



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

2 Agosto 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Bassa riserva ovarica? In alcune donne la causa è genetica

Lo studio pubblicato su JBRA Assisted Reproduction, condotto dal ricercatore e ginecologo Antonio Simone Laganà per l'Università di Palermo.

2 Agosto 2023 - di [Caterina Ganci](#)

Alla base di una **bassa riserva ovarica** presente in alcune donne c'è una **causa genetica**. È quanto emerge da uno studio pubblicato su **JBRA Assisted Reproduction**, condotto dal ricercatore e ginecologo **Antonio Simone Laganà** (*nella foto*) per l'Università di Palermo, in collaborazione con altri medici di una prestigiosa Università brasiliana. È stato messo in luce l'effetto delle **varianti** a singolo nucleotide e TDRD3 sulla riserva ovarica. Il target finale, tra qualche anno, sarà fornire una **medicina di precisione** basando le terapie per infertilità e il loro dosaggio sulla base del corredo genetico della paziente.

La causa di una bassa riserva ovarica, in alcune donne, è genetica. È quanto emerge dallo studio da lei condotto. Questo significa che in futuro ci sarà un nuovo approccio farmacogenomico?

«Il numero di follicoli presenti nell'ovaio è responsabile della durata della vita riproduttiva e determina l'età in cui una donna entrerà in **menopausa** a causa dell'esaurimento follicolare. Ogni donna possiede un proprio **patrimonio follicolare** ben definito: alla nascita, in genere, contiene intorno a 1-2 milioni di follicoli, al momento della pubertà questo numero si riduce a circa 300-500 mila follicoli e decresce progressivamente fino quasi ad azzerarsi con l'instaurarsi della menopausa.

Il numero di follicoli, che definisce la riserva ovarica, è per questo motivo già determinato alla nascita e può solo progressivamente decrescere. Per misurare la riserva ovarica oggi abbiamo due strategie: il dosaggio dell'ormone anti-Mülleriano (mediante un prelievo ematico) e la conta dei follicoli antrali (mediante ecografia).

In alcune donne, la riserva ovarica purtroppo si esaurisce precocemente, determinando un quadro di Premature Ovarian Failure (POF) e questo preclude, di fatto, la capacità riproduttiva. In atto gli sforzi dei ricercatori sono mirati a comprendere le cause genetiche che possono sottendere una bassa riserva ovarica. In un recente lavoro pubblicato su JBRA Assisted Reproduction ([CLICCA QUI](#)), ad esempio, abbiamo messo in luce l'effetto delle varianti a **singolo nucleotide** (Single Nucleotide Variants) SYCP2L (rs2153157:G>A) e TDRD3 (rs4886238:G>A) sulla riserva ovarica. Nonostante questi test non siano immediatamente applicabili nella pratica clinica e non siano commercialmente disponibili nei comuni laboratori, i dati possono indirizzare verso futuri orizzonti di **medicina personalizzata** per le pazienti da sottoporre a procreazione medicalmente assistita, modificando la posologia dei farmaci da utilizzare sulla base del corredo genetico della paziente».

Quali sono le principali cause di infertilità?



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

«Tra le più importanti abbiamo quelle **endocrine** (anovulatorietà da causa ipotalamica, ipofisaria, ovarica; alterata funzione del corpo luteo; iperprolattinemia, iperandrogenismo, disfunzioni tiroidee), **tubarico-pelviche** (alterazioni strutturali/morfologiche o ostruzioni delle tube di Falloppio date da cause infettive, endometriosi o aderenze post-chirurgiche), **uterine** (malformazioni uterine, polipi endometriali, miomi, sindromi aderenziali intrauterine, endometrite cronica), **cervicali** (malformazioni, stenosi, alterazioni quantitative/qualitative del muco cervicale), vaginali (malformazioni, vaginismo) ed **esaurimento precoce** della riserva ovarica (per cause genetiche o in seguito a chemio/radioterapia). **Tra le cause maschili** di infertilità abbiamo quelle ormonali (causa ipotalamica, ipofisaria, testicolare), alterata produzione e/o maturazione degli spermatozoi (sterilità secretoria), alterato trasporto degli spermatozoi per cause congenite, infiammatorie o traumatiche (sterilità escretoria) e, infine, come possibile esito in seguito a chemio/radioterapia».

Quando si ricorre alla procreazione medicalmente assistita?

«Il percorso terapeutico della coppia infertile deve rispettare alcuni parametri fondamentali: ripristinare la **fertilità spontanea** ogniqualvolta sia possibile; consigliare un **tempo “di attesa”** (massimo 6-12 mesi) quando la probabilità statistica di un concepimento naturale è ancora relativamente elevata; scegliere il trattamento considerato “ottimale” in base a criteri di minima invasività, gradualità, efficacia e rischi minori; sconsigliare di accedere al percorso terapeutico in presenza di condizioni tali da rendere ogni trattamento oggi disponibile ad elevato rischio di insuccesso.

A quali tecniche si può ricorrere?

