



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



NUOVE REGOLE

Accreditamenti new look

Countdown per adeguarsi entro il prossimo 31 ottobre

Passa il vaglio della Conferenza Stato-Regioni il documento d'intesa con i nuovi requisiti e la tabella di marcia per l'accredito delle strutture sanitarie. Regioni e Province autonome dovranno organizzarsi entro il 31 ottobre 2015.

A PAG. 5

STATO-REGIONI/ Tabella di marcia con i nuovi requisiti per le strutture sanitarie

Accreditamenti in revisione

Le aziende hanno tempo fino al 31 ottobre per mettersi in regola

Tagli, partita rinviata a questa settimana

La Conferenza Stato-Regioni arriverà forse mercoledì 25 febbraio a definire un'intesa sulla proposta da formalizzare al Governo in merito ai tagli da 4 miliardi imposti dalla legge di Stabilità. Giovedì scorso il presidente Sergio Chiamparino aveva annunciato che «la nostra proposta è la stessa della settimana scorsa. Aspettiamo la risposta del governo, ma da quello che mi hanno detto avrebbe ancora bisogno di tempo per fare approfondimenti».

Sul rinvio ha pesato anche la decisione della Giunta lombarda di deliberare

l'impugnativa della legge di Stabilità 2015 davanti alla Corte Costituzionale, in alcune sue parti, annunciata dal presidente Roberto Maroni. Che contesta in particolare le modalità dei tagli alle Regioni e le norme sul personale delle Province, aspetti «desivi dei poteri dati alle Regioni dalla Costituzione. Questo nostro ricorso - ha precisato - ha l'obiettivo di far dichiarare incostituzionali queste norme e ristabilire i principi contenuti nella Costituzione, che stabilisce che per queste materie la competenza a decidere è delle Regioni e non del Governo».

Passa il vaglio della conferenza Stato-Regioni lo schema d'intesa per gli adempimenti da attuare per accreditare le strutture sanitarie del Ssn. Un vero e proprio "tagliando" che Regioni e Province autonome sono tenute a organizzare formalmente entro il 31 ottobre 2015. I successivi step dovrebbero seguire la tempistica allegata al testo che va dai 12 ai 24 mesi dalla data limite. Il provvedimento d'intesa, datato 20 dicembre 2012, è stato aggiornato nell'incontro tra Regioni e Province autonome che si è svolto lo scorso 27 gennaio, e adeguato in linea con le indicazioni contenute nel nuovo Patto per la salute 2014-16.

Il complesso sistema dell'autorizzazione e accreditamento si è sviluppato definendo percorsi normativi differenziati tra le Regioni e per questo anche la tempistica degli adempimenti regionali e

aziendali, e i requisiti e le modalità di funzionamento degli "organismi tecnicamente accreditanti" (allegato B), andranno effettuati secondo la tempistica - il «cronoprogramma» - elencata nell'allegato a al documento.

Le Regioni e le Province che non lo avessero già fatto dovranno poi provvedere all'istituzione di un «organismo tecnicamente accreditante», sempre entro il prossimo 31 ottobre. I criteri per il funzionamento sono indicati nell'allegato B dell'Intesa. I requisiti degli organismi accreditanti sono stati definiti proprio nell'intesa del 2012. A questo organismo è affidato il compito della valutazione tecnica necessaria ai fini dell'accredito, fermo restando che l'organismo che ha la responsabilità di concedere l'accredito è la Regione (o la Provincia autonoma). Il giudizio tecnico di accreditabilità dovrà riguardare sia le strut-

ture della sanità privata sia le strutture facenti capo alla Pubblica amministrazione.

In base al cronoprogramma (allegato A), i requisiti essenziali stabiliti nell'intesa Stato-Regioni del 2012 n. 259 (revisione della normativa sull'accredito) immediatamente raggiungibili o procrastinabili a breve termine, dovranno essere adottati dalle Regioni entro 12 mesi di tempo dal recepimento dell'intesa. Invece, per quei requisiti programmabili a medio termine ci saranno 24 mesi di tempo.

Il monitoraggio periodico del percorso di accreditamento è demandato a un tavolo istituito presso il ministero della Salute con tempistiche dettate sempre nel provvedimento, e con il supporto delle Regioni che possono anche chiedere un eventuale affiancamento.

Il processo di accreditamento complessivamente si

riassume in tre fasi. L'istruttoria amministrativa (verifiche requisiti soggettivi e compatibilità regionale), poi l'istruttoria tecnica con la verifica del possesso dei requisiti di accreditamento e la fase conclusiva con l'adozione del provvedimento di accettazione o diniego a carico della Regione. Il giudizio tecnico di accreditabilità dell'organismo accreditante potrà essere disatteso dalla Regione, ma in tal caso l'ente dovrà spiegare per iscritto le motivazioni del suo "no".

