta da capire quanto davvero, persino al Pirellone, credano in una manovra così dolorosa.

Il ministro alla Salute, Beatrice Lorenzin, ancora ieri, è stata netta nel ribadire che le Regioni devono tagliare, ma senza toccare la Sanità. Resta da capire come, però, visto che la voce rappresenta il 75% del bilancio regionale. Maroni è stato *tranchant*: «La Lombardia è una Regione virtuosa, che non merita i tagli lineari». E altrettanto deciso è l'assessore alla Sanità, Mario Mantovani: «Perché penalizzare chi dimostra di lavorare bene? Giusto tagliare gli sprechi. Meglio tagliarli dove esistono». Al di là delle polemiche, comunque, una cosa è certa: se dovessero essere confermati i tagli, la Sanità sarà colpita. E con essa verosimilmente anche quelle società *in house* come Lombardia Informatica e la centrale acquisti Arca. Tutti dossier allo studio, di cui si saprà di più nei prossimi giorni.

Simona Ravizza

 @SimonaRavizza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La stretta

- Il ministro alla Salute, Beatrice Lorenzin, ribadisce che le Regioni devono tagliare, ma senza toccare la Sanità, che rappresenta però il 75% del bilancio regionale
- Al Pirellone il «no» ai tagli è bipartisan. Il governatore Roberto Maroni ha comunque incaricato gli uffici di valutare i tagli

L'allarme dell'Ance: serve una riforma del Patto per sanare il pregresso

Debiti p.a. in alto mare

Da pagare 10 mld tra arretrati e nuove spese

DI MATTEO BARBERO

Ammontano a circa 10 miliardi i debiti in conto capitale della pubbliche amministrazioni ancora da pagare. La stima è dell'Associazione nazionale dei costruttori edili, che in un studio diffuso ieri ha ricostruito lo stock di passività ancora in essere partendo dai fabbisogni evidenziati da regioni, province e comuni per accedere alle deroghe al Patto di stabilità interno previste dal decreto "sblocca Italia" (dl 133/2014).

A fine settembre, circa 1.000 enti territoriali hanno presentato richiesta di allentamento del Patto per un ammontare pari circa 1,1 miliardi di euro. A fronte di 200 milioni di euro disponibili, il Mef ne ha assegnati 175,9 milioni di euro. Quindi, rimangono ancora da pagare circa 922 milioni: tale cifra, tuttavia, fotografa solo parzialmente il problema dei mancati pagamenti. Come evidenzia l'Ance, infatti, le richieste presentate non in-



cludono alcune poste rilevanti, come i debiti relativi a mancati trasferimenti da altre amministrazioni o gli spazi necessari per utilizzare appieno le anticipazioni di liquidità assegnate da Cassa depositi e prestiti in base al dl 66/2014.

A questo fabbisogno, si aggiungono poi i debiti maturati dagli enti e società partecipate dagli enti territoriali, dai Ministeri e da altre amministrazioni prima del 31 dicem-

bre 2013. In tutto, si tratta di circa 3-4 miliardi di debiti arretrati di parte capitale a fine 2013 rimangono ancora senza una soluzione. Da ultimo, occorre considerare le spese accumulate nel corso degli ultimi mesi, per un totale complessivo stimato da Ance in circa 10 miliardi di euro.

I costruttori, quindi, evidenziano ancora una volta come le misure di sblocco finora varate (che una circolare

di Assonime, la n. 31/2014 del 20 ottobre, ha accuratamente riepilogato) non si siano rivelate sufficienti.

Secondo Ance, occorre un maggiore allentamento del Patto, che consenta di sanare tutto il pregresso, e una sua riforma strutturale per impedire la formazione di nuovi arretrati. Il disegno di legge di stabilità 2015 presentato dal governo si muove in questa direzione, ma solo parzialmente, prevedendo un forte alleggerimento dei vincoli, ma non (almeno per ora) il loro definitivo superamento.

Il report di Ance contiene anche un'analisi territoriale che mostra le aree in cui si concentrano le maggiori criticità: Lazio, Campania e Lombardia sono i primi territori per importo di richieste di allentamento del Patto non soddisfatte, mentre Napoli, Salerno, Benevento e Roma sono i comuni con maggiori pagamenti autorizzati (e quindi maggiori debiti).

—© Riproduzione riservata—

STATO-REGIONI

Exit strategy dai piani di rientro

Campania e Abruzzo, storicamente alle prese con i piani di rientro, hanno spuntato l'ok della Conferenza delle Regioni per gli schemi di accordo di programma, concordati con il ministero dell'Economia, che porteranno ossigeno e nuove prospettive alla sanità delle due Regioni.

Perché l'obiettivo di questi accordi è il progressivo e, ormai inesorabile, cammino verso l'uscita dalla lunga notte del commissariamento. Gli accordi di programma fra la Regione Abruzzo e il ministero dell'Economia sono in attuazione della legge 133 del 2008. L'Abruzzo potrà contare su dodici milioni di risorse nazionali, divisi in tre annualità, in attuazione dell'articolo 79 del decreto-legge 112/2008. La Campania invece può fare i conti con un totale di 37,5

milioni.

Abruzzo. L'iniezione di liquidità all'Abruzzo consentirà di dare un colpo d'acceleratore al sistema sanitario, rilanciare la formazione e l'aggiornamento del personale, incrementare la cultura aziendale, omogeneizzare il servizio e le informazioni fra le diverse aziende sanitarie. «Finalmente l'Abruzzo potrà dotarsi di un monitoraggio scientifico del sistema che consentirà di avviare l'atteso salto di qualità» - spiega l'assessore alla Sanità, Silvio Paolucci, «con obiettivi precisi e misurabili».

Campania. Via libera anche all'accordo per la Campania. L'intesa è finalizzata al miglioramento del governo del Ssr attraverso lo sviluppo di funzioni contabili e gestionali. In un lungo documento di ben

123 pagine, la Regione Campania analizza e ripercorre gli scenari del passato, non nascondendo le difficoltà di ieri e di oggi, e si candida a un cambiamento percorribile attraverso l'adozione di comportamenti virtuosi nel monitoraggio e nella gestione. Il piano triennale, pur portando molti obiettivi non avrà bisogno di personale aggiuntivo per la loro realizzazione. Grande attenzione è dedicata agli indicatori di processo e di monitoraggio finalizzati alla completa certificabilità dei bilanci del Sistema sanitario campano.