Usualmente, in caso di **pervietà tubarica** (verificata solitamente mediante sonoisterosalpingografia, metodica ambulatoriale non invasiva), fattore maschile di grado lieve, buona riserva ovarica si può considerare l'**inseminazione intrauterina** (in genere per 3-6 cicli). Nel caso di occlusione o alterazione tubarica bilaterale, fattore maschile moderato, bassa riserva ovarica, e precedenti cicli di inseminazione intrauterina falliti, si può considerare l'utilizzo della **Fecondazione in Vitro** ed Embryo-Transfer (FIVET). Nel caso in cui ci sia un fattore maschile severo, la tecnica di riferimento è l'**iniezione intracitoplasmatica** dello spermatozoo (ICSI), in cui il biologo seleziona il gamete maschile migliore sulla base delle caratteristiche morfologiche e di motilità, per inserirlo direttamente all'interno dell'ovocita da fecondare. Nel caso in cui la riserva ovarica sia pressoché esaurita, si potrà considerare l'**ovodonazione**, cioè la donazione di ovociti da parte di una donatrice. Parimenti, nel caso in cui il fattore maschile sia particolarmente grave (azoospermia) potrà essere valutata una **biopsia testicolare** per il potenziale recupero degli spermatozoi, oppure la donazione di gamete maschile da parte di un donatore».

Schillaci vede Giorgetti 2,5 miliardi per i medici

Paolo Russo

Il ministro della Salute aveva chiesto 4 miliardi, ma il Mef non ha liquidità sufficiente

Sanità, Giorgetti frena Schillaci a medici e infermieri 2,5 miliardi

IL CASO

PAOLO RUSSO

Mentre i sindacati medici paragonano l'Italia a Grecia e Romania in termini di finanziamenti per la sanità il ministro della salute, Orazio Schillaci, va a far visita al collega dell'Economia, Giancarlo Giorgetti con una lista di interventi irrinunciabili che vale circa 4 miliardi di euro. Il responsabile del Mef ha ascoltato e ammesso che la sanità è una priorità per il governo, ma come confermano voci della maggioranza vicine e via XX settembre, alla fine, il titolare della salute - se tutto - va bene porterà a casa un po' più della metà di quanto richiesto. «Tra i 2,5 e i 3 miliardi», precisa la deputata di FdI, Ylenia Lucaselli, che per la maggioranza segue diversi dossier sanitari.

Giorgetti per ora sta ascoltando le richieste di tutti i ministri. Poi a settembre tirerà le somme stilando un elenco di priorità. E tra queste la sanità c'è, ha assicurato a Schillaci. Ma il quadro macro-economico è quello che è, con il Pil in frenata e i tassi di interesse in salita, con quel che ne consegue in termini di aumento degli oneri per il debito pubblico. Così recuperare l'enorme mole di denaro erosa dall'inflazione, 15 miliardi dal 2021 al 2024, è impossibile. Ma quel che anche per Giorgetti

è irrinunciabile sono gli incentivi a medici e infermieri, sia per arginare la loro fuga dal Servizio sanitario nazionale sia per invogliarli a fare un po' di extra per tagliare le liste di attesa, che finiscono per far rinunciare alle cure 2,5 milioni di italiani ogni anno. L'idea di Schillaci è quella di estendere a tutti i camici bianchi il bonus da 36 euro al mese già elargito ai medici del pronto soccorso, applicando a tutti anche l'aumento da 50 a 80 euro l'ora per le prestazioni aggiuntive che servono a tagliare le liste di attesa. Il tutto per un costo di circa 500 milioni. Ma gli incentivi andranno estesi anche agli infermieri, senza i quali sarà difficile far partire le nuove Case e Ospedali di comunità. Ma per farlo servirebbe più di un miliardo. «Per abbattere le liste di attesa si sta pensando anche di alzare il tetto di spesa per il privato convenzionato che vale 130 milioni ogni 0,1% in più», spiega sempre Lucaselli. E per questo si parla di altri 500 milioni da mettere sul piatto. Il Governo ha poi recentemente fatto slittare al 30 ottobre il payback, un miliardo dovuto dalle imprese produttrici di dispositivi medici a parziale ripiano dello sfioramento di spesa. Soldi che le Regioni hanno da tempo messo in bilancio senza però aver mai incassato un euro. E probabilmente nemmeno lo introiteranno a fine ottobre, per-

ché come rivela la parlamentare di FdI «si sta lavorando per abrogarlo», vista anche la marea di ricorsi presentati dalle aziende. Fatte le somme si arriva a 3 miliardi, il massimo che il Mef sembra disponibile a mettere sul piatto, sempre che il Pil decida di rialzare la testa.

