



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



**Analisi**  
**Neurodidattica:  
ecco i trucchi  
per imparare meglio**

**PIER CESARE RIVOLTELLA**

Una pausa attiva è una piccola attività, in genere ludica e basata sulla collaborazione, che soprattutto nella scuola primaria può essere utilizzata per mantenere alta la concentrazione dei bambini.

A PAGINA 3

ANALISI / UNA NUOVA FRONTIERA PER L'INSEGNAMENTO

# Neurodidattica, ecco i trucchi per imparare con il cervello

*Ippocampo o neuroni specchio, i vantaggi per lo studio*

**La ricerca nelle neuroscienze ha aperto strade interessanti per il mondo della scuola. Le tecniche di «teaching brain» o «learning brain» offrono benefici a studenti e anche agli insegnanti. Ma ricordandosi che l'educazione è soprattutto relazione**

di Pier Cesare Rivoltella

**U**na pausa attiva è una piccola attività, in genere ludica e basata sulla collaborazione, che soprattutto nella scuola primaria può essere utilizzata per mantenere alta la concentrazione dei bambini. La specificità di quest'attività sta nel fatto di collocarsi in continuità con quello che si sta facendo in classe nella didattica. Ad esempio, se sto lavorando sulle figure piane in geometria e faccio fare ai bambini pause attive sull'origami o su altre attività di piegatura della carta, è chiaro che il momento ricreativo mantiene comunque il bambino sul tema su cui si sta lavorando. Il vantaggio è evidente: alleggerire il carico, divertire, ma senza interrompere l'attività di apprendimento, senza produrre distrazione. Le pause attive sono un esempio di *spaced learning*, di apprendimento intervallato, un'ipotesi di lavoro che trova la sua origine negli studi che le neuroscienze cognitive hanno prodotto sui ritmi dell'attenzione e sul processo della memorizzazione. Il nostro cervello, dicono i neuroscienziati, ha bisogno di andare in pausa periodicamente. E questo succede in particolare quando il numero di informazioni nuove che si stanno introducendo è eccessivo. In questo caso l'ippocampo, una parte della corteccia che svolge una funzione fondamentale nella memorizzazione, va in sovraccarico e, di conseguenza, in situazione di stallo. Qualcosa di molto simile a quello che ci capita quando

stiamo lavorando su un computer un po' vecchio e continuiamo a digitare sulla tastiera senza aspettare il feed-back del primo input: alla fine il computer si blocca.

Quello che abbiamo descritto è solo uno dei tanti possibili incontri della scuola con la ricerca neuroscientifica. Una nuova frontiera di indagine e sperimentazione che si sta facendo largo un po' ovunque nel mondo, dagli Usa alla Gran Bretagna, dalla Francia all'Italia. A Parigi, ad esempio, per iniziativa del ministro dell'Educazione Jean Michel Blanquer, è stata appena formata una commissione, composta da esperti di neuroscienze, per studiare soluzioni capaci di migliorare le tecniche di apprendimento. L'incontro tra scuola e ricerca neuroscientifica ha dato vita a un nuovo campo di ricerca che di solito si indica parlando di neuroeducazione, o di neurodidattica. Esso si occupa di due grandi ambiti di ricerca e di intervento che hanno a che fare con il cervello dell'insegnante (*Teaching Brain*) e con gli apprendimenti degli studenti (*Learning Brain*). La ricerca sul cervello dell'insegnante lavora sull'uso del corpo e della voce in situazione, sul dispendio energetico durante la prestazione, sulla biochimica della relazione con lo studente, sul rapporto tra insegnamento e stress.

Riguardo a quest'ultimo tema si sarebbe portati a credere che lo stress, nel caso dell'insegnante, abbia solo effetti negativi e sia una delle ragioni principali del *burn out* cui la professione va soggetta. E invece una bellissima ricerca di Vanessa Rodriguez, una giovane studiosa dell'Università di Harvard, ha dimostrato che lo stress può essere positivo e che il risultato dell'attività didattica può essere il benessere. Studiando la curva del cortisolo e il rilascio di endorfine (sostanze cui è legato il nostro benessere) di un insegnante che si prende cura dei suoi allievi, la Rodriguez ne ha registrato il sensibile aumento. In buona sostanza, fare del bene fa bene. E cioè la relazione educativa e didattica, come il *grooming* (lo spulciarsi a vicenda) nei primati, produce una sensazione di benessere non solo in chi lo subisce ma anche in chi lo fa.

Certo, però, le maggiori attenzioni la ricerca le riserva allo studente. Penso agli studi sulle basi neurofisiologiche dell'apprendimento e dei suoi disturbi, sul rapporto tra ripetizione e memoria a lungo termine, sul valore dell'esperienza e delle emozioni, sull'imitazione. Interessantissime le applicazioni didattiche. Ad esempio, il fatto che la memoria a lungo termine si fissa grazie alla ripetizione dello stimolo (che attiva una sequenza di sintesi proteica) spiega perché le tabelline serva impararle a memoria. La memorizzazione si traduce in risparmio di energie che rimangono libere per livelli più alti e impegnativi del *problem solving*: è quanto hanno dimostrato i neuroscienziati studiando la formazione dell'intelligenza matematica. Quanto all'imitazione, poi, è possibile fare riferimento alla storica

scoperta dei neuroni specchio da parte dell'équipe di Rizzolatti all'Università di Parma.

Si tratta di un tipo particolare di neuroni che, nella scimmia, si attivano sia quando si compie un'azione sia quando la si osserva compiere da altri. Nell'uomo questa funzione è svolta dai neuroni che si trovano nella parte posteriore sinistra della corteccia frontale, in corrispondenza dell'area del linguaggio. Sul lavoro di questi neuroni poggia non solo la giustificazione di tutte le forme di apprendistato (dove il novizio impara affiancando il lavoratore esperto), ma anche la possibilità di comprendere come l'apprendimento passi sempre attraverso la simulazione corporea: è quanto dimostrano gli studi di Vittorio Gallese sulla capacità del cinema, e dell'immagine in genere, di attivare il nostro circuito specchio.

Ma la ricerca neuroscientifica getta anche nuova luce sul cervello degli adolescenti e sulle difficoltà che insegnanti ed educatori incontrano nel loro lavoro. Il ritmo veglia-sonno, ad esempio, è segnato nei più giovani da un rilascio in circolo della melatonina che avviene mediamente più tardi di quanto non succeda nell'adulto. I ragazzi dormono più tardi, ma anche entrano in attività più tardi al mattino. Questo confuta l'idea diffusa che le prime ore del mattino, a scuola, siano quelle più produttive: e infatti negli Usa in molte scuole si sta studiando un orario *brain-based* che prevede l'inizio delle lezioni alle 10.00. Un esperimento di questo tipo partirà anche in Italia: in alcune classi dell'istituto Ettore Majorana di Brindisi, una scuola superiore, dall'anno prossimo in alcune classi le lezioni incominceranno più tardi. L'altro grande tema è legato a motivazione e decisione. La corteccia frontale e prefrontale, che nell'adulto sono responsabili di questi compiti, giunge a maturazione molto tardi. In età evolutiva, le scelte sono governate piuttosto dal "circuito del piacere", ovvero dalla tendenza del cervello a liberare dopamina e serotonina in relazione con stimoli piacevoli. Questo significa per l'insegnante che più che richiamare la responsabilità dello studente verso il compito di apprendimento, dovrà capire in quale modo renderlo accattivante.

