



**Andrea Franzetti:**

Buongiorno a tutti. Ringrazio per l'invito. Tutte le volte che vengo invitato mi sento lusingato da questo invito. È sempre un piacere incontrarvi. Quest'anno che mi ha invitato mi ha chiesto una cosa di cui non so se

sarò capace, perché mi ha dato un titolo che richiede una dote che mi manca: la preveggenza. Il titolo è: "verso il decentramento dei centri di assistenza degli impianti cocleari". Siccome il mio maestro mi ha sempre insegnato che perché accada qualcosa è necessario che qualcuno la immagini e la veda prima che si realizzi, ho provato a fare questo esperimento, con il massimo di realismo che mi può contraddistinguere, cercare di rispondere a questo tema che mi era stato assegnato. Prima di tutto, che cosa significa che ci siano dei centri di assistenza per impianto cocleare? Secondo me, nella mia opinione, non esistono centri di assistenza solo per l'impianto cocleare. L'assistenza all'impianto cocleare deve essere contestualizzata nell'assistenza di una persona sorda. Quindi deve avere tutte le competenze e tutti i mezzi per affrontare tutto il percorso e il bisogno che la persona sorda può esprimere. Poi possiamo discutere, se ciò può essere concentrato in un unico punto oppure può essere nell'ambito di una rete o di una collaborazione ma non può prescindere da un legame. Non ci può essere, a mio avviso...

*Cattaneo- Forse non sapete che è attivo un campo magnetico che consente una nuova possibilità. Quindi è il caso di spendere qualcosa sul campo magnetico. - Il campo magnetico permette di sentire solo la voce indisturbata di chi parla nell'apposito microfono e tutti i sordi che mettono la protesi sulla T sentono benissimo.*

**Franzetti:** Nella mia opinione non può esistere un centro per impianti o un centro di assistenza per impianti cocleari che non sia anche un centro di assistenza per tutto ciò che è l'aspetto protesico e per tutto ciò che è l'assistenza eventualmente di tutte quelle protesi impiantabili o semi-impiantabili che non sono né impianti cocleari né protesi acustiche classiche, quindi la competenza deve essere a 360°. Detto questo, in questo momento storicamente esiste una rete di centri protesici sul territorio, in ambito statale-pubblico e in ambito privato però non esiste una rete di assistenza per impianto cocleare né per protesi impiantabili o semi-impiantabili adeguata tanto è che questo si concentra in attività che sono all'interno di alcuni ospedali. Non di tutti, perché non ultimo l'aneddoto di questa estate che mi telefona un collega medico che ha incrociato una bambina nel suo campeggio con impianto cocleare che non funzionava ed era andato in un determinato pronto soccorso di un determinato ospedale dove gli otorini presenti non sapevano neanche di cosa si stesse parlando e non avevano la capacità di verificare il funzionamento dell'impianto, dell'eso-processore e quant'altro. Quindi mi ha chiesto dove poteva indirizzare questa persona. Se io non avessi risposto al telefono, questa persona avrebbe emigrato non so in che posti della regione prima di trovare il posto adeguato fare queste verifiche. Sicuramente, quindi, la problematica è attuale. La sfida di decentrare, quindi di togliere o comunque di sviluppare un'assistenza che sia di rete, di questo tipo di bisogno, è fondamentale. L'attività del Centro di assistenza, però, quale deve essere? Sicuramente la possibilità di un'attività prescrittiva, di un'assistenza clinica, perché bisogna anche verificare chi lo porta oltre all'assistenza clinica. Ci possono essere tante problematiche cliniche che possono inficiare il funzionamento dell'impianto stesso. Un'assistenza tecnica, quindi una competenza sul processore e anche sulla possibilità di intervenire e di verificare i mappaggi oppure come è stato operato il fitting di una protesi. Il sostegno e il counselling alla persona perché la persona ha bisogno di essere accompagnata, di sapere che cosa deve fare e perché, e che cosa succede, nonché come sostituirlo e affrontare le situazioni diverse che possono presentarsi. C'è bisogno, quindi, di un sostegno di risposta in tutto questo. Inoltre, un sistema di controllo, che tutto questo non sia millantato ma funzioni oggettivamente. Per chi deve essere questo centro? Non