Servono però altri soldi, tanti soldi, per sciogliere i nodi che attanagliano la sanità. Per far funzionare le nuove strutture territoriali Schillaci vuole portare a 38 ore settimanali l'orario degli specialisti ambulatoriali delle Asl, che oggi nel 42% dei casi ne lavorano appena 10. Ma siccome questi sono pagati a ore occorre sborsare molto di più. E un maggior costo lo avrebbe anche il passaggio alla dipendenza dei giovani medici di famiglia, come vorrebbe sempre il Titolare della salute per farli lavorare a tempo pieno nelle Case di comunità, i maxi-ambulatori aperti 7 giorni su 7 e 24h. Per non parlare del fatto che occorrerà trovare circa 2,7 miliardi per finanziare prima il contratto dei medici 2022-24 che deve recuperare l'inflazione, poi quello del restante personale, che come minimo costerà altri 2 miliardi. Insomma di soldi ne servireb-

bero almeno il triplo di quelli che nella più ottimistica ipotesi arriveranno per la sanità. Sempre senza voler calcolare la perdita di potere d'acquisto che non ha risparmiato i bilanci di Asl e Ospedali.

Non a caso il sindacato dei medici ospedalieri Anaa ha parlato ieri di «tutela del diritto alla salute a rischio», facendo poi capire con i numeri quanto ci costerebbe il default del servizio sanitario pubblico: fino a 1.200 euro al giorno per un ricovero nel privato, 395 euro per un controllo cardiologico. Esempi eloquenti di come per il finanziamento della sanità passi la tenuta sociale del Paese. —

**Senza più risorse
per gli ospedalieri
la "tutela del diritto
alle cure è a rischio"**



IL GOVERNATORE BONACCINI (PD)

«Grave colpire la sanità»

di **Monica Guerzoni**

«Per i progetti tolti non ci sono le risorse — dice Bonaccini —. È grave colpire la sanità». alle pagine 2 e 3



Il governatore Bonaccini (Pd) «Per i progetti tolti non ci sono risorse ma solo intenzioni Grave dopo il Covid colpire la sanità»

di **Monica Guerzoni**

ROMA Stefano Bonaccini, il ministro Fitto afferma che non c'è alcun taglio alle risorse del Pnrr. La convince?

«Nella proposta del governo mancano all'appello 16 miliardi. È un fatto. Che poi riescano a trovare coperture diverse è un altro conto. Ma oggi quei soldi non ci sono».

Dove si prenderanno i soldi per rifinanziare i progetti cancellati? Per l'Ufficio parlamentare di Bilancio non è chiaro.

«Confermo, basta leggere il documento redatto dallo stesso governo. A seconda dei casi si parla della prossima programmazione del Fondo di sviluppo e coesione, dei fondi europei, del fondo investimenti della sanità o genericamente di fondi nazionali. Ma nessuna di queste è una copertura finanziaria certa, nella migliore delle ipotesi si tratta di

buone intenzioni».

Le risulta che i vertici Ue siano contenti per la tempistica e le soluzioni individuate dal governo Meloni?

«No, ma non spetta a me parlare per la Commissione europea. Preferisco restare ai fatti e cioè che già alla terza rata abbiamo accumulato ritardi e problemi, mentre la quarta è di là da venire. E non siamo neanche a metà del guado. E a questo punto contano solo gli atti e i fatti concreti, non le parole».

La preoccupa che siano a rischio i fondi per il contrasto al dissesto idrogeologico, vista l'alluvione che ha devastato l'Emilia-Romagna?

«Sono molto preoccupato, perché il Paese sta affrontando un'emergenza continua. Non posso però non apprezzare che Fitto abbia inserito nel documento un'attenzione specifica per i territori dell'Emilia-Romagna colpiti dall'alluvione di maggio. Noi siamo pronti ad avanzare proposte concrete, per spendere senza ritardi le risorse del Pnrr. Ci mettano in condizioni di farlo».

Che impatto avrà la rimodulazione del Piano sulla sa-

nità pubblica?

«Oltre 400 case di comunità e quasi un centinaio di ospedali di comunità in meno, decine di centrali operative territoriali che vengono a mancare. Se metto insieme questi dati ai 4 miliardi di sottofinanziamento del Fondo sanitario nazionale che lo stesso ministro Schillaci riconosce, e ai medici che mancano, mi pare evidente che la sanità pubblica viene tagliata per far posto a quella privata. A quanto pare il Covid non ci ha insegnato niente. Questa a me pare la cosa più grave, perché si sta dicendo ai cittadini di arrangiarsi».

Quanti progetti a cui teneva sono destinati a saltare?

«A una primissima stima, noi vediamo un possibile ammanco per il territorio del-



l'Emilia-Romagna di 700 milioni di euro. Ma posso sbagliarmi per difetto».

Fa bene Schlein a dire a Meloni «se smettete di tagliare noi ci siamo?»

«Assolutamente sì. Il Pnrr non è di una parte politica, ma di tutto il Paese, che ha ricevuto queste risorse dall'Europa per sostenere investimenti e lavoro nella transizione energetica e digitale, per creare i servizi dove mancano, per colmare i divari del Sud ma anche delle aree interne. Rinunciare a queste risorse sarebbe imperdonabile».

Per arrivare all'accordo

con la Ue è necessario che il contrasto all'evasione fiscale resti una priorità, anche nel Pnrr. Il governo sta andando in questa direzione?