Cosa può o deve fare la scuola di fronte a queste istanze? Semplificando direi che si può comportare in due modi. Il primo è di appiattirsi su quanto la ricerca neuroscientifica suggerisce. Si tratta di una scelta riduzionista, che finisce per assegnare alle neuroscienze il compito di individuare i criteri per l'insegnamento e alla didattica quello di applicarli. E questa la via che a volte nel mondo anglosassone viene intrapresa, ma che non può essere condivisa. Il compito della scuola è un altro. Certo non può ignorare quanto le neuroscienze cognitive consentono di conoscere in tema di apprendimento: sono temi che devono entrare nella formazione iniziale e in servizio degli insegnanti. A partire da qui sarà però compito dell'insegnante progettare la didattica e gestire la classe perché l'educazione – sono gli stessi neuroscienziati a indicarlo – continua a essere soprattutto relazione.

Per il contagio basta parlare e respirare dice uno studioso

## L'influenza si trasmette anche senza tossire

DI ETTORE BIANCHI

**U**n malato può trasmettere l'influenza anche senza tossire. A disseminare il virus influenzale intorno a sé è sufficiente che parli e respiri, secondo quanto hanno indicato alcuni ricercatori americani che hanno eseguito uno specifico studio al riguardo e che sarà pubblicato negli *Atti dell'Accademia nazionale delle scienze degli Stati Uniti (Pnas)*, ripreso da *Le Figaro*. Lo studio aggiunge qualche preziosa raccomandazione a quelle già esistenti.

**I ricercatori hanno chiesto a 142 persone di respirare normalmente per 30 minuti in un dispositivo ispirando l'aria circostante. I volontari potevano tossire o starnutire e dovevano anche recitare l'alfabeto in tre riprese durante i trenta minuti della prova. I partecipanti avevano tutti l'influenza i cui sintomi erano apparsi da uno a tre giorni, il periodo di massima contagiosità. Si è contagiosi anche due giorni prima che si manifestino i sintomi, ma non si ha la certezza di avere o no l'influenza.**

**I volontari che si sono sottoposti al test** sono stati reclutati fra 355 studenti che avevano segni di infezione alle vie respiratorie e che avevano la febbre superiore a 37,8, con la tosse e la gola irritata. Tossendo si espellono delle goccioline di varia taglia e le più piccole si diffondono in un raggio di sei metri di distanza, secondo quanto hanno

dimostrato i ricercatori del Mit e riportato da *Le Figaro* e così la malattia contamina

rapidamente l'ambiente. Il nuovo studio dei *Pnas* conferma questo potenziale di disseminazione aerea delle particelle virali dal momento che il virus è stato trovato nel 39% dei campioni di aerosol e nella metà dei campioni prelevati dai volontari che non avevano nè

tossito, nè starnutito durante i 30 minuti di durata della prova. Una sorpresa per i ricercatori convinti che fosse soprattutto la tosse a trasmettere il virus.

Un'altra sorpresa è stata quella di vedere che la presenza del virus nel naso non sembra avere avuto un gran ruolo nella disseminazione aerea del virus. Tanto da far concludere ai ricercatori che la produzione del virus proviene dall'infezione dei polmoni. Per evitare il contagio lavarsi frequentemente le mani resta una misura importante contro la trasmissione dell'influenza che può avvenire anche per contatto.

© Riproduzione riservata ■

**L'analisi****I numeri confermano  
bisogna vaccinare tutti****Giovanni Rezza\***

**I**l 2018 non sembra essere iniziato bene per quanto riguarda i casi di meningite da meningococco in Campania. Effettivamente, 6 casi di cui tre letali in meno di un mese non sono pochi, anche se un numero simile si era raggiunto già nel 2014, e in fondo nel 2015 erano stati 5 i casi segnalati a gennaio, anche se tutti sopravvissuti alla malattia. Quindi, per quanto sia giusto presta-

re attenzione al fenomeno, soprattutto quando giovani vite vengono spezzate prematuramente, non si può ancora parlare di situazione anomala o del tutto inattesa.

**> Segue a pag. 47****Meningite, i numeri confermano: bisogna vaccinare tutti****Giovanni Rezza\***

**I**manzitutto, è importante capire di cosa stiamo parlando. Il meningococco è un batterio che può essere presente nella gola di persone apparentemente sane, i cosiddetti portatori, che pur non sviluppando la malattia possono contagiare altre persone con le quali abbiano contatti particolarmente stretti, come avviene ad esempio quando ci si bacia o si beve nello stesso un bicchiere tenendosi vicini in un locale affollato. Ciò spiega in parte perché il rischio aumenta nei mesi invernali, quando si passa più tempo al chiuso. Fortunatamente, solo pochi fra coloro che si infettano si ammalano, ma la ragione di questa particolare suscettibilità purtroppo non è nota. La malattia, quando compare, è spesso grave, specie se si manifesta in forma disseminata (la cosiddetta sepsi); talvolta (più o meno in uno o due casi su dieci) il decorso è talmente rapido che neanche un trattamento antibiotico precoce riesce ad evitare il peggio.

In Italia la malattia ha un'incidenza relativamente bassa, ma in Toscana, per un paio di anni - nel 2015 e 2016 - si è verificato un aumento significativo nel numero dei casi, confinato in un'area limitata della Regione (da Firenze verso il mare). La stragrande maggioranza dei casi apparteneva ad un unico ceppo molto virulento di meningococco C. L'epidemia venne messa sotto controllo solo grazie ad una straordinaria campagna vaccinale.

La situazione in Campania è certamente diversa e, soprattutto, è difficile trarre conclusioni da piccoli numeri, quali sono quelli dei casi di meningite o sepsi da meningococco, una malattia grave ma fortunatamente relativamente rara, registrati in un tempo decisamente breve. Infatti, le fluttuazioni annuali, quando si fa riferimento ad un unico mese, possono essere dovute semplicemente alla variabilità statistica, al caso, così come può non avere un significato una concentrazione inattesa di casi gravi o addirittura letali. Ciò è particolarmente vero quando sono in gioco ceppi diversi (e non un unico ceppo, come quello che causò il focolaio in Toscana) addirittura appartenenti a sierogruppi diversi di meningococco, dal C all'Y. Inoltre, bisogna tener conto che la maggior parte dei casi si verifica nei mesi freddi dell'anno, quando il clima facilita comportamenti che possono aumentare il rischio di trasmissione. Per cui è lecito attendersi un'impennata dei casi nei prossimi mesi dell'an-

no.

Ma allora, questo vuol dire che possiamo stare tranquilli, che possiamo del tutto ignorare il fenomeno e considerare normali tali fatalità? In verità, è sempre doveroso fare il massimo per evitare o quantomeno ridurre il carico di malattia grave da meningococco. L'intervento principe, naturalmente, è rappresentato dalla vaccinazione. La vaccinazione contro il meningococco C e il meningococco B non rientrano tra le vaccinazioni obbligatorie ma sono pur sempre fortemente raccomandate dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, per cui vengono somministrate gratuitamente in determinate fasce d'età. Il vaccino contro il meningococco C, disponibile da oltre 10 anni nel nostro Paese, deve essere somministrato dopo il compimento del primo anno di vita, e si dovrebbe poi eseguire un richiamo in adolescenza. Almeno il richiamo, se non addirittura la prima dose, sarebbe meglio effettuarlo con un vaccino cosiddetto quadrivalente, ossia diretto contro 4 diversi sierogruppi: A, C, W e Y. Infatti, è sempre più frequente la circolazione di meningococchi diversi, alcuni dei quali erano di raro riscontro nel nostro Paese fino a pochi anni fa. Il vaccino contro il meningococco B, invece, va effettuato nel primo anno di vita, quando l'incidenza di malattia è più elevata.

