



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



La vertenza

Riabilitazione l'Avvocatura domani decide sulle tariffe

Riabilitazione, tariffe 2003-2014: è atteso per domani il parere dell'Avvocatura dello Stato sull'accordo transattivo siglato un mese fa tra la Regione e il coordinamento delle associazioni di categoria. Ne dà notizia un comunicato delle stesse associazioni, nel quale si afferma anche che si tratta di «un passaggio propedeutico all'adozione, a stretto giro, del decreto commissariale che darà operatività all'intesa». La Regione, si sottolinea, impegna «60 milioni di euro a ristoro del lungo e tormentato contenzioso durato ben 12 anni sui tetti di spesa e le relative tariffe delle prestazioni». Arretrati tariffari maturati «in base alle sentenze del

Tar e Consiglio di Stato e al dovuto ricalcolo delle tariffe di rimborso in base ai costi di produzione sostenuti dai centri di riabilitazione».

L'intesa prevede anche il riconoscimento, da parte della Regione, di ulteriori 5 milioni di euro «a recupero dei tagli alle prestazioni precedentemente calati sulla riabilitazione nel 2014 e l'adozione di una nuova tariffa 2015 con una retta più equa e condivisa che avrà valore a partire dal primo gennaio 2015». «Tutte soluzioni che scaturiscono - dice Pierpaolo Polizzi portavoce del coordinamento di associazioni che raggruppa Aiop, Anisap, Anpric, Aspat, Confapisanità e Confindustria Sani-

tà - dalla vertenza e lo stato di crisi che il coordinamento ha dichiarato all'inizio dello scorso febbraio». Una vertenza, aggiunge Polizzi, «che ha dato luogo all'avvio dei quattro tavoli di discussione, uno per altrettanti nodi da sciogliere, da parte del governatore Stefano Caldoro in qualità di commissario ad acta per la sanità. L'intesa raggiunta su tetti di spesa e tariffe ha già visto l'adesione della maggioranza dei centri e di 10 associazioni di categoria».

1

ACCORDO TRANSATTIVO Il portavoce del coordinamento associazioni di categoria comparto riabilitazione e socio-sanitario, Polizzi: «Bene Palazzo Santa Lucia»

Rimborsi per sessanta milioni, arriva il decreto

Riabilitazione, tariffe 2013-2014: domani arriva il parere dell'Avvocatura di Stato

DI **MANLIO SEQUI**

NAPOLI. Siamo ad una svolta. Riabilitazione, tariffe 2003-2014: arriverà domani l'atteso parere dell'avvocatura dello Stato sull'accordo transattivo siglato un mese fa tra la Regione e il coordinamento delle associazioni di categoria. Un passaggio propedeutico all'adozione, a stretto giro, del decreto commissariale che darà operatività all'intesa.

NEL PIATTO LA REGIONE mette 60 milioni di euro a ristoro del lungo e tormentato contenzioso durato ben 12 anni sui tetti di spesa e le relative tariffe delle prestazioni. Arretrati tariffari maturati in base alle sentenze del Tar e Consiglio di Stato e al dovuto ricalcolo delle tariffe di rimborso in base ai costi di produzione sostenuti dai centri di riabilitazione. L'intesa prevede anche il riconoscimento, da parte della Regione, di ulteriori 5 milioni di euro a recupero dei tagli alle prestazioni precedentemente calati sulla Riabilitazione nel 2014 e l'adozione di una nuova tariffa 2015 con una retta più equa e condivisa che avrà valore a partire dal 1° gennaio 2015.

«**SONO TUTTE SOLUZIONI** che scaturiscono - avverte Pierpaolo Polizzi, portavoce del coordinamento di associazioni che raggruppa Aiop, Anisap, Anpric, Aspat, Confapi sanità e Confindustria Sanità - dalla vertenza e lo stato di crisi che il coordinamento ha dichiarato all'inizio dello scorso febbraio. Vertenza - aggiunge polizzi - che ha dato luogo all'avvio dei quattro tavoli di discussione, uno per altrettanti

nodi da sciogliere, da parte del governatore Stefano Caldoro in qualità di commissario ad acta per la sanità».

L'INTESA RAGGIUNTA SU TETTI di spesa e tariffe ha già visto l'adesione della maggioranza dei centri e di 10 associazioni di categoria. All'indomani dell'adozione del decreto commissariale (ovvero tra pochi giorni) tutto ciò consentirà di monetizzare arretrati attesi dalla categoria da lustri. Ciò, in uno alle certezze di regole stabilite che consentiranno di programmare le attività di assistenza in questo settore, garantendo il mantenimento dei posti di lavoro e i Livelli essenziali di assistenza per cittadini e pazienti.

«**È IN RAGIONE DI QUESTE** considerazioni e fatti concreti - prosegue Polizzi - che riteniamo ingiustificata e inspiegabile la posizione assunta da due associazioni di categoria non firmatarie dell'accordo che stanno scatenando una tempesta in un bhechier d'acqua. Scegliere di non giovarsi di arretrati per 60 milioni di euro e poi paventare il licenziamento dei dipendenti e la chiusura dei centri, argomentando sulla conseguente caduta dei livelli di assistenza, trova in queste ore un appoggio politico che in un clima da campagna elettorale serve soltanto ad alimentare confusione e speculazione politica. Tutto ciò non giova certo ai cittadini né ai lavoratori anche alla luce della positiva conduzione degli altri tavoli tecnici che, su tetti di spesa, compartecipazione e riconversione dei posti letto, da



riabilitazione in Rsa, sta in questi giorni trovando proficua conclusione con la controparte regionale».



Centri di riabilitazione. A destra Pierpaolo Polizzi



Momenti di tensione quando le forze dell'ordine hanno deviato il corteo per evitare contatti con Berlusconi

Centri di riabilitazione, in strada la rabbia per i tagli

Duemila manifestanti per contestare l'accordo con la Regione che frena gli stanziamenti

NAPOLI (r.c.) - Scende in piazza la protesta dei centri di riabilitazione che non hanno aderito all'accordo con la Regione Campania. Ieri mattina presso la Colonna spezzata sul lungomare, all'altezza di piazza Vittoria, è andata in scena la protesta delle famiglie, dei lavoratori e degli assistiti delle strutture "dissidenti". Questi centri si rifiutano di aderire all'intesa firmata dalla Regione Campania perché ritengono che l'ente pubblico stia per apportare tagli eccessivi ai tetti di spesa e quindi alle prestazioni.