«No. Si fa il contrario, riducendo gli obiettivi. E non passa giorno che un ministro non prometta nuovi condoni rispetto ai tanti che hanno già fatto in pochi mesi. Il risultato è che il gettito fiscale è inferiore alle attese e non si riesce a ridurre le tasse sul lavoro».

Cosa pensa del Terzo polo che vota col governo?

«Il governo i numeri in Parlamento li ha già di suo. E tra

l'originale e la copia i cittadini scelgono l'originale. Per questo il consenso della Meloni resta alto a discapito di tutti coloro che si definiscono moderati. È un problema anche per il Pd. Dipende dalle nostre battaglie non consegnare il voto moderato alla destra».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il Terzo polo che vota con il governo? Tra l'originale e la copia i cittadini scelgono il primo. Ma il Pd non consegna il voto moderato alla destra.



Chi è Stefano Bonaccini, 56 anni, presidente della Regione Emilia-Romagna da dicembre 2014



PROPOSTA

Più soldi per la Sanità da scommesse e giochi on line

Approvato in commissione Finanze al Senato il testo presentato da Fratelli d'Italia. Prevista una «tassa di scopo» contro la ludopatia

PIETRO DE LEO

••• Una iniezione di risorse, per il Servizio Sanitario Nazionale, dal comparto del gioco. È questo il senso di un ordine del giorno alla delega fiscale, presentato dal senatore di Fratelli d'Italia Francesco Zaffini (Presidente della Commissione Affari Sociali, Sanità, Lavoro) e approvato in Commissione Finanze di Palazzo Madama qualche giorno fa. Il testo impegna il governo «a prevedere, in sede di attuazione delle deleghe di cui all'articolo 13 (si tratta dell'articolo della delega fiscale che prevede il riordino normativo del settore gioco n.d.r), un incremento delle risorse destinate al finanziamento del SSN mediante un adeguato riordino della disci-

plina delle entrate complessive dall'attività di raccolta del gioco che, in particolare, consegua un aumento dei canoni di concessione, specie dei giochi online, in funzione dei volumi di raccolta delle gio-

cate e delle scommesse e un adeguato contrasto alle forme di gioco attuato mediante utilizzo di criptovalute ovvero altre forme di pagamento non contemplate nei circuiti di controllo esistenti».

In una dichiarazione contestuale alla presentazione dell'ordine del giorno, Zaffini aveva definito l'obiettivo della sua iniziativa come «una sorta di "tassa di scopo" che, oltre a finanziare la sanità pub-

blica, garantirebbe anche una maggiore tracciabilità del gioco e dei giocatori e dunque realizzerebbe un contrasto all'eccesso di ludopatia». E aveva aggiunto: «Se vogliamo guardare verso un futuro con nuove esigenze di cura e assistenza servono più soldi e soprattutto nuove risorse e nuovi investimenti». Spiegata per metafore, dunque, l'idea di Zaffini sarebbe una specie di «fiche, su giocate e scommesse effettuate con strumenti di pagamento elettronico, attualmente non soggette al Preu (prelievo erariale unico n.d.r)».

L'iniziativa di Zaffini ha raccolto un primo plauso dal settore sanitario. È il caso, ad esempio, di Claudio Zanon, direttore scientifico di Motore Sanità, un'associazione che si occupa di approfondire, attraverso eventi informativi, le questioni più complesse che riguardano il sistema della sanità. Secondo Zanon, la linea tracciata da Zaffini è «apprezzabile oltretutto condivisibile».

Allo stato attuale delle cose, infatti, «bisognerebbe anzi pensare concretamente - aggiunge Zanon - alla sostenibilità del nostro Servizio sanitario con nuove fonti di finanziamento anche agendo in maniera illuminata sulla qualificazione della spesa pubblica in Italia».

Ora, dunque, spetta al governo dare sostanza all'impegno assunto con l'accoglimento dell'ordine del giorno. © RIPRODUZIONE RISERVATA

Tracciabilità

Oltre a finanziare il servizio sanitario pubblico l'imposta consentirebbe di contrastare gli eccessi

Vincite elettroniche

Attualmente non sono soggette al Preu, il prelievo erariale unico sulle giocate effettuate al computer



Ora la Barbie
è pure una terapia
per l'Alzheimer

Caperna a pagina 18

«Barbie terapia» nella Rsa per combattere l'Alzheimer

Il contatto visivo e corporeo con la bambola stimola i processi cognitivi: benefici già dopo poche settimane

Antonio Caperna

■ Colorare di rosa le calde giornate di luglio. È quanto si è riusciti a fare nella RSA San Raffaele di Campi Salentina (Lecce), dove gli operatori della struttura hanno regalato alcune Barbie a un gruppo di pazienti affette da Alzheimer. Gli effetti si sono visti subito, anche perché nella scelta tra le varie bambole, l'icona di tantissime bambine ha preso il sopravvento: le pazienti che hanno improvvisato acconciature, cambi d'abito e dialoghi forse mai davvero dimenticati. «La reazione delle ospiti è stata sorprendente, al di là di ogni previsione possibile», racconta Irene Patrino, educatrice professionale della residenza, spiegando quanto accaduto nell'ambito del laboratorio di «Doll Therapy» per le pazienti del nucleo Alzheimer.