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Lea gioie e dolori
sotto a chi tocca*

A PAG. 8-9

Commenti ragionati sulla bozza di Dpcm presentata dalla ministra della Salute Lorenzin

Prime «pulci» ai nuovi Lea

Sotto esame la revisione delle cure e l'offerta tecnologica rinnovata

Acredere agli auspici della ministra della Salute Beatrice Lorenzin, i nuovi Livelli essenziali di assistenza oggi all'esame dei tecnici regionali saranno operativi entro giugno. «Come limite massimo», ha precisato giovedì scorso alla presentazione del Report sui trapianti (v. pag. 6-7). «Abbiamo dovuto dare alle Regioni il tempo per presentare gli emendamenti. Perché è stato un lavoro enorme. Con una grandissima mole di prestazioni e, ovviamente, ci possono essere errori o cose che sono sfuggite», ha ammesso Lorenzin, ricordando anche il «costo sostenibilissimo» di 418 milioni.

E le osservazione, viene da dire a leggere i primi commenti raccolti da Il Sole-24 Ore-Sanità in queste pagine, a quanto pare non mancano. Produttori, imprese biomedicali, medici prescrittori e associazioni di pazienti sono infatti unanimi nel riconoscere l'importanza e lo sforzo contenuto nella bozza di Dpcm. Ma non lesinano critiche: molto altro si poteva fare e forse qualche intervento correttivo sarebbe decisamente auspicabile. Le osservazioni spaziano dai criteri metodologici - ad

esempio la previsione di acquistare con gara anche i dispositivi complessi - all'approccio «filosofico». Dalla Federazione delle associazioni di disabili sottolineano come poco o nulla sia stato recepito degli approcci innovativi di ampio respiro veicolati dalla Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità e dai nuovi, concretissimi, criteri Icf. E infine, i medici di famiglia: che puntano i riflettori sull'occasione, quasi di riscatto, che i nuovi Lea rappresenterebbero per le Regioni, chiamate a mostrarsi all'altezza dell'impegno richiesto dall'applicazione dei nuovi criteri. Più facile a dirsi che a farsi. Viste le sforbicate già subite e i tagli che aleggiano senza che al momento in cui si scrive governo e governatori siano riusciti a trovare la proverbiale «quadra».

Resta il fatto che i nuovi Lea puntano sull'innovazione e, quando possibile, sullo snellimento di costi e burocrazia. Anche questi target, se centrati, potranno contribuire a migliorare la vita dei pazienti, i veri protagonisti della riforma.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il rapporto**Spending review
la Corte dei Conti
lancia l'allarme:
risparmi incerti****Il monito**

La legge di stabilità si avvia con ogni probabilità a superare l'esame di Bruxelles, ma in Italia la manovra non convince ancora la Corte dei Conti. In un rapporto inviato al Parlamento, i magistrati contabili ne evidenziano i non pochi difetti a partire dalle incertezze legate alla spending review e dai rischi corsi dagli 80 euro e dal taglio dell'Irap. La stabilizzazione del bonus è considerata dal governo uno dei pilastri della sua azione, ma il suo effetto sui redditi, avverte la Corte, potrebbe essere vanificato da un aumento delle tasse dilazionato nel tempo.

Secondo il rapporto aggiornato rispetto al giudizio espresso dalla Corte al momento dell'esame parlamentare della legge, le prospettive economiche internazionali, a partire dal Quantitative easing della Bce fino alla nuova flessibilità Ue, potrebbero sostenere la finanza pubblica italiana e creare un contesto favorevole per la realizzazione delle riforme. Ciò non toglie che la legge di bilancio varata dal governo Renzi presenti «ombre non marginali». La prima riguarda la spending review: l'effettiva realizzazione di risparmi consistenti appare, a giudizio della Corte, «un traguardo molto difficile». Innanzitutto perché le categorie di spesa «realisticamente aggredibili» sono limitate e poi perché quelle stesse categorie sono già state oggetto di «ripetuti interventi di contenimento negli ultimi anni». A ciò si aggiunga il timore che da tagli continui di risorse derivino «peggioramenti nella qualità dei servizi o aumenti delle imposte destinate al loro finanziamento, con un conseguente peggioramento delle aspettative di famiglie e imprese».

C'è poi il problema delle coperture. Troppo spesso, lamentano i giudici, per ridurre la pressione fiscale si fa ricorso a gettito futuro non sempre garantito. È il caso per esempio dell'utilizzo «forzato» di fonti incerte come le entrate dalla lotta all'evasione, non chiaramente calcolabili. Infine, «non può non destare preoccupazione» il ricorso alle clausole di salvaguardia. Gli importi, ricorda la Corte, sono di tutto rilievo: raggiungono i 16 miliardi nel 2016, per oltrepassare i 23 miliardi nel 2017. E ciò senza contare che le disposizioni introdotte con la legge di stabilità prevedono un aumento dei tagli alla spesa di ulteriori 3 miliardi a partire dal 2016.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le risorse
Per i giudici contabili difficile prevedere le entrate dalla lotta all'evasione

Senato. L'indagine parlamentare sulla sostenibilità del Sistema sanitario: «Più investimenti»

«Stop ai tagli e più qualità nelle Asl»

Barbara Gobbi

■ Dall'altolà ai tagli che dal 2009 colpiscono il Ssn a un piano straordinario di investimenti che dia occupazione e crescita. Dall'innovazione a colpi di cloud ed e-prescription alla riscrittura appena avviata dei Lea. E poi la valutazione attenta dell'assistenza integrativa, gli standard di cura uniformi. E poi dosi massicce di qualità, valorizzazione di medici e Co oggi sovrautilizzati con tanto di bacchettata della Ue, regole sulla responsabilità professionale. E la scommessa della trasparenza, in un settore «per sua natura particolarmente esposto al rischio di contaminazioni da fenomeni di abuso di potere, frodi, corruzione».