La manifestazione era stata presentata come una "passeggiata silenziosa" che si sarebbe dovuta snodare sul lungomare e raggiungere gli uffici regionali per consegnare le lettere con cui si

avviano le procedure di licenziamento per 3.500 persone che lavorano nel settore.

Ma alla fine le cose sono andate diversamente rispetto alle previsioni, a causa della concomitanza della manifestazione con gli appuntamenti della campagna elettorale. In particolare, ci sono stati momenti di alta tensione fra i circa duemila manifestanti perché le forze dell'ordine hanno fatto deviare il corteo a causa della presenza dell'ex premier Silvio Berlusconi in un albergo di via Partenope, da dove poi si sarebbe spostato alla Mostra d'Oltremare per l'incontro con gli elettori. I dimostranti non hanno gradito il cambiamento di programma.

Nei giorni scorsi erano

ripresi i lavori del tavolo tra la Regione Campania e le associazioni maggiormente rappresentative dei centri di riabilitazione territoriale.

Il tavolo si era riunito a seguito dell'accordo raggiunto sulla risoluzione del contenzioso decennale, dopo che il Commissario ad acta ha verificato la realizzazione dei presupposti, con il raggiungimento del quorum, per la prosecuzione della trattativa.

La discussione ha registrato l'avvio dei lavori per la soluzione delle problematiche relative al piano di riconversione dei posti letto, all'accreditamento delle strutture riabilitative e socio-sanitarie e all'istituto della compartecipazione alla spesa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un momento della protesta di ieri

Tra spending review e mantenimento dei Lea Ecco come si presenta la **sanità campana**

di Paola Cacace

I dati dell'Agenas mettono in luce i progressi fatti sul versante economico ma dall'agenzia arriva anche una bocciatura sui livelli essenziali di assistenza

La sanità campana via di guarigione. Secondo i dati dell'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) resi noti a marzo, la Campania ha fatto passi da gigante sulla riduzione della spesa corrente in ambito sanitario, risultando addirittura prima per variazione percentuale tra il 2010 e il 2013. La spesa sanitaria campana ha, infatti, segnato un -2,04%, riduzione possibile grazie alla razionalizzazione dei costi e alla centralizzazione della spesa per gli acquisti, anche attraverso la Soresa, società strumentale della regione Campania che gestisce il debito della sanità locale. Sempre secondo Agenas, la spesa sanitaria nazionale ha registrato una variazione annua dello 0,28% attestandosi a oltre 111 miliardi di euro nel 2013 (ultimo periodo di riferimento), con una riduzione della spesa di 1 miliardo rispetto all'anno precedente.

Guardando il dato della variazione media annua, emerge come la contrazione sia dovuta dai risultati delle Regioni in piano di rientro del ministero,

finalizzati a verificare la qualità delle prestazioni e a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali, e commissariate (-1,59%) tra cui la Campania.

Le riduzioni maggiori si sono registrate per l'appunto in Campania (-2,04%) che è riuscita a tagliare circa 606 milioni d'euro, seguita da Calabria (-1,72%) con tagli di 176 milioni, Liguria (-1,42%) e Lazio (-1,34%) rispettivamente con una riduzione di 138 e 442 milioni. In controtendenza, invece, le Province autonome di Trento (+1,67%) e Bolzano (+1,82%), e la Lombardia (+1,11%) dove la spesa è salita.

Complessivamente lo studio evidenzia una contrazione del disavanzo, e un consistente miglioramento dall'anno 2011 con una variazione media annua pari a -37% rispetto ad un -16% nel periodo 2008-2010. Focalizzando l'attenzione sulle somme impegnate nel bilancio regionale a copertura dei disavanzi dei sistemi sanitari regio-



nali emerge che tale somma è stata pari a 1,1 miliardi nel 2013 (rispetto a 1,8 miliardi del 2012, ai 2,2 del 2011 e ai 3 del 2010), di cui 953.499 delle regioni commissariate, 181.447 di quelle in piano di rientro e 4.393 di quelle non in piano di rientro. Oltre ai dati nazionali, l'analisi ha va-

Farmacisti a lavoro, le prescrizioni

lutato per ogni singola regione i risultati di conto economico, i ricavi netti, i costi e il risultato di gestione prima e dopo le coperture. La spesa corrente nel 2013 per la Campania è stata di 9.510.214 (contro i 10.084.763 del 2008). Questo anche perché il totale dei ricavi netti è stato di

I dati

● Secondo i dati Agenas resi noti a marzo, la Campania ha fatto passi da gigante sulla riduzione della spesa corrente risultando prima per variazione percentuale tra il 2010 e il 2013. L'altra faccia della medaglia è l'ultima posizione nella valutazione dei Lea (con un punteggio inferiore 130).

9 milioni e 838 mila euro nel 2013 migliorando rispetto ai 9 milioni e 189 mila del 2008.

Tutto brilla sotto la luce del sole? Non proprio. Purtroppo, infatti la Campania nonostante sia riuscita a tagliare gli sprechi è scesa vertiginosamente nella classifica Lea, ossia i Livelli essenziali di assistenza. Nella griglia pubblicata dal Ministero che tiene conto del tasso di vaccinazioni, di servizi per gli anziani e tanto altro, la Campania è ultima ed è l'unica Regione ad aver ottenuto un punteggio inferiore ai 130 punti, soglia al di sotto della quale si è considerati «inadempienti». Inoltre secondo l'Ocse si registra un notevole disavanzo da parte a parte del Paese, proprio a discapito del Sud dove si registrano, tra l'altro, troppi parti cesarei (664 casi su 1000 a Napoli). Sempre per l'Ocse però in Italia sono altissimi i livelli di aspettativa di vita con una media di 82 anni (donne 84,8 e uomini 79,8), al di sopra della media europea di 80 anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