La «Terapia della Bambola», rientra nei cosiddetti interventi non farmacologici, utilizzati nel trattamento delle demenze: «Il contatto visivo e corporeo, la manipolazione tattile e il dialogo con la bambola possono stimolare i processi cognitivi e la memoria, facilitare il dialogo, la capacità relazionale, il rilassamento e i processi emozionali, diminuire i disturbi comportamentali e del

sonno, l'irritabilità e il senso di depressione», aggiunge la dottoressa Maria

Giovanna Pezzuto, psicologa della RSA salentina. Quanto sta accadendo in Puglia è la conferma di vari studi internazionali, secondo i quali già dopo qualche settimana si hanno benefici con cambiamenti nei livelli di ansia, agitazione e aggressività (studio australiano, pubblicato sulla rivista scientifica *Aging mental health* nel 2019) ed effetti positivi sui sintomi comportamentali e

psicologici della demenza nonché sui caregiver, che si occupano dei pazienti (studio Università di Padova su pazienti tra i 76 e i 96 anni con grave demenza vascolare e Alzheimer, pubblicato su *International Journal of Geriatric Psychiatry* nel 2018).

La demenza senile è una patologia neurodegenerativa dell'encefalo, che determina una riduzione graduale e irreversibile delle facoltà cognitive, la forma più comune è quella di Alzheimer. Il World Alzheimer Report parla di 46milioni di persone colpite nel mondo nel 2015 che diventeranno oltre 131,5 milioni nel 2050. In Italia si stimano oggi circa 1.200.000 casi di demenza, con un aumento di circa 150 mila diagnosi ogni anno e con un tasso di crescita destinato a crescere significativamente nei prossimi anni a causa del



il Giornale

progressivo invecchiamento demografico. L'Alzheimer, che conta 700mila casi in Italia, si attesta come terza causa di morte tra gli over65 in Europa occidentale e una delle principali cause di disabilità nella popolazione over60 a livello mondiale. Chi ne è affetto vive una vita parallela, perde la percezione del tempo, dello spazio, delle distanze.

Infine due interessanti studi italo-svizzeri, pubblicati su *BMC Geriatrics* nel 2021 e qualche mese fa sul *Journal of Clinical Medicine*, hanno valutato anche i benefici sull'angoscia di caregiver professionali e i biomarcatori di stress nei pazienti e soprattutto l'effetto della «Terapia della Bambola» come approccio non farmacologico sull'inci-

denza del delirio, il cui rischio è aumentato dalla presenza di deterioramento cognitivo: il risultato è stato una più efficace riduzione di agitazione e aggressività nonché la diminuzione di apatia, vagabondaggio e depressione con relativa minore irritabilità e nervosismo. Altri benefici sono il miglioramento della capacità di comunicazione, l'autostima e in generale la qualità di vita dei pazienti.



MEMORIA
Un'ospite della RSA San Raffaele di Campi Salentina (Lecce). Qui gli operatori della struttura hanno regalato alcune Barbie a un gruppo di pazienti affette da Alzheimer. Gesti che provengono dall'infanzia stimolano la memoria.

L'EDUCATRICE DEL CENTRO

«La reazione delle ospiti è stata sorprendente, al di là di ogni previsione»



Attenzione a carni crude o poco cotte (soprattutto pollame), frutti di mare, latte e formaggi non pastorizzati ma anche vegetali contaminati da liquami

Se il cibo è causa di infezioni

Con le temperature elevate il rischio aumenta
In genere danno disturbi lievi e di breve durata
ma talvolta richiedono un intervento urgente

L

e infezioni alimentari sono sempre possibili, ma in estate il rischio di spiacevoli inconvenienti aumenta parecchio. A volte le manifestazioni sono lievi e si risolvono in pochi giorni, in altri casi, invece, i sintomi sono difficili da tollerare se non addirittura tali da richiedere un intervento medico immediato.

Quali sono le infezioni alimentari più comuni?

«Le più diffuse sono quelle causate da batteri — spiega Stefano Fagiuoli, direttore del Dipartimento di medicina dell'Asst Papa Giovanni XXIII di Bergamo —. Tra i microrganismi più spesso chiamati in causa ci sono la *Salmonella*, la *Listeria*, il *Campylobacter*, l'*Escherichia coli* e i *Clostridi*. A questi vanno aggiunte le infezioni virali (*Epatite A*) e le parassitosi (*Anisakis*). Gli agenti patogeni vengono introdotti soprattutto in seguito all'ingestione di carni crude o poco cotte (in

particolare pollame), frutti di mare (soprattutto per l'*Epatite A*), latte crudo e formaggi non pastorizzati nonché vegetali contaminati da liquami. Nel caso della *Listeria monocytogenes* sono chiamati in causa anche i cibi refrigerati che non richiedono la cottura, come panini preconfezionati o paté, perché questo batterio prolifera meglio alle basse temperature (da frigorifero). La *Salmonella* viene in genere associata alle uova crude: questo batterio può infettare le ovaie delle galline e l'uovo prima che venga deposto e quindi può essere presente sia sulla superficie dell'uovo sia al suo interno. Il periodo di incubazione di queste infezioni è variabile: 2-5 giorni per il *Campylobacter*, 12-72 ore per la *Salmonella* e da pochi giorni a diverse settimane per la *Listeria*».