Ecg certificati sportivi: rischio approssimazione

Giusto l'obbligo di Ecg nei certificati sportivi, ma attenzione agli errori. (Servizio a pag. 17)

Dibattito aperto sull'obbligo di elettrocardiogramma per i certificati sportivi ai minori

Ecg sì, purché non condanni

Esami frettolosi possono dare falsi positivi o nascondere patologie serie

Il decreto "del Fare" del 9 agosto 2013 ha di fatto (e finalmente) cancellato l'obbligo di certificato medico per l'attività ludico-motoria ma, come poi ribadito da ultimo, il ministro **Lorenzin** ha istituito quello di fare un Ecg prima di emettere un certificato di idoneità non agonistica.

In realtà, non si conoscono evidenze scientifiche atte a dimostrare che sia necessario a tutelare la salute del bambino e dell'adolescente che svolge attività fisica. Oltretutto si tratta anche di una misura in un certo senso discriminante, perché viene specificato che l'Ecg deve essere a carico della famiglia. Il movimento "Choosing Wisely", che valuta la appropriatezza delle procedure sanitarie, considera l'Ecg eseguito senza indicazioni: una procedura inappropriata. Negli Usa e in gran parte dell'Europa l'Ecg non è richiesto come esame di screening negli atleti che svolgono attività sportiva non agonistica, mentre viene utilizzato un semplice questionario (sommministrabile senza costi aggiuntivi per le famiglie). La domanda tipo di imposizione di un esame medico è la seguente: l'Ecg è utile per una maggiore tutela dei nostri bambini oppure no? Se sì, affrontiamo anche l'aspetto economico di una tale decisione, perché non possiamo creare discriminazioni odiose. Se invece manca una chiara evidenza di utilità, tutto rischia di tradursi in una battaglia di principio, senza contare i rischi legati alla non precisata professionalità di chi effettuerà una tale mole di Ecg. Facile pensare che innumerevoli saranno i casi di over diagnosis con conseguente stop alla attività fisica di bambini già sedentari, ma anche richiesta "a cascata" di ulteriori esami a carico del Ssn. Il rischio è anche, all'opposto, di underdiagnosis di condizioni non rilevate perché svelabili solo da un occhio molto esperto. Effettuare uno screening inutile (e tale deve essere considerato questo esame finché non verranno illustrate le inconfutabili evidenze della sua utilità) è non solo uno spreco di risorse, ma, spesso, anche un intervento improprio, i cui effetti collaterali possono superare di gran lunga i benefici.

Gli aspetti a favore di un uso esteso dell'Ecg per lo sport sono indubbi, perché nella pratica clinica, l'elettrocardiogramma consente di svelare anomalie cardiache preesistenti, anche in totale assenza di sintomi premonitori o di patologia analoga nella storia familiare. Nei giovani, infatti, l'Ecg permette di evidenziare o sospettare una serie di malattie genetiche del muscolo cardiaco o dei canali ionici che predispongono ad arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare.

È in questa fascia di età che ha maggiore utilità e senz'altro più di quanto avviene nella popolazione adulta, in cui la patologia coronarica, responsabile di oltre il 90% dei casi di morte improvvisa, raramente presenta alterazioni all'Ecg basale. Da pediatri chiediamo che sia fatta da specialisti in grado di capire la situazione.

Nel frattempo la maggior parte dei ragazzi ha rinnovato i certificati di idoneità sportiva. Molti sbrigativamente lo hanno fatto in farmacia, con tutto il rispetto per i farmacisti, ma sappiamo che il referto (quando c'è) è sicuramente ricavato da software automatici. L'Ecg insomma c'è, ma siamo sicuri che non evidenzia un'anomalia maligna sfuggita al software e all'occhio (in)esperto del pediatra? Che Dio aiuti i bambini (e i pediatri che firmano).

Paolo Siani

Rosario Cavallo

Associazione culturale pediatri

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Piano nazionale malattie rare in pillole

Rete

- L'implementazione e la qualificazione della rete nazionale dovranno procedere nell'ambito di una pianificazione condivisa tra le Regioni in relazione alla prevalenza delle singole malattie e dei gruppi di malattia. A tale scopo andranno individuati i presidi, che dovranno svolgere i compiti previsti per i centri di expertise europei potendosi candidare a far parte delle ERNs. La rete dovrà utilizzare soluzioni tecnologiche per supportare la condivisione dell'informazione clinica e ridurre la mobilità dei pazienti

Sistema di monitoraggio

- Registri regionali o interregionali e il Registro nazionale delle Mr dovranno migliorare la copertura e l'efficienza della raccolta dei dati epidemiologici, in adempimento ai loro compiti istituzionali. A questo scopo, sarà necessario adottare tutte le misure necessarie a migliorare la qualità delle informazioni e a produrre analisi utili a supportare gli interventi di sanità pubblica e a migliorare la pratica clinica. In particolare, si dovranno uniformare e standardizzare le procedure, i contenuti e le scadenze della raccolta dei dati dai registri regionali/interregionali al Rnmr

Nomenclatura e codifica

- Per assicurare che le Mr siano rintracciabili nel sistema informativo italiano basato sull'Icd sarà necessario: unificare e standardizzare la codifica delle malattie; progettare l'adozione in Italia delle modalità di codifica di Mr utilizzate in ambito internazionale (tra cui l'Orpha code), in aggiunta all'Icd nei flussi correnti.
Indicatori per il monitoraggio. Sono individuati indicatori per misurare lo sviluppo di un sistema di codifica per le Mr da utilizzare nei flussi correnti con strumenti condivisi in ambito internazionale (Orpha code)

Percorso diagnostico-terapeutico

- Tra le azioni che dovranno essere garantite: mettere in atto tutte le azioni volte a ridurre il ritardo diagnostico, creando strumenti e infrastrutture capaci di guidare e orientare i medici verso il sospetto di Mr; privilegiare e mettere in atto azioni in grado di consentire la presa in carico delle persone con diagnosi di malattia secondo percorsi definiti ed esplicitati nell'amb-

to delle reti di assistenza (risorse e tempi); definire, anche attraverso delibere formali, possibilmente condivise a livello interregionale, i protocolli e i percorsi assistenziali organizzati e garantiti per ogni tipologia di bisogno assistenziale; diffondere e condividere i protocolli diagno-

stici e terapeutici già predisposti dalle Regioni per singole malattie e/o gruppi di malattie affinché possano essere adottati in modo il più possibile uniforme in ambito nazionale, nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza

Empowerment

- In considerazione del bagaglio di conoscenza delle Associazioni delle Mr, si ritiene necessario che, a tutti i livelli, sia incentivata la costruzione di un rapporto collaborativo finalizzato a una loro partecipazione ai processi decisionali, incoraggiando la loro informazione e formazione e sostenendo atteggiamenti solidali e comunitari. Nel percorso assistenziale, dovrà essere perseguita l'inclusione del paziente e/o dei suoi familiari in tutte le decisioni che lo riguardano mediante un linguaggio comprensibile e condiviso

Ricerca

- È necessario concentrare prioritariamente le risorse dedicate alla ricerca sulle Mr sulle aree meno sviluppate (clinica, sanità pubblica) e indirizzate ai bisogni dei pazienti, su obiettivi condivisi tra i centri esperti e le eccellenze scientifiche; promuovere la ricerca multidisciplinare, favorendo aggregazioni nazionali in grado di costruire una massa critica che possa agevolare la partecipazione ai consorzi internazionali; concentrare le risorse preferibilmente su soggetti istituzionali che abbiano dimostrato capacità e competenza nella ricerca; costruire un sistema di tracciabilità delle ricerche sulle Mr e di valutazione ex post dei risultati ottenuti

Formazione

- Destinatari della formazione sono i professionisti, i pazienti e le loro Associazioni, le persone coinvolte nell'assistenza (caregiver, familiari, volontariato). È opportuno che le varie iniziative formative siano coordinate a tutti i livelli del sistema (Asl, Aziende ospedaliere, Istituti di ricerca, Università e scuole di specializzazione) e per tutti gli operatori sanitari e sociosanitari, attra-

verso i seguenti interventi prioritari. Particolare rilevanza dovrà essere riservata ai piani formativi indirizzati ai Mmg e Pls

Informazione

- Garantire il potenziamento e il sostegno alla massima diffusione delle fonti informative validate attualmente disponibili (siti web, telefoni e punti informativi nazionali, regionali e locali), promuovendone l'utilizzo da parte di tutti i portatori d'interesse e con la partecipazione dei pazienti nella fase di progettazione degli inter-

venti informativi sulle malattie rare

Prevenzione

- **Prevenzione primaria.** È necessario promuovere e potenziare gli interventi di seguito specificati: rendere sempre disponibile il counselling preconcezionale alle coppie in età fertile che stanno pianificando una gravidanza, e il monitoraggio in gravidanza; realizzare programmi per incentivare l'adozione di corretti stili di vita (inclusa la corretta alimentazione e l'assunzione appropriata di acido folico) in epoca preconcezionale e durante la gravidanza; valutare le conseguenze, in termini di salute, degli screening a cascata.

Prevenzione secondaria. Obiettivo prioritario in quest'area è il miglioramento della diagnosi precoce (clinica, clinico-genetica, prenatale e neonatale) delle Mr, erogata nell'ambito del Ssn. A questo scopo, è opportuno: realizzare modelli operativi per i programmi di screening delle Mr basati sulle evidenze scientifiche, criteri di equità di accesso, aspetti etici, disponibilità di terapia di provata efficacia

Farmaci

- Sui farmaci si rileva la necessità di: uniformare le modalità di prescrizione, erogazione e somministrazione tra le diverse Regioni anche attraverso un confronto all'interno del tavolo tecnico interregionale delle Mr con l'eventuale coinvolgimento di Aifa; maggiore informazione sulle modalità di accesso al fondo Aifa previsto all'art. 48 della legge 326/2003 ed eventuale revisione di tali modalità. Potenziare e valorizzare il ruolo dello Stabilimento chimico-farmaceutico militare (Scfm) nell'assicurare la disponibilità a costi ridotti di farmaci e altri trattamenti per le Mr

ESPERTI A CONFRONTO SUL FENOMENO DELLA «SUPERPRESCRIZIONE»

Quando gli esami e le terapie sono solo un costo

Lotta agli sprechi e alle inefficienze per reinvestire in salute. È quanto emerge da uno dei primi articoli del nuovo Patto della Salute 2014-2016 siglato ai primi di luglio. In Italia secondo gli esperti si prescrivono troppi esami diagnostici e trattamenti senza portare reali vantaggi al paziente. La terapia intensiva per esempio è uno dei luoghi di cura più dispendioso (si stima che una giornata di ricovero costi circa 2.500 euro) perché si utilizzano apparecchiature e farmaci molto costosi. Secondo Massimo Antonelli, presidente della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva «non tutti gli esami diagnostici sono necessari e occorre applicare determinate terapie con le dovute cautele. Richiedere una radiografia del torace a tutti i malati ricoverati in terapia intensiva spesso si usa per convenzione, oltre che per necessità. È necessario - sottolinea Antonelli - cambiare mentalità e orientarsi verso una prescrizione dedicata solo ai malati nei quali c'è una forte indicazione clinica».

Tra le varie proposte suggerisce un buon uso degli antibiotici e consiglia (una volta accertato che questi ultimi non hanno avuto efficacia) di non somministrarli o sospenderne la prescrizione quando sia ha la conferma che non c'è la sospettata infezione. Per non sprecare ulteriori risorse economiche propone anche una corretta gestione degli emoderivati: «Ci sono - dice - linee guida internazionali che andrebbero sempre rispettate o che perlomeno suggeriscono di non trasfondere i malati se non quando il loro livello di emoglobina è inferiore ai sette grammi per decilitro. Una maggiore apertura delle terapie intensive potrebbe influire sulla buona gestione economica: comunicare per più tempo con i parenti dei pazienti aumenterebbe la comprensione e ridurrebbe molto i contenziosi medico-legali e quindi indirettamente un importante risparmio sui costi», sostiene l'esperto.

Che in Italia ci sia una "superprescrizione" di esami diagnostici lo sostiene anche Slow medicine, l'associazione nata nel 2011 per promuovere l'appropriatezza d'uso delle risorse disponibili, la sosteni-

bilità e l'equità dei sistemi sanitari e un'adeguata comunicazione tra le persone, e che nel dicembre 2012 ha lanciato il progetto "Fare di più non significa fare meglio", analogo a Choosing Wisely degli Stati Uniti.

Sandra Vernero, segretario nazionale di Slow medicine racconta che ormai sono più di trenta le società scientifiche e associazioni di professionisti che hanno aderito al progetto. Molte di loro hanno già individuato le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza in Italia, di cui medici e pazienti dovrebbero parlare.