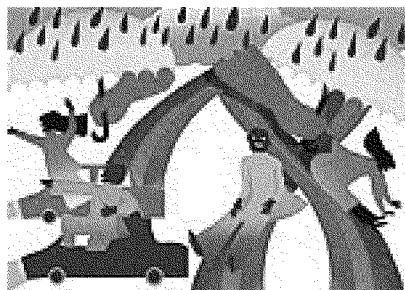
Il caso Le coperture per i rischi professionali del settore

Sanità Ancora senza polizze

Approvato in agosto, al Dpr manca ancora la firma

Aspettando Godot, ovvero l'obbligo di assicurazione di responsabilità civile per i medici e gli esercenti attività sanitarie come liberi professionisti. L'obbligo, scattato il 15 agosto 2014, è stato sospeso dal parere del Consiglio di Stato n. 468/2015, in attesa del varo definitivo del Dpr sui «requisiti minimi delle assicurazioni di responsabilità civile professionali».

E pensare che lo schema del Dpr ha ottenuto il 18 dicembre 2014 il parere favorevole della Conferenza permanente Stato-Regioni, ma è ancora in attesa della pubblicazione. Senza non può partire l'obbligo di polizza Rc professionale. È un obbligo legislativo che la categoria dei medici liberi professionisti e tutto il personale sanitario attende con ur-



genza, perché con norme contrattuali imposte dalla legge si avrebbero assicurazioni più complete e medici più tutelati. Perché, se formalmente non c'è ancora l'obbligo di copertura, di fatto nessun medico o sanitario «libero professionista» può lavorare presso strutture di cura, senza aver prima esibito adeguata polizza di responsabilità civile professionale a «primo rischio». In un settore assicurativo, quello del Medmal (*Medical Malpractice*) dove sono in crescita le richieste danni nei confronti di ospedali, cliniche e operatori. E per certe categorie professionali, quali ginecologi, ortopedici o chirurghi, è davvero un'impresa trovare compagnie che offrano questo tipo di coperture. Vediamo ora quali sono i «requisiti minimi» che devono avere le polizze obbligatorie di responsabilità civile e contenuti nello schema di

Dpr approvato a dicembre dalla Conferenza Stato-Regioni. Anzitutto gli obbligati. Sono i liberi professionisti e le strutture appartenenti al Servizio sanitario nazionale o alle strutture private o convenzionate.

Dallo schema del Dpr si evidenziano i seguenti punti:

1) il massimale minimo di polizza non potrà essere inferiore a 1.000.000 di euro;

2) le polizze stipulate prima dell'entrata in vigore del Dpr, e non conformi, restano valide fino alla prima scadenza annuale;

3) è previsto che il premio sia basato sul concetto di bonus/malus;

4) La disdetta della polizza, ovvero la sua cancellazione da parte dell'assicuratore, è possibile solo per accertata condotta colposa con effettivo pagamento di unia di un sinistro che il medico rischia di vedersi cancellata l'assicurazione, con un preavviso di 30 giorni.

5) è prevista la costituzione di un fondo denominato «Fondo rischi sanitari» che interviene nel caso in cui il professionista dimostri di avere corrisposto un premio superiore ai parametri stabiliti da un apposito comitato. In simili situazioni il fondo rimborsa la differenza versata in relazione al reddito del professionista. Nel caso in cui il professionista abbia ricevuto tre rifiuti alla stipula di una polizza, il fondo provvede a reperire sul mercato un contratto avente i requisiti previsti ed eventualmente a farsi carico della differenza di prezzo;

6) nella polizza deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi a quelli di cessazione dell'attività professionale. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è possibile la disdetta. La copertura «postuma decennale» sarebbe innovativa per il mercato assicurativo italiano, dove si assiste invece, in seguito alla cessazione dell'attività del medico, a coperture «postume» non garantite in automatico e sempre inferiori al periodo di prescrizione (10 anni).

PAOLO GOLINUCCI

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<http://edicola.corriere.it> - Per info: edicola@rcsdigital.it

Codice cliente: 2862868

Copyright 2010 © RCS Digital Spa - TUTTI I DIRITTI REGISTRATI

La nuova medicina si stampa in «3D»

Grazie a questa tecnologia si costruiscono già modelli delle parti anatomiche su cui si deve operare per pianificare l'intervento nei minimi dettagli. E già vengono impiantate strutture piatte, tubolari e cave create nei laboratori. Il prossimo passo sarà realizzare organi solidi, come pancreas, rene e fegato, da usare nei trapianti

Una delle applicazioni già diffuse della tecnologia «3D» è la riproduzione delle parti anatomiche su cui si dovrà intervenire in base alle immagini fornite da Tac e Risonanza magnetica. In questo modo si può pianificare perfettamente il trattamento chirurgico

Modelli su misura per operare meglio

Ricerca
Si potrà stampare
direttamente
la pelle sulle ferite

Ricercatori americani della Johns Hopkins University di Baltimora e della Princeton University hanno costruito un originale orecchio bionico: prima hanno stampato in 3D il padiglione esterno con un biogel e con nanoparticelle di argento capaci di condurre il suono, poi hanno fatto crescere attorno a questo modello cellule cartilaginee; quindi, hanno inserito un'antenna capace di raccogliere i suoni e, teoricamente, di trasmetterli alla coclea e infine al

cervello. Non è certo un orecchio da trapiantare, ma l'esperimento ha dimostrato che è possibile, grazie alle stampanti 3D, combinare le opportunità offerte dalla biologia e dalle nanotecnologie. Alla Wake Forest University nel North Carolina, invece, hanno messo a punto un sistema per stampare direttamente la pelle su ferite o ustioni: una scansione rileva la profondità della lesione e quanti strati di cellule dovranno essere "stampati".

A. Bz.

Altri vantaggi
Una strategia che
serve anche ai giovani
specializzandi
per imparare le
procedure operatorie
e ai pazienti
per comprenderle

«Inchiostro biologico»
L'idea è quella di usare la materia
vivente come materiale di stampa.
Un programma che richiederà anni
di lavoro nei laboratori

M

ina Khan è nata con un buco nel cuore. Un foro

nella parete che separa i due ventricoli così grande che i chirurghi non sapevano come richiuderlo. Era riuscita a sopravvivere fino a due anni, ma il sangue non circolava bene, le mancava il respiro e non riusciva a mangiare: stava rischiando la vita.