Quali sono i sintomi che si possono manifestare?

«Quelli gastrointestinali sono ad esempio diarrea, nausea e vomito, crampi addominali e febbre non elevata, con gradi di gravità molto variabili. In genere i disturbi gastrointestinali si risolvono

da soli in meno di una settimana, ma nei soggetti più a rischio — ovvero bambini, anziani e immunodepressi — si possono presentare quadri più seri. Un discorso a parte merita l'intossicazione da botulino».

Come avviene l'intossicazione da botulino?

«Il *Clostridium botulinum* è un batterio in grado di produrre una neurotossina che interferisce a livello di terminazioni nervose provocando il blocco di alcune funzioni vitali come quella respiratoria. L'intossicazione in genere si verifica in seguito al consumo di conserve alimentari (inscatolati e conserve a basso grado di acidità, sott'olio o sotto vuoto e non adeguatamente sterilizzate). La presenza del botulino nell'alimento va sospettata in presenza di un rigonfiamento del coperchio, per la fuoriuscita di gas all'apertura e per il suo sgradevole odore. Se si ingerisce la tossina, all'inizio si possono avere sintomi gastrointestinali e poi disturbi neurologici come debolezza muscolare, visione doppia, mancanza di coordinazione dei movimenti

fino alla paralisi respiratoria».

Che cosa fare se i sintomi non migliorano nel giro di pochi giorni?

«In presenza di diarrea, vomito e febbre è bene rivolgersi al proprio medico o al Pronto soccorso quando i disturbi risultano molto gravi. La maggior parte delle infezioni/tossinfezioni alimentari si risolve da sola nel giro di qualche giorno, spesso senza che si rendano necessarie terapie specifiche. Il trattamento dell'intossicazione da botulino si basa invece sulla somministrazione di un'antitossina nelle prime ore dalla comparsa dei sintomi».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'esperto



● Stefano Fagiuoli, direttore del Dipartimento di medicina, Asst Papa Giovanni XXIII di Bergamo



In Italia la prima PharmaTech Academy sui farmaci Rna

Alta formazione

La struttura nascerà
a Napoli presso il polo
della Federico II a Scampia

Vera Viola

NAPOLI

PharmaTech Academy, prima in Italia dedicata ai farmaci Rna, nascerà a Scampia, presso il nuovo polo dell'Università Federico II - Scuola di Medicina e Chirurgia. Già aperto il bando: trenta laureati magistrali frequenteranno l'Accademia per otto mesi, da novembre 2023 a giugno 2024, per 1200 ore in totale.

Possono partecipare al bando (che scadrà il 30 settembre) i laureati magistrali in biologia, biotecnologie industriali, biotecnologie mediche, farmaceutiche e veterinarie, farmacia e farmacia industriale, ingegneria biomedica, ingegneria chimica, medicina e chirurgia, medicina veterinaria, scienze chimiche, chimica industriale. La selezione avverrà per titoli e prova orale.

«La prima Academy italiana del Pharma formerà una generazione di figure professionali altamente qualificate, pronte a lavorare in ambiti chiave della ricerca e produzione di farmaci a Rna e nella terapia genica», sottolinea Angela Zampella, direttore del dipartimento di Farmacia e responsabile scientifico per Federico II del progetto Pnrr

«National Center for Gene Therapy and Drugs based on Rna Technology».

Il National Center riunisce circa cinquanta prestigiosi partner, sia enti pubblici sia privati, distribuiti sull'intero territorio nazionale.

L'esperienza formativa prevede attività per l'intero arco

della giornata presso il Polo della Federico II a Scampia, basandosi su un approccio teorico-pratico. Gli studenti si confronteranno con sfide reali offerte dalle aziende coinvolte, e su sessioni di workshop incentrate su temi molto specifici relative al mercato del lavoro e alla innovazione.

Il corso si dividerà in tre fasi: formazione soft skills, formazione verticale sui farmaci e aspetto pratico articolato su laboratori di alta formazione e tirocini.

L'Academy avrà sede al secondo piano del Complesso di Scampia, circa 900 mq per uno spazio ampio che potrà accogliere fino a 75 studenti. Altri 40 mq saranno destinati a un'area con divanetti, tavoli di concezione americana in linea con gli obiettivi di sostenibilità dell'Ateneo.