Per i radiologi, ad esempio, è superflua la risonanza magnetica del rachide lombosacrale in caso di lombalgia nelle prime sei settimane in assenza di segni/sintomi di allarme. L'esame invece viene prescritto abitualmente al primo mal di schiena o sciatalgia. Tra le raccomandazioni dei radiologi c'è anche quella di non eseguire di routine risonanza magnetica del ginocchio in caso di dolore acuto da trauma o di dolore cronico. In assenza di segni clinici di allarme, infatti, non apporta benefici al paziente e rappresenta un costo elevato per la collettività.

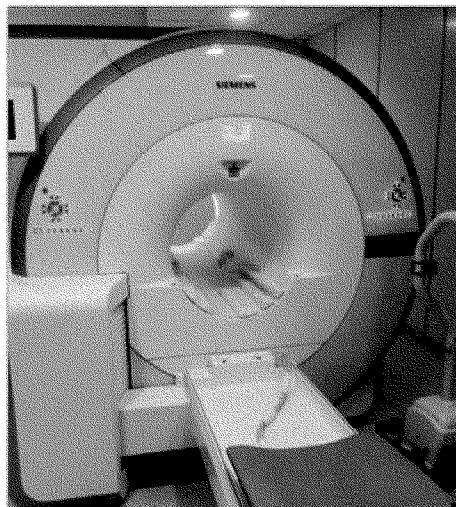
Sandra Vernero sottolinea che «comincia a esserci un'attenzione da parte delle Istituzioni ma che per troppo tempo c'è stata una cultura istituzionale del fare di più. Siamo, insieme alla Grecia, il Paese che ha il più alto consumo di antibiotici in Europa, mentre spesso non solo non servono ma possono essere dannosi. Ancora oggi, poi, i meccanismi di finanziamento delle aziende sanitarie privilegiano la quantità di esami e prestazioni piuttosto che il raggiungimento di obiettivi di salute», segnala il segretario nazionale di Slow medicine e invita a un cambiamento culturale che deve riguardare professionisti e cittadini, insieme alle Istituzioni e ai mezzi di comunicazione.

Di necessità di cambiamento parla anche Tonino Aceti, coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva e afferma che «oggi c'è un problema di accesso alle prestazioni e

il Servizio sanitario nazionale è in affanno nel rispondere al bisogno di salute delle persone e per questo è importante rilanciarlo con forza a tutela del diritto alla salute dei cittadini. Il cittadino - dice Aceti - ha bisogno degli esami diagnostici che vengono prescritti, perché ritenuti utili dai medici. Tuttavia - sostiene Aceti - non è tanto e solo un problema di prescrizioni quanto il fatto che molto spesso alcuni esami i cittadini li devono ripetere perché la qualità delle immagini è scadente a seguito di un'obsolescenza del parco macchine del Servizio sanitario e aggiunge che andrebbero garantiti la manutenzione e l'ammodernamento dei macchinari, ma in tempi di spending review non ci sono le risorse da destinare». Il Coordinatore del tribunale dei diritti del malato segnala poi la carenza nel far partire percorsi diagnostico-terapeutici e illustra che

laddove ci sono percorsi diagnostici ben program-

mati c'è una migliore appropriatezza prescrittiva. Altro esempio sono le ripetizioni degli esami preoperatori che vengono ripetuti per una disorganizzazione dei servizi. Per Tonino Aceti «è molto importante rilanciare il ruolo del medico che deve assumersi responsabilità non solo nei confronti delle prestazioni prescritte al cittadino, ma anche delle risorse economiche a disposizione. La medicina difensiva - conclude - incide sull'aumento degli esami non necessari. Insomma, c'è bisogno di una migliore organizzazione e programmazione dei servizi ma anche di un rilancio della responsabilità dei professionisti nella loro attività di prescrizione».



Federfarma annuncia il ricorso al Tar contro l'imminente delibera Aifa sul ripiano

È battaglia sugli sforamenti

Farmacie all'attacco contro l'obbligo di rifondere la spesa territoriale

CONTENZIOSI

È un fiume in piena Federfarma, che annuncia, senza se e senza ma, un ricorso al Tribunale amministrativo contro l'Aifa. Federfarma contesta l'annunciato provvedimento dell'Aifa che carica sulle spalle di farmacie e distributori il ripiano di 5,3 milioni di euro per lo sfondamento della spesa territoriale 2013. L'Agenzia infatti ha pubblicato sul proprio sito internet due comunicazioni, rispettivamente del 12 settembre e del 1° ottobre di quest'anno, riguardanti l'apertura di piattaforme e metodologie di ripiano della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera per l'anno 2013, propedeutiche all'adozione di una delibera Aifa, da pubblicarsi in Gazzetta ufficiale alla fine del mese di ottobre. Di fatto questa è la prima applicazione della norma recata dalla legge 222/2007, che impone alla filiera (indu-

stria, grossisti e farmacie) di ripianare l'intero sfioramento eventualmente registrati rispetto al tetto di spesa farmaceutica territoriale.

In pratica Federfarma spiega in una nota che il ricorso al Tar è motivato dal fatto che questo provvedimento darà applicazione «a criteri contrari ai basilari principi giuridici, oltre a prevedere diversi elementi di illegittimità sul versante delle procedure operative». I dati del monitoraggio della spesa farmaceutica relativi al 2013, pubblicati dall'Aifa, hanno evidenziato il superamento del tetto della spesa farmaceutica, sia territoriale che ospedaliera.

In particolare, i dati del monitoraggio della spesa hanno evidenziato per la spesa farmaceutica territoriale uno scostamento dal tetto programmato dell'11,35% di 49,8 milioni di euro, pari a un'incidenza dell'11,40% del fabbisogno nazionale 2013, mentre per la spesa farmaceutica ospedaliera, è stato rilevato

uno scostamento dal tetto programmato del 3,5% di 773mila euro, pari a un'incidenza del 4,23% del fabbisogno sanitario nazionale 2013.

Poiché il superamento del tetto programmato determina l'apertura delle procedure di ripiano normativamente previste, Federfarma ritiene necessario «formulare le proprie osservazioni con riferimento alla sola spesa farmaceutica territoriale, dal momento che solo per questa le norme prevedono il concorso, a determinate condizioni, anche delle farmacie». Del resto, per spesa farmaceutica territoriale, conclude la Federazione: «Bisogna intendersi la spesa convenzionale, più i ticket regionali con esclusione della differenza di prezzo corrisposta dagli assistiti per i farmaci antitumorali».