Così i chirurghi del St. Thomas Hospital di Londra hanno pensato di riprodurre una copia dell'organo, difetto compreso, basandosi su immagini ricavate da esami, come la risonanza magnetica o la tomografia, e utilizzando una stampante 3D: l'idea era quella di avere un modello su cui ragionare e decidere il da farsi. Hanno preso le misure del foro al millimetro, hanno costruito una specie di cerotto in Gore-Tex e lo hanno usato per chiudere il buco. Con estrema precisione e con successo. Ora Mina sta bene e ha ripreso a crescere.

È un esempio, uno dei tanti, di che cosa può fare il *bioprinting*, la possibilità, cioè, di usare le

stampanti 3D per riprodurre organi umani.

Kaiba Gionfriddo soffre di tracheo-broncomalacia, una malattia che colpisce un bambino su 2000 e provoca il collasso della trachea: così l'aria non arriva ai polmoni. Anche lui rischia la vita. A tre mesi, i medici americani del CS Mott Children's Hospital di Ann Arbor, nel Michigan, hanno pensato di trapiantargli una trachea costruita con una stampante 3D e fatta di un materiale capace di cambiare forma e di adattarsi alla crescita del bambino (l'esperimento è stato appena pubblicato sulla rivista *Science Translational Medicine*).

Le stampanti 3D possono, dunque, essere utilizzate per riprodurre parti (artificiali) di organi da impiantare. O, più semplicemente, per costituire modelli anatomici che servano da guida ai chirurghi quando operano.

Andrea Pietrabissa, che coordina la sezione di Chirurgia II al Policlinico San Matteo di Pavia, utilizza, nel 50 per cento degli interventi al pancreas e in tutti quelli sulla milza e sul rene, modelli anatomici ricostruiti in 3D sulla scorta delle tomografie del paziente.

«Quando pianifichiamo l'asportazione di un tumore al pancreas — spiega Pietrabissa — possiamo costruire un modello in scala uno a uno dell'organo, compreso il tumore. Grazie a questo, possiamo avere più informazioni sui rapporti spaziali del tumore con la ghiandola e con i vasi sanguigni, rispetto a quelle fornite dalla radiologia. Ma queste riproduzioni non servono solo al chirurgo che deve operare. Sono utili anche ai giovani specializzandi che devono apprendere le tecniche operatorie e ai pazienti che possono così capire meglio l'intervento e dare con maggiore consapevolezza il loro consenso informato».

Anche al Policlinico San Donato di Milano i chirurghi vascolari stanno sperimentando la stessa tecnica negli interventi sulle dissecazioni aortiche (la dissecazione aortica è una condizione che può comportare la rottura del vaso sanguigno).

Le stampanti in 3D funzionano utilizzando come inchiostro un materiale qualsiasi (per esempio il Gore-Tex, come nel caso di Mina, o una plastica biocompatibile per costruire i modelli di organi) che viene modellato, in tre dimensioni grazie a un programma, inserito nella stampante stessa, che dà la dimensione spaziale di quello che si vuole costruire.

Ma oltre a permettere di fabbricare su misura parti di organi (fatti di materiale sintetico) da utilizzare per impianti o a riprodurre strutture dell'organismo come guida per aiutare i chirurghi a operare, le stampanti 3D aprono ben altre prospettive.

L'idea è quella di usare la materia vivente (e non composti inorganici) come "inchiostro" delle stampanti con l'obiettivo finale di costruire, in laboratorio, organi umani da trapiantare. Un punto di arrivo che richiederà anni di lavoro, ma intanto nei laboratori si procede, passo dopo passo. E ci sono aziende che stanno investendo in questo settore come la Organovo negli Stati Uniti o la Fasotec in Giappone.

La Fasotec, che ha sede a Chiba, vicino a Tokyo, ha messo a punto un servizio di modellistica che replica gli organi umani in 3D, per consentire al chirurgo di fare pratica su un organo "iperrealistico" che ha le stesse dimensioni e caratteristiche di quello del paziente e anche le stesse malattie (un tumore per esempio), ma costruito con particolari gel: si chiamano modelli "wet", cioè umidi, che al tatto appaiono simili a quelli umani e sono anche in grado di sanguinare. È un sistema interessante che potrebbe ovviare alla scarsità di cadaveri per le sperimentazioni chirurgiche.

La Organovo, invece, è già riuscita a stampare un mini fegato che misura quattro per quattro per un millimetro: il procedimento richiede 45 minuti di tempo e altri due giorni perché le cellule possano crescere e maturare. E siamo solo agli inizi.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La «colla»

Una colla "intelligente" potrebbe essere utile per stampare organi in 3D. Un gruppo di ricercatori dell'University of Texas ha pensato di ricoprire nanoparticelle di polistirene con frammenti di Dna che hanno la capacità di legarsi fra loro, permettendo la formazione di una specie di gel. Questo materiale potrebbe essere utilizzato come impalcatura sulla quale far crescere le cellule.

Una nuova formazione con tre anni di scuola dopo una laurea breve

La situazione

Attualmente può «esercitare» chi ha seguito un corso terminato le superiori

Come altre discipline in Italia, la musicoterapia vive il paradosso di un riconoscimento ormai consolidato nella pratica clinica, ma non ancora concluso dal punto di vista giuridico. La questione non è secondaria, dal momento che, in mancanza di un inquadramento normativo specifico, le scuole di formazione in musicoterapia sono cresciute come funghi, ma spesso senza garanzie per gli iscritti e per gli stessi pazienti. Oggi la musicoterapia rientra tra le attività professionali non regolamentate (Legge 14 gennaio 2013 n. 4) e fa parte delle cosiddette arti-terapie.