Insomma, non esistono per ora particolari motivi di allarme in Campania come nelle altre regioni d'Italia, anche se qualsiasi morte evitabile rappresenta non solo un dramma umano ma anche una sconfitta per la sanità pubblica. Per questo motivo, è importante identificare tempestivamente i casi e seguirne l'andamento nel tempo con molta attenzione, come del resto si sta già facendo da parte delle strutture sanitarie della Regione. Inoltre, è sempre importante dedicare tempo e risorse alla prevenzione: abbiamo uno strumento potente come i vaccini per ridurre l'incidenza di molte malattie infettive, e fra queste sicuramente le gravi forme cliniche causate dal meningococco; usiamolo senza timore e con grande senso di responsabilità.

*\* Direttore Dipartimento Malattie infettive  
Istituto Superiore di Sanità*

La salute, i controlli

## Terra dei Fuochi, tumori al colon scoperti con lo screening

Oltre 50mila cittadini coinvolti nel progetto di prevenzione della Asl 2

Individuato precocemente in 94 persone residenti nell'area della Asl Napoli 2 nord un tumore del colon retto. Una testimonianza dell'utilità ed efficacia dello screening di massa che nel 2017 ha coinvolto 46.630 cittadini. I pazienti sono stati indirizzati nei centri oncologici della rete regionale di II livello principalmente al Pascale. Il tumore del colon-retto nella Asl Napoli 2 nord, in alcuni territori, fa registrare veri e propri picchi d'incidenza. In base ai dati del Registro tumori dell'Asl Napoli 2 Nord, il tumore del colon-retto è tra i più diffusi qualificandosi come il secondo più frequente tra le donne e il quarto più diffuso tra gli uomini. Nei tre anni compresi tra il 2010 e il 2012 sono stati circa 1600, il 12% dei 13.792 nuovi pazienti oncologici i cittadini residenti cui è stata diagnosticata questa patologia.

Ciò in relazione alla compromissione ambientale legata al fenomeno di Terra dei fuochi, allo smaltimento illecito dei rifiuti tossici che si sovrappongono, moltiplicandoli, ai fattori di rischio legati ad abitudini e stili di vita errati. Lo screening è stato avviato un anno fa con i fondi ministeriali stanziati per 190 comuni di Terra dei Fuochi (in totale 16 milioni di euro a cui se ne aggiungeranno altrettanti per attuare il Piano sanitario di contrasto alle malattie tumorali). La Asl di Frattamaggiore ha agito valorizzando i 740 medici di famiglia che hanno distribuito a 46.630 pazienti in età compresa tra i 50 e i 69 anni il kit per individuare il sangue occulto nelle feci. Tra i 26.852 campioni restituiti, 2.367 sono risultati positivi. All'ulteriore approfondimento diagnostico, mediante colonscopia, in 204 casi sono stati individuati polipi e in 94 casi di tumori già radicati inviati al Pascale per gli cure mediche e chirurgiche del caso, con cui l'Azienda ha stretto un accordo di collaborazione nello scorso luglio.

«Ci conforta - dice il Direttore generale dell'Asl Napoli 2 Nord Antonio d'Amore - che grazie al percorso di screening proposto 94 persone che non avevano alcun sintomo sono state operate per tumore al colon retto e che, data la precocità della diagnosi, avranno più possibilità di esito favorevole. Su questo territorio non era mai stata fat-

ta alcuna campagna di prevenzione per il cancro del colon retto, ragione per cui era immaginabile che emergesse un numero di diagnosi di tumore superiore rispetto a quello atteso su un campione di popolazione di questo genere. D'altro canto ritengo che questi risultati siano la miglior pubblicità per promuovere l'adesione allo screening presso i cittadini: aderire allo screening può significare salvarsi la vita». Le attività per migliorare i livelli di assistenza in ambito oncologico nell'Asl Napoli Nord sono iniziate con l'accreditamento del Registro tumori per poi proseguire con la riorganizzazione degli screening per colon retto, mammella e utero. Potenziata anche la rete diagnostica con l'acquisto di nuove tecnologie, l'assunzione di personale di supporto (soprattutto specialisti ambulatoriali) e infine la sigla dell'accordo col Pascale inerente i protocolli diagnostico-terapeutici da attuare per il tumore del colon retto.

e.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Già tre decessi a gennaio: in tutto il 2017 una sola vittima

## Meningite in Campania record di morti in un mese

L'ultimo caso una donna di 60 anni  
Gli esperti: fondamentale proteggere  
i bambini con il siero tetravalente

**Ettore Mautone**

**U**n altro decesso per meningite, il terzo da meningococco registrato in Campania dall'inizio dell'anno (l'anno scorso se ne registrò uno soltanto). È morta nella notte tra mercoledì e giovedì la donna di 60 anni di Torre del Greco giunta in condizioni disperate la sera del 24 gennaio al pronto soccorso del Cotugno. La paziente, che accusava febbre e mal di testa, con l'aggravarsi dei sintomi è stata trasportata prima al reparto emergenze del Cardarelli e poi,

dopo la diagnosi, trasportata in ambulanza al vicino Cotugno. Le condizioni della paziente sono apparse subito gravissime, anzi drammatiche. Poi il decesso. Gli esperti raccomandano come sia necessario vaccinare i bambini con il siero tetravalente.

**> In Cronaca con Capone**

**La malattia**  
La donna era arrivata al Cotugno in condizioni disperate con febbre e mal di testa

**La diffusione**  
La principale causa di contagio è rappresentata dai portatori sani. Soltanto in casi rari la meningite si trasmette attraverso le persone già ammalate



**PER  
INFORMAZIONI E  
PROFILASSI  
SULLA  
MENINGITE**



La sanità, l'allarme

# Meningite, c'è una terza vittima gennaio nero: record in Campania

Morta una 60enne di Torre del Greco. Sei i casi di meningococco accertati

Ettore Mautone

Un altro decesso per meningite, il terzo da meningococco registrato in Campania dall'inizio dell'anno. È morta nella notte tra mercoledì e giovedì la donna di 60 anni di Torre del Greco giunta in condizioni disperate la sera del 24 gennaio al pronto soccorso del Cotugno. La paziente, che accusava febbre e mal di testa, con l'aggravarsi dei sintomi è stata trasportata prima al reparto emergenze del Cardarelli e poi, dopo la diagnosi, trasportata in ambulanza al vicino Cotugno. Le condizioni della paziente sono apparse subito gravissime, anzi drammatiche. Era infatti già in corso la cosiddetta Cid (Coagulazione intravasale disseminata) fase terminale e spesso irreversibile della sepsi, ossia della diffusione nel sangue delle tossine batteriche.

Viste le condizioni di coagulazione totalmente compromesse, non è stato possibile effettuare il prelievo di sangue. Per le analisi di laboratorio, necessarie a individuare la causa dell'infezione, è stato utilizzato un campione di urina. Meningococco di ceppo Y il responso. Si tratta del primo caso di questo tipo nel 2018 (tuttavia riscontrato molto frequentemente negli anni scorsi in Campania).

«Nessun allarme - sottolinea Carlo Tascini, primario dell'unità di emergenze infettivologiche a indirizzo neurologico del Cotugno - ogni anno registriamo circa 25 casi, (30 nel 2016 e 18 lo scorso anno in entrambi i casi con un solo morto). Solitamente la concentrazione maggiore è nei mesi invernali, tra gennaio, febbraio e marzo. Dei 6 già avvenuti quest'anno (due dovuti al ceppo C, uno a quello B, due all'Y e uno al W135) quelli mortali sono stati causati anche da tipi (co-

me quello Y) solitamente benigni laddove i più aggressivi sono CeW.