Red.San.



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La sanità

Registro tumori, fondi fermi e tagli al personale

Al lavoro solo il responsabile, addetti trasferiti dalla Provincia. In ritardo il passaggio all'Asl

Giovanna Di Giorgio

C'è chi lo dà per inefficiente, chi per scomparso e chi addirittura per inesistente. Invece c'è, sopravvive e lotta per non soccombere. Anzi: il Registro tumori della provincia di Salerno è stato, fino a un anno e mezzo fa, tra le eccellenze nel campo. Era riuscito a conquistarsi addirittura uno spazio nel «Cancer incidence in five continents», volumi numero nove e dieci. Poi, però, ha smesso di funzionare. Lasciato così, in standby, in attesa di passare da un padrone all'altro: dalla Provincia all'Asl. Che sulla carta lo ha adottato, ma nei fatti lo ha abbandonato a se stesso.

La paradossale storia del registro è circoscritta a via Loria 24. È lì, a Pastena, che è stato collocato all'atto della sua istituzione, nel 1996, dall'allora giunta provinciale retta da Alfonso Andria. Lì, per anni, ha funzionato sempre meglio, tanto da essere accreditato prima all'Airtum nel 2004 e, l'anno seguente, all'International agency for research on cancer, l'Iarc. Lì, negli uffici della Provincia di via Loria, lavoravano al registro otto persone: tre dipendenti a tempo pieno e indeterminato della Provincia e cinque esterni esperti nel settore. Oggi, nella nota via della zona orientale, gli uffici sono quasi vuoti. Luci soffuse, computer spenti, telefoni che non squillano più. Il silenzio è di quelli inimmaginabili per un ufficio pubblico.

Eppure, gli armadietti sono pieni di fascicoli: dati su dati in cui è racchiusa la storia delle neoplasie insorte, sviluppatesi e anche curate negli ultimi quindici anni a Salerno e provincia. Insieme ai faldoni, che aspettano solo di essere riaperti e aggiornati, c'è un solo superstite: Arturo Iannelli. Perché, se gli esperti esterni non sono più stati finanziati, gli altri suoi due colleghi sono stati trasferiti da un giorno all'altro. L'ultimo proprio all'inizio dell'anno. E sono stati chiamati a svolgere mansioni che con la professionalità e la competenza sviluppate in più di quindici anni d'esperienza sul campo non hanno niente a che vedere. «Ma al tempo stesso - spiega Iannelli - vengono spesi dalla Regione un bel po' di soldi per la formazione del personale che dovrebbe occuparsi dei registri nelle altre province». Un paradosso. Uno dei tanti paradossi campani.

L'inizio della fine del registro comincia a palazzo Santa Lucia. La Regione ha varato una legge, a luglio 2012, con la quale ha istituito un Registro tumori regionale, articolato in sette registri, uno per ogni Asl. La legge è stata però dichiarata incostituzionale perché in contrasto con il piano di rientro dal disavanzo sanitario. Nel-

Il vertice Iannelli
«Presto incontrerò la nuova dirigente forse sarà la svolta»

le more della pronuncia di incostituzionalità, con un decreto commissariale del settembre 2012, ancora vigente, il presidente Caldoro ha istituito il Registro tumori di popolazione della Regione Campania. Tradotto in fatti: il decreto prevede l'istituzione di un registro presso l'Asl e, al tempo stesso, riconosce il registro della Provincia di Salerno. Tant'è che, per non perdere il lavoro finora svolto e definire i ruoli dei due enti, ha previsto un protocollo d'intesa tra Provincia e Asl. Protocollo sottoscritto il 9 settembre del 2013.

Ironia della sorte, pochi giorni prima dell'ultima pubblicazione sull'incidenza e la mortalità per malattie tumorali, presentata a palazzo Sant'Agostino in pompa magna. Sulla carta, dunque, è tutto in ordine. Ma nella realtà? «Tutto è rimasto lettera morta», dice Iannelli. Che aggiunge: «La prossima settimana, però, sono stato convocato dal nuovo direttore del Registro, Anna Luisa Caiazzo». E chissà che le cose non inizino a cambiare. Anche perché «le altre province campane stanno ricevendo fondi per avviare i registri e formare il personale». Personale che Salerno avrebbe già: Iannelli, oltre a essere uno degli otto membri del direttivo nazionale del registro tumori, tiene anche dei corsi per medici e operatori di registri. «Anche se il lavoro è quasi bloccato, con 50mila euro e con il personale di prima nel giro di due anni potremmo tornare in linea con i primi registri italiani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



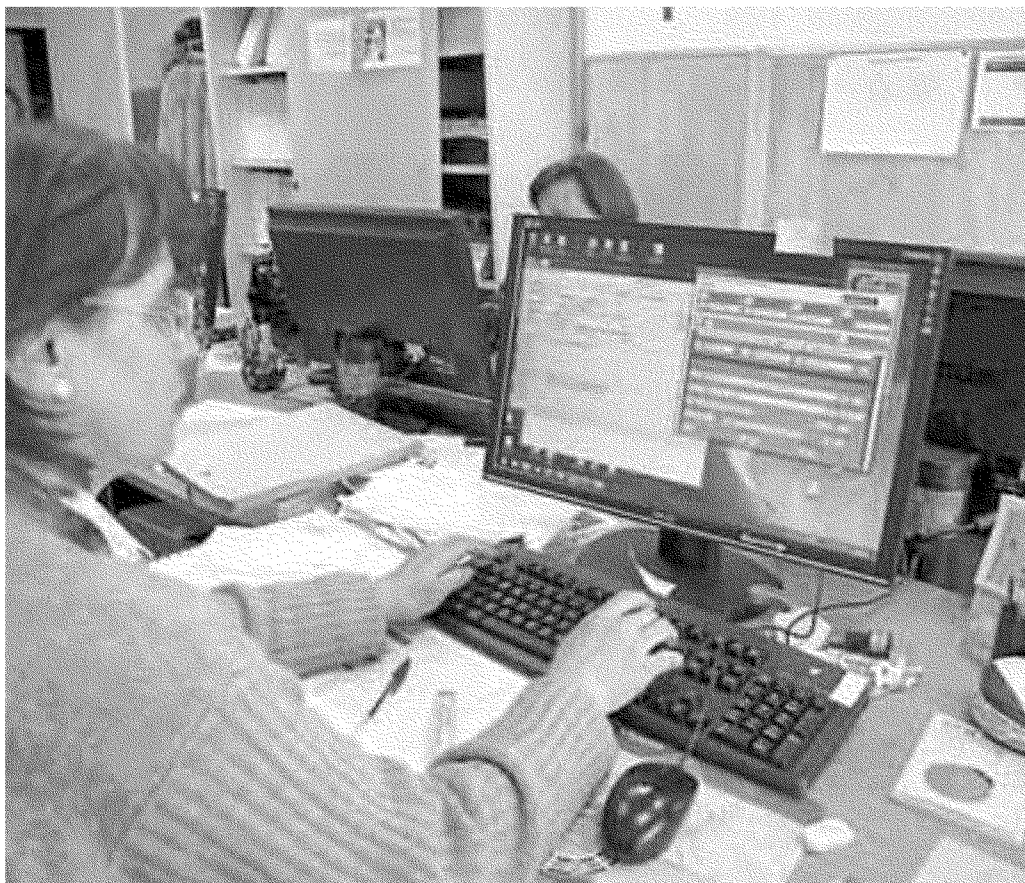
Le **inchieste del Mattino** Uffici semivuoti a Pastena in attesa del passaggio dalla Provincia all'Asl