Dopo l'approvazione della legge 4 del 2013, le associazioni di musicoterapia più significative sono state chiamate al tavolo di Uni (Ente Nazionale Italiano di Unificazione) per la stesura della "Norma" che darà il profilo del musicoterapeuta. «L'accesso alle scuole avverrà solo dopo una formazione di base con laurea triennale o equiparabile — spiega Giacomo Gaggero, dell'Associazione dei Professionisti della Musicoterapia (Aim), una delle due più rappresentative in Italia per numero di soci (250) assieme alla Federazione Italiana Musicoterapeuti —. Poi ci vorranno altri tre anni di studio, con un

monte ore definito e aree tematiche precise».

Fino ad oggi, dunque, la formazione è stata procurata da associazioni private, come quella di Assisi, la prima in Italia, nata nel 1981.

Le scuole di musicoterapia più importanti hanno almeno aderito alla European Music Therapy Federation (Federazione europea di musicoterapia), che richiede agli associati la sottoscrizione di un codice etico e di uno statuto e l'iscrizione a un registro.

«Se la Norma Uni passerà — sottolinea Giulia Cremaschi Trovesi, presidente della Federazione Italiana Musicoterapeuti (Fim), che è anche ente accreditato dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca — avremo anche noi un punto di riferimento».

Certo sullo sfondo resteranno «le tre idee di musicoterapia» come le definisce Giacomo Gaggero. In buona sostanza, per alcuni esiste il musicoterapeuta «di base», formato nelle tecniche di riabilitazione dopo il diploma di scuola media superiore. Un gradino più in alto, c'è il professionista che padroneggia almeno uno strumento musicale e magari è anche diplomato in Conservatorio. In cima, «lo psicologo o psicoterapeuta o lo psichiatra che all'interno della sua dimensione professionale ha imparato a usare anche delle tecniche musicoterapiche».

R. Co.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DECRETO DEL MIUR

Medicina, attivate sette nuove scuole di specializzazione

Il ministero dell'Istruzione ha attivato sette nuove scuole di specializzazione universitaria in area medica. Si tratta di scuole di cui l'ateneo salernitano è sede aggregata (le sedi principali sono la Federico II e la Sun di Napoli). Le aree tematiche sono: Ematologia, Nefrologia, Pediatria ed Urologia (in aggregazione con l'Università Federico II di Napoli); Chirurgia Plastica, Neuropsichiatria infantile, Psichiatra (in aggregazione con la Seconda Università di Napoli-Sun).

Il decreto del 21 maggio scorso ha inoltre confermato le 4 scuole già riconosciute lo scorso anno (Chirurgia Generale, Medicina interna, Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Igiene e Medicina Preventiva, ognuna con 3 borse). Con le sette nuove attivazioni, per l'Università di Salerno sono triplicate le scuole per un numero complessivo di 11.

Il riconoscimento delle scuole all'Università di Salerno - sia pure in aggregazione con gli atenei napoletani - darà la possibilità ad un numero maggiore di universitari di studiare e fare pratica nell'azienda ospedaliera Ruggi. Un ampliamento auspicato dagli studenti stessi costretti ad emigrare perché a Salerno non ci sono posti sufficienti.

Non è stato ancora effettuato il riparto delle borse, cioè il numero di studenti che effettivamente potrà studiare a Salerno, anche perché una parte di queste borse è di competenza regionale. «Si tratta - ha dichiarato il rettore Aurelio Tomma-

setti - di un risultato che ci inorgoglisce e che dimostra la bontà delle scelte fatte. Il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è cresciuto in maniera graduale, armonizzandosi con le caratteristiche proprie del territorio salernitano e del suo ateneo. Siamo tenacemente al lavoro per aumentare la qualità della nostra offerta didattica, valorizzare i servizi erogati dall'azienda ospedaliera universitaria, e garantire un percorso formativo più solido e qualificato per i nostri studenti». Soddisfatto il parlamentare del Pd Tino Iannuzzi, che si è battuto per il riconoscimento di un più alto numero di scuole con numerose interro-

gazioni parlamentari. «È un passo in avanti importante e significativo, un risultato positivo e strategico per la nostra Università - ha detto Iannuzzi - Inoltre sottolinea che questo importante de-

creto consente ancor di più alla nostra facoltà di richiedere con giuste e fondate motivazioni alla Regione Campania un numero ben più elevato rispetto allo scorso anno (appena 3) di borse integrative ed aggiuntive, finanziate con i fondi regionali». «Un passo avanti anche se si tratta di scuole di specializzazione con Napoli - spiega Franco Bruno, ortopedico al Ruggi, responsabile della Cgil Medici - L'Università deve lavorare per il futuro per avere sedi autonome di scuole importanti che mancano, altrimenti diventiamo la sede distaccata di Napoli». (m.t.)

**Sono in aggregazione
con gli atenei di Napoli
In totale diventano 11**

**Soddisfazione
di Tommasetti
e di Tino Iannuzzi**

Sos, diritto alla salute

I commercialisti, «delusi» dal Parlamento, bussano alla porta delle regioni per invocare il congelamento delle scadenze, in caso di malattia. E la loro «campagna» per rivendicare la possibilità di curarsi, tralasciando temporaneamente gli adempimenti (ed evitare sanzioni), parte da Ferrara, dove si apre uno spiraglio per veder riconosciuto il diritto alla salute. «La sospensione dei termini per malattia o infortunio grave del professionista ha avuto un iter normativo infruttuoso, finora, nelle due Camere: la prima proposta di legge

risale, infatti, al 2004, in seguito ne sono state depositate analoghe sia dal Pd, sia dal Ncd, anche in questa legislatura, ma giacciono in commissione, mentre la categoria continua a denunciare la difficoltà estrema di non potersi assentare dallo studio per ragioni di salute», dichiara Marco Cuchel, presidente dell'Associazione nazionale dei commercialisti (Anc), promotrice del convegno di ieri nella città estense. «È un'iniziativa di buonsenso» prosegue. «Abbiamo ricevuto pareri favorevoli alle nostre istanze da tutte le forze politiche,

ma senza alcun esito. E, perciò, opportuno rivolgerci alle amministrazioni locali, che hanno il potere e l'autonomia decisionale adatti». Apprezzamento e disponibilità a sostenere l'idea arriva da Alan Fabbri, capogruppo della Lega Nord in Consiglio regionale dell'Emilia Romagna: «Presenterò in giunta una risoluzione per sospendere le scadenze» qualora chi svolge la libera attività dovesse ammalarsi e non essere in condizione per un determinato periodo di ottemperarvi. Secondo l'esponente del Carroccio, la regione può