tutti siamo uguali e non tutti sono uguali. Le problematiche sono diverse. Deve essere per persone adulte ma anche tra le persone impiantate portatrici di protesi, ci sono delle problematiche diverse. Se parliamo di un giovane adulto, se parliamo di giovani adulti magari con altri tipi di problematiche, se stiamo parlando di anziani... cambia totalmente il tipo di approccio e di impatto che un centro deve avere e di considerazioni di percorsi che deve fare. Inoltre, deve essere anche per bambini. Cambia tutto. Se parliamo di bambini che sono stati impiantati perché vengono da sordità congenite profonde e vengono da un percorso di screening e sono dentro un certo percorso anche riabilitativo e abilitativo e di associazione anche con percorsi di logopedia particolare oppure se siamo di fronte a sordità insorte in età evolutive diverse. Capite quindi che il centro deve capire anche non solo che cosa può dare dal punto di vista tecnico ma anche a chi si rivolge e quindi avere dei percorsi anche di accoglienza, di accettazione, dedicati a questo punto. Oggi la realizzazione di un centro di assistenza da che cosa può partire? Abbiamo detto che esiste soltanto una preveggenza in tutto ciò. Per non dire cose fantasiose, che non trovano riscontro nella realtà, ho cercato di prendere spunto da qualcosa che esiste e che si potrebbe sviluppare. La cosa che mi è sembrata molto interessante da affrontare, è il rapporto tra pubblico e privato. Questo è un aspetto, secondo me, da non demonizzare ma da sviluppare secondo caratteristiche etiche che io sono sicuro di trovare tutti noi, in tutti quelli che si occupano di questa problematica, a qualsiasi livello. Che cosa significa "rapporto pubblico-privato"? Ci sono delle cose che devono essere necessariamente all'interno dell'aspetto pubblico di un centro di assistenza, l'aspetto prescrittivo, questo deve stare per forza dentro un aspetto pubblico. L'assistenza clinica, perché non si può espropriare un centro clinico audiologico ospedaliero dall'assistenza clinica. Il counselling, spesso anche proprio perché la persona è già all'interno di un percorso, se legato ad un centro impianti cocleari, deve trovare la sua sintesi nel centro che ne è protagonista. Inoltre, il sistema di controllo. Queste cose, secondo me, in un centro di assistenza devono essere dentro un percorso di assistenza pubblico. L'aspetto privato subentra con tutto quell'aspetto di assistenza tecnica ma anche di fornitura senza magari tutti gli aspetti burocratici ai quali si deve sottostare se, magari, si devono richiedere autorizzazioni per

forniture di accessori o di sostituzioni-riparazioni, che spesso accadono all'interno delle strutture pubbliche per tante ragioni che non discuto. Non dovrebbero esserci, ma ci sono. La collaborazione, o comunque l'approfondimento nell'aspetto privato di tutto ciò che l'aspetto tecnico dell'assistenza, secondo me è un fattore importante di sviluppo di un ipotetico centro. Ha ulteriormente approfondito questo livello di sfida. Secondo me tutto ciò potrebbe avvenire dentro un centro di assistenza che sia dentro una rete audiologica operativa, ovvero dentro un rapporto che sia da una parte consolidato e dall'altra parte estremamente dinamico e operativo, in una sorta di alleanza tra pubblico e privato. Questo secondo me può essere un passaggio importante. Dico questa cosa non tanto perché me la immagino di notte, ma perché nasce da un certo tipo di esperienza che si chiama rete. Questa esperienza stiamo cercando in qualche modo di realizzarla a livello sperimentale sulla città di Milano, per la storia che è venuta fuori in questi anni, non perché chi la fa sono le persone più brave, attraverso un percorso di questo tipo. Si sta cercando di creare una rete audiologico operativa tra l'ospedale e l'azienda ospedaliera dove io sono primario, dove c'è il Bassini, il Policlinico, la clinica biologica del policlinico dove opera il professor Ambrosetti, e l'ospedale Buzzi, all'interno di un'altro gruppo portante di Milano che comprende l'ospedale Sacco e il Fatebenefratelli. questa rete comincia ad essere pensata e progettata. Questo è un passaggio di sfida. Se la cosa dovesse funzionare su Milano, potrebbe essere integrata in una rete regionale che può essere efficace ed efficiente. L'altro aspetto, l'altro spunto che mi porta a dire che può nascere un'esperienza di centro di assistenza decentrato per gli impianti, nasce dall'esperienza della rete udito della regione Lombardia. È un'esperienza che negli ultimi anni si è concentrata su un aspetto apparentemente molto piccolo, quello dello screening audiologico neonatale, che è una delle cose che come tutte quelle leggi che costano, e che prevedono delle cose che costano poco ma che rendono tanto, potrebbero essere estremamente efficaci. L'esperienza di questa rete è riuscita in qualche modo a mettere insieme 79 punti nascita, 23 centri audiologici, tre centri di impianti cocleari che iniziano a collaborare tra di loro, a mettere insieme dei dati, dei risultati, delle tecniche, delle metodiche di riabilitazione e questo dal punto di vista culturale è un aspetto non indifferente. In modo molto veloce vi