«Abbiamo scelto Scampia come naturale prosecuzione di un percorso iniziato dal nostro Ateneo a San Giovanni con l'Apple Academy anni fa, in una visione di espansione delle attività universitarie di alta formazione presso strutture situate in periferia. L'obiettivo è far vivere quella struttura, portare studenti da tutta Italia a vivere e conoscere Scampia. Ci auguriamo di poter contribuire a nuove soluzioni».

Il percorso formativo terminerà con attività di tirocinio presso uno dei partner del National Center.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Da novembre
30 laureati magistrali
frequenteranno
l'Accademia
per otto mesi**



Cirio difende i pro vita in ospedale «Presenti anche con la sinistra»

Il governatore del Piemonte respinge gli attacchi contro la stanza dell'ascolto: «Applichiamo la legge 194. L'iniziativa era partita nel 2013 ed è stata rinnovata quando al governo della Regione c'erano i dem»

di **GIULIANO GUZZO**

■ **Alberto Cirio** tiene il punto. Le polemiche arroventate delle scorse ore, e di cui ha racconta-

to ieri *La Verità*, legate alle stanze inaugurate presso l'ospedale Sant'Anna di Torino - dove i volontari pro life ascolteranno le donne in gravidanza difficile o indesiderata, offrendo loro alternative all'aborto - non fanno indietreggiare il presidente di Regione Piemonte, che difende l'operato di **Maurizio Marrone**, il suo assessore alle Politiche sociali sottoscrittore della convenzione alla base dell'iniziativa. Che, come già ricordato, si colloca appieno nello spirito della legge 194 il cui articolo 2, lettera d), prevede espressamente l'impegno di «far superare le cause che potrebbero indurre alla interruzione della gravidanza».

Non a caso è proprio richiamandosi alla 194 che **Cirio** ha deciso di sottolineare la sua linea. «Io voglio stare lontano dalle strumentalizzazioni di carattere politico perché questo è un tema delicatissimo e qualsiasi strumentalizzazione è sbagliata», premette alla *Verità*, facendo presente che «le persone vanno lasciate libere di pensare e riflettere nella propria autonomia e le leggi vanno rispettate nella loro completezza. Noi in Italia abbiamo la legge 194 che è una legge ben fatta e va difesa e applicata in tutte le sue parti». «Questo vuol dire», aggiunge il presidente del Piemonte,

«tutelare il diritto della donna a scegliere per sé e per il suo corpo, ma anche prevedere misure di ascolto e accompagnamento per prendere per mano chi lo ritiene. Noi stiamo soltanto applicando integralmente la legge».

Non solo. **Cirio** tiene a puntualizzare di non aver in realtà inventato nulla, ma semmai di aver solo replicato una iniziativa già esistente. «Una stanza dell'ascolto», fa infatti notare, «c'era già in Piemonte all'ospedale Mauriziano dal 2013: la regola una convenzione triennale, che è stata rinnovata di tre anni in tre anni, quindi anche quando governava il centrosinistra». «Quando lo hanno fatto altri andava bene quando lo facciamo noi diventa oggetto di attacco ai diritti», aggiunge sempre **Cirio**, ribadendo di volersi tenere «lontano dalle strumentalizzazioni perché questo è un tema delicatissimo e qualsiasi strumentalizzazione è sbagliata».

Nel difendere la stanza dell'ascolto, il governatore piemontese rivendica pure le altre numerose azioni pro life messe in pista dalla sua giunta: «Abbiamo istituito il fondo Vita nascente da un milione e mezzo per assistere le donne e coppie in difficoltà economica a perseguire il diritto alla genitorialità». «Anche il Comune di Torino», fa presente, «ha aderito al fondo facendosi finanziare un progetto dei servizi sociali per il parto in anonimato». «Abbiamo stanziato 1 milione di euro per «Birth Welfare», ricorda inoltre **Ci-**

rio, «una misura dell'assessorato alle Politiche sociali, che permette a 31 piccole e medie imprese di realizzare servizi di welfare destinati ai propri lavoratori che in questo modo possono accedere a servizi rivolti all'infanzia e alla genitorialità come rimborso per le spese di asilo, scuole, asili aziendali, centri estivi per ragazzi, corsi di lingua straniera, supporto all'assistenza familiare, escursioni per ra-

gazzi e genitori, attività pre e post scuola». «Poi, sempre per dare qualche esempio», conclude il presidente, «con l'assessorato all'Istruzione abbiamo appena rifinanziato, con 3,4 milioni di euro la possibilità per i Comuni di allungare gli orari degli asili nido senza toccare le tariffe per le famiglie. È un provvedimento di supporto alla famiglia, per offrire servizi a contrasto della denatalità e favorire l'occupazione femminile e la conciliazione tra vita e famiglia».