L'agonia del Registro tumori

Finanziamenti congelati e tagli al personale: così muore un'eccellenza

Giovanna Di Giorgio

C'è chi lo dà per inefficiente, chi per scomparso e chi addirittura per inesistente. Invece c'è, sopravvive e lotta per non soccombere. Anzi: il Registro tumori della provincia di Salerno è stato, fino a un anno e mezzo fa, tra le eccellenze nel campo. Era riuscito a conquistarsi addirittura uno spazio nel «Cancer incidence in five continents», volumi numero nove e dieci. Poi, però, ha smesso di funzionare. Lasciato così, in standby, in attesa di passare da un padrone all'altro: dalla Provincia all'Asl. Che sulla carta lo ha adottato, ma nei fatti lo ha abbandonato a se stesso. Oggi gli uffici di Pastena sono quasi vuoti. Luci soffuse, computer spenti, telefoni che non squillano più.

**Monitoraggio al palo** Congelata l'elaborazione dati su base territoriale delle patologie tumorali**Anna Luisa Caiazzo**
Vertice per il rilancio

Programmato a giorni l'incontro tra il responsabile dell'ufficio Registro dei tumori con la nuova dirigente del settore Anna Luisa Caiazzo nominata dal manager dell'Asl Antonio Squillante.

**Lorenzo Forte**
«Rafforzare la prevenzione»

Lorenzo Forte, animatore del Comitato Salute e vita, da più di un anno chiede che venga riavviata l'attività del Registro tumori in modo da avere notizie più precise sull'insorgere di neoplasie nella Valle dell'Irno.

**Arturo Iannelli**
«Due anni per ripartire»

«Con 50 mila euro e il personale di prima a disposizione - dice Arturo Iannelli, responsabile del Registro tumori, nell'arco di un paio di anni potremmo tornare in linea con i primi registri italiani».

La scheda

**«Sentinella salute
mappa per aree
delle patologie»**

Dati che riguardino la Valle dell'Irno e, più specificamente, la zona di Fratte non ce ne sono. Del resto, quando un anno fa Lorenzo Forte, a capo del comitato «Salute e vita», si era rivolto alla Provincia di Salerno per avere notizie sul Registro tumori e cercare così di avere contezza dell'incidenza delle neoplasie nella zona a ridosso delle Fonderie Pisano, se lo era sentito dire chiaramente. Ma, senza arrendersi, ha continuato nei mesi a ribadire la necessità di far riprendere il funzionamento del registro, unico strumento per avere dati precisi da mettere a disposizione dei medici. Senza avere, tuttavia, nessuna risposta concreta.

Eppure, sulla base dei dati al momento presenti nei faldoni di via Loria, una mappatura dei tumori insorti in zone diverse del territorio provinciale sarebbe possibile. Anche perché, consultando l'ultima pubblicazione del registro, quella relativa agli anni 2008-2009, sono già presenti delle «mappa dei rischi». Mappe in cui sono riportate le aree che possono avere un rischio di malattia diverso dalla media provinciale, indicate con colori e gradazioni diverse. Si tratta di dati «disciati» tramite particolari tecniche. «In teoria, con i dati oggi esistenti, si potrebbe tracciare una mappatura mirata per aree», spiega Arturo Iannelli. Che, tuttavia, non si sbilancia perché, pare, non esistono «in letteratura» studi di questo genere.

L'obiettivo
La banca dati del Registro diventerà la base di indagine delle zone a rischio

Ma, nonostante tutto, non è escluso che si possa pensare di «georeferenziare i tumori nelle aree di territorio interessate e di volta in volta individuate», precisa. In altri termini: una volta individuate delle zone o dei bacini di interesse scientifico, si può valutare se in quelle aree specifiche si siano registrati più o meno casi di tumore, sempre divisi per diverse tipologie, rispetto a quella che è la media provinciale e nazionale per tipologia. Insomma, un tipo di studio che, in piccolo, riprodurrebbe gli studi portati avanti su zone più ampie. «Si potrebbe cioè individuare la presenza di cluster ad alto rischio - continua Iannelli - ovvero aree geograficamente contigue che manifestano un rischio superiore in modo statisticamente significativo». Insomma, il lavoro da fare non sarebbe poco né semplice, e neppure immediato, perché comporterebbe una serie di indagini e di incrocio dei dati. Ma non è per niente escluso che possa essere portato avanti e dare risultati chiari. Naturalmente, a condizione che il registro riprenda al più presto la sua attività.

D'altro canto, proprio nel corso dell'insediamento del tavolo tecnico regionale di monitoraggio ambientale per la Valle dell'Irno, il direttore del Distretto sanitario 66, Antonio Lucchetti, aveva parlato della possibilità di «un monitoraggio diffuso a cerchi concentrici partendo dal sito della fonderia di via dei Greci, che potrà essere integrato anche dalla valutazione di eventuali maggiori incidenze di patologie correlate ad alterazioni delle matrici esaminate». In soldoni, servendosi delle diagnosi dei medici di base, l'Asl potrebbe fare il punto delle patologie per le quali può esserci un'eventuale connessione con l'inquinamento in base alle aree di residenza dei pazienti. Perché non farlo con i dati già a disposizione del Registro tumori?