Negli altri anni la mortalità è stata piuttosto bassa - continua Tascini - anche grazie ai particolari protocolli che adottiamo in questo ospedale e alla lunga esperienza del mio gruppo di clinici. Ma senza dubbio va tenuta

alta la guardia, soprattutto agendo sulla leva della prevenzione e dunque con la vaccinazione. Va detto - conclude l'infettivologo - che la meningite è una malattia rara ma molto pericolosa, in quanto in alcuni casi è mortale e perché può presentarsi in forme fulminanti che, nell'arco di poche ore, evolvono verso la morte. L'indicazione, considerando la variabilità dei ceppi che circolano in Campania (a differenza del picco epidemico registrato in Toscana dovuto al ceppo C) è di effettuare la vaccinazione tetravalente che copre C, A, Y e W, tra l'altro offerta gratuitamente in Campania».

Una vaccinazione praticabile a partire dal tredicesimo mese di vita a cui va aggiunta quella contro il ceppo B che poi va ripetuta con secondo e terzo richiamo a distanza rispettivamente di un anno e di 5 anni.

Ma come si contrae la meningite?

Il meningococco alberga nelle alte vie respiratorie (naso e gola), spesso di portatori sani e asintomatici (2-30% della popolazione). Una presenza che non è correlata a un aumento del rischio di meningite. Si trasmette da persona a persona attraverso le secrezioni respiratorie. Ma la principale causa di contagio è rappresentata dai portatori sani. Solo in pochi casi si trasmette da persone affette dalla malattia. Il meningococco inoltre è piuttosto labile nell'ambiente e per liberarsene basta aerare a lungo i luoghi in cui si soggiorna. Fuori dell'organismo sopravvive solo per pochi minuti.

Esistono 13 diversi sierogruppi di meningococco, ma solo sei causano meningite e altre malattie gravi: più frequentemente A, B, C, Y e W135 e molto più raramente, in Africa, quello X. In Italia e in Europa, i sierogruppi B e C sono i più frequenti ma in Campania circolano tutti. I sintomi sono identici a quelli delle altre meningiti batteriche: febbre, mal di testa e rigidità nucale e disorientamento. Ma nel 10-20% dei casi la malattia è rapida e acuta, con un decorso fulminante. I malati di meningite o altre forme gravi sono considerati contagiosi per circa 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica specifica.

Il meningococco può tuttavia dare origine a focolai epidemici. Per limitare il rischio è importante intervenire sui contatti stretti (conviventi, la stessa classe, la stessa stanza) che abbiano condiviso baci, stoviglie, spazzolini da denti, giocattoli. Devono seguire la profilassi ed essere preferibilmente vaccinati anche i sanitari direttamente esposti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

26/1/2018

Schizofrenia sotto controllo in quattro mosse. "Cure innovative e assistenza: guarire oggi si può"

## quotidianosanita.it

Giovedì 25 GENNAIO 2018

## Schizofrenia sotto controllo in quattro mosse. "Cure innovative e assistenza: guarire oggi si può"

**Questi nuovi approcci, che includono sia trattamenti farmacologici (come i farmaci long-acting) che interventi psicosociali, hanno consentito di ridurre in maniera sostanziale l'impatto a lungo termine della schizofrenia sulla vita della persona. Infatti, con adeguate strategie terapeutiche, oggi la guarigione dalla schizofrenia è ritenuta possibile. Se ne parla al congresso nazionale della Società Italiana di Psichiatria Sociale, che si apre oggi a Napoli.**

Interventi psicoeducativi familiari e di *social skills training*; psicoterapia cognitivo-comportamentale e *cognitive remediation*. Sono questi i quattro punti chiave per affrontare le problematiche di chi soffre di schizofrenia, un disturbo mentale grave, caratterizzato da un esordio acuto o insidioso, che si manifesta spesso in giovane età, con un tasso di mortalità di 2,5 volte maggiore rispetto a quello della popolazione generale, con un rischio di suicidio intorno al 10%. La schizofrenia colpisce 1 persona su 100 e si stima che in Italia circa 300 mila persone siano affette da questo disturbo, per un costo complessivo di 2,7 miliardi di euro, pari a circa il 2,3% dell'intera spesa sanitaria. Un impatto economico dovuto sia ai costi diretti, cioè i costi legati alle cure, ai ricoveri e ai servizi residenziali offerti, che a quelli indiretti, tra cui la perdita di produttività dei pazienti e dei loro familiari.

Ma con i nuovi approcci terapeutici si potrebbero risparmiare almeno 90 milioni di euro in 5 anni. Approcci che includono sia trattamenti farmacologici (come i farmaci *long-acting*) che interventi psicosociali, e che consentono di ridurre in maniera sostanziale l'impatto a lungo termine della schizofrenia sulla vita della persona. Infatti, se vengono adottate adeguate strategie terapeutiche, oggi la guarigione dalla schizofrenia è ritenuta possibile.

Lo dimostrano i risultati del recente studio multicentrico del Network Italiano per la Ricerca sulle Psicosi, coordinato da **Mario Maj** del Primo Policlinico Universitario di Napoli, pubblicati su *World Psychiatry*. Ulteriori dati sono in attesa di pubblicazione su *Jama Psychiatry*. La cura e la gestione della schizofrenia è uno degli argomenti al centro dei lavori del congresso nazionale della Società Italiana di Psichiatria Sociale, che si apre oggi a Napoli, dal titolo "Le nuove frontiere della psichiatria sociale: clinica, public health e neuroscienze".

"Negli ultimi anni – spiega **Andrea Fiorillo**, professore associato di Psichiatria all'Università Vanvitelli di Napoli e responsabile scientifico del Congresso – sono stati oggetto di studio alcuni approcci psicosociali volti a migliorare gli stili di vita dei pazienti con schizofrenia, da affiancare alla terapia farmacologica. Infatti, sebbene il trattamento dei disturbi psicotici sia di gran lunga migliorato con l'introduzione dei farmaci antipsicotici di prima e di seconda generazione, alcuni sintomi della schizofrenia sono resistenti al trattamento farmacologico e necessitano di terapie psicosociali in associazione. Si tratta di interventi psicoeducativi familiari; di interventi di *social skills training*; di psicoterapia cognitivo-comportamentale e di *cognitive remediation*".

"Ma vediamo nel dettaglio. Ad esempio – continua Fiorillo – la psicoterapia cognitivo-comportamentale (un approccio nato tra gli anni Sessanta e Settanta partendo dalle teorie comportamentali di **Pavlov** e dalla valutazione di pensieri, emozioni e memorie del paziente) riduce l'intensità dei sintomi psicotici persistenti quando associata alla terapia farmacologica. L'intervento psicoeducativo familiare è la terapia psicosociale più efficace per ridurre il numero e la durata dei ricoveri dei pazienti con schizofrenia, e si è dimostrato efficace anche nel migliorare il clima familiare e la qualità di vita di tutto il nucleo familiare".