Dunque, tornando a noi, **Cirio** va fiero dell'operato della sua amministrazione, inclusa la stanza dell'ascolto al Sant'Anna, rimarcando come essa non sia affatto un ostacolo all'autodeterminazione della donna. L'idea di farla passare



VERITÀ

per una minaccia ai diritti femminili non piace neppure a **Claudio Larocca**, presidente regionale della Federazione del Movimento per la Vita (FederviPa) che ha sottoscritto la convenzione per la stanza dell'ascolto, oltre che con il già citato assessore **Marrone**, anche col dottor **Giovanni La Valle**, direttore generale dell'Aou Città della Salute, e il dottor **Umberto Fiandra**, direttore sanitario del Sant'Anna, appunto. «Rimango allibito di fronte alle reazioni scomposte che genera puntualmente ogni iniziativa di aiuto per le donne», racconta **Larocca**, che invita i tanti critici dell'iniziativa a guardare cosa fanno i Centri di aiuto alla vita

in Piemonte. «Basterebbe entrare in uno dei nostri 32 centri che operano da oltre 30 anni per capire di cosa stiamo parlando», ha dichiarato, «la nostra rete aiuta ogni anno oltre 1.000 donne e alcune di loro, senza il nostro aiuto, avrebbero rinunciato alla maternità non per "libera scelta" ma perché costrette dalle circostanze, dai compagni o dalla famiglia». «Mi chiedo», si domanda infine **Larocca** parlando con *La Verità*, «a chi dia fastidio che queste donne possano essere libere di non abortire. Forse chi ci critica con le solite falsità queste donne non le ha mai incontrate e non le ha mai ascoltate. La realtà rimane lontana dalle piazze, dagli uffici e dalle comode abitazioni radical chic». Eh, la realtà. È un tema che in casa

progressista, dove si preferisce planare con la mente sulle vette dei «nuovi diritti», si sono scordati da un pezzo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«La normativa è ben fatta e va difesa in tutte le sue parti, tutelando il diritto della donna a decidere per sé, ma pure aiutandola a fare altre scelte»

Il pro life Larocca: «La nostra rete aiuta ogni anno oltre 1000 persone. Alcune rinunciano alla maternità perché costrette dalle circostanze»



CENTRODESTRA Alberto Cirio, presidente della Regione Piemonte dal 6 giugno 2019

[Ansa]



Lazio

Arrivano gli aumenti per il personale sanitario impegnato nei pronto soccorso

La Giunta regionale ha ratificato l'accordo del 9 giugno scorso, sottoscritto con i sindacati, per le prestazioni aggiuntive dei medici in servizio (100 euro lordi l'ora), a decorrere da maggio per il 2023

PAGINA

6

Cecilia Augella

GIUNTA ratifica intesa di giugno sottoscritta con sindacati

Lazio: aumenti per i sanitari di pronto soccorso

Medici e personale sanitario di pronto soccorso nel Lazio da oggi avranno buste paga un poco più pesanti. La Giunta regionale ha ratificato l'accordo del 9 giugno scorso, sottoscritto con i sindacati, per le prestazioni aggiuntive che verranno aumentate di 100 euro lordi l'ora, a decorrere dal mese di maggio e per tutto il 2023. Il personale, stabilmente assegnato, verrà remunerato partendo da 340 euro lordi in più per 65 ore mensili (di cui almeno un turno notturno e/o festivo) per arrivare fino a 1.040 euro per 150 ore (comprendente di 5 turni notturni e/o festivi).

Un provvedimento, volto alla valorizzazione e alla crescita professionale del personale dei dipartimenti di emergen-

za e urgenza, che mira a garantire la continuità del servizio sanitario, a riconoscere la gravosità e la complessità dell'attività svolta ed a non incorrere nella trappola dei "medici a gettone". Inoltre, l'obiettivo è di non ricorrere ai contratti di lavoro a termine, di evitare le esternalizzazioni e di fronteggiare le cessazioni volontarie nei pronto soccorso; queste ultime, infatti, metterebbero a rischio da un lato l'assistenza ai pazienti e le attività sanitarie, dall'altro produrrebbero un rilevante costo a carico delle aziende. Complessivamente la delibera è parte integrante del nuovo



Conquiste del Lavoro

processo di potenziamento delle risorse umane del sistema sanitario regionale avviato dall'amministrazione Rocca, con azioni specifiche alla stabilizzazione del personale, alla riduzione del precariato, all'assunzione e alla reinternalizzazione dei servizi.

Nei primi quattro mesi di governo sono state autorizzate oltre 700 assunzioni fra medici e professionisti sanitari. Mentre il personale determinato è diminuito di circa 500 unità. Dunque, gli operatori sono aumentati nelle aziende ospedaliere e nelle Asl, a seguito delle autorizzazioni rilasciate dagli uffici re-

gionali in attuazione delle politiche di stabilizzazione e riduzione dell'utilizzo dei rapporti a termine.

In questi giorni sono state pubblicate le procedure concorsuali e di stabilizzazione di 300 medici per la Asl di Roma 6, di Frosinone, l'Umberto I, Tor Vergata, San Camillo-Forlanini e la Asl di Viterbo. A ciò si aggiungono la riapertura dei termini, da parte della Asl di Latina, di un concorso utile all'assunzione di 23 medici della disciplina di emergenza e urgenza, e la nomina della commissio-

ne per il concorso indetto dall'Asl Roma 2 per il reclutamento di 271 infermieri.

Ce.Au.