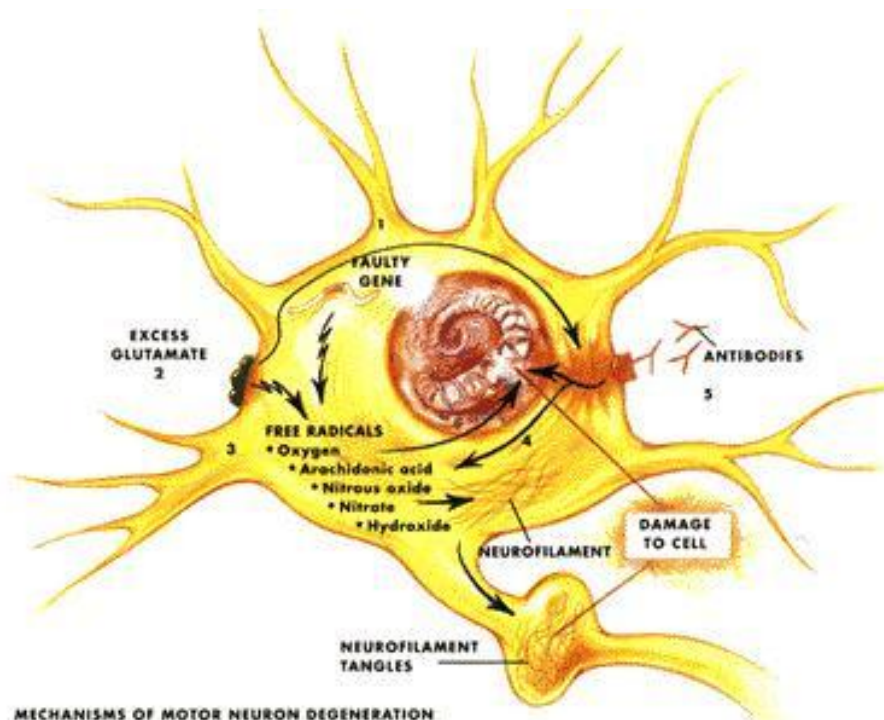
g.d.g.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



La neuromodulazione si fa su misura «Così si combattono meglio i danni dell'ictus»

PAOLO RUSSO

■ Niente più terapie «a taglia unica» per il recupero dai danni da ictus. Ad aprire la strada a nuove cure personalizzate è una ricerca condotta al Campus bio-medico di Roma da Vincenzo Di Lazzaro, direttore della cattedra di neurologia, e da Giovanni Di Pino, ricercatore di neurologia e bioingegneria.

Il lavoro, pubblicato dalla prestigiosa rivista «Nature reviews neurology», prende le mosse dal fatto che il cervello funziona trasformando

impulsi elettrici in segnali chimici (con il rilascio di neurotrasmettitori) e viceversa. Attraverso questo meccanismo, all'apparenza semplice, miliardi di cellule nervose comunicano in ogni istante e ci permettono di pensare, parlare e muoverci. Quando si verifica un ictus, però, questi meccanismi possono essere danneggiati in modo più o meno grave. Ora dall'analisi condotta al Campus Bio-Medico emerge che le due principali «scuole di pensiero» sul trattamento con tecniche di neuromodulazione (basate proprio sulla trasmissione dei segnali cerebrali) non sono da contrapporre, ma vanno adattate a seconda dell'entità del danno subito dal cervello. Per quelli minori l'approccio vincente consiste nella «competizione tra emisferi», secondo il quale va inibita la parte sana per impedire che la sua iperattività rallenti il recupero della parte lesa. Per i danni più gravi, invece, si dovrà puntare sulla stimolazione dell'emisfero non colpito da ictus: l'obiettivo è favorire il recupero delle funzioni motorie, sfruttandone l'attività «sostitutiva».

Sembra l'uovo di Colombo, ma è una scoperta destinata ad aprire nuove frontiere terapeutiche per la cura di quella che, con 200 mila decessi l'anno, è la terza causa di morte in Italia e la prima di disabilità.

Camminare con le cellule olfattive

“Così curiamo chi è paralizzato”

NEUROLOGIA/1

VITTORIO SABADIN

Per la prima volta, un uomo le cui gambe erano paralizzate da quattro anni a causa di una lesione al midollo spinale ha potuto di nuovo camminare. Il miracolo è stato reso possibile da un'équipe di scienziati anglo-polacca, che ha scoperto come rigenerare il midollo grazie a particolari supercellule facili da trovare: si trovano nel naso di ogni individuo.

Derek Fidyka, un bulgaro che ora ha 40 anni, era stato vittima nel 2010 di una feroce aggressione, durante la quale era stato ferito alla schiena. Una coltellata aveva leso il midollo spinale, tagliandolo quasi completamente in due. Da quel giorno non aveva più po-

tuto camminare. La terapia che gli ha consentito di muovere nuovamente le gambe è frutto dell'incontro tra alcuni uomini straordinari: il professor Geoff Raisman, esperto di rigenerazione neuronale all'University College di Londra, il dottor Pawel Tabakow, neurochirurgo della clinica universitaria di Breslavia in Polonia, il professor Wagih El Masri della Keele University e David Nicholls, il cuoco dei più esclusivi hotel di Londra, che ha finanziato con 1,5 milioni di euro le ricerche e le cure. Nicholls ha un figlio, Dan, rimasto paralizzato in seguito a un incidente di nuoto. Gli ha promesso che sarebbe riuscito a farlo camminare di nuovo.

La promessa potrà ora forse essere rispettata grazie a una particolarità del sistema olfattivo. Avvertiamo gli odori grazie a un complesso circuito neuronale: le molecole che li diffondono nell'aria entrano in contatto con le cellule nervose che si trovano nel naso e trasmettono il messaggio ai bulbi olfattivi, collocati alla base del cervello. Queste cellule nervose sono gli unici neuroni del corpo che si rigenerano quando sono danneggiati, grazie al lavoro delle «olfactory ensheathing cells» («Oec»), le cellule olfattive di rivestimento.

Dopo una sperimentazione sui cani, il tipo di lesione presente sul midollo spinale di Fidyka autorizzava il primo tentativo su un essere umano. Il midollo era ancora tenuto insieme da un lembo e c'era una cavità di 8 millimetri recisa

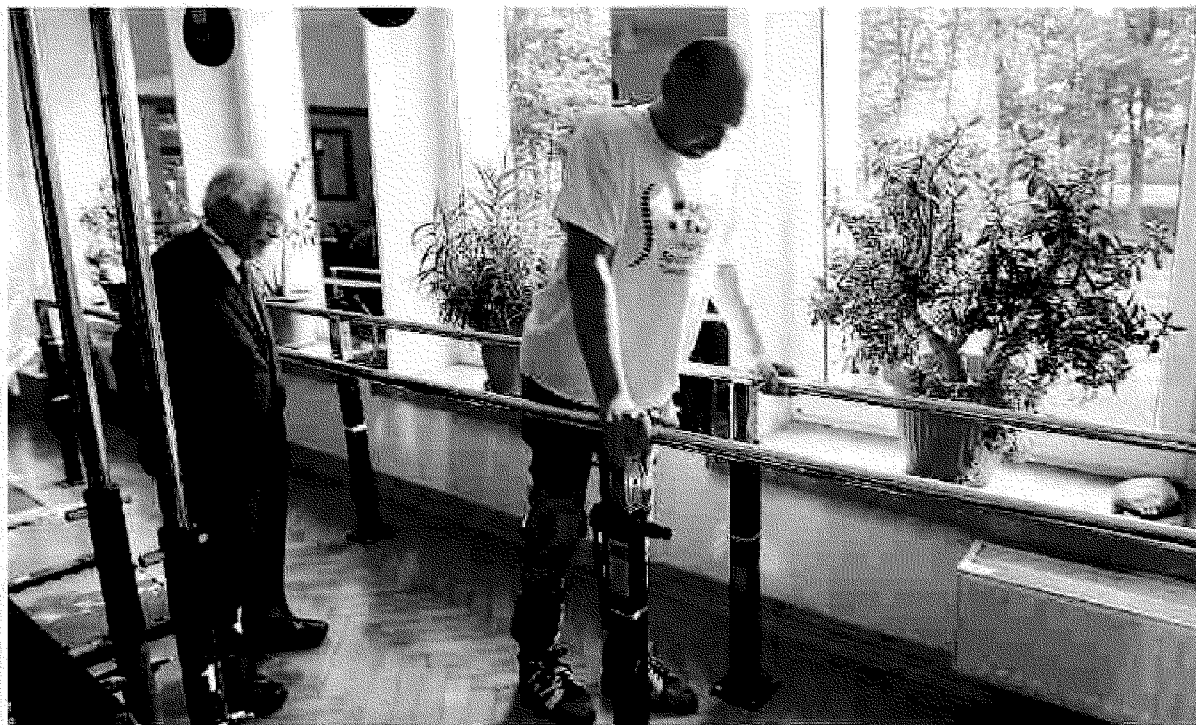
dal coltello: le condizioni ideali per provare. Uno dei due bulbi olfattivi del paziente è stato rimosso e le cellule «Oec» sono state fatte crescere in una coltura. Due settimane dopo sono state iniettate sopra e sotto la lesione del midollo. Il buco di 8 millimetri è stato riempito con quattro strisce di tessuto nervoso, prelevato da una cavaglia del paziente, in modo da formare un ponte sul quale i neuroni rigenerati dalle «Oec» avrebbero potuto saldarsi.

Due mesi dopo l'intervento i medici hanno verificato che il muscolo della coscia destra si stava riformando. Sei mesi dopo Fidyka camminava in palestra, sostenendosi alle parallele, e nei giorni scorsi, a due anni dal trapianto di cellule «Oec», è stato in grado di uscire dal centro di riabilitazione di Breslavia, camminando con le sue gambe, appoggiato a un deambulatore. Si sottopone a cinque ore di fisioterapia al giorno e «non ci sono ragioni - afferma - per non credere che un giorno sarò di nuovo indipendente».

Geoff Raisman
Neurologo

RUOLO: È PROFESSORE PRESSO LO UNIVERSITY COLLEGE DI LONDRA

L'équipe di medici che ha reso possibile il miracolo non vuole guadagnare nulla dalla terapia. «Nessun paziente in futuro - ha detto Raisman - dovrà pagarci qualcosa per quello che abbiamo fatto». Tutti sono consapevoli del pericolo di ingenerare troppo ottimismo in milioni di persone paralizzate da lesioni al midollo spinale: le condizioni di questo caso erano particolari e favorevoli. Ma se tutto andrà bene, il piccolo passo compiuto nei giorni scorsi da Fidyka potrebbe rivelarsi per l'umanità molto più importante di quello di Neil Armstrong sulla Luna.



Il paziente numero 1
Derek Fidyka è stato vittima nel 2010 di una aggressione che l'aveva lasciato paralizzato. Adesso sta iniziando a camminare di nuovo

“Si è aperta una strada promettente”

➔ NEUROLOGIA/2

VALENTINA ARCOVIO

Era il 1988, quando la principessa Diana ha scommesso sull'idea di Raisman, finanziando i suoi studi. E oggi, tra chi accoglie con entusiasmo la notizia del paraplegico che cammina, c'è Giulio Maira, direttore dell'Istituto di Neurochirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Si tratta di una notizia clamorosa come quella dell'uomo sulla Luna?

«Anche se sono notizie scientificamente diverse, credo che il paragone sia efficace per un paziente paraplegico che fino ad oggi non aveva speranze di riprendere l'uso delle gambe. Sapevamo che il trapianto di cellule olfattive era una possibilità promettente, ma con la pubblicazione di questo studio abbiamo la prova che si tratta di una procedura scientificamente fondata».

Giulio Maira Neurochirurgo

RUOLO: È DIRETTORE DELL'ISTITUTO DI NEUROCHIRURGIA DELL'UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE DI ROMA

È una speranza per tutti i paraplegici?

«E' un risultato che regala una speranza ai pazienti paraplegici che hanno subito una lesione midollare completa. Oggi le opzioni di trattamento per loro sono scarse, ma lo studio ci indica una strada promettente».

Com'è possibile che delle cellule del naso riescano a far camminare?

«Le cellule della mucosa olfattiva sono "totipotenti" e possono rigenerare il tessuto neurale. Anche le ricerche nei nostri laboratori hanno dato risultati incoraggianti sui ratti, ma ora sappiamo che possono aiutare gli esseri umani. Almeno è stato così per il paziente Fidyka, così come per altri due pazienti coinvolti nello stesso studio».

È possibile che Fidyka abbia recuperato spontaneamente?

«I pazienti che hanno partecipato alla sperimentazione sono migliorati. Probabilmente non è una coincidenza».