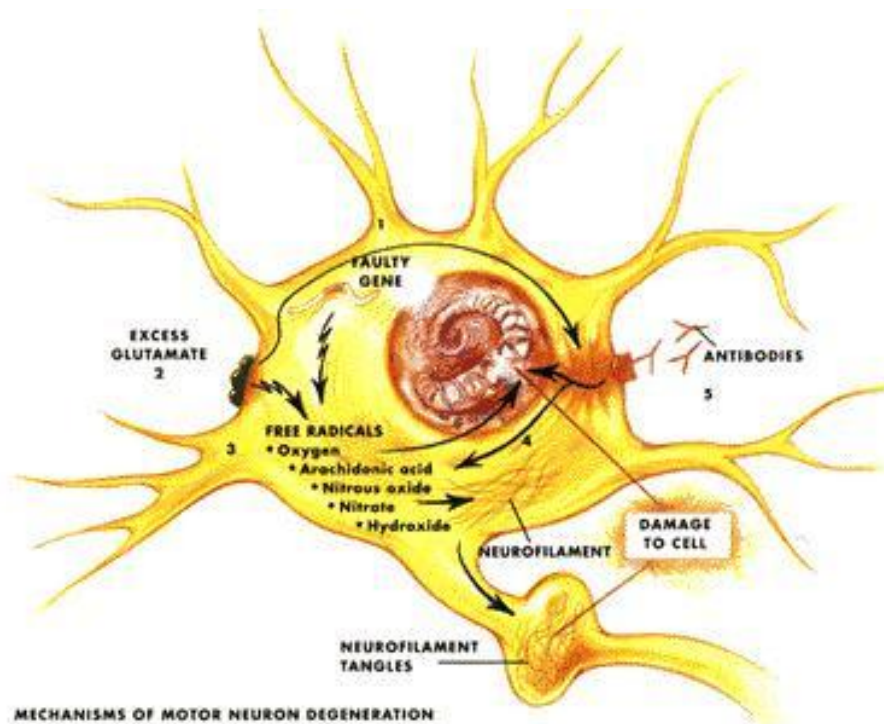
«di concerto con ordini, rappresentanze e associazioni professionali e deve dare l'esempio, facendosi capofila di una mobilitazione nazionale per il rispetto di diritti sacrosanti». Orientamento corretto secondo Gaetano Stella, presidente di Confprofessioni, che evidenzia «i soddisfacenti risultati» del «pressing» costante del suo sindacato. «Molte regioni consentono adesso la fruizione della cassa integrazione ai dipendenti degli studi».

*da Ferrara
Simona D'Alessio*



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



Schizofrenia

Un recente studio
del Ceinge
ne rivela le cause

Il talento dei ricercatori napoletani del Ceinge dietro una scoperta che potrebbe fare la differenza nella cura della schizofrenia. La ricerca guidata dal Centro di Biotecnologie Avanzate ha coinvolto alcuni dei più illustri medici e biologi italiani, mettendo in rete il Centro di Ricerca in Neuroscienze e sistemi cognitivi di Rovereto, l'Università di Bari e le Facoltà di Medicina dell'Università Federico II di Napoli e della Seconda Università di Napoli. Tutto questo ha permesso di

scoprire un «complesso percorso molecolare» con probabile origine fin dalle fasi embrionali dello sviluppo del cervello, che potrebbe essere implicato nella manifestazione di alterazioni comportamentali riconducibili alla schizofrenia. Lo studio dei ricercatori del Ceinge ha evidenziato la rilevanza di un aminoacido, il «Daspertato», nel modulare alcuni processi biochimici capaci di influenzare il «comportamento» dei neuroni coinvolti in questa patologia.

Metropolis

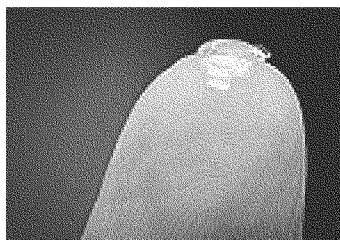
a cura di **Cristina Pellecchia**

cristinapellecchia.cor@gmail.com

Vedi tutto con la lente bionica che s'impianta in otto minuti

La supervista senza occhiali né lenti a contatto: è quanto promette un'azienda canadese, la Ocumetics Technology Corporation (www.ocumetics.com) con la sua lente intraoculare chiamata Bionic Lens. Lenti bioniche che si impiantano sotto la cornea e non solo rimediano ai difetti di vista, ma promettono anche di restituire un'acuità visiva di tre volte superiore ai 20/20, unità di misura che descrive la massima nitidezza con cui un occhio umano sano riesce a mettere a fuoco a distanza. Grazie a un intervento chirurgico che gli sviluppatori definiscono quasi indolore, simile a quello per rimuovere la cataratta, di solo otto minuti, la lente bionica consentirebbe di vedere im-

mediatamente in maniera più che perfetta e per un periodo di tempo che dovrebbe essere infinito. La lente viene inserita con una siringa, nella quale è arrotondata su se stessa con la soluzione salina. Una volta nell'occhio, si srotolerebbe e troverebbe precisa collocazione in dieci secondi. Benché ancora da speri-



mentare, gli sviluppatori ritengono che la nuova lente sostituirà tutti gli altri sistemi di correzione della vista e che sarà in commercio in un paio d'anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La pila più potente è trenta volte più piccola

È tanto piccola quanto potente la batteria sviluppata all'Illinois University at Urbana-Champaign. Di pochi millimetri, potrebbe alimentare un cellulare o riavviare un'auto in panne. E ricaricarsi in un batter d'occhio. Per realizzarla, i ricercatori hanno ridisegnato la microstruttura interna, inserendo un catodo a ricarica rapida e sviluppando un nuovo processo d'interazione con l'anodo corrispondente. Così sono riusciti a ottenere batterie 30 volte più piccole, che pos-

sono immagazzinare molta energia mille volte più velocemente delle tecnologie attuali, sostengono, e anche rilasciarla a una potenza 30 volte maggiore.

Oltre all'elettronica di consumo, la nuova scoperta potrebbe favorire la miniaturizzazione e il miglior funzionamento di dispositivi medici, laser, sensori e tutto quanto richieda una fonte di alimentazione rapida. I ricercatori stanno ora lavorando per produrre la microbatteria a costi contenuti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Abbassi la luce e scende il volume della musica

Si chiamano Led Bulb Speaker e sono lampadine Led di Sony che diffondono al tempo stesso luce e musica per la casa. Grazie a un altoparlante integrato, in una specie di trasmissione senza fili, riescono a propagare a comando i contenuti audio di smartphone, tablet e pc a comando, richiedendo nient'altro che di essere avvitate come comuni lampadine. Grazie al Bluetooth 3.0 interno, lo speaker comunica con tutti i dispositivi che dispongono della stessa tecnologia. Tramite applicazione per smartphone (iOS o Android), è possibile avviare la diffusione audio e regolare l'intensità della luce così come il volume della musica. Si può anche usare il telecomando in dotazione, che comunica tramite tecnologia Nfc. I consumi di ciascuna lampadina sono di nove Watt, sette per i Led e circa due per l'altoparlante. Il flusso luminoso massimo è di 360 lumen e l'azienda garantisce la massima nitidezza del suono. Al momento le nuove lampadine sono disponibili solo sul mercato giapponese, dove sono appena state lanciate.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Che cosa può provocare la **sciatica**?

Lo specialista

Il più delle volte la causa è un'ernia discale che comprime la radice del nervo

Prevenzione

Tecniche manuali ed esercizi per evitare ricadute

Per evitare che la sciatica diventi una scomoda campagna di vita non bisogna sottovalutare l'importanza di una rapida ripresa del movimento. «Purtroppo molti, passato il dolore, tornano alla routine, saltando la fisioterapia, fondamentale per impedire il consolidarsi di posizioni scorrette acquisite a causa del dolore — sottolinea Isabella Springhetti, della Fondazione Maugeri di Pavia —. Gli strumenti del programma rieducativo, prescritto dallo

specialista e guidato dal fisioterapista, sono diversi: tecniche manuali (per esempio, il metodo McKenzie) ed esercizi, diversi a seconda della struttura fisica, del tipo di sintomi e di altre caratteristiche del paziente; la massoterapia, che scioglie e rilassa i muscoli della schiena; la rieducazione posturale, che insegna al paziente le corrette modalità di movimento e le posture utili nelle diverse situazioni quotidiane».

A. S.

Meglio non sottovalutare la sciatica, anche una volta passato il dolore, perché il rischio che il problema si ripresenti è alto.

A che cosa è dovuta la sciatica?

«Le cause sono diverse, le più classiche sono l'irritazione o la compressione di una radice nervosa spinale per la presenza di un'ernia discale che protrude verso la parte interna del canale spinale o nei forami intervertebrali. L'ernia può essere accompagnata, o favorita, da alterazioni delle vertebre, di solito legate all'artrosi — spiega Isabella Springhetti, responsabile della Divisione di recupero e rieducazione funzionale dell'Irccs Fondazione Maugeri di Pavia —. Anche scoliosi gravi e microtraumi ripetuti possono concorrere a deformare le vertebre o a renderle instabili, con conseguenti "spinte" o compressioni delle radici nervose. La sciatalgia può anche avere un'origine non spinale, come nella cosiddetta *sindrome del piriforme*, un piccolo muscolo nella regione del gluteo che ospita nelle sue fibre il passaggio del nervo sciatico, il quale, a causa di contratture prolungate del muscolo in questione può rimanere irritato o compresso. Anche posture scorrette mantenute a lungo, come quelle di alcune categorie di lavoratori (muratori, camionisti, dentisti) possono favorire la compressione del nervo. Più rari i casi in cui la sciatica è spia di tumori o di malattie non muscoloscheletriche».

Quali sono i sintomi?

«Il dolore tipico parte dalla zona lombare della schiena e scende lungo il corso del nervo sciatico, passando per il gluteo e per tutta la parte posteriore e/o laterale della coscia e della gamba, verso il calcagno, il piede, a volte fino all'alluce. Di solito riguarda un solo lato del corpo e ha un'intensità variabile. Talvolta sono presenti formicolii, intorpidimento e difficoltà a controllare il movimento di uno o più dita del piede. Nei pochi casi in cui il dolore è bilaterale, soprattutto sull'esterno delle cosce, può trattarsi di *stenosi del canale lombare*, restringimento del canale vertebrale, che

comprime anche tratti estesi di midollo o più radici (condizione che può essere costituzionale e aggravarsi con l'età)»

Quali esami vanno fatti?

«In genere si parte dalla visita, per procedere poi, se necessario, con indagine mirate in base alla causa sospettata. A volte non servono esami, in altri casi è utile una radiografia. Se ci si vuole focalizzare sul tessuto nervoso si ricorre alla risonanza magnetica. La Tac è utile per valutare l'osso, l'elettromiografia soprattutto quando, oltre al dolore, c'è difficoltà a compiere movimenti (come alzare un piede o muovere l'alluce)».

Come si cura la sciatica?

«Poiché il rischio di ricadute è alto non bisogna limitarsi a far passare il dolore acuto, per il quale si ricorre ad antinfiammatori, antidolorifici e miorilassanti. In chi non può assumere farmaci e in chi ha sofferenza intensa e protratta, che non risponde alle terapie per bocca, sono utili infiltrazioni locali nel canale vertebrale con farmaci anestetici, associate o meno a cortisonici. Può essere d'aiuto anche l'applicazione di correnti a bassa intensità (Tens). Trascorsa la fase acuta, bisogna avviare un programma fisioterapico (si veda box in alto), al termine del quale il paziente deve continuare una regolare attività fisica. Da riservare a casi selezionati, è l'intervento chirurgico, per esempio, in caso di ernie discali espulse od ostruenti che comprimono completamente una radice nervosa o addirittura il sacco midollare».

Antonella Sparvoli

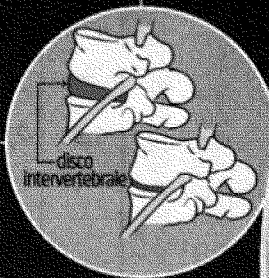
© RIPRODUZIONE RISERVATA

Con il termine **sciatica** (o *sciatalgia*) si intende un dolore che s'irradia, da un solo lato del corpo, lungo il corso del nervo sciatico, dalle sue radici alle estremità, potendo interessarne anche solo un tratto

LE CAUSE

La sciatica è dovuta alla compressione delle radici nervose a livello del forame di uscita del nervo dalla colonna spinale a causa di alterazioni vertebrali legate ad artrosi, microtraumi ripetuti o scoliosi grave

STENOSI FORAMINALE



Il **nervo sciatico** (o *ischiatico*) ha origine dalle radici nervose che escono dalla colonna lombare, scorre nelle pelvi, quindi nel gluteo fino a raggiungere il piede. Esso garantisce la sensibilità e la motilità delle gambe

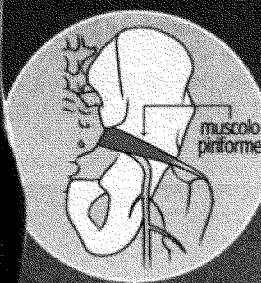
COLONNA LOMBARE

PELVI

ERNIA DEL DISCO

È dovuta alla fuoriuscita, dalla sua sede naturale, del nucleo polposo contenuto nel disco intervertebrale

La sciatica è dovuta all'irritazione o alla compressione di una radice nervosa causata dall'erniazione di un disco intervertebrale lombare verso la parte interna del canale spinale o nei forami intervertebrali



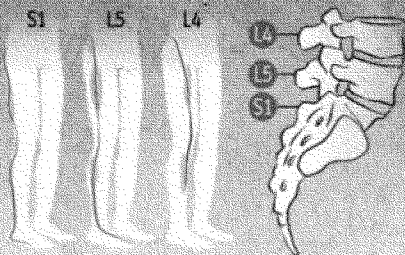
SINDROME DEL PIRIFORME

Il *piriforme* è un muscolo abbastanza piccolo che svolge un ruolo fondamentale nel mantenimento della postura eretta

Il dolore di tipo sciatico può derivare anche da cause non spinali. È il caso della sindrome del piriforme. Questo piccolo muscolo ospita nelle sue fibre il passaggio del nervo sciatico che, a causa di contratture prolungate può venire irritato o compresso

I SINTOMI

Il dolore tipico da sciatica parte dalla zona lombare della schiena e scende lungo il corso del nervo sciatico, passando lungo il gluteo e la gamba, fino al piede



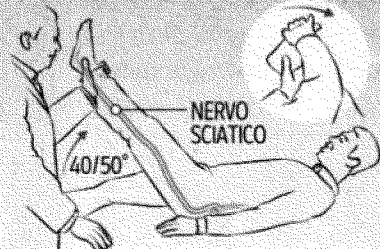
Nella sciatica, l'area dolente può variare a seconda della radice nervosa interessata

In genere il dolore interessa **un solo lato** del corpo e ha un'intensità **variabile**.

Altri sintomi possibili sono: **formicolio**, **intorpidimento**, **difficoltà nel muovere o controllare la gamba**

LA DIAGNOSI

Il primo passo è un'attenta visita specialistica in cui il medico esegue anche alcune manovre per capire l'origine della sciatalgia (per esempio segno di Lasègue)



L'evocazione di dolore quando si ruota il piede verso l'interno è un ulteriore segno di positività al test.

Segno di Lasègue

Il test è positivo (e quindi indicativo di sciatalgia) quando il dolore compare tra i 30° e i 60° di flessione. L'impossibilità a eseguire il movimento depone per la sofferenza di una radice nervosa bassa (L4, L5 o S1)

A seconda della causa sospettata possono essere indicati ulteriori accertamenti. Quelli a cui si ricorre più spesso sono: **risonanza magnetica**, **radiografia**, **Tac** e, nel sospetto di un difetto motorio, anche l'**elettromiografia**

LE CURE

CURE MEDICHE

FASE ACUTA

- È necessario il riposo in posizioni di distensione della colonna (per esempio, a letto con cuscini sotto ginocchia e gambe)
- Per alleviare il dolore in genere si ricorre a un mix di farmaci antinfiammatori, antidolorifici (sommministrabili per via cutanea) e miorilassanti. Possono rivelarsi d'aiuto anche l'applicazione di correnti a bassa intensità (Tens) e, nei casi più gravi, infiltrazioni nel canale vertebrale di anestetici e/o cortisonici

FASE SUBACUTA

- Passata la fase acuta dei primi giorni, è consigliabile un programma fisioterapico, per impedire il consolidarsi di posizioni scorrette acquisite con il dolore, riguadagnando quelle corrette. I mezzi sono: **tecniche manuali** diverse a seconda del singolo caso, **massaggi**, **rieducazione posturale**

PREVENZIONE RICADUTE

- In un momento successivo, è utile avviare un programma di attività fisica personalizzato, da condurre con regolarità, e seguendo le indicazioni avute, a seconda della gravità del caso. L'obiettivo è:
 - prevenire ricadute
 - mantenere sia la flessibilità sia la stabilità della colonna vertebrale, attraverso la distensione di alcuni muscoli (di solito quadrato dei lombi, lunghi spinali, ileopsoas, ischiotibiali e surali) e il rafforzamento di altri (in genere addominali, glutei e quadricipiti)

CHIRURGIA

In una minoranza di casi, in cui sono presenti ernie discali espulse od ostruenti che comprimono radice o addirittura il sacco midollare, è necessario l'**intervento chirurgico** (microdiscectomia, laminectomia). In questi casi sono presenti disturbi persistenti della sensibilità, accompagnati da perdita di forza nel piede o nella gamba.

Corriere della Sera / Mirco Tangherlini



Isabella Springhetti

Resp. Divisione di recupero e rieducazione funzionale dell'Irccs Fondazione Maugeri, Pavia