Inoltre, in molti pazienti con schizofrenia, la riduzione della qualità di vita e del funzionamento psicosociale è dovuta anche alla persistenza di sintomi quali mancanza di interessi e di piacere, tristezza e scarsa autostima. "L'intervento di *social skills training* – aggiunge Fiorillo – tende a migliorare le prestazioni sociali del paziente tramite l'identificazione e la risoluzione dei problemi della vita quotidiana (ad esempio, problemi sul lavoro, nella

26/1/2018

Schizofrenia sotto controllo in quattro mosse. "Cure innovative e assistenza: guarire oggi si può"

relazioni sociali o in quelle affettive). La *cognitive remediation*, o terapia di rimedio cognitivo, ha come obiettivo il miglioramento dei processi cognitivi (attenzione, memoria, funzioni esecutive, intelligenza sociale e metacognizione), che sono frequentemente compromessi nei pazienti con schizofrenia".

**Il deficit neurocognitivo e l'aumento della mortalità**

Come dimostrato dai risultati del recente studio multicentrico del Network Italiano per la Ricerca sulle Psicosi, coordinato da Maj, la presenza di deficit neurocognitivi rappresenta il fattore che influenza maggiormente il funzionamento sociale dei pazienti con schizofrenia nella vita reale. Non bisogna dimenticare inoltre che, secondo stime recenti, i pazienti con schizofrenia hanno un'aspettativa di vita di circa 20 anni inferiore rispetto alla popolazione generale.

"Questa mortalità precoce – spiega ancora Fiorillo – è dovuta all'interazione di vari fattori sociali, individuali e legati alla patologia in sé. Tra questi, un ruolo fondamentale è svolto dagli stili di vita non salutari, come il tabagismo, l'obesità, una vita sedentaria, l'abuso di alcool o droghe, i comportamenti sessuali promiscui. Pertanto, per fronteggiare il maggiore tasso di mortalità dei pazienti con schizofrenia, il Dipartimento di Psichiatria dell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli", diretto da Mario Maj, sta attualmente coordinando un progetto multicentrico volto a sviluppare e validare un nuovo intervento psicoeducazionale di gruppo orientato per migliorare gli stili di vita non salutari dei pazienti e migliorarne l'aspettativa di vita".

Purtroppo, questi interventi (benché di provata efficacia) sono disponibili solo raramente nei servizi di salute mentale italiani. Un trattamento integrato, che includa interventi farmacologici e psicosociali, è applicato solo in meno del 30% dei pazienti e, nella maggior parte dei casi, consiste in interventi non personalizzati sulla base dei bisogni espressi dai singoli pazienti.

26/1/2018

Responsabilità medica in équipe: secondo la Cassazione si deve verificare il ruolo di ogni sanitario

# quotidianosanita.it

Giovedì 25 GENNAIO 2018

## Responsabilità medica in équipe: secondo la Cassazione si deve verificare il ruolo di ogni sanitario

**Secondo la Corte di Cassazione (sentenza 2354/2018) la responsabilità penale per errore medico altrui è subordinata alla verifica del ruolo svolto da ciascun sanitario, guardandosi bene dal ritenere a priori una responsabilità del gruppo. Esclusi invece i profili civilistici di responsabilità. [LA SENTENZA.](#)**

Per stabilire la responsabilità penale di ciascun medico che fa parte di un'équipe nel caso di esito infausto di un trattamento sanitario, secondo la Cassazione (sentenza 2354/2018) è necessario verificare la condotta ogni sanitario nel caso, altrimenti si passerebbe dalla responsabilità soggettiva a quella oggettiva.

### Il fatto

Un medico è stato imputato di omicidio colposo per l'accusa, assieme a un altro sanitario, di non aver richiesto una Tac di controllo. Avrebbe in questo modo sottovalutato un nuovo sanguinamento del paziente che si è rivelato poi essere la causa prima del decesso di questo.

### La sentenza

**La Corte si sofferma nel suo giudizio sul principio di affidamento negli interventi affidati a più medici, anche se con l'analisi di atti medici successivi.**

**Il principio vale se una pluralità di soggetti opera a tutela di uno stesso bene giuridico sulla base di precisi doveri suddivisi tra loro.** Una situazione in cui è opportuno che ogni attore abbia la possibilità di concentrarsi sui compiti affidatigli, confidando sulla professionalità degli altri.

Il principio di affidamento, quindi, è "limite all'obbligo di diligenza gravante su ogni titolare della posizione di garanzia".

Ma va "contemperato con l'obbligo di garanzia verso il paziente che è a carico ... di tutti i sanitari che partecipano contestualmente o successivamente all'intervento terapeutico" perché, se ci si limitasse alla sua applicazione, ogni operatore si sentirebbe legittimato a disinteressarsi del tutto dell'operato altrui, con tutti i rischi che ne conseguono, specie in ragione dei difetti di coordinamento tra i medici.

**La Cassazione quindi stabilisce che il riconoscimento della responsabilità per errore medico altrui richiede la verifica del ruolo svolto da ciascun sanitario dell'équipe.** Non è consentito, invece, ritenere a priori l'esistenza di una responsabilità del gruppo, in base a un ragionamento fondato su principi non dimostrati e, quindi, arbitrari.

"L'iter motivazionale è – spiega la sentenza - coerente con il principio, correttamente richiamato dal giudice di merito secondo il quale nella ipotesi, come quella in esame, in cui il trattamento sanitario affidato ad una pluralità di medici, sia pure in forma diacronica attraverso atti medici successivi, sfoci in un esito infausto, ciò che rileva, ai fini della individuazione della penale responsabilità di ciascuno di essi, è la verifica della incidenza della condotta di ciascuno sull'evento lesivo, sconfinando altrimenti la valutazione nel campo della responsabilità oggettiva.

**In tale situazione vige il principio di affidamento,** che trova applicazione in ogni situazione in cui una pluralità di soggetti si trovi ad operare a tutela di un medesimo bene giuridico sulla base di precisi doveri suddivisi tra loro. In questa situazione è opportuno che ogni partecipante abbia la possibilità di concentrarsi sui compiti affidatigli, confidando sulla professionalità degli altri, della cui condotta colposa, poi, non può essere chiamato di norma a rispondere. Così configurato il principio di affidamento funge da limite all'obbligo di diligenza gravante su ogni

26/1/2018

Responsabilità medica in équipe: secondo la Cassazione si deve verificare il ruolo di ogni sanitario

titolare della posizione di garanzia Si tratta di un tema molto delicato perché tale principio va contemperato con l'obbligo di garanzia verso il paziente che è a carico del sanitario (di tutti i sanitari che partecipano contestualmente o successivamente all'intervento terapeutico).

E' evidente infatti che la mera applicazione del principio di affidamento consentirebbe ad ogni operatore di disinteressarsi completamente dell'operato altrui, con i conseguenti rischi legati a possibili difetti di coordinamento tra i vari operatori.

Il riconoscimento della responsabilità per l'errore altrui non è, conseguentemente, illimitato e, per quanto qui rileva, richiede la verifica del ruolo svolto da ciascun medico dell'équipe, non essendo consentito ritenere una responsabilità di gruppo in base a un ragionamento aprioristico.

Tale verifica, per quanto sopra esposto in fatto, è stata compiuta dalla Corte di appello e la sentenza non merita censura".

