

ORE12 SANITÀ

ITALIA

-POSTE ITALIANE SPA SPEDIZIONE IN ABBONA MENTO POSTALE 70% ROMA C/RM/05/2017 periodico mensile Ore12 Italia n. 3/4 2025 - prezzo di copertina. € 10,00

**La spalla, questa
(ex) sconosciuta**

**Chirurgia plastica,
ecco il suo futuro**

**Payback sanitario,
soluzione cercasi**

**Chirurgia vascolare,
le nuove frontiere**

**COME BATTERE
LE "PAURE POLITICHE"**

KASTER
Medical Technology

Meril

More to Life

LATITUD[™] | HIP SYSTEM
Freedom of Choice



OPUKENT
Knee System

KASTER
Medical Technology

Via Italo Panattoni 160
00189 Roma IT

E-mail info@kaster.it
Pec kastersrl@pecposta.it
Tel. +39 06 3629081
Web www.kastermt.it

Hic et Nunc

Problemi della sanità, se ci fosse buona volontà...

di *Pietro Romano*

A leggere il Rapporto Istat 2025 nelle parti che riguardano la salute sembra che il sistema sanitario italiano stia soffrendo. E non poco.

Il primo aspetto riguarda la longevità. Viviamo più a lungo (83,4 anni la speranza di vita media) ma la qualità di questi anni aggiuntivi sarebbe in caduta libera, scendendo al minimo storico per le donne, delle quali solo poco più della metà non si lamenterebbe del proprio stato. Anche perché, risulta dal Rapporto, quasi un italiano su dieci nel 2024 ha rinunciato a visite e/o esami medici. Colpa da un lato delle liste d'attesa sempre più lunghe (per il 6,8%), dall'altro dei costi crescenti (per il 5,3%) che non permettono 'scorciatoie' per risolvere il problema dei ritardi. Un problema che non riguarda solo i più anziani, ma anche i giovani, in particolare sul versante della salute mentale. Se, infatti, gli anziani (e in specie le donne) vivono un disagio silenzioso, il benessere psicologico per i giovani, in particolare le giovani e quanti sono in possesso della laurea o titolo equivalente, rimane basso e non ha superato la 'frattura' determinata dal Covid. Tanto che il consumo di antidepressivi è in crescita costante. E purtroppo anche i suicidi tra i giovanissimi sono in aumento.

Come si può notare, però, questa 'fotografia' mette assieme dati concreti e sensazioni. Le donne anziane si lamentano del proprio stato. Così le giovani donne e i giovani laureati in genere si sentono psicologicamente a disagio. E, addirittura, i giovanissimi lo sono a tal punto da arrivare a scegliere il suicidio.

Gli unici dati concreti sono le lunghe liste d'attesa e gli alti costi della sanità a pagamento, privata o pubblica che sia.

Prima di gridare al disastro sanitario, però, sarebbe giusto anche guardare fuori dalla nostra porta. Sul fronte delle liste d'attese è appena stato reso noto il Future Health Index 2025, il più ampio studio globale sul settore sanitario, che riguarda 16 Paesi del mondo sviluppato, nel quale non appare purtroppo l'Italia. Si scopre così che la media di attesa dei pazienti per una visita, un esame, un intervento chirurgico è superiore ai due mesi con picchi superiori ai quattro mesi in Brasile, Spagna, Canada e di poco inferiori in Germania e intorno ai due mesi nel

Regno Unito e negli Usa. Con la conseguenza che, non potendo scegliere costose alternative private, in media un paziente su tre ha dichiarato di aver visto peggiorare la propria condizione a causa dei ritardi e uno su quattro è stato ricoverato per non aver ricevuto le cure necessarie a tempo debito. Numeri che, a occhio e croce, sembrano peggiori di quelli italiani.

Naturalmente, le disfunzioni altrui non possono giustificare le nostre. E la tutela della salute in Italia – ricordiamolo – è tanto importante da essere sancita dall'articolo 32 della Costituzione come unico diritto espressamente qualificato quale fondamentale. Giustamente lo hanno sottolineato il giudice costituzionale Luca Antonini e il professor Stefano Zamagni nel loro recente "Pensare la sanità. Terapie per una sanità malata" (edizioni Studium, Roma, 2025). Consapevoli però che l'applicazione di questo dettato sembra ai cittadini allontanarsi, scontando il peso dei tagli per circa 40 miliardi avvenuti tra il 2012 e il 2019.

I tagli non sono l'unica causa della crisi, beninteso. Conta moltissimo – spiegano Antonini e Zamagni – "anche la forza del pensiero e delle idee" che hanno condotto alla grave carenza attuale di medici e infermieri. Certo l'abolizione del numero chiuso nelle facoltà di Medicina è sacrosanta ma i suoi effetti li vedremo solo tra diversi anni. E così si rischia di buttare al vento i 15,6 miliardi di opere pagate dal Pnrr che avrebbero dovuto rafforzare il Sistema sanitario nazionale e l'offerta di assistenza uniforme su tutto il territorio nazionale. L'attuazione dei progetti è in ritardo ma soprattutto manca il personale (medico e infermieristico in particolare) che ne permetterebbe l'entrata in funzione. Così il discorso torna al punto di partenza. Tra problemi reali (e ben più gravi in prospettiva) e sensazioni, comprensibili ma non sempre plausibili. A questo punto, sarebbe opportuna (per affrontare i problemi ed evitarne l'aggravamento) una convergenza bipartisan alla ricerca di possibili soluzioni. Ma il momento politico non sembra fatto per affrontare le emergenze in una logica di maturità.



NUCLEARE, LA FOBIA CHE HA MUTATO L'ITALIA

di Ivan Iacob



CHIRURGIA VASCOLARE LE NUOVE FRONTIERE

di Flavia Scicchitano

01

HIC ET NUNC

05

LA LETTERA



CHIRURGIA PLASTICA

di Katrin Bove



LA SPALLA, QUESTA SCONOSCIUTA

di Francesco Franceschi

22

PAYBACK
SANITARIO

25

IPERTENSIONE,
LA VIA CHIRURGICA

SOMM



PATOLOGIE EPATICHE, È ALLARME ROSSO

di Satya Marino



ANTIBIOTICI SOTTO OSSERVAZIONE

di Riccardo Romani



MEDICI DI FAMIGLIA

di Federica Troiani

35

MORBILLO
IN ITALIA

39

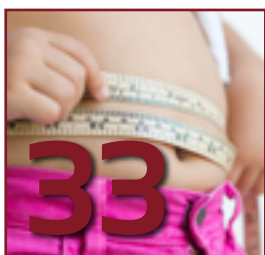
THERABOT

41

MENTI RECLUSE,
DIRITTI NEGATI?

45

LE EMOZIONI
DEL PELLEGRINAGGIO



OBESITÀ E CUORE

di Annachiara Albanese

ARIO

CON IL PATROCINIO DI:



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

Francesco Franceschi, primario di Ortopedia all'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli di Roma.

Ivan Iacob è il segretario generale dell'Associazione unitaria psicologi italiani.

Satya Marino è giornalista

Sofia Diletta Rodinò è giornalista

Riccardo Romani è lo pseudonimo di un giornalista

Flavia Scicchitano 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

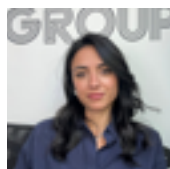
Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica, salvo diversa indicazione, sono riservati. Manoscritti o/o foto anche se non pubblicati, non si restituiscono. Garantendo un accurato lavoro del nostro centro documentazione, con regolare acquisizione delle relative licenze, l'editore si dichiara comunque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



Publicato 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

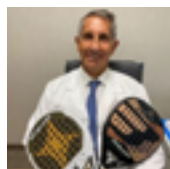
ORE12ITALIA/ORE12GROUP © 2016/2019 RICOMUNICARE SRL.
All rights reserved

LE FIRME



Annachiara Albanese

È counselor professionista,
esperta in comunicazione e marketing



Francesco Franceschi

È primario di Ortopedia all'Ospedale
San Pietro Fatebenefratelli di Roma.



Ivan Iacob

È il segretario generale dell'Associazione unitaria psicologi italiani. Dirigente psicologo del Sistema sanitario regionale Friuli Venezia Giulia, è consigliere dell'Ordine professionale nella stessa regione.

• NUMERO 3 •



La fotografia scattata dall'ANAC nella sua Relazione al Parlamento è tanto nitida quanto inquietante: la sanità pubblica italiana continua a esternalizzare in modo crescente il personale sanitario, affidandosi a un mercato parallelo di professionisti "a gettone". Una soluzione-tampone che, nel 2024, ha generato un'impennata dei costi, con un +20% per i medici e un sorprendente +49% per gli infermieri. Una sanità che, anziché investire su assunzioni stabili e formazione, preferisce affittare competenze al miglior offerente. È l'emblema di un sistema sotto stress, dove la carenza di organico non trova risposta nei concorsi pubblici – pochi, lenti, scarsamente attrattivi – ma nel ricorso sempre più massiccio a convenzioni con cooperative e agenzie interinali. Una strategia miope, che scarica sui bilanci pubblici oneri crescenti (oltre 42 milioni solo per i medici nel 2024) e genera condizioni lavorative precarie, con scarsa fidelizzazione e continuità assistenziale. Il presidente dell'ANAC, Giuseppe Busia, ha centrato il punto: servono concorsi meritocratici, capaci di valorizzare e attrarre giovani professionisti. Ma servono anche scelte politiche chiare: stabilizzare il personale sanitario, incrementare le retribuzioni, semplificare l'accesso alla professione e investire nella formazione continua. La dipendenza dalle esternalizzazioni non riguarda solo il capitale umano. Busia denuncia anche le forniture di tecnologie sanitarie con prezzi apparentemente vantaggiosi, dietro cui si celano costi di manutenzione sproporzionati e vincoli contrattuali che rendono le strutture ostaggio dei fornitori. È un doppio cappio, economico e gestionale, che svuota la sanità pubblica di autonomia e programmazione. Non si può costruire una sanità solida con personale precario e decisioni opache. La trasparenza negli appalti, la pianificazione dei fabbisogni e il rilancio del pubblico come luogo di eccellenza e di equità devono tornare al centro della strategia nazionale. L'alternativa è una deriva silenziosa, dove anche il diritto alla cura rischia di diventare... a gettone.



Make it clear with PCI Guidance Technology

Imaging and physiology in combination with the AVVIGO+ guidance system provide a trusted blueprint to guide the best patient outcomes.



NUCLEARE, LA FOBIA CHE HA MUTATO L'ITALIA

di *Ivan Iacob*

EMOZIONI & PAURE



La rinuncia al nucleare da parte dello Stato italiano è stata una scelta cruciale che ha determinato nuovi scenari e conseguenze, non solo energetiche ma anche economiche e culturali.

Una decisione che affonda le sue radici in un momento di profondo trauma collettivo: l'esplosione della centrale di Chernobyl nel 1986.

All'epoca, la paura della contaminazione si diffuse rapidamente, anche grazie a una copertura mediatica capillare, allarmata e anche allarmistica. Per la prima volta un disastro nucleare entrava nelle case degli italiani, nelle scuole, nei discorsi quotidiani. Ricordo ancora, da ragazzo delle medie, i giornali

pieni di mappe che tracciavano la nube tossica – disegnata con tinte rosso-nere – che si estendeva sull'Italia, raccontando di un'influenza che ci avrebbe condizionato per almeno trent'anni.

Quella comunicazione si innestava su una paura (del nucleare) non sortita solo da Chernobyl. Affonda le sue radici più profonde nella fine della Seconda guerra mondiale, quando le immagini di Hiroshima e Nagasaki hanno impresso nella coscienza collettiva l'idea del nucleare come sinonimo di morte e distruzione. Quella è stata la prima, gravissima, ferita. Chernobyl è arrivata come un secondo trauma, un riattivatore della paura originaria, stavolta in chiave civile.

Il disastro di Chernobyl, avvenuto il 26 aprile 1986, causò direttamente la morte di 31 persone nei primi giorni, ma gli effetti a lungo termine restano ancora oggi oggetto di dibattito. Secondo l'Oms e l'laea, i morti attribuibili all'incidente potrebbero essere circa 4mila. Alcuni studi indipendenti spingono la stima molto più in alto, includendo le vittime per tumori e malattie correlate negli anni successivi.

In Italia, l'effetto psicologico fu devastante. Pochi mesi dopo, nel 1987, si tenne un referendum popolare che vide la partecipazione del 65% degli aventi diritto. Oltre l'80% dei votanti si esprime contro il nucleare. Fu una bocciatura netta. Replicata nel 2011, dopo l'incidente nucleare avvenuto nella centrale nipponica di Fukushima, quando un secondo referendum confermò questa linea. Alla consultazione partecipò il 55% degli elettori e il 94% di loro votò contro il ritorno al nucleare. Benché, va rilevato, non fosse stata registrata alcuna morte direttamente legata all'esposizione radioattiva, né in Giappone né altrove.

Il paradosso italiano sul nucleare è però evidente: pur avendo detto "no" al nucleare, il nostro Paese continua a essere esposto ai rischi. Non lontano dai confini tricolori, non certo a migliaia di chilometri come Chernobyl, sono in attività centrali francesi, slovene e svizzere. In sostanza, il pericolo è rimasto, anche se la fonte diretta è stata rimossa dal nostro territorio.

Dal punto di vista economico, questa decisione ha avuto un prezzo. L'Italia importa circa il 70% dell'energia primaria, e parte dell'energia elettrica importata dalla Francia è prodotta proprio con il nucleare. I costi dell'energia in Italia sono tra i più alti d'Europa tanto per le famiglie quanto per le imprese che di conseguenza soffrono di un gap competitivo ormai strutturale.

In questo contesto, è utile osservare la vicenda anche con gli strumenti della psicologia economica. La decisione italiana di uscire dal nucleare è un esempio classico di "decisione affettiva": una scelta in cui le emozioni – paura, ansia, senso di pericolo – hanno prevalso sull'analisi razionale costi-benefici. Secondo la finanza comportamentale, si tratta di un 'affective bias' (pregiudizio affettivo), in cui lo stimolo emotivo sovrascrive la valutazione oggettiva del rischio.

Siamo di fronte a un comportamento che rispecchia anche la teoria della razionalità limitata di Herbert Simon: quando le informazioni sono complesse o i tempi di decisione brevi, le persone scelgono sulla base di euristiche, cioè scorciatoie mentali, che spesso si basano su ricordi emotivamente forti. In questo caso, la paura della contaminazione nucleare – sostenuta da immagini e narrazioni potenti – ha avuto più peso delle analisi tecniche sul funzionamento e sulla sicurezza delle centrali di nuova generazione.

Questa scelta è tipica anche di un comportamento





fobico, nel senso psicologico del termine: una reazione esagerata e persistente verso un oggetto percepito come pericoloso, anche quando le evidenze suggeriscono che il pericolo sia ridotto o controllabile. È un meccanismo che protegge a breve termine, ma che a lungo termine può portare a decisioni controproducenti, soprattutto se applicato a questioni complesse come la salute pubblica, l'economia, l'energia.

È la paura della 'contaminazione irreversibile', più forte di problemi già reali e più pericolosi, come l'inquinamento atmosferico.

Oggi, mentre l'urgenza energetica torna a farsi pressante, è il momento di rivedere quel trauma collettivo. Di interrogarci su quanto le paure di allora abbiano condizionato le scelte di oggi. E se non sia il caso di affrontare, con maggiore lucidità, il tema del nucleare, nell'ambito della necessaria transizione ecologica.

Una società moderna non può essere guidata solo dall'emotività. Serve un equilibrio tra cuore e ragione. Tra consapevolezza storica e capacità di decidere sul

La situazione è paradossale: a breve distanza da noi producono centrali francesi, slovene e svizzere. La verità è che ci fidiamo di più degli altri... Incomprendibilmente

futuro. In questo equilibrio si gioca anche la nostra indipendenza energetica, la nostra sostenibilità ambientale, la nostra capacità di affrontare le sfide globali con maturità.

E' arrivato il momento di aprire un dibattito pubblico consapevole e non emotivo, che vada oltre le reazioni istintive e le semplificazioni ideologiche. Un dibattito che sia, innanzitutto, un processo di elaborazione collettiva, capace di rimettere al centro non solo le ragioni tecniche ed economiche, ma anche i sentimenti profondi che hanno guidato le scelte del passato.

È tempo di guardare in faccia sia la paura, che ci ha spinto a fuggire da ciò che perceivamo come minaccia, sia la negazione sistemica del fatto che quella stessa minaccia è tuttora presente, a pochi chilometri dai nostri confini, senza che questo generi un'adeguata consapevolezza.

Abbiamo scelto di allontanare lo "stimolo pericoloso" dal nostro territorio, come spesso accade nel caso di una risposta fobica, ma non abbiamo elaborato realmente il rischio, né ci siamo posti la domanda su come convivere in modo maturo e razionale.

Il dibattito sull'energia nucleare in Italia è da sempre accompagnato da una profonda ambivalenza. Se da un lato il potenziale del nucleare come risorsa energetica sostenibile ed efficiente è sempre più riconosciuto a livello globale, dall'altro, nel nostro Paese, persiste una resistenza culturale e psicologica che affonda le radici in una cronica sfiducia nelle istituzioni e nella capacità del sistema Paese di gestire responsabilmente progetti complessi e ad alto rischio.

In due referendum, tenuti subito dopo la tragedia di Chernobyl e l'incidente di Fukushima, gli italiani hanno votato sulla base di scorciatoie mentali e di puri pregiudizi

A influenzare negativamente l'opinione pubblica non sono soltanto i ricordi di Chernobyl o Fukushima, ma anche una lunga serie di eventi nazionali segnati da negligenze, mancanze nella gestione del rischio, scarsa trasparenza. Questa percezione rafforza l'idea, ormai radicata, che "in Italia le cose non funzionano come dovrebbero".

Ed è qui che entra in gioco un importante bias cognitivo: il bias della rappresentatività. Molti italiani, sulla base delle esperienze negative vissute o raccontate nel contesto nazionale, tendono a generalizzare e a sottovalutare quanto accade altrove. Così, Paesi come la Germania o la Francia, percepiti a prescindere come più "affidabili", diventano modelli ideali a cui delegare

la gestione di tecnologie complesse come il nucleare. In altre parole, la semplificazione che spesso emerge – "Meglio che lo facciano gli altri" – non è solo una questione di preferenze politiche o ambientali, ma una vera e propria scorciatoia mentale. Un modo per proteggersi da una realtà percepita come fallace, dove la sfiducia diventa il filtro attraverso cui valutare ogni opportunità.

Riaprire oggi questa discussione significa superare il trauma, non negarlo, e capire se siamo in grado – come società – di prendere decisioni che tengano insieme emozioni, dati e visione del futuro. Il nucleare, nel bene e nel male, è uno di quei temi che ci costringono a confrontarci con la nostra identità collettiva, con il nostro rapporto con la paura e con la nostra capacità di pensare il domani non solo come eredità emotiva del passato, ma come possibilità concreta di scelta.



Chirurgia vascolare, le nuove frontiere

di *Flavia Scicchitano*

Dalle più moderne tecniche endovascolari mininvasive ai device d'avanguardia fino al contributo dell'intelligenza artificiale. La chirurgia vascolare sta vivendo importanti trasformazioni che negli ultimi anni hanno permesso di trattare pazienti prima incandidabili, grazie ai bassi rischi di mortalità e di complicanze peri-operatorie rispetto al passato. A fornire il quadro delle evoluzioni in questo specifico settore è il dottor Gustavo Iacono, direttore della Uoc Chirurgia vascolare ed endovascolare dell'ospedale Cardarelli di Napoli.

Dottor Iacono, quali sono le tecniche di chirurgia endovascolare d'avanguardia e quali vantaggi offrono rispetto alla chirurgia tradizionale?

Negli ultimi anni il trattamento delle patologie vascolari è stato completamente trasformato dall'avvento delle tecniche endovascolari che hanno modificato lo scenario rispetto all'elevata invasività delle procedure di chirurgia vascolare tradizionali. Fino a circa trent'anni fa in caso di aneurisma dell'aorta addominale, stenosi carotidea

Dalle più moderne tecniche mininvasive ai device d'avanguardia e al contributo dell'intelligenza artificiale: ecco una panoramica delle più importanti e recenti trasformazioni del settore



Gustavo Iacono

o ostruzione degli arti inferiori, solo per fare alcuni esempi, l'unica opzione era l'intervento chirurgico a cielo aperto che quasi sempre prevedeva un'anestesia generale con rischi peri-operatori non trascurabili soprattutto in relazione al paziente da trattare. Questo implicava spesso incisioni chirurgiche per l'isolamento dei vasi molto estese con rischi di complicanze legati all'invasività delle procedure. Quasi sempre in caso di interventi di chirurgia maggiore l'assistenza post-operatoria prevedeva il trasferimento dei malati in terapia intensiva per il monitoraggio invasivo post-operatorio, le perdite ematiche intraoperatorie e postoperatorie spesso necessitavano di sistemi di recupero di sangue intra-operatorio o trasfusioni di sangue. Quasi sempre i pazienti ad alto rischio dopo tali interventi avevano bisogno di una riabilitazione postoperatoria motoria e respiratoria per riprendere le loro normali attività che spesso prolungavano la degenza postoperatoria e il completo recupero funzionale. I pazienti candidabili a tali interventi dovevano rientrare in criteri di operabilità che comprendevano l'età, a volte proibitiva per i pazienti anziani, e la comorbidità, che spesso rendevano ad altissimo rischio le procedure tradizionali. Di conseguenza, molti pazienti venivano esclusi dal trattamento e quindi l'evoluzione della malattia era inevitabile.

Ma come avvengono gli interventi ai giorni nostri?

Oggi la moderna chirurgia vascolare ed endovascolare grazie alle nuove tecniche, che sono continuamente in evoluzione, ha permesso di raggiungere importanti traguardi con la possibilità di trattare con procedure endovascolari mininvasive una popolazione più estesa di malati. La chirurgia endovascolare permette di eseguire interventi per via percutanea, cioè praticando dei piccoli fori con un ago a livello delle arterie che rappresentano il canale di ingresso per i vasi da trattare che vengono raggiunti grazie all'utilizzo di materiali dedicati quali guide, cateteri, palloni, stent, endoprotesi....

L'intervento avviene spesso in anestesia locale con paziente sveglio, sempre monitorizzato, con la possibilità di evitare i rischi di una anestesia generale. Gli interventi più complessi vengono eseguiti nelle



sale operatorie dotate di angiografo mobile o fisso che permettono di eseguire in contemporanea e nello stesso ambiente un trattamento sia endovascolare sia chirurgico tradizionale e a volte un trattamento "ibrido" che comporta sia tecnica open che endovascolare. Tali ambienti spesso permettono di gestire le eventuali situazioni cliniche critiche o complesse che possono coinvolgere anche altre specialità come ad esempio durante un trauma maggiore quando alla necessità di arrestare un sanguinamento si associa la possibilità di operare organi interni e stabilizzare delle fratture ossee.

Un importante vantaggio del trattamento endovascolare è che il paziente il giorno dopo l'intervento può alzarsi ed in alcuni casi anche tornare a casa evitando ospedalizzazioni prolungate, spesso onerose sia per il paziente sia per il sistema sanitario ma soprattutto con il vantaggio di ridurre i rischi di allettamento e

di complicanze legate a una degenza prolungata. Grazie a tutti questi vantaggi la chirurgia vascolare ed endovascolare offre la possibilità di proporre un trattamento efficace anche nei pazienti anziani con età superiore agli ottant'anni e alcuni casi anche i novanta. Tale aspetto non è da sottovalutare di fronte a una popolazione sempre più anziana dove le patologie cardiovascolari risultano sempre più diffuse.

Quali patologie vascolari possono essere trattate con la chirurgia endovascolare?

A oggi tutte i distretti vascolari possono essere trattati con la chirurgia endovascolare, dalla stenosi carotidea in pazienti sintomatici e asintomatici all'aneurisma dell'aorta toracica, addominale o toracoaddominale, dall'arteriopatia obliterante agli arti inferiori agli aneurismi e alle occlusioni delle arterie degli organi viscerali.

In particolare, nella patologia aneurismatica dell'aorta, il trattamento endovascolare si offre come valida alternativa o addirittura come prima scelta perché

la chirurgia tradizionale è estremamente invasiva soprattutto se pensiamo al distretto dell'aorta toracica e dell'aorta toraco-addominale. Oggi possiamo evitare di aprire il torace e l'addome per sostituire l'aorta. Gli stessi interventi possono essere eseguiti con accessi percutanei evitando tagli estesi o limitando gli accessi a un piccolo taglio di pochi centimetri per accedere alle arterie da trattare. Gli aneurismi dell'aorta addominale e toracoaddominale oggi sono trattati per il 70-80% con la chirurgia endovascolare.

Queste nuove procedure hanno sostituito pienamente la vecchia scuola?

La chirurgia tradizionale assolve ancora oggi un ruolo importante e di rilievo ma le procedure mininvasive si stanno sempre di più consolidando come trattamento alternativo e, in alcuni casi, di prima scelta. Il chirurgo vascolare è oggi in grado di offrire il migliore trattamento al paziente bilanciando i rischi operatori con la possibilità di un trattamento efficace e duraturo offrendo la doppia scelta in base al malato e ai suoi specifici rischi. La

chirurgia open è un presidio indispensabile e salvavita e a volte anche più definitivo rispetto al trattamento endovascolare ma avere la possibilità di offrire sempre il miglior trattamento al paziente ci permette di assicurare i risultati migliori. Spesso deve essere fatto un accurato bilancio tra le aspettative di vita, l'età ed i rischi di complicanze legate ad uno specifico trattamento. L'approccio multidisciplinare nella valutazione preoperatoria del paziente che prevede la partecipazione di tutti gli specialisti coinvolti, ci permette di scegliere il trattamento più adeguato per il paziente

Quali sono i nuovi device di utilizzo e le innovazioni in ambito vascolare?

La prima protesi endovascolare fu costruita nel 1991. In tanti anni sono stati compiuti passi in avanti enormi e il futuro ci metterà a disposizione tecnologie sempre più avanzate ed a bassa invasività. Le ultime novità, soprattutto se parliamo del trattamento degli aneurismi dell'arco dell'aorta e dell'aorta toraco-addominale, sono la possibilità di costruire delle endoprotesi che, come un "vestito sartoriale", vengono confezionate su misura per il paziente. L'aorta viene analizzata e studiata nei minimi particolari con dei software dedicati che permettono le rielaborazioni delle immagini Tac e quindi fare delle misure millimetriche e precise su cui basarsi per costruire queste endoprotesi che poi vengono impiantate per via percutanea ai pazienti. Un'endoprotesi, per capirci, non è altro che





una struttura metallica tipo una “gabbietta” ricoperta da tessuto sintetico, poliestere o polietilfluoroetilene, che viene inserita nel sistema vascolare attraverso le arterie di accesso, molto spesso quelle femorali, evitando tagli e praticando piccoli fori con un ago. E' indispensabile per questi interventi una pianificazione accurata allo scopo di progettare al meglio la protesi e pianificare nei minimi dettagli l'intervento.

L'intelligenza artificiale sta rivoluzionando il mondo della chirurgia vascolare? E come?

Di intelligenza artificiale applicata alla chirurgia vascolare se ne parla tantissimo e sempre di più. Tra i vantaggi, ad oggi, c'è la possibilità di accelerare la curva di apprendimento per determinate procedure che necessitavano di anni di esperienza, grazie alla possibilità di simulare le procedure in scenari virtuali.



“Di intelligenza artificiale applicata alla chirurgia vascolare si parla e si parlerà sempre di più. Già appaiono dei vantaggi. Ma enormi sono le potenzialità. Non si potrà, però, prescindere mai dalla presenza umana, in termini di responsabilità e di rapporto medico-paziente”

Si parla del ‘gemello virtuale’ creato a somiglianza del paziente, tale da consentire di provare il trattamento per studiarne i punti critici, l'evoluzione e i risultati in termini di affidabilità. Da qui un'esecuzione più rapida, ottimale sul paziente reale. Le potenzialità a mio parere sono enormi e non bisogna rimanere indietro, ma non si potrà mai prescindere dalla presenza umana, in termini di responsabilità e di rapporto medico-paziente.

Chirurgia plastica, quale sarà il suo futuro

di Katrin Bove

FRANCO BASSETTO



IL NEOPRESIDENTE ELETTO DELLA SICPRE SPIEGA A QUALI LIVELLI E' ARRIVATA E DOVE PUO' ARRIVARE LA 'SUA' DISCIPLINA. E DA' UNA SERIE DI SUGGERIMENTI DI GRANDE UTILITA'

Il professor Franco Bassetto è direttore dell'UOC Chirurgia Plastica dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova. E' stato eletto Presidente della Sicpre (Società italiana di chirurgia plastica ricostruttiva-rigenerativa ed estetica) per il 2025/2026.

Professor Bassetto, quali sono le principali innovazioni nel campo della chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica?

Direi che negli ultimi anni la Chirurgia Plastica ricostruttiva ha subito una forte accelerazione nel proporre nuove tecniche, basate su una più profonda conoscenza dell'anatomia vascolare e nervosa, soprattutto di superficie.

Mi riferisco in particolare a strutture perforanti che originano dai peduncoli vascolari e nervosi più profondi attraversano la muscolatura e arrivano a definire nuove unità ricostruttive autonome (angiosomi), in molti casi con più tessuti combinati insieme, che oggi associamo con nuove tecnologie.

In chirurgia ricostruttiva, la microchirurgia 3D ne è un

esempio che ci permette di utilizzare moltissime unità ricostruttive trasferite da una sede all'altra del corpo, a seconda di dove vi sia la perdita di tessuti da riparare, in futuro speriamo anche con l'ausilio robotico.

In chirurgia estetica, il ruolo ormai chiaro dei laser vascolari e/o topici dermici, ci sta permettendo di migliorare la qualità cicatriziale.

Inoltre, tecniche infiltrative di medicina estetica completano e migliorano risultati sempre più naturali e anatomici.

Aggiungerei infine che dobbiamo considerare, soprattutto nella guarigione delle ferite complicate e nella gestione delle complicanze anche più semplici, il ruolo ormai considerato "standard of Care" della pressione negativa che rivitalizza tessuti difficili, eventualmente anche incisionale, per prevenire complicanze e cattiva qualità cicatriziale, soprattutto in pazienti fragili.

Ci sono innovazioni che, si può dire, stanno rivoluzionando il settore?

Le innovazioni più significative riguardano l'integrazione tra tecniche chirurgiche avanzate e nuove tecnologie.



In chirurgia ricostruttiva, oltre alla microchirurgia 3D, tecnica già menzionata, stanno emergendo tecnologie di imaging preoperatorio che permettono una pianificazione più precisa degli interventi (valutazione della vascolarizzazione tissutale, della presenza di infezioni resistenti, ecc).

L'utilizzo dell'intelligenza artificiale nella progettazione degli interventi sta inoltre offrendo nuove prospettive di personalizzazione dei trattamenti.

Nel campo della chirurgia estetica, oltre ai progressi nella tecnologia laser, stiamo assistendo all'evoluzione di tecniche mini-invasive che combinano diversi approcci (chirurgici e non) per risultati più naturali e tempi di recupero postoperatorio ridotti.

Un'altra area in rapida evoluzione è quella dei biomateriali, sempre più biocompatibili e in grado di integrarsi meglio con i tessuti del paziente, riducendo le complicanze post-operatorie ed i tempi di guarigione stabile, senza complicazioni a distanza o recidive.

In quali ambiti la chirurgia ricostruttiva sta avendo i suoi maggiori sviluppi?

La Chirurgia rigenerativa è la terza anima della nostra specialità affermatasi ormai da più di 10 anni.

Le novità più significative riguardano soprattutto la gestione del tessuto adiposo, che oggi, purificato e potenziato con varie tecnologie, permette sia di rimodellare le forme, sia di dare un impulso vascolare ad aree anatomiche complesse ed ipovascolarizzate per patologie congenite o acquisite.

Mi riferisco in particolare alla chirurgia ricostruttiva, estetica e rigenerativa della mammella, nonché alla chirurgia di ringiovanimento del volto, che trova nell'utilizzo del tessuto adiposo sempre più risultati naturali, che permettono di recuperare un aspetto più giovane e trofico, ma assolutamente gradevole e non

chirurgicamente forzato.

Come garantire che i pazienti ricevano informazioni trasparenti sui rischi e i benefici di un intervento di chirurgia plastica?

Purtroppo non deve essere il web la fonte primaria di informazione, ma lo specialista accuratamente scelto, valutandone accuratamente il curriculum formativo.

In Italia esiste la Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva Rigenerativa ed Estetica - SICPRE, i cui componenti sono chirurghi di sicura formazione, che è stata attentamente valutata, e che possono essere un valido riferimento per ogni paziente.

È assolutamente sbagliato seguire siti particolarmente accattivanti o consigli che non siano stati validati anche dal proprio medico curante, che veramente è l'unica persona indipendente nel consigliare al proprio paziente un percorso sicuro, soprattutto in chirurgia estetica.

La trasparenza deve essere garantita attraverso un dettagliato Consenso Informato, discusso personalmente con il paziente e non semplicemente sottoposto alla firma, in cui vengono chiaramente esplicitati rischi, benefici, alternative terapeutiche e possibili complicanze.

La chirurgia estetica è sempre più diffusa tra i giovani. Quale la posizione della Sicpre su questo fenomeno?

La Sicpre in questo momento è particolarmente impegnata sul tema sicurezza della chirurgia estetica, sia ponendo attenzione alla scelta da parte del paziente al team che lo opererà, sia alla sede e struttura dove l'intervento verrà eseguito.

In particolare, è nata una campagna informativa sul web, denominata "PLASTICAMENTE" sui canali più seguiti dai giovani, proprio per dare una corretta e scientifica visione delle possibilità che la specialità offre, quando sussista un vero problema di dismorfismo, che va discusso con il chirurgo.

Quali sono i principali rischi legati all'abusivismo nel settore e come combatterlo?

I sempre più frequenti recenti episodi, anche mortali, in chirurgia estetica eseguita in strutture ritenute poco adeguate, ha posto l'attenzione finalmente anche della politica al problema dell'abusivismo.

Sicpre si sta facendo paladina della possibilità addirittura di arrivare all'esclusività, cioè che un intervento di chirurgia plastica possa essere eseguito solo da specialisti certificati nella materia dalle Scuole di Specializzazione riconosciute dal ministero dell'Università.

“Mi auguro che questa specialità possa essere diffusa in tutti gli ospedali d'Italia”

È un percorso irto di ostacoli, ma che speriamo porti ad una matura decisione nel nostro paese, che farebbe seguito a quella che già altri paesi nel mondo hanno adottato, proprio per arginare il fenomeno del pericoloso abusivismo.

Esistono categorie di pazienti alle quali lei sconsiglierebbe la chirurgia estetica?

Innanzitutto, vanno valutate le motivazioni all'intervento, escludendo quei pazienti motivati da percorsi non percorribili: crisi affettive, dismorfofobia (cioè visione di difetti che in realtà non ci sono), pazienti psicologicamente instabili, oltre a tutti quei pazienti con morbidità in cui le complicanze possono invalidare un risultato di chirurgia estetica.

Quali sono i segnali che un chirurgo dovrebbe cogliere per capire se un paziente ha aspettative irrealistiche?

Sicuramente l'esperienza può portare a capire quando un paziente sta chiedendo qualcosa che la chirurgia non può ottenere.

Al di là di questo, la moderazione nella modifica dei tratti somatici, soprattutto estetici, deve guidare l'operato di un buon chirurgo, eventualmente consigliando al paziente un secondo ritocco, come completamento di un eventuale intervento che non avesse pienamente soddisfatto le aspettative.

Quali sono le principali sfide nel campo della chirurgia plastica ricostruttiva?

La chirurgia plastica ricostruttiva è ormai diventata complementare a tutte le chirurgie demolitive.

Il chirurgo plastico esperto oggi infatti lavora con chirurghi ortopedici nell'OrtoPlastica, dermatologi nell'OncoPlastica cutanea, senologi nella ricostruzione mammaria, chirurghi oncologi di tutti i distretti dove la chirurgia demolitiva ha un ruolo fondamentale terapeutico (otorinolaringoiatri,

maxillo-facciali, colon proctologi, chirurghi vascolari, chirurghi toracici, eccetera).

Inoltre, la chirurgia plastica risolve la maggior parte delle complicanze cutanee e sottocutanee che si verificano nelle varie branche specialistiche della chirurgia: chirurgia generale addominale, cardiocirurgia, eccetera.

Quali progressi sono stati compiuti nella ricostruzione mammaria dopo interventi oncologici?

Sicuramente il fatto che la ricostruzione oggi viene proposta sempre come immediata, sia come OncoPlastica con mobilizzazione di lembi locoregionali, sia come chirurgia ricostruttiva con lembi a distanza peduncolati o microchirurgici.

Tutto questo può essere adjuvato dall'utilizzazione di protesi mammarie che, essendo però corpi estranei, oggi si cerca di utilizzare sempre meno, magari sostituendo l'effetto volumetrico con l'utilizzazione di iniezioni di tessuto adiposo.

Il trapianto di tessuti e la bio ingegneria stanno cambiando l'approccio della chirurgia plastica?

Per trapianto noi intendiamo il trasferimento microchirurgico, cioè interrompendo le connessioni vascolari, da una sede all'altra del corpo.

Le unità ricostruttive, anche pluritissutali, vengono studiate con un'attenta valutazione, anche strumentale radiologica, della vascolarizzazione.

Avanzatissimi e super tecnologici microscopi permettono poi la riconnessione dei vasi arteriosi, venosi, linfatici e dei nervi nella sede ricevente.

Ovviamente vanno sempre valutate le caratteristiche anche estetiche dei tessuti trasferiti da un'area all'altra del corpo.

La bioingegneria invece sta lavorando strettamente in connessione con la chirurgia plastica per portare al sogno, che non è ancora realtà, dei tessuti cresciuti in



laboratorio da culture di cellule dello stesso paziente. Questa è la filosofia degli organoidi, per il momento ancora oggetto di ricerca e qualche applicazione clinica in ambito cutaneo nelle grandi ustioni.

I bioingegneri lavorano sempre di più strettamente in contatto col chirurgo plastico, per esempio nella chirurgia delle amputazioni, che oggi prevede monconi sensitivi (tsr e tmr), che trasmettono impulsi a protesi bioniche, sia di arti superiori che inferiori.

Inoltre, un altro campo che avvicina le due figure di professionisti è la protesica mammaria, con protesi oggi sempre più sofisticate nella scelta dei materiali, per ridurre al minimo la reazione da corpo estraneo del paziente nei confronti della protesi. Anche il campo dei sostituti dermici, ottenuti dal mondo animale o di sintesi, è in continua evoluzione per risultati ricostruttivi sempre più stabili senza complicanze.

Quali sono gli obiettivi del suo mandato alla presidenza della Sicpre?

L'elezione a presidente Sicpre prevede tre anni di grande impegno: uno da presidente eletto, uno da presidente in carica e uno da past president, con un ruolo molto attivo nel Consiglio Direttivo della Società.

Per quel che mi riguarda, sicuramente cercherò di favorire gli investimenti nel settore della guarigione delle ferite difficili, che deve appartenere al Chirurgo Plastico che, sicuramente, rispetto a tutti gli altri specialisti, ha molte più armi a disposizione.

Sempre in ambito ricostruttivo, chirurgia della mano, chirurgia oncologica cutanea e sottocutanea, e chirurgia ricostruttiva di collaborazione con le altre specialità, hanno sicuramente molto bisogno di essere sostenute.

Inoltre, continuerò a portare avanti la battaglia, già iniziata dai miei colleghi, per la sicurezza e magari l'esclusività della professione soprattutto per la tutela della chirurgia estetica.

Mi propongo anche di lavorare a livello politico per moralizzare la pubblicità sanitaria in ambito di chirurgia e medicina estetica, che rappresenta oggi una pericolosissima giungla.

Per ultimo, cercherò di lavorare perché in ogni ospedale esista un team di chirurgia plastica che possa far fronte alla esplosiva richiesta di collaborazione da parte di tutte le specialità venuta avanti negli ultimi anni.

Quali passi si stanno compiendo per regolarizzare meglio il settore e tutelare di più i pazienti?

Stiamo lavorando anche sui social con messaggi scientifici di semplice comprensione ma ineccepibili, con

In Italia non esiste una specialità di medicina estetica, ma Scuole private di formazione, alcune ben strutturate



una informazione realistica, siamo molto presenti a livello mediatico su tutti i canali. Purtroppo, dopo fatti di cronaca spiacevoli, finalmente si parla di chirurgia plastica non in modo scandalistico, ma di chirurgia plastica sicura, eseguita da specialisti seri, formati e affidabili, e operanti in strutture altrettanto monitorate.

Su questo punto c'è un grandissimo impegno proprio per tutelare la sicurezza del paziente e la buona e corretta reputazione della specialità.

Come vede il futuro della chirurgia plastica in Italia nei prossimi dieci anni?

Sicuramente l'aumentato numero decretato dal MIUR di specializzandi, subito dopo la pandemia, porterà alla presenza sul mercato di più figure, mi auguro, ben formate nelle Scuole di Specializzazione, che contrasteranno con la qualità il fenomeno dell'abusivismo.

Se poi la politica ci dovesse dare un aiuto, mi auguro che vi sia una reale diffusione in tutti gli ospedali di questa specialità e una moralizzazione della chirurgia estetica, dove continueranno ad esserci le inevitabili complicanze, ma ben gestite da professionisti e strutture serie.

Quali misure specifiche state adottando per garantire la sicurezza nei trattamenti ambulatoriali di chirurgia estetica?

Se per trattamenti ambulatoriali intendiamo il mondo della medicina estetica, questo purtroppo non è ancora regolamentato.

Non esiste in Italia infatti una specialità, ma esistono delle scuole private di formazione, alcune molto ben strutturate e serie.

Per questo motivo, le scuole italiane di specializzazione in Chirurgia Plastica, stanno dando sempre più spazio anche alla formazione specifica in medicina estetica, in modo che possa essere eseguita da personale medico formato, e non, come sta succedendo in questo momento, da chiunque faccia un qualsiasi corso, utilizzando materiali che possono essere pericolosissimi se iniettati laddove non si conosce l'anatomia.



La spalla, questa sconosciuta

L'introduzione della chirurgia artroscopica ha permesso negli ultimi decenni di 'scoprire' tale articolazione e di poter intervenire per risolverne numerose patologie

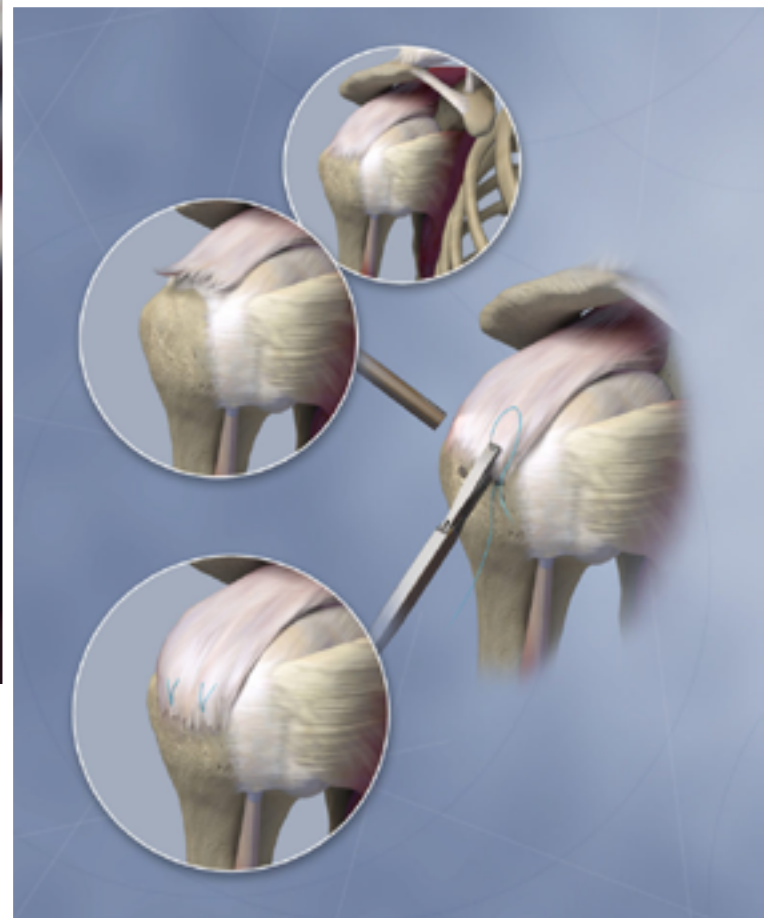
di *Francesco Franceschi*

Innanzitutto perché questo titolo? In effetti quest'articolazione per anni è stata denominata la tomba dell'ortopedico proprio perché la sua scarsa conoscenza sia dal punto di vista anatomico che patologico è stata causa di tanti insuccessi nella cura dei nostri pazienti.

La chirurgia di questa articolazione si è sviluppata negli ultimi 40 anni e soprattutto negli ultimi 20 per l'introduzione della chirurgia artroscopica. Così si sono comprese tante dinamiche, la complessità anatomica

e le varie patologie che prima erano pressoché sconosciute.

Da quando sono diventato ortopedico sono diventato un appassionato di questo tipo di chirurgia mini-invasiva e per apprendere la tecnica ho frequentato diversi centri in particolare negli Stati Uniti dove a causa della presenza di tanti pionieri e non di meno anche di tanti pazienti affetti da problemi dovuti alla pratica di sport che utilizzano la spalla come il baseball e il football americano, l'artroscopia si è sviluppata in



modo impressionante.

La spalla è un complesso di tre articolazioni che si connettono armonicamente permettendo il movimento dell'articolazione che permette magari di andare a prendere un oggetto posto in un armadio in alto oppure lanciare una palla da baseball dall'altra parte del campo, nuotare o semplicemente magari salutare. L'articolazione tra la scapola e l'omero, conosciuta come gleno-omeroale, è quella che la fa da padrone ed è la più importante nel generare il movimento. Le due ossa che formano l'articolazione, cioè l'omero e la scapola, sono coperte da cartilagine cioè quella sostanza bianca e scivolosa proprio come l'interno di una noce di cocco che permette di far scorrere l'una sull'altra le due superfici ossee che altrimenti sarebbero ruvide e produrrebbero attrito come avviene nell'artrosi. Sono tenute insieme da legamenti e tendini: i legamenti sono come delle corde che tengono strette quanto basta le ossa della spalla ed impediscono la famosa lussazione cioè la fuoriuscita della testa dell'omero dalla cavità articolare, i tendini sono invece come dei filamenti che tengono le braccia e le gambe delle

marionette, fatte da tessuto fibroso resistente che connettono i muscoli all'osso permettendo di trasferire la loro forza cioè il movimento all'osso facendolo muovere.

Quando i legamenti si staccano dalle due ossa della spalla ed in particolare dalla faccia articolare della scapola meglio conosciuta come glenoide l'articolazione comincia a lavorare male, le due ossa non si muovono più concentricamente e cominciano a sfregare l'un con l'altra e a consumare la cartilagine creando attrito, infiammazione e di conseguenza dolore.

I tendini della cuffia dei rotatori, quando si cominciano a fissurare, danno dolore e rendono impossibile sollevare il braccio.

Ma adesso veniamo ai possibili danni sportivi specifici. Innanzitutto cominciamo dal calcio dove in particolare il portiere è il ruolo più soggetto a traumi della spalla. Tutto questo succede perché il giocatore si butta col braccio aperto e rischia molto spesso una lussazione della spalla, tale evento avviene quando i legamenti si rompono e quindi l'omero esce fuori dalla sua sede naturale, il paziente ha tanto dolore, non riesce più a muovere il braccio e ha la sensazione di qualcosa che è andato fuori posto. Bisogna in quel caso riposizionare l'articolazione quanto prima magari in un pronto soccorso e valutare con una risonanza magnetica il danno per decidere se intervenire chirurgicamente o no.

Un altro tipo di trauma frequente avviene quando il giocatore urta direttamente la spalla magari contro un palo di una porta di calcio o sul terreno questo con una compressione da laterale a mediale che può provocare una frattura della testa dell'omero nella maggior parte delle volte da operare per ottenere una riduzione perfetta della frattura.

In sport invece come il nuoto in cui si effettua un gesto ripetitivo muovendo la spalla con il braccio al di sopra del capo e ruotandolo molto spesso sia indietro che in avanti come anche nel baseball si ha spesso una microlesione progressiva dei legamenti che non porta ad una lussazione ma ad un allentamento della cerniera dal proprio bordo osseo che permette di articolare la spalla in modo armonico sovraccaricando i tendini della cuffia dei rotatori che devono lavorare anche per mantenere in asse l'articolazione.

I tendini della cuffia dei rotatori sono come dei motorini che ci servono degli oscilloscopi che ci servono per mantenere stabile la posizione della spalla quando il paziente muove il braccio nei vari piani dello spazio.

Tutto questo provoca dolore nel corso del tempo per l'infiammazione della cuffia dei rotatori che serve al posto dei legamenti a stabilizzare l'articolazione della spalla. Altri sport molto a rischio per la spalla sono per esempio il basket e il rugby e il football americano perché sono frequenti i contrasti fra i giocatori con la spalla in posizione di lancio.

Anche gli sport d'acqua in particolare quelli da vela non sono esenti da traumi alla spalla come per esempio il surf, il kite surf, l'uscita d'acqua che coinvolgono molto spesso gli arti superiori per traumi da trazione a livello dell'arto superiore.

Per ultimo mi fa piacere citare anche il paddle, uno sport dove sono massimizzate le accelerazioni dell'arto superiore che avvengono magari per chiudere dei colpi a rete o contro la parete del campo. Anche in questo caso sono molto frequenti le lesioni dei tendini e dei legamenti.

Quando la cartilagine si danneggia tantissimo si deforma anche l'articolazione della spalla, si producono i cosiddetti osteofiti che sono come dei bozzi che deformano il profilo rotondo dell'articolazione dell'omero, della scapola impedendo addirittura il movimento della stessa. Queste sono patologie soprattutto frequenti nell'anziano ma anche il giovane sia per cause post-traumatiche come incidenti stradali con fratture sia per motivi genetici può essere colpito da questi problemi. In questi casi abbiamo la possibilità di risolvere il problema con delle protesi moderne costruite con materiali sempre più leggeri e resistenti effettuando però interventi a cielo aperto con tecniche mini-invasive che consentono un recupero in tempi record dell'articolazione. Quando i tendini della spalla sono ancora buoni e quando il danno osseo non è ancora molto accentuato si possono impiantare le cosiddette protesi anatomiche che rispecchiano l'anatomia della spalla e consentono il massimo del risultato. Quando invece i tendini della spalla sono ormai distrutti e la componente ossea è consumata perché il paziente ha aspettato tanto a prendere una decisione sul trattamento, si devono impiantare le famose protesi inverse sempre più perfezionate che al contrario invertono l'anatomia della spalla permettendo di far alzare il braccio senza l'utilizzo della cuffia dei rotatori.



Francesco Franceschi

SI SCRIVE PAYBACK, SI LEGGE MENO INNOVAZIONE PER LE CURE DEI PAZIENTI

Tra Confimi Sanità e Governo prosegue il dialogo per trovare una soluzione al debito delle Pmi dei dispositivi medici. Di sicuro a farne le spese saranno ancora una volta i più fragili

di Caterina Del Principe

Considerato che il meccanismo del Payback non interessa soltanto l'economia delle aziende che producono dispositivi medici, ma anche, se non direttamente, anche i pazienti assistiti dal Sistema sanitario nazionale, è necessario fare una premessa: il payback – ritorno economico – è una procedura con la quale lo Stato recupera parte della spesa pubblica sostenuta per l'acquisto di dispositivi medici (non solo protesi, e pacemaker ma anche macchinari utili al trattamento di patologie).

In pratica, il Servizio sanitario nazionale ha un budget di spesa per acquistare dispositivi medici dalle aziende, ma se questo tetto di spesa viene superato sono le imprese a dover restituire una percentuale del prezzo di vendita.

L'obiettivo, in teoria, è virtuoso: controllare la spesa pubblica, evitando che i costi dei dispositivi medici crescano troppo, garantire prezzi sostenibili per evitare che il mercato diventi incontrollabile, ridurre gli sprechi delle casse pubbliche, evitando sovrapprezzi o utilizzi non necessari di dispositivi costosi.

Ma chi controlla le spese delle aziende sanitarie, che dipendono dai bilanci delle Regioni? Di chi è la responsabilità dell'accertamento diretto sulle richieste di forniture da parte di ospedali e presidi sanitari?

Certo non delle aziende che producono o distribuiscono dispositivi medici. Le stesse che però oggi si ritrovano a dover pagare centinaia di migliaia di euro solo per l'annualità 2015/2018.

La conseguenza? Rischio crisi per l'intero comparto composto da pmi a conduzione familiare.

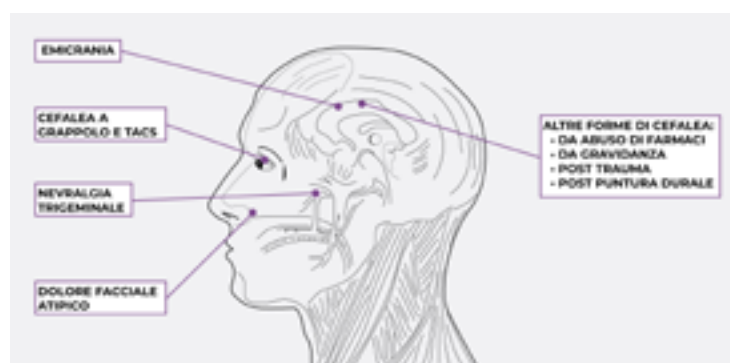
“Da anni abbiamo un'interlocuzione attiva con Governo e istituzioni per riuscire a trovare una soluzione che riesca a salvare le aziende”, spiega Massimo Pulin, presidente di Confimi Industria Sanità la verticale della Confederazione

che rappresenta oltre 1200 aziende, e circa 32.000 addetti, che operano nei più differenti ambiti del settore sanitario.

Dopo l'ultima sentenza di maggio del Tar che ha respinto la richiesta delle imprese sanitarie di incostituzionalità del payback, si è aperto un tavolo di confronto con il ministero dell'Economia e delle Finanze. “Il Tar del Lazio ha respinto i ricorsi delle imprese con argomenti giuridicamente inconsistenti. Contrariamente a quanto sostenuto, infatti, le aziende non conoscevano la spesa nazionale in dispositivi medici, nonostante fosse noto il



Massimo Pulin, presidente di Confimi Industria Sanità



tetto di spesa, e non erano in grado di prevedere la quota parte di compartecipazione alla spesa pubblica.”, dice Pulin.

“Il debito di Stato non può essere esclusivamente a carico delle imprese – spiega Pulin – è necessario, per salvare imprenditori, lavoratori e anche tutelare i pazienti, trovare una soluzione che non mette in crisi il comparto”.

In teoria, il payback non dovrebbe influire sulle cure perché riguarda solo il rapporto tra Stato e aziende. Ma, se le aziende riducono gli investimenti o rallentano l'innovazione per compensare i rimborsi, potrebbe esserci un impatto indiretto. Questo è il rischio concreto. Ma non è neanche l'ipotesi peggiore che, invece, è quella di chiudere pmì lasciando senza lavoro migliaia di lavoratori. Lo racconta Thomas Maguolo, proprietario di un'azienda con un fatturato di mezzo milione di euro e una richiesta di rimborso di payback (annualità 2015-2018) di 220mila euro. “Com'è possibile che ci si chieda, a bilanci chiusi da tempo, di dover pagare retroattivamente delle cifre che per una media impresa con dieci dipendenti significano il fallimento?”.

I dispositivi medici dell'azienda di Maguolo sono apparecchiature per la terapia del dolore cronico. Macchinari che grazie alla radiofrequenza forniscono cure antalgiche in quei pazienti fragili che non possono assumere farmaci antidolorifici.

“In quasi tutti i presidi ospedalieri ormai esiste un centro per la terapia del dolore”, spiega Maguolo: “dalle donne in gravidanza ai pazienti allergici, o soggetti che non sono riusciti a trovare una cura tramite i farmaci: i macchinari che forniamo non sono sostituibili”.

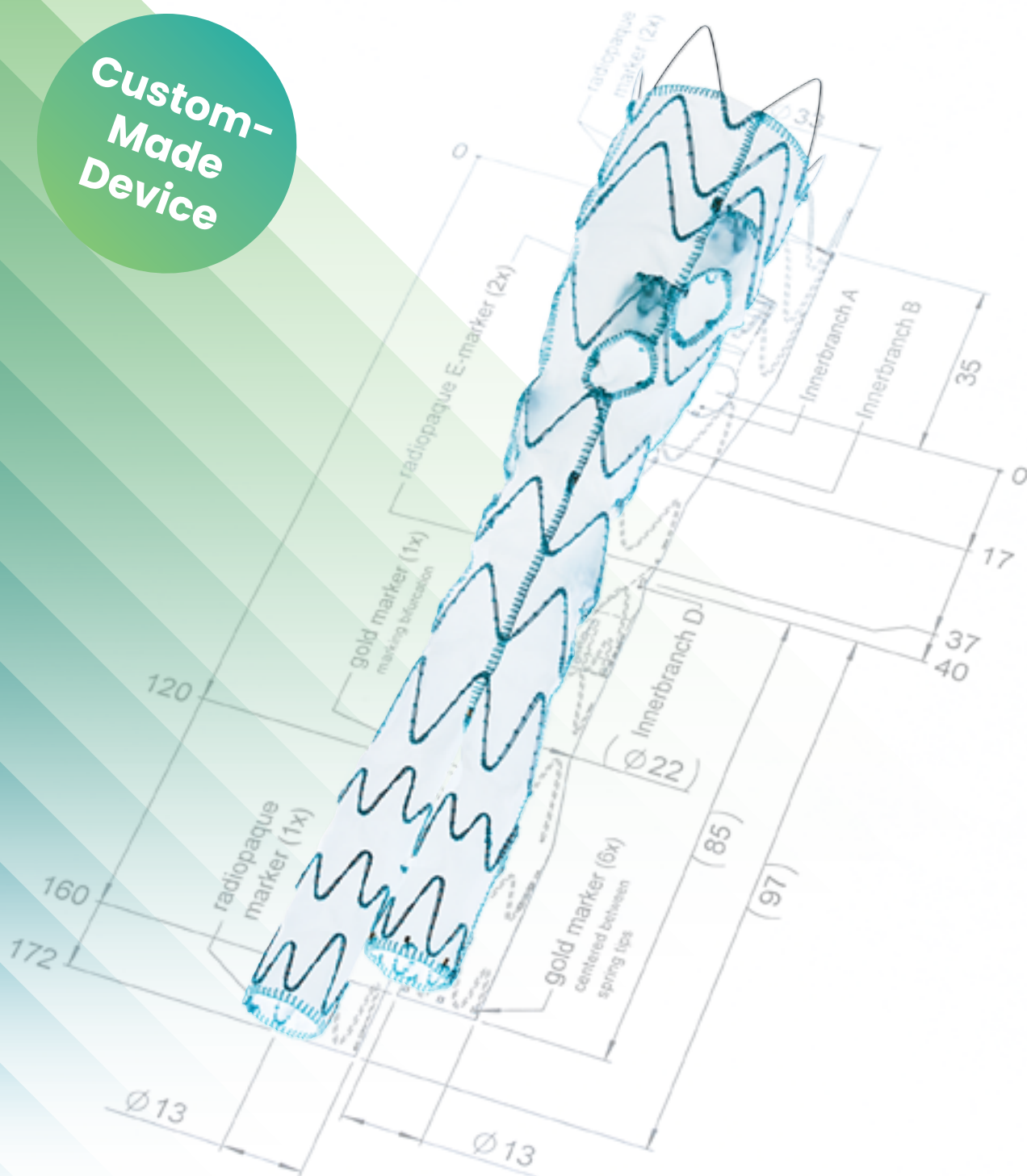
Con un debito di centinaia di migliaia di euro che pende sul futuro dell'azienda, e dei suoi dipendenti, è immediato pensare a rallentare il passo: “Abbiamo bloccato la programmazione e pensiamo di ridurre il budget da dedicare all'innovazione”, rivela Maguolo.

Perché oltre alla cifra da rendere allo Stato le aziende hanno investito anche nella tutela legale, nelle certificazioni e in tutti quegli adempimenti che servono per immettere in commercio un dispositivo medico - oltre ai fondi destinati alla sicurezza del lavoro - soldi che hanno un peso su un bilancio ristretto.

Il futuro dei pazienti, già duramente colpito dalla crisi che attraversa la sanità pubblica, sembra scritto: “Le pmì dei dispositivi medici non sono solo fornitrici di prodotti, ma formiamo con i nostri professionisti i terapeuti e i medici al contrario di altri Paesi dove questo servizio è a carico dello Stato”. Conclude Maguolo: “Le grandi aziende non hanno la flessibilità, né l'attenzione alla qualità e all'innovazione, delle medie imprese: a pagare le spese del payback saranno tutti i cittadini, siano imprenditori, lavoratori o pazienti”.

Designed for Patient-Specific Anatomies

Custom-
Made
Device



ARTIVION™

E-xtra Design MultiBranch
Stent Graft System



*I*ipertensione, la via chirurgica come terza terapia

CONTRO LA PRESSIONE ALTA SI PUO'
MODIFICARE LO STILE DI VITA, USARE
FARMACI E ORA RICORRERE ANCHE
ALLA DENERVAZIONE RENALE MININVASIVA

di *Maria Concetta Di Mario*

L'Azienda ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli tratta i pazienti con ipertensione non controllata con i farmaci mediante la procedura di denervazione renale. Vale a dire un intervento minimamente invasivo con bersaglio i nervi localizzati intorno alle arterie renali che possono diventare iperattivi e causare l'ipertensione.

Si stima che circa 1,28 miliardi di adulti (di età compresa tra i 30 e i 79 anni) in tutto il mondo siano

affetti da ipertensione. Tuttavia, l'ipertensione non è diagnosticata in circa la metà dei pazienti e nel restante 50% è trattata e ben controllata solo nel 20% dei casi. Aumentare la consapevolezza è fondamentale per affrontare il problema dell'ipertensione, un problema prevenibile, rilevabile e curabile.

Il recente aggiornamento delle linee guida della Società europea dell'ipertensione (ESH) sostiene l'uso della denervazione renale come terzo pilastro terapeutico

nell'ambito del percorso di cura dell'ipertensione, insieme alle modifiche dello stile di vita e ai farmaci antipertensivi. Inoltre, anche la Società europea di cardiologia (ESC) nelle sue ultime linee guida raccomanda la denervazione renale come un'opzione terapeutica complementare sicura ed efficace per i pazienti con ipertensione resistente, ovvero per quei pazienti che hanno pressione arteriosa elevata nonostante l'impiego di tre farmaci anti-ipertensivi.

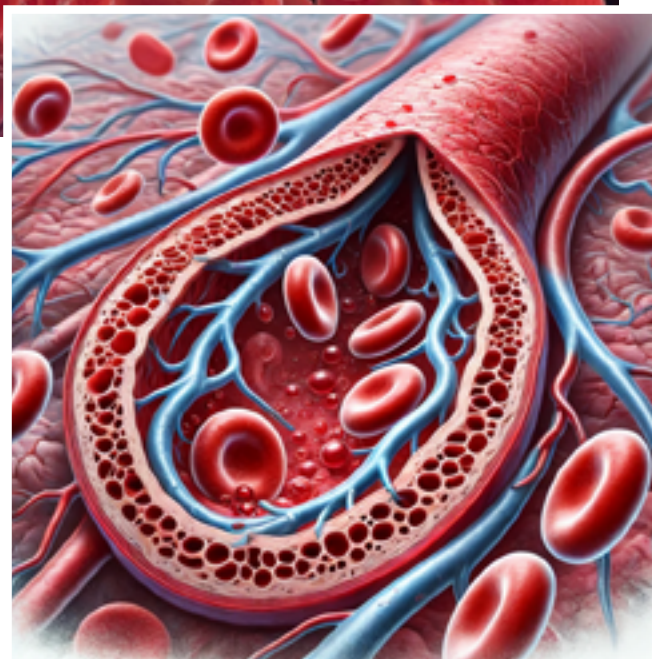
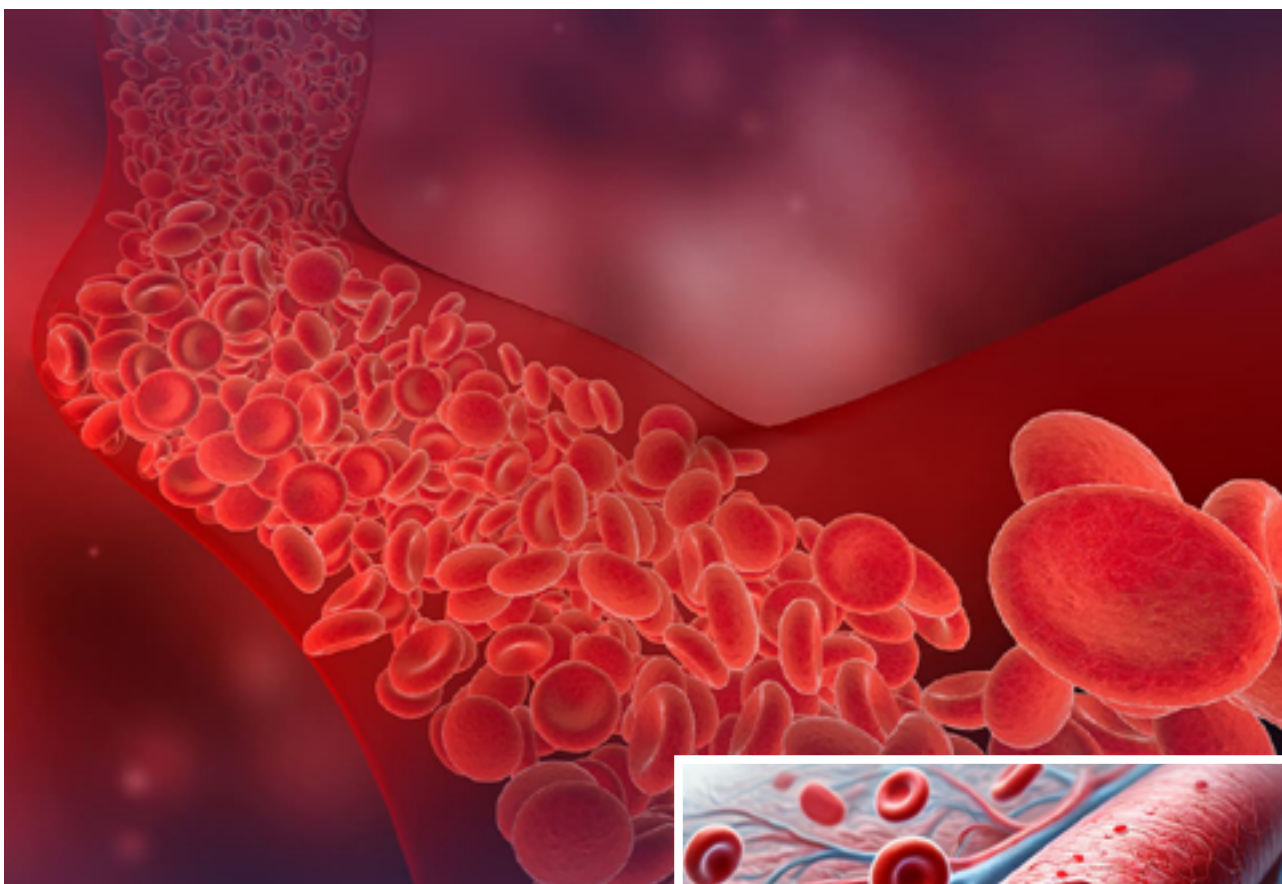
È clinicamente provato che la procedura di denervazione renale per il controllo della pressione arteriosa aiuti a ridurre l'ipertensione e possa contribuire a mitigare gravi rischi per la salute. Dopo la sedazione, il medico pratica una piccola puntura, di solito nell'inguine, e inserisce un catetere di appena due millimetri nell'arteria che porta al rene. A questo punto si utilizza un catetere a radiofrequenza per ridurre l'attività dei nervi collegati al rene. Con tale procedura non viene impiantato alcun dispositivo.

Questo trattamento dei pazienti ipertesi implica una stretta connessione tra il paziente, la cardiologia interventistica e il centro per l'ipertensione della struttura sanitaria: un legame che consente un approccio multidisciplinare e che rende più strutturato ed efficace il percorso di cura del paziente.

“L'ipertensione arteriosa è un problema importante per i pazienti di tutto il mondo. Per le persone affette da ipertensione, i farmaci e/o i cambiamenti nello stile di vita possono aiutare a ridurre la pressione sanguigna, ma per molti pazienti queste soluzioni da sole potrebbero non essere sufficienti”, spiega Raffaele Izzo, docente di Scienze mediche applicate e specialista dell'ipertensione alla Aou Federico II di Napoli. “In qualità di specialista dell'ipertensione - aggiunge Izzo - mi sento di affermare che esiste una terapia efficace e sicura aggiuntiva alla terapia farmacologica. Spesso sento dire dai pazienti che sarebbero disposti a esplorare diverse opzioni terapeutiche. Questo ci ha portato a individuare le innovazioni tecnologiche che potrebbero contribuire a fornire una soluzione a lungo termine per abbassare la pressione sanguigna come complemento ai cambiamenti dello stile di vita e alla gestione dei farmaci. Abbiamo constatato - conclude - che la procedura di riduzione della pressione sanguigna può potenzialmente contribuire a fornire un beneficio per l'ipertensione in aggiunta ai cambiamenti dello stile di vita e alla gestione dei farmaci”.

“Oggi abbiamo a disposizione una terapia innovativa, sicura ed efficace per il trattamento dell'ipertensione resistente”, assicura il professor Giovanni Esposito,





presidente della Scuola di medicina e chirurgia dell'università Federico II di Napoli e direttore della Uoc della Cardiologia dell'omonima azienda ospedaliera. “Si tratta di una procedura minimamente invasiva - evidenza - durante la quale, con un dispositivo spiraliforme, viene erogata energia a radiofrequenza termo-ablando i plessi renali disposti attorno alle arterie e mantenendo inalterata la funzionalità dell'organo. Prima di questa procedura non esistevano trattamenti oltre a quello farmacologico. La riduzione della pressione arteriosa è particolarmente importante nei pazienti in politerapia ma anche, come esplicitato dalle nuove Linee guida Europee, in quelli a rischio cardiovascolare molto elevato e in terapia con meno di tre farmaci, perché migliora - conclude Esposito - la prevenzione di complicanze secondarie all'ipertensione quali l'infarto del miocardio, l'ictus cerebrale e l'emorragia cerebrale”.

Sensibilizzare la popolazione sul rischio ipertensivo rappresenta il primo passo di una strategia complessiva di prevenzione dal pericolo

“Sensibilizzare la popolazione sul rischio dell'ipertensione è il primo passo di una strategia complessiva di prevenzione – sottolinea Raffaele Piccolo, professore associato di Cardiologia e cardiologo interventista dell'Aou Federico II di Napoli. – L'efficacia dell'intervento di denervazione è ampiamente dimostrata ed è uno strumento in più per ridurre gli effetti negativi di questa condizione sulla salute delle persone. Basti pensare che con una riduzione di dieci mmHg di pressione arteriosa sistolica si ha una riduzione del rischio di infarto e ictus tra il 20 e 30%”.

Patologie epatiche, è “allarme rosso”

di Satya Marino



NEL MONDO OGNI ANNO SI CONTANO DUE MILIONI DI MORTI PER MALATTIE DEL FEGATO. E' URGENTE LANCIARE UN PIANO GLOBALE DI PREVENZIONE

e malattie di fegato rappresentano una vera emergenza sanitaria globale: 1,5 miliardi di persone nel mondo vivono con una malattia epatica cronica e ogni anno si contano circa due milioni di morti a causa di questa patologia.

Le malattie epatiche possono rimanere a lungo latenti, prima di degenerare in cirrosi ed epatocarcinoma. Dietro a questa epidemia silenziosa c'è spesso una cattiva alimentazione. Ecco perché quest'anno dalla Giornata mondiale del fegato 2025 è stato lanciato un messaggio forte dallo slogan “Il cibo è medicina”. L'Associazione italiana per lo studio del fegato si conferma in prima

linea nell'adesione a questa iniziativa.

Cibi ultra-processati, zuccheri aggiunti, porzioni esagerate, consumo eccessivo di carne rossa e grassi saturi, oltre all'eccessivo consumo di alcol, stanno compromettendo la salute di milioni di persone. Il fegato – che regola oltre 500 funzioni vitali, dalla detossificazione alla digestione – è spesso la prima vittima. Una delle patologie in rapida crescita è la Masld (Malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica), strettamente collegata a obesità, diabete e dislipidemie. Spesso non dà sintomi nelle fasi iniziali, ma può evolvere in cirrosi e tumore epatico. È possibile diagnosticarla precocemente con



una semplice ecografia epatica. Se diagnosticata, è possibile invertire i danni epatici nelle fasi iniziali con un'alimentazione equilibrata e un corretto stile di vita. Una dieta ricca di verdura, frutta, cereali integrali, proteine magre e grassi "buoni", come quella mediterranea, può ridurre il grasso nel fegato, contrastare l'infiammazione, prevenire il peggioramento della malattia, migliorare la sensibilità insulinica. Perdere anche solo il 5-10% del peso corporeo può fare la differenza tra un fegato malato e uno in via di guarigione.

"Il fegato è un organo straordinario e grazie alla sua capacità di rigenerarsi – sottolinea il professor Giacomo Germani, segretario dell'Aisf - È possibile, con le giuste scelte alimentari, proteggerlo e persino invertire certi danni. Mangiare 'bene', per il fegato, significa privilegiare alimenti freschi e naturali come frutta e verdura di stagione, cereali integrali, legumi, pesce, olio extravergine d'oliva. Limitare gli zuccheri semplici, i cibi processati e le

Il fegato è un organo straordinario per la sua capacità di rigenerarsi. Con le giuste scelte alimentari, è possibile proteggerlo e persino invertire certi danni

bevande zuccherate. Senza dimenticare i danni che può provocare l'alcol. Serve equilibrio, varietà e costanza. E magari, ogni tanto, fermarsi a pensare a cosa stiamo dando al nostro corpo... e al nostro fegato".

La Giornata mondiale del fegato è un'iniziativa guidata dall'Associazione europea per lo studio del fegato con Associazione asiatica del Pacifico per lo studio del fegato, Associazione americana per lo studio delle malattie del fegato, Asociacion Latinoamericana para el Estudio del Hígado, Society on Liver Disease in Africa, sotto l'egida della coalizione 'Healthy Livers, Healthy Lives'.

La campagna di quest'anno è mirata a sensibilizzare l'opinione pubblica sul ruolo vitale del fegato e sull'importanza di adottare uno stile di vita sano a partire dalla corretta alimentazione, che può anche rendere reversibili alcune patologie. Per tali motivi le persone vengono invitate a cambiare il proprio stile di vita e le istituzioni a imporre etichette trasparenti, limitazioni ai cibi spazzatura, mense scolastiche sane, educazione nutrizionale nelle scuole.

"Il fegato è uno degli organi più importanti del nostro corpo, eppure è anche uno dei più sottovalutati – evidenzia Germani - Ogni giorno lavora in silenzio, senza che ce ne accorgiamo: filtra tossine, aiuta la digestione, regola il metabolismo, produce proteine vitali e molto altro ancora. Oggi è il momento giusto per iniziare a prenderci cura del nostro fegato".

Medici di famiglia, ecco le soluzioni innovative alle carenze sul territorio

di Federica Troiani

L'ETA' MEDIA AVANZA E CRESCE IL BISOGNO DI ASSISTENZA. PERO' NELLE AREE INTERNE E NELLE PERIFERIE AUMENTANO I PAZIENTI PER PROFESSIONISTA. MA LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE POTREBBE...



Italia è un Paese che invecchia sempre più. Gli ultra 65enni sono 15 milioni, di cui la metà con oltre 75 anni. Inoltre, molti anziani vivono in aree difficili da raggiungere: piccoli centri, talvolta isolati, sulle montagne, difficili da arrivarci.

Una serie di circostanze che rende complicato per i medici di famiglia prendersi cura proprio di chi ne avrebbe più bisogno. Questa difficoltà sopraggiunge in una fase in cui la Medicina generale

sta attraversando profonde trasformazioni. Per far fronte a questa situazione servono nuovi strumenti, oltre naturalmente alla digitalizzazione: la Valutazione multidimensionale del paziente anziano, ossia un'analisi che prenda in considerazione complessivamente gli aspetti clinici, psicologici e sociali, risponde proprio a questa esigenza.

È uno degli spunti emersi nel 10° Congresso Interregionale Simg Centro (Società italiana dei medici di medicina generale delle cure primarie) intitolato "La



realtà delle cure primarie e la loro proiezione futura: il ruolo della Simg”.

A incidere maggiormente sulla qualità di vita e sulla sopravvivenza dell’anziano non è tanto la multimorbilità (ossia la presenza di diverse malattie) ma lo stato di disabilità determinato dalla fragilità. Identificare la popolazione fragile permette di definire un percorso di cura specifico. Si parla quindi di una “medicina della complessità”, che presta attenzione ai bisogni “globali” della persona e non alle sole malattie, prendendo in considerazione complessivamente aspetti clinici, psicologici e sociali per la definizione di percorsi diagnostici e terapeutici su misura, con l’obiettivo di

La svolta potrebbe venire dalla “medicina della complessità”, che presta attenzione alle necessità globali della persona e permette...

migliorare le prognosi e limitare ospedalizzazioni e ricoveri nelle Rsa.

Uno strumento come la Valutazione multidimensionale ha particolare rilievo in alcuni specifici contesti geografici.

“Abruzzo, Marche, Molise, Umbria sono regioni che si contraddistinguono per la forte presenza di piccoli comuni, spesso mal collegati, aree interne difficili da raggiungere, con una forte discrepanza nella densità tra le città e le zone rurali”, ha spiegato Gabriella Pesolillo, responsabile scientifica del Congresso Simg Interregionale e segretario Simg Abruzzo, una delle regioni più anziane d’Italia, con addirittura 595 ultracentenari. “Per questa conformazione del territorio – ha aggiunto - le zone periferiche spesso non sono adeguatamente coperte dalla Medicina generale, che sta a sua volta conoscendo una riduzione di personale. La difficoltà emerge soprattutto nelle visite domiciliari: lo stesso medico di famiglia talvolta deve percorrere lunghi tratti per spostarsi da un paesino all’altro, riducendo così il numero di visite. Con la Valutazione multidimensionale cambia la prospettiva: il paziente

non viene considerato solo sulla base delle patologie che lo affliggono, ma anche dal punto di vista sociale, psicologico, familiare, prevedendone così la fragilità. La stessa malattia, a esempio una bronchite, può avere un decorso diverso nelle persone di pari età e con lo stesso quadro clinico ma con diverse situazioni”.

La Simg è impegnata da anni nell’offerta di un’ampia rosa di strumenti ai medici di famiglia. Il culmine di questi sforzi è giunto con le Linee guida per la valutazione multidimensionale, promosse dalla Simg e dalla Società italiana di geriatria ospedale e territorio (Sigot), con il supporto metodologico dell’Istituto superiore di sanità (Iss) e il contributo di 25 società scientifiche.

“L’azione della Simg parte da molto lontano ben prima del Dm77 del 2022 – ha evidenziato Pierangelo Lora Aprile, segretario scientifico Simg - Per questo, Simg ha validato uno strumento di screening per identificare e stratificare le persone fragili. Infatti, diventa importante programmare interventi personalizzati centrati sugli assistiti con fragilità lieve e moderata per rallentare l’evoluzione verso l’alta fragilità utilizzando strumenti di Valutazione multidimensionale validati secondo le Linee guida nazionali. Quando la fragilità diventa molto alta, a esempio nei malati che si avvicinano alla fine della vita, assumono rilevanza interventi specifici che hanno come obiettivo l’accompagnamento dei malati,

identificandone desideri e preferenze. Si passa quindi da una medicina finalizzata a trattare la malattia a una medicina olistica finalizzata alla salute della persona nella sua interezza”.

“Tra le iniziative recenti, va ricordato il Progetto Radar: comorbilità, fragilità, valutazione multidimensionale, piano individuale di cura, che identifica un percorso formativo nelle cure primarie per identificare i pazienti fragili, stratificando la popolazione secondo i diversi gradi di fragilità, pianificando e personalizzando le cure in ragione dei domini evidenziati carenti dalla Valutazione multidimensionale”, ha precisato Lora Aprile.

“Il progetto ha obiettivi ambiziosi – ha evidenziato - proporre alle Regioni una governance del processo di cura delle persone fragili, identificando criteri, indicatori e standard per il monitoraggio del percorso di presa in carico. Questo progetto si concretizza con un percorso formativo per medici di Medicina generale particolarmente motivati ad acquisire ‘nuove competenze’ nell’ambito di quella che abbiamo chiamato ‘Medicina della Complessità’, attraverso la Certificazione da parte degli organismi ministeriali competenti. La Simg ha formato finora quaranta esperti offrendo l’opportunità di continuare questi percorsi formativi a livello regionale in modo da avere almeno un medico di famiglia esperto ogni 100mila abitanti”.

La proposta della Simg alle Regioni: introdurre una governance del processo di cura alle persone fragili



OBESITÀ E CUORE: LA RIVOLUZIONE SILENZIOSA DEI FARMACI GLP-1

di Annachiara Albanese

C'è una nuova pagina nella medicina dell'obesità, e si sta scrivendo tra le righe di due molecole che, da sole, stanno modificando lo sguardo clinico su una delle patologie più pervasive e misconosciute del nostro tempo: l'obesità. La semaglutide e la tirzepatide, agonisti del GLP-1 (la prima) e del GIP/GLP-1 (la seconda), sono oggi al centro di una delle più promettenti rivoluzioni farmacologiche degli ultimi decenni,

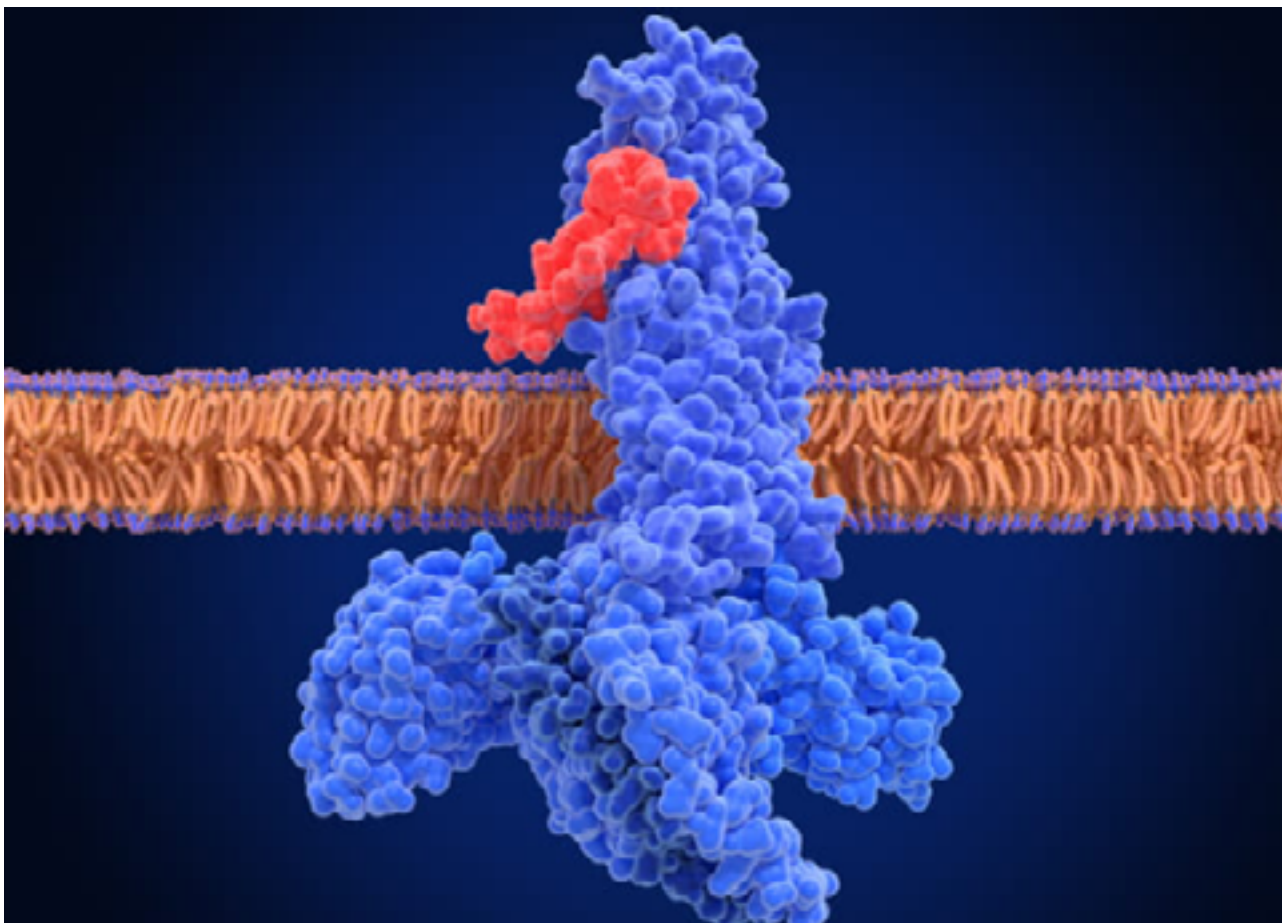
non solo per l'effetto dimagrante, ma per la loro capacità di prevenire eventi cardiovascolari maggiori.

Lo studio SURMOUNT-5, pubblicato dal New England Journal of Medicine e presentato durante il 32° Congresso Europeo sull'Obesità (ECO) a Malaga, ha messo a confronto diretto le due molecole. Tirzepatide, sviluppata da Eli Lilly, ha mostrato una perdita di peso media del 20,2%, rispetto al 13,7% ottenuto

con semaglutide di Novo Nordisk. In termini assoluti, ciò si traduce in una differenza di circa 8 kg: 22,8 kg persi in media con tirzepatide contro 15 kg con semaglutide, in 72 settimane. Anche la riduzione della circonferenza vita ha visto prevalere la tirzepatide: 18,4 cm contro 13,0 cm.

Tuttavia, a sorprendere il mondo medico è stato un altro aspetto: semaglutide 2,4 mg ha dimostrato un





effetto protettivo precoce contro infarto, ictus e morte cardiovascolare, già nei primi tre mesi di trattamento, quando la perdita di peso clinicamente significativa (>5%) non era ancora stata raggiunta. A certificarlo è una sottoanalisi dello studio SELECT, presentata sempre a Malaga, secondo cui la molecola riduce del 37% il rischio di eventi cardiovascolari maggiori, del 50% il rischio di morte per cause cardiache e del 59% quello di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca o morte cardiovascolare.

Questo dato è cruciale. Come sottolineato da Paolo Sbraccia, presidente dell'Italian Barometer Diabetes Observatory Foundation, «la protezione cardiovascolare fornita da semaglutide non dipende solo dalla perdita di peso. È una nuova prospettiva terapeutica, che ci permette di agire subito, senza attendere i tempi biologici del dimagrimento». Una risposta potente a una realtà sempre più drammatica: due persone su tre con obesità muoiono per cause cardiovascolari. E nel mondo, i decessi da infarto e ictus correlati all'eccesso ponderale sono in costante crescita.

Nel frattempo, Novo Nordisk sta testando una nuova formulazione di semaglutide a 7,2 mg, capace di raggiungere una riduzione media di peso pari al 20,7% e, in alcuni casi, anche del 25%. I risultati dello studio

STEP-UP aprono a scenari di ulteriore efficacia, con una possibile richiesta di approvazione all'EMA prevista per la seconda metà del 2025.

Dal canto suo, tirzepatide si conferma il farmaco con il miglior profilo di efficacia in termini di perdita di peso, grazie alla sua duplice azione sui recettori GIP e GLP-1, che regolano l'appetito e il metabolismo lipidico. Il profilo di sicurezza è stato valutato favorevolmente: gli eventi avversi, soprattutto gastrointestinali, si sono mantenuti per lo più lievi o moderati, e l'interruzione del trattamento per effetti collaterali è stata inferiore al 10%.

Louis J. Aronne, esperto internazionale di obesità e principale investigator dello studio SURMOUNT-5, ha dichiarato: «Mai prima d'ora abbiamo assistito a una tale capacità di intervento farmacologico sull'obesità. Non solo per perdere peso, ma per cambiare il destino clinico di milioni di pazienti».

L'era dei farmaci GLP-1 ha superato la semplice soglia della riduzione ponderale: semaglutide protegge il cuore già prima di far dimagrire, mentre tirzepatide dimostra una potenza dimagrante senza precedenti. Due armi complementari per una patologia che, da troppo tempo, attendeva un salto di paradigma. In gioco non c'è solo il peso, ma la sopravvivenza stessa.



Morbillo in Italia:

numeri in calo ma rischio ancora alto per i non vaccinati e per i più piccoli

CONTAGI IN DIMINUIZIONE RISPETTO AL 2024, MA COMPLICANZE E CASI GRAVI RICHIAMANO L'URGENZA DELLA VACCINAZIONE

di Annachiara Albanese

Un virus che non molla la presa. Nei primi quattro mesi del 2025, in Italia, sono stati notificati 269 casi di morbillo, con un'incidenza pari a 13,7 casi per milione di abitanti. A gennaio sono stati registrati 76 casi, a febbraio 71, a marzo 86 e ad aprile 36. Una decrescita rispetto allo stesso periodo del 2024, quando i casi furono 436, con un picco di 182 ad aprile. Ma se i numeri sembrano rassicuranti, il virus continua a colpire duramente proprio le fasce più vulnerabili e i non vaccinati.

Il 92,6% dei casi è stato confermato in laboratorio, segno di un sistema di sorveglianza attivo ed efficace, coordinato dall'ISS attraverso il Dipartimento di Malattie Infettive e la rete MoRoNet. La trasmissione avviene ancora prevalentemente in ambito familiare, ma si registrano anche casi di contagio nosocomiale e 25 infezioni tra operatori sanitari, evidenziando l'importanza cruciale della vaccinazione anche per il personale medico.

I numeri in dettaglio

Secondo il bollettino epidemiologico diffuso il 15 maggio, sono 18 le Regioni o Province autonome che hanno segnalato casi, ma quattro sole aree (Sicilia, Marche, Liguria e Provincia Autonoma di Bolzano) hanno concentrato il 58,4% dei contagi. La Sicilia registra l'incidenza più alta con 33,3 casi per milione di abitanti, seguita da Marche (32,4), Liguria (31,8) e Bolzano (27,8).

L'età mediana dei contagiati è 32 anni, con oltre il 75% dei casi in soggetti di età pari o superiore a 15 anni. Tuttavia, l'incidenza più elevata è stata osservata nei bambini sotto i 5 anni, con 15 casi notificati in lattanti di meno di un anno, ovvero prima dell'età prevista per la prima dose del vaccino MPR (morbillo-parotite-rosolia), fissata a 12 mesi.

Le complicanze: quando il morbillo non è "solo" un'esantema



Circa un terzo dei pazienti colpiti ha sviluppato almeno una complicanza, tra cui epatite con aumento delle transaminasi, cheratocongiuntivite e polmonite. Preoccupanti anche i tre casi di encefalite acuta: una delle conseguenze più gravi del morbillo, che può comportare danni neurologici permanenti.

Oltre il 50% dei casi ha richiesto il ricovero ospedaliero, a dimostrazione della severità clinica di una malattia che ancora troppo spesso viene sottovalutata nell'immaginario collettivo.

Il punto sulla vaccinazione

Il bollettino dell'ISS ribadisce come la stragrande maggioranza dei casi fosse non vaccinata o avesse ricevuto una sola dose del vaccino MPR. Questo dato

rappresenta una spia di allarme in un Paese che si è posto l'obiettivo di eliminare il morbillo, secondo i target OMS.

In casi di focolai attivi, l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda l'anticipo della prima dose vaccinale già a partire dai 9 mesi di età, e in casi eccezionali anche dai 6 mesi. Tuttavia, una dose somministrata prima dei 12 mesi non è considerata valida per il calendario vaccinale di routine, e il bambino dovrà comunque ricevere due dosi regolari.

Una sfida ancora aperta

Il morbillo continua a circolare, anche se in diminuzione. Ma la sua potenziale gravità, unita alla vulnerabilità dei bambini sotto l'anno di età e dei soggetti non immunizzati, impone una riflessione seria sul valore della vaccinazione universale.

In un contesto di calo generalizzato della fiducia vaccinale, ricordare che il morbillo può causare polmonite, encefalite, epatite e, in alcuni casi, anche la morte, significa restituire alla scienza il suo ruolo educativo e preventivo. La protezione dei più piccoli – troppo fragili per difendersi da soli – passa dalla responsabilità collettiva di un'immunità di gregge ancora troppo discontinua.

**L'ultimo bollettino
"Morbillo & Rosolia News"
dell'Istituto Superiore di Sanità
fotografa la situazione epidemiologica
del morbillo nei primi quattro mesi del 2025**

ANTIBIOTICI SOTTO OSSERVAZIONE

IL NUOVO REPORT "GLASS" FOTOGRAFA UN MONDO DIVISO TRA ECCESSI E CARENZE, MENTRE LA RESISTENZA ANTIMICROBICA MINACCIA LA SANITÀ GLOBALE

di *Riccardo Romani*

Un paradosso globale: troppi antibiotici dove servirebbero meno, e troppo pochi dove servirebbero di più. È questo, in estrema sintesi, il drammatico scenario che emerge dall'ultimo Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS) report, pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Basato sui dati del 2022 relativi all'uso di antibiotici in 60 Paesi, il documento denuncia l'abuso crescente dei cosiddetti antibiotici "Watch" – potenti, a spettro ampio, e ad alto rischio di selezionare resistenze batteriche – a scapito dei più sicuri ed economici antibiotici "Access".

Gli antibiotici sotto osservazione: access, watch, reserve

Il sistema di classificazione AWaRe,

sviluppato dall'Oms, distingue gli antibiotici in tre categorie:

- Access, farmaci di prima scelta, efficaci per le infezioni comuni, a basso costo e con bassa propensione a generare resistenza;
- Watch, potenti antibiotici a spettro ampio, riservati a casi più gravi, ma spesso usati impropriamente;
- Reserve, l'ultima linea di difesa, destinata alle infezioni resistenti a tutti gli altri trattamenti.

L'obiettivo fissato dall'ONU è chiaro: entro il 2030 almeno il 70% degli antibiotici usati nel mondo dovrebbe appartenere alla categoria "Access". Eppure, secondo il rapporto, solo 19 su 60 Paesi monitorati (appena il 31,7%) hanno raggiunto questo traguardo. Ancora



più allarmante, il 45,3% del volume totale degli antibiotici somministrati appartiene alla categoria Watch, e appena lo 0,3% alla categoria Reserve .

Disuguaglianze e discrepanze: i numeri della crisi

Il report analizza l'uso di antibiotici in oltre 1,7 miliardi di persone, circa il 22% della popolazione mondiale. Il dato medio globale è di 18,3 dosi giornaliere definite (DID) ogni 1.000 abitanti, ma le differenze sono impressionanti: si va da 7,7 DID in Oman a ben 67,7 DID in Iran. In generale, i Paesi a medio reddito (LMIC) mostrano un uso elevato di antibiotici Watch, mentre quelli a basso reddito soffrono una drammatica carenza di antibiotici Reserve, essenziali per trattare le infezioni multiresistenti .

Il 94,8% degli antibiotici viene somministrato per via orale, segno di un utilizzo prevalente in ambito comunitario. Tra i farmaci più utilizzati spiccano l'amoxicillina (Access) e l'amoxicillina associata a clavulanico (Access), seguite da azitromicina (Watch) e ciprofloxacina (Watch). Questo dato è particolarmente rilevante: indica che anche per infezioni di lieve entità, per le quali sarebbero indicati antibiotici Access, vengono spesso prescritti farmaci Watch, contribuendo a una pressione selettiva che accelera l'insorgenza di ceppi batterici resistenti .

L'analisi dell'Oms: tre priorità strategiche

Per invertire la rotta, l'Oms propone un piano articolato in tre direttrici:

1. Rafforzare la sorveglianza e l'analisi dei dati. Solo 60 Paesi su 216 hanno fornito dati validi per il 2022. L'Oms invita tutti gli Stati a partecipare attivamente al sistema GLASS, anche con il supporto della WHO Academy per la formazione e la raccolta dati.
2. Promuovere la stewardship antibiotica, ovvero politiche e protocolli che orientino i medici a privilegiare gli antibiotici Access, scoraggiando l'uso improprio dei Watch. La collaborazione con organismi come la World Medical Association è cruciale per sensibilizzare la comunità clinica globale.

3. Garantire l'accesso equo agli antibiotici essenziali, soprattutto nei Paesi a risorse limitate. Iniziative come il Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP) mirano a rendere disponibili gli antibiotici Reserve là dove oggi mancano del tutto, colmando un divario che rischia di trasformarsi in tragedia sanitaria .

Il cuore del problema: abuso e disinformazione


L'Oms denuncia che l'utilizzo eccessivo di antibiotici Watch è spesso dovuto a prescrizioni inappropriate, automedicazione e pratiche diagnostiche errate. In molte regioni, la mancanza di test microbiologici porta i medici a prescrivere antibiotici a spettro più ampio "per precauzione", aumentando però il rischio di selezione di batteri resistenti. Inoltre, in contesti a bassa alfabetizzazione sanitaria, l'abuso domestico di antibiotici senza prescrizione resta una piaga dilagante.

Un futuro a rischio

Secondo le stime dell'Oms, la resistenza antimicrobica (AMR) potrebbe provocare fino a 10 milioni di morti all'anno entro il 2050, se non verranno adottate contromisure efficaci. L'AMR mina non solo la capacità di curare infezioni comuni, ma anche la sicurezza di procedure chirurgiche, chemioterapie, trapianti: ogni intervento medico che dipende da un'efficace profilassi antibiotica è oggi a rischio **La salute pubblica globale in bilico**

Il GLASS report 2022 è più di una fotografia statistica: è un manifesto d'allarme. Denuncia una deriva silenziosa ma costante, in cui l'inerzia politica, le disuguaglianze sanitarie e la scarsa cultura della prescrizione rischiano di vanificare decenni di progresso medico.

È necessario un impegno corale e sistemico: una governance globale per gli antibiotici, che garantisca sia l'equità d'accesso sia l'appropriatezza d'uso. Il futuro della medicina moderna dipende dalla nostra capacità di rispondere ora, con rigore, consapevolezza e responsabilità condivisa.



Therabot, l'intelligenza che ascolta: tra promessa clinica e limiti etici

*NEL CUORE DELL'ERA DIGITALE, L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE
SI PROPONE COME ALLEATA DELLA PSICHE UMANA.
MA PUÒ DAVVERO UN CHATBOT CURARE LA SOLITUDINE,
LA DEPRESSIONE, L'ANSIA?*

di *Sofia Diletta Rodinò*

Nel mondo della salute mentale, l'accesso alla terapia psicologica resta un percorso a ostacoli: carenza di specialisti, costi proibitivi, liste d'attesa infinite e barriere sociali e culturali. In questo contesto, l'intelligenza artificiale si affaccia come una potenziale alleata, offrendo strumenti innovativi capaci di colmare, almeno in parte, il divario tra domanda e offerta di assistenza. La svolta è arrivata con Therabot, primo chatbot terapeutico a superare un trial clinico randomizzato, che ha documentato miglioramenti significativi nei sintomi di depressione, ansia e disturbi alimentari.

Una terapia digitale validata clinicamente

A marzo 2025, i ricercatori della Geisel School of Medicine del Dartmouth College hanno pubblicato i

risultati di uno studio pionieristico: 210 partecipanti con diagnosi di depressione maggiore, ansia generalizzata o disturbi alimentari sono stati suddivisi in due gruppi, uno dei quali ha utilizzato Therabot attraverso un'app per smartphone, l'altro no. I risultati sono stati sorprendenti: riduzione del 51% dei sintomi depressivi, del 31% per l'ansia e del 19% nei disturbi alimentari. Miglioramenti mantenuti anche a distanza di settimane, valutati con strumenti clinici standard.

Ogni paziente ha interagito con il chatbot per una media di sei ore distribuite in quattro settimane, pari a otto sessioni di psicoterapia tradizionale. Therabot, addestrato su linee guida validate e supervisionato da un team di clinici, ha dialogato in linguaggio naturale

con gli utenti, offrendo consigli, ascolto e suggerimenti cognitivi-comportamentali personalizzati.

Un'alleanza terapeutica (quasi) umana

Uno degli aspetti più interessanti emersi dallo studio è la capacità di Therabot di instaurare una "relazione terapeutica" con i pazienti. Molti utenti hanno iniziato autonomamente le conversazioni con il chatbot, raccontando emozioni, paure, pensieri difficili. In alcuni casi, Therabot è stato descritto come "un amico sempre disponibile, senza giudizio". Questo aspetto, spesso sottovalutato, è di grande rilevanza clinica: la fiducia è il cuore pulsante di ogni percorso terapeutico.

In un sistema come quello statunitense, dove un solo terapeuta gestisce in media 1.600 pazienti e il 60% degli psicologi non accetta nuovi casi, strumenti come Therabot diventano fondamentali. Offrono supporto immediato, riducono i costi (100-300 dollari a seduta sono la media), eliminano le distanze geografiche e abbattano lo stigma sociale.

I limiti (etici e clinici) dell'IA che cura

Ma l'entusiasmo non deve oscurare i rischi. I ricercatori stessi segnalano che solo il 90% delle risposte fornite da Therabot è pienamente conforme alle buone pratiche terapeutiche. Il restante 10% rappresenta una zona grigia potenzialmente pericolosa, soprattutto in situazioni critiche come l'ideazione suicidaria. Se l'IA può suggerire di chiamare il 911, resta aperta la questione: è in grado di riconoscere davvero l'urgenza e agire di conseguenza?

Altro nodo è l'illusione della cura: un chatbot potrebbe offrire conforto apparente, ma non intervenire sulle radici del malessere. Inoltre, la mancanza di una vera

relazione umana rischia di impoverire l'efficacia del percorso terapeutico. L'IA, per quanto avanzata, non può (ancora) sostituire la sensibilità, l'intuizione e la responsabilità di uno psicologo.

Un futuro di collaborazione, non di sostituzione

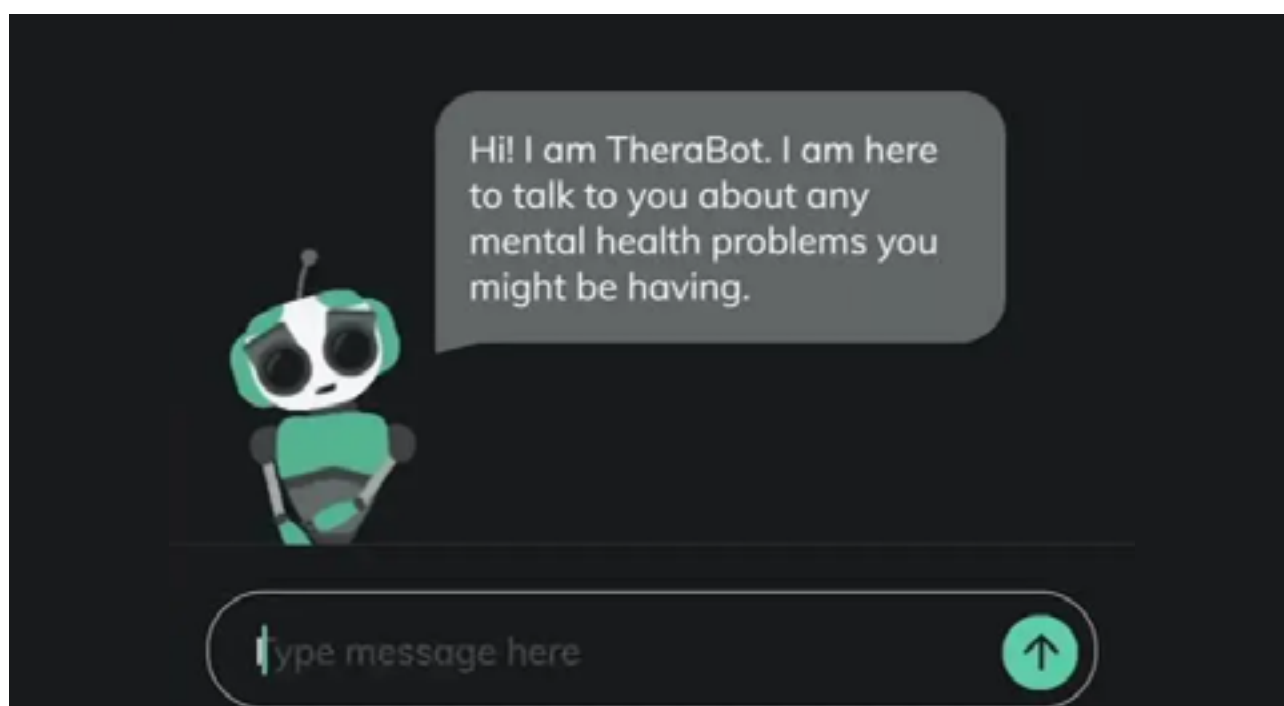
Gli esperti concordano: i chatbot terapeutici non devono sostituire il terapeuta umano, ma affiancarlo. Possono essere un primo passo, uno strumento intermedio, un supporto nei momenti critici o nei contesti dove l'accesso alla terapia è negato. Lo confermano anche le sperimentazioni della Mount Sinai Medical School e dell'Università di Harvard, nonché le ricerche italiane pubblicate sull'Italian Journal of Psychiatry, che indagano l'interazione tra IA e neurobiologia con tecniche avanzate di neuroimaging e EEG.

Particolarmente interessante è l'impatto positivo sui pazienti neurodivergenti: individui spesso diffidenti verso la terapia tradizionale trovano nei chatbot uno spazio di espressione libero, neutrale, accogliente. Il Neurodivergent AI Assistant o il chatbot Claude – progettato per rispondere con empatia, curiosità e apertura – rappresentano un'alternativa preziosa per chi fatica a comunicare con gli esseri umani.

La domanda che resta

Therabot non è (ancora) lo psicologo del futuro, ma può essere una soglia, una mano tesa, una voce amica in uno smartphone. L'ultima domanda, quella più umana, resta sospesa: può un algoritmo rispondere al bisogno profondo di essere ascoltati, visti, accolti?

Per ora, la risposta è che – almeno per qualcuno – sì, sorprendentemente può.





Menti recluse, diritti negati?

***SALUTE MENTALE E GIUSTIZIA:
L'URGENZA DI UN NUOVO PARADIGMA SANITARIO PENITENZIARIO***

di Katrin Bove

La sofferenza psichica non conosce sbarre, ma dentro le celle si fa più acuta. In un contesto segnato da sovraffollamento, marginalità e vulnerabilità estrema, la salute mentale dei detenuti emerge oggi come una delle sfide più urgenti della sanità pubblica. A sottolinearlo con vigore è la recente Raccomandazione CM/Rec(2025)2 adottata il 26 febbraio 2025 dal Consiglio d'Europa, che invita i 46 Stati membri a promuovere e proteggere la salute mentale dei detenuti e delle persone in libertà condizionale, nel pieno rispetto della dignità umana e dei diritti fondamentali.

Una risposta europea a una crisi trascurata

Il documento nasce in risposta a un'evidenza epidemiologica drammatica: la prevalenza di disturbi mentali nelle carceri è significativamente più alta rispetto alla popolazione generale. Studi recenti pubblicati su *The Lancet Public Health* documentano tassi allarmanti di depressione (12,8%) e psicosi (4,1%) tra le persone recluse, in particolare nei Paesi africani e sudamericani, ma con riscontri critici anche in Europa. Non si tratta di eccezioni: è la regola che chi entra in carcere sia portatore di disagio psichico o ne sviluppi

di nuovi, alimentati da isolamento, stress cronico, dipendenze, violenze e assenza di cure continuative.

L'approccio integrato raccomandato dal Consiglio d'Europa

La Raccomandazione del Consiglio d'Europa richiama la necessità di garantire ai detenuti e ai soggetti in misura alternativa un accesso alle cure psichiatriche equivalente a quello della popolazione libera. L'obiettivo non è solo terapeutico, ma preventivo, comunitario e riabilitativo: promuovere ambienti carcerari attenti alla salute mentale, offrire programmi educativi e culturali, favorire l'attività fisica, rafforzare i legami affettivi e preparare il reinserimento sociale.

Particolare attenzione è posta alla formazione del personale penitenziario e di libertà vigilata, che deve essere in grado di riconoscere i segnali di disagio psichico e intervenire con umanità e competenza. Sono raccomandati protocolli rigorosi per affrontare il rischio di suicidio, l'autolesionismo e le crisi psicotiche, con l'impiego di unità specializzate e l'uso misurato e regolato di isolamento e contenzione fisica.

Il caso Italia: una sanità penitenziaria da riformare

Nel nostro Paese, la Società Italiana di Medicina Penitenziaria (Simspe) ha recentemente lanciato un grido d'allarme. In occasione del Giubileo della Sanità,

ha proposto un protocollo d'intesa tra Ministero della Salute e Ministero della Giustizia per armonizzare l'assistenza sanitaria nei penitenziari. "I detenuti sono cittadini come gli altri, con pari diritto alla salute", ha ricordato il dottor Sergio Babudieri, direttore scientifico della Simspe, denunciando un'impennata di patologie psichiatriche, infettive e croniche tra i detenuti, spesso giovanissimi e senza cure adeguate.

Dal 2008 la sanità penitenziaria è formalmente passata alle Asl regionali, ma con risultati disomogenei. Se in territori virtuosi come l'Emilia-Romagna si registrano buone pratiche, altrove dominano le carenze strutturali e i ritardi. Emblematico il caso di detenuti anziani costretti a viaggi di centinaia di chilometri per una colonscopia: l'assistenza specialistica resta troppo spesso un miraggio.

Tossicodipendenze e doppia diagnosi

La tossicodipendenza rappresenta una delle principali criticità cliniche e sociali in carcere. È una patologia complessa, spesso connessa a disturbi psichiatrici progressivi, che si acquisiscono nella reclusione. Molti detenuti, affetti da epatite C o altre malattie infettive, necessitano di cure integrate che richiedono il coordinamento tra servizi penitenziari e territoriali. La doppia diagnosi (dipendenza e patologia psichiatrica)





è oggi un banco di prova per la medicina penitenziaria moderna, e ancora troppo spesso viene affrontata in modo frammentario.

Dati mancanti, suicidi in crescita

Il problema si aggrava anche per la mancanza di dati centralizzati e trasparenti. La Simspe raccoglie privatamente le informazioni attraverso un team multidisciplinare, ma manca una regia nazionale. L'invisibilità statistica alimenta l'inerzia istituzionale, mentre i suicidi crescono: negli ultimi due anni, i casi si sono moltiplicati, sintomo di un sistema che lascia sole le persone più fragili nel momento del massimo bisogno.

La transizione comunitaria: il punto debole del sistema
Lo studio pubblicato su *The Lancet* sottolinea un altro aspetto spesso ignorato: il momento dell'uscita dal carcere è tra i più pericolosi per chi soffre di disturbi mentali. Nei primi giorni dopo la scarcerazione, il rischio di morte per suicidio, overdose o infarto è altissimo. È in questo passaggio che spesso si perde il contatto con i servizi territoriali, interrompendo le cure e innescando spirali di recidiva e abbandono. L'integrazione tra sistema penale e sanità pubblica,

dunque, deve estendersi anche oltre le mura del carcere, con programmi di presa in carico continui e personalizzati.

Una nuova prospettiva: la salute mentale come diritto umano

La Raccomandazione CM/Rec(2025)2 richiama esplicitamente il principio di equivalenza delle cure, già stabilito in altre convenzioni internazionali. Trattare i detenuti con dignità, garantendo loro il diritto alla salute mentale, non è solo un obbligo morale e giuridico: è un investimento in sicurezza pubblica, coesione sociale e prevenzione del crimine.

Il carcere può essere occasione di riscatto, ma solo se diventa luogo di cura, ascolto e giustizia sanitaria. Per questo è tempo di superare la logica emergenziale e costruire una politica penitenziaria che metta al centro la persona. La mente, anche dietro le sbarre, resta il primo luogo di libertà da salvaguardare.

L'uscita dal carcere è un momento tra i più pericolosi per chi soffre di disturbi mentali

Nella dichiarazione dei redditi
non perdere l'occasione per **scegliere**
la tua Associazione del cuore

5 X 1000
il bene di molti

Inserisci la tua **firma** e il **codice fiscale**
nel primo riquadro in alto a sinistra

CODICE FISCALE

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)

SOSTEGNO DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE ISCRITTI NEL RUNTS DI CUI
ALL'ART. 46, C. 1, DEL D.LGS. 3 LUGLIO 2017, N. 117, COMPRESSE LE COOPERATIVE
SOCIALI ED ESCLUSE LE IMPRESE SOCIALI COSTITUTE IN FORMA DI SOCIETA',
NONCHE' SOSTEGNO DELLE ONLUS ISCRITTE ALL'ANAGRAFE

FIRMA **LA TUA FIRMA**
Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **97052680150**

Insieme per dire ALT alla Trombosi

ALT ONLUS

Via Lanzone, 27 - 20123 Milano

T. 02 58 32 5028 M. alt@trombosi.org

www.trombosi.org



IL VALORE PSICOLOGICO ED EMOTIVO DEL PELLEGRINAGGIO

di *Marialuisa Roscino*

ADELIA LUCATTINI

Il pellegrinaggio ha un forte valore terapeutico grazie alla dimensione collettiva dell'esperienza: lo scambio di storie personali, il sostegno reciproco e la condivisione di momenti intensi generano benefici psicologici profondi. Per approfondire gli aspetti specifici di questo effetto, è intervenuta Adelia Lucattini, Psichiatra e Psicoanalista, membro ordinario della Società Psicoanalitica Italiana.

Dott.ssa Lucattini, può spiegare cosa si intende per pellegrinaggio? Quali aspetti significativi sono legati in particolare al turismo religioso?

Un pellegrinaggio è un viaggio intenzionale intrapreso per motivi che possono aumentare il senso di benessere. Sebbene originariamente compiuto per scopi religiosi, oggi le motivazioni possono includere motivi religiosi, spirituali e umani da cui ci si attendono benefici psicologici e fisici, nonché la ricerca, l'apprezzamento e il fare esperienza personale della cultura e conoscere e vivere la geografia. Uno studio pubblicato su Plos One Journal (2024) mostra che il turismo religioso consente di esplorare aspetti profondi di se stessi e di fare un'esperienza emotivamente e psicologicamente trasformativa in stretto contatto con la propria fede.

I tempi moderni hanno ridefinito il concetto di pellegrinaggio, in quanto il termine "pellegrino" viene utilizzato anche per descrivere una persona che si reca in terre straniere, indipendentemente dal fatto che sia

"Il viaggio con i suoi luoghi e cammini, è uno spazio transizionale, che favorisce la trasformazione di esperienze emotive profonde. Sono al tempo stesso luoghi fisici e mentali in cui pellegrini e viaggiatori possono conoscere, esplorare e arricchire la conoscenza di se stessi e la propria vita".





per arricchimento spirituale o per pura curiosità.

Il pellegrinaggio stimola la creatività, attraverso il viaggiare, il camminare, il flâneur.

Anche se gli effetti dei pellegrinaggi vengono spesso esaminati attraverso una lente spirituale, in cui si osserva la crescita e la trasformazione spirituale del pellegrino, la meraviglia dei pellegrinaggi moderni è estesa sempre più anche al mondo laico. Mentre inizialmente i pellegrinaggi venivano intrapresi alla ricerca di una riconnessione spirituale o religiosa, per rinnovare o ricordare la propria fede, i laici intraprendono i propri pellegrinaggi per vari motivi, molti dei quali profondamente personali.

Un aspetto essenziale del pellegrinaggio è il viaggio stesso. Concentrandosi su qualcosa di diverso da se stessi, i pellegrinaggi offrono al pellegrino una possibilità di ristabilire un equilibrio interiore. Intraprendere un pellegrinaggio stimola e induce a concentrarsi sul viaggio, potendo così distanziarsi emotivamente dal tumulto causato da ansie, angosce e preoccupazioni personali.

Quali sono le dimensioni globali dei partecipanti ai pellegrinaggi?

Nonostante la secolarizzazione e la popolarizzazione delle religioni, i pellegrinaggi ancora oggi offrono un'esperienza intensa di vicinanza alla spiritualità in senso lato e anche per questo, continuano ad attrarre un gran numero di persone di tutte le età, ma in modo particolare i giovani.

Nel mondo, oltre 200 milioni di persone vanno in pellegrinaggio ogni anno, a volte per ore, a volte per

giorni, alcuni partono per molti mesi.

Gli studiosi hanno calcolato che la cifra totale possa essere più alta includendo tutti gli altri pellegrinaggi comprese le visite brevi, della durata di un giorno, a santuari e luoghi sacri in Africa, America Latina, Australia, India, Italia, Grecia e Russia.

Da un punto di vista psicoanalitico, il pellegrinaggio può essere considerato una vera e propria esperienza terapeutica?

Il pellegrinaggio nell'ottica psicoanalitica rappresenta senz'altro un'importante occasione per vivere una vera e propria esperienza terapeutica. Una nutrita letteratura scientifica supporta questa visione, evidenziando come il pellegrinaggio favorisca processi di guarigione psicologica attraverso l'elaborazione profonda, la trasformazione identitaria e la connessione con il sacro. Il pellegrinaggio, inoltre, può anche essere interpretato come un "rito di passaggio", che consente alle persone di riattraversare in modo simbolico separazioni e perdite, facilita l'elaborazione di conflitti interiori, la rielaborazione del lutto e la migliore definizione della propria identità. Il viaggio con i suoi luoghi e cammini, è uno "spazio transizionale", che favorisce la trasformazione di esperienze emotive profonde. Sono al tempo stesso luoghi fisici e mentali in cui pellegrini e viaggiatori possono conoscere, esplorare e arricchire la conoscenza di se stessi e la propria vita.

Quali sono, nello specifico, i benefici che conferiscono a questo viaggio un valore psicologico e allo stesso tempo terapeutico?

Una recente ricerca pubblicata sull'Asian Journal of Psychiatry evidenzia il valore del pellegrinaggio come intervento psicosociale non farmacologico, per migliorare il benessere mentale. Lo studio mette in evidenza come i pellegrinaggi, specialmente quelli a lungo termine, possano ridurre in modo significativo i sintomi di ansia, la depressione e lo stress percepito, migliorando la qualità della vita e la "connessione" spirituale. Il contesto sociale, il supporto tra pellegrini e la natura simbolica del percorso giocano un ruolo chiave. Gli autori suggeriscono che queste esperienze possano integrare approcci psicoterapici convenzionali, specialmente in contesti culturali dove la spiritualità è centrale.

Molti pellegrini parlano di un forte senso di comunità e di condivisione durante il viaggio. Quanto incide questo aspetto sul benessere psicologico?

La condivisione dell'esperienza con altri pellegrini crea un ambiente di supporto emotivo, in cui i partecipanti si sentono compresi e accettati. Questo contesto favorisce l'emergere di processi di identificazione e proiezione, permettendo ai pellegrini di confrontarsi con aspetti di se stessi attraverso l'interazione con gli altri. Dal punto di vista psicoanalitico, questi elementi possono essere interpretati come meccanismi di contenimento



e risonanza affettiva, che facilitano l'elaborazione di emozioni profonde e promuovono la coesione del Sé. Lo studio "Ultreya" sul Cammino di Santiago pubblicato su *Journal of Happiness Studies* (2024) ha rilevato che i pellegrini all'interno del gruppo hanno rivelato che il gruppo dei pellegrini ha sperimentato miglioramenti nel disagio psicologico e dunque nel benessere soggettivo, inclusa una maggiore soddisfazione di vita e una riduzione dello stress percepito. Questi effetti positivi sono stati mediati da processi psicologici come la consapevolezza e l'allineamento con i propri valori, facilitati dall'interazione sociale e dal supporto reciproco tra i partecipanti.

Quali sono le motivazioni dei giovani al pellegrinaggio?

Sono molteplici, nel viaggio s'intrecciano dimensioni spirituali, identitarie, sociali e personali. La letteratura scientifica e psicoanalitica offre diverse prospettive per comprendere queste spinte. Uno studio pubblicato sul *Journal of the American Psychoanalytic Association* ha identificato tre principali categorie di motivazioni tra i visitatori, inclusi i giovani, le motivazioni religiose legate alla fede e alla devozione, le motivazioni ricreative orientate al piacere del viaggio e alla scoperta e una combinazione di diverse motivazioni multiple, che oltre le due precedenti, include la ricerca di significato personale e crescita interiore. I giovani mostrano una tendenza verso motivazioni multiple cercando nel pellegrinaggio, sia un'esperienza spirituale, che un'opportunità di conoscenza dei luoghi, culturale e un mezzo per conoscere se stessi e misurarsi col mondo esterno

attraverso un percorso, che è sia reale che interiore, ricco di significati simbolici che attribuiscono senso alle loro azioni e alla loro vita.

Abbiamo assistito proprio recentemente al pellegrinaggio a Roma per i funerali di Papa Francesco e per il successivo conclave. La partecipazione di massa ai funerali del Papa ha rappresentato un fenomeno che va oltre il semplice rito religioso. Quali sono, a Suo avviso, le ragioni principali per cui tante persone hanno deciso di parteciparvi?

Si è trattato di un evento di portata globale, con profonde implicazioni psicologiche, spirituali, sociali e culturali. Ecco alcune delle ragioni principali per cui tante persone decidono di parteciparvi: il bisogno di appartenenza e identità collettiva, il Papa non è solo una figura religiosa, ma anche un simbolo universale di unità e di guida spirituale. Partecipare al suo funerale è un modo per sentirsi parte di una comunità globale, per esprimere un senso di appartenenza non solo alla Chiesa cattolica, ma più in generale, a una dimensione umana e spirituale condivisa. L'elaborazione collettiva del lutto che come ben descritto da Émile Durkheim, ha una funzione catartica, una motivazione spirituale e ricerca di senso, infatti, molti pellegrini vedono la partecipazione al funerale papale come un atto di fede, un'occasione per rafforzare la propria spiritualità, per vivere un'esperienza trasformativa, da non sottovalutare è anche il valore psicologico individuale e collettivo della testimonianza, anche storica. Essere testimoni di eventi significativi è un modo per le persone di sentirsi connesse con un contesto

storico che supera il presente ed è un'opportunità unica di fare parte di una narrazione storica collettiva.

L'elezione di un nuovo Papa è un evento di grande portata simbolica, che tocca corde profonde nell'animo umano, suscita grandi emozioni e riflessioni e ne rappresenta un momento di transizione, di rinnovamento e di speranza. In questo caso specifico, l'elezione di Leone XIV, con la sua particolare storia e provenienza aggiunge ulteriori strati di significato. Quali dinamiche psicologiche, in particolare, si innescano secondo Lei, a livello individuale e collettivo?

Dal punto di vista psicoanalitico, l'elezione papale può essere interpretata come un "rito di passaggio" collettivo. Questo processo simbolico permette alla comunità di elaborare il cambiamento, affrontare l'ansia legata all'incertezza e proiettare speranze e aspettative sul nuovo leader spirituale. La figura del Papa può incarnare l'archetipo del "padre", fungendo da punto di riferimento e guida morale per i fedeli.

Studi sulla religione e la spiritualità suggeriscono che eventi religiosi significativi possono avere effetti positivi sul benessere psicologico. Ad esempio, le esperienze spirituali e la ritualità collettiva possono contribuire al benessere psicologico, favorendo la riduzione dello stress, l'elaborazione simbolica delle perdite e l'attivazione di processi relazionali maturativi. La ritualità condivisa, inoltre, rafforza il senso di appartenenza e coesione, permettendo al soggetto di sentirsi parte di una narrazione collettiva dotata di senso.

L'elezione di Leone XIV certamente non è solo un evento ecclesiastico, ma anche un momento che assume significati psicologici profondi, che offre ai credenti l'opportunità di rinnovare la propria fede e a tutti di rafforzare un senso di appartenenza, che rafforza la speranza di potere fronteggiare efficacemente le sfide della vita e del futuro.

Dal punto di vista psicoanalitico, l'elezione di un nuovo Pontefice può essere letta come un vero e proprio rito




di passaggio collettivo, carico di valenze simboliche che facilitano l'elaborazione psichica del cambiamento interiore. Questo momento di transizione consente di affrontare l'angoscia connessa all'incertezza e di investire affettivamente la figura del nuovo leader spirituale, su cui si proiettano desideri di rinnovamento, stabilità e coesione. La persona del Papa tende così a incarnare l'archetipo paterno, divenendo figura di riferimento e di contenimento morale e simbolico per il popolo dei fedeli. Numerose evidenze nella letteratura scientifica, indicano che le esperienze religiose significative e la ritualità collettiva possono contribuire al benessere psicologico,

favorendo la riduzione dello stress, l'elaborazione simbolica della perdita e l'attivazione di processi relazionali maturativi. La ritualità condivisa, infatti, rafforza il senso di appartenenza e coesione, permettendo al soggetto di sentirsi parte di una narrazione collettiva dotata di senso. L'elezione di Leone XIV, con la sua peculiare biografia e provenienza, si carica così di una pluralità di significati psichici profondi. Non solo per il mondo cattolico costituisce un'occasione di rinnovata adesione valoriale e spirituale, ma anche per il tessuto sociale più ampio rappresenta un passaggio simbolico in cui si condensano speranze, tensioni evolutive e desideri di futuro condiviso.

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

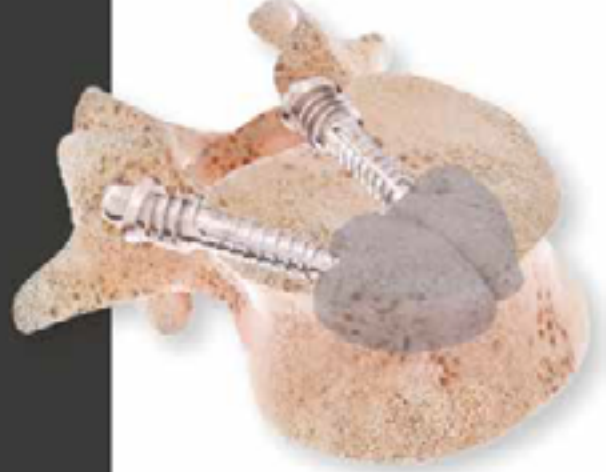
TaeWoong
MEDICAL 

Sycamore

KYPHOPLASTY PEDICULAR ANCHORAGE

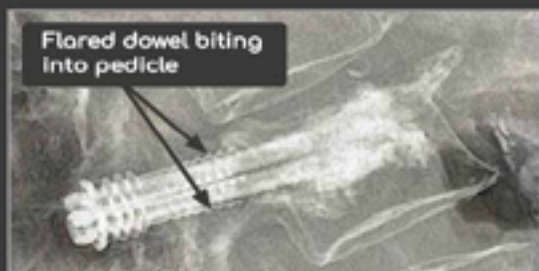
La tecnologia Dowelplasty è indicata nella riduzione anatomica delle fratture vertebrali da compressione di origine traumatica, con o senza patologie sottostanti che influenzano la qualità ossea, come osteoporosi e lesioni maligne.

- Kit monouso sterile "all-in-one" comprensivo di impianti e strumentario dedicato
- Ripristino mirato dell'altezza vertebrale
- Sistema intuitivo, veloce ed efficiente
- Forte ancoraggio peduncolare



Strumenti posizionati
in ordine di utilizzo

Sistema da utilizzare con il kit cifoplastica STERISPINE VA e KITCEMENT per la cementazione della vertebra.



safe orthopaedics

Distributore per l'Italia



www.mvbioinnovations.com



DISTRIBUTORE LAZIO
Via Portuense, 959 - 00148 Roma
tel 0665002930 - info@healthdefence.it