

ORE12 SANITÀ ITALIA

Confermi Sanità
progetta il futuro

Endometriosi,
le possibili soluzioni

Trapianto d'organi,
un lavoro di squadra

Chirurgia vascolare,
focus sull'evoluzione

UNA VITA A MISURA D'ANZIANO



VIOLATECH
BIOMEDICAL SOLUTIONS



LASER - VAPORIZE PLAQUE

Laser ad eccimeri con tecnologia comprovata da oltre 20 anni di esperienza clinica, semplice e versatile, con applicazioni nelle procedure di interventistica coronarica, di interventistica vascolare/chirurgia vascolare e di elettrofisiologia interventistica.

See clearly. Treat optimally.

CONTATTACI



Violatech S.r.l. · Via Kenia, 74 · 00144 Roma
Tel. +39 065922087 · Fax +39 0659290468 · info@violatech.it
www.violatech.it

Hic et nunc

Sanità & Pnrr, a mali estremi...

di *Pietro Romano*



In Campania si registra il consumo più alto di antibiotici tra le regioni italiane. A renderlo noto il ministero della Salute che, dopo il Covid, ha cominciato a monitorare il consumo di questi (e di altri) farmaci di cui si fa uso e spesso abuso. E proprio la Campania, guarda caso, è una delle regioni dove la sanità sale più alla ribalta. Probabilmente anche a causa di una carenza di fondi per mala utilizzazione.

Gli antibiotici sono deputati a combattere e a curare le infezioni sostenute dai batteri ma non servono e anzi sono dannosi contro le infezioni virali. Purtroppo, durante l'emergenza pandemica, per scongiurare il rischio della sovraesposizione di infezioni batteriche, sono stati prescritti fiumi di alcuni antibiotici i quali, non a caso, sono diventati per lungo tempo introvabili. Di conseguenza, la spesa per antibiotici ha eroso quote sempre più consistenti dell'intera spesa sanitaria, non solo in Campania. Proprio mentre ci si trova a fare i

conti con una situazione della spesa sanitaria finita improvvisamente, per motivi politici, sotto i riflettori, ma di sicuro emergenziale.

In Europa i Paesi più avanzati destinano al servizio sanitario pubblico una quota del prodotto interno lordo superiore al 10%. In Italia questa quota scende al 6,8%. Dall'insediamento del governo di "salute pubblica" guidato da Mario Monti i tagli alla spesa sanitaria si sono succeduti, praticamente anno dopo anno. Nel frattempo, gli esecutivi hanno destinato risorse ingenti a provvedimenti inutili o addirittura dannosi per attirare facili consensi, come la politica dei bonus con i suoi fardelli e le sue ingiustizie dimostra. L'inversione di tendenza dovrebbe essere massiccia ma le risorse complessive sono scarse e non si può in pochi mesi recuperare il tolto, se non il maltolto, di oltre un decennio.

La situazione italiana è tanto più pesante in quanto il nostro Paese ha una media di età tra le maggiori del mondo. E di certo gli anziani hanno bisogno di attenzioni superiori a quelle dei più giovani. Come risolvere l'ingarbuglio, allora, in tempi ragionevoli? Probabilmente l'unica carta che la politica può giocare, oltre al taglio dei benefici elettoralistici e clientelari, è quella del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). Come hanno proposto nomi illustri della sanità pubblica e privata.

Il Pnrr, si dirà, comprende una serie di progetti di investimenti mirati al futuro. Ma gli investimenti mirati alla prevenzione sanitaria non sono utili nel futuro? Una popolazione più sana è destinata a incidere anche sui conti pubblici, e privati. Di per sé, com'è stato detto, la prevenzione è un investimento sociale. Oggi si preferisce spendere risorse intervenendo sulle patologie (anche in modo errato, come testimonia l'abuso di antibiotici) invece di prevenirle. Esistono tanti biomarker predittivi – è stato spiegato – che aiuterebbero i cittadini a evitare l'insorgere di malattie. Investire su questo fronte potrebbe essere un investimento molto fruttuoso in termini di benessere e di spesa socio-sanitaria futura. A questo punto serve una coraggiosa inversione di tendenza politica prim'ancora che economico-finanziaria. Piuttosto che una serie di invettive reciproche tra le parti politiche che non risolve problemi ma li incancrenisce.

ORE12 SANITÀ

Mensile di informazione Tecnico Scientifica

www.ore12web.it

Direttore Responsabile

Katrin Bove
katrin.Bove@ore12italia.it

Direttore Editoriale

Pietro Romano
direttore@ore12italia.it

Direttore Comitato Scientifico

Roberto Chiappa

Direzione Web e Social

Annachiara Albanese
direzioneweb@ore12web.it

Redazione

redazione@ore12italia.it

Graphic designer & photo editor

Fabrizio Orazi

Hanno collaborato a questo numero

Annachiara Albanese è laureata in scienze della comunicazione

Caterina Del Principe è lo pseudonimo di una giornalista

Maria Concetta Di Mario è giornalista

Satya Marino è giornalista

Danilo Quinto è giornalista

Walter Rodinò è giornalista

Riccardo Romani è lo pseudonimo di una giornalista

Flavia Scicchitano è giornalista

Lidia Tamburrino è giornalista

Federica Troiani è giornalista

Stampa

Tipografia Brandi snc
Via degli Orti della Farnesina, 9/A
00135 Roma
tipografiabrandisnc@gmail.com

Privacy

Art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679
Informativa sulla privacy disponibile nella sezione [privacy-protezione-dei-dati] su www.ore12italia.eu - privacy@ore12italia.it

Abbonamenti e Arretrati

Copia singola: 10,00 euro
Abbonamento annuo: 60,00 Euro

Warning

Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica, salvo diversa indicazione, sono riservati. Manoscritti o/o foto anche se non pubblicati, non si restituiscono. Garantendo un accurato lavoro del nostro centro documentazione, con regolare acquisizione delle relative licenze, l'editore si dichiara comunque disponibile a valutare segnalazioni, rimuove materiale, liquidare spettanze nei confronti di aventi diritto non raggiunti o impossibili da rintracciare



Pubblicato in Italia e nel mondo da
RICOMUNICARE SRL
Piazza Mazzini, 27 - 00195 Roma
Registrazione tribunale di Roma n. 229 del 7/12/2016
Iscrizione ROC n. 26995

ORE12ITALIA/ORE12GROUP © 2016/2019 RICOMUNICARE SRL.
All rights reserved

1

HIC ET NUNC

5

LA LETTERA

7

MARIANO
FECCIA

11

CONFIMI

13

SIGOT

17

ANZIANI

20

LA MEMORIA

22

CHIRURGIA
VASCOLARE

25

CARDIOLOGIA

SOMM



27

MORBILLO



40

INTELLIGENZA ARTIFICIALE



31

BRONCHIOLITE

43

EMERGENZA DENGUE

36

ENDOMETRIOSI



46

SOLONGEVITY

38

PAPILLOMA
VIRUS (HPV)

ARIO

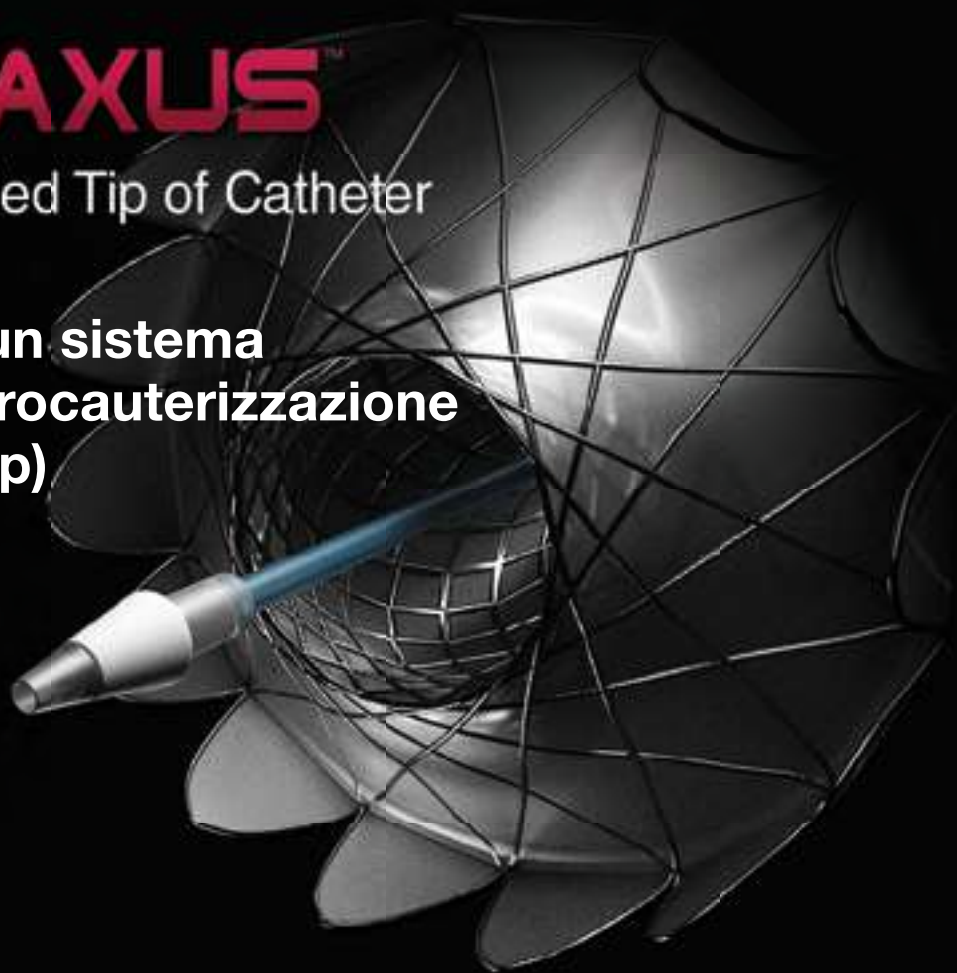
CON IL PATROCINIO DI:

confiniindustria
Confederazione dell'Industria Manifatturiera Italiana e dell'Impresa Privata SANITÀ

HOT SPAXUS™

Electrocautery-Enabled Tip of Catheter

**LAMS montato su un sistema
di rilascio con elettrocauterizzazione
(procedura one-step)**



*Il sistema di rilascio intuitivo rende la procedura
di drenaggio ecoguidato semplice, agevole e sicura*

**ENDOVASCULAR
SERVICE**
ENDOVASCULAR SERVICE s.r.l.

ENDOVASCULAR SERVICE

Via dell'Acqua Traversa 143
00135 Roma

Partita IVA 09175331009

E-mail info@endoser.it

PEC endovascularservice@pecposta.it

Tel. +39 06 3629081

Certificazione ISO 9001 2015



• NUMERO 2 •



La fotografia della disastrosa situazione in cui si trova la sanità del nostro Paese, l'ha fornita di recente la Fondazione GIMBE. In base ai dati riferiti al primo gennaio del 2023, mancano 3.114 medici di medicina generale. Le evidenze negative sono soprattutto nel Nord: in Lombardia ne mancano 1.237, in Veneto 609, in Emilia Romagna 418, in Piemonte 296. Nel Sud è la Campania a soffrire maggiormente: mancano 381 medici. I dati di GIMBE si basano sul rapporto di 1 medico di medicina generale ogni 1.250 assistiti. Secondo la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, entro il 2026 andranno in pensione ben 11.439 medici.

Per GIMBE, la carenza dei medici di base è frutto di un'errata programmazione che non ha garantito il ricambio generazionale. In previsione, nel 2026 saranno tutte le regioni del Sud (tranne il Molise) a scontare la maggior riduzione di medici: Campania (-384), Puglia (-175), Sicilia (-155), Calabria (-135), Abruzzo (-47), Basilicata (-35), Sardegna (-9).

È interessante anche un altro dato dell'analisi diffusa da GIMBE: quasi un medico di famiglia su due supera il limite massimo dei 1.500 assistiti: la percentuale è del 51,5% in Emilia-Romagna, del 58,4% in Campania, del 59,1% nella Provincia Autonoma di Trento, del 59,2% in Valle D'Aosta, addirittura del 64,7% e del 71% rispettivamente in Veneto e in Lombardia. Il numero esorbitante di assistiti determina una riduzione della disponibilità oraria e un deterioramento della qualità dell'assistenza, in particolare su tre elementi: la reale disponibilità di medici di medicina generale in relazione alla densità abitativa, la distribuzione omogenea e capillare sul territorio e la possibilità per i cittadini di esercitare il diritto della libera scelta.

Secondo la Federazione dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) attualmente si possono stimare tra i tre e i quattro milioni gli italiani senza medico di famiglia ed entro tre anni il 25% della popolazione si troverà senza l'assistenza primaria sul territorio. In cinque anni potrebbero essere più di quindici milioni gli italiani senza medico di famiglia, a causa dei 15.000 medici che andranno in pensione sostituiti da solo 5.000 nuovi ingressi nei prossimi cinque anni.

Eppure, nonostante questi dati, nulla si muove. Nessuno, né a livello regionale né a livello nazionale, prende decisioni degne di tal nome. Salvo, poi, percorrere strade che imporrebbero di modificare gli articoli della Costituzione ispirati ai principi del bene salute e del diritto universale alla salute come la proposta che si sta affermando in Veneto, d'istituire un servizio di medicina interna in regime privato, al costo di 50 euro a visita.



Soteria
Medical



Prokast

Via dell'Acqua Traversa 143
00135 Roma
Email info@prokast.it
Tel. 0636290832

TRAPIANTO DI ORGANI, un lavoro di squadra multidisciplinare ad alto livello

di Flavia Scicchitano

MARIANO FECCIA



CHIRURGI, RIANIMATORI
E NUOVE TECNOLOGIE
PROTAGONISTI NEL PERCORSO
DEI TRAPIANTI
E NELLE ULTIME FRONTIERE
DELLA MEDICINA

I Centro regionale trapianti del Lazio ha un ruolo di coordinamento regionale, gestendo 5 Istituzioni ospedaliere con 14 programmi trapianto per adulto e pediatrico, e coordina la gestione di due banche per tessuti: la banca delle cornee che ha sede al San Giovanni e la banca del tessuto muscolo scheletrico che ha sede all'Ifo. Nel dettaglio, presso l'ospedale San Camillo si eseguono trapianti di rene, fegato, pancreas e cuore; presso il Policlinico Umberto I polmoni, rene, fegato; il Policlinico Tor Vergata e il Gemelli eseguono trapianti di rene, pancreas e fegato; l'ospedale Bambino Gesù esegue il trapianto di fegato, rene, pancreas, cuore e polmoni pediatrico. A livello regionale afferiscono e

vengono coordinati ben 19 Coordinamenti ospedalieri di procurement (COP), ovvero gli ospedali dove vengono segnalati i potenziali donatori e con i quali si collabora per lo sviluppo del processo donativo sotto il profilo, medico-legale, clinico-diagnostico e logistico. Inoltre vengono coordinati i trapianti di midollo osseo allogenici, importante capitolo di patologie ematologiche. Prerogative del Centro regionale trapianti sono l'eterogeneità e la diversità dei profili professionali che concorrono alla realizzazione del processo di donazione e trapianto, dalla dichiarazione di morte cerebrale al decorso post operatorio.

Mariano Feccia, direttore del Centro regionale trapianti del Lazio, afferma: il trapianto di un organo arriva al



culmine di un processo che richiede un lavoro di squadra con competenze multidisciplinari di alto livello. Il lungo percorso che conduce al trapianto di un organo trova origine nella valutazione della volontà espressa in vita dal paziente rispetto alla donazione dei propri organi. Quindi si identifica il potenziale donatore, si effettua la diagnosi di morte cerebrale secondo rigidi e garantisti criteri scientifici e legislativi condotti da una commissione terza, si procede con l'offerta di donazione, la valutazione di idoneità del donatore, la valutazione dei rischi potenziali in relazione alla storia clinica, il trattamento, l'assegnazione dell'organo e, infine, il prelievo di organi e tessuti, il trasporto, il trapianto e il follow up. Il Centro regionale trapianti individua la compatibilità migliore tra donatore e ricevente e monitora nel tempo per eventuali rigetti. Tutto questo processo è 'tempo dipendente', ovvero è importante che sia ridotto al minimo il tempo di attesa tra la morte cerebrale e l'impianto dell'organo da trapiantare. In questo senso le perfusion machine danno un importante contributo, consentendo di allungare il tempo di ischemia degli organi, ottimizzandone le condizioni, effettuando ulteriori esami di idoneità ed in futuro, forse, manipolandone l'espressione genetica, si potrà ottenere una migliore tolleranza immunologica.

Qual è il ruolo dei chirurghi prelevatori e trapiantatori?

Purtroppo oggi si tende a non valorizzare debitamente le figure dei chirurghi prelevatori e trapiantatori e i loro profili di alta specializzazione nonché il grande spirito di abnegazione. Problematiche possono riguardare la

modalità di esecuzione dell'atto chirurgico di prelievo, che spesso avviene in ospedali lontani dal proprio, spesso nel cuore della notte con logistiche e disponibilità diverse. Tali condizioni presuppongono un alto livello professionale, di training trapiantologico per la valutazione generale e specifica dell'organo in funzione della complessità dello status del ricevente, e di compliance ambientale. Pertanto le fasi procedurali relative all'assessment dell'organo, al prelievo e alla preservazione dell'organo, richiedono altissima professionalità e un supporto logistico di alto profilo gestionale, quale quello che oggi la rete trapiantologica nazionale fornisce.

In prima linea ci sono anche i rianimatori

Gli anestesisti-rianimatori rivestono un ruolo centrale perché le terapie intensive sono i luoghi in cui il paziente in morte cerebrale viene gestito per il mantenimento degli organi in condizioni ottimali ai fini della donazione. E' nelle rianimazioni che vengono effettuate una serie di indagini strumentali per la valutazione dell'idoneità e qualità al fine di offrire la migliore possibilità di funzione post trapianto. Non tutti gli organi hanno la stessa resistenza e persistenza funzionale: cuore e polmone sono i più fragili, rene e fegato i più resistenti. Dei cuori il 50% viene scartato per età, alterazioni, coronaropatie. Dei polmoni il 60%. Di fegato e rene, invece, viene utilizzato quasi l'85%. Il management ottimale degli anestesisti rianimatori, l'expertise dei medici prelevatori e trapiantatori, l'ottimo coordinamento della rete trapiantologica nazionale e regionale e l'uso delle perfusion machine, quando

indicato, giocano un ruolo fondamentale nel lavoro di mantenimento, perfusione, nutrizione ed equilibrio emodinamico e funzionale. Le rianimazioni hanno un ruolo fondamentale nel fine vita. Bisogna promuovere la cultura donativa relativa, per questo ho in programma di dialogare con le società scientifiche dei rianimatori per organizzare un incontro sull'emodinamica del donatore in Regione Lazio.

A che punto siamo con le donazioni e quali sono le caratteristiche dei donatori?

Bisogna, innanzitutto, considerare che le donazioni sono parametri Lea e in quanto tali sono lo specchio di un'organizzazione da rendere routine: il paziente in morte cerebrale deve essere individuato, deve essere investigata la volontà espressa in vita e, in assenza, chiedere autorizzazione alla donazione al parente più prossimo (attualmente in Italia il livello di opposizione è complessivamente del 28%, nel Lazio poco più del 32%), consapevoli che un organo donato è l'unica terapia per il paziente in lista di attesa. In caso contrario, quel decesso non genererà alcuna possibilità terapeutica rimanendo un freddo, critico e triste evento del ciclo della vita. La donazione e il trapianto rappresentano una diversa interpretazione dell'evento decesso. Essere un parametro Lea comporta che gli ospedali siano dotati di un Pdta specifico sul fine vita e sulla donazione degli organi e siano attenzionati come progetto obiettivo di

un sistema sanitario ospedaliero e di una responsabilità direzionale. Un organo che non viene donato è una privazione terapeutica per un altro paziente che non avrà una prospettiva di vita o avrà una qualità di vita non ottimale. Un organo è come un farmaco: terapeutico e in alcuni casi salvavita, questo è l'assioma da portare avanti in un contesto garantista. Il soggetto in dialisi, ad esempio, costerà tantissimo alla comunità e avrà comunque una qualità di vita estremamente scarsa, con relativa compromissione della possibilità lavorativa, affettiva, nonché libertà di movimento e decisionale. L'assistenza ventricolare, il cuore artificiale, per il paziente cardiopatico da una ottima possibilità di attesa attraverso un investimento economico, professionale e umano enorme, mantenendo una buona qualità di vita ma sempre condizionata da una macchina, fino ad arrivare al gold standard terapeutico, ovvero il trapianto di cuore. In ogni caso va segnalato che le caratteristiche dei donatori sono radicalmente cambiate; sempre più spesso si tratta di individui in età avanzata, spesso sottoposti a periodi lunghi in terapia intensiva, con comorbidità che condizionano la gestione e la frequente difficoltà di compatibilità con i riceventi. Tale complessità clinica implicitamente necessita di esperienza e competenza sempre più elevata da parte del team trapiantologico nel processo di ottimizzazione e matching donatore-ricevente per minimizzare i rischi. Tali rischi sono comunque sempre



presenti, minimizzabili ma mai annullabili.

Quali sono le ultime frontiere tecnologiche?

Meritano grande attenzione le nuove tecnologie. Tra queste vorrei citare le assistenze ventricolari in cardiocirurgia, sempre più miniaturizzate e performanti che permettono un'ottima qualità di vita e il prolungamento dei tempi di attesa del cuore da trapiantare: il concetto di 'bridge to transplant' o le nuove metodiche di dialisi (peritoneale), più confortevoli e performanti della sola dialisi ambulatoriale. E ancora, gli step di trattamento prodromico per patologie oncoepatologiche per il trapianto di fegato e le già citate perfusion machine, che permettono periodi più lunghi di trasporto in sicurezza e di valutare e utilizzare organi marginali, ricondizionandoli così da ottenere un ampliamento della disponibilità, rimodularne la risposta infiammatoria e in futuro anche la risposta immunologica. Nel post trapianto, per il miglior controllo e monitoraggio della risposta immunologica, oggi si può parlare di 'biopsia liquida', tecniche altamente sofisticate che, attraverso il monitoraggio continuo di eventuali anticorpi donatore-specifici e del dosaggio del Dna free (libero) circolante del donatore, permettono di censire e verificare molto precocemente un potenziale stato di sofferenza dell'organo trapiantato, consentendone una migliore efficienza e preservazione funzionale nel tempo. Il Dna free consente una diagnosi precoce e ultrastrutturale del rigetto con un semplice prelievo di sangue.

Quali sono i costi?

L'innovazione e l'alta professionalità hanno un costo. E' necessaria un'adeguata e competente valutazione in considerazione dei benefici per il paziente, un'adeguata programmazione sanitaria e la valutazione dell'effettivo ritorno economico di questo investimento. Sono quindi da valorizzare e sostenere economicamente il training e l'impegno continuo e costante dei professionisti,

l'adeguamento tecnologico all'insegna della sostenibilità e della compliance di sistema, come pure è necessario cambiare la mentalità e il punto di vista terapeutico secondo cui, come già detto, un organo è terapia per i pazienti in attesa e come tale va considerato in termini di potenziale disponibilità, allocazione, preservazione e buona funzione nel tempo. Pertanto, le multiple azioni vanno da una coscienza sociale rivolta alla donazione, a una pianificazione di adeguamento tecnologico per l'area trapiantologica, a un continuo training e professionalizzazione degli operatori di settore, a un'attenta e virtuosa pianificazione economico-sanitaria in relazione alla cronicità e letalità delle patologie trattate con il trapianto d'organo.

Quali ultime iniziative sono state lanciate dal Centro regionale trapianti?

Nelle scorse settimane abbiamo lanciato per la Regione Lazio il progetto Mobile Ecmo Team, in collaborazione con le cardiocirurgie degli ospedali del Lazio e il Ares 118 che dispone di un'ambulanza attrezzata e, prossimamente, disporrà di un elicottero per il trasporto di pazienti in Ecmo. Sono pazienti estremamente instabili, che saranno centralizzati per un processo diagnostico e di cura di alto profilo in cinque ospedali Dea di II livello per la cardiocirurgia. E' un ulteriore passo verso la cura e il recupero dei pazienti che nel territorio o negli ospedali di Dea di I livello possono essere soggetti ad arresto cardiaco o scompenso cardio-respiratorio acuto, ma che prontamente trattati possono avere possibilità di recupero. Fondamentale è poi la campagna di informazione e supporto per il trapianto da donatore vivente di rene e di midollo osseo. Il Centro regionale trapianti con il suo laboratorio di immunologia ha, inoltre, sviluppato tecniche di avanguardia con la valutazione di Dsa e Dna free che costituiscono esami importanti per il monitoraggio immuno-reattivo soprattutto dei trapiantati di cuore e rene, cercando di mantenere al meglio e per più lungo tempo l'ottima condizione funzionale dell'organo. Infine il Centro regionale trapianti del Lazio vuole essere punto di riferimento per la ricerca e sviluppo di studi scientifici e tecniche innovative di management trapiantologico, favorendo la cooperazione di più centri regionali, nazionali ed internazionali, nonché punto di aggregazione e unione del volontariato di settore (Aido, Acti, Aned-Aned Sport, FinTred, Admo, per citarne alcuni). Il tutto all'insegna della consapevolezza che solo con la collaborazione multidisciplinare, il continuo studio e l'unione e condivisione delle diverse esperienze professionali e tecnologiche si potrà fornire il migliore servizio possibile per i pazienti che attendono nel silenzio, e a volte nella solitudine, questo gesto terapeutico socialmente e professionalmente complesso, articolato e meraviglioso dal nome trapianto.



Pubblico e privato

in soccorso dei cittadini del futuro

*Confini Sanità al “World Health Forum Veneto” presenta
il progetto con l’Università di Verona pensato
per rendere innovativa e concorrenziale l’Italia*

di Caterina Del Principe

Tra meno di 20 anni nel nostro Paese gli ultraottantenni supereranno i 6 milioni e gli ultranovantenni saranno circa 1,4 milioni. Secondo gli ultimi dati raccolti dall'Istat, se è vero che continua a registrarsi un calo delle nascite è altrettanto certo l'innalzamento della

longevità. Dati che non devono soltanto allarmare ma servire per programmare il futuro senza rimanere un passo indietro.

È merito di questo sguardo ampio, che vede con chiarezza sempre più italiani con necessità di cure



all'avanguardia, che Confimi Industria Sanità ha pensato a un progetto per rendere concorrenziale il Paese con il resto del mondo.

Se ne è parlato in occasione del World Health Forum Veneto, prima edizione di incontri e dibattiti per esplorare l'evoluzione delle scienze mediche e delle tecnologie che possono migliorare la vita, a cui ha partecipato la verticale di Confimi Industria che conta 1200 aziende nel settore sanitario.

L'appuntamento è stato infatti occasione per confrontarsi sulla visione futura della sanità e presentare il progetto concretizzato con il protocollo firmato con l'Università

di Verona per l'avvio di un laboratorio Ortopedico di biorobotica e di Analisi del movimento inserito nella scuola di specializzazione in Medicina dello sport e dell'esercizio fisico.

Un presidio d'avanguardia che permetterà al nostro Paese di avere un centro di altissima specializzazione, punto di riferimento per il settore medico. Ma per raggiungere il risultato è fondamentale la sinergia tra pubblico e privato da mettere a disposizione dei pazienti che necessitano di una complessa assistenza e di molteplici bisogni di cura e sostegno.

Non soltanto sussidi robotici a disposizione di atleti, ma strumenti ortopedici studiati e realizzati a misura di ogni esigenza e a disposizione di tutti. Perché è l'innovazione tecnologica la chiave per restituire a chi ha perso abilità un supporto concreto. Nello specifico, verranno analizzati pazienti prima o dopo interventi di chirurgia ortopedica, o con programmi di riabilitazione dell'apparato muscolo scheletrico, portatori di protesi ortopediche per amputazioni o malformazioni, per lo studio e valutazioni di alterazioni posturali, o che richiedano un programma di esercizio fisico con finalità specifiche. Grazie alla biorobotica in correlazione con l'analisi del movimento, i futuri esperti saranno in grado di raggiungere l'eccellenza.

"Il momento di confronto del Forum è stato utile per analizzare bisogni, proposte e soluzioni dell'industria dei dispositivi impegnata in sanità che deve gettare le basi per una nuova politica industriale di sostenibilità dell'innovazione", spiega Massimo Pulin, presidente nazionale di Confimi Industria Sanità.

Un progetto che si allinea con l'avanzamento dell'intelligenza artificiale applicata anche al campo della salute che in tutto il mondo sta permettendo di fare passi avanti. E l'Italia deve partecipare alla creazione di nuovi dispositivi in grado di migliorare la vita e la socialità.

"Già oggi e sempre più nell'immediato futuro, la specializzazione tecnica medica e la ricerca in tecnologie applicate alla salute andranno di pari passo", sottolinea Pulin: "Per farlo abbiamo individuato nell'Università di Verona il partner di formazione, preparazione e sperimentazione ideale nella progettazione di un laboratorio permanente di tecniche ortopediche".

Un progetto che parte dalla creazione di una rete, per costruire insieme un modello nuovo di insegnare ai nuovi professionisti del futuro le nuove tecnologie in campo.

Il futuro della salute è l'Italia del futuro.





Più anziani ma più in salute

*L'ITALIA E' IL SECONDO PAESE PIU' VECCHIO AL MONDO.
LA LONGEVITA', PERO', NON GARANTISCE L'AUTONOMIA.
ECCO LE PROPOSTE DEI GERIATRI PER VIVERE MEGLIO*

di *Federica Troiani*

“Un’assistenza efficiente in ospedale per le patologie acute evita molte disabilità e l’istituzionalizzazione. Il territorio deve farsi carico della complessità dell’anziano, con un ruolo centrale e di coordinamento, della geriatria; il domicilio resta il luogo privilegiato dove assistere la persona anziana”. A sottolinearlo il professor Lorenzo Palleschi, presidente della Sigot, la Società italiana di geriatria ospedale e territorio.

La Sigot, dopo avere accolto complessivamente con favore il Decreto legislativo proposto dal Consiglio dei ministri in cui sono riportate le disposizioni attuative della Legge numero 33/2023 sulla riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti,

propone alcuni accorgimenti, presentati in audizione di fronte ai membri della commissione Affari sociali della Camera ed esposti in occasione di una giornata di studi dedicata.

Le novità

La riforma dell’assistenza agli anziani non autosufficienti ha valorizzato il metodo della valutazione multidimensionale, lo sviluppo dei servizi territoriali e domiciliari integrati, la digitalizzazione. Tuttavia, si deve lavorare ancora sulla prossimità dell’assistenza alla persona anziana. “Tra le proposte avanzate dalla Sigot – sottolinea il presidente Palleschi - l’adozione di programmi di formazione delle professioni tecnico-



sanitarie che saranno impiegate nella telemedicina; la presenza di un geriatra come coordinatore dell'equipe multidisciplinare per effettuare la Valutazione Multidimensionale; la presenza di una figura medica geriatrica di coordinamento delle attività assistenziali all'interno delle Rsa in cooperazione con i medici di medicina generale”.

Lo scenario

L'Italia è il secondo Paese più vecchio al mondo: gli ultra65enni sono 14 milioni, oltre il 20% della popolazione, e si stima che nel 2050 saranno 20 milioni, il 35% del totale. Gli ultra80enni, che oggi rappresentano il 7% della popolazione, raddoppieranno entro il 2050 raggiungendo i nove milioni di unità. Poiché l'incremento della durata media di vita non è accompagnato da un corrispondente aumento dell'aspettativa di vita in autonomia, il numero di persone in condizione di disabilità

è in continua crescita. I cambiamenti sociali, inoltre, caratterizzati da riduzione della natalità, instabilità dei vincoli familiari, restrizione numerica dei nuclei, hanno ridotto drasticamente la capacità da parte delle famiglie di far fronte alle necessità dei componenti bisognosi e non più produttivi. Altro elemento di grande rilevanza per la popolazione anziana e non autosufficiente è rappresentato dalla solitudine. In Italia, il tasso di solitudine è il doppio della media europea, con quanti non hanno nessuno a cui chiedere aiuto al 14% e quanti non hanno nessuno a cui raccontare faccende personali al 12%, a fronte di una media europea del 6,1% (secondo quanto registrato dall'Eurostat, l'organismo di statistica europeo). La solitudine non è solo un problema sociale, ma anche clinico, essendo associata ad un aumento del rischio di depressione, disturbi del sonno, demenza e malattie cardiovascolari.

L'autonomia

“Affinché gli anziani possano rimanere una risorsa per le famiglie e per la società, è necessario impedire la perdita della loro autonomia e ridurre il numero delle disabilità, che aumentano con l'avanzare dell'età, tanto che oggi quasi il 60% di quanti soffrono una disabilità grave sono ultra75enni – sottolinea il presidente Palleschi – La disabilità, sia cognitiva sia fisica, può essere prevenuta, arrestando o ritardando la fragilità che ne è alla base con azioni mirate come l'esercizio fisico, l'intervento nutrizionale, la stimolazione cognitiva, il controllo dei fattori di rischio. Questi interventi devono rivolgersi a coloro che hanno ancora un'autonomia preservata o parzialmente preservata e pertanto tenersi a domicilio”.

Il domicilio

Il domicilio, inteso come casa, si configura quindi come

base della Valutazione Multidimensionale Geriatrica– spiega il presidente Palleschi – Per questo la Sigot invita a potenziare, negli ospedali, le Unità operative ospedaliere di Geriatria per acuti, reparti che utilizzano un modello clinico-assistenziale bio-psico-sociale, incentrato sulla funzione e non solo sulla malattia. Evidenze scientifiche fortissime e incontrovertibili hanno dimostrato che l'approccio specificamente dedicato al paziente anziano acuto in ospedale, riduce disabilità, istituzionalizzazione e mortalità. Parallelamente, nei percorsi operativi sul territorio, è auspicabile assegnare allo specialista geriatra il ruolo di esperto della complessità e professionista di sintesi della polipatologia, prevedendo la sua integrazione organica nella Unità Valutativa Multidimensionale per i casi di maggiore complessità”.



il luogo elettivo dove assistere la persona anziana; l'ospedale, infatti, non solo non può dare tutte le risposte, ma può addirittura rappresentare un fattore di rischio di perdita dell'autonomia personale. Diversi studi attestano che il 30% degli ultra70enni, ricoverati per una patologia acuta non direttamente disabilitante, viene dimesso dall'ospedale con un livello di autonomia inferiore rispetto alla situazione antecedente il ricovero.

L'ospedale

“I dati della letteratura dimostrano però che la disabilità correlata al ricovero in ospedale può essere prevenuta negli anziani, orientando gli interventi sulla



Lorenzo Palleschi

MVS
s.r.l.

micro vascular system

Sistema Qualità Certificato ISO 9001:2008



ANZIANI, un patrimonio da valorizzare nell'interesse di tutti

di Walter Rodinò

Chi l'ha detto che il tempo che rimane da vivere sia l'unico criterio valido per stabilire il valore di una persona? A volte dimentichiamo che gli anziani sono un patrimonio prezioso da stimare e valorizzare e, come scrisse Giovanni Paolo II in una sua lettera, "escluderli è come rifiutare il passato, in cui affondano le radici del presente". Nella società contemporanea, in cui tutto oramai è velocità, prevale una concezione materiale della vita che pone al primo posto la produttività e l'utilità immediata, e che tende a isolare tutto ciò che è lento e per ciò stesso considerato vecchio. La senilità è caratterizzata da un rallentamento delle attività vitali, ma è pur vero che la lapidaria sentenza di Terenzio "Senectus ipsa morbus", oggi, a distanza di 2000 anni può essere candidamente smentita dai fatti. Grazie al sistema sanitario che in particolare in Italia è tra i più evoluti a livello globale, e a uno stile di vita e ad un modello alimentare sano basato sulla dieta Mediterranea, come ha sottolineato Flavia Bustreo dell'OMS, oggi la senilità richiede un approccio diverso.

Un recente studio dell'Università di Göteborg certifica come i nostri anziani siano più performanti dei loro coetanei di trent'anni fa. Il sessantacinquenne nostro dirimpettaio è paragonabile al quarantenne al piano di sotto di trent'anni fa sia dal punto di vista fisico che cognitivo.





Una ricerca del laboratorio di Brain Connectivity dell'IRSS San Raffaele, pubblicato sulla rivista scientifica *Geroscience*, ha provato che il cervello dei giovani, rispetto a quello degli anziani, mostra una maggiore entropia (tendenza al disordine e dunque caos celebrale) nei ritmi veloci.

Non si tratta, però, di procedere ad uno scontro generazionale dal quale gli anziani possano uscirne rivalutati rispetto al passato.

Al contrario, facendo cassa degli avvenuti cambiamenti in meglio, è opportuno intervenire ulteriormente a livello sociale e sanitario, oltre che culturale, al fine di preservare i nostri senior che, oltre alle patologie più frequenti, tra cui diabete, ischemie, cataratta, sordità, purtroppo sono spesso vittime di un dramma più nascosto, ma devastante a livello psicologico con importanti risvolti sulla sfera fisica, l'isolamento sociale. E sì, l'isolamento, la mancanza di contatti sociali e interazioni, un drammatico fenomeno che, secondo l'Associazione Anziani Rete Associativa (AIRA) interessa

due italiani su dieci. In Italia sono 2,5 milioni gli over 74 che vivono soli e che rappresentano complessivamente il 4% della popolazione complessiva. Alle patologie proprie della senilità, dunque, si aggiunge la solitudine, i cui effetti possono a volte sfociare nella demenza.

Da qui la richiesta da parte dell'AIRA di maggiori investimenti sui centri di aggregazione.

Anche mandare mail e messaggi dal cellulare può essere un buon metodo per contrastare l'isolamento sociale e dunque il rischio di demenza senile. Due studi, condotti da ricercatori della John Hopkins Medicine e della Bloomberg School of Public Health di Baltimora, pubblicati sul *Journal of the American Geriatric Society*, hanno dimostrato che l'accesso a queste tecnologie di comunicazione può ridurre del 31% il rischio di andare incontro a isolamento sociale.

Allo stesso modo un altro studio americano, questa volta pubblicato sul "*Journal of Aging and Physical Activity*", ha dimostrato come i balli di gruppo siano un valido strumento per migliorare le funzioni cognitive e

contrastare la demenza senile e il rischio di sviluppare l'Alzheimer.

I nostri anziani devono quindi essere considerati parte integrante e soprattutto attiva della società civile, anche perché di fatto rappresentano una risorsa preziosa per tutta la comunità. La storia, maestra di vita, la si studia sui libri di scuola, ma quanto è più efficace affiancare quelle letture alla viva voce di chi quella storia l'ha vissuta sulla propria pelle? Di chi è stato testimone in carne ed ossa di quegli avvenimenti, anche terribili, che purtroppo a volte la storia ci ripresenta ciclicamente?

Ma i nostri senior non sono solo saggezza e insegnamento per le future generazioni, sono oggi anche welfare familiare in veste di amorevoli nonni, preziosissimi per famiglie con bambini, senza con ciò nulla togliere a babysitter e asili nido. E sono ammortizzatori sociali per figli disoccupati o che hanno ridotto o addirittura perso il lavoro. Secondo le ultime rilevazioni Istat, nelle famiglie in cui è presente almeno un pensionato, la pensione rappresenta in media il 64% del reddito disponibile per quel nucleo, riducendo in tal modo anche il rischio di povertà, tema quest'ultimo tornato purtroppo di drammatica attualità.

Oggi l'Italia è il Paese con più anziani, dopo il Giappone, e le rilevazioni Istat ci dicono che siamo sulla buona

strada per mantenere salda o addirittura migliorare la nostra posizione in classifica. I residenti con 65 anni e più a inizio 2022 nel Bel Paese erano 14 milioni, circa 3 milioni in più rispetto a vent'anni fa e nel 2042 saranno quasi 19 milioni.

Le giovani generazioni rappresentano il nostro futuro e i senior possono dare un prezioso contributo affinché le prime possano fare ancora meglio. Non si tratta di contrapporre giovani e anziani in un confronto-scontro generazionale, ma di ragionare in termini di complementarietà tra le due generazioni. Da considerare come due ali che per volare verso un futuro migliore devono necessariamente battere insieme e con forza.





LA MEMORIA,

fonte di benessere

*I RICORDI MITIGANO IL DOLORE
E POSSONO RAFFORZARE L'AUTOSTIMA*

di Satya Marino

Arrivati a una certa età è più facile ricordare gli eventi del passato delle circostanze presenti. Quello che forse è meno noto è quanto sia importante coltivare la memoria, in quanto i ricordi evocano un momento della vita in cui si è stati forti e autosufficienti.

Una memoria forte è essenziale per svolgere attività quotidiane in modo indipendente, dando un senso di autonomia e soprattutto permettere a chi è più anziano di acquisire un senso di indipendenza e fiducia nel condividere qualcosa di prezioso che solo loro conoscono.

Inoltre, la memoria è strettamente legata al benessere emotivo.

Nel saggio "Come fare perché ti succedano cose belle", la psichiatra Marian Rojas Estapé parla di come l'amore per un ricordo possa mitigare il dolore.

Partendo dall'assunto a cui era arrivato lo psichiatra Viktor Frankl per cui le persone in grado di sopportare più efficacemente le sofferenze di Auschwitz erano quelle che

avevano trovato in qualche modo un senso alle proprie esistenze, la dottoressa Estapé interpreta questa capacità in chiave moderna sottolineando come "le persone che trovano uno scopo, un obiettivo, un senso nella vita, hanno più motivi per essere felici. Un individuo che possieda pensieri e ricordi saldi, legati a persone che ama, a momenti speciali, a sogni per i quali vivere, sarà più gioioso e felice".

Herbert Benson, professore associato di Medicina presso il Mind Body Medical Institute di Harvard, parla di benessere ricordato. La rievocazione di ricordi di eventi positivi e gratificanti, emozionanti o gioiosi del passato permette all'organismo di liberare sostanze chimiche antidepressive. Se si assorbono immagini di attività e di mobilità, il corpo riconfigura, nel vero senso della parola, la visione che ha di se stesso.

Il neuropsichiatra francese Boris Cyrulnik ne ha dato dimostrazione con numerosi esempi. All'Università di Tolo-

ne ha lavorato con malati di Alzheimer: molti di loro, che avevano dimenticato le parole, ricordavano però affetti, musica, gesti e dimostrazioni di tenerezza.

La terza età è un periodo della vita caratterizzato da una riflessione sul passato, un'opportunità per riconsiderare le esperienze vissute e per apprezzare i ricordi che hanno plasmato chi siamo diventati. In questo capitolo della vita, il potere dei ricordi diventa particolarmente evidente, poiché offrono un prezioso legame con il passato e una guida per il presente e il futuro.

Anche gli scienziati del Riken-Mit Center for Neural Circuit Genetics di Cambridge, negli Stati Uniti, diretti dal premio Nobel Susumu Tonegawa, sono riusciti a spiegare in che modo possiamo 'scoprire' nella nostra mente alcuni ricordi, facendo emergere che ricordare eventi passati svolge un effetto benefico sullo stato d'animo, in quanto attiva i meccanismi di motivazione e ricompensa. Ricordare momenti felici può aumentare il livello di soddisfazione nella vita e ridurre lo stress associato all'invecchiamento.

I ricordi svolgono un ruolo cruciale nel mantenimento dell'identità personale. Mentre il corpo può subire cambiamenti e limitazioni legate all'età, i ricordi continuano a definire chi siamo. Rivivere eventi salienti della propria vita permette agli anziani di mantenere un senso di continuità e di riaffermare la propria identità in un contesto in cui molte altre cose sembrano mutevoli.

Uno studio svolto dai ricercatori dell'Università di Notre Dame di South Bend, Indiana, ha spiegato le dinamiche dell'ottimismo nelle persone di mezza età. Infatti, hanno scoperto che su un campione di 274 adulti sani, divisi in tre fasce d'età: 35-47, 48-59 e ultra 59, quelli dai 48 anni in su "hanno valutato le scene positive e neutre in modo più positivo rispetto al campione più giovane. Tuttavia, solo gli anziani hanno mostrato una memoria migliore per gli oggetti positivi rispetto agli oggetti negativi, e una maggiore grandezza del compromesso di memoria positiva rispetto alla grandezza del compromesso di memoria negativa.

Risultati che mostrano come gli individui più anziani tendano a utilizzare la rivalutazione cognitiva per riformulare le proprie esperienze di vita con interpretazioni positive e questo effetto di positività legato all'età si estende anche alla memoria.

In conclusione, l'importanza dei ricordi nella vita delle persone anziane è fondamentale per vari aspetti, che vanno dal mantenimento dell'identità personale al benessere emotivo e al senso di scopo e felicità. Coltivare una memoria forte non solo permette di affrontare le attività quotidiane in modo indipendente, ma anche di mitigare il dolore attraverso l'amore per i ricordi positivi. Gli studi scientifici confermano che ricordare eventi passati ha un impatto benefico sullo stato d'animo, riducendo lo stress associato all'invecchiamento e aumentando la soddisfazione nella vita. Inoltre, gli anziani tendono a interpretare le informazioni in modo più ottimistico e a utilizzare la rivalutazione cognitiva per riformulare le proprie esperienze con interpretazioni positive, dimostrando l'effetto favorevole legato all'età sulle valutazioni emotive e sulla memoria. In definitiva, i ricordi offrono un prezioso legame con il passato e una guida per il presente e il futuro, contribuendo così al benessere complessivo delle persone anziane.



Numerosi studi assicurano che rammentare il passato riduce lo stress da invecchiamento e accresce gli stati di soddisfazione

L'EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA VASCOLARE

di Riccardo Romani

GIANLUCA CECCANEI

Gianluca Ceccanei è dal mese di aprile 2023 facente funzione di Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare dell'Ospedale di Livorno.

Qual è il suo curriculum vitae?

Sono romano e ho svolto i miei studi a Roma, all'Università La Sapienza, dove ho conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia, la specializzazione ed il Dottorato di Ricerca in Tecnologie Avanzate in Chirurgia.

Come si trova a Livorno? Com'è stata fin qui questa sua esperienza?

Sono da dieci anni in questa città ed è un'esperienza entusiasmante. La città mi ha accolto in maniera molto affettuosa e nella mia azienda ospedaliera si lavora bene. Per molti anni sono stato aiuto del Dott. Claudio Invernizzi, che per me professionalmente parlando è come se fosse un secondo padre. Questa collaborazione ha fatto emergere le mie caratteristiche e le mie capacità, che erano solo sulla carta e che ho espresso grazie a lui. È stata una crescita piena di soddisfazioni, che mi ha portato a saper utilizzare sia le tecniche della chirurgia classica, sia quelle della chirurgia endovascolare mini-invasiva. Devo anche ringraziare i miei collaboratori, che apportano un contributo essenziale e indispensabile alla qualità del servizio che forniamo come Unità Operativa Complessa di Chirurgia Vascolare.

La mancanza di esperienza nella chirurgia classica potrebbe influenzare la formazione dei futuri chirurghi

Le nuove generazioni di chirurghi avranno un problema nell'utilizzare entrambe le tecniche?

Le prossime generazioni rischiano di non saper più operare con i metodi della chirurgia classica, per mancanza di esperienza, perché certi tipi di interventi non



Gianluca Ceccanei



si vedono quasi più, come quelli della “vecchia scuola”, alla quale personalmente appartengo: il trattamento di aneurismi viscerali e aortici anche complessi, delle patologie vascolari associate alle patologie oncologiche sono spesso eseguiti oramai solo per via endovascolare. Ma non mi fraintenda, questo tipo di evoluzione di trattamento è un bene per i pazienti, ma inevitabilmente riduce l’esperienza dei nuovi chirurghi rispetto alla chirurgia classica della quale ancora abbiamo ed avremo bisogno.

È un problema il fatto di non conoscere il metodo tradizionale d’intervento?

Per il momento è un problema più teorico che pratico, perché ci sono ancora colleghi che sono in grado di trasmettere quest’esperienza, che spesso si deve usare nei casi di emergenza. I materiali a disposizione e l’apporto tecnologico permettono oggi di affrontare una buona parte degli interventi per via endovascolare e fino a qualche anno fa questo era impensabile, però nel caso di fallimento o di difficoltà nella prosecuzione di queste procedure, ci dev’essere la possibilità di convertire l’intervento avvalendosi della procedura classica. Da questo punto di vista sarà sicuramente un problema per lo meno per la prossima generazione di chirurghi vascolari.



Lei fa anche formazione?

Sono docente del Corso Infermieristico e del Corso per Operatori Sanitari. Svolgo attività di tutoraggio per studenti in Medicina e medici in formazione specialistica.

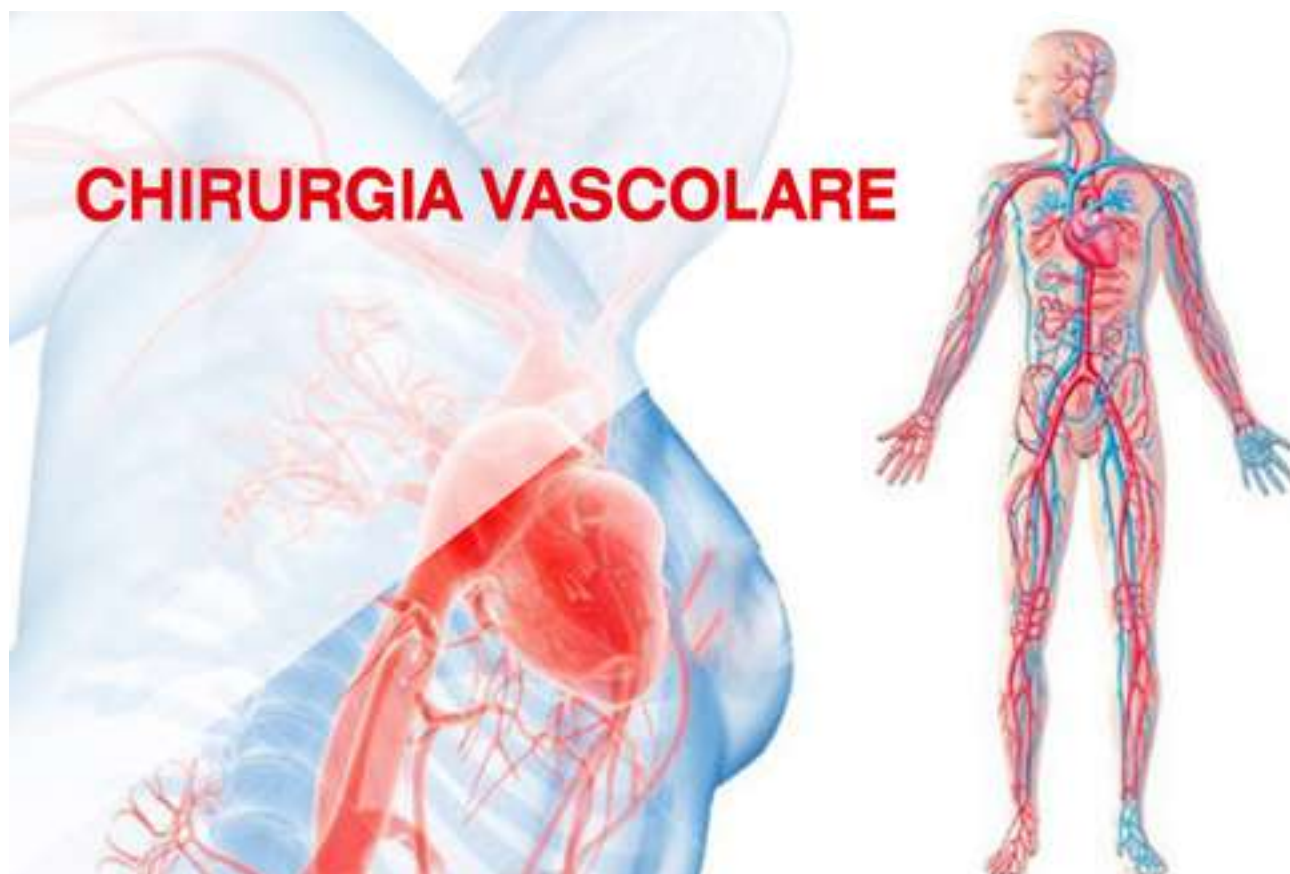
Qual è il suo giudizio sui giovani che si avvicinano al mondo della Sanità?

Innanzitutto, le considero persone coraggiose, per il momento che stiamo vivendo. Si trovano ad affrontare un mondo che sta cambiando in maniera molto veloce. Il coraggio, comunque, ci vuole sempre per questa professione, che richiede un gran numero di sacrifici a fronte di soddisfazioni importanti dal punto di vista umano, meno dal punto di vista della considerazione sociale e dell'appagamento economico. Ai giovani che si avvicinano alle professioni sanitarie sottolineo sempre che la loro soddisfazione più grande sarà quella di aiutare le persone che hanno bisogno.

Qual è la dotazione tecnologica di cui si avvale nella sua attività?

Grazie ad un ecografo di buon livello siamo in grado di svolgere la diagnostica classica per le patologie a carico di tutti i distretti del corpo umano: i tronchi sovra-aortici, l'aorta, sia toracica che addominale, i vasi degli arti inferiori e le arterie viscerali. Siamo un centro di riferimento nell'area vasta per gli accessi vascolari per emodialisi. Siamo parte del "team del piede diabetico"

guidato dal Dott. Di Cianni (direttore della diabetologia). Ci occupiamo per il 90% di patologia arteriosa e per il 10% di patologia venosa. Facciamo anche diagnostica avanzata con tecniche di eco-contrasto, per lo studio di complicanze associate al trattamento endovascolare. Siamo supportati da un ottimo Reparto di Radiologia per le indagini di secondo livello. Collaboriamo in modo molto proficuo con la Radiologia Interventistica, diretta dal dottore ed amico Roberto Arpesani con il suo splendido team. E non posso non ricordare che interventi anche molto delicati non possono essere pensabili senza l'aiuto pre e post operatorio che ci forniscono i colleghi della nostra cardiologia e della rianimazione. Per quanto riguarda la sala operatoria, non abbiamo purtroppo la sala ibrida, che speriamo – com'è stato promesso – ci sia nel nuovo Ospedale, perché con l'avanzamento della tecnologia e con i tipi di procedura che svolgiamo è indispensabile avere un "occhio radiologico" che sia il più performante possibile e che ci possa permettere di eseguirle nel modo migliore per la sicurezza del paziente ma anche degli operatori. Siamo in grado di trattare anche le patologie aortiche complesse ed eseguiamo interventi sia "open" sia endovascolari mini-invasivi. Abbiamo la possibilità di effettuare interventi endovascolari con tecnica a "zero contrasto" per i pazienti che soffrono di allergie al mezzo di contrasto iodato o soffrono di insufficienza renale.



CARDIOLOGIA, DALLA SICILIA UN NUOVO MODELLO

DAL 9 ALL'11 MAGGIO AD ACI CASTELLO (CATANIA)
SI TIENE IL PRIMO APPUNTAMENTO SUL PROGETTO
TRA LE UNITÀ OPERATIVE DELL'ISOLA:
PREVISTA LA PARTECIPAZIONE DI 300 SPECIALISTI

di *Maria Concetta Di Mario*

Parte dalla Sicilia orientale un nuovo progetto di messa in rete delle competenze e delle risorse disponibili. La "Sicilian Cardiovascular Academy" vuole offrire a ogni paziente la migliore prestazione possibile con la tecnologia esistente e le risorse disponibili, e allo stesso tempo intende favorire la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario (clinico, chirurgico, infermieristico) sulle rapide evoluzioni del sistema. Questi risultati saranno raggiungibili solo con la messa in rete delle diverse realtà ospedaliere e con l'uniformità dei servizi sul territorio siciliano: questi processi sono stati avviati

dalle quattro Unità Operative di Cardiologia della Sicilia orientale (Ragusa, Siracusa, Catania, Messina), che puntano a interagire anche con tutto il territorio regionale. La presentazione dell'Academy si terrà dal 9 all'11 maggio ad Aci Castello (Catania). In questi mesi, la cardiologia sta attraversando una fase di cambiamento rivoluzionario con lo sviluppo della tecnologia e l'avvento dell'Intelligenza Artificiale, che stanno cambiando i paradigmi di diagnosi e trattamento del paziente; parallelamente, però, non sempre l'assistenza sanitaria è ben strutturata, mentre le risorse, sia in termini



economici che di personale, restano limitate. In questo contesto inedito, i benefici per il paziente scaturiscono dal corretto e armonico utilizzo delle risorse a disposizione del cardiologo.

“Per poter erogare la prestazione sanitaria opportuna, nel luogo e nei tempi corretti, dobbiamo realizzare un nuovo sistema di cura – spiega Antonino Nicosia, direttore Dipartimento Cardio-Neuro-Vascolare, Asp Ragusa – Ciò non significa edificare in ogni località un centro ospedaliero completo di ogni strumento. Servono, però, percorsi interconnessi che offrano al paziente il trattamento adatto, indipendentemente da dove questi si trova e considerando l’attuale limitatezza di risorse: se manca uno strumento in una cardiologia, si procede a un teleconsulto tra tutte le unità e il paziente viene analizzato dai vari specialisti coinvolti. Per questo è necessario un dialogo costante che generi una rete di assistenza. L’Academy si propone proprio di coinvolgere in un network tutti i cardiologi dell’Isola, di fare rete per crescere insieme, per poi formare anche i pazienti”.

Responsabili Scientifici della “Sicilian Cardiovascular Academy” sono i direttori delle quattro Unità di Cardiologia della Sicilia orientale: Marco Contarini, Antonio Micari, Antonino Nicosia, Corrado Tamburino.

Il primo appuntamento, intitolato “Sfide e prospettive”, vedrà la partecipazione di 300 fra clinici e infermieri di

tutta la regione. Alla cerimonia inaugurale, organizzata con l’associazione “Amici dell’Università di Catania”, parteciperanno anche economisti quali Massimo Ponzellini ed Elita Schillaci e costituzionalisti come Ida Nicotra, che daranno il proprio contributo sui temi dell’innovazione, della sostenibilità e dell’accesso alle cure. “Il confronto tra la prospettiva ‘clinica’, le reali esigenze socio-economiche e gli interlocutori politico-istituzionali regionali e nazionali – spiega Corrado Tamburino, direttore Dipartimento di Cardiologia, Università di Catania – è il punto di partenza per costruire un modello di Sanità che risponda con efficacia ai bisogni clinico-assistenziali”. Ad aprire i lavori sarà il rettore dell’Università di Catania Francesco Priolo. Saranno presenti anche i rappresentanti delle istituzioni regionali. A moderare il giornalista scientifico Daniel Della Seta.

Il secondo incontro si terrà a giugno nel siracusano e affronterà la problematica della gestione “sicura” dei farmaci anticoagulanti e antiaggreganti, mentre il terzo, a ottobre, si occuperà dell’efficacia delle nuovi potenti armi farmacologiche per ridurre il rischio cardiovascolare residuo. Si svolgeranno poi due eventi in streaming dalle diverse sale operatorie durante le quali verranno eseguiti interventi di elettrostimolazione, di interventistica strutturale, di elettrofisiologica, che saranno discussi in collegamento con gli specialisti competenti.

MORBILLO:

aumento drammatico dei casi in Europa, l'ECDC lancia l'allarme

**SOLO LA VACCINAZIONE PUÒ PROTEGGERE I BAMBINI
E FERMARE LA DIFFUSIONE DEL VIRUS**

di Annachiara Albanese

L'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione mondiale della Sanità (ECDC) ha avvertito che tra gennaio e ottobre 2023 sono stati segnalati oltre 30.000 casi di morbillo da 40 dei 53 Stati membri dell'Unione. Un aumento di trenta volte rispetto ai 941 segnalati nel 2022. L'Agenzia ha anche segnalato che "l'aumento dei casi ha subito un'accelerazione negli ultimi mesi e si prevede che questa tendenza continui se non verranno adottate misure urgenti per prevenire

l'ulteriore diffusione". Si sono riscontrati 21.000 ricoveri ospedalieri e cinque decessi correlati alla malattia. L'Agenzia sottolinea che l'unico modo per proteggere i bambini è la vaccinazione. Le stime di copertura vaccinale osservate indicano che in molti Paesi la vaccinazione infantile è inferiore al livello raccomandato per raggiungere l'eliminazione del morbillo. Solo quattro paesi nell'UE/SEE hanno raggiunto la soglia 95% per due dosi, nel 2022. La media

UE nel 2022 per la prima dose è del 92,4% e per la seconda dell'89,7%. Nel 2019 la copertura era del 94,9% e dell'89,9%. In Italia la copertura nel 2022 è stata del 94% per la prima somministrazione e dell'85% per la seconda. Rispetto al 2019 è stabile la percentuale delle prime dosi, mentre per le seconde si registra un calo di copertura del 3%. "La sorveglianza continua di alta qualità e le indagini sulle epidemie sono strumenti chiave per monitorare da



vicino l'epidemiologia del morbillo nell'UE/SEE – ha rilevato l'ECDC - e identificare le lacune immunitarie nella popolazione. Per raggiungere l'obiettivo dell'eliminazione del morbillo, sono necessari sforzi accelerati per aumentare la copertura vaccinale e l'adozione sia delle vaccinazioni infantili di routine che delle campagne di recupero negli adolescenti e negli adulti che non hanno vaccinato in passato”.

Il morbillo è una malattia infettiva esantematica acuta causata da un virus a RNA del genere Morbillivirus (famiglia dei Paramyxoviridae), di cui esiste un unico sierotipo. È diffuso in tutto il mondo e l'uomo è l'unico ospite naturale. Prima dell'introduzione del vaccino negli anni '60, e dei programmi estesi di vaccinazione, si verificavano epidemie all'incirca ogni due o tre anni che, a livello globale, causavano un numero stimato di 2,6 milioni di morti ogni anno. Grazie alla vaccinazione, si è verificata una significativa riduzione della sua incidenza. Tuttavia, la malattia rimane un'importante causa di morbidità e mortalità: si stima che nel 2022 siano morte di morbillo 136.200 persone, per lo più bambini di età inferiore ai cinque anni. La maggior parte dei decessi avviene in Paesi sottosviluppati.

È una malattia altamente contagiosa. Il 90% delle persone suscettibili esposte a una persona infetta contrae la malattia. Il contagio avviene tramite le secrezioni nasali e faringee e le goccioline respiratorie che si diffondono nell'aria quando il malato tossisce o starnutisce. Il virus rimane infettivo nell'aria e sulle superfici infette fino a due ore. La contagiosità si protrae da quattro giorni prima a quattro giorni dopo la comparsa dell'eruzione cutanea.

I primi sintomi si presentano dopo un periodo di incubazione che varia da sette a 18 giorni (in media 10-12 giorni) e sono simili a quelli di un raffreddore (tosse,

rinite, congiuntivite), con malessere e febbre che diventa sempre più alta (fino a 39 °C-40,5 °C). Dopo un periodo che varia da due a quattro giorni appare l'eruzione cutanea caratteristica, inizialmente sul volto e sul collo e poi, nell'arco di due o tre giorni, su tutto il resto del corpo. L'esantema dura da tre a sette giorni e poi scompare seguendo l'ordine di insorgenza, talvolta terminando con una leggera desquamazione che può passare inosservata. La febbre solitamente persiste per due o tre giorni dopo la comparsa dell'esantema e la tosse può persistere fino a 10 giorni.

Il 60-70% delle persone con morbillo presenta delle macchie di Koplik, lesioni bianco-blauastre, leggermente rilevate, di 2-3 mm di diametro su una base eritematosa, che compaiono sulla mucosa boccale, solitamente di fronte al primo molare; generalmente appaiono un giorno prima della comparsa dell'eruzione cutanea e persistono per due o tre giorni. Sono frequenti anche la fotofobia, il mal di gola, la cefalea, dolore addominale e una lieve linfadenopatia generalizzata.

La sintomatologia del morbillo è notevolmente tipica, tuttavia la diagnosi su tale base non è sempre affidabile, in particolare nei periodi di bassa incidenza della malattia. La conferma della diagnosi si ottiene generalmente attraverso la ricerca nel siero di anticorpi IgM specifici diretti contro il virus del morbillo, oppure osservando un aumento significativo degli anticorpi IgG tra la fase acuta e la fase convalescente.

La maggior parte delle persone guarisce entro due-tre settimane; tuttavia la malattia può avere un decorso grave e determinare gravi complicanze e anche il decesso. Le complicanze possono riguardare fino al 30% dei casi. I bambini sotto i 5 anni di età, gli adulti di età superiore a 20 anni, le donne in gravidanza e le persone con deficit





immunitario hanno il rischio più elevato di complicanze. Le complicanze più gravi sono la polmonite (che può complicare 1- 6% dei casi) e l'encefalite acuta (0,1% o 1 caso su 1000). Altre complicanze includono l'otite media, la laringotracheobronchite, la diarrea, la disidratazione, la cheratite, la trombocitopenia, e le convulsioni febbrili. Il 20-30% dei casi complicati da encefalite acuta ha esiti permanenti a livello neurologico. Il morbillo associato a carenza di vitamina A è una delle cause più comuni di cecità acquisita nei bambini dei paesi in via di sviluppo. La letalità del morbillo è principalmente dovuta a complicanze respiratorie e neurologiche e nei Paesi sottosviluppati può arrivare fino al 6% dei casi. Nei Paesi industrializzati la letalità del morbillo è pari a 0,05-0,1%. Oltre alle complicanze acute, il morbillo può causare la panencefalite subacuta sclerosante, una rara malattia degenerativa del sistema nervoso centrale, che insorge in media sette anni dopo l'infezione primaria. Questa complicanza è caratterizzata da un deterioramento delle facoltà mentali e convulsioni. Viene riportata con una frequenza da 4 a 11 casi per 100.000 casi di morbillo e con una frequenza maggiore (18/100.000) quando l'infezione primaria è stata acquisita prima dei 5 anni di età. Non esiste un trattamento antivirale specifico per il morbillo; la terapia è generalmente di supporto e comprende paracetamolo o ibuprofene e liquidi. Possono essere indicati antibiotici o altre terapie per le complicanze. L'OMS raccomanda l'assunzione di vitamina A ad alte dosi per via orale per ridurre le complicanze (in particolare

problemi visivi e cecità) e la mortalità tra i bambini infetti. Per prevenire il morbillo da circa 60 anni è disponibile un vaccino vivo attenuato efficace, poco costoso e con un profilo di sicurezza molto elevato. Il vaccino è disponibile sia in forma combinata con le componenti antirosolia e antiparotite (vaccino MPR) sia con le componenti antirosolia, antiparotite e antivaricella (MPRV). Sono indicate due dosi di vaccino: in Italia la prima dose è somministrata a 12 mesi di vita, la seconda dose a 5 anni di età. L'offerta di due dosi è in grado di proteggere verso il morbillo oltre il 90% dei vaccinati. Nei bambini sotto i 12 mesi di età, l'efficacia del vaccino è minore per la presenza di anticorpi neutralizzanti materni. Tuttavia, in alcune situazioni (ad esempio, in caso di epidemie), il vaccino può essere somministrato a partire dai sei mesi di età.

Come tutti i vaccini, la vaccinazione è controindicata in caso di reazione allergica grave a una precedente dose o a uno dei componenti del vaccino. Essendo un vaccino vivo attenuato, è inoltre controindicato negli individui con deficit immunitario e nelle donne in gravidanza. L'esposizione al morbillo non è una controindicazione alla vaccinazione. Al contrario, il vaccino è efficace nella profilassi post-esposizione se somministrato entro 72 ore dall'esposizione. Nel caso di soggetti che, per particolari condizioni, non possono essere vaccinati (es. bambini sotto i 6 mesi di età, donne in gravidanza suscettibili e pazienti immunodepressi), possono essere utilizzate le immunoglobuline fino al sesto giorno dopo l'esposizione.

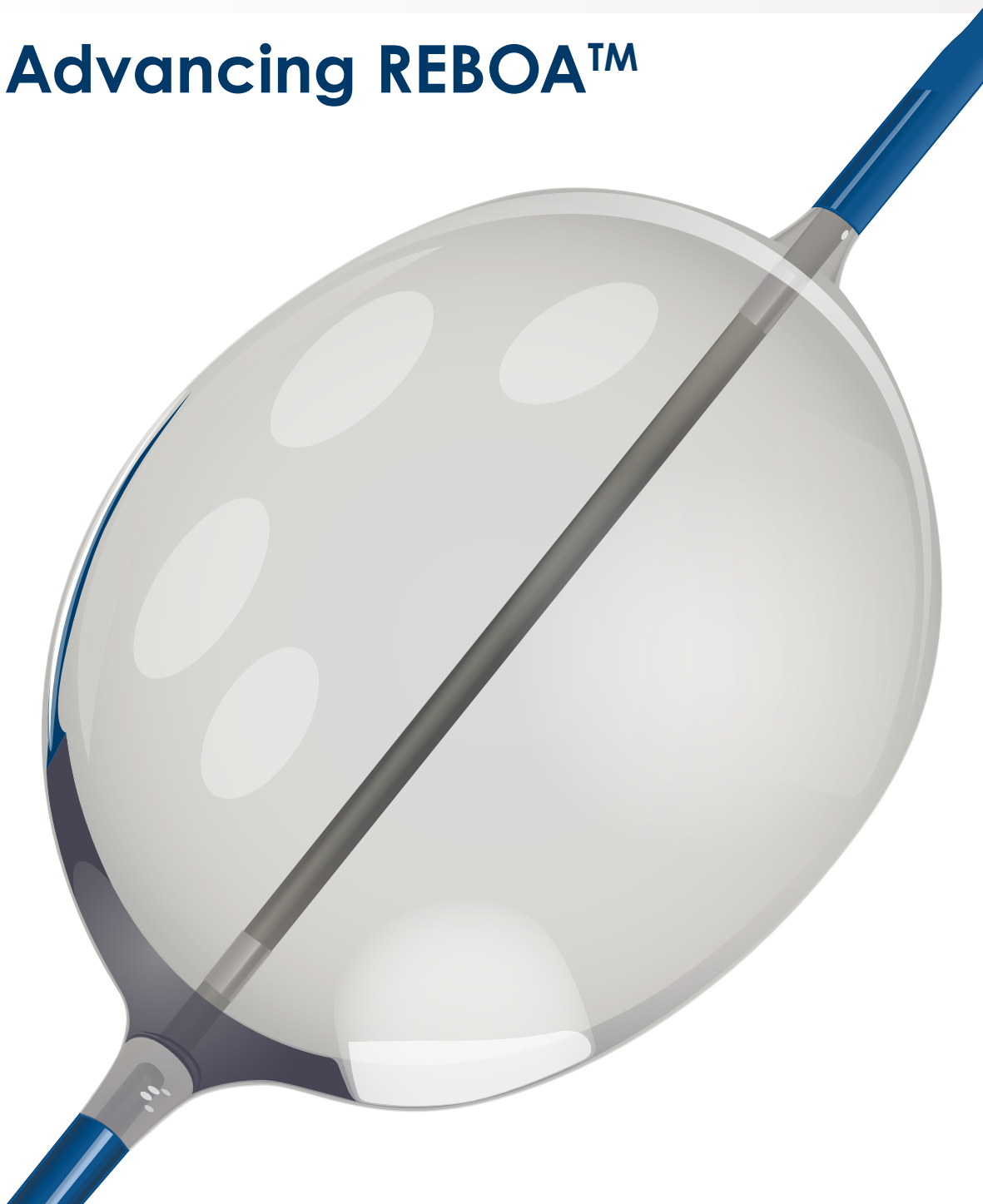


PRYTIME
MEDICAL™

KASTER
Medical Technology

ER-REBOA™ PLUS

Advancing REBOA™



KASTER
Medical Technology

Via Italo Panattoni 160
00189 Roma

Certified SQS ISO 9001 2015

E-mail info@kaster.it
Tel. +39 063629081

Partita IVA 04966401004



Bronchiolite

Sviluppato il primo protocollo per la gestione dei casi gravi di bimbi e neonati ricoverati nei reparti di terapia intensiva

di Flavia Scicchitano

Un nuovo studio pubblicato su The Lancet eClinical Medicine, coordinato da UniCamillus, l'Università Medica Internazionale, ha sviluppato il primo protocollo al mondo per la gestione dei neonati affetti da bronchiolite e ricoverati nei reparti di terapia intensiva. Questo studio è stato promosso dall'Università Paris Saclay e ha l'obiettivo di evitare il collasso dei reparti neonatali di terapia intensiva e difendere i bambini più fragili da un'infezione potenzialmente letale.

La bronchiolite è un'infezione respiratoria che colpisce principalmente i bambini molto piccoli e i neonati. I piccoli pazienti hanno spesso bisogno di essere

ricoverati in ospedale e circa il 5% di loro richiede un ricovero in terapia intensiva per il monitoraggio e il supporto respiratorio. Nei casi più gravi la bronchiolite può essere letale, causando un'insufficienza respiratoria critica.

Negli ultimi anni, le epidemie stagionali di Virus Respiratorio Sinciziale (RSV), il principale agente eziologico della bronchiolite, sono state particolarmente gravi e hanno messo a dura prova i sistemi sanitari di diversi Paesi ad alto reddito. In Europa e in Nord America, complici il freddo e la contagiosità negli asili nido, i letti delle unità di terapia intensiva neonatale e

pediatrica si sono spesso rivelati insufficienti e i neonati hanno dovuto essere trasferiti a centinaia di chilometri di distanza da casa per ricevere cure adeguate. Su scala più ridotta, questa situazione è simile a quella osservata nell'assistenza critica degli adulti durante le recenti pandemie, ed è complicata, almeno in Europa, da finanziamenti che sembrano relativamente insufficienti rispetto alle attuali necessità.

Nonostante la gravità della bronchiolite, la maggior parte della letteratura scientifica esistente si basa su protocolli studiati su pazienti ricoverati in reparti di pediatria generale, il che non aiuta ad affrontare gli emergenti casi più gravi che richiedono l'ospedalizzazione in terapia intensiva. Pertanto, il lavoro promosso dal Prof. Daniele De Luca, insieme ad altri ricercatori ed esperti di università italiane e francesi, tra cui la Prof.ssa Maria Rosaria Gualano di UniCamillus, con l'importante ruolo di coordinatore e seniorship organizzativa ed esecutiva, è stato cruciale per lo sviluppo di un protocollo specifico per la gestione dei casi più critici.

Le linee guida del protocollo

Le linee guida del protocollo sviluppato hanno l'obiettivo di preparare i team ospedalieri ad affrontare i casi più seri e di individuare i criteri che possono diagnosticare i diversi livelli di gravità del paziente pediatrico.

L'obiettivo è evitare l'intubazione dei neonati, fornendo invece modalità di assistenza respiratoria non invasiva avanzata. Ciò significa che vengono implementate tecniche e dispositivi che aiutano i bambini a respirare senza la necessità di un tubo endotracheale. Questo approccio mira a ridurre l'eventuale stress e disagio causato dall'intubazione, specialmente nei neonati che sono particolarmente vulnerabili.

Inoltre, il protocollo si concentra sull'importanza di garantire una corretta nutrizione, idratazione e supplementazione ai bambini affetti da bronchiolite grave. Questo è particolarmente cruciale perché i neonati con sistemi immunitari più deboli o con condizioni di comorbidità preesistenti richiedono un supporto adeguato per affrontare la malattia. Un altro aspetto fondamentale è la prevenzione della diffusione del virus. In sostanza, l'uso di dispositivi di protezione individuale, forme

di isolamento di sicurezza, filtri e tecniche adeguate per garantire un controllo efficace della diffusione del virus negli ambienti di cura. Questo è particolarmente significativo nel contesto delle unità di terapia intensiva neonatale, dove i neonati più vulnerabili possono essere esposti a un rischio maggiore di infezione.

L'obiettivo del protocollo è quello di evitare il collasso delle unità di terapia intensiva e proteggere i neonati che si trovano in situazioni più delicate. Questo può essere realizzato attraverso una gestione appropriata dei casi più critici, fornendo le cure necessarie in modo tempestivo ed efficace. L'implementazione di queste linee guida rappresenta un importante passo avanti nella cura e nella protezione della salute dei neonati.

Un traguardo significativo per tutta la comunità scientifica

Questo lavoro era atteso dalla comunità scientifica, considerando l'urgenza di trovare una strategia efficace per affrontare la complessa e delicata situazione, stante anche il quadro epidemiologico piuttosto preoccupante della bronchiolite in Italia e in tutta Europa.

La Prof.ssa Gualano ha sottolineato l'importanza cruciale del protocollo, soprattutto per i piccoli pazienti





che presentano fragilità e che richiedono una gestione più complessa. Attraverso l'integrazione di evidenze scientifiche provenienti dai migliori studi di riferimento e dai dati raccolti nella realtà quotidiana, ha aggiunto la Prof. ssa Gualano, il team di ricerca è riuscito a raggiungere un traguardo significativo, e ora si aspetta che l'applicazione di questo protocollo in tutti i contesti simili possa portare a ottimi risultati, sia in termini di miglioramento degli outcome clinici, sia dal punto di vista economico, considerando il buon livello di costo-efficacia di questo approccio.

Lo studio rappresenta un passo avanti importante nella gestione della bronchiolite, offrendo un protocollo basato su evidenze scientifiche solide e sulla pratica clinica quotidiana.

Oltre a UniCamillus e all'Università Paris Saclay, hanno partecipato allo studio le Unità Pediatriche di Terapia Intensiva del "Bambino Gesù" di Roma e dell'Ospedale Universitario di Padova, così come la Fondazione Policlinico "Gemelli" di Roma e il Centro di Ricerca



e Studi sulla Leadership dell'Università "Cattolica del Sacro Cuore" di Roma. Questa collaborazione tra diverse istituzioni di ricerca italiane e francesi ha permesso di sviluppare un lavoro che avrà un impatto significativo sulla gestione dei casi gravi di bronchiolite neonatale e sulla salute dei neonati affetti da questa malattia.



iTotal[®]: l'unica protesi al ginocchio **su misura**


CONFORMIS

KASTER

Via Aldo Panatieri, 160 - 00189 Roma
Tel. +39 065629081 - Fax +39 065294776
info@kaster.it - C.F. e P.IVA 0496401004



Endometriosi:

*una condizione dolorosa e complessa
che ostacola la fertilità femminile*

*LE CAUSE, I SINTOMI E LE POSSIBILI SOLUZIONI
PER AFFRONTARE QUESTA PATOLOGIA E MIGLIORARE
LA QUALITÀ DI VITA DELLE DONNE COLPITE*

di *Riccardo Romani*

Quando l'ovulo viene fecondato, il rivestimento dell'utero si forma al suo interno per creare un luogo d'impianto. Può capitare, però, che queste cellule della mucosa si depositano all'esterno dell'utero e proliferano spinte dal ciclo ormonale, causando dolore e cicatrici a causa dell'infiammazione che ne deriva.

Per descrivere il rivestimento dell'utero, viene usato il termine endometrio. L'endometriosi è la proliferazione patologica dell'endometrio al di fuori della cavità uterina, nella zona pelvica, ma anche in varie altre sedi della cavità addominale. Possono essere colpiti anche l'intestino o addirittura i polmoni. Nella maggior parte dei casi si tratta di piccoli focolai, simili a una voglia sulla pelle, ma a volte si tratta di grandi cisti ovariche. Tutte crescono e

sanguinano con il ciclo mestruale ormonale, provocando una reazione infiammatoria locale. Di conseguenza, le persone colpite soffrono di dolore in questa zona a causa dell'irritazione dei nervi provocata dall'infiammazione. Soprattutto durante le mestruazioni, le donne colpite provano un forte dolore. Inoltre, molte donne colpite hanno difficoltà a rimanere incinte.

A volte l'addome fa continuamente male. L'interazione tra l'infiammazione che ne deriva e l'irritazione dei nervi è quindi centrale nell'endometriosi. Il motore di questo fenomeno sono gli ormoni sessuali. L'endometriosi può essere un motivo per cui una donna non riesce a rimanere in cinta.

Un numero elevato di donne convive con l'endometriosi

senza saperlo. Si stima che circa il 6-10% di tutte le donne in età fertile soffra di endometriosi. Circa una donna su quattro che non rimane incinta spontaneamente soffre di endometriosi.

Non è chiaro nei dettagli il motivo per cui la membrana mucosa dell'utero si deposita all'interno della pelvi e dell'addome. Di conseguenza, lo sviluppo dell'endometriosi non può essere prevenuto. In alcune famiglie è più frequente che in altre. Se la madre soffre di endometriosi, la figlia ha un rischio sei volte maggiore di soffrire anch'essa di endometriosi durante l'età riproduttiva. Nonostante questo raggruppamento familiare, non è ancora stato trovato un singolo gene dell'endometriosi. Anche le influenze ambientali - nel grembo materno, nel neonato - e i fattori nutrizionali sembrano avere un ruolo.

Una possibile spiegazione dello sviluppo dell'endometriosi è la cosiddetta "mestruazione retrograda": invece di fluire completamente attraverso la cervice nella vagina, una parte del sangue mestruale entra nella cavità addominale attraverso le tube di Falloppio insieme alle cellule endometriali esfoliate. L'infiammazione che ne consegue provoca un forte dolore a causa dell'irritazione dei nervi. Questa teoria può spiegare le sedi più comuni di endometriosi nell'addome. Esistono anche casi in cui le cellule endometriali possono penetrare negli strati muscolari della parete uterina attraverso piccole aperture/microlesioni e proliferare anche lì. In questo caso si parla di adenomiosi, un parente stretto dell'endometriosi. In rari casi, la malattia può colpire anche altri organi come il fegato, i polmoni o addirittura il cervello, il che non può essere spiegato dalla teoria delle mestruazioni



retrograde. In questi casi, l'endometriosi sembra insorgere direttamente sugli organi colpiti dalle cosiddette cellule di origine che si sviluppano erroneamente in cellule endometriosiche anziché, ad esempio, nel caso del fegato, in cellule epatiche.

Dopo la fine della menopausa, le nuove cellule endometriosiche non crescono più, poiché la spinta a farlo non esiste più a causa della cessazione degli ormoni sessuali femminili.

Molto spesso le donne raccontano di forti dolori durante le mestruazioni, con frequente ricorso ad antidolorifici e

assenze per malattia. Se questo dolore si è sviluppato solo nel corso degli anni (la cosiddetta "dismenorrea secondaria"), è molto probabile che sia presente l'endometriosi. Sono possibili anche i seguenti sintomi: dolore durante i rapporti sessuali; gonfiore durante le mestruazioni; dolore addominale indipendente dal periodo mestruale; dolore alla schiena; ciclo disturbato (sanguinamento intermittente, sanguinamento più lungo o più pesante); affaticamento e spossatezza evidenti; maggiore suscettibilità alle infezioni, soprattutto durante le mestruazioni; sangue nelle urine; sangue nell'intestino. La proliferazione dell'endometrio può cicatrizzare direttamente le tube di Falloppio o distruggere il tessuto ovarico, rendendo difficile o impossibile il trasporto

dell'ovulo verso l'utero e la sua fecondazione nella tuba di Falloppio. Molto più spesso, tuttavia, l'endometriosi sembra ostacolare indirettamente il processo di fecondazione e impianto nella cavità uterina a causa della situazione infiammatoria regionale. Per questo motivo molte donne affette da endometriosi hanno difficoltà a rimanere incinte. Una volta riconosciuta l'endometriosi, tuttavia, si può intervenire con un intervento chirurgico o con un trattamento diretto da parte dello specialista della fertilità.

Non è possibile prevenire l'endometriosi. Tuttavia, è necessario consultare un medico se si verificano mestruazioni irregolari per un periodo di tempo prolungato e soprattutto se si avvertono forti dolori durante le mestruazioni. Le conseguenze dell'endometriosi per le donne colpite nella vita quotidiana possono essere del tutto indipendenti dalle dimensioni e dalla localizzazione della mucosa proliferante. Alcune donne non se ne accorgono affatto, altre soffrono di forti dolori.

L'endometriosi è curabile, ma non guaribile. Dopo l'asportazione chirurgica, il dolore di solito si attenua, ma può ripresentarsi non appena l'endometriosi ricomincia a proliferare. La terapia ormonale è quindi importante come

misura preventiva ma anche antidolorifica. Il trattamento dell'endometriosi è lungo e spesso molto stressante per le donne.

L'endometriosi non aumenta generalmente il rischio di sviluppare un cancro. Tuttavia, per alcuni rari tumori dell'ovaio, l'endometriosi sembra essere associata a una maggiore incidenza.

Una volta rimosse tutte le lesioni endometriosiche, la gravidanza è possibile in molti casi, a condizione che le tube di Falloppio non siano ostruite. In tutti gli altri casi, invece, è necessaria la fecondazione in vitro, cioè la fecondazione dell'ovulo al di fuori del corpo. L'ovulo fecondato viene poi inserito direttamente nell'utero.

Non esiste un modo per curare l'endometriosi. Esistono diversi modi per combattere i sintomi: antidolorifici antinfiammatori; terapia ormonale; funzionamento; metodi alternativi per alleviare il dolore. La scelta di uno di questi metodi dipende, da un lato, dal fatto che la donna colpita desideri avere figli o che la pianificazione familiare sia già stata completata. D'altra parte, il trattamento dipende dalla localizzazione esatta dell'endometriosi e dalle sue dimensioni. Se una donna non presenta né sintomi né desiderio di avere figli, non è necessario un trattamento.





Combattere il Papilloma virus (HPV) adesso si può

Prevenzione, trattamento e impatto sulla salute umana

di Annachiara Albanese

Il Papilloma virus (HPV) – che appartiene alla famiglia delle Papovaviridae, che comprende oltre duecento diversi piccoli virus il cui materiale genetico è custodito in un doppio filamento di DNA circolare - si riproduce (o si replica) sfruttando l'organismo infettato: in seguito all'infezione, infatti, le cellule della cute e delle mucose crescono in una maniera incontrollata fino alla formazione di verruche, papillomi e condilomi, ovvero lesioni benigne. Queste lesioni sono escrescenze di pelle che compaiono in numerosi organismi viventi, tra cui gli uomini, i conigli e i cani, infettati dal virus. I ceppi più pericolosi di HPV, circa venti, sono, però, quelli capaci di provocare lesioni maligne a livello dell'apparato genitale e nelle vie respiratorie superiori, ovvero lingua, palato, naso, laringe, faringe e tonsille.

L'infezione è trasmessa per via sessuale ed è l'unica infezione riconosciuta come causa essenziale per l'insorgenza del tumore della cervice uterina; è anche responsabile della comparsa di altri tipi di tumore, come ad esempio i tumori genitali o extragenitali.

La trasmissione avviene attraverso il contatto, sia diretto che indiretto, con particelle virali presenti all'interno di liquidi corporei, come saliva e secrezioni genitali. Oppure attraverso il contatto con lacerazioni, tagli o abrasioni nella pelle e/o nelle mucose. Anche se meno probabile, è possibile contrarre l'infezione toccando superfici utilizzate da persone contagiate, magari asintomatiche, come ad esempio docce pubbliche o piscine.

Il tempo che intercorre tra l'infezione e la manifestazione delle lesioni precancerose è di cinque anni circa, mentre

nel caso del carcinoma della cervice il tempo di latenza può essere anche di decenni.

L'HPV è la prima patologia riconosciuta come fattore di rischio per il tumore del collo dell'utero. La trasformazione in tumore maligno è causata soprattutto da alcuni tipi di HPV, come i ceppi 16 e 18, coinvolti nel 70% dei casi di tumore del collo dell'utero e nell'insorgenza di altri tumori dell'apparato genitale, sia femminile che maschile.

Fortunatamente, soltanto una piccola parte delle persone che vengono a contatto con il Papilloma virus potrà andare incontro allo sviluppo di un tumore se non viene eliminato del tutto dal sistema immunitario. Le prime manifestazioni maligne sono alterazioni precancerose, chiamate displasie. Queste lesioni, se individuate precocemente mediante esami citologici e screening (Pap test, HPV test) e colposcopia, possono essere curate efficacemente prima che evolvano in tumore, asportando solo la sola parte colpita e senza compromettere la fertilità della donna.

Le lesioni causate da Papilloma virus generalmente guariscono da sole senza bisogno di nessun trattamento. La loro scomparsa, però, non necessariamente equivale all'eliminazione del virus dal nostro corpo. Per questo è bene fare sempre molta attenzione per non diffondere il contagio.

Le lesioni causate dall'HPV possono comunque essere curate e la scelta della terapia varia a seconda della sede dell'infezione, della grandezza delle lesioni e della loro diffusione.

Inizialmente, si può iniziare ad intervenire con un approccio farmacologico locale, utilizzando creme in grado di distruggere le lesioni "in collaborazione con" il sistema immunitario del paziente. Questo tipo di soluzioni sono a base di acido salicilico o acido tricloroacetico o sono creme ad azione antivirale.

Se l'approccio farmacologico non è sufficiente, si può ricorrere all'intervento chirurgico, soprattutto nel caso di condilomi genitali. Le lesioni possono quindi essere rimosse mediante crioterapia o trattamenti laser. Le lesioni precancerose della cervice uterina, invece, vengono eliminate mediante asportazione parziale del collo dell'utero, che consentono alla paziente di continuare a mantenere inalterate le sue capacità riproduttive.

Uno studio pubblicato su The Lancet Global Health – gli autori hanno raccolto i dati di 65 studi, per un totale di quasi 45.000 uomini coinvolti, nel periodo 1995-2022 – dimostra che la prevalenza dell'HPV fra i maschi è del 31%, del 21% se si considerano solo i tipi di HPV ad alto rischio. La presenza del virus risulta più elevata nei giovani uomini fra i 25 e i 29 anni, ma già fra i 15 e i 19 anni è alta. Nel 2022 erano 45 i paesi nel mondo che avevano avviato un programma di vaccinazione maschile. Considerato uno strumento fondamentale anche dal piano europeo contro il cancro (il Beating Cancer Plan), in Italia dal 2017 il vaccino nonavalente (attivo contro nove tipi di HPV) è raccomandato gratuitamente a partire dal dodicesimo anno d'età a maschi e femmine. Nel 2021 era vaccinato solo il 27% dei maschi dodicenni e il 44% dei tredicenni.



LA NUOVA LEGGE SULL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE PROTEGGE I CITTADINI E PROMUOVE L'INNOVAZIONE

I DIRITTI FONDAMENTALI AL CENTRO DEL REGOLAMENTO
CHE DISCIPLINA L'USO DELLE TECNOLOGIE DI IA AD ALTO RISCHIO

di Lidia Tamburrino

Quando si parla di Intelligenza Artificiale (IA), si pensa a tecnologie all'avanguardia, a robot in grado di comprendere e decidere le azioni da compiere e di un mondo futuristico in cui macchine e uomini convivono. In realtà, l'Intelligenza Artificiale e il suo utilizzo sono molto più reali di quanto si possa immaginare e vengono oggi utilizzati in diversi settori della vita quotidiana. Si tratta tuttavia di utilizzi meno invasivi di quello che si pensa o di quanto viene mostrato spesso dai film di fantascienza. In termini tecnici, l'Intelligenza

Artificiale è un ramo dell'informatica che permette la programmazione e la progettazione di sistemi sia hardware che software in grado di dotare le macchine di determinate caratteristiche che vengono considerate tipicamente umane, quali, ad esempio, le percezioni visive, spazio-temporali e decisionali. Si tratta cioè, non solo di intelligenza intesa come capacità di calcolo o di conoscenza di dati astratti, ma anche e soprattutto di tutte quelle differenti forme di intelligenza che sono riconosciute dalla teoria di Gardner, e che

vanno dall'intelligenza spaziale a quella sociale, da quella cinestetica a quella introspettiva. Un sistema intelligente, infatti, viene realizzato cercando di ricreare una o più di queste differenti forme di intelligenza che, anche se spesso definite come semplicemente umane, in realtà possono essere ricondotte a particolari comportamenti riproducibili da alcune macchine.

Nel mese di marzo, il Parlamento ha approvato una legge sull'Intelligenza Artificiale che garantisce sicurezza e rispetto dei diritti fondamentali e promuove l'innovazione. I deputati hanno approvato il regolamento, frutto dell'accordo raggiunto con gli Stati membri nel dicembre 2023, con 523 voti favorevoli, 46 contrari e 49 astensioni.

L'obiettivo è di proteggere i diritti fondamentali, la democrazia, lo Stato di diritto e la sostenibilità ambientale dai sistemi di IA ad alto rischio, promuovendo nel contempo l'innovazione e assicurando all'Europa un ruolo guida nel settore. Il regolamento stabilisce obblighi per l'IA sulla base dei possibili rischi e del livello d'impatto.

Le nuove norme mettono fuori legge alcune

applicazioni di IA che minacciano i diritti dei cittadini. Tra queste, i sistemi di categorizzazione biometrica basati su caratteristiche sensibili e l'estrapolazione indiscriminata di immagini facciali da internet o dalle registrazioni dei sistemi di telecamere a circuito chiuso per creare banche dati di riconoscimento facciale. Saranno vietati anche i sistemi di riconoscimento delle emozioni sul luogo di lavoro e nelle scuole, i sistemi di credito sociale, le pratiche di polizia predittiva (se basate esclusivamente sulla profilazione o sulla valutazione delle caratteristiche di una persona) e i sistemi che manipolano il comportamento umano o sfruttano le vulnerabilità delle persone.

Sono previsti obblighi chiari anche per altri sistemi di IA ad alto rischio (che potrebbero arrecare danni significativi alla salute, alla sicurezza, ai diritti fondamentali, all'ambiente, alla democrazia e allo Stato di diritto). Rientrano in questa categoria gli usi legati a infrastrutture critiche, istruzione e formazione professionale, occupazione, servizi pubblici e privati di base (ad esempio assistenza sanitaria, banche, ecc.), alcuni sistemi di contrasto, migrazione e gestione delle



frontiere, giustizia e processi democratici (come nel caso di sistemi usati per influenzare le elezioni). Per questi sistemi vige l'obbligo di valutare e ridurre i rischi, mantenere registri d'uso, essere trasparenti e accurati e garantire la sorveglianza umana. I cittadini avranno diritto a presentare reclami sui sistemi di IA e a ricevere spiegazioni sulle decisioni basate su sistemi di IA ad alto rischio che incidono sui loro diritti.

I sistemi di IA per finalità generali e i modelli su cui si basano dovranno soddisfare determinati requisiti di trasparenza e rispettare le norme UE sul diritto d'autore durante le fasi di addestramento dei vari modelli. I modelli più potenti, che potrebbero comportare rischi sistemici, dovranno rispettare anche altri obblighi, ad esempio quello di effettuare valutazioni dei modelli, di valutare e mitigare i rischi sistemici e di riferire in

merito agli incidenti.

Inoltre, le immagini e i contenuti audio o video artificiali o manipolati (i cosiddetti "deepfake") dovranno essere chiaramente etichettati come tali.

I paesi dell'UE dovranno istituire e rendere accessibili a livello nazionale spazi di sperimentazione normativa e meccanismi di prova in condizioni reali (in inglese sandbox), in modo che PMI e start-up possano sviluppare sistemi di IA innovativi e addestrarli prima di immetterli sul mercato.

Il regolamento deve ancora essere sottoposto alla verifica finale dei giuristi-linguisti e dovrebbe essere adottato definitivamente prima della fine della legislatura (procedura di rettifica). Inoltre, la legge deve ancora essere formalmente approvata dal Consiglio.

Entrerà in vigore venti giorni dopo la pubblicazione



nella Gazzetta ufficiale dell'UE e inizierà ad applicarsi 24 mesi dopo l'entrata in vigore, salvo per quanto riguarda: i divieti relativi a pratiche vietate, che si applicheranno a partire da sei mesi dopo l'entrata in vigore; i codici di buone pratiche (nove mesi dopo); le norme sui sistemi di IA per finalità generali, compresa la governance (12 mesi) e gli obblighi per i sistemi ad alto rischio (36 mesi).

La legge sull'intelligenza artificiale risponde direttamente alle proposte dei cittadini che hanno partecipato alla Conferenza sul futuro dell'Europa

(COFE), in particolare alla proposta sul rafforzamento della competitività dell'UE nei settori strategici, alla proposta su una società sicura e affidabile, tra cui la lotta alla disinformazione e la garanzia di un controllo umano di ultima istanza, alla proposta sulla promozione dell'innovazione digitale, garantendo la supervisione umana e l'uso affidabile e responsabile dell'IA, stabilendo salvaguardie e garantendo la trasparenza, e alla proposta sull'utilizzo dell'IA e degli strumenti digitali per migliorare l'accesso dei cittadini alle informazioni, comprese le persone con disabilità.



EMERGENZA DENGUE

Si sta preparando un test rapido che dovrebbe essere svolto sui viaggiatori in arrivo da zone a rischio

di Annachiara Albanese

«La situazione non è allarmante», ha affermato il Ministro della Salute in Senato, lo scorso mese di febbraio, rispondendo ad un'interrogazione sul pericolo dell'infezione Dengue in Italia, dove sono 82 i casi confermati trasmessi localmente e notificati al 27 novembre 2023. Questi casi sono riferiti a quattro episodi di trasmissione non collegati tra loro in provincia di Lodi (41 casi confermati), in provincia di Latina (due casi) e in provincia di Roma (38 casi con esposizioni in diverse parti della città metropolitana di Roma e un caso ad Anzio, per cui sono in corso indagini per verificare eventuali collegamenti epidemiologici). Tutti i casi, di cui è noto l'esito, sono guariti o in via di miglioramento.

Dall'inizio dell'anno sono stati notificati anche 256 casi di Dengue importati da altri Paesi, tra questi si segnala un decesso.

La dengue è una malattia virale prevalentemente diffusa nelle regioni tropicali e subtropicali del mondo. Si stima che circa la metà della popolazione mondiale viva in aree a rischio di contrarre l'infezione. È determinata dal grande movimento delle persone delle merci. Il rischio Dengue è già molto alto in diversi Paesi del Centro e Sud America, come Perù, Argentina, Guatemala e Brasile, dove in meno di tre mesi è stato battuto il record di casi in un anno, e si va verso i 2 milioni di contagi. Finora, il Brasile ha registrato 1.889.206 casi probabili,

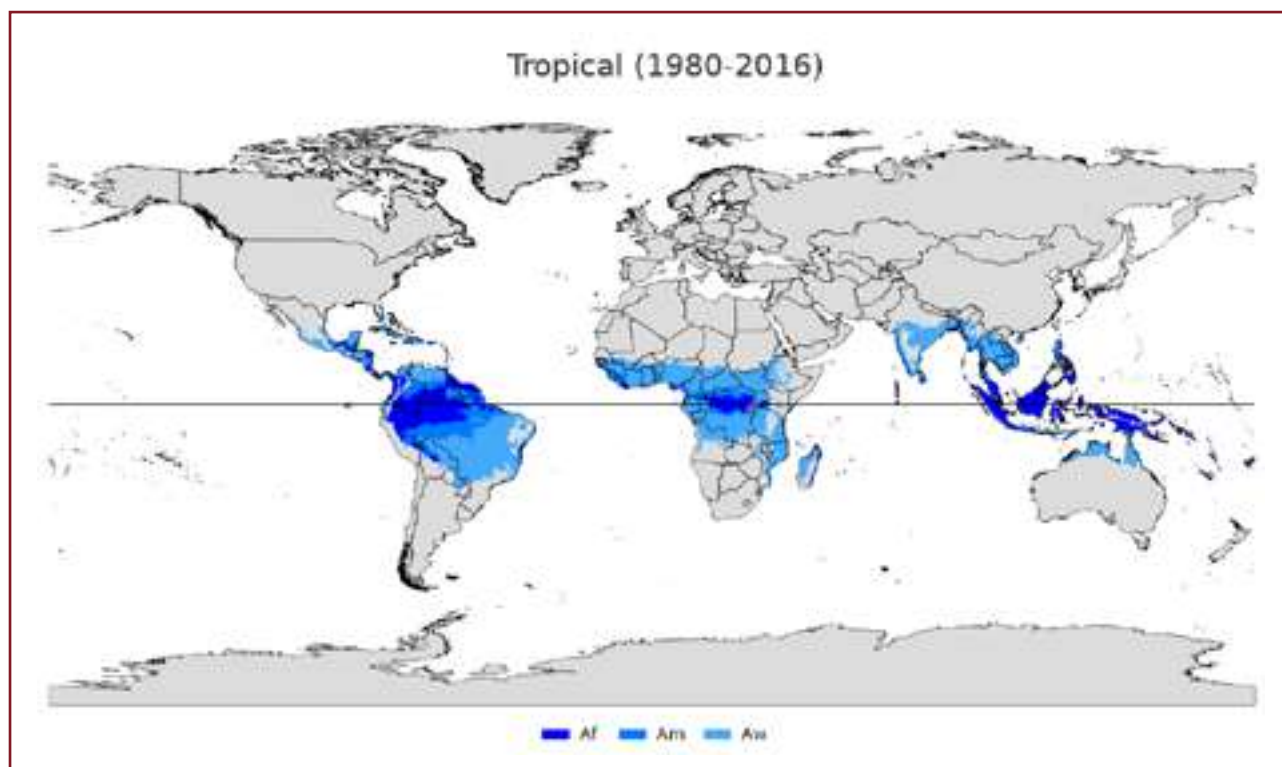
il numero più alto dal duemila. La cifra è quattro volte il numero di casi segnalati nello stesso periodo del 2023. Il precedente record di casi si registrò nel 2015 (1.688.688 nell'anno), mentre il 2023 è stato il terzo anno peggiore (1.658.816 casi). Quanto ai decessi, sono 561 quelli confermati (1.094 in tutto il 2023). Dieci Stati brasiliani hanno già dichiarato lo stato di emergenza, tra le tante città San Paolo. La dengue sta preoccupando anche a Est. Per esempio in Vietnam, dove la capitale Hanoi ha registrato 513 casi di infezione da inizio 2024: il triplo rispetto allo stesso periodo del 2023, riportano i medici locali citando il Centro per il controllo delle malattie. Soprattutto nelle ultime settimane la città ha assistito a un aumento, con una media di 17-24 casi a settimana, evidenzia 'Vietnam News'. Anche per contrastare l'emergenza, il Dipartimento Salute di Hanoi intende organizzare team sanitari che a livello locale supportino la prevenzione, la cura e il miglioramento della salute pubblica. Secondo i dati del ministero della Salute vietnamita, nel 2023 Hanoi ha registrato 36.795 casi dell'infezione trasmessa dalle zanzare. In tutto il Paese l'anno scorso sono stati segnalati oltre 172mila contagi dengue, con 43 morti.

L'obiettivo del test rapido che si prevede possa essere introdotto al più presto in Italia è la puntura da zanzara *Aedes Aegypti*, vettore della febbre di Dengue. Molto simile a questa infezione, c'è anche un'altra malattia, la Chikungujya, che è meno letale: vista la similitudine le autorità invitano a trattare come Dengue entrambe. In Italia, però, questa zanzara non esiste: c'è però la Tigre,

in grado di portare la malattia da un individuo malato a uno sano.

L'infezione da Dengue è conosciuta da oltre due secoli, ma negli ultimi decenni si è assistito a un aumento della sua diffusione. È causata da una famiglia di quattro virus simili tra loro: Den-1, Den-2, Den-3 e Den-4. La trasmissione avviene principalmente attraverso la puntura di una zanzara infetta, in particolare della specie *Aedes aegypti*, ma anche da *Aedes albopictus*. Quando una persona viene punta da una zanzara infetta, il virus della dengue invade il torrente circolatorio dove il virus può essere riscontrato mediamente per 2-7 giorni. Se una persona infetta viene punta da un'altra zanzara questa può trasmettere il virus ad altre persone che si ammalano, pur non essendo mai state in aree endemiche per infezione da Dengue. Dopo essere stati punti da una zanzara infetta, i sintomi della Dengue possono manifestarsi entro 5-6 giorni. Il sintomo principale è rappresentato dalla febbre che spesso si presenta in associazione ad altri sintomi come: mal di testa, dolore attorno e dietro gli occhi, dolori muscolari e articolari, nausea, vomito, eruzioni cutanee. Per una conferma definitiva si può ricorrere a test di laboratorio, che possono rilevare la presenza del virus o degli anticorpi specifici nel sangue del paziente.

Non esiste un trattamento antivirale specifico e la gestione del paziente consiste principalmente nell'alleviare i sintomi. È consigliato assicurare un adeguato riposo, somministrare farmaci per abbassare la febbre e garantire buoni livelli di idratazione. In alcuni





casi la malattia può evolvere verso una forma severa in cui si manifestano sintomi emorragici. In rari casi può essere fatale. La Dengue severa rappresenta pertanto una emergenza medica.

La prevenzione si basa fundamentalmente sull'evitare le punture di zanzara, l'uso di repellenti cutanei, così come indossare indumenti impregnati di repellenti, utilizzare magliette a maniche lunghe e pantaloni lunghi e l'utilizzo di zanzariere rappresentano misure fondamentali. A livello comunitario, è essenziale intraprendere azioni per contrastare le zanzare vettori, come l'eliminazione dei ristagni d'acqua che rappresentano un habitat ottimale per la deposizione delle uova delle zanzare e le campagne di disinfestazione, per ridurre la popolazione di zanzare e, di conseguenza, il rischio di trasmissione. Da poco è anche disponibile un vaccino indicato per i viaggiatori verso zone endemiche per la dengue. Si tratta di un vaccino tetravalente vivo attenuato, in grado di prevenire infezioni causate da uno qualsiasi dei quattro sierotipi del virus: è possibile somministrarlo in persone a partire dai quattro anni di età.





Milan longevity summit

*A MILANO, I PIÙ CELEBRI ESPERTI MONDIALI
SI SONO CONFRONTATI SULLA SVOLTA DEMOGRAFICA IN ATTO
E SULLA POSSIBILITÀ DI UNA VITA PIÙ LUNGA IN BUONA SALUTE*

di Danilo Quinto

Rallentare l'invecchiamento per una vita più lunga in buona salute psicofisica è un tema di grande attualità, una sfida per i principali centri di ricerca e università in tutto il mondo. Stiamo assistendo a una vera e propria rivoluzione nel modo in cui affrontiamo lo sviluppo delle nostre vite. A Milano, dal 21 al 27 marzo 2024 si è discusso di questi temi nel Milan Longevity Summit - RISCRIVERE IL TEMPO - Scienza e Miti nella corsa alla Longevità. Secondo il World Social Report 2023 delle Nazioni Unite, entro il 2050 il numero di persone di età pari o superiore a 65 anni raddoppierà, superando i due miliardi di individui. A livello globale, un bambino nato nel 2021 può aspettarsi di vivere in media quasi 25 anni in più rispetto ad un neonato del 1950. Per sostenere una società sempre più longeva, la sfida è promuovere quella che in inglese viene chiamata la aging intelligence, la consapevolezza dei comportamenti individuali e dello stile di vita, mettendo contemporaneamente a punto nuovi paradigmi sociali in materia di politiche di welfare, economia, lavoro, organizzazione delle città. Un cambiamento che richiederà lo sviluppo di una nuova consapevolezza

politica, sociale e amministrativa, per massimizzare le opportunità che derivano da una vita più lunga e per far sì che i benefici della ricerca sulla longevità possano portare ricadute positive su tutta la popolazione.

Il 21 marzo si è tenuta l'apertura istituzionale dei lavori alla presenza del Sindaco Giuseppe Sala, che ha consegnato il riconoscimento Una Grande Vita ai protagonisti della scienza, dell'industria e della cultura milanese. Si è poi tenuto il primo incontro scientifico con Jamie Metzl, scrittore ed esperto di AI e biotecnologie, autore del saggio Hacking Darwin. Il 22 marzo sono stati protagonisti IRCCS Ospedale San Raffaele e Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS. Il IRCCS Ospedale San Raffaele ha avviato un nuovo progetto di ricerca strategico sull'aging, con l'obiettivo di creare sinergie tra le competenze scientifiche e mediche – in campi differenti come la senescenza cellulare, la risposta allo stress, l'infiammazione, la neurodegenerazione e la genesi tumorale – per meglio comprendere il fenomeno dell'invecchiamento, nel suo doppio ruolo di causa e conseguenza degli stati di malattia. Massimo Filippi,

Federica Agosta, Simone Cenci, Cristina Colombo, Luigi Ferini Strambi, Riccardo Caccialanza, Daniela Perani hanno affrontato i temi relativi alla sfida biomedica all'invecchiamento e come la plasticità cerebrale, la corretta alimentazione, l'igiene del sonno e il benessere psichico, possono aiutarci a prevenire le malattie neurodegenerative e invecchiare in salute. Ha introdotto il panel il dottor Christian Lunetta, Direttore Dipartimento Medicina Riabilitativa Neuromotoria di Istituti Clinici Scientifici Maugeri IRCCS, che ha avviato un innovativo intervento personalizzato multimodale, presentando con il Professor Antonio Spanevello, coordinatore dei Dipartimenti di Ricerca e Clinico Assistenziali, l'esperienza degli Istituti Scientifici Maugeri IRCCS nella promozione di attività che consentano il giusto equilibrio tra fragilità e longevità.

Il 23 e 24 marzo è stata presentata la ricerca scientifica più all'avanguardia, con la presenza delle massime eccellenze mondiali della lotta all'invecchiamento. David Sinclair, Professore del Dipartimento di Genetica e Presidente dell'Academy for Health & Lifespan Research, il guru che ha rivoluzionato la comprensione dei meccanismi dell'invecchiamento; Nir Barzilai, direttore dell'Institute for Aging Research dell'Albert Einstein College of Medicine; Luigi Ferrucci, presidente del NIA, il National Institute of Health americano; Juan Carlos

Izpisua Belmonte, direttore di Altos Lab, la compagnia di biotecnologie californiana sulla quale hanno investito miliardari come Jeff Bezos, Yuri Milner, Robert Nelsen; Laura Niedernhofer, direttrice dell'Istituto di Biologia dell'Invecchiamento e del Metabolismo, Università del Minnesota; Ana Maria Cuervo, co-direttrice dell'Istituto per la ricerca sull'invecchiamento presso l'Albert Einstein College; Andrea Maier da Singapore, celebrità sulle nuove tecnologie applicate al mantenimento della buona salute; Vera Gorbunova, evoluzionista. Gli esperti Valerio Orlando, epigenetista e Fabrizio D'Adda di Fagagna, esperto di telomeri, si sono confrontati sui nuovi target di RNA e gli strumenti per l'antiaging e la rigenerazione dei tessuti, le cellule staminali, i nuovi legami tra stabilità del genoma, la dieta e la longevità nell'evoluzione, i sistemi di intervento sulle cellule, l'epigenetica e le metodologie omics.

Sempre il 25 marzo si è tenuto l'incontro organizzato da Fondazione SoLongevity. Si è parlato delle sfide socio-demografiche e del progetto di Nic Palmarini, direttore del National Innovation Centre for Ageing (NICA) del Regno Unito, che ha creato la rete City of Longevity, una piattaforma in cui le amministrazioni locali all'avanguardia nell'ambito della longevità possono scambiarsi le best practices. L'archistar milanese Stefano Boeri ha parlato di un innovativo progetto internazionale



Alla 1ª edizione del Milan Longevity Summit



di città ridisegnate con tutti i servizi a distanza pedonale. Nel pomeriggio, protagonista è stata la comunità scientifica chiamata a interrogarsi sui progressi e il futuro della Longevity Medicine, dagli orologi biologici con il Professor Steve Horvath al fenomeno dell'Inflammaging e le tecniche correlate presentate dal dottor David Furman. La dottoressa Sofiya Milman ha parlato dei suoi studi sui centenari. A trarre le conclusioni del dibattito il dottor Alberto Beretta, direttore scientifico di Fondazione SoLongevity, immunologo ed esperto di medicina della longevità, che ha spiegato come tutte queste ricerche possono raggiungere il pubblico ed impattare da subito le aspettative di salute e longevità. A chiudere la giornata del 25, la tavola rotonda dedicata a FemGeVity, progetto di SoLongevity per riflettere a 360 gradi sul tema della longevità al femminile e disegnare le specificità di questa realtà.

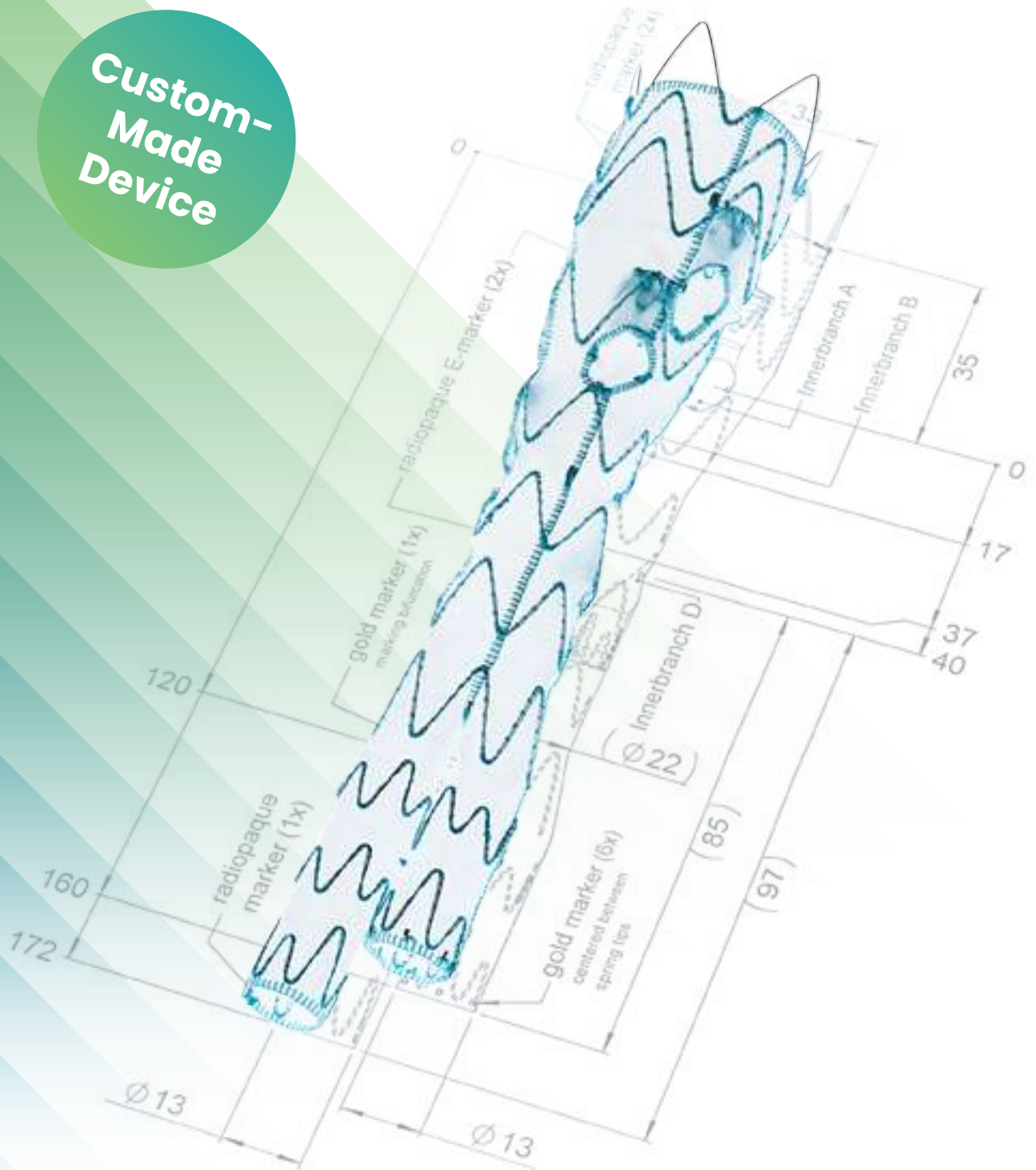
Il 26 marzo si è tenuto un evento organizzato dalla Fondazione Aeon presso il MEET Digital Culture Center. I lavori si sono concentrati sull'impatto della rivoluzione della longevità in Italia. Nella stessa giornata, presso la Social Innovation Academy di MIND – Milano Innovation District, si è tenuto l'incontro organizzato da Fondazione Triulza, Auser Lombardia e Anteas Lombardia, in collaborazione con Fondazione di Comunità Milano. Il tema è stato l'impatto



sociale ed economico di una longevità sana, attiva e accessibile a tutti, che consenta ai cittadini e alle cittadine mature di donare competenze, tempo e risorse alla propria comunità. Esperti di welfare e invecchiamento attivo, rappresentanti delle istituzioni pubbliche e della filantropia si sono confrontati su come progettare una nuova alleanza del terzo settore con il mondo della ricerca e della pubblica amministrazione. Il 27 marzo, presso l'Aula Magna dell'Università degli Studi di Milano Statale, si è svolta una giornata con l'obiettivo di fornire un'approfondita analisi del legame tra benessere e processi di invecchiamento, affrontando la tematica sia dal punto di vista filosofico, epistemologico ed estetico.

Designed for Patient-Specific Anatomies

Custom-
Made
Device



ARTIVION™

E-xtra Design MultiBranch
Stent Graft System



ULTRASOUND GUIDED MICROENDOSCOPY

THE NEW GENERATION



1.
**ULTRASOUND
TRACKING**

2.
**ENDOSCOPIC
APPROACH**

3.
**DIRECT
VISION**

**FACILITATE AND SECURE
MICRO-INVASIVE WITH 18 GAUGE
INTERVENTIONAL PROCEDURES**

MICRO
OPTIONAL FIBER

HD LENS
WITH LIGHT SOURCE

MULTIPORTS CANNULA
18 GAUGE



HD HealthDefence S.r.l.

DISTRIBUTORE LAZIO

Via Portuense, 959 - 00148 Roma

tel. 06 65002930 - info@healthdefence.it

www.tssmedical.com