

RASSEGNA STAMPA

2 Dicembre 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Casi di HIV in aumento, all'Arnas Civico test gratuiti e in anonimato

Sull'argomento ecco gli interventi del dg Walter Messina e dell'infettivologa Chiara Iaria (direttrice UOC Malattie Infettive e Tropicali)

2 Dicembre 2024 - di [Caterina Ganci](#)



L'infezione da **HIV** continua a rappresentare una sfida globale, zero nuove diagnosi è l'obiettivo di sanità pubblica che le Nazioni Unite hanno fissato a livello globale per il 2030. Intanto, i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) indicano che il 60% delle nuove diagnosi riguarda pazienti con malattia già avanzata. Nel **2023** si contano 2.349 nuove diagnosi di infezione da HIV. La **diagnosi tardiva** resta quindi un tema da affrontare e un problema da risolvere. La scarsa conoscenza e informazione sull'infezione e una limitata consapevolezza sulla prevenzione alimentano la diffusione. «Nonostante e grazie alla ricerca scientifica- afferma **Walter Messina**, direttore generale Arnas Civico "Di Cristina Benfratelli" di Palermo- sul fronte della lotta all'HIV si siano registrati grandi progressi, migliorando la qualità della vita delle persone che vivono con HIV, contrastando o rallentando l'insorgenza dell'AIDS e le sue conseguenze, occorre continuare a investire sulla **prevenzione**, in particolare per quelle fasce di popolazione a rischio, ed in linea generale insistere sulle politiche sanitarie di sensibilizzazione volte a sostenere la diffusione di consapevolezza sul punto e l'adozione

di comportamenti responsabili, ricordando che proteggere se stessi significa anche proteggere gli altri».



In occasione della giornata mondiale contro AIDS, istituita nel 1988, Insanitas ha chiesto un approfondimento all'infettivologa **Chiara Iaria** (nella foto), direttrice UOC Malattie Infettive e Tropicali Arnas Civico "Di Cristina Benfratelli". «Per combattere l'HIV è importante agire su più livelli- afferma- screening, diagnosi precoce, profilassi Pre Esposizione (PrEP), utilizzo del preservativo e informazione, sono le azioni da mettere in campo. Trattare subito il paziente con l'infezione è utile per bloccare la circolazione del virus: la terapia è fondamentale. E questo può avvenire attraverso lo screening, bisognerebbe proporre il test ai pazienti dentro e fuori agli ospedali ma questo da solo non basta, occorre anche molta **informazione**. Negli ultimi anni si è abbassata la guardia, i dati parlano di un aumento di casi e in Sicilia in particolare rispetto ad altre regioni. È necessario, quindi, tornare a parlarne». **L'esecuzione del test HIV**, che viene svolto per legge in maniera anonima e rapida, rappresenta l'unico strumento a disposizione per la diagnosi precoce. «Le persone che hanno comportamenti a rischio dovrebbero farlo- spiega- le nuove diagnosi riguardano per la maggioranza **maschi** con il 38% circa di MSM e fra le **donne** sono in aumento i casi di donne straniere rispetto alle donne italiane. **Il test è gratuito**, all'Arnas Civico è possibile eseguirlo tutti i giorni. Inoltre, tutti i mercoledì dalle 16 alle 18, è operativo il Check point nella Casa dei Diritti in via della Libertà al civico 45, a Palermo dove oltre al test è possibile ricevere informazioni». Attualmente non esistono cure per l'eradicazione, però ci sono cure altamente **attive** che permettono alle persone

che vivono con HIV di condurre e di avere una vita sovrapponibile a quella della popolazione generale. «Per prevenire la malattia nelle persone a rischio- spiega l'infettivologa- sono a disposizione strategie di profilassi come la Pre Esposizione (PrEP), approvata da AIFA, e consiste nell'assunzione di una **compressa** (associazione di due molecole o farmaci antiretrovirali attivi sul virus HIV) ma a breve sarà possibile ricorrere alla PrEP iniettiva, con l'utilizzo di farmaci long acting già disponibili per la terapia. Questi farmaci non riducono il rischio di altre infezioni sessualmente trasmissibili. La vaccinazione di altre infezioni come l'HPV e l'Epatite B e A è molto importante». Torna ancora una volta sull'importanza dell'informazione la dottoressa Iaria: «I giovani sanno tanto sui rischi, sui comportamenti sessuali però hanno poca informazione sulla modalità di contagio e sull'infezione. Bisogna parlarne con continuità e non soltanto in occasione della giornata mondiale contro HIV. Bisogna agire con una corretta informazione anche sulla fascia d'età **sopra i 40 anni**, in cui i dati ISS evidenziano una tardiva diagnosi».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

Endometriosi. Almeno un ricovero per oltre 134 mila donne tra 15 e 50 anni. I dati Iss

Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna sono le regioni in cui l'endometriosi è più frequente secondo il nuovo strumento applicato dal Servizio di statistica dell'Istituto Superiore di Sanità



02 DIC - Oltre 134 mila donne tra 15 e 50 anni sono state ricoverate almeno una volta per endometriosi negli ospedali italiani tra il 2011 e il 2020. Durante lo stesso decennio l'incidenza della malattia è stata pari a 0,839 per mille, mostrando una tendenza alla diminuzione statisticamente significativa nel corso dello stesso periodo. I tassi più elevati di malattia sono registrati nelle regioni settentrionali, e tra 31 e i 35 anni (1,21 per mille a livello nazionale) con una tendenza simile in tutte le regioni. In termini di prevalenza, sono stati stimati quasi 1.900.000 casi nel periodo 2011-2020, con un tasso di prevalenza di 14,0 per mille donne in età fertile. Sono i dati sull'endometriosi - una malattia cronica invalidante, con un impatto notevole sulla qualità di vita delle donne che ne sono affette, in termini fisici, psicologici e sociali, portando in alcuni casi anche a subfertilità o infertilità - presentati al corso del workshop "Valutazione di incidenza e prevalenza di endometriosi nella popolazione italiana e indagine su possibili ipotesi patogenetiche" organizzato all'Iss. Dati ottenuti implementando un modello di Registro epidemiologico nazionale sviluppato a partire dal lavoro svolto dall'Irccs Burlo Garofolo per il registro epidemiologico del Friuli Venezia Giulia. Il modello è basato su un algoritmo di individuazione dei casi, applicato dal Servizio di Statistica dell'Iss a partire dalle schede di dimissione ospedaliera fornite dal Ministero della Salute, costruito su una definizione stringente che si attiene alle linee guida internazionali, e che ha reso possibile stimare incidenza e prevalenza della malattia, descriverne le tendenze temporali e la distribuzione spaziale regionale e comunale.

Da 7 a 10 anni per una diagnosi corretta



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

I risultati ottenuti sono probabilmente una sottostima visto che si è osservata la forma più grave di malattia, che richiede un'ospedalizzazione. Infatti l'endometriosi a causa della aspecificità dei sintomi risulta ancora difficile da identificare: prima di arrivare ad una corretta diagnosi passano in media dai 7 ai 10 anni dalla comparsa dei primi segnali. A partire dai casi incidenti sono state costruite delle mappe di distribuzione spaziale dei casi di endometriosi nelle Regioni Italiane usando i classici modelli per Disease Mapping: le Regioni nelle quali la malattia è più frequente sono Lombardia, il Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna.

L'esplorazione di una ipotesi ambientale L'eziologia dell'endometriosi non è stata ancora definitivamente chiarita. Oltre a fattori già individuati, ci sono ipotesi di una possibile associazione tra l'insorgenza della malattia e l'esposizione a inquinanti ambientali. Tra questi, la letteratura scientifica sembra indicare un possibile contributo di alcune sostanze che si trovano in aree contaminate quali le diossine, i policlorobifenili (PCB) e metalli come cadmio e piombo. Al momento, in collaborazione con il Dipartimento di Ambiente e salute dell'ISS, sono in corso analisi esplorative con l'obiettivo di individuare aree ad alta incidenza di endometriosi nelle quali effettuare studi eziologici di epidemiologia ambientale.

La malattia L'endometriosi è riconosciuta come malattia cronica invalidante, ha un impatto notevole sulla qualità di vita delle donne che ne sono affette, sia in termini fisici che psicologici e sociali, portando in alcuni casi anche a sub-fertilità o infertilità. La patologia è dovuta alla presenza di endometrio (la mucosa che ricopre internamente l'utero) all'esterno dell'utero: sul peritoneo e sulla superficie degli organi pelvici, raramente su fegato, diaframma, pleura e polmone. Presentati i risultati di due progetti finanziati dal Ministero della Salute nell'ambito della Ricerca Finalizzata 2018 e del Bando Endometriosi 2021 ("Prevalenza e distribuzione spaziale dell'endometriosi in Italia a partire dai dati amministrativi e da una ricerca attiva realizzata attraverso un processo di screening multistadio"-RF-2018-12367534; "Sviluppo di un registro epidemiologico nazionale sull'endometriosi basato su dati amministrativi e studio di ipotesi patogenetiche"-ENDO-2021-12371967). I due progetti sono stati coordinati dall'Irccs Materno infantile Burlo Garofolo di Trieste e sono stati realizzati in collaborazione con il Servizio di Statistica dell'Iss con l'Università di Firenze e con l'Azienda Sanitaria Locale di Taranto. Nel Piano Nazionale della Cronicità 2024 tra le linee di intervento proposte vi è la creazione di registri su base regionale per il monitoraggio dell'epidemiologia dell'endometriosi, con l'obiettivo di migliorare la diagnosi precoce e il trattamento

Medici a gettone, marcia indietro un solo contratto e tariffe ridotte

Le linee guida del ministero per arginare il picco dei listini con compensi fino a tremila euro per Natale. Ora chiamate limitate ai casi urgenti. Il primario: ospedali in ginocchio, sarà difficile farne a meno

di Michele Bocci

Il ministero alla Salute fa un nuovo tentativo per arginare la diffusione dei medici a gettone e i loro guadagni folli. Una pratica, quella della sanità on demand pagata a caro prezzo, usata da molte Regioni che hanno difficoltà a coprire i turni ospedalieri. Ora è stato pubblicato in Gazzetta ufficiale il decreto di Orazio Schillaci che detta le linee guida sui gettonisti. L'atto segue la legge approvata il 26 maggio del 2023.

Le linee guida prevedono tra l'altro tariffe massime di 85 euro l'ora per chi lavora al pronto soccorso e per gli anestesisti e di 75 euro per gli altri servizi ospedalieri. Marcia indietro anche per gli infermieri con tariffe orarie fino a 28 euro. Come già prevedeva la norma di partenza, si ribadisce che i gettonisti possono essere utilizzati «solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga». Previsto anche un tetto massimo di 48 ore settimanali di lavoro e deve essere assicurato un riposo di undici ore tra un turno e l'altro.

Intanto il sistema dell'arruolamento dei gettonisti va avanti. Anche in questi giorni, racconta un medico romano, arrivano proposte per coprire i turni in alcuni ospedali in difficoltà. Tra gli specialisti più cercati, a parte i medici del pronto soccorso, ci sono i rianimatori ma anche i pediatri. Per i turni di 12 ore, ad esempio agli anestesisti, vengono offerti da 1.100 a 1.500 euro. Tra gli ospedali interessati ci sono Rho, Sesto San Giovanni, Busto Arsizio, Cinisello Balsamo, il Galeazzi di Milano, in Lombardia.

Ma si cercano medici anche in Veneto, in Emilia-Romagna,

in Liguria e in Abruzzo. La spesa sostenuta dalle aziende sanitarie e ospedaliere negli ultimi cinque anni, ha calcolato l'Anac, l'Autorità nazionale anticorruzione, è di 1,7 miliardi.

Le linee guida prevedono ora compensi più bassi rispetto a quelli offerti dalle tante società che reclutano i medici. Prima di utilizzare questi professionisti le aziende ospedaliere devono essere certe di non poter utilizzare personale già in servizio. Sempre in base alle linee guida devono esserci alcune garanzie sul livello professionale e, per chi non ha la cittadinanza italiana, sulla conoscenza della nostra lingua. Medici e infermieri a gettone devono stipulare, con oneri a proprio carico, una polizza di assicurazione per colpa grave. Serve a sollevare l'amministrazione pubblica da eventuali cause da parte di persone danneggiate nello svolgimento del loro lavoro.

Pessimista Fabio De Iaco, presidente della Simeu, la Società italiana di medicina di emergenza urgenza, è primario al Maria Vittoria di Torino: «La norma che doveva arginare i gettonisti è stata approvata oltre un anno fa e finora non ha prodotto grandi effetti. I contratti già stipulati vanno avanti, vediamo per il futuro che impatto avranno le linee guida. L'importante è che tutti le seguano, anche per quanto riguarda i compensi. Se qualche ospedale non le rispetterà, riprenderà la competizione al rialzo». Per De Iaco sarà difficile fare a meno dei gettonisti. «Finché non vengono date alternative sugli orga-

nici, sarà impossibile rinunciare alle cooperative. Anch'io ne utilizzo una che mi copre una quindicina di notti al mese. I soldi che ricevono i colleghi? È una questione tra loro e l'ospedale. È giusto cercare di dare una regolamentazione, ma le alternative vanno cercate all'interno del sistema sanitario nazionale».



I numeri

Gli esborsi delle Asl

1.500

Le paghe più alte

In alcuni ospedali della Liguria sono offerti anche 1.500 euro per un turno di 12 ore a Natale. Altrove si arriva a 1.100

1.020

I compensi nelle linee guida

In base alle nuove linee guida i medici di pronto soccorso e gli anestesisti non possono ricevere più di 85 euro l'ora, per turni di 12 ore fino a un massimo di 48 ore a settimana

1,7 mld

I soldi spesi in cinque anni

È l'Anac a fare la stima dei soldi spesi dalle Regioni che li utilizzano per i gettonisti



Dalla scuola alla sanità Il welfare degli italiani deve rinnovarsi

Oltre seicento miliardi vanno a salute, politiche sociali previdenza e istruzione: quasi i due terzi della spesa pubblica. Ma non basta per guardare alla “costruzione del futuro”

Rosaria Amato

Non è un Paese per vecchi: lo dimostrano i continui tagli alle pensioni, ma soprattutto l'incapacità di varare e di finanziare adeguatamente una riforma a sostegno della non autosufficienza, essenziale in un Paese che arriverà al 2050 con un terzo della popolazione over 65. Ma l'Italia non è neanche un Paese per giovani: si comincia a trascurarli dalla più tenera

età, visto che, nonostante gli sforzi del Pnrr, non si riesce ad assicurare in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale quella quota del 33% di asili nido prevista dalla Ue. Non c'è da stupirsi che poi l'Italia brilli per tasso di dispersione scolastica, che abbia un numero di Neet (giovani che non lavorano né studiano) da record nel confronto tra i Paesi Ue (circa un milione e mezzo) e che per la quota di giovani con

istruzione terziaria (29%) siamo terziultimi tra i Paesi Ocse. Per non aggiungere che tanti giovani laureati, sfiduciati nelle prospettive del Paese, e da offerte di lavoro inadeguate, fuggono all'estero, in cerca di un



futuro migliore.

In Italia, secondo le stime del think tank "Welfare Italia", promosso dal Gruppo Unipol e da The European House-Ambrosetti, i quattro pilastri del welfare, e cioè sanità, politiche sociali, previdenza e istruzione, rappresentano la principale voce di spesa pubblica: nel 2023 sono stati spesi 662,7 miliardi di euro, circa il 57,9% del bilancio. Una cifra imponente, eppure le falle del sistema Italia sono sotto gli occhi di tutti. Una prima questione strutturale è costituita dalle distanze tra le aree del Paese, una questione che decenni di progetti realizzati con i Fondi di Coesione Ue, e lo stesso Pnrr, sono ben lontani dall'aver risolto. L'ultimo Rapporto Svimez sottolinea anzi come la spinta del Pnrr, che pure ha impresso velocità alla crescita, sta riducendo il suo impatto positivo, e dal 2025 il tasso di crescita del Pil tornerà ad essere inferiore a quello del resto del Paese. Le differenze in termini di valore aggiunto si riflettono sui servizi essenziali, dalla scuola alla salute: secondo il Welfare Index Italia i divari territoriali sono aumentati dello 0,7% nel 2023.

Il welfare italiano, inoltre, fa sempre più fatica ad adattarsi ai cambiamenti e alle esigenze del Paese. La spesa, rileva lo studio Unipol-Ambrosetti, risulta sbilanciata sulla "gestione del presente", con una quota del 78,9%, 6,1 punti percentuali in più rispetto alla media europea, e non riesce a rimodellarsi sulla "costruzione del futuro", cioè sugli investimenti per le nuove generazioni, dall'istruzione alle politiche sociali strutturali per la famiglia (compreso l'housing sociale) e il sostegno dell'occupazione. Ad attestare il fallimento delle politiche attive per l'occupazione, per esempio, ci sono gli allarmi ormai quasi

giornalieri delle varie organizzazioni imprenditoriali, da Confindustria a Confartigianato a Unioncamere, che ogni mese pubblicano dati che stimano in cifre sempre più alte la distanza tra le competenze ricercate dalle imprese e quelle poi reperibili sul mercato del lavoro. Ci sono tassi di mismatch che, nei settori a più alta specializzazione, sfiorano il 70%. Tanto che si diffonde sempre di più il Job Referral, la pratica promossa da diverse aziende, che garantiscono un premio ai dipendenti che presentano candidati validi per l'assunzione.

Le leggi di Bilancio mostrano ogni anno i tentativi delle varie forze politiche di tirare da una parte o dall'altra coperte sempre più corte, visto che, dall'anno prossimo, l'Italia dovrà adeguarsi al nuovo patto di stabilità. Secondo gli analisti di "Welfare Italia" entro il 2030 sarà necessario reperire 176 miliardi di euro in più per garantire la sostenibilità del sistema italiano.

Il fatto poi che la spesa sia orientata alla gestione del presente non significa che sia adeguata, neanche da questo punto di vista. Oltre la metà delle risorse va alla previden-

za, la spesa sanitaria assorbe il 20,9%, le politiche sociali il 16,1%, e all'istruzione rimane solo il 12,1%. La spesa previdenziale non può che crescere, per via dell'invecchiamento della popolazione e del minore apporto dei giovani lavoratori, in costante diminuzione. La spesa sanitaria crescerà per le stesse ragioni. Sacrificare le politiche per le famiglie, l'istruzione, il lavoro, significa negare al Paese il futuro.

Anche la spesa sul presente, però, va profondamente riconsiderata. Era l'obiettivo della legge delega 21 marzo 2023 n.33, che riprendeva il testo varato alcuni mesi prima dal governo Draghi. Le norme puntavano alla creazione del Sistema Nazionale per la Popolazione anziana non autosufficiente (Snaa), con

un coordinamento generale e integrato di tutti gli interventi pubblici per la non autosufficienza, suddivisi tra sanità, servizi sociali e prestazioni monetarie. Ma il decreto attuativo 29/2024 tradisce tutte le attese: manca il coordinamento tra gli interventi, le risorse sono poche e mal distribuite. «Mentre la delega delineava un progetto di cambiamento ampio e condivisibile – si legge in uno studio recente, pubblicato dal "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza", una coalizione che riunisce le principali organizzazioni del settore, da onlus e volontariato ad associazioni sindacali e datoriali – il decreto ne ha seguito in modo parziale le indicazioni, ridimensionando nettamente l'orientamento al cambiamento». Non c'è più il sistema unitario e integrato, sparisce la costruzione di una domiciliarità pensata per la non autosufficienza, viene archiviata la riforma dell'indennità di accompagnamento, una misura ormai totalmente inadeguata, che viene integrata con un importo di 850 euro mensili, ma solo per chi si ritrova in una condizione di grave povertà (appena 30 mila persone). Per tutti gli altri non c'è nulla. O meglio, c'è quell'ampia rete di operatori volenterosi e pazienti, riuniti in un gran numero di associazioni, che si occupano di tamponare un'emergenza sempre più grave.



L'OPINIONE

Secondo i dati raccolti da Unipol-Ambrosetti una prima questione strutturale è costituita dalle distanze tra le aree del Paese che fondi Ue e Pnrr non colmano



Le parole del futuro

Marco Leonetti, ricercatore del Consiglio Nazionale delle Ricerche ed esperto di nanotecnologia, cura un progetto di fotocamere ad altissima risoluzione: «Possiamo scovare malattie neurodegenerative con venti anni di anticipo»

«La super-camera trova l'Alzheimer attraverso l'occhio»

Marco Leonetti, 43 anni, ricercatore senior presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche e affiliato al Center for Life Nano & Neuro Science dell'Istituto Italiano di Tecnologia di Roma. Ha conseguito un dottorato in Scienza dei Materiali e ha lavorato come ricercatore post-dottorato presso il Centro per la Scienza dei Materiali di Madrid in Spagna dal 2009 al 2012. Con un portfolio che comprende oltre 50 pubblicazioni, brevetti e altri contributi accademici, la sua ricerca si concentra su fotonica, ottica, microscopia, calcolo ottico. I suoi progetti hanno ricevuto finanziamenti per oltre 1 milione di euro, supportando la ricerca in bio-imaging, microscopia e tecniche di super-risoluzione.

Un sistema di fotocamere dalla super risoluzione e un software intelligente riescono a fissare i movimenti rapidissimi ed involontari dell'occhio umano per scovare i primi segnali di malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer, invisibili a qualsiasi microscopio. E con 20 anni di anticipo. L'innovazione, potenzialmente rivoluzionaria, proviene dagli sforzi di una decina di ricercatori sotto la guida dell'Istituto di nanotecnologia del Cnr di Lecce, dal Center for Life Nano & Neuro-Science dell'IIT di Roma, in collaborazione con l'azienda

D-Tails, che hanno sviluppato una tecnica di super-risoluzione senza scansione, chiamata Stochastically Structured Illumination Microscopy. Ne abbiamo parlato con Marco Leonetti, ricercatore del Cnr-Nanotec.

Come nasce il progetto?

«Nasce da un trend mondiale, che riguarda lo studio delle malattie neurodegenerative a partire dalle immagini e dalle proprietà della retina, che è una finestra aperta sul sistema nervoso centrale, in genere difficilmente accessibile. Per esempio l'Alzheimer viene diagnosticato, oltre che tramite esami comportamentali, con la risonanza magnetica, oppure con l'esame cerebrospinale, molto invasivo. L'obiettivo è bypassare queste tecniche, usandone una non invasiva, che restituisce un'immagine super definita della retina, per prevenire le malattie neurodegenerative attraverso uno screening retinico a basso costo e accessibile a tanti pazienti con un anticipo di 10/20 anni dalla manifestazione conclamata della malattia».

E com'è possibile captare i segnali di una patologia con due decenni di anticipo?

«Al momento si tratta di studi fatti sui topi e non ancora sull'uomo, ma la comunità scientifica internazionale è concorde nel ritenere che ciò che succede nella retina preceda di molti anni quello che succederà a livello cerebrale, con malattie come Alzheimer

o Parkinson».

Tutto questo tramite un esame di routine come l'esame del fondo oculare?

«Esattamente, questo esame si può fare dall'oculista o addirittura dall'ottico quando si preparano gli occhiali, quindi in un ambiente non clinico. Si invia un flash sulla retina e una telecamera raccoglie la luce, ma questo esame serve per vedere gli effetti macroscopici di almeno 1 millimetro di patologie sulla retina, come il diabete o la degenerazione maculare. Invece, per lo studio con grande anticipo di malattie neurodegenerative, bisogna vedere l'accumulo di cluster proteici, oggetti estremamente piccoli nell'ordine di pochi micron, al di sotto della risoluzione degli strumenti standard».

Come funziona il vostro sistema?

«Una qualsiasi fotocamera, anche quella dello smartphone, raccoglie i raggi di luce che arrivano al sensore e li ordina per formare un'immagine che noi vediamo,



ma nel caso della retina, non possiamo avvicinarci perché prima c'è l'occhio e non possiamo fare un esame invasivo, allora usiamo il sistema cristallino, cioè la lente dell'occhio che ci viene messa a disposizione dall'evoluzione, come se fosse un microscopio al contrario; mentre la lente è sviluppata per creare un'immagine degli oggetti lontani sulla nostra retina, il cristallino serve per scattare un'immagine della retina».

Però l'occhio si muove in modo involontario, come riuscite a non sfocare queste immagini così piccole?

«Esattamente, qui interviene il nostro algoritmo. Una telecamera registra l'immagine della retina e ne usiamo un'altra mentre l'occhio si muove, che misura ad altissima velocità tutti gli spostamenti dell'occhio e con grande precisione. Ad ogni istante, abbiamo l'immagine della retina ed ogni spostamento, dopodiché il nostro software intelligente corregge l'effetto sfocatura, riallineando tutto ed elaborando un'immagine uni-

ca, ma a risoluzione molto più alta».

E quali dimensioni riuscite a fotografare?

«Riusciamo a raccogliere i cluster proteici, che poi servono per gli studi, grandi tra i 2 e 5 micron, che si avvicinano alla grandezza dei cluster misurano 200 nanometri, circa 0,2 micron, quindi ancora più piccoli di quelli che catturiamo, ma è comunque un vantaggio enorme rispetto alla tecnologia attuale».

Quindi se riuscite ad usare questa tecnologia pionieristica su molti pazienti, si potrebbe delineare un nuovo percorso diagnostico di queste patologie?

«L'idea è quella di poter eseguire l'analisi su un grande numero di pazienti e seguirli nel tempo, per avere un biomarker della malattia neurodegenerativa. Ad oggi sappiamo che le persone con una

patologia diagnosticata hanno questi cluster proteici, ma la nostra tecnica non è stata ancora testata sugli umani. Evidente è che sapere se una persona svilupperà i sintomi dell'Alzheimer tra 20 anni e poterlo fare su un numero alto di pazienti, visto che è un esame non invasivo e a basso costo, può fare veramente la differenza».

Che livello di correlazione c'è tra immagine della retina e la malattia?

«Fino ad ora gli esperimenti sono

stati condotti su un occhio phantom, cioè un simulacro, che permette di replicare l'occhio umano senza coinvolgere i pazienti, perché il sistema regolatorio di approvazione impiega circa 5 anni. Si tratta di un sistema oculare realizzato in plastica, con le stesse esatte proprietà dell'occhio umano, dove cristallino e cornea hanno stessa apertura e focale, ma al posto della retina abbiamo usato delle cellule provenienti da pazienti Alzheimer, quindi sia dal punto di vista ottico che biologico le proprietà sono le stesse, mentre un sistema di attuatori meccanici replica il movimento oculare involontario. Usando la nostra tecnologia, anche se semplificata e senza l'uso del laser perché non ancora regolamentato, quindi ad una risoluzione più bassa di quello che potremmo ottenere, abbiamo raggiunto una percentuale di correlazione del 90% su malati conclamati, mentre oggi tramite una serie di analisi più invasive si arriva al 95%, quindi siamo molto vicini».

Paolo Traversi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

10

I millimetri che misura complessivamente la retina umana

0,2

I micron della grandezza dei cluster proteici che individueranno le malattie

9

I ricercatori ed esperti che hanno lavorato al progetto

5

Gli anni della durata del progetto che si è concluso nel 2024

90%

La percentuale di correlazione tra malattie e cluster proteici nella retina

«CON UN SOFTWARE INTELLIGENTE RIUSCIAMO A FISSARE I MOVIMENTI RAPIDI E INVOLONTARI DELLA RETINA INVISIBILI A QUALSIASI MICROSCOPIO»

«FUNZIONA COME L'ESAME DEL FONDO OCULARE: I SENSORI VEDONO L'ACCUMULO DI CLUSTER PROTEICI CHE MISURANO SOLO POCHI MICRON»



LA PREVENZIONE FA SEMPRE BENE

Il nostro cuore è come l'auto Ha bisogno del "tagliando"

Un ecg di base, uno da sforzo e una eco per valutare l'attività elettrica e la funzione cardiaca sono l'abc per prevenire problemi dell'organo che ci tiene in vita. Dai 35 anni per lui, 45 per lei

PROF. FRANCESCO FEDELE*

■ Prevenire è meglio che curare. È quello che si sente affermare dalla comunità medica e da chi si occupa di sanità pubblica. Quando si parla di prevenzione solitamente si distingue tra prevenzione primaria e secondaria. La primaria è la forma classica e principale di prevenzione, focalizzata sull'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole. La prevenzione secondaria include misure che vanno dalla diagnosi precoce dei processi patologici fino al controllo della progressione di un evento già accaduto. Sempre in tema di prevenzione dobbiamo distinguere le azioni rivolte alla popolazione da quelle individuali. Tra gli strumenti di prevenzione a livello di popolazione dobbiamo ricordare gli screening, vale a dire gli esami condotti a tappeto su una fascia più o meno ampia di popolazione allo scopo di individuare una malattia o i suoi precursori (cioè quelle anomalie da cui la malattia si sviluppa) prima che si manifesti attraverso sinto-

mi o segni.

Numerosi sono gli screening ben codificati e utilizzati in campo di patologie tumorali e, più recentemente, nell'età pediatrica per la ciliachia e per il diabete infantile (diabete di tipo 1). In ambito cardiovascolare purtroppo questo manca. Sicuramente potrebbe essere estremamente utile uno screening con elettrocardiogramma in tutta la popolazione giovanile (dopo la pubertà, a partire dai 14 anni) indipendentemente dalla necessità di certificazione per attività sportiva agonistica e non agonistica, per poter intercettare quelle anomalie elettriche del cuore che possono portare a fibrillazione ventricolare, arresto cardiaco e morte cardiaca improvvisa.

Sempre in tema di screening, recentemente si vede propagandare la TC coronarica da eseguire nella popolazione adulta, soprattutto maschile, per rilevare la patologia coronarica. Chi scrive è contrario a questo approccio perché la metodica impiegata a tappeto può portare a molti falsi positivi, alla non precisa quantizzazione delle lesioni coronariche e ad un ricorso improprio all'esame invasivo co-

ronarografico.

Più corretta sembra una preliminare valutazione dei fattori di rischio non modificabili (età, sesso, familiarità) e modificabili (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, sedentarietà, fumo, alcol, droghe) e una particolare attenzione alla sintomatologia (dolore toracico, affanno, palpitazioni). Facendo riferimento al sintomo dolore toracico e a quella che è la patologia cardiovascolare più frequente, vale a dire la patologia dei vasi coronarici responsabile dell'infarto e delle sue conseguenze, laddove il profilo di rischio è basso possiamo prevedere di utilizzare la tac coronarica per avere la certezza della normalità dei vasi coronarici; laddove il profilo di rischio è intermedio utili sono le tecniche di imaging (particolarmente ecografia e risonanza) durante stress fisico (cicloergometro o tappeto trasportatore) o farmacologico per mettere in evidenza o escludere la presenza di sofferenza miocardica (ischemia) legata alla patologia coronarica; infine, laddove il profilo di rischio è alto o molto alto c'è indicazione diretta allo studio in-



vasivo delle coronarie attraverso coronarografia.

Comunque, per tutti il "minimo sindacale" a partire dai 35-40 anni per gli uomini e dai 45-50 anni per le donne è rappresentato da un ecg (ecocardiogramma) di base, un ecg da sforzo ed un ecocardiogramma per la valutazione dell'attività elettrica cardiaca, della struttura e funzione delle camere cardiache e delle valvole.

Infine, vorrei condividere con i lettori una regola generale per la prevenzione car-

diovascolare: paragonando il cuore al motore delle auto, ritengo fondamentale eseguire "tagliandi" periodici (la cui frequenza e cadenza verrà individuata e personalizzata dal cardiologo), ponendo estrema attenzione alle "spie" che si accendono sul cruscotto del nostro organismo (dolore toracico, affanno, palpitazioni) in maniera da provvedere tempestivamente ad interventi di "manutenzione straordinaria" che permettano non solo di aumentare gli anni ma anche la qua-

lità della nostra vita.

***Responsabile
riabilitazione
cardiorespiratoria
San Raffaele
Montecompatri**



Aumenta il numero dei defibrillatori presenti negli spazi pubblici delle città per un soccorso tempestivo in caso di attacco cardiaco. Si calcola, infatti, che in Italia ogni sette ore una persona muore per arresto cardiaco. Per questo è fondamentale la presenza dello strumento, soprattutto nei luoghi affollati.



Ricerca clinica eccellenza italiana

Longo: "Il comparto farmaceutico può rivestire un ruolo strategico per consolidare la ripresa economica del Paese e la sua competitività sui mercati internazionali. Ma andrebbero fatti passi in avanti a favore del settore"

Uno stile di vita poco salutare, il consumo di alcolici, il sovrappeso e la sedentarietà sono alcuni dei fattori che possono aumentare il rischio di tumore. Un problema che è cresciuto negli ultimi anni, tanto che nel 2023 si sono verificate 395 mila nuove diagnosi, circa 20 mila in più rispetto all'ultima rilevazione del 2020, secondo dati dell'Istituto Superiore di Sanità. Un numero destinato a crescere in media ogni anno dell'1,3% negli uomini e dello 0,6% nelle donne. Anche se, grazie alla ricerca scientifica, i tassi di sopravvivenza e guarigione risultano in costante aumento.

L'ambito oncologico è una delle aree in cui è attiva AstraZeneca Italia, azienda biofarmaceutica globale presente nella Penisola da oltre 20 anni con più di 1.200 dipendenti che opera nello sviluppo di farmaci innovativi anche negli ambiti malattie rare, cardiovascolare, metabolico e renale, respiratorio e immunologico, infettivologia. «Il nostro obiettivo è sviluppare nuovi farmaci che possano cambiare in meglio la vita dei pazienti, con un focus sulle malattie che si distinguono per impatto sociale e costo elevato per il servizio sanitario nazionale e per il Paese», sottolinea Claudio Longo, presidente e amministratore delegato di AstraZeneca Italia. «Basti pensare che nella Ue 50 milioni di persone convivono con una o più malattie croniche, patologie che sono responsabili di oltre quattro milioni di decessi l'anno».

Nel 2023 il gruppo (che dal 2021 include anche Alexion, azienda biofarmaceutica specializzata nel segmento delle malattie rare) ha

realizzato 770,1 milioni di euro di ricavi, con un tasso medio annuo di crescita composto del 19,5% rispetto al 2019. Una performance frutto del forte investimento in ricerca e sviluppo portato avanti negli ultimi anni: 59 milioni di euro nel solo 2023, con un incremento del 25,2% rispetto al 2019.

L'Italia ricopre un ruolo rilevante per AstraZeneca e Alexion nella ricerca clinica, sia in termini di studi in corso, sia come incidenza sul totale nazionale. Secondo un report di The European House - Ambrosetti sul valore creato da AstraZeneca in Italia, l'azienda nel 2023 ha attivato 192 studi clinici in più di 600 centri italiani, classificandosi come prima azienda farmaceutica del Paese per contributo alla ricerca clinica nel medio termine.

«L'Italia è un Paese di grande importanza per il nostro gruppo, anche per le tante eccellenze presenti nel mondo della ricerca», sottolinea Longo.

«Ad oggi sono 17 le nuove molecole in ultima fase dello sviluppo (più 112,5% rispetto al 2019) e da qui al 2030 l'obiettivo è di portare sul mercato 20 nuovi farmaci (di cui cinque sulle malattie rare).

«Oggi si stima che siano circa tre milioni gli italiani affetti da una malattia rara, per circa 8 mila patologie conosciute», sottolinea Anna Chiara Rossi, vicepresidente e general manager Italy di Alexion, AstraZeneca Rare Disease. «Solo il 5% di queste malattie ha però a disposizione una terapia efficace perché la ricerca nel settore è difficile ed è soggetta a un elevato tasso di insuccesso. Come Alexion siamo una delle poche realtà che ha deciso di focalizzarsi su quest'ambito», prosegue Rossi, per poi ag-

giungere che «sin dalle origini abbiamo deciso di adottare un approccio pionieristico, specializzandoci nei farmaci orfani (destinati alla cura delle malattie talmente rare da non consentire alle aziende farmaceutiche di generare ricavi tali da recuperare i costi, ndr)».

Finora Alexion ha sviluppato cinque molecole in sette aree terapeutiche e ha all'attivo 22 programmi di studio clinico, che coinvolgono centinaia di pazienti in 130 centri sul territorio italiano. Lo studio realizzato da The European House - Ambrosetti quantifica in 524,2 milioni il contributo dato dal gruppo AstraZeneca al Pil nel 2023, in crescita del 70% rispetto al 2020. Un dato che dovrebbe superare, nel prossimo triennio, i due miliardi di euro cumulati. «Questo significa che ogni euro investito da AstraZeneca in Italia genera quasi tre euro complessivi nell'economia del Paese», specifica Longo, per il quale il settore farmaceutico può rivestire un ruolo strategico per consolidare la ripresa economica e la sua competitività sui mercati internazionali. Andrebbero però fatti ancora dei passi in avanti a favore del settore. «Seguendo le indicazioni date da Draghi nel suo report sulla competitività europea andrebbe lanciata una strategia a livello nazionale incentrata sulle scienze della vita», conclude Longo, per il quale andrebbero anche velocizzate le procedure necessarie per attivare gli studi clinici e reso più omogeneo a livello nazionale l'accesso ai farmaci innovativi, superando le disparità attualmente presenti sul territorio. - s.d.p.



LA GIORNATA MONDIALE

Allo Spallanzani ecco i farmaci rivoluzionari contro l'Aids

di **Margherita De Bac**

Mentre nel Lazio cresce il numero dei contagi al virus dell'Hiv e le diagnosi sono troppo tardive, allo Spallanzani per la Giornata mondiale contro l'Aids arrivano i nuovi farmaci: basta un'iniezione ogni due mesi per combattere con efficacia la sindrome.

a pagina 5

Aids, un'iniezione ogni due mesi Nuove cure più efficaci in arrivo

Spallanzani, farmaci innovativi contro l'Hiv. Crescono contagi e diagnosi tardive

Non sarà il vaccino, probabilmente, a segnare un passaggio vincente nella storia della lotta all'Aids. Dopo tanti fallimenti, l'ultimo di un «candidato» messo a punto a Boston, ecco uno strumento di prevenzione che traccia una svolta decisiva. È una iniezione da ricevere ogni due mesi in ospedale, a base di una molecola innovativa capace di proteggere dal virus dell'Hiv, l'immunodeficienza acquisita. Siamo nel campo della «profilassi post esposizione», la PrEp.

La novità investe l'Istituto per le malattie infettive Spallanzani che grazie a un accordo col Il Sacco di Milano comincerà a somministrare un numero di circa 800 dosi. La ristrettezza del quantitativo è dovuta al fatto che il farmaco, approvato dall'agenzia europea Ema, non ha ottenuto ancora in Italia la rimborsabilità e dunque non è disponibile a pieni ranghi. È la prima applicazione in Italia di una strategia che ha tutte le prerogative per portare lontano e infliggere un colpo pesante a una epidemia in subdolo aumento, soprattutto nel Lazio.

Andrea Antinori, direttore del dipartimento clinico dello Spallanzani, guarda lontano: «Va vista come una rivoluzione. Passiamo da una pillola da prendere una volta al giorno a una terapia iniettiva che ora viene data ogni due mesi e che presto avrà una cadenza semestrale e poi annuale perché sono in arrivo altri farmaci». Sul piano del contenimento dell'Hiv la novità ha ricadute importanti. L'iniezione favorisce l'adesione alle cure in quanto libera dalla pressione di un appuntamento quotidiano. Maggiore aderenza significa più efficacia e riduzione del contagio.

Il programma Spallanzani-Sacco inizialmente coinvolgerà persone omosessuali che per diversi motivi sono state escluse dalla terapia orale gratuita in Italia da maggio 2023 (difficoltà pratiche, intolleranza, bassa aderenza). La «chiamata» riguarda la popolazione cosiddetta a rischio, che ha cioè maggiori possibilità di contagiarsi attraverso rapporti sessuali.

Attualmente le persone in PrEp nel Lazio sono circa 2mila, è la stima di Antinori, ma è probabile che nella real-

tà siano almeno il doppio. La platea «potrà essere ulteriormente allargata a quanti non si sono ancora avvicinati anche fra gli eterosessuali. La percentuale delle donne che hanno aderito è del 2%».

Secondo il rapporto di Seresmi, il centro di epidemiologia del Lazio, nel 2023 l'incidenza delle nuove diagnosi di positività è stata superiore alla media nazionale, i valori più alti tra 25 e 34 anni in netto aumento rispetto all'anno precedente. Quasi l'85% delle nuove diagnosi è attribuibile alla trasmissione sessuale. Il 57% è tardiva, arriva quando la tenuta del sistema immunitario è già in bilico. «Purtroppo i test rapidi sono poco richiesti. Eppure vengono offerti con la garanzia del completo



anonimato e della rapidità», si rammarica Miriam Lichtner, primario del reparto di malattie infettive al Sant'Andrea dove giovedì scorso i test per Hiv, epatite C e sifilide sono stati offerti gratuitamente agli studenti della facoltà di Medicina oltre che ai ricoverati per i quali erano stati programmati prelievi del sangue. L'iniziativa ha avuto molto

successo, ragazzi in fila agli stand. Lichtner insiste: «Nonostante i significativi progressi di cura e prevenzione, l'infezione continua a diffondersi, alimentando stigma e discriminazione. Le diagnosi tardive sono ancora predominanti, spesso a causa della paura o della convinzione di non essere a rischio. Oggi se

scoperta precocemente l'infezione viene trattata in modo efficace. Non c'è ragione di tirarsi indietro».

Margherita De Bac

Va vista come una rivoluzione: passiamo da una pillola una volta al giorno a una terapia iniettiva che ora viene data ogni 2 mesi e che presto avrà una cadenza semestrale e poi annuale
Andrea Antinori



Lo Spallanzani è specializzato nella cura delle malattie infettive