racconto di questa cosa che vi avevo già detto. Tutto è iniziato nel 2011 con la delibera delle regole del sistema sanitario regionale che metteva per legge l'attuazione dello screening audiologico neonatale. Immediatamente gli audiologi e gli otorini hanno formulato protocolli estrapolandoli da linee guida nazionali già utilizzate. Oggi abbiamo qui Cuda che è uno dei punti di riferimento nazionali di questo aspetto. Nel 2012 è stato dato incarico all'ospedale Buzzi di essere punto di raccolta dei dati della regione e quindi tutti i dati dei bambini sottoposti a screening arrivavano qui e questo è stato un fatto molto importante. Sono stati fatti tra il 2012 e 2013 dei corsi di formazione ai quali hanno partecipato circa 200 operatori per omologare le modalità con cui veniva fatto lo screening e rendere coscienti gli operatori di cosa stavano facendo, cercare di correggere gli errori e hanno partecipato di fatto gli operatori di quasi tutti i punti nascita, erano circa 200, e abbiamo organizzato questi corsi in sette ospedali della Lombardia anche per conoscere le metodiche del territorio. Sono stati identificati 23 centri in grado di fare esami con potenziali evocati, quindi diagnosi di sordità entro tre mesi dalla nascita dei bambini sottoposti a screening, per un totale di circa 3000 esami annuali. Questo è l'elenco che abbiamo dato a tutti i punti nascita. Nel 2014 abbiamo iniziato a identificare percorsi cosiddetti di accreditamento per tre centri regionali, il centro di Varese, una rete di Milano, e l'ospedale di Brescia. Non abbiamo fatto nient'altro che fotografare quello che già esiste. Erano i posti dove venivano trattati presi in carico i bambini della regione Lombardia. Non abbiamo escluso nessuno. Nel 2014 è stata anche espletata una gara regionale per cercare di portare questo flusso di dati ad una coscienza e ad un'elaborazione e ad uno studio a livello regionale. È stato vinto da questa ditta di Reggio Emilia, progetti d'impresa, che ad oggi sta continuando a formare i vari centri audiologici e i vari centri dei punti nascita su questo percorso. Abbiamo fatto i corsi regionali di formazione per vedere e verificare che l'invio dei flussi di dati fosse adeguato. Nel 2015 hanno partecipato e sono stati formati 31 dei 79 punti nascita della regione Lombardia. Velocemente, per cronaca, ecco alcuni dati del primo flusso che abbiamo. In Lombardia, nel 2001, eravamo 9 milioni di abitanti circa. Nel 2014 siamo 10 milioni di abitanti circa. Dal 2011, dal 2012 in poi, i nati sono meno dei morti. Abbiamo un'inversione di tendenza. Muoiono più persone che non

quelle che nascono. Il numero dei nati in regione Lombardia dal 2002 al 2014 è questo: abbiamo avuto dei picchi di nascita intorno al 2008-2009. Siamo arrivati vicino ai 100.000 nati. Nel 2014 il numero è calato. Nel 2015 il dato è di circa 87.000 nuovi nati. Calcoliamo se lo screening è adeguato di avere le percentuali su questi numeri. Siccome lo screening audiologico è stato fatto in questo momento nel senso che è fatto tutti i punti nascita ma il flusso dati arriva in questo momento sono da 31.000, nel 2015 abbiamo avuto un flusso di 35.000 dati raccolti su circa 87.000 attesi. Questo corrisponde al 40%. Settecento bambini non hanno passato alla prima, seconda, terza ripetizione, entro i tre giorni di vita le OTO, per un 2% circa. È considerata una buona qualità allo screening, se il numero dei bambini refertati varia tra il 2% al 4%. Se è troppo alto, è sbagliato. Se è troppo basso, è molto pericoloso perché significa che tanti bambini non vengono diagnosticati. Quindi sfuggono allo screening. Diciamo che è un dato che per il momento è molto incoraggiante. Non abbiamo, però, il dato di quelli che sono risultati veramente sordi profondi, dove sono stati presi in carico perché solo nel 2016 stiamo attivando il percorso a livello dei centri audiologici, percorsi informati e di ritorno. Ci aspettiamo circa 52 bambini su 35.000.

Inoltre abbiamo delle esperienze totalmente private delle quali vi vorrei parlare. La prima riguarda Cochlear Amplifon e la seconda Advanced Bionics-Phonak. Queste aziende hanno posto l'accento sull'assistenza sugli impianti cocleari. Questo è un aspetto estremamente innovativo. Amplifon ha creato dei punti vendita, ha trasformato dei punti vendita che ha chiamato negozi gold, in centri di assistenza diretta Cochlear. La stessa dinamica si può trovare anche tra la Phonak, che fa protesi acustiche, e la Advanced Bionics che fa impianti cocleari. La stessa società fornisce assistenza sul territorio dal punto di vista privato ai propri pazienti. Questo è un aggancio secondo me che deve in qualche modo sicuramente interfacciarsi con l'aspetto pubblico. Grazie per l'attenzione.