**Infine la Corte ha escluso la rilevanza nel caso in cui il medico sottoponga il paziente stesso a un trattamento chirurgico diverso da quello "in relazione al quale era stato prestato il consenso informato e tale intervento, eseguito correttamente, si sia concluso con esito fausto, nel senso che ne è derivato un apprezzabile miglioramento delle condizioni di salute, in riferimento alle eventuali alternative ipotizzabili e senza che vi fossero indicazioni contrarie da parte del paziente medesimo, tale condotta è priva di rilevanza penale, tanto sotto il profilo del reato di lesioni volontarie, che sotto quello del reato di violenza privata".**

**Secondo la Corte** "il giudizio sulla sussistenza della colpa non presenta differenze di sorta a seconda che vi sia stato o no il consenso informato del paziente. Con la importante precisazione che non è di regola possibile fondare la colpa sulla mancanza di consenso, perché l'obbligo di acquisire il consenso informato non integra una regola cautelare la cui inosservanza influisce sulla colpevolezza: infatti, l'acquisizione del consenso non è preordinata (in linea generale) a evitare fatti dannosi prevedibili (ed evitabili), ma a tutelare il diritto alla salute e, soprattutto, il diritto alla scelta consapevole in relazione agli eventuali danni che possano derivare dalla scelta terapeutica in attuazione di una norma costituzionale (art. 32, comma 2)".

**Quindi la decisione "presenta un vizio che ne impone l'annullamento con specifico riguardo ai profili civilistici:** il giudice di appello, infatti, pur avendo derubricato l'originaria contestazione, e in tale prospettiva comunque limitato l'ambito dei profili di colpa addebitati infine all'imputato, si è limitata a confermare le statuizioni civilistiche adottate in primo grado nei confronti dell'imputato.

E' evidente l'erroneità di tale determinazione, non solo non supportata da adeguata spiegazione, ma comunque concettualmente incompatibile con l'evidenziata derubricazione".

26/1/2018

Dal direttore sanitario obbligatorio al contributo extra per l'Enpam. Tutte le novità per l'odontoiatria

# quotidianosanita.it

Giovedì 25 GENNAIO 2018

## Dal direttore sanitario obbligatorio al contributo extra per l'Enpam. Tutte le novità per l'odontoiatria

***Da quest'anno in pista numerose innovazioni nel settore, frutto di altrettante norme approvate dal Parlamento nel corso della legislatura, molte proprio lo scorso anno. Ecco un quadro delle principali incombenze e opportunità per dentisti e società***

Direttore sanitario obbligatorio a carico delle società operanti nel settore odontoiatrico e contributo extra che le stesse dovranno versare all'Enpam. Inoltre riforma delle norme relative all'esercizio abusivo della professione, deducibilità fino a 10.000 euro per i corsi di formazione a carico del dentista e super-ammortamento utilizzabile anche dagli odontoiatri liberi professionisti.

**Queste sono alcune delle disposizioni approvate dal Parlamento nel corso di questa legislatura e che andranno ad impattare sensibilmente sul settore odontoiatrico italiano.**

Infatti la legge sulla concorrenza da poco approvata ha chiarito che l'esercizio dell'attività odontoiatrica è consentita alle società operanti nel settore, le cui strutture siano dotate di un direttore sanitario iscritto all'albo degli odontoiatri e all'interno delle quali le prestazioni siano erogate dai soggetti in possesso dei titoli abilitanti.

Infatti, come hanno sottolineato le associazioni di rappresentanza del settore, fino a quel momento le strutture territoriali avevano la possibilità di operare senza avere un direttore sanitario responsabile delle operazioni.

**Inoltre, grazie alla legge, ogni struttura sanitaria polispecialistica presso la quale è presente un ambulatorio odontoiatrico avrà l'obbligo di nominare un professionista responsabile** e il mancato rispetto di tale vincolo comporterà la sospensione delle attività della struttura secondo le modalità definite con apposito decreto del Ministro della salute che, allo stato attuale, non è stato ancora varato. Inoltre, rimando sempre in tema, non sarà possibile affidare al responsabile di una struttura le incombenze delle operazioni di un altro centro poiché le nomine non saranno cumulabili.

Quindi ogni società che fornirà servizi nel settore in questione avrà un responsabile che lavorerà esclusivamente per quel centro.

**Importante, poi, anche l'intervento normativo in materia fiscale realizzato durante la discussione dell'ultima legge di bilancio.** Infatti le società operanti nel settore odontoiatrico avranno l'obbligo di versare un contributo pari allo 0,5 per cento del fatturato annuo alla gestione 'Quota B' del Fondo di previdenza generale dell'Ente nazionale previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri (Enpam), entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello della chiusura dell'esercizio. Il legislatore ha così sancito un principio, oggi valido solo per il settore odontoiatrico, secondo il quale tutte le prestazioni effettuate e quindi tutti gli introiti ottenuti esercitando la professione, debbano prevedere un contributo previdenziale. Da segnalare che il contributo è previsto solo sul fatturato e non sull'utile maturato.

**La legge sul lavoro autonomo, invece, ha accordato una deducibilità integrale fino a 10.000 euro annui** per le spese sostenute dal professionista per la partecipazione a convegni, congressi, corsi di aggiornamento professionale e relativi costi di soggiorno e viaggio.

Tra gli interventi più attesi vi è l'inasprimento delle norme in materia di esercizio abusivo della professione sanitaria approvate attraverso la legge **Lorenzin**.

26/1/2018

Dal direttore sanitario obbligatorio al contributo extra per l'Enpam. Tutte le novità per l'odontoiatria

**Secondo un Rapporto Eures/Fnomceo si stimano oltre 60.000 abusivi nel settore sanitario** e, solo in ambito odontoiatrico, si ipotizzano circa 15.000 operatori che, lavorando in nero, oltre ad attuare una sleale politica sui prezzi, potrebbero recare danni ai pazienti non avendo i titoli per operare.

La riforma, sostenuta dal Presidente dell'Andi **Gianfranco Prada**, ha modificato l'art. 348 del codice penale che ha aumentato la reclusione da sei mesi a tre anni per chi esercita abusivamente. Previste anche sanzioni pecuniarie con multe che passano dagli inefficaci 500 euro fino ad un massimo di 50mila euro.

Inoltre, per debellare alla radice il fenomeno, è stata introdotta la pubblicazione della sentenza e la confisca delle cose che servirono o furono destinate a commettere il reato. La disposizione si è occupata, infine, anche di chi ha determinato altri a esercitare una professione in maniera abusiva e di chi ha diretto l'attività delle persone che sono concorse nel reato, prevedendo, per tali soggetti, la reclusione da uno a cinque anni e la multa da 15mila a 75mila euro.

**Interessante, infine, nell'ambito del programma Industria 4.0 elaborato dal Ministro Calenda**, la possibilità a favore dei liberi professionisti tra cui i dentisti di utilizzare il cosiddetto super ammortamento che consentirà di aumentare fino al 30%, ai fini della detrazione fiscale, il costo del bene o strumento a uso durevole acquistato.

**Pasquale Quaranta**

**SALUTE** A Pozzuoli la ricerca su una tecnica che consente interventi più tempestivi

## Tumori, diagnosi precoce con la biopsia liquida

**POZZUOLI.** È stata svolta a Pozzuoli, presso l'Istituto di scienze applicate e sistemi intelligenti del Consiglio nazionale delle ricerche (Isasi-Cnr) in collaborazione con il Consorzio Ceinge-biotecnologie avanzate, di cui fa parte l'Università di Napoli Federico II, una ricerca che svela una nuova e originale tecnica applicabile all'identificazione delle Cte (Circulating Tumor Cells), cellule estranee circolanti all'interno del flusso sanguigno. Sappiamo infatti quanto una diagnosi precoce di malattie tumorali sia importante, poiché un intervento tempestivo aumenta sensibilmente le probabilità di guarigione. La ricerca, condotta da un team di giovani ricercatori e pubblicata sulla rivista *Light: Science and Applications*, attraverso i suoi risultati dimostra la possibilità di effettuare una cito-tomografia in flusso su campioni liquidi

su tecnologia microfluidica.

