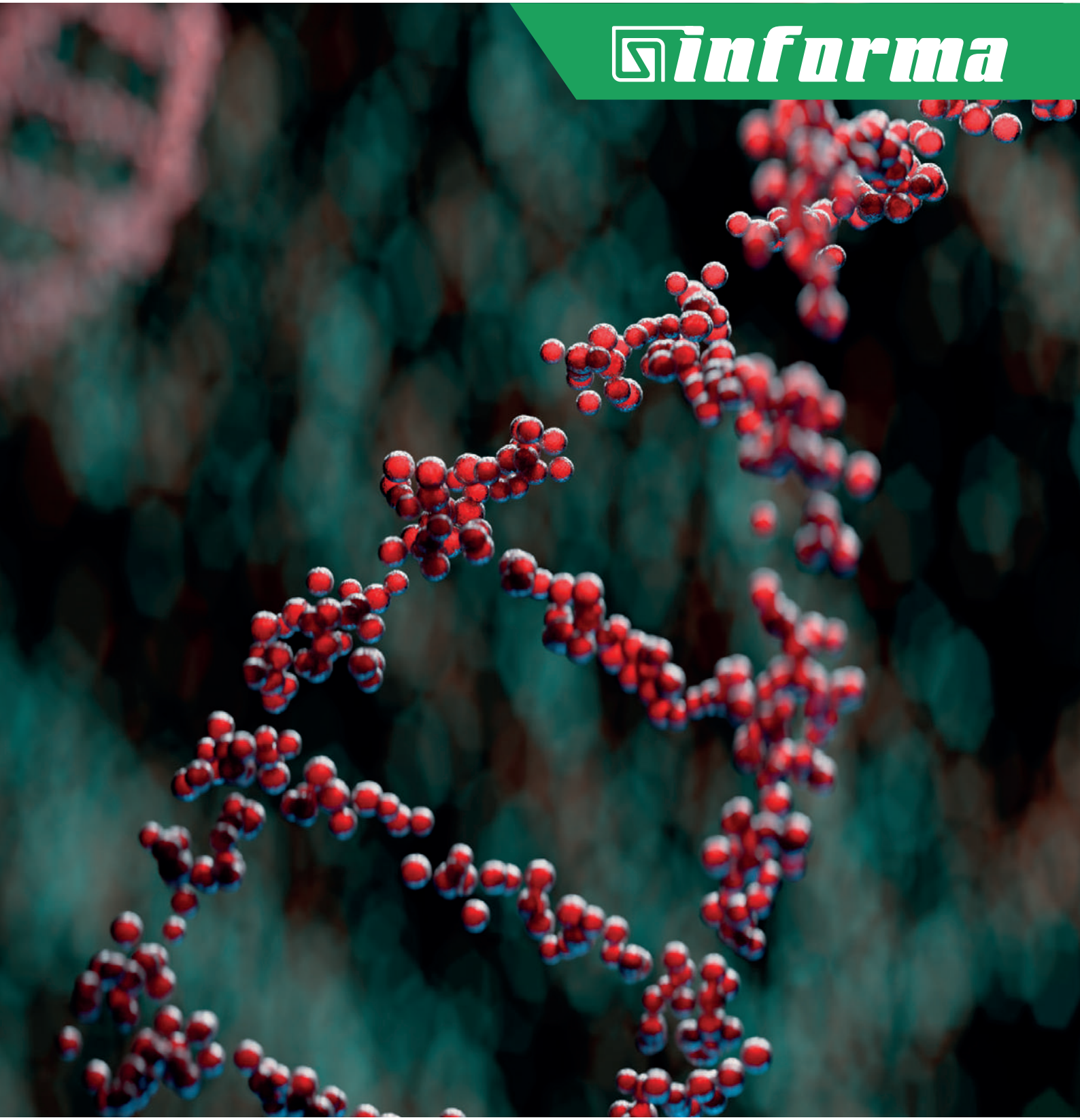
Settembre 2026
Vol. 28 n. 3

# IL CADUCEO

RIVISITA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

informa



www.usi.it

Pubblicazione a cura dell'U.S.I. Unione Sanitaria Internazionale S.p.A. - Via Eschilo,191 - Roma

u.s.i.®

Unione Sanitaria Internazionale

IMQ CERTIFIED QUALITY MANAGEMENT SYSTEM ISO 9001:2015

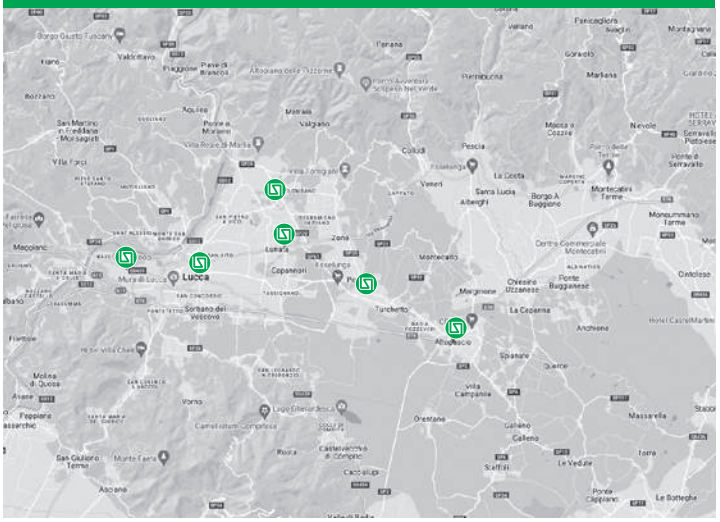
ATTIVO ANCHE SU WhatsApp

06.32868.1
0583.495482

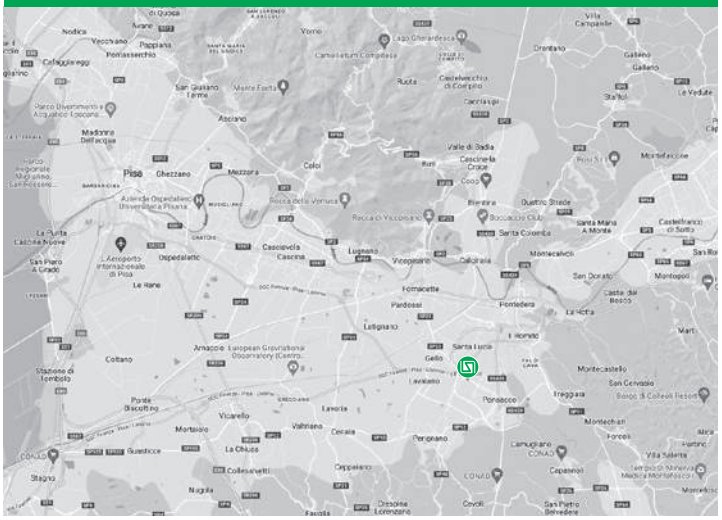
## LAZIO **ROMA**



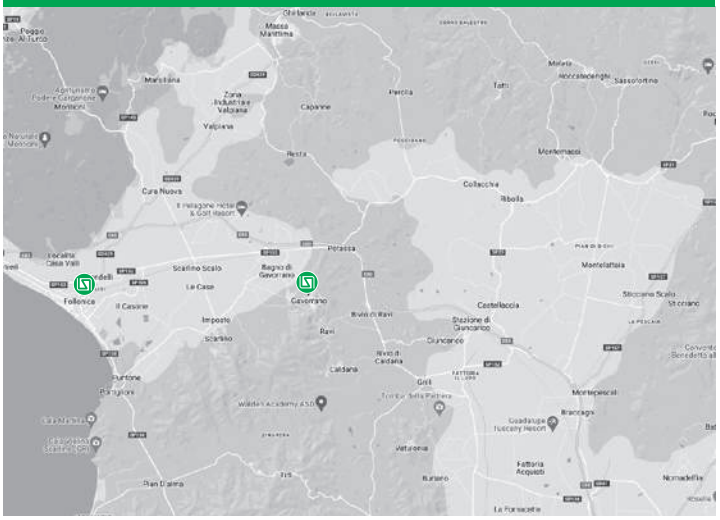

## TOSCANA **LUCCA**



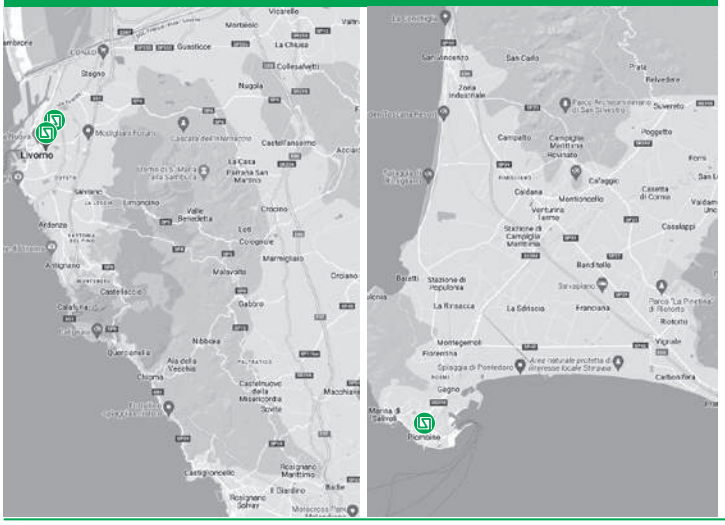

## TOSCANA **PISA**



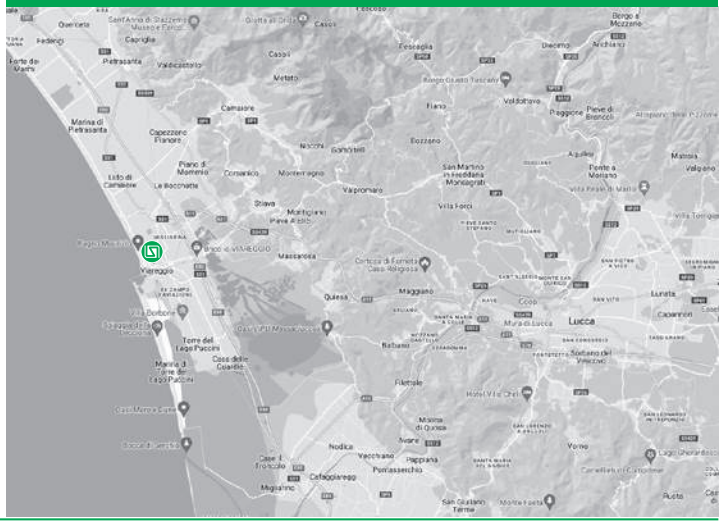

## TOSCANA **GROSSETO**



## TOSCANA **LIVORNO**




## TOSCANA **VIAREGGIO**




TROVA IL CENTRO PIÙ VICINO A TE

Gruppo USI

# il caduceo

VOL. 28 N.° 3 2026

**Il Caduceo**
Rivista di aggiornamento scientifico e cultura medica

Registrazione
al Tribunale di Roma
Aut. n° 196/99 del 27/04/1999

*Direttore Responsabile*
***F. Barbati***

*Direttore Scientifico*
*Co-Editor*
***F. Borzillo***

*Coordinamento Editoriale*
***J. Petrangeli***

*Segretaria di Redazione*
***A. Cecchi***

*Editore*
***U.S.I. S.p.A.***
*Via Eschilo, 191 - Roma*

*Stampa*
***Digitalia Lab Srl***
*Via Giacomo Peroni, 130*
*00131 Roma*

Su carta patinata lucida certificata FSC e stampata con inchiostri vegetali

Finito Di Stampare
A Settembre 2026
Tiratura: 10.000 copie

Foto di Copertina
**Cover designed by Magnific**
(Fonte: Magnific.com)

Grafica della copertina a cura di
**A. Quattrucci**

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita, edita a cura dell'U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale) S.p.A.
Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della rivista devono essere autorizzate per iscritto dall'editore.
Il contenuto degli articoli e degli inserti pubblicitari de Il Caduceo sono redatte sotto la responsabilità degli autori e degli inserzionisti.

Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana



Redazione:
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma
Tel. 06.32868.335
Fax 06.77250482
fulvio.borzillo@usi.it
***www.usi.it***


U.S.I. Unione Sanitaria Internazionale

## SOMMARIO


**3.** Nel tumore al seno la vera innovazione è il percorso guidato
*Jessica Petrangeli*

**7.** Che cos'è la fibrillazione atriale
*Riccardo Gilli*

**10.** Anestesista, NORA e sedazione profonda in endoscopia digestiva
*Antonio Ursino*

**13.** Sindrome ed effetti correlati
*Daniela D'Agosto*

**15.** Curare i bambini, curare le famiglie. L'importanza degli interventi psicoeducativi e terapeutici con i genitori nella diagnosi di linfoangioma cervicale
*Paola Abbondanza*

**18.** Sigarette elettroniche: evidenze e conoscenze attuali, implicazioni per le politiche di salute pubblica
*Giovanni Puglisi*

**23.** Le medaglie come eredità di storia. L'ufficio per notizie alle famiglie dei soldati di terra e di mare
*Giovanni Laghetto, Marta Laghetto*

**26.** Relazioni con una persona narcisista: quando l'amore diventa una dinamica di svalutazione
*Giulia Marchiani*

**29.** Nuovi protocolli per Sculptra: acido polilattico
*Stefan Dima*

**32.** Riabilitazione post-Latarjet: principi biomeccanici, progressione terapeutica e problematiche cliniche
*Francesco Bizzarri*

**36.** Uomini e lupi
*Michele Trecca*

Gentile lettore,

il 25 maggio 2018 è divenuto applicabile il nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR - General Data Protection Regulation, Regolamento UE 679/2016).

Avendo da sempre a cuore la sicurezza dei tuoi dati personali, utilizzati esclusivamente per la spedizione del periodico "Il Caduceo", abbiamo provveduto ad aggiornare la nostra Privacy Policy, che sei invitato a visionare sul sito web www.usi.it, per avere tutte le informnazioni su come gestiamo e tuteliamo i tuoi dati e le modalità con cui puoi modificare o revocare i tuoi consensi.

Al momento ricevi la rivista presso l'indirizzo da te indicato e continuerai a riceverla.

Se non intendi più riceverla in futuro, ti preghiamo di comunicarlo:
- scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@usi.it
- inviando una comunicazione a mezzo posta all'indirizzo della redazione: U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli 22 - 00185 Roma.

Grazie

U.S.I. S.p.A.

# ISTRUZIONI AGLI AUTORI

*Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche e lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico. Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubbli-cati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2010). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, in-dirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista. Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratter-istiche su citate, inviati come allegati e-mail.*

## Gli articoli originali debbono essere di regola impostati seguendo uno schema costituito da:

1) Sommario
2) Introduzione
3) Materiali e metodi
4) Risultati
5) Discussione
6) Eventuali Ringraziamenti
7) Bibliografia

1. Sommario. Non deve superare le 250 parole. Deve da solo poter es-primere il significato del lavoro: comprende una frase introduttiva, la presentazione della entità della casistica, i risultati fondamentali e un commento conclusivo. In calce al sommario debbono essere indicate le Parole chiave: da un minimo di tre a un massimo di sei.

2. Introduzione. Deve comprendere una breve ricapitolazione dell'argomento con richiami bibliografici essenziali, illustrando il punto da cui si è partiti per iniziare lo studio in oggetto. Deve chiarire in mo-do particolare lo "scopo dello studio".