È una ricetta con 9 ingredienti quella scritta nell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, guidata da

Nerina Dirindin (Pd) e Luigi D'Ambrosio Lettieri (Fi) consegnata ieri alla commissione Sanità del Senato. Difendendo a spada tratta la valenza, sociale ed economica del Ssn. Perché la sanità «continua a essere considerata un settore sul quale effettuare risparmi ma, al contrario, è una formidabile leva per lo sviluppo, non solo per promuovere il benessere e l'uguaglianza fra le persone, ma anche per favorire occupazione, ricerca e innovazione». Per questo bisogna scongiurare altri colpi di scure, affermano i relatori: «Non possiamo permettere che i nostri ospedali vadano in rovina, che gli operatori si arrendano al declino e i più svantaggiati non possano accedere alle cure. Ma «c'è di più», è l'altolà: la mancata ripresa dell'economia e le difficoltà della finanza pubblica potrebbero indurre a ulteriori ri-

duzioni della spesa pubblica sanitaria «col rischio di proseguire nella china che il sistema ha già intrapreso». Non per questo si deve star fermi, ma «eventuali margini di miglioramento, sempre possibili, possono essere perseguiti solo attraverso un'attenta selezione degli interventi di riqualificazione dell'assistenza, soprattutto in termini di appropriatezza clinica e organizzativa». E gli eventuali risparmi andrebbero reinvestiti sui servizi più carenti, come quelli per gli anziani. Quasi una lettera aperta a Renzi e ai governatori, ultima chiamata per scongiurare quei tagli da 4 mlrd imposti dalla manovra 2015 e in discussione in queste ore.

PARLANO I MEDICI DI FAMIGLIA

Banco di prova per le Regioni

In gioco capacità e credibilità dei governatori

Legge Balduzzi funzionale al nuovo assetto organizzativo

Un progetto articolato e di ampio impatto quello presentato dalla ministra Lorenzin con i nuovi Lea, che contengono più prestazioni rispetto ai precedenti e tagli a quelle considerate obsolete. Il costo complessivo rappresenta circa lo 0,37% (414 mln di euro) delle risorse messe a disposizione per le Regioni per il 2015 e una stima che si aggira attorno ai 9 milioni di aumento dei ticket. Sono stati toccati molti settori in questa opera di ridefinizione dei Lea, alcuni strategici in particolare per lo sviluppo di una rete dell'assistenza territoriale.

Ora, a uno sguardo complessivo sembrano emergere alcuni orientamenti prioritari. Primo tra tutti quello di richiamare una maggiore attenzione verso il setting dell'assistenza territoriale. Tendenza che appare con maggiore evidenza (e necessità) se si pensa anche all'ulteriore riorganizzazione dei posti letto per acuti, che dovranno avere una riduzione di circa 3.000 pl e una ulteriore riduzione di 44 mln dell'assistenza ospedaliera, prevista nel calcolo di impatto economico-finanziario dei nuovi Lea.

L'altro elemento che emerge da questa impostazione è quello di definire un quadro di nuova sostenibilità del Ssn dove la rivisitazione del "paniere assistenziale e prestazionale" dei Lea, unito alla individuazione di misure di governance, dovrà favorire l'assunzione da parte delle Regioni di interventi di riorganizzazione della loro rete assistenziale, puntando a sistemi più appro-

priati e sostenibili di presa in carico in particolare delle cronicità anche con l'introduzione, tutta nuova, di una attenzione alle tecnologie che possono implementare e sostenere tali reti assistenziali.

Indubbiamente nel quadro complessivo di questa revisione, che si configura sotto certi aspetti e ambiti come un sostanziale rimodellamento del Ssn, si pone in evidenza un ruolo di credibilità delle Regioni, che dovrà essere giocato maggiormente su un piano di responsabilizzazione nella costruzione di percorsi volti a garantire la realizzazione di tali livelli assistenziali. Ruolo che le Regioni dovranno condividere con lo Stato per adottare strumenti e procedure in grado di valutare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni incluse nei Lea, attraverso la realizzazione di linee guida e Pdta uniformi a livello nazionale, nonché la valutazione di efficacia delle innovazioni tecnologiche (Hta) e la loro introduzione nei Lea, promuovendo una presa in carico del paziente cronico più complessiva attraverso la gestione domiciliare anche attraverso la telemedicina.

Una sfida, dunque, che spinge le Regioni a una valutazione critica di quanto hanno realizzato attraverso la legislazione concorrente, frutto della modifica del Titolo V della Costituzione, che attribuiva alla loro responsabilità l'individuazione di "leggi di dettaglio" per la definizione dei Lea. Indubbiamente un processo evolutivo così ampio e complessivo deve individuare anche degli strumenti di accompagnamento finalizzati a monitorare lo sviluppo del percorso intrapreso. In questo senso il documento impegna Stato e Regioni a un costante confronto per aggiornare e mantenere i Lea in modo continuo e sistematico, basato su regole chiare e criteri scientificamente validi, per l'individuazione di spazi per mutualità integrativa e i programmi assicurativi per servizi

e prestazioni richiesti dai cittadini, ma privi di sufficienti prove di efficacia e per l'istituzione di un organismo nazionale per l'aggiornamento continuo dei Lea, coordinato dalla Salute, con la partecipazione delle Regioni e il coinvolgimento delle

risorse tecnico-scientifiche disponibili a livello centrale e regionale.

Dunque, nel complesso dell'impianto della bozza di Dpcm sembra di intravedere una forte responsabilizzazione delle Regioni e un richiamo alla loro capacità di armonizzare le scelte organizzative dei modelli assistenziali con criteri più omogenei e condivisi. In questo contesto la Medicina generale, benché non sia oggetto di uno specifico Lea, a pieno titolo può essere ricompresa nel Lea "territoriale" che comprende i regimi della domiciliarità e residenzialità delle cure, nonché nell'area della presa in carico dei pazienti affetti da cronicità e la loro gestione domiciliare/residenziale, anche con l'impiego di tecnologie avanzate e innovative per il monitoraggio delle condizioni di salute. Questo posizionamento, d'altra parte, consente di sviluppare il nuovo assetto organizzativo che con la legge Balduzzi i Mmg italiani dovranno realizzare, ovvero le forme mono e multiprofessionali che rappresentano il sostegno "strutturale" benché leggero, diffuso e sostenibile nel territorio, di una più completa presa in carico del cittadino e del mantenimento il più possibile nel suo domicilio, secondo una corretta declinazione del principio di prossimità delle cure.

Massimo Magi

segretario Fimm Marche

Giacomo Milillo

segretario nazionale Fimmg



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



IL CONVEGNO

Politica tra salute e turismo, workshop di Regione e Asl

■ Confronto tra esperti per promuovere il settore termale

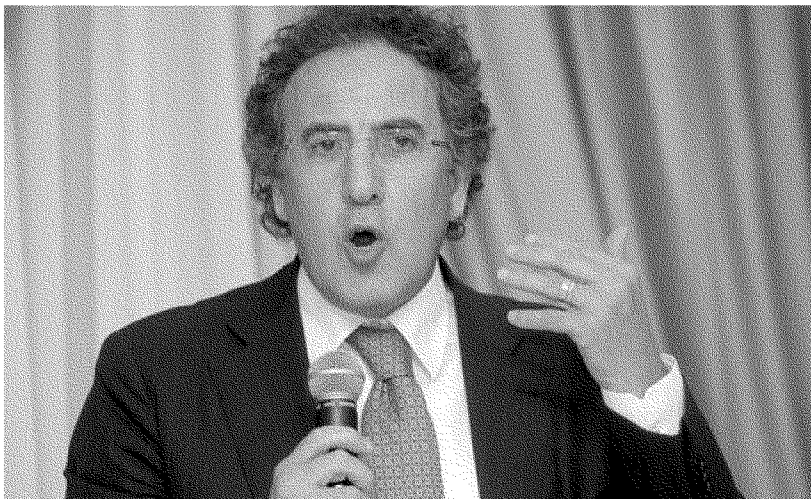
La politica della salute nel turismo in sinergia nell'unione Europea. Direttiva 2011/24/UE. È questo il titolo del workshop che si è tenuto lunedì 23 febbraio a Napoli presso il polo "Eccellenze Campane". L'iniziativa promossa dalla Regione Campania e dall'Asl Napoli 3 ha posto al centro della discussione il progetto "Mattone Internazionale" di cui la Campania è capofila per la linea sanità nel Mediterraneo, il termalismo terapeutico e il benessere termale dalla responsabile Lara

Natale responsabile del progetto per la Regione Campania (dipartimento della Salute e delle Risorse Naturali) e l'architetto Katia Giova referente Asl Napoli 3 Sud, hanno curato l'organizzazione dell'evento.

Il progetto Mattone Internazionale del ministero della Salute nasce per rispondere all'esigenza condivisa di portare la sanità delle Regioni in Europa e l'Europa nei sistemi sanitari delle Regioni italiane con l'obiettivo di promuovere la divulgazione sul territorio nazionale delle politiche

comunitarie e delle possibilità di accesso ai programmi europei e internazionali per la salute, la ricerca e l'innovazione.

Al convegno hanno partecipato tra gli altri l'assessore regionale a Turismo Pasquale Sommese, Raffele Calabrò consigliere del presidente della Regione Campania per la sanità, il commissario straordinario Asl Napoli 3 Sud Salvatore Panaro, Annamaria Colao docente di endocrinologia università Federico II di Napoli, Vito De Filippo sottosegretario ministero della Salute. L'Italia sta investendo con successo nel settore turistico per offrire servizi adeguati, in vista anche della recente applicazione della Direttiva europea sulla libera circolazione dei pazienti. Offrire servizi che comprendano assistenza sanitaria combinata con l'offerta termale e turistica rappresenta il più importante biglietto da visita del Sistema Sanitario Nazionale e delle Regioni.



L'ASSESSORE AL TURISMO
Pasquale Sommese, delegato al Turismo

Tagli della Regione, rischia di chiudere la sede dell'Asl

SOMMA VESUVIANA (es) - Ancora problemi per conservare la sede dell'Asl sul territorio. Dopo Sant'Anastasia anche Somma Vesuviana rischierebbe di perdere la sede di via Tenente Indolfi. Tutto ciò a causa dei tagli all'assistenza degli utenti che sarebbero nei programmi dell'immediato futuro della Regione Campania. Quindi dopo la sede anastasia dell'Asl, nel mirino è

finita anche la struttura che ospita l'Asl a Somma Vesuviana. I problemi sono maggiormente amplificati per il fatto che la sede somese ospita anche la guardia medica oltre a fornire altre prestazioni di carattere medico agli utenti. La notizia è giunta anche in Municipio e per tale motivo si è avviata la macchina amministrativa per cercare di trovare una soluzione e salvare la sede locale del-

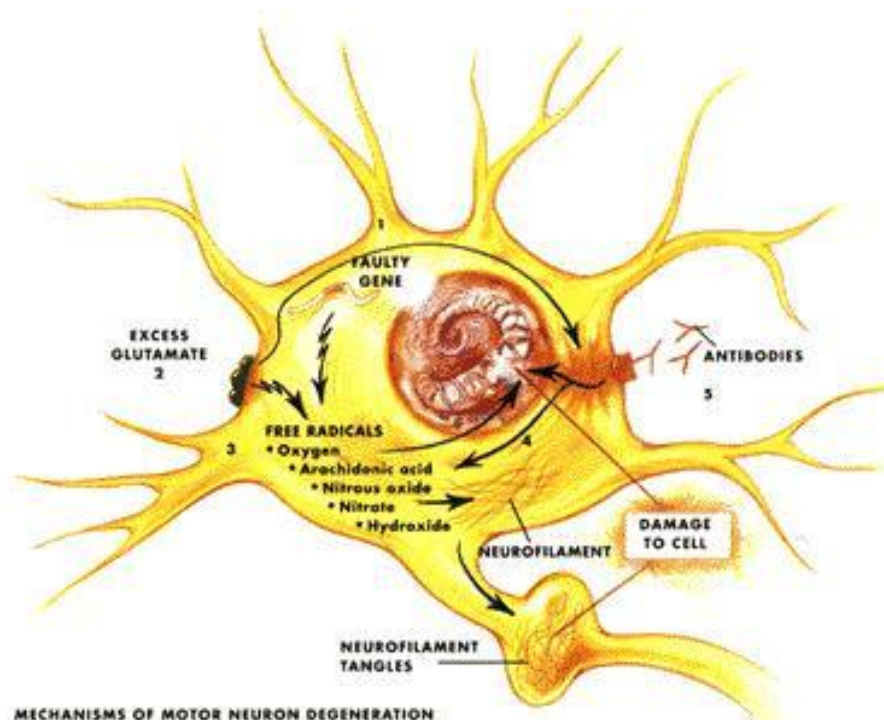
l'Asl. Della cosa si starebbe interessando il primo cittadino Pasquale Piccolo. Il drappello qualche mese fa fu interessato da un incendio. Anche a Sant'Anastasia si cerca di salvare la sede dell'Asl, anche qui il Comune ha programmato una serie di tavoli di confronto per evitare lo 'sfratto' dell'Azienda sanitaria locale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Tumori. Le nanotecnologie contro il cancro del pancreas

**A due anni dalla
presentazione,
approvato anche
in Italia un farmaco
innovativo**

VITO SALINARO
MIANO

È un numero piccolo, solo il 4%. Eppure rappresenta una svolta. Si riferisce ai pazienti che sopravvivono dopo tre anni ad uno dei tumori più letali, quello al pancreas, scoperto in stadio metastatico e non operabile. Un numero piccolo, quel 4%, ma significativo, perché lo si è raggiunto, oggi, dopo circa 20 anni di tentativi. Ecco perché esperti ed associazioni di malati possono parlare di «un reale e significativo passo avanti» quando salutano l'approvazione per la rimborsabilità, anche da parte del Servizio sanitario nazionale italiano, del farmaco "nanotecnologico" Abraxane di Calgene (paclitaxel legato all'albumina formulato in nanoparticelle) per il trattamento in prima linea di pazienti con adenocarcinoma del pancreas metastatico, in combinazione con gemcitabina. L'ultimo ritrovato della ricerca è stato presentato ieri a Milano. Mostra «un miglioramento statisticamente significativo della sopravvivenza globale mediana», salita da 6,7 mesi a 8,5 mesi, «e una riduzione complessiva del rischio di morte del 28%». Numeri che rappresentano un

dato di partenza per curare una patologia che, pur non molto diffusa (in Italia rappresenta il 3% di tutti i tumori), fa paura. Il 99% dei pazienti ai quali è stata diagnosticata muore, la maggior parte di essi entro un anno dalla scoperta.

L'aspettativa media di vita dopo la diagnosi di malattia metastatica è di soli 3-6 mesi. Non è tutto. La diagnosi è spesso molto difficile ma anche tardiva, visto che la patologia si presenta in modo quasi asintomatico. E la chirurgia può intervenire raramente.

Il nuovo farmaco è «un "cavallo di Troia" – come lo definisce Giampaolo Tortora, ordinario di oncologia medica all'Università di Verona e primario del Policlinico "Rossi" Borgo Roma della città scaligera – che serve per fare breccia nella roccaforte del pancreas e colpire al cuore le cellule del tumore». Un cavallo di Troia che misura soltanto 30 nanometri,

capace di "ingannare" le cellule tumorali - nel pancreas particolarmente difficili da raggiungere - e che è già rimborsato, in Italia, dal 2011, come trattamento per il tumore del seno con metastasi.

Al farmaco si è arrivati «dopo il più grande studio mai condot-

to contro la malattia – rileva Michele Reni, del Dipartimento di oncologia medica dell'Ospedale San Raffaele di Milano –, che ha arruolato quasi 900 pazienti, e al quale l'Italia ha offerto un enorme contributo. Da oggi si aprono nuove frontiere per i ricercatori, già all'opera per affinare e migliorare questa metodica».

Rispetto all'approvazione del ritrovato da parte dell'Aifa, però, medici e associazioni non nascondono critiche: intanto perché l'ok è arrivato dopo troppo tempo rispetto alla presentazione del prodotto negli Usa (2013); poi perché per la sua prescrizione, gli specialisti si confronteranno «con il solito fardello burocratico che ci rallenterà». Ma a far arrabbiare i malati è soprattutto la decisione italiana di negare il farmaco ai malati con oltre 75 anni, pur in presenza di una tossicità del prodotto definita «modesta». «È inaccettabile negare il farmaco a questi pazienti», sbotta il presidente dell'European cancer patient coalition e della Favo (Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), Francesco De Lorenzo, che promette: «Ci faremo sentire in tutte le sedi contro un principio pericoloso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per la prima volta una protesi robotica è stata allacciata ai muscoli di un braccio lesionato e viene ora guidata dal pensiero. L'intervento è stato effettuato in Austria su tre pazienti grazie a una nuova tecnica di impianto sviluppata dal gruppo del chirurgo Oskar Aszmann in collaborazione con Dario Farina, bioingegnere italiano dell'università tedesca di Gottingen

Mano bionica, forza mentale

L'IMPRESA

Le ha cucite un chirurgo plastico, biologo, filosofo, le mani robotiche a tre pazienti che ora le potranno comandare con il pensiero. Cinquanta anni, professore dell'università di Vienna, Oscar Aszmann è riuscito ad "abbottonare" gli arti grazie al progetto dell'italiano Dario Farina, direttore del dipartimento di Ingegneria della neuroriabilitazione dell'ateneo di Gottingen. I pazienti sono entrati in sala operatoria tra il 2011 e il 2014 e ora i risultati degli interventi sono stati pubblicati sulla rivista scientifica "Lancet". Protesi robotiche che riescono a muoversi e a piegarsi grazie all'impulso del cervello e ai sensori che sono rimasti dopo gli incidenti che hanno reciso le mani dei pazienti, sottoposti a questi primi interventi sperimentali. Senza precedenti al mondo come assicura l'équipe.

L'ALLENAMENTO

«Un lavoro particolarmente complesso - ha commentato il chirurgo dopo le prime operazioni - sembra quello dell'elettricista perché riannodiamo i nervi ma, purtroppo, non è così. Le fibre nervose non sono riconoscibili perché blu o verdi. I "cavi", diciamo le fibre nervose che sono intorno alla punta del pollice e arrivano fino al cervello, hanno un diametro medio di circa 20 micron. Parliamo di materiale quasi invisibile e le fibre, lungo il percorso, si intrecciano in modo particolarmente intricato. Il mio compito principale non è quello, dunque, di cucire i nervi. Questo è solo la fine di un lungo processo cognitivo». Proprio sul "comando" del pensiero si dilungano i ricercatori per spiegare, oltre all'aspetto tecnico, quello rivoluzionario della tecnica. «Una parte importante del mio lavoro - è sempre Aszmann a parlare - si basa sul piano cognitivo. Che serve in sala ma anche durante la riabilitazione».

L'opera di ricostruzione, dunque, passa attraverso diverse fasi: da quella finalizzata alla captazione dei segnali nervosi sopravvissuti all'incidente che ha reciso l'arto, all'allenamento mentale (training cognitivo) che insegna come riprendere l'abitudine ai gesti e a comandare la mano fino all'impianto vero e proprio. Una sorta di riavvicinamento lento che chiede una grande partecipazione da parte del paziente. Soprattutto la cosiddetta fase dell'allenamento richiede la volontà fisica e mentale per imparare a utilizzare quello che nel cervello è rimasto dopo il trauma. Nella maggior parte dei casi si tratta di segnali pressoché impercettibili, forse non così forti da riuscire a far muovere un'avambraccio ed una mano. Segnali che, invece, se stimolati nel modo corretto e con gli aiuti specifici, hanno il potere di far spostare una protesi.

I SEGNALI

La prima parte della preparazione consiste nel generare con il bisturi dei siti sui muscoli dell'avambraccio in cui è possibile registrare i segnali che sono rimasti con l'aiuto di elettrodi. La seconda si concentra sulla "ginnastica" mentale messa a punto dal chirurgo viennese.

«In alcuni incidenti come quelli in moto - fa sapere l'ingegnere Dario Farina - può restare danneggiato il plesso brachiale, una giunzione di nervi che dalla spina dorsale raggiunge tutte le parti del braccio per il controllo dei movimenti della spalla, gomito e mano. Se il danno avviene a livello della spalla, l'informazione di comando del braccio che parte dal cervello non riesce più a raggiungere la mano. Che non può più muoversi e perde sensibilità. L'uso della mano viene perso e non ci sono attualmente soluzioni a queste lesioni».

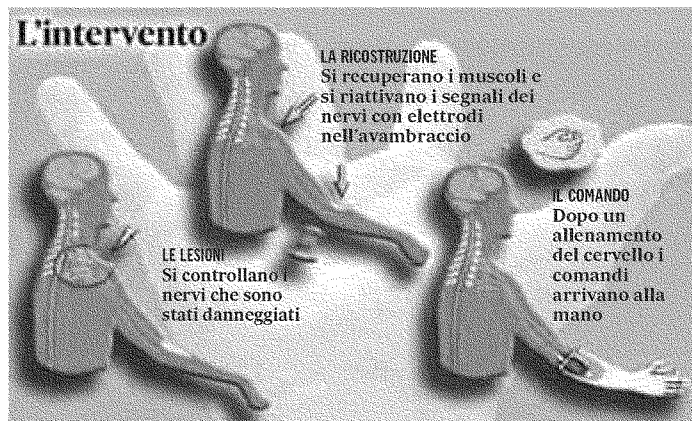
I medici, gli ingegneri e i tecnici esultano. I pazienti, increduli, riescono ad abbottonarsi la camicia, versano l'acqua nel bicchiere, tengono una cannuccia tra le dita, infilano la forchetta in una patata nel piatto, prendono un cioccolatino dalla scatola.

Carla Massi

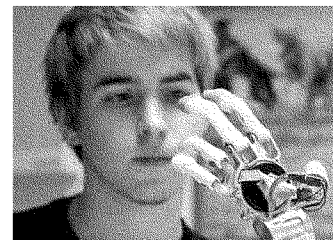
© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI SCIENZIATI

Dario Farina, direttore d'ingegneria della neuroriabilitazione, e Oskar Aszmann, chirurgo plastico e riabilitativo



I MEDICI HANNO RIDATO VITA ALLE FIBRE NERVOSI RIMASTE DOPO GLI INCIDENTI E ORA È POSSIBILE ALLACCIARSI I BOTTONI



Il paziente Patrick Kane con il suo arto bionico

Lotta al colesterolo/l. Inediti interventi per proteggere il cervello dopo l'attacco e nuovi modelli di prevenzione



Mini scossa nuova cura per l'ictus

LA TERAPIA

O biettivo: lotta all'ictus. In Europa e in Italia gli sforzi, su più fronti, sono ormai concentrati nel ridurre il numero delle persone colpite. Soprattutto perché oggi, le morti, oggi possono essere evitate. Solo da noi si contano duecentomila nuovi casi l'anno e un milione convive con pesanti esiti della malattia.

La ricerca, dunque, sta lavorando sulla stimolazione elettrica al cervello, sul robot per la fisioterapia, sui nuovi modelli di prevenzione, sui protocolli per identificare precocemente i danni che l'ictus può produrre anche a distanza di tempo. Un percorso di diagnosi e cura, dunque, che ha come base la conoscenza dei fattori di rischio. Divisi in "non modificabili" (l'età, visto che dai 55 si alza la possibilità di essere colpiti; l'ereditarietà; l'essere maschio), "modificabili" (il fumo, la dieta scorretta e l'assen-

za di moto) e quelli "intermedi" (i "modificabili" come ipertensione, diabete, obesità, alti livelli di trigliceridi e colesterolo).

IL PERCORSO

Con l'ictus si rischia di rimanere invalidi tutta la vita. Le cure in emergenza permettono di salvare molte vite ma una volta concluso il percorso di riabilitazione in ospedale, le persone devono essere seguite anche a casa per ridurre la possibilità di recidive (tra il 5 e l'8%) o complicazioni. Che nel tempo, si trasformano dolori, spasticità, incontinenza, limiti nella motilità, compromissione cogni-

**LA REGIONE LAZIO
È LA PRIMA IN ITALIA
AD AVER ORGANIZZATO
L'ASSISTENZA A CASA
PER AFFRONTARE
LE COMPLICANZE**

tiva.

La Regione Lazio, prima in Italia ha messo a punto un percorso, il Pac, Pacchetto ambulatoriale complesso, di assistenza che permette di unire assistenza e monitoraggio dei pazienti a casa. Anche grazie alla Post-stroke checklist, un questionario diviso in 11 punti che consente a paziente, medici e fisioterapisti di identificare e trattare le complicanze a lungo termine. «La vita da invalidi costa cara sia alla sanità sia alle famiglie - spiega Paolo Binelli presidente dell'Associazione per la lotta all'ictus cerebrale A.I.I.CE. Italia onlus - per questo è importante prevenire le complicanze».

Presto gli effetti dell'ictus si potranno curare anche da casa grazie a un robot portatile, collegato via web con il fisioterapista. Il prototipo, pronto per la commercializzazione, è stato sviluppato in Italia da Humanware, azienda pisana, "figlio" della Scuola Superiore Sant'Anna, con il laboratorio di robotica percettiva dell'istituto Tecip del-

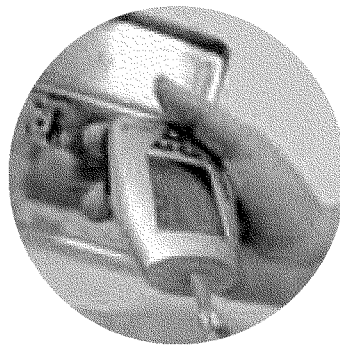
l'ateneo. Battezzato "Motore", può essere messo su una scrivania. Si muove su due ruote ed è collegato senza fili ad un pc.

LO STUDIO

Una mini scossa elettrica al cervello aiuta chi è sopravvissuto ad un ictus a compiere semplici gesti con la mano, come salutare o fare il segno ok con le dita. Lo dimostra un esperimento di riabilitazione tutto italiano finito sulla copertina di "Brain". Per ottenere il risultato, una riduzione pari al 19% del deficit motorio su 6 pazienti, sono bastati dieci minuti di leggera stimolazione elettrica della parte posteriore dell'emisfero cerebrale sinistro, quella che controlla i movimenti volontari. Lo studio è firmato da Nadia Bolognini e Giuseppe Vallar del dipartimento di Psicologi dell'università Milano-Bicocca e del Centro di neuroscienze "NeuroMi" e l'Istituto auxologico italiano.

Antonio Caperna

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un farmaco per combattere l'ipoglicemia

LA MEDICINA

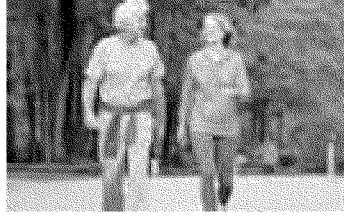
La tecnologia viene in aiuto dei diabetici, migliorando le caratteristiche dei farmaci, ma a fugare le paure nei pazienti serve anche il coinvolgimento e la conoscenza. Nel caso dell'ipoglicemia "Diabete Italia", un consorzio che riunisce associazioni scientifiche e gruppi di malati, ha realizzato, con Novo Nordisk, una guida nella collana "Dettodanoi". "Conoscere e prevenire le ipoglicemie" (www.diabeteitalia.it).

«L'ipoglicemia è un antipatico compagno di strada per le persone con diabete che usano l'insulina e farmaci come le sulfaniluree - spiega Salvatore Caputo, presidente "Diabete Italia" - gestirle è relativamente facile, ma lo è meno per gli anziani. La collana parte da interviste ai diretti interessati, dalle loro parole scaturiscono importanti suggerimenti». L'ipoglicemia è una condizione che preoccupa il 60% dei pazienti e dei familiari, secondo lo studio Dawn2, che ha coinvolto oltre 15mila persone di 17 Paesi. Contro questa condizione è disponibile in Italia l'insulina degludec. È un analogo basale dell'insulina caratterizzato da durata d'azione superiore alle 42 ore.

A.Cap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La ricerca



Correre abbassa del 40% il rischio di un infarto

Dedicare 30 minuti 5 volte a settimana allo sport abbassa la possibilità di ammalarsi. A rivelarlo è uno studio dell'Academy of medical Royal Colleges inglese. Una camminata veloce, la ginnastica o lo jogging, possono ridurre il rischio di tumore al seno del 25%, all'intestino del 45% la possibilità di un ictus del 30% e patologie cardiache del 40%.