«Questa nuova tecnica di tipo interferometrico, basata sull'olografia digitale, consente di analizzare anche milioni di cellule mentre scorrono in un canale microfluidico fornendo parametri quali l'emoglobina, al pari del classico emocromo. Inoltre è in grado di analizzare ogni singola cellula praticamente in tempo reale, ricostruendone l'immagine tridimensionale con una accuratezza senza precedenti - spiegano gli autori Francesco Merola, Lisa Miccio, Pasquale Memmolo e Martina Mugnano di Isasi-Cnr - . In questo modo è possibile identificare cellule rare, sintomo precoce di eventuali patologie, che passerebbero inosservate a un'analisi tradizionale. La chiave della tecnica sta nello sfruttare la rotazione di 360° delle cellule mentre scorrono nel canale, questo ci consente di ricostruire la struttura tridimensionale di ogni cellula fino a dimensioni di millesimi di millimetro».

Il team interdisciplinare di ricercatori, costituito da fisici, ingegneri, biologi e chimici è giunto ad un risultato dal forte impatto sulla diagnostica oncologica. Questa prima tomografia completa in flusso continuo apre la strada alla possibilità di trovare le cellule tumorali circolanti, primissimo segnale premonitore di metastasi, finora inafferrabile.



26/1/2018

Precari, la circolare Madia «corregge il tiro» dopo la legge di Bilancio | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

25 gen  
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

## Precari, la circolare Madia «corregge il tiro» dopo la legge di Bilancio

di Stefano Simonetti

La ministra per la Funzione pubblica ha diramato una nuova circolare con indirizzi operativi sulle stabilizzazioni del personale precario (circolare n. 1 del 9 gennaio 2018). Il documento segue e integra la precedente circolare 3/2017 e in alcuni punti la rivisita alla luce delle norme nel frattempo introdotte dalla legge 205/2017, cioè dalla legge di Bilancio per il 2018. In realtà non viene aggiunto nulla a quanto già si sapesse e sembra quasi un contraltare rispetto a quella di due mesi fa: la prima andava ben oltre le norme allora vigenti mentre la seconda non rileva quasi in nulla.



Ricordiamo cosa accadde a novembre. Nel dettare numerosi indirizzi operativi per l'applicazione del decreto 75/2017 – ma limitatamente al solo art. 20 – la circolare esorbitava dalla funzione di indirizzo per cambiare letteralmente alcune norme o, quantomeno, per darne una lettura praeter legem. La più importante era senz'altro l'estensione della stabilizzazione ai medici che, quali dirigenti, erano esclusi dalla portata dell'art. 20, comma 11. Ma, in ogni caso, la circolare Madia aveva superato di slancio i contenuti del decreto delegato almeno in altri tre altri punti: nel comma 1 dell'art. 20 si faceva rientrare nel "servizio" anche diverse tipologie di lavoro flessibile (pag. 4); si derogava alla sterilizzazione dei fondi per l'accessorio di cui all'art. 23, c. 2 (pag. 6); si ricomprendeva nel lavoro flessibile anche gli assegnisti di ricerca (pag. 8). Un particolare curioso - o inquietante secondo il punto di vista - è che la circolare di cui si parla, che forzava le norme di legge in ben quattro punti, è stata diramata il 23 novembre 2017 ma è stata registrata dalla Corte dei conti soltanto il 16 gennaio 2018 (Reg.ne - Prev. n. 86) addirittura dopo l'emanazione della seconda circolare in materia. C'è davvero da chiedersi quale sia l'utilità di tale registrazione visto i contenuti della direttiva e i loro effetti erano già a conoscenza di tutti gli addetti ai lavori. Le quattro "forzature" di cui sopra sono state ora ricomposte, ma non del tutto. Infatti per la stabilizzazione dei medici si prende atto del comma 813 della legge 205/2017 (successiva alla circolare!) e per i titolari di assegni di ricerca parimenti si ricorda il sopravvenuto comma 669 della medesima legge 205. In entrambi i casi la odierna circolare non si perde in spiegazioni – e meno che mai in scuse – ma è chiaro che si tratta di un vero e proprio autodafé che riconosce che una circolare non può modificare la legge: l'aveva anticipata, ma ovviamente è tutta un'altra cosa. Riguardo agli altri due casi, invece, siamo di fronte a due conclusioni diametralmente opposte. Gli incrementi dei fondi accessori non sono praticabili (e appare evidente la mano del Mef sulla decisione) e la circolare 1/2018 se la cava dicendo che "le indicazioni contenute nella circolare si intendono modificate nel senso che .....". Per ciò che concerne, al contrario, la valutazione della tipologia di servizio da prendere come requisito "resta confermato" quanto già chiarito nel paragrafo 3.2.1 che leggeva in senso ampio la locuzione "servizio" contenuta nella lettera c) dell'art. 20, comma 1 negando l'evidenza, visto che sia alla lettera a) che alla lettera b) si individua espressamente il solo contratto a tempo determinato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

26/1/2018

Dalla Corte Europea un sì ai rimborsi agli ex specializzandi | Sanità24 - Il Sole 24 Ore



Sanità24

25 gen  
2018SEGNALIBRO | ☆  
FACEBOOK | f  
TWITTER | t

SENTENZE

## Dalla Corte Europea un sì ai rimborsi agli ex specializzandi

di Claudio Testuzza

Mentre anche l'ultimo disegno di legge (A.S. 2400), il quarto in ordine di tempo, per una soluzione politica/transattiva si è spento in Senato, la questione ex-specializzandi torna ancora una volta a battere cassa, e ancora una volta attraverso una sentenza europea. La Corte di giustizia Ue ha ribadito il diritto dei medici ex specializzandi, a tempo pieno o a tempo ridotto, a partire dal 1982 quando venne emanata la prima direttiva Ue di essere «adeguatamente remunerati». Questo perché la direttiva 82/76/cee produce i suoi effetti dal momento della sua emanazione e non da quello del suo recepimento nell'ordinamento nazionale. Lo ha previsto una sentenza della Corte di giustizia europea emanata il 24 gennaio 2018.



Se infatti, entro il 31 dicembre 1982, gli Stati dovevano quantificare, con legge nazionale, l'entità della remunerazione, l'Italia vi ha provveduto con quasi 9 anni di ritardo

Tra il 2001 e il 2003, alcuni medici si erano rivolti al Tribunale di Palermo chiedendo la condanna dell'Università degli Studi di Palermo e dello Stato italiano al pagamento di una remunerazione appropriata per i corsi di specializzazione da loro seguiti tra il 1982 e il 1990, o quantomeno al risarcimento dei danni per la mancata trasposizione della direttiva.

Quei medici - ricorda una nota della Corte Ue - hanno perso la causa in primo grado. Nel 2012, invece, la Corte di appello di Palermo ha condannato lo Stato italiano a pagare a ciascuno di loro un risarcimento per la mancata remunerazione durante la specialità. La Corte di Cassazione, adita dallo Stato italiano, che ha impugnato la sentenza d'appello, ha sospeso il procedimento e si è rivolta, in via pregiudiziale, alla Corte di giustizia europea chiedendo di interpretare la direttiva. Con la sentenza C-616/16 e C-617/16 la Corte ha affermato, innanzitutto, che la direttiva si applica a tutti i corsi di formazione specialistica, a tempo pieno o a tempo ridotto, iniziati a partire dal 1982, anno di emanazione della direttiva stessa. Tali formazioni specialistiche, quindi, devono essere adeguatamente remunerate, a condizione che si tratti di una specialità comune a tutti gli Stati membri oppure comune a due o più Stati membri e menzionata dalla direttiva sul mutuo riconoscimento dei titoli di studio. In secondo luogo, la Corte ha stabilito, inoltre, che l'obbligo di remunerazione sorge immediatamente con la direttiva, a prescindere dal suo recepimento nel diritto nazionale. Quindi se, come è accaduto in Italia, mancano le norme interne di trasposizione, la quantificazione della remunerazione agli specializzandi va effettuata dal giudice mediante l'interpretazione di altre norme del diritto nazionale. Se ciò non è possibile, e sarà il giudice nazionale a stabilirlo, allora il mancato recepimento della direttiva deve essere considerato come un inadempimento dello Stato, che comporta a suo carico l'obbligo di risarcire i singoli soggetti danneggiati. Il risarcimento dovrebbe essere quantomeno pari alla remunerazione prevista dalla successiva normativa di trasposizione della direttiva, fatta salva la possibilità per i medici interessati di provare danni ulteriori per non avere potuto beneficiare della remunerazione nei giusti tempi.

La Corte ha anche, tuttavia, precisato che, per i medici che abbiano seguito, a tempo pieno o a tempo ridotto, dei corsi di specializzazione "a cavallo" del 31 dicembre 1982, il diritto alla retribuzione sorge solo a partire dal giorno successivo a tale data, quindi dal 1° gennaio 1983. La stessa direttiva, infatti, aveva, infatti, previsto che, sino al 31 dicembre 1982, gli Stati membri avessero il tempo di adeguarsi. A questo punto lo

26/1/2018

Dalla Corte Europea un sì ai rimborsi agli ex specializzandi | Sanità24 - Il Sole 24 Ore

Stato italiano, che ha già pagato circa 600 milioni ai medici ricorrenti, rischia un esborso di più di cinque miliardi di euro essendo oltre 100 mila i medici che hanno già avanzato ricorso, su una platea di circa 160 mila specialisti che non hanno ricevuto il corretto trattamento economico durante la scuola di specializzazione frequentata fra il 1983 e il 2006.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

[Privacy policy](#) | [Informativa estesa sull'utilizzo dei cookie](#) | ISSN 2499-6299

## Nella biofabbrica dei cloni che vogliono salvare i diabetici

Cesare Galli lavora a Cremona ed è il massimo esperto italiano di organismi fotocopia  
"I maiali forniranno le cellule del pancreas agli umani: i primi test tra un anno"

Vogliamo utilizzare dagli animali anche organi salvavita come il rene e il cuore ma ci sono ancora problemi da superare

### il caso

VALENTINA ARCOVIO

**S**e è vero che siamo vicini alla possibilità di clonare gli esseri umani, almeno tecnicamente, è altrettanto vero che un mondo di «copie» create in laboratorio, oltre che inutile, avrebbe conseguenze apocalittiche.

Con la fine della variabilità genetica umana la nostra stessa specie alla fine si estinguerebbe. Tuttavia, l'idea di clonare in laboratorio parti di esseri umani da utilizzare come «pezzi di ricambio», quando qualcosa negli originali non va, ha sfiorato molti gruppi di ricerca. Ma ogni tentativo è fallito. «Per primi ci hanno provato i giapponesi», dice Cesare Galli, massimo esperto italiano in clonazione e uno degli scienziati che ha lavorato con il «papà» della pecora Dolly, Ian Wilmut. «I ricercatori hanno provato a inserire cellule umane in embrioni di animali clonati in modo da ottenere un pancreas a tutti gli effetti compatibile con gli umani. Ma questo mix di cellule umane e cellule animali - continua - ha prodotto chimere

che non hanno portato allo sviluppo dell'organo». Ci hanno provato anche negli Usa, ma il risultato è stato lo stesso. «Il problema è che le cellule animali e quelle umane non interagiscono», aggiunge Galli. Un altro vicolo cieco è stato il tentativo di ripopolare con cellule umane organi animali «decellularizzati». «Ci hanno provato in Svezia senza risultati rilevanti».

Rimarrebbe un'ultima strada, eticamente inaccettabile anche per i cinesi smaniosi di raggiungere un altro primato. Ed è quello di clonare esseri umani da «usare» all'occorrenza. Ecco perché la clonazione di animali è considerata l'unica via per esplorare le frontiere di questa tecnologia. Zhong Zhong e Hua Hua, le scimmiette, non sono gli unici animali «fotocopia» al mondo. L'esercito dei cloni è più numeroso. Ci sono cani, tori, cavalli, maiali, pecore e altri ancora. Anche l'Italia vanta un plotone di cloni di tutto rispetto. Anzi, proprio qui, nel campo della clonazione, sono stati raggiunti primati mondiali. Come la creazione del toro Galileo nel 1999 e della cavalla Prometea nel 2003.

La nostra fabbrica di cloni si trova a Cremona, nel laboratorio di Avantea, fondato da Galli. «Si va dai cavalli clonati da "originali" campioni che hanno uno scopo prettamente ludico ai maiali utili per la ricerca di nuove terapie e da utilizzare per ottenere organi da trapiantare in futuro negli esseri umani», sottolinea Galli. Ma quello che lo scienziato e il suo team stanno creando non sono solo «semplici» cloni. Sono maiali

clonati e geneticamente modificati con la tecnica «Crispr», quella dell'editing genetico. «Cerchiamo di creare maiali i cui organi possono essere trapiantati negli umani senza il rischio di rigetto». I primi risultati li vedremo a breve: entro un anno, a Bruxelles, inizierà la prima sperimentazione sull'uomo in Europa di isole pancreatiche prelevate da maiali clonati e geneticamente modificati. «Le isole pancreatiche - precisa Galli - verranno impiantate sottocute in una sorta di scatoletta e dovrebbero aiutare i pazienti diabetici a produrre più insulina». Ma non è che l'inizio. «Vogliamo utilizzare organi "salvavita", come il rene e il cuore, anche se le criticità sono ancora tante». I cloni geneticamente modificati, tuttavia, possono essere utilizzati anche come modelli di malattie per la ricerca. «Per l'Istituto zooprofilattico di Torino abbiamo clonato un maiale con la Sla».

Agli scienziati italiani va riconosciuto un merito doppio, considerato anche il contesto di rigide regole in cui si muovono. «Prima di clonare un animale dobbiamo seguire un iter lunghissimo e non sempre va a buon fine - conclude Galli -. È ovvio che così si disincentiva la ricerca a favore di laboratori che si trovano in altre parti del mondo. In Alabama, per citarne uno, un'azienda ha investito 100 milioni di dollari sugli xenotrapianti. A breve partiranno le prime sperimentazioni su pazienti terminali con reni, fegato, cuore e polmoni dei maiali clonati».

© FOTOCOPIA/ALFREDI BERRIO

## 1997

**l'anno di Dolly**  
Gli scienziati del Roslin Institute di Edimburgo annunciarono la prima clonazione di una pecora solo a 12 mesi di distanza dal test



**Ricercatore**  
Cesare Galli ha lavorato con Ian Wilmut, «padre» della pecora Dolly: oggi dirige un laboratorio specializzato in clonazione a Cremona

### Le creature «made in Italy»



Il toro Galileo è stato clonato nel 1999, mentre nel 2003 è stata la volta della cavalla Prometea: si tratta di due esempi di successo dei laboratori Avantea