3. Materiali e metodi. Deve comprendere una completa ma breve de-scrizione della casistica in esame e dei metodi usati per valutarla. Casis-tiche ampie e/o complesse possono giovarsi di presentazioni mediante una o più tabelle.

4. Risultati. Devono essere espressi in modo chiaro e conciso, senza interpretazioni e commenti, anche per essi possono essere utili una o più tabelle. L'iconografia a completamento della descrizione dei risul-tati deve essere chiara ed essenziale.

5. Discussione. Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile paragonare i risultati ottenuti con quanto dimostrabile con altre metodiche e pre-sentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

6. Ringraziamenti. Eventuali ringraziamenti e riconoscimenti deb-bono essere riportati su una pagina separata.

7. Bibliografia A. Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:
Bosch F.X, Munoz N. *The causal relation between HPV and cervical cancer.* J Clin Pathol 2002;55:244-65.
L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori; le citazioni blibliografiche, inserite nel testo, vanno evidenziate con numerazione progressiva in apice: esempio citazione[1].

## Figure, immagini o foto

- formato TIFF, JPG, EPS o PDF
- risoluzione delle immagini/foto da 300dpi in su
- ordinate in modo progressivo e usando numeri arabi.

## Tabelle

Devono essere ordinate in modo progressivo, usando numeri romani, con numerazione separata rispetto a quella delle illustrazioni, anch'esse vanno inviate in formato elettronico.

## Didascalie

A corredo delle figure e delle tabelle, devono essere dattiloscritte, a parte, su uno o più fogli formato Word.

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accom-pagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in ev-idenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolis-so, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche. Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sotto-scritto (i) trasferisce (scono) il copyright con-cernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machi-avelli, 22 – 00185 Roma. Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

**N.B. Si invitano gli Autori, prima di inviare il manoscritto, ad una attenta rilettura dello stesso, sia per quanto riguarda la parte linguistica formale che quella dei contenuti, poiché la redazione, non riproponendo sempre la revisione delle bozze agli Autori, declina ogni responsabilità sulle modifiche interpretative appor-tate nella stesura definitiva del lavoro.**

# Nel tumore al seno la vera innovazione è il percorso guidato

*Jessica Petrangeli*
Giornalista, Specialista in Comunicazione e Marketing

Negli ultimi vent'anni la cura del tumore della mammella ha conosciuto un'evoluzione senza precedenti. La diffusione dei programmi di screening, il continuo miglioramento delle tecniche diagnostiche, la conoscenza sempre più approfondita della biologia tumorale e lo sviluppo di trattamenti altamente personalizzati hanno modificato radicalmente la prognosi e la qualità di vita delle pazienti. Oggi, tuttavia, la vera innovazione non risiede esclusivamente nelle singole terapie o nelle tecnologie disponibili ma nella capacità di costruire un percorso assistenziale integrato, nel quale diagnosi, chirurgia, trattamenti oncologici, radioterapia, riabilitazione e supporto alla persona dialogano costantemente all'interno di un team multidisciplinare. Un modello organizzativo che mette la donna al centro del processo di cura, garantendo appropriatezza clinica, rapidità decisionale e continuità assistenziale.

In questa intervista il **Prof. Alejandro Martin Sanchez, Chirurgo Senologo**, approfondisce l'evoluzione della moderna senologia, illustrando il valore di un approccio personalizzato e multidisciplinare lungo tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione al follow-up. Un confronto che evidenzia come la medicina contemporanea possa coniugare eccellenza scientifica, innovazione tecnologica e attenzione alla persona, trasformando il percorso di cura in un'esperienza sempre più efficace, coordinata e centrata sui bisogni della donna.

## PROFESSORE, NEGLI ULTIMI ANNI QUANTO È CAMBIATO IL TRATTAMENTO DEL TUMORE AL SENO?

È cambiato profondamente. Oggi la vera rivoluzione nella cura del tumore al seno si fonda su due grandi progressi: da un lato la diagnosi sempre più precoce, resa possibile dalla diffusione della prevenzione e dei programmi di screening; dall'altro la possibilità di personalizzare le cure sulla base delle caratteristiche biologiche di ciascun tumore.

La diagnosi precoce rappresenta un elemento fondamentale, perché ci consente di individuare lesioni di piccole dimensioni, spesso prima della comparsa dei sintomi. Intervenire in questa fase significa poter trattare una malattia che continua ad avere un forte impatto sociale e sanitario con procedure molto meno invasive rispetto al passato, riducendo al minimo le conseguenze sulla qualità di vita della donna e offrendo, nella maggior parte dei casi, probabilità di guarigione molto elevate.

Parallelamente abbiamo imparato a conoscere sempre meglio la biologia del tumore al seno. Oggi sappiamo che non esiste un unico tumore della mammella, ma diverse forme di malattia, ciascuna con caratteristiche molecolari e biologiche specifiche. Questo ci permette di costruire un percorso terapeutico realmente personalizzato, scegliendo per ogni paziente la combinazione più appropriata di chirurgia, terapie sistemiche e radioterapia, evitando trattamenti inutili e puntando a ottenere il massimo beneficio con il minimo impatto.

In sintesi, oggi il nostro obiettivo non è soltanto guarire la malattia, ma farlo preservando il più possibile il benessere, la funzionalità e la qualità di vita della paziente. È questo il risultato più importante dei progressi compiuti negli ultimi anni.

## COSA SIGNIFICA CONCRETAMENTE "APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE"?

Significa mettere la paziente al centro di un percorso in cui tutte le competenze necessarie dialogano tra loro fin dal momento della diagnosi. Il tumore al seno è una malattia complessa e oggi nessun singolo specialista, da solo, può offrire la risposta migliore.

Per questo ogni caso viene discusso all'interno di un gruppo multidisciplinare composto da radiologi, anatomopatologi, chirurghi senologi, oncologi medici, radioterapisti, medici nucleari, genetisti, chirurghi plastici, psico-oncologi, fisioterapisti, infermieri dedicati e altri professionisti coinvolti nel percorso di cura. Ognuno porta il proprio contributo per definire la strategia terapeutica più appropriata.

Questo significa che le decisioni non vengono prese in modo isolato, ma condivise sulla base delle evidenze scientifiche e delle caratteristiche della singola paziente e del suo tumore. In alcuni casi sarà opportuno iniziare con la chirurgia, in altri ancora sarà possibile ridurre l'estensione dell'intervento grazie alla risposta ottenuta con le terapie sistemiche.

Ma oggi la multidisciplinarietà significa anche prendersi cura della persona nella sua globalità. Accanto ai trattamenti oncologici, proponiamo un percorso di medicina integrata che comprende interventi non farmacologici, basati sulle evidenze scientifiche, come il supporto nutrizionale, l'attività fisica adattata, la fisioterapia, il supporto psicologico e altre strategie finalizzate a ridurre gli effetti collaterali delle cure, migliorare il benessere psicofisico e favorire il recupero. L'obiettivo non è soltanto curare il tumore, ma fare in modo che la paziente possa affrontare il percorso terapeutico mantenendo la migliore qualità di vita possibile.

In questo senso, l'approccio multidisciplinare rappresenta un modello di presa in carico completo: ogni decisione viene condivisa tra specialisti e ogni intervento, oncologico o di supporto, contribuisce a costruire un percorso realmente personalizzato, efficace e centrato sui bisogni della donna.

Jessica Petrangeli

## IN QUESTO CONTESTO SI INSERISCE IL PERCORSO USI BREAST CARE. QUAL È IL SUO VALORE?

Il valore di USI Breast Care è quello di offrire alle pazienti un percorso completo, integrato e altamente qualificato, nel quale tutte le fasi della cura sono coordinate all'interno della stessa rete assistenziale. Oggi il vero elemento distintivo non è soltanto la qualità delle singole prestazioni, ma la capacità di garantire continuità, rapidità e condivisione delle decisioni cliniche.

La rete USI mette a disposizione tutte le competenze necessarie per accompagnare la donna dall'inquadramento diagnostico fino al completamento delle cure. Gli approfondimenti diagnostici vengono eseguiti con tecnologie di ultima generazione e secondo i più elevati standard qualitativi, sotto la guida della Dott.ssa Valentina Pulcinelli, consentendo una caratterizzazione accurata della malattia, indispensabile per pianificare un trattamento realmente personalizzato.

Una volta definita l'indicazione terapeutica, posso garantire alle pazienti un approccio chirurgico moderno, basato sui principi della chirurgia mininvasiva, conservativa e oncoplastica. Quando necessario, la ricostruzione mammaria viene programmata contestualmente al trattamento oncologico, con l'obiettivo di coniugare la massima efficacia oncologica con il miglior risultato funzionale ed estetico possibile. Tutto questo viene realizzato presso il Policlinico Universitario A. Gemelli, applicando gli stessi elevati standard qualitativi, organizzativi e scientifici che caratterizzano uno dei principali centri di riferimento nazionali per la senologia.

Successivamente, per le pazienti che necessitano di radioterapia, la presa in carico è coordinata dalla Dott.ssa Sabrina Del Bufalo, che garantisce l'accesso a trattamenti radioterapici eseguiti secondo le più aggiornate evidenze scientifiche e con tecnologie avanzate, nell'ottica di massimizzare l'efficacia terapeutica e ridurre al minimo gli effetti collaterali.

La rete USI Breast Care consente quindi di offrire un percorso realmente integrato, nel quale diagnosi, chirurgia, trattamenti adiuvanti, riabilitazione e follow-up sono parte di un unico progetto di cura. Per la paziente questo significa avere un solo punto di riferimento, tempi di risposta più rapidi, un coordinamento costante tra tutti i professionisti coinvolti e la certezza che ogni fase del percorso venga affrontata con i più elevati standard di qualità, sicurezza e personalizzazione delle cure.

## QUANTO È IMPORTANTE LA RAPIDITÀ NELLA DIAGNOSI?

È un aspetto fondamentale ma vorrei fare una precisazione. La rapidità non significa fretta, bensì efficienza organizzativa. Una paziente che riceve una diagnosi di tumore al seno vive inevitabilmente un momento di grande preoccupazione e ha bisogno di ottenere risposte chiare e di iniziare il percorso terapeutico nei tempi appropriati, evitando inutili attese.

Un percorso ben organizzato consente di completare rapidamente tutti gli approfondimenti diagnostici, definire con precisione le caratteristiche biologiche del tumore e discutere il caso in ambito multidisciplinare. Solo a quel punto è possibile scegliere la strategia terapeutica migliore per quella specifica paziente.

La tempestività è importante anche perché, nella maggior parte dei casi, una diagnosi precoce permette di trattare tumori in fase iniziale con interventi meno invasivi e con un'elevata probabilità di guarigione. Tuttavia, è altrettanto importante ricordare che ogni decisione deve essere guidata dalla qualità delle informazioni diagnostiche e non dalla semplice urgenza di intervenire.

Per questo motivo, il nostro obiettivo è coniugare rapidità e appropriatezza: offrire alla paziente un percorso fluido, senza ritardi ingiustificati, ma nel quale ogni scelta sia il risultato di una valutazione completa e condivisa. Ridurre il tempo dell'incertezza significa non solo migliorare l'organizzazione delle cure, ma anche alleviare il peso psicologico che accompagna ogni diagnosi di tumore.

## PARLIAMO DELLA CHIRURGIA: OGGI È MENO INVASIVA RISPETTO AL PASSATO?

Assolutamente sì. Negli ultimi anni la chirurgia senologica ha vissuto una vera evoluzione. Se in passato l'obiettivo era soprattutto rimuovere la malattia, oggi il nostro obiettivo è ottenere lo stesso livello di sicurezza oncologica preservando, quando possibile, l'integrità della mammella, la funzionalità e l'immagine corporea della donna.

Grazie alla diagnosi precoce e alla possibilità di personalizzare i trattamenti, oggi possiamo eseguire nella maggior parte dei casi interventi conservativi, limitando anche la chirurgia dell'ascella attraverso tecniche sempre meno invasive. Quando la mastectomia è necessaria, la ricostruzione immediata consente di evitare alla paziente il trauma di perdere la mammella, offrendo risultati estetici e funzionali di elevata qualità.

Un ulteriore passo avanti è rappresentato dall'introduzione delle tecniche oncoplastiche, endoscopiche e robotiche, che in casi selezionati permettono di ridurre ulteriormente l'invasività dell'intervento, limitare le cicatrici e favorire un recupero più rapido, mantenendo sempre gli stessi standard di radicalità oncologica.

Oggi la chirurgia non è più un gesto isolato ma parte di un percorso personalizzato costruito intorno alla singola paziente. Ogni scelta nasce dall'equilibrio tra efficacia oncologica, risultato estetico, qualità della vita e aspettative della donna. Questo è il vero cambiamento rispetto al passato: non esiste più un intervento uguale per tutte ma una chirurgia "su misura", pensata per offrire il massimo beneficio con il minimo impatto possibile.

## IL FATTO CHE L'INTERVENTO VENGA ESEGUITO PRESSO IL POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI COSA GARANTISCE ALLA PAZIENTE?

Significa offrire alla paziente tutte le garanzie che un centro di riferimento nazionale e internazionale può assicurare. Il percorso chirurgico si svolge all'interno della Breast Unit del Policlinico Universitario A. Gemelli, diretta dal Prof. Gianluca France-




*Prevenzione tumore al seno, Ottobre rosa*

schini, dove ogni anno vengono trattate oltre 1700 donne con tumore della mammella. L'elevato volume di attività rappresenta un elemento importante, perché numerose evidenze scientifiche dimostrano come gli esiti siano migliori nei centri ad alta specializzazione e con una consolidata esperienza multidisciplinare.
Ma non è soltanto una questione di numeri. Il Gemelli mette a disposizione tecnologie avanzate, percorsi diagnostico-terapeutici consolidati e tutte le competenze specialistiche necessarie per affrontare anche i casi più complessi. Questo significa poter offrire a ogni paziente la soluzione più appropriata, dalla chirurgia conservativa alle tecniche oncoplastiche, endoscopiche e robotiche, fino alla ricostruzione mammaria immediata quando indicata.
Essendo un Policlinico universitario, inoltre, il Gemelli coniuga assistenza, ricerca e formazione. Le pazienti hanno quindi accesso a un ambiente nel quale l'innovazione viene costantemente trasferita nella pratica clinica, attraverso l'applicazione delle più recenti evidenze scientifiche e, quando appropriato, la possibilità di accedere a protocolli di ricerca e a trattamenti innovativi.
Per la paziente tutto questo si traduce in una maggiore sicurezza, nella certezza di essere presa in carico da un'équipe altamente specializzata e nella possibilità di affrontare ogni fase del percorso terapeutico con i più elevati standard di qualità, efficacia e personalizzazione delle cure.

## DOPO L'INTERVENTO, IL PERCORSO CONTINUA… CI RACCONTI COME PROSEGUE

Assolutamente sì. Oggi consideriamo l'intervento chirurgico una tappa fondamentale del percorso di cura ma non il suo punto di arrivo. Dopo la chirurgia, ogni caso viene nuovamente valutato dal team multidisciplinare alla luce del referto istologico definitivo, che ci fornisce informazioni ancora più dettagliate sulle caratteristiche biologiche del tumore. Sulla base di questi dati definiamo, insieme agli oncologi e ai radioterapisti, il programma terapeutico più appropriato. Alcune pazienti non avranno bisogno di ulteriori trattamenti, mentre altre potranno beneficiare della radioterapia, della terapia endocrina, di terapie biologiche o, in casi selezionati, della chemioterapia. Anche in questa fase ogni decisione è completamente personalizzata e costruita sulle caratteristiche della malattia e della paziente.
Parallelamente, dedichiamo grande attenzione al recupero funzionale e al benessere della donna. La riabilitazione dell'arto superiore quando necessaria, il supporto nutrizionale, il sostegno psicologico, l'attività fisica adattata e gli interventi di medicina integrata rappresentano parte integrante del percorso, con l'obiettivo di ridurre gli effetti collaterali delle cure e favorire un ritorno quanto più rapido possibile alla vita quotidiana.
Infine, il follow-up periodico consente di monitorare nel tempo lo stato di salute della paziente, intercettare precocemente eventuali necessità cliniche e continuare a rappresentare un punto di riferimento anche dopo la conclusione delle terapie.
In altre parole, il nostro obiettivo non è semplicemente curare un tumore, ma accompagnare ogni donna lungo tutto il suo percorso, dalla diagnosi fino al pieno recupero, con un'assistenza continua, personalizzata e multidisciplinare.

## QUANTO CONTA L'ASPETTO UMANO?

Conta moltissimo. La diagnosi di un tumore al seno rappresenta uno dei momenti più delicati nella vita di una donna e coinvolge non solo la salute fisica,

Jessica Petrangeli

ma anche la sfera emotiva, familiare, affettiva e lavorativa. Per questo la qualità della relazione con il medico e con tutto il team di cura è parte integrante del percorso terapeutico.

L'aspetto umano significa innanzitutto dedicare tempo all'ascolto, spiegare con chiarezza la diagnosi e le diverse opzioni terapeutiche, rispondere ai dubbi e coinvolgere la paziente nelle decisioni. Oggi la medicina è sempre più personalizzata anche sotto questo profilo: non curiamo soltanto una malattia, ma una persona, con la sua storia, le sue esigenze e le sue aspettative.

Accanto alle competenze cliniche, è fondamentale che la paziente percepisca di avere un'équipe sempre presente, capace di accompagnarla in ogni fase del percorso. Sapere a chi rivolgersi, ricevere informazioni coerenti e sentirsi sostenuta riduce il senso di smarrimento che inevitabilmente accompagna la diagnosi e aiuta ad affrontare le cure con maggiore serenità e consapevolezza.

Credo che il miglior risultato si ottenga quando competenza scientifica e attenzione alla persona procedono insieme. La tecnologia, la ricerca e l'innovazione sono strumenti indispensabili, ma acquistano il loro massimo valore quando vengono messe al servizio di una relazione di fiducia tra medico e paziente. È questa fiducia che permette di affrontare un percorso complesso con maggiore forza e consapevolezza.

## COSA RASSICURA MAGGIORMENTE LE PAZIENTI?

Credo che la rassicurazione più importante derivi dalla consapevolezza di non dover affrontare questo percorso da sole. Sapere di essere seguite da un'équipe multidisciplinare, con professionisti che lavorano insieme e condividono ogni decisione, trasmette fiducia e sicurezza.

Un altro aspetto fondamentale è ricevere informazioni chiare e trasparenti. La paura nasce spesso dall'incertezza: spiegare con semplicità cosa sta accadendo, quali saranno i passaggi successivi e quali risultati possiamo realisticamente aspettarci aiuta la paziente ad affrontare il percorso con maggiore serenità e consapevolezza.

È importante anche ricordare che oggi disponiamo di strumenti diagnostici e terapeutici molto più efficaci rispetto al passato. Grazie alla prevenzione, alla diagnosi precoce e alla possibilità di personalizzare le cure, nella maggior parte dei casi possiamo offrire trattamenti meno invasivi, con elevate probabilità di guarigione e un impatto sempre più contenuto sulla qualità di vita.

Infine credo che rassicuri molto sapere che dietro ogni scelta non c'è il parere di un singolo medico ma il confronto di un'intera squadra di specialisti che condivide un unico obiettivo: offrire alla paziente la migliore cura possibile, nel rispetto della sua salute, della sua persona e della sua qualità di vita.

## SE DOVESSE RIASSUMERE IN UNA FRASE IL VALORE DI QUESTO MODELLO?

Direi che il vero valore di questo modello è riuscire a coniugare eccellenza scientifica e centralità della persona. Oggi possiamo offrire alle donne un percorso che parte dalla prevenzione e dalla diagnosi precoce, prosegue con cure personalizzate e tecnologie all'avanguardia e continua con una presa in carico multidisciplinare che accompagna la paziente in ogni fase della malattia.

Oggi il nostro obiettivo non è soltanto guarire più donne ma permettere loro di continuare a vivere pienamente la propria vita. È questo il significato più autentico della medicina moderna.



*Immagine su Magnific*

# Che cos'è la fibrillazione atriale

*Riccardo Gilli*

Cardiologo
USI Prati - Via Virginio Orsini, 18
USI Piazza Bologna - Via G. Squarcialupo, 36
USI Collatino - Viale della Serenissima, 22

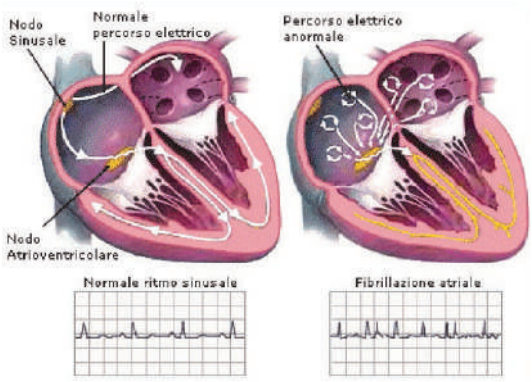
Normalmente le camere del nostro cuore (i due atri e i due ventricoli) si contraggono in maniera ordinata in risposta agli impulsi elettrici che ricevono; in particolare gli atri si contraggono per pompare sangue, di cui sono ripieni, all'interno dei ventricoli; terminato questo ciclo saranno i ventricoli a contrarsi per pompare il sangue di cui si sono riempiti a tutto l'organismo. Quando gli impulsi elettrici non giungono in maniera ordinata, le camere interessate iniziano a "tremare" in modo caotico e disorganizzato perdendo la capacità di contrarsi in modo efficiente e innescando il processo di fibrillazione.
Per meglio comprendere il meccanismo alla base della fibrillazione, è come se in un motore a scoppio la bobina anziché mandare alle candele impulsi elettrici regolari e ordinati, li mandasse in modo caotico facendo scoccare la scintilla quando nella camera del cilindro non è pronta la miscela necessaria allo scoppio.
La fibrillazione può interessare le diverse camere del cuore: se l'anomalia colpisce le camere atriali parleremo di fibrillazione atriale, aritmia che impatta sulla efficienza del cuore ma che è compatibile, con l'ausilio di farmaci, con una vita normale. Di contro, se la fibrillazione colpisce i ventricoli (fibrillazione ventricolare) entriamo in un ambito incompatibile con la vita.

La **fibrillazione atriale (FA)** è la forma più diffusa di **aritmia cardiaca** complessa al mondo. Si stima che ne siano colpite decine di milioni di persone, con un'incidenza che raddoppia progressivamente ogni dieci anni dopo i 50 anni di età.

| ETÀ | PREVALENZA |
|---|---|
| 0 - 9 | 0% |
| 10 - 19 | 0% |
| 20 - 29 | 0% |
| 30 - 39 | 0% |
| 40 - 49 | 0,13% |
| 50 - 59 | 0,48% |
| 60 - 69 | 1,8% |
| 70 - 79 | 4,8% |
| >80 | 8,8% |

## COME FUNZIONA IL "CORTO CIRCUITO"

Come detto, in un cuore sano, impulsi elettrici ordinati fanno contrarre prima gli atri e poi i ventricoli, garantendo il pompaggio armonico e costante del sangue. Durante la fibrillazione atriale, il pacemaker naturale (il nodo seno-atriale) generatore degli impulsi elettrici, si guasta. Si generano molteplici segnali elettrici rapidi e caotici che mandano in confusione gli atri. Questo "corto circuito" elettrico è spesso legato a una progressiva dilatazione delle pareti atriali o a invecchiamento del tessuto cardiaco.
Il risultato è un battito cardiaco irregolare, meno efficiente e spesso accelerato.




## I SINTOMI: DA LIEVI A INVISIBILI

La fibrillazione atriale può presentarsi in tre forme principali: **parossistica** (compare e scompare da sola), **persistente** (dura nel tempo e richiede un intervento medico per essere controllata) o **permanente** (irreversibile). Sotto il profilo dei sintomi, i quadri più comuni includono:

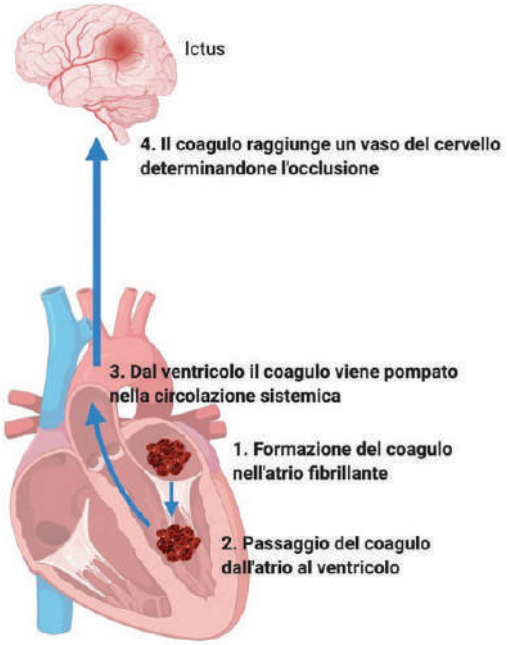
- **Assenza di sintomi:** il Paziente non avverte alcun sintomo e il riscontro è solitamente casuale (durante un elettrocardiogramma di routine) o a seguito dell'instaurarsi di una complicanza.
- **Cardiopalmo o palpitazioni:** la sensazione del cuore che "accelera", "sfarfalla" o batte in modo del tutto irregolare nel petto.
- **Affanno e stanchezza:** mancanza di fiato (dispnea) anche per sforzi prima ben sostenuti.
- **Vertigini o stordimento:** legati al diminuito afflusso di sangue al cervello o a cali di pressione.



Riccardo Gilli

## PERCHÉ LA FIBRILLAZIONE ATRIALE NON TRATTATA È PERICOLOSA? LE DUE GRANDI MINACCE

Non è tanto il battito accelerato o irregolare in sé a creare problemi, quanto le sue possibili conseguenze a lungo termine se non trattato adeguatamente:




**L'ICTUS ISCHEMICO:** Quando l'atrio non si contrae bene, il sangue ristagna al suo interno (soprattutto in una piccola tasca chiamata auricola sinistra). Questo ristagno favorisce la formazione di grumi di sangue (trombi). Se un frammento di coagulo si stacca, può viaggiare fino al cervello, ostruire un'arteria e causare un ictus. Chi soffre di FA non curata ha un rischio di ictus aumentato di 5 volte rispetto alla popolazione generale.

**Lo scompenso cardiaco:** Un cuore costretto a battere troppo velocemente e in modo disorganizzato per mesi o anni finisce per indebolirsi, riducendo la sua capacità di pompare sangue a tutto il corpo.

### Come si diagnostica e come si cura

La diagnosi di base è immediata: basta un **elettrocardiogramma (ECG)** per fare diagnosi. Per le forme intermittenti (parossistiche), si ricorre invece all'**Holter ECG** (un monitoraggio delle 24 ore o di più giorni) o a piccoli dispositivi impiantabili sotto la pelle (Loop Recorder). Il cardiologo affronta la fibrillazione atriale seguendo le più recenti linee guida cardiologiche internazionali, che si sviluppano su due strategie:

### 1) MANTENIMENTO E CONTROLLO DELLA FIBRILLAZIONE

- **Prevenzione dell'ictus (Terapia Anticoagulante):** È il pilastro fondamentale. L'uso dei moderni farmaci anticoagulanti orali (DOAC o NAO) permette di "fluidificare" il sangue in modo sicuro, riducendo drasticamente il rischio di formazione di trombi. L'uso di questi nuovi anticoagulanti ha quasi del tutto soppiantato l'uso di vecchi farmaci (Coumadin) che richiedeva la necessità di continui esami del sangue per modularne il dosaggio. A questi ultimi si deve ricorrere solo il casi specifici.
- **Controllo della frequenza:** nei casi in cui la fibrillazione produca una frequenza cardiaca elevata, già questo motivo di peggioramento della efficienza cardiaca, si utilizzano farmaci per rallentare le pulsazioni.

In molti casi, quando l'aritmia è ben sostenuta dal Paziente e ulteriori interventi terapeutici non danno garanzia di successo, con questi due presidi farmacologici il Paziente conviverà con l'aritmia e avrà una vita pressoché normale.







*Immagine su Magnific*




*Immagine su Magnific*

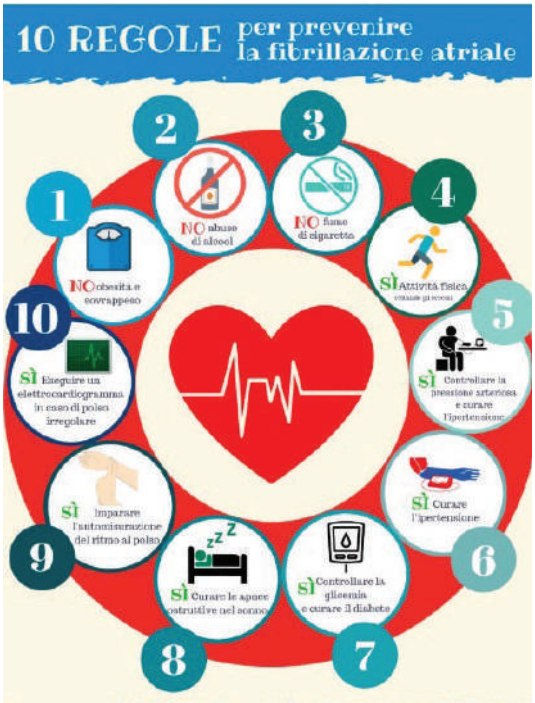
### 2) INTERVENTI PER INTERROMPERE LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

In altri casi, se con i dovuti accertamenti si riscontrano condizioni generali che danno buone garanzie di successo ai tentativi di interruzione dell'aritmia e al mantenimento nel tempo di un ritmo normale, si adottano le seguenti strategie:

- **Tentativo di ripristino del ritmo normale (ritmo sinusale):** si può intervenire con la cardioversione, una sorta di "reset" del cuore. Questa può essere effettuata con farmaci (cardioversione farmacologica) o con corrente (cardioversione elettrica).
- **Prevenzione delle recidive:** dopo che si è ristabilito il ritmo normale, si utilizzano farmaci per cercare di mantenerlo evitando recidive di aritmia.
- **Ablazione transcatetere:** per i pazienti idonei (specialmente i più giovani o chi non risponde ai farmaci) si può ricorrere a questa procedura mininvasiva. Attraverso appositi cateteri si isolano le aree da cui partono gli impulsi caotici. Oggi, oltre alla classica radiofrequenza o al congelamento (crioablazione), si utilizza con successo l'innovativa elettroporazione (Pulsed Field Ablation - PFA), che distrugge le cellule anomale tramite campi elettrici pulsati salvaguardando i tessuti sani circostanti.

### PREVENZIONE E STILE DI VITA

Accanto alle cure mediche, le linee guida sottolineano che lo stile di vita gioca un ruolo decisivo sia nella prevenzione che nel controllo della malattia. Mantenere sotto controllo la **pressione arteriosa** (l'ipertensione è una delle cause principali), evitare l'abuso di alcol, non fumare, curare le apnee notturne e ridurre il peso corporeo in caso di obesità riducono sensibilmente la frequenza e la gravità degli episodi aritmici. Anche l'attività fisica moderata e costante (come una camminata veloce quotidiana) è raccomandata per mantenere il muscolo cardiaco in salute.



# Anestesista, NORA e sedazione profonda in endoscopia digestiva

*Antonio Ursino*

Specialista in Anestesia e Rianimazione
Già collaboratore del Gruppo USI

## RIASSUNTO

La crescente diffusione delle procedure di endoscopia digestiva avanzata ha determinato un progressivo incremento del ricorso alla sedazione profonda in setting di Non-Operating Room Anesthesia (NORA). In tale ambito, la funzione dell'anestesista non si limita alla somministrazione dei farmaci sedativi, ma comprende la valutazione pre-procedurale, la stratificazione del rischio, la scelta della tecnica più appropriata, il monitoraggio intra-procedurale, la gestione delle vie aeree, il trattamento delle complicanze cardiorespiratorie e la supervisione del recupero post-procedurale. Le peculiarità ambientali della NORA - accesso limitato al paziente, condivisione delle vie aeree con l'operatore, posizionamenti non standard, variabilità organizzativa e logistica - rendono la sedazione profonda in endoscopia digestiva una pratica che richiede competenze specifiche e un'elevata attenzione agli aspetti di sicurezza. Sebbene, nei pazienti a basso rischio e nelle procedure standard, possano essere adottati modelli selezionati di sedazione non anestesiologica, nei pazienti fragili e nelle procedure complesse il coinvolgimento dell'anestesista rappresenta un elemento determinante ai fini dell'appropriatezza e della sicurezza del percorso assistenziale. Scopo di questa review narrativa è analizzare il ruolo clinico e organizzativo dell'anestesista nella NORA endoscopica, con particolare riferimento ai criteri di selezione dei pazienti, agli standard di monitoraggio, alla gestione peri-procedurale e alla governance del rischio.

## PAROLE CHIAVE

NORA; sedazione profonda; endoscopia digestiva; anestesista; propofol; sicurezza.

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni l'endoscopia digestiva ha registrato un'importante evoluzione, sia per l'aumento del volume di attività sia per la crescente complessità delle procedure terapeutiche. Tecniche quali ERCP, ecoendoscopia interventistica, dissezione sottomucosa endoscopica, mucosectomie avanzate e POEM richiedono condizioni procedurali stabili, adeguato controllo del discomfort e, non di rado, livelli di sedazione più profondi rispetto a quelli tradizionalmente utilizzati nelle procedure diagnostiche routinarie [1-5].

Parallelamente, una quota crescente di tali prestazioni viene erogata al di fuori del blocco operatorio, nell'ambito della Non-Operating Room Anesthesia (NORA). Questo scenario ha modificato il perimetro operativo dell'anestesista, chiamato a garantire standard di sicurezza anestesiologica in ambienti che, per caratteristiche strutturali e organizzative, presentano criticità differenti rispetto alla sala operatoria [2,3,10,11].

Nel setting endoscopico, la sedazione profonda si colloca in un equilibrio delicato tra necessità procedurali e sicurezza del paziente. Il passaggio da una sedazione efficace a una condizione di depressione respiratoria clinicamente significativa può essere rapido, soprattutto in presenza di comorbilità, fragilità o procedure prolungate [4,6]. In questo contesto, il ruolo dell'anestesista assume rilevanza non soltanto tecnica, ma anche clinica e organizzativa.

Scopo del presente lavoro è discutere il ruolo dell'anestesista nella pratica NORA per la sedazione profonda nelle procedure di endoscopia digestiva, con particolare attenzione alla selezione dei pazienti, al monitoraggio, alla gestione delle complicanze e agli aspetti organizzativi del percorso assistenziale.

## PECULIARITÀ DEL SETTING NORA IN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

La NORA rappresenta un ambito assistenziale caratterizzato da specifiche criticità. L'endoscopia digestiva, in particolare, associa elementi che possono aumentare la complessità della gestione anestesiologica: accesso talora limitato al paziente, spazi ristretti, condivisione delle vie aeree con l'endoscopista, presenza di apparecchiature multiple, posizionamenti non sempre supini e variabilità del supporto logistico e infermieristico [2,3].

A differenza della sala operatoria, il setting endoscopico non è sempre progettato prioritariamente attorno alle esigenze dell'anestesia. Ciò impone una verifica preventiva della disponibilità di monitoraggio adeguato, fonti di ossigeno, aspirazione, farmaci di emergenza, dispositivi per la gestione delle vie aeree e personale formato [1,2]. Le raccomandazioni internazionali sottolineano infatti che gli standard di sicurezza in NORA debbano essere sovrapponibili a quelli garantiti in sala operatoria [1,2].

Nell'endoscopia del tratto superiore e nelle procedure avanzate, il rischio è ulteriormente condizionato dal fatto che le vie aeree sono condivise con l'operatore e che l'accesso al capo del paziente può risultare ostacolato dalla procedura stessa. Ne deriva che la NORA endoscopica non debba essere interpretata come un setting minore, ma come un contesto ad elevata specificità assistenziale.

## SEDAZIONE PROFONDA E CONTINUITÀ CON L'ANESTESIA GENERALE

La sedazione profonda non rappresenta una condizione rigidamente distinta dall'anestesia generale, ma si colloca lungo un continuum. Secondo le definizioni correnti, in sedazione profonda il paziente non è facilmente risvegliabile, può rispondere solo a stimoli ripetuti o dolorosi e può richiedere supporto per il mantenimento della pervietà delle vie aeree e della ventilazione spontanea [4,6].

Questo aspetto ha rilevanti implicazioni pratiche. L'impiego del propofol, ampiamente diffuso nell'en-

doscopia digestiva, consente una sedazione di elevata qualità, con rapida insorgenza e recupero relativamente breve, ma può associarsi a depressione respiratoria e instabilità emodinamica, soprattutto nei pazienti anziani o con ridotta riserva fisiologica [4,6]. La sedazione profonda richiede quindi che il professionista responsabile sia in grado di riconoscere e trattare tempestivamente un'eventuale progressione verso livelli più profondi del previsto.
Da questo punto di vista, la competenza anestesiologica non si esaurisce nella conoscenza farmacologica, ma comprende la capacità di valutare il rischio di transizione verso anestesia generale di fatto e di garantire il rescue ventilatorio ed emodinamico quando necessario.

## VALUTAZIONE PRE-PROCEDURALE E STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione pre-procedurale è uno dei momenti più rilevanti del percorso assistenziale. In endoscopia digestiva, essa deve considerare non solo le condizioni cliniche del paziente, ma anche il tipo di procedura e le caratteristiche del setting in cui verrà eseguita [1,4,6].
Gli elementi principali comprendono la classificazione ASA, la presenza di patologie cardiovascolari e respiratorie, l'obesità, la sindrome delle apnee ostruttive del sonno, il rischio di aspirazione, eventuali difficoltà prevedibili nella gestione delle vie aeree, l'età avanzata, la fragilità, l'assunzione cronica di sedativi o oppioidi e il grado di collaborazione del paziente [1,4]. Anche la durata prevista e il grado di invasività della procedura devono essere attentamente considerati.
La valutazione anestesiologica consente di identificare i casi nei quali la sedazione profonda può essere eseguita in sicurezza con un determinato livello di supporto e quelli nei quali risulta preferibile un maggiore livello di protezione anestesiologica, fino alla possibilità di ricorrere a un controllo avanzato delle vie aeree o a una diversa strategia anestesiologica. In quest'ottica, l'anestesista contribuisce in maniera decisiva alla definizione dell'appropriatezza del percorso.

## INDICAZIONI AL COINVOLGIMENTO DELL'ANESTESISTA

La presenza dell'anestesista non è necessariamente richiesta in tutte quelle procedure endoscopiche di routine eseguite in particolare su pazienti a basso rischio, che non desiderano e quindi rifiutano la sedazione profonda. Pertanto, considerato che la somministrazione del propofol per la sedazione profonda è di esclusiva competenza dell'anestesista, buoni risultati e con una bassa incidenza di eventi avversi possono ottenersi con la somministrazione del midazolam, per una sedazione minima-moderata, conosciuta anche come cosciente, che può essere praticata anche da parte del medico endoscopista [4,7-9].
Tuttavia tale evidenza non può essere estesa indiscriminatamente ai pazienti fragili o alle procedure complesse. Il coinvolgimento dell'anestesista appare particolarmente indicato in presenza di comorbilità rilevanti, ASA elevato, obesità severa, OSA, insufficienza respiratoria, aumentato rischio di aspirazione, prevedibile difficoltà di gestione delle vie aeree, precedenti problemi di sedazione, procedure terapeutiche avanzate o di lunga durata e situazioni nelle quali sia prevedibile la necessità di una rapida conversione a tecniche più profonde [1-4,6].
L'appropriatezza dell'intervento anestesiologico dovrebbe, quindi, essere definita sulla base di un modello fondato sul rischio, nel quale il profilo del paziente, la complessità della procedura e l'idoneità del setting siano valutati congiuntamente. In tale prospettiva, la presenza dell'anestesista rappresenta un presidio di sicurezza e non un semplice supporto accessorio.

## MONITORAGGIO INTRA-PROCEDURALE

Il monitoraggio costituisce un elemento essenziale della sicurezza in sedazione profonda. Le linee guida più recenti raccomandano e quindi indicano come mandatorie, nei pazienti sottoposti a endoscopia in sedazione profonda con propofol, il monitoraggio con elettrocardiogramma, pressione arteriosa non invasiva, pulsossimetria e, dove sia possibile, l'EtCO2 (capnografia) [1].
La capnografia (EtCO2), pur essendo raccomandata e non mandatoria, assume particolare rilievo nel setting endoscopico in quanto consente di identificare precocemente ipoventilazione, apnea e ostruzione delle vie aeree prima della comparsa della desaturazione. Questo è particolarmente importante quando il paziente riceve ossigeno supplementare e quando l'accesso al volto può essere limitato dalla procedura [1,2].
L'anestesista svolge in questo ambito un ruolo che va oltre la semplice applicazione dei sistemi di monitoraggio. La corretta interpretazione dei trend respiratori ed emodinamici, la capacità di cogliere precocemente i segni di deterioramento e la modulazione della profondità di sedazione in funzione delle diverse fasi della procedura costituiscono componenti essenziali della sorveglianza anestesiologica.

## GESTIONE DELLE VIE AEREE E DELLE COMPLICANZE RESPIRATORIE

Le complicanze respiratorie rappresentano gli eventi avversi più frequenti durante sedazione profonda in endoscopia digestiva. Ipossiemia, ostruzione delle vie aeree, apnea, ipoventilazione, laringospasmo e aspirazione possono insorgere con maggiore probabilità in presenza di obesità, OSA, patologie respiratorie croniche, ridotta riserva fisiologica o procedure prolungate [3,4,11].
Nel setting endoscopico, tali criticità risultano accentuate dalla presenza dello strumento endoscopico, dalla condivisione delle vie aeree, dalla possibile abbondanza di secrezioni e dai posizionamenti non standard del paziente [2-4]. In questi casi, la capacità di prevenire e trattare rapidamente la compromissione respiratoria costituisce il principale valore aggiunto della competenza anestesiologica.
La gestione anestesiologica comprende preossigenazione, scelta appropriata dell'interfaccia per l'ossigenoterapia, titolazione prudente dei farmaci, disponibilità di dispositivi per il rescue ventilatorio e decisione tempestiva di passare a un controllo avanzato delle vie aeree quando il quadro clinico lo richieda. Le linee guida britanniche menzionano inoltre l'utilità di ventilazione non invasiva e ossigenoterapia ad alti flussi nei pazienti con insufficienza respiratoria sottoposti a endoscopia [1].

## COMPLICANZE EMODINAMICHE

Accanto alle complicanze respiratorie, la sedazione profonda può associarsi a ipotensione, bradicardia e altre alterazioni emodinamiche, favorite dalla farmacodinamica del propofol e dalle condizioni cliniche di base del paziente [3,4,6]. Tali eventi risultano più probabili negli anziani, nei pazienti ipovolemici, nei cardiopatici e nelle procedure prolungate.

La gestione di queste complicanze richiede una valutazione integrata del quadro clinico, considerando l'interazione tra profondità di sedazione, stimolazione procedurale, ipossia, ipercapnia e stato emodinamico preesistente. Anche sotto questo profilo il ruolo dell'anestesista è centrale, poiché consente di riconoscere precocemente l'instabilità e di intervenire mediante adeguamento del piano sedativo, supporto ventilatorio, fluidoterapia o farmaci vasoattivi.

## RECOVERY E DIMISSIONE

Il periodo post-procedurale rappresenta una fase integrante del percorso anestesiologico. Le raccomandazioni della BSG sottolineano che il monitoraggio debba proseguire fino al ritorno stabile del paziente al livello basale di coscienza e che il recovery debba essere gestito da personale adeguatamente formato [1].

Questo aspetto è particolarmente importante nei pazienti anziani, fragili o con comorbilità respiratorie e cardiovascolari, nei quali il recupero clinico può essere meno lineare rispetto a quanto suggerisca il solo risveglio apparente. L'anestesista contribuisce quindi alla definizione dei criteri di osservazione, dei parametri di dimissione e dell'eventuale necessità di monitoraggio prolungato o trasferimento in ambiente più protetto.

## ASPETTI ORGANIZZATIVI E GOVERNANCE DEL RISCHIO

La sicurezza della sedazione profonda in NORA dipende in larga misura dall'organizzazione del percorso. La disponibilità di protocolli condivisi, checklist, criteri di selezione dei pazienti, sistemi di registrazione dei parametri, farmaci e dispositivi di emergenza, nonché di personale adeguatamente formato, costituisce un prerequisito essenziale per una pratica clinica sicura [1,2].

In questo ambito l'anestesista svolge un ruolo anche di governance clinica, partecipando alla definizione dei percorsi assistenziali, alla formazione del team, all'analisi degli eventi avversi e dei near miss e al miglioramento continuo della qualità. L'endoscopia digestiva avanzata richiede infatti una collaborazione strutturata tra anestesista, endoscopista, infermiere di sala e personale di recovery, fondata su una comunicazione efficace e su una chiara distribuzione delle responsabilità.

## CONCLUSIONI

La sedazione profonda nelle procedure di endoscopia digestiva in setting NORA costituisce un ambito ad elevata complessità clinica e organizzativa. In tale contesto, il ruolo dell'anestesista comprende valutazione pre-procedurale, stratificazione del rischio, scelta della tecnica più appropriata, monitoraggio avanzato, gestione delle vie aeree, trattamento delle complicanze e supervisione del recovery [1-4,6].

Se nei pazienti selezionati e nelle procedure standard possono trovare spazio modelli non anestesiologici, nei pazienti fragili, nelle procedure terapeutiche complesse e in tutti i casi nei quali la sedazione profonda comporti un rischio significativo di deterioramento respiratorio o emodinamico, il coinvolgimento dell'anestesista rappresenta un elemento essenziale di appropriatezza e sicurezza [4,7-9].

L'obiettivo attuale non dovrebbe essere una contrapposizione tra modelli organizzativi, ma la definizione di percorsi condivisi e fondati sulla stratificazione del rischio, in grado di indirizzare la competenza anestesiologica là dove il suo impatto clinico risulta maggiore.

## BIBLIOGRAFIA

1. Sidhu R, Turnbull D, Newton M, Thomas-Gibson S, Sanders DS, McAlindon ME, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on sedation in gastrointestinal endoscopy. Gut. 2024;73(5):1-27.
2. Anesthesia Patient Safety Foundation. Safety in Non-Operating Room Anesthesia (NORA). 2024.
3. Woodward ZG, Urman RD, Domino KB. Safety of non-operating room anesthesia: a closed claims update. Anesthesiol Clin. 2017;35(4):569-581.
4. Perbtani YB, Asokkumar R, Bapat M, et al. Efficacy and safety of deep sedation and anaesthesia for complex endoscopic procedures: a narrative review. Diagnostics (Basel). 2022;12(7):1523.
5. Early DS, Lightdale JR, Vargo JJ 2nd, et al. Guidelines for sedation and anesthesia in GI endoscopy. Gastrointest Endosc. 2018;87(2):327-337.
6. Hinkelbein J, Lamperti M, Akeson J, et al. European Society of Anaesthesiology and European Board of Anaesthesiology guidelines for procedural sedation and analgesia in adults. Eur J Anaesthesiol. 2018;35(1):6-24.
7. Dumonceau JM, Riphaus A, Schreiber F, et al. Non-anesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy, European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates guideline. Endoscopy. 2010;42(11):960-974.
8. Conigliaro R, Fanti L, Manno M, Brosolo P. Italian Society of Digestive Endoscopy position paper on the non-anaesthesiologist administration of propofol for gastrointestinal endoscopy. Dig Liver Dis. 2017;49(11):1185-1190.
9. Byrne MF, Chiba N, Singh H, Sadowski DC. Propofol use for sedation during endoscopy in adults: a Canadian Association of Gastroenterology position statement. Can J Gastroenterol. 2008;22(5):457-459.
10. Nagrebetsky A, Gabriel RA, Dutton RP, Urman RD. Growth of nonoperating room anesthesia care in the United States: a contemporary trends analysis. Anesth Analg. 2017;124(4):1261-1267.
11. Chang B, Kaye AD, Diaz JH, et al. Interventional procedures outside of the operating room: results from the National Anesthesia Clinical Outcomes Registry. J Patient Saf. 2018;14(1):9-16.
12. Antonelli MT, Seaver D, Urman RD. Procedural sedation and implications for quality and risk management. J Healthc Risk Manag. 2013;33(1):3-10.

# Sindrome ed effetti correlati

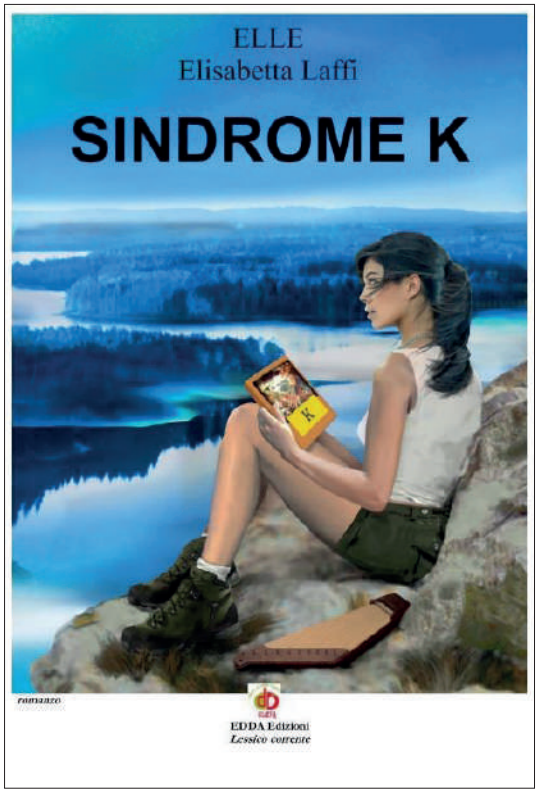
*Daniela D'Agosto**
Editrice e scrittrice



Per "sindrome" si intende un insieme di manifestazioni fisiche o (in senso estensivo) psicologiche che compaiono a prescindere dalle cause determinanti che possono essere diverse (il lemma *sindrome* peraltro rimanda al greco antico "concorso, affluenza"):
*Nel linguaggio medico, termine che, di per sé stesso, ossia senza ulteriori specificazioni, indica un complesso più o meno caratteristico di sintomi, senza però un preciso riferimento alle sue cause e al meccanismo di comparsa, e che può quindi essere espressione di una determinata malattia o di malattie di natura completamente diversa.*
(https://www.treccani.it/vocabolario/sindrome/)

Per inciso diciamo che il termine "sindrome" ha assunto ulteriori significati: significato sociologico, comportamentale, metaforico (sindrome dell'impostore, del nido vuoto, di Peter Pan…e altri ancora) sintomi sociali o psicologici "oltre la medicina".
Qui non interessa dunque entrare nel campo medico, non ne abbiamo gli strumenti - anzi lanciamo un "sassolino nello stagno" nel caso in cui volessero raccoglierlo gli esperti addetti ai lavori - piuttosto sarà interessante ragionare, da opinionisti, su quegli aspetti psicologici, e in particolare inconsci, che producono meccanismi di difesa, utili per esorcizzare il timore ad alto stress per la propria e l'altrui incolumità… nei casi in cui, quel timore, è oggettivamente fondato, ma anche potenzialmente dannosi per sé e per gli altri quando troppo condizionanti.
Comportamenti difensivi che non fanno appello alla violenza, piuttosto pongono in atto strategie di contenimento dell'aggressività esogena: nell'impossibilità di porre un baluardo efficace atto a difendere l'incolumità, i meccanismi inconsci indirizzano, talvolta, il soccombente alla manipolazione del sopraffattore, per cercare di sminuirne la minaccia, salvo poi condividerne la prospettiva.
È questa la fattispecie della *Sindrome di Stoccolma*, chiamata così per un fatto di cronaca avvenuto nella capitale svedese nel 1973. Quattro impiegati di banca, vivendo per 130 ore a stretto contatto con i sequestratori, svilupparono un atteggiamento di sudditanza prima e quasi di affetto e riconoscenza poi verso i rapitori, finendo quindi col difenderli nei confronti delle forze dell'ordine.
Cosa può aver determinato un atteggiamento così irrazionale? È forse quella la risposta inconscia cui prima si accennava? L'impotenza va incontro alla trasformazione e da sentimento negativo si traduce nell'opposto, prescindendo dalla volontà. Non conta se quello che si subisce è un'ingiustizia, è una pressione egoistica da parte di coloro che la mettono in atto; la risposta inusitata è la scappatoia che suggella la pace e il quieto vivere…
La condivisione da parte del soggetto passivo delle prospettive e delle proposte di chi esercita la coercizione non costituisce quindi una risposta razionale; l'inconscio, sottoposto a grave stress, forse elabora convincimenti profondi che eludono l'esame critico delle azioni e delle situazioni, con lo scopo, questo sì più che giustificato, dell'autoconservazione. Ciò che non si giustifica, ma si comprende, nel caso specifico richiamato prima, è la difesa dei sequestratori nei tempi successivi, quando il caso si pose all'esame della giustizia. È probabile che il tempo troppo lungo trascorso in compagnia degli aguzzini abbia ingenerato nelle vittime sfiducia nei confronti delle forze dell'ordine, e della Giustizia in generale, dimestichezza con i malviventi per il fatto di condividere, in cattività, il medesimo spazio e il medesimo tempo. In un certo senso la vicinanza forzata creò per un breve periodo una sorta di comunità.
E di questi meccanismi, anche in forme non così esasperate, è piena la quotidianità così come la storia.
Infatti, al di là del fatto di cronaca riferito, che rappresentò materia di analisi da parte degli psichiatri, è possibile rilevare che nelle relazioni interpersonali non sempre i giusti confini tra le sfere individuali, che necessariamente entrano in contatto, sono rispettati. Quelle che oggi sono definite relazioni "tossiche" non sono forse il risultato di interazioni squilibrate dove un dominante detta le regole che il dominato accetta acriticamente (almeno nella prima fase), riconoscendone la giustezza? Giustezza perché è "lui" o "lei" o il "capo" che lo dice e giustezza perché è per il bene di "tutti" … Ma chi sono questi "tutti"? Tutti i componenti del gruppo? Ma proprio e veramente "tutti"? Si può vivere anche per molto tempo nell'illusione dell'isola felice (la famiglia? la comunità? il clan? la coppia? il branco? il partito? o altro?).
Le relazioni così cristallizzate consentono un contrasto forte verso le forze esogene, ma non una difesa dell'individuo contro le forze endogene, interne al gruppo che in tale modo garantisce a sé stesso l'esistenza.
Il problema emerge nella sua tragica interezza quanto il dominato (o i dominati) si rende conto dell'angustia dello spazio psicologico in cui è costretto a vivere, dove non potrà trovare attuazione vitale la personalità, dove non potrà esprimere neppure un solo pensiero che non sia in linea con il pensiero dominante. Nella fattispecie, e cioè quando si incomincia ad avere, con grande sforzo giacché non è facile superare le abitudini, deleterie perché comode, coscienza dei limiti imposti, siamo ormai fuori dalla Sindrome di Stoccolma, e restarne fuori è pericolosissimo per chi è ormai risoluto a riprendersi lo spazio fino a quel punto negato.

Daniela D'Agosto




E qui la cronaca ci rimanda ai tantissimi episodi di violenza familiare, di gruppo (e non solo) e di ostracismo nei confronti del quale è quasi impossibile reagire. I timore di essere "*aut*", di essere esclusi dal consorzio in cui viviamo, di non essere conformi alle idee di chi decreta al nostro posto ciò che è giusto, accoglibile, gradito a chi domina (nessun settore escluso della società) ci induce a delegare la nostra facoltà di scegliere ciò che è veramente meglio per noi a coloro che si arrogano, perché noi stessi li abbiamo legittimati, il diritto di farlo.
Sarebbe il caso di dire che *Historia magistra vitae* in questo e non staremo qui a enumerare fatti storici importantissimi del lontano e recente passato, nonché dell'attualità. Basterebbe rileggersi le pagine, a ogni rilettura attuali, di *Fuga dalla libertà* di Erich Fromm per capire, o meglio per ricordare a noi stessi, come si è uomini "liberi" pur non sapendo cosa fare di tanta libertà…
Il ragionamento ci porterebbe fin troppo lontano ed è bastato parlare di una "sindrome" specifica e caratteristica che ha riempito pagine di cronaca, pagine di storia e di letteratura per divagare in "libertà" un po' dappertutto. Ma restiamo al tema.

Prendo le mosse da una recentissima pubblicazione di EDDA Edizioni dal titolo, guarda caso, *Sindrome K* di Elisabetta Laffi, in arte ELLE, dove K non è riferimento alla vicenda storica dell'escamotage di un inesistente Morbo K, adottato dai medici dell'ospedale Fatebenefratelli di Roma, per salvare dai nazisti, nel 1943, gli ebrei e gli antifascisti lì nascosti. Si tratta in realtà di un'avventura in Finlandia alla ricerca degli elementi costitutivi del poema finnico *Kalevala* di Elias Lönnrot, la cui iniziale K qualifica la sindrome in argomento. Nel romanzo, tra i due personaggi centrali si instaura quel particolare rapporto di dipendenza, di fascinazione per cui la parte più debole subisce il volere dispotico del conduttore delle ricerche, che persegue fini propri egoistici, senza riuscire a scrollarsi di dosso quella sorta di innamoramento indotto dai luoghi suggestivi, dai fini perseguiti dal capo e dalla bellezza condizionante dello stesso.
Siamo di nuovo in presenza della *Sindrome di Stoccolma*, che peraltro viene richiamata dalla figura collaterale del medico che osserva comportamenti e dialoghi. Il tutto avviene nella regione dei laghi finlandesi, dove i personaggi devono obbligatoriamente sostare per diverso tempo per le ricerche, obiettivo della missione, e per i ripetuti "contrattempi", qualificati da qualcuno come sabotaggi (volutamente provocati, non si dice da chi, ma è facilmente intuibile) delle vetture utilizzate per gli spostamenti… Pur essendo il territorio percorso e da percorrere piuttosto vasto, l'impressione che se ne ricava è quella del "confinamento" fisico e quindi psicologico… che impedisce ai partecipanti di gettare oltre lo sguardo, ovvero di dare una giusta dimensione alla vicenda cui sono stati chiamati a partecipare.

***Dott.ssa Daniela D'Agosto**, laureata con lode in Lettere presso La Sapienza Università di Roma, forte delle ricerche e degli studi accademici e anche delle competenze acquisite, in parallelo, nei settori amministrativi, fiscali e della formazione, sia in ambito professionale privato, sia in istituti scolastici della Pubblica Istruzione, dà concretezza al progetto di costituire una casa editrice. Nel 2010 fonda, con Vito Manduca e Valentina Manduca, EDDA Edizioni (dove EDD'A è acronimo di Edizioni di Daniela D'Agosto), seguendo la sua antica passione per i libri (www.eddaedizioni.it)
Collabora con SNFIA – Sindacato delle Professionalità Assicurative per la rivista NotizieSnfia
Recenti pubblicazioni: *A.D.MMXX (2020 d. C.)*, EDDA Edizioni, 2021; *Donne nella Historia. Nobiltà e miserie dal Cinquecento al… 2023*, EDDA Edizioni, 2023.

# Curare i bambini, curare le famiglie.

## L'importanza degli interventi psicoeducativi e terapeutici con i genitori nella diagnosi di linfoangioma cervicale



***Paola Abbondanza***

Psicologa, Psicoterapeuta - CTA - EMDR I e II livello
p_abbondanza@libero.it
USI Piazza Bologna - Via G. Squarcialupo, 36

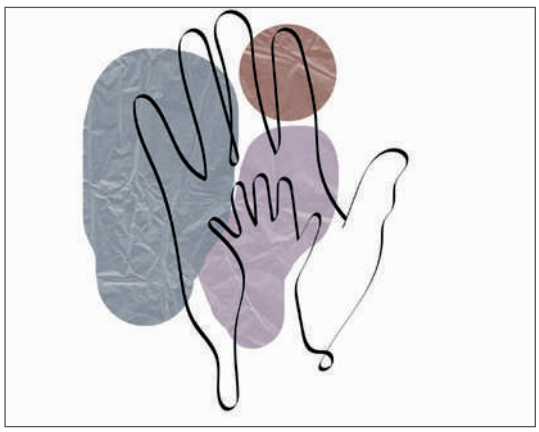


*Immagine su Magnific*

La teoria dell'attaccamento può essere definita una teoria dello sviluppo affettivo e relazionale, che riconosce alle esperienze interattive precoci con il caregiver la capacità di fornire al bambino modelli rappresentazionali di Sé e degli altri relativamente stabili, improntati alla sicurezza e all'autostima, utili a formulare previsioni sul mondo e a mettersi in relazione con esso (Holmes, 1993).
L'esperienza affettiva di attaccamento si organizza in Modelli Operativi Interni della figura di attaccamento e del Sé che rappresentano l'esperienza vissuta nelle relazioni interpersonali con le persone che si prendono cura del bambino (Bowlby, 1969).
Caratteristica centrale dei MOI riguarda la disponibilità attesa della figura di attaccamento, intesa come accessibilità e responsività; Bowlby prevede inoltre un modello complementare del Sé: un individuo che ha sviluppato un modello operativo interno della figura di attaccamento come amorevole e pronta a sostenerlo, può costruire un modello complementare del Sé come degno di sostegno e amore.




Le precoci relazioni con le figure di attaccamento possono cambiare la struttura neuroanatomica coinvolta nel funzionamento del sistema di attaccamento e influenzano le competenze cognitive, emotive e metacognitive della persona (Farina, Liotti, Imperatori, 2019).
Le *funzioni psichiche individuali* derivano da un processo di interiorizzazione di concetti e competenze in un primo momento presenti solo a livello dello scambio sociale, poiché *"la mente non si sviluppa in modo naturale e senza assistenza…L'intelligenza consiste nella capacità di usare come protesi della mente le conoscenze e le procedure trasmesse dalla cultura"*. La *mente* è per sua natura sociale "*il tragitto dall'oggetto al bambino e dal bambino all'oggetto passa attraverso un'altra persona"* (Vygotskij 1978)"
Lo "spazio" tra due livelli di funzionamento cognitivo di un soggetto, può dunque venire *"innalzato"* grazie alle *"impalcature di sostegno"* fornite da *altri* significativi (Bruner, 1998)



Paola Abbondanza

## SVOLTE CRITICHE: L'INSORGENZA DELLA MALATTIA NEL PROCESSO DI SVILUPPO

Si possono verificare interferenze più o meno gravi nelle fasi di sviluppo: più precoce è a fase in cui si verifica tale interferenza più grave risulta il disturbo psicologico.
Nei casi di malattie ad insorgenza in età pediatrica, ciò che va accettato non è la perdita di funzioni e qualità di vita precedentemente acquisite, ma la difficoltà ad attraversare le fasi del ciclo di vita familiare che ogni persona si aspetterebbe in condizioni normali.
Per i genitori, può significare non poter giocare con i propri figli, domandarsi se potranno frequentare la scuola, se la coppia genitoriale potrà recuperare l'autonomia e l'intimità coniugale, oppure se l'impegno assistenziale saturerà ogni spazio familiare.
Per il bambino, può voler dire crescere coniugando lo sforzo di mantenersi proiettato sul suo futuro, cercando di condurre una vita il più "normale" possibile, con il sentimento angoscioso di un corpo fragile e la paura di non farcela a crescere.



## LINFOANGIOMA CERVICALE: CARATTERISTICHE CLINICHE E APPROCCI TERAPEUTICI

Il *Linfangioma cervicale* è una malformazione rara dei vasi linfatici che interessa frequentemente la zona del collo.
Nel 50% dei casi è presente sin dalla nascita; nel 90% dei casi è diagnosticato entro i 2 anni di vita senza differenze nei due sessi.
Nel 50-75% dei casi si localizza a livello di capo e collo probabilmente a causa della ricca vascolarizzazione linfatica presente in queste aree.
In genere è indicato eseguire un esame cromosomico perché le malformazioni linfatiche possono essere correlate alla mutazione del gene PIK3CA.
Le operazioni terapeutiche disponibili sono mirate alla gestione dei sintomi con farmaci antiinfiammatori, antidolorifici, trattamenti sclerosanti e chirurgia.

## L'IMPATTO EMOTIVO DEL LINFOANGIOMA CERVICALE

È una esperienza traumatica pervasiva, in quanto è una patologia che a pieno titolo rientra tra le esperienze di traumatizzazione con la T maiuscola sia per il bambino cui è diagnosticata la malattia, sia per il genitore che del bambino, che segue il figlio nel percorso di cura.
È pure una patologia inquadrabile tra le esperienze di traumatizzazione con la t minuscola, in relazione a molteplici eventi collegati agli aspetti emotivo-relazionali (Shapiro, F. 2018).
La comunicazione della diagnosi della patologia, il percorso di ospedalizzazione, il confronto con l'invasività delle cure, i vissuti di impotenza nel gestire il bambino, il confronto con il personale medico-sanitario e con le istituzioni, il bisogno di appartenenza, sono processi emotivamente complessi che vedono una potente attivazione del legame di attaccamento strutturatosi tra genitore e bambino (Taruscio, 2009).

## SUPPORTO PSICOLOGICO E LINFOANGIOMA CERVICALE: PERCORSI PER SUPERARE IL TRAUMA

Anche in un bambino affetto dal linfoangioma è possibile che non si verifichino distorsioni nel sé: la sua personalità può essere integra se il senso di sé sarà basato sull'esperienza di vivere come una persona che è stata accettata (Winnicott, 2015) .
Appare perciò fondamentale sostenere i bambini e le loro famiglie attraverso interventi di sostegno psicoeducativo e/o Psicoterapeutico in base ai bisogni/difficoltà emersi.
La consulenza psicologica dovrebbe costituire parte integrante del percorso di cura rivolto alle persone con malattie rare, specialmente nei casi di elevata complessità.
La Psicologia della Salute, ossia quella specialità della Psicologia che studia i processi alla base della salute, delle malattie, nonché della diagnosi e cura, sottolinea l'incredibile capacità degli esseri umani di adattarsi e reagire costruttivamente in situazioni difficili (Ricci Bitti, Gremigni, 2013).
Mutuando il termine resilienza dalla fisica, s'intende con questa la capacità di affrontare eventi avversi tramite un cambiamento evolutivo.
Nel contesto familiare, la resilienza aumenta quando i componenti

- condividono l'importanza di sentirsi uniti a fronteggiare le difficoltà;
- riescono ad esprimere e tollerare l'ampia gamma delle emozioni;
- sono in grado di gestire flessibilmente i ruoli familiari in funzione delle esigenze, senza perdere l'organizzazione complessiva del nucleo familiare;
- sono parte di una rete di supporto informale.

Durante la consulenza psicologica nel contesto del trattamento delle malattie rare è importante identificare le specifiche risorse che potranno sostenere pazienti e familiari nell'affrontare gli stress e individuare le eventuali aree di criticità che potrebbero ostacolare il processo di adattamento, per poterle affrontare (Solomon, R.M, 2020).



La sfida, in sostanza, non è di mantenere una propria impassibilità a fronte dell'evento, ma di cambiare insieme a questo riconoscendo il dolore e senza perdere la capacità di impegnarsi nella vita in modo attivo e propositivo.

## RISORSE E RESILIENZA: STRATEGIE PER AFFRONTARE IL LINFOANGIOMA CERVICALE

Per ampliare il repertorio di comportamenti disponibili e migliorare l'efficacia degli stessi, è importante rafforzare o sviluppare risorse positive, quali:

- la disposizione a vedere la malattia come sfida da affrontare, piuttosto che come sconfitta (hardiness);
- la capacità di mantenere un senso di speranza realistica (ottimismo);
- la fiducia nella capacità di esercitare un controllo sulla propria vita e salute (convinzioni di autoefficacia);
- la capacità di identificare ed elaborare i vissuti dolorosi, riconoscendo l'impatto della situazione e delle proprie reazioni sulle altre persone (consapevolezza emotiva)

Il primo passo nel percorso psicoterapeutico con i genitori è un lavoro psicoeducativo mirato, che aiuti i genitori a comprendere tutti gli eventi stressanti che stanno vivendo e come questi abbiano un impatto sulla loro capacità di regolazione delle emozioni e, di conseguenza, sulla relazione con i propri bambini (Solomon, R.M, 2016).

Durante il processo di adattamento psicologico, transitorie reazioni di rabbia e/o disperazione possono considerarsi fisiologiche.

É sempre importante valutare le condizioni di sofferenza psichica, per affrontarle tempestivamente e sostenere pazienti e familiari nel percorso di cura.

Il coinvolgimento di entrambi i genitori in questa fase può rappresentare una preziosa risorsa per il percorso terapeutico e per il benessere del bambino e delle dinamiche familiari.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bowlby J. (1969), Attachment and loss vol.1, New York basic books
2. Bruner J. S. (1988) La mente a più dimensioni, ed. Laterza
3. DSM-5-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, (2023) Raffaello Cortina Editore
4. Farina B, Liotti M, Imperatori C. The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic.dissociative dimension. Frontiers in Psychology, section Psychology for Clinical Settings, 2019
5. Holmes J., (1993) Attachment Theory: A biological basis for Psyhoterapy? , The British Journal of Psychiatry, vol. 163, issue 4, pp 430-38
6. Shapiro, F. (2018). EMDR Therapy and the AIP Model, Guilford.
7. Solomon, R.M. (2016), EMDR and the treatment of traumatic grief ; the film technique, Workshop materialsand clinical lectures.
8. Solomon, R.M. (2020), EMDR therapy in the treatment of grief and mourning. In M.
9. Taruscio D. Malattie rare e medicina narrativa. Atti del convegno "Medicina narrativa e malattie rare". Istituto superiore di sanità, Roma, 2009.
10. Ricci Bitti PE, Gremigni P. Psicologia della salute. Modelli teorici e contesti applicativi. Roma, Carocci, 2013.
11. Vigotskij, L.S.(1978), Mind in Society: the development of Higher Psychological Processes, (citato da Bruner, J. S. (1998), La mente a più dimensioni, Bari: Laterza
12. Winnicott D.W., (2015) Sviluppo affettivo e Ambiente, Armando Editore

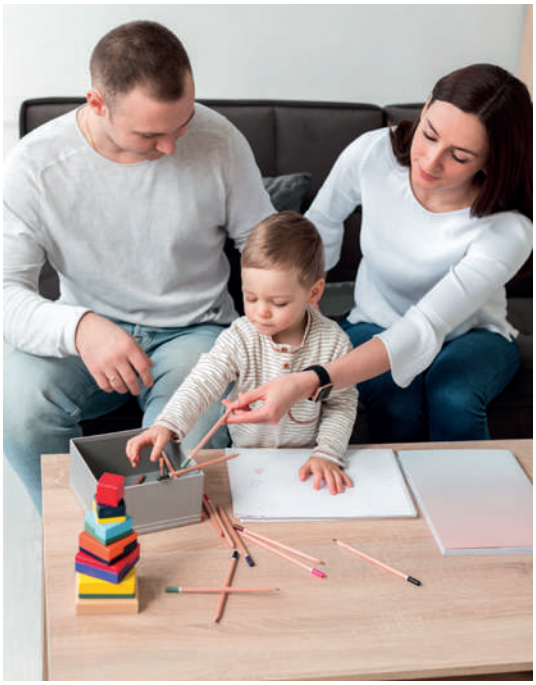


*Immagine su Magnific*

# Sigarette elettroniche: evidenze e conoscenze attuali, implicazioni per le politiche di salute pubblica



***Giovanni Puglisi***

Primario Emerito
Azienda Ospedaliera S.Camillo - Forlanini
Pneumologo
USI Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22
USI Ostiense-Piramide - Viale Marco Polo, 41
USI Lido di Ostia - Viale del Lido, 3



*Immagine su Magnific*

## INTRODUZIONE

Le sigarette elettroniche (EC) rappresentano una categoria di dispositivi elettronici portatili che generano un aerosol destinato all'inalazione attraverso il riscaldamento di un liquido, generalmente costituito da solventi, aromi e, in molti casi, nicotina. I liquidi impiegati non contengono tabacco, ma possono contenere nicotina in quantità variabili (ENDS, *Electronic Nicotine Delivery Systems*) oppure esserne completamente privi (ENNDS, *Electronic Non-Nicotine Delivery Systems*). Le evidenze scientifiche indicano generalmente che le sigarette elettroniche espongono a quantità inferiori di molte sostanze tossiche rispetto alle sigarette tradizionali, perché non avviene la combustione del tabacco. Tuttavia, ciò non significa che siano innocue: l'esposizione a nicotina, aldeidi, metalli e altre sostanze può comunque comportare rischi per la salute, soprattutto con un uso prolungato. Negli ultimi anni, il dibattito scientifico si è concentrato sulla loro possibile riduzione del danno rispetto al fumo convenzionale. Le sigarette tradizionali producono fumo attraverso la combustione del tabacco, generando migliaia di sostanze chimiche, tra cui catrame, monossido di carbonio e idrocarburi policiclici aromatici. Le sigarette elettroniche, invece, riscaldano un liquido contenente generalmente glicole propilenico, glicerina vegetale, aromi e, spesso, nicotina. L'assenza di combustione riduce significativamente la formazione di numerosi tossici tipici del fumo. Giova sottolineare che i dati sui tumori a 20–30 anni non sono ancora completi e che la variabilità dei dispositivi per quanto riguarda la forma, l'ampia scelte degli aromi, delle temperature, rende complessa una valutazione uniforme del rischio. Inoltre non è semplice valutare il danno della sigaretta elettronica in quanto i fruitori di queste sono spesso ex fumatori; in buona sostanza non è agevole precisare nel verificarsi di un eventuale danno, quanto spetta al tabacco e quanto all'uso delle sigarette elettroniche. L'assenza di combustione rappresenta un vantaggio significativo in termini tossicologici, ma la presenza di nicotina e di altri composti potenzialmente nocivi mantiene un profilo di rischio non trascurabile. L'uso combinato di sigarette tradizionali e sigarette elettroniche è un fenomeno diffuso e comporta rischi per la salute paragonabili, se non superiori, a quelli associati all'utilizzo di un singolo prodotto.

## TIPOLOGIE ATTUALMENTE DIFFUSE

Nel mercato attuale è possibile individuare alcune principali tipologie di sigarette elettroniche.Tra queste rientrano le cigalike, le vape pen, i sistemi a pod (pod system e pod mod), i dispositivi avanzati box mod e le sigarette elettroniche usa e getta (disposable e-cigarettes), che rappresentano l'evoluzione più recente in termini di diffusione commerciale. Le sigarette elettroniche usa e getta sono dispositivi preassemblati, non ricaricabili e pronti all'uso, destinati allo smaltimento una volta esaurito il liquido. Negli ultimi anni hanno registrato una rapida diffusione grazie alla semplicità d'uso, al basso costo iniziale e all'ampia disponibilità di aromi, risultando particolarmente diffuse tra adolescenti e giovani adulti.



*Cigalike*




*Usa e getta*



*Vape pen* *Box mod* *Pod System*

### Schema riassuntivo delle tipologie

| TIPOLOGIA | CARATTERISTICHE PRINCIPALI |
|---|---|
| Cigalike | Forma simile alle sigarette tradizionali, batteria limitata, bassa autonomia |
| Vape Pen | Struttura cilindrica, batteria ricaricabile, serbatoio ricaricabile |
| Box Mod | Dispositivi avanzati, elevata potenza, parametri regolabili |
| Pod System | Compatti, cartucce sostituibili, uso semplice |
| Pod Mod | Versione più avanzata dei pod system, maggiore autonomia |
| Disposable | Usa e getta, pre-riempite, nessuna ricarica o manutenzione |

Un accenno ai **Rigenerabili**, dispositivi avanzati destinati esclusivamente a utenti esperti, in cui non vengono utilizzate resistenze pronte all'uso; è l'utente a dover fabbricare la resistenza girando manualmente un filo metallico a forma di spirale e inserendovi all'interno del cotone idrofilo da bagnare con il liquido. Necessitano di una elevata manutenzione. Resa aromatica dei liquidi ai massimi livelli.

## DUE MODI DI SVAPARE

Nel mondo delle sigarette elettroniche , esistono differenze nell'inalazione o modi di respirare il vapore:
**Tiro di guancia (MTL – Mouth To Lung).** Riproduce esattamente lo stesso identico movimento che si fa quando si fuma una sigaretta tradizionale. Il vapore viene prima aspirato e trattenuto per un istante in bocca (nelle guance) e solo in un secondo momento giunge nei polmoni. Il tiro è "chiuso" e offre molta resistenza all'aria (bisogna "tirare" con una certa forza). Il colpo in gola (hit) è ben percepibile. Viene prodotta una quantità di vapore discreta e moderata. I dispositivi che lo usano consumano pochissimo liquido e poca batteria. È ideale per chi sta cercando di smettere di fumare e vuole ritrovare la stessa identica gestualità della sigaretta classica.
**Tiro di Polmone (DL – Direct Lung).** Riproduce il movimento che si fa quando si respira a pieni polmoni, ad esempio attraverso un boccaglio da sub o quando si fa un aerosol. Il vapore non si ferma in bocca, ma passa direttamente e immediatamente nei polmoni mentre si aspira dal dispositivo. Il tiro è completamente "aperto", l'aria scorre senza alcuna resistenza e il beccuccio della sigaretta elettronica è molto più largo. Vengono prodotte enormi e dense nuvole di vapore. I dispositivi consumano molto liquido e richiedono batterie molto potenti. Ideale per chi cerca il massimo aroma, ama fare grandi nuvole di vapore e preferisce usare liquidi senza nicotina o con percentuali molto basse.

## TOSSICITÀ DELLA SIGARETTA ELETTRONICA

Le sigarette elettroniche non producono la combustione del tabacco (e quindi evitano molte sostanze tossiche tipiche del fumo tradizionale), ma non sono prive di sostanze potenzialmente dannose. Le sostanze tossiche possono trovarsi sia nel liquido sia nell'aerosol che viene inalato.

Giovanni Puglisi

**Nel liquido (e-liquid):** *Nicotina*: sostanza che crea dipendenza, può aumentare frequenza cardiaca e pressione arteriosa, è particolarmente rischiosa per adolescenti e donne in gravidanza. La nicotina stimola il rilascio di dopamina nel cervello, generando una gratificazione istantanea. È una delle sostanze a più alto indice di dipendenza al mondo, rendendo estremamente difficile smettere di svapare una volta iniziato. Mentre con le sigarette tradizionali è difficile andare in overdose perché l'assunzione è lenta, con le sigarette elettroniche (specialmente quelle polmonari o usa e getta ad alti livelli) si rischia l'intossicazione acuta da nicotina (Nausea, vomito e forti giramenti di testa. Sudorazione fredda e mal di testa intenso); *Glicole propilenico*: utilizzato come solvente, può irritare occhi e vie respiratorie in alcuni soggetti; *Glicerina vegetale*: produce il "vapore" visibile e quando viene riscaldata può degradarsi formando sostanze irritanti; Aromi chimici: alcuni aromi alimentari sono considerati sicuri per ingestione, ma non necessariamente per inalazioni, mentre alcuni composti aromatici sono stati associati a irritazione o danni respiratori.
**Nell'aerosol inalato:** *Formaldeide*, che può formarsi a temperature elevate ed è classificata come cancerogena; *Acetaldeide:* irritante per le vie respiratorie , sostanza potenzialmente cancerogena; Acroleina: può derivare dalla degradazione della glicerina ed è molto irritante per i polmoni; *Metalli pesanti provenienti dalla resistenza:* Nichel, Cromo, Piombo che possono essere rilasciati in piccole quantità durante il riscaldamento; *Particelle ultrafini* che possono raggiungere profondamente i polmoni e i cui effetti a lungo termine sono ancora oggetto di studio.

In una pubblicazione del 2023 Travis et al. (2023) hanno sintetizzato le evidenze provenienti da 25 revisioni sistematiche riguardanti la composizione chimica e la tossicità delle sigarette elettroniche, evidenziando che i livelli di molti composti tossici derivanti dalla combustione del tabacco risultano generalmente inferiori negli aerosol delle sigarette elettroniche rispetto al fumo convenzionale. In particolare, composti carbonilici, nitrosammine e idrocarburi policiclici aromatici tendono a essere presenti in concentrazioni più basse. Al contrario, alcuni metalli possono raggiungere concentrazioni comparabili o superiori a quelle osservate nelle sigarette tradizionali, probabilmente a causa del rilascio di particelle provenienti dalle resistenze e dai componenti metallici dei dispositivi. Nel complesso, Travis et al. concludono che le sigarette elettroniche presentano un profilo tossicologico generalmente meno gravoso rispetto alle sigarette convenzionali, ma non possono essere considerate prive di rischio. In un'altra pubblicazione del 2023 di Zhao S, Zhang X et al., gli autori hanno valutato il rischio sanitario cancerogeno e non cancerogeno associato all'esposizione a quattro composti organici (formaldeide, acetaldeide, acroleina e acetone) e sette metalli pesanti (arsenico, cadmio, manganese, piombo, rame, nichel e cromo) presenti nei liquidi e negli aerosol delle sigarette elettroniche. Tra i composti organici, la formaldeide è risultata il contaminante più abbondante negli aerosol, mentre tra i metalli sono state riscontrate concentrazioni significative di rame, nichel, cromo e piombo. Gli autori sottolineano che tali sostanze derivano sia dalla degradazione termica dei solventi utilizzati negli e-liquid sia dal rilascio di particelle provenienti dalle componenti metalliche dei dispositivi. La principale conclusione dello studio è che l'inalazione rappresenta di gran lunga la via di esposizione più critica e che per quanto riguarda il rischio cancerogeno le sostanze che contribuiscono maggiormente al rischio oncologico sono risultate la formaldeide, l'acetaldeide, l'arsenico, il nichel e il cromo.



*Immagine su Magnific*

## IQOS

Le IQOS sono dispositivi appartenenti alla categoria dei prodotti a tabacco riscaldato (Heated Tobacco Products, HTP), progettati per riscaldare stick contenenti tabacco processato a temperature inferiori a quelle necessarie per la combustione. Tale processo genera un aerosol contenente nicotina e altri costituenti del tabacco, riducendo la formazione di molti prodotti tossici della combustione rispetto alle sigarette convenzionali, pur non eliminando completamente l'esposizione a sostanze potenzialmente nocive. Le IQOS sono dispositivi a tabacco riscaldato (Heated Tobacco Products, HTP). A differenza delle sigarette elettroniche, che vaporizzano un liquido contenente o meno nicotina, le IQOS utilizzano vero tabacco sotto forma di stick appositamente progettati , che viene riscaldato senza raggiungere la combustione. Come funzionano: Il dispositivo porta il tabacco a temperature comprese generalmente tra 250 e 350 °C, molto inferiori a quelle di una sigaretta tradizionale (circa 600–900 °C durante l'aspirazione). Le evidenze disponibili indicano che le IQOS producono quantità inferiori di molte sostanze tossiche rispetto alle sigarette convenzionali e che tuttavia non eliminano completamente l'esposizione a sostanze nocive. L'aerosol contiene comunque nicotina, composti carbonilici, particolato ultrafine e altri contaminanti. Gli effetti sulla salute a lungo termine non sono ancora completamente definiti, poiché questi prodotti sono relativamente recenti. Non c' combustione e in genere sono meno cancerogeni, producono meno ossido di carbonio e sono meno tossici rispeto al fumo tradizionale. Restano possibili comunque irritazione bronchiale, infiammazione, dipendenza, effetti cardiovascolari della nicotina. Secondo una classifica approssimativa del danno (dal più dannoso al meno dannoso): 1) sigarette tradizionali, 2) tabacco riscaldato tipo IQOS, 3) e-cig ad alta potenza, 4) pod system a bassa potenza.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tutti i prodotti a base di tabacco, nicotina e derivati presentano un potenziale rischio per la salute. L'OMS evidenzia inoltre come il concetto di "riduzione del danno" sia stato impiegato per promuovere prodotti alternativi al tabacco combusto, incluse le sigarette elettroniche. In tale prospettiva, l'Organizzazione raccomanda l'adozione di politiche di controllo complete e integrate, finalizzate a ridurre la disponibilità e il consumo di tutti i prodotti contenenti tabacco e nicotina, quale strategia prioritaria per la protezione della salute pubblica. L'identificazione dei componenti delle sigarette elettroniche è il primo passo per determinarne i rischi per la salute umana e supportare normative e politiche sanitarie basate su dati scientifici. La sigaretta elettronica non deve essere considerata un mezzo per ridurre il consumo di tabacco, soprattutto perché gli effetti di una doppia esposizione non sono ben noti; le autorità sanitarie dovrebbero istituire un sistema di costante sorveglianza epidemiologica rafforzato, avviando una "standardizzazione" dei prodotti per lo svapo "più rigorosa" (controllo della composizione dei liquidi, con l'eventuale divieto di alcuni prodotti). Un ruolo centrale spetta agli operatori sanitari ritenendo fondamentale potenziare le loro conoscenze e la formazione. L'OMS è preoccupata per il fatto che questi prodotti siano stati autorizzati sul mercato come beni di consumo e commercializzati in modo aggressivo ai giovani e che l'industria delle sigarette elettroniche si rivolge anche a bambini e adolescenti, pur affermando che il suo unico scopo è quello di fornire un'alternativa più sicura al tabacco e di aiutare i fumatori a smettere. Gli Stati membri dovrebbero prendere in considerazione l'introduzione di divieti o misure regolatorie sulle sigarette elettroniche nell'ambito di una strategia complessiva di controllo del tabagismo. Tutti i prodotti a base di tabacco, nicotina e derivati sono dannosi. Le aziende produttrici di tabacco e nicotina si appropriano indebitamente del concetto di "riduzione del danno" per commercializzare prodotti a base di tabacco e nicotina, comprese le sigarette elettroniche. L'importanza di misure regolamentari complete è sottolineata nella posizione dell'OMS sul controllo del tabacco e sulla riduzione del danno: i governi possono proteggere al meglio la salute attuando pienamente misure complete di controllo del tabacco che riducano la domanda e l'offerta di tutti i prodotti a base di tabacco, nicotina e derivati. Tra i giovani non fumatori, l'inizio del fumo convenzionale è aumentato in media di 3 volte negli utilizzatori di sigarette elettroniche rispetto ai non utilizzatori. Banks, Yazidjoglou e Joshy (2023) concludono che le sigarette elettroniche possono determinare effetti dannosi documentati, tra cui dipendenza da nicotina, tossicità acuta, lesioni da inalazione e aumento del rischio di iniziazione al fumo tra i giovani non fumatori. Sebbene possano offrire benefici ad alcuni fumatori che sostituiscono completamente e rapidamente le sigarette combustibili, le evidenze sulla loro efficacia come strumento di cessazione e sui loro effetti a lungo termine rimangono limitate. Gli autori sottolineano che la valutazione dell'impatto delle sigarette elettroniche deve considerare non solo i possibili benefici individuali per i fumatori, ma anche gli effetti sulla popolazione generale, in particolare sui giovani e sui non fumatori, evidenziando la necessità di ulteriori studi epidemiologici di lunga durata e di politiche regolatorie fondate sull'evidenza scientifica. L'OMS sottolinea che gli Stati membri dovrebbero attuare un approccio globale al controllo del tabacco che includa l'aumento delle accise sul tabacco, il divieto di pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco, avvertenze sanitarie, aree libere dal fumo, campagne sui mass media e il supporto alle persone che desiderano smettere di fumare con strumenti comprovati come la consulenza di operatori sanitari, linee telefoniche gratuite di supporto per smettere di fumare, servizi di cessazione del fumo mobili e digitali e terapie approvate. Alla luce delle crescenti prove relative al loro utilizzo da parte di bambini e adolescenti e ai danni per la salute, è necessario intervenire con azioni decise e incisive per prevenire la diffusione delle sigarette elettroniche. L'OMS si impegna a costruire un mondo più sicuro e più sano per tutti, ovunque.

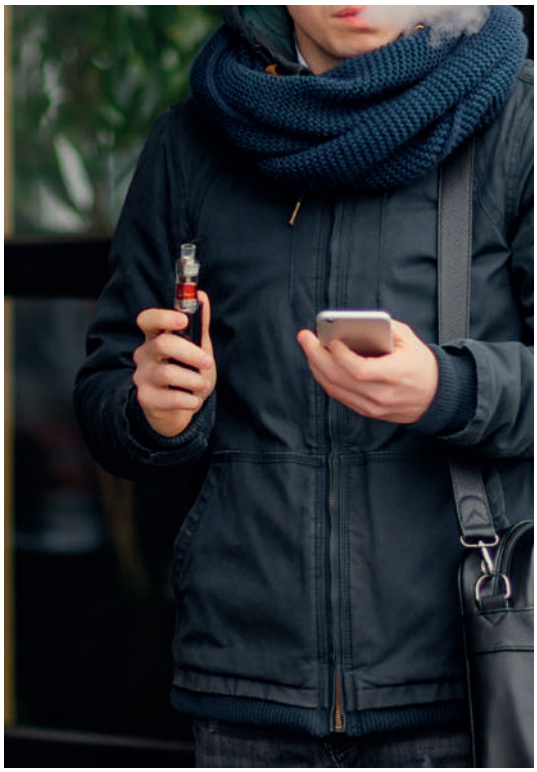


*Immagine su Magnific*

## BIBLIOGRAFIA

1. Adermark L, et al. Prospective association between use of electronic cigarettes and use of conventional cigarettes: a systematic review and meta-analysis. ERJ Open Res. 2021;7(3):00976-02020. doi:10.1183/23120541.00976-2020.
2. Alarabi AB, Karim ZA, Mount JD, Alshbool FZ, Khasawneh FT. Pulmonary effects of e-liquid flavors:

a systematic review of in vitro and in vivo respiratory toxicity. Front Physiol. 2022;13:9590402. doi:10.3389/fphys.2022.9590402.
3. Banks E, Yazidjoglou A, Joshy G. Electronic cigarettes and health outcomes: epidemiological and public health challenges. Int J Epidemiol. 2023
4. Centers for Disease Control and Prevention. Electronic cigarettes and youth: what we know. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2024.
5. Clapp PW, Jaspers I. Electronic cigarettes: their constituents and potential links to molecular mechanisms of toxicity. Respir Med. 2024;221:107481. doi:10.1016/j.rmed.2023.107481.
6. Eshraghian EA, Al-Delaimy WK. A review of constituents identified in e-cigarette liquids and aerosols. Tob Prev Cessat. 2021;7:10. doi:10.18332/tpc/131111
7. Fowles J, Barreau T, Wu N. Cancer and non-cancer risk concerns from metals in electronic cigarette liquids and aerosols. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(6):2146. doi:10.3390/ijerph17062146. PMID:32213824; PMCID:PMC7142621.
8. Hartmann-Boyce J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2022;11(11):CD010216. doi:10.1002/14651858.CD010216.pub7
9. Jensen RP, Luo W, Pankow JF, Strongin RM, Peyton DH. Hidden formaldehyde in e-cigarette aerosols. N Engl J Med. 2015;372(4):392–394. doi:10.1056/NEJMc1413069.
10. Kim S, Park J, Lee H. Effect of electronic cigarette atomising power and flavour on aerosol particle size distribution and respiratory deposition dose of harmful metals. Tob Control. 2025;34(Suppl 1):tc-2024-058915. doi:10.1136/tc-2024-058915.
11. Lawson D, Coulson J. Influence of e-liquid pH on heavy metal emissions in open-system electronic cigarette aerosols and associated health risks. Nicotine Tob Res. 2026;ntag016. doi:10.1093/ntr/ntag016.
12. Lee DH, Jacobs DR, Park MB. Electronic cigarette use and heavy metal exposure: a cross-sectional analysis of serum lead, mercury, and cadmium levels. Environ Res. 2025;264(Pt 2):119430. doi:10.1016/j.envres.2024.119430.
13. Lindson N, Livingstone-Banks J, Butler AR, McRobbie H, Bullen CR, Hajek P, Wu AD, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Fanshawe T, Hartmann-Boyce J. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2025;CD010216. doi:10.1002/14651858.CD010216.pub10.
14. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Cardiorespiratory and metabolic outcomes of non-combustible nicotine delivery systems: an updated systematic review of in vitro and animal models. Washington (DC): National Academies Press; 2025.
15. Olmedo P, et al. Metal exposure and biomarker levels among e-cigarette users in Spain. Environ Res. 2021;202:111667. doi:10.1016/j.envres.2021.111667.
16. Pappas RS, Valentin-Blasini L, Watson CH. Chemical and physiological interactions between e-liquid constituents: how organic acids in nicotine salts enhance the transfer of toxic coil metals. Tob Control. 2024;33(2):145–152. doi:10.1136/tc-2023-058123.
17. Saini L, Nguyen T, Pinkerton K, Madi A, Cole A. Elevated toxic element emissions from popular disposable e-cigarettes: battery and coil aging factors. ACS Cent Sci. 2025;11(6):541–552. doi:10.1021/acscentsci.5c00321.
18. Smith J, Doe A, Rossi F. Influence of e-liquid pH on heavy metal emissions in open-system electronic cigarette aerosols and associated health risks. Nicotine Tob Res. 2026;28(2):142–151.
19. Soulet S, Sussman RA. A critical review of recent literature on metal contents in e-cigarette aerosol. Toxics. 2022;10(9):510. doi:10.3390/toxics10090510.
20. Stewart M, Jones D, Harrison P. E-cigarettes: a critical review of long-term carcinogenicity and cellular transformation. Carcinogenesis. 2026;47(4):312–325. doi:10.1093/carcin/bgae032.
21. 21. Sundar IK, Javed F, Fowles JR, Rahman I. Effects of e-cigarette flavoring chemicals on human macrophages and lung epithelial cells: oxidative stress and inflammatory cytokine release. Chem Res Toxicol. 2021;34(11):2312–2325. doi:10.1021/acs.chemrestox.1c00213.
22. Talih S, Salman R, Karam E, El-Hourani M, El-Hage R, Karaoghlanian N, et al. Hot wires and film boiling: another look at carbonyl formation in electronic cigarettes. Chem Res Toxicol. 2020;33(8):2172-2180. doi:10.1021/acs.chemrestox.0c00196
23. Travis N, Knoll M, Cook S, Oh H, Cadham CJ, Sánchez-Romero LM, et al. Chemical profiles and toxicity of electronic cigarettes: an umbrella review and methodological considerations. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(3):1908. doi:10.3390/ijerph20031908
24. Williams M, Bozhilov K, Talbot P. Effects of model, method of collection, and topography on chemical elements and metals in the aerosol of tank-style electronic cigarettes. PLoS One. 2015;10(6):e0130341. doi:10.1371/journal.pone.0130341.
25. Williams M, Villarreal A, Bozhilov K, Lin S, Talbot P. Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol. PLoS One. 2013;8(3):e57987. doi:10.1371/journal.pone.0057987.
26. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization; 2023.
27. World Health Oraganization (2025). Electronic Cicarettes
28. Zhao S, Zhang X, Wang J, Lin J, Cao D, Zhu M. Carcinogenic and non-carcinogenic health risk assessment of organic compounds and heavy metals in electronic cigarettes. Sci Rep. 2023;13:16046. doi:10.1038/s41598-023-43116-4.
29. Zhao D, Aravindakshan A, Hilpert M, Olmedo P, Rule AM, Navas-Acien A, Aherrera A. Metal/metalloid levels in electronic cigarette liquids, aerosols, and human biosamples: a systematic review. Environ Health Perspect. 2020;128(3):036001. doi:10.1289/EHP5686
30. Zulkifli A, et al. Electronic cigarettes: a systematic review of available studies on health risk assessment. Rev Environ Health. 2018;33(1):43-52. doi:10.1515/reveh-2015-0075. PMID:27101543

# Le medaglie come eredità di storia. L'ufficio per notizie alle famiglie dei soldati di terra e di mare

*Giovanni Laghetto, Marta Laghetto*

## L'UFFICIO NOTIZIE SUI MILITARI DURANTE LA PRIMA GUERRA MONDIALE

Durante la Prima Guerra Mondiale l'Italia si trovò ad affrontare una mobilitazione senza precedenti, coinvolgendo milioni di soldati al fronte. La comunicazione tra il fronte e le famiglie risultò rapidamente insufficiente: lettere e cartoline subivano lunghi ritardi, mentre le informazioni su feriti, dispersi e caduti erano spesso incomplete o inesatte[1].
Per rispondere a questa emergenza nel giugno 1915 nacque l'*Ufficio per le Notizie alle Famiglie dei Militari di Terra e di Mar*e, promosso dalla contessa Lina Bianconcini Cavazza, poi affermato formalmente dal Ministero della Guerra[2]. L'Ufficio aveva il compito di raccogliere e trasmettere informazioni ufficiali sui soldati, fungendo da collegamento tra esercito e famiglie[3].
L'organizzazione operò fino al 1919 e arrivò a raccogliere circa dodici milioni di schede, oggi conservate presso l'Archivio Centrale dello Stato. Oltre alla funzione amministrativa, l'Ufficio rappresentò una delle più importanti forme di assistenza morale e civile durante il conflitto.
L'attività dell'Ufficio Notizie si articolava in tre principali settori: la comunicazione con le famiglie, l'identificazione dei caduti e la gestione delle informazioni sui prigionieri di guerra.
Le informazioni provenivano dai reparti militari, dagli ospedali e dai cappellani al fronte e venivano registrate in schedari centralizzati[4]. Successivamente erano trasmesse alle sedi periferiche distribuite in tutta Italia, permettendo ai familiari di ricevere aggiornamenti sui propri cari senza affrontare lunghi spostamenti.
Gli addetti erano per lo più volontari, in gran parte donne e familiari dei soldati al fronte e diventarono ben 25.000 distribuiti nelle numerose sezioni territoriali dell'Ufficio[5]. La sede centrale era a Bologna e dopo la creazione della prima base operativa nella casa dei Conti Cavazza nacque una rete capillare di migliaia di sezioni in tutta Italia.

Importante fu anche il lavoro svolto per identificare i caduti e verificare le informazioni sui prigionieri di guerra, spesso in collaborazione con la *Croce Rossa Internazionale* e con le ambasciate dei paesi neutrali.

## LE MEDAGLIE DELL'UFFICIO NOTIZIE

Le attività dell'Ufficio Notizie generarono nel tempo anche una propria dimensione simbolica e commemorativa che trovò espressione in medaglie, distintivi e materiali iconografici destinati a riconoscere il servizio prestato e a rendere visibile un lavoro altrimenti destinato a rimanere nell'ombra.
La medaglia *Ufficio Notizie* (*figura 1*) veniva conferita a ufficiali, sottufficiali e impiegati civili che svolgevano compiti amministrativi e logistici all'interno dell'Ufficio. Un esempio è **Pierina Belli**, fondatrice di un Ufficio Notizie, che si impegnò nella raccolta di mezzi e indumenti per i soldati al fronte[6].




*Figura 1: Medaglia dell'Ufficio per le Notizie alle Famiglie dei Militari, Prima Guerra Mondiale (1915–1919). Bronzo. Collezione privata.*

Sul fronte della medaglia compare una figura allegorica della Pietà inginocchiata accompagnata dal motto: "PIETÀ NON DI FORTEZZA IGNARA", mentre sul retro è raffigurata la bandiera italiana con la scritta "UFFICIO PER LE NOTIZIE ALLE FAMIGLIE DEI MILITARI"[7]. Questa medaglia rappresenta il simbolo più significativo dell'opera svolta dall'Ufficio e

[1] E. J. Leed, No Man's Land: Combat and Identity in World War I, Cambridge University Press, 1979.
[2] #donneinarchivio – Ufficio notizie alle famiglie dei militari di terra e di mare, Archivio Centrale dello Stato, https://acs.cultura.gov.it/donneinarchivio-ufficio-notizie-alle-famiglie-dei-militari-di-terra-e-di-mare/, 12 ottobre 2022.
[3] L'Ufficio notizie e i caduti bolognesi nella Prima Guerra Mondiale, Storia e memoria di Bologna, https://www.storiaememoriadibologna.it/archivio/eventi/lufficio-notizie-e-i-caduti-bolognesi-nella-prima-guerra-mondiale.
[4] #donneinarchivio – Ufficio notizie alle famiglie dei militari di terra e di mare, Archivio Centrale dello Stato, cit.
[5] Ufficio centrale per notizie alle famiglie dei militari combattenti nella Prima guerra mondiale, Enciclopedia Treccani, https://www.treccani.it/enciclopedia/ufficio-centrale-per-notizie-alle-famiglie-dei-militari-combattenti-nella-prima-guerra-mondiale/.
[6] Serva di Dio Pierina Belli Laica, Santi Beati e testimoni, https://www.santiebeati.it/dettaglio/95836.
[7] Ufficio Notizie Famiglie dei Militari 1919 (Medaglia), Numismatica Italiana, https://numismatica-italiana.lamoneta.it/moneta/W-ME64J/11.

richiama il carattere assistenziale e morale dell'istituzione.
Accanto alla medaglia appena trattata si affianca la *Medaglia commemorativa Roma 1915–16* (*figura 2*). Sul diritto compare la bandiera italiana con lo scudo sabaudo coronato e la scritta "UFFICIO NOTIZIE", mentre sul rovescio la dicitura "ROMA 1915-16". Tale esemplare ricorda il ruolo centrale svolto dalla sede romana nel coordinamento amministrativo e nella gestione delle comunicazioni ufficiali durante la fase iniziale della guerra.




*Figura 2: Medaglia commemorativa per attività svolta presso la sede di Roma dell'Ufficio Notizie, 1915–1916. Bronzo. Collezione privata.*

Un esemplare del tutto analogo è quello dedicato all'attività svolta presso la sede di Venezia, databile al periodo 1915–1917 (*figura 3*). La scelta di Venezia come sede commemorativa non fu casuale, poiché la città rivestiva un ruolo strategico per la vicinanza al fronte orientale e per la gestione delle informazioni provenienti dall'area dell'Alto Adriatico. Sul retro della medaglia, oltre alla data, si trova inciso il logo "MLS", attualmente non identificato con certezza. Esso suggerisce una produzione locale o comunque non standardizzata, coerente con la natura non ufficiale ma istituzionalmente riconosciuta di queste emissioni.




*Figura 3: Medaglia commemorativa per servizio prestato presso la sede di Venezia dell'Ufficio Notizie, 1915–1917. Bronzo. Collezione privata.*

Tra gli esemplari più interessanti si colloca anche la medaglia attribuita alla sottosezione di Varese (*figura 4*). Sul retro compare uno stemma cittadino che testimonia il forte coinvolgimento delle comunità locali nelle attività dell'Ufficio Notizie8. Emissioni analoghe furono realizzate anche in altre città italiane, a conferma della diffusione capillare dell'organizzazione sul territorio nazionale[9].




*Figura 4: Medaglia dell'Ufficio Notizie Sottosezione di Varese, 1915–1918. Bronzo. Collezione privata.*

La spilla smaltata con la dicitura "UFFICIO NOTIZIE" e lo scudo sabaudo coronato" (*figura 5*). veniva utilizzata dal personale e dai collaboratori dell'ente come simbolo di appartenenza. Più che un semplice emblema patriottico, esso rappresentava l'autorità e l'affidabilità di un'istituzione incaricata di gestire informazioni delicate e mantenere il collegamento tra Stato e famiglie dei soldati.




*Figura 5: Spilla Ufficio Notizie, ca. 1915–1918. Metallo smaltato. Collezione privata.*

Accanto alle medaglie e ai distintivi furono diffuse anche cartoline illustrate ufficiali, utilizzate come strumenti di comunicazione e propaganda istituzionale (*figura 6*)[10]. Esse contribuivano a rafforzare l'immagine pubblica dell'Ufficio Notizie e a sottolinearne il ruolo umano e assistenziale nel contesto della guerra.
Medaglie, spille e materiali iconografici analizzati nel corso dell'articolo sono testimonianze materiali di questo sistema complesso, nato per gestire

[8] M. Tonelli, Ufficio notizie alle famiglie dei militari di terra e di mare. Sottosezione di Brescia, Archivio di Stato di Brescia, 1987.
[9] Ufficio di notizie per le famiglie dei militari di terra e di mare (novembre 1916) (1916 ottobre 30 - 1916 novembre 28, Archivi storici regione Lombardia, https://www.lombardiabeniculturali.it/archivi/unita/MIUD00700A/.
[10] E. Erioli, L'Ufficio per le notizie alle famiglie dei militari: una grande storia di volontariato femminile bolognese, in «Bollettino del Museo del Risorgimento», Bologna, Anno L, 2005, pp. 73-89.

informazioni e mantenere un legame tra fronte e società civile. Oggi, attraverso lo studio e la conservazione di questi esemplari, è possibile restituire visibilità a una dimensione della guerra essenziale per comprendere appieno l'esperienza del conflitto e il suo impatto umano e sociale.

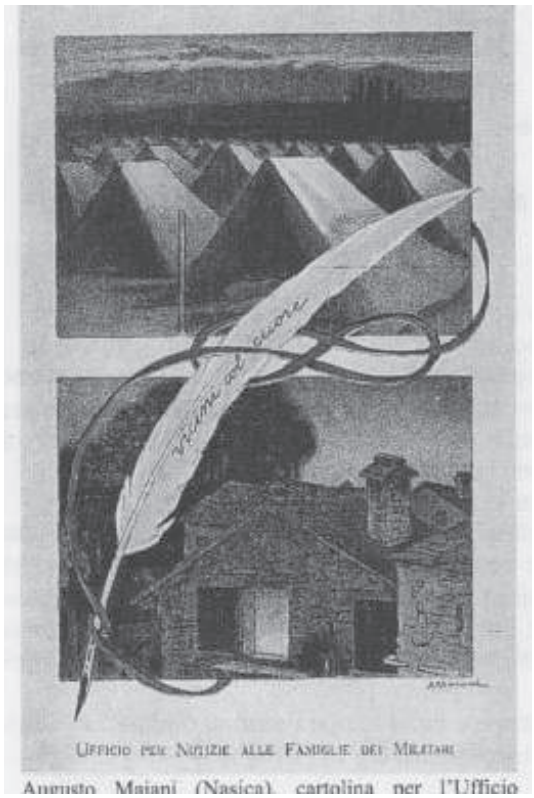



*Figura 6: Augusto Majani (Nasica), cartolina illustrata per l'Ufficio per le Notizie alle Famiglie dei Militari, ca. 1915–1918. Collezione privata.*

***Giovanni Giulio Laghetto***



- Laurea in Medicina e Chirurgia a Padova
- Spec.in Scienza dell'Alimentazione
- Spec.in Agopuntura Tradizionale
- Dipl. in Ipnosi Medica
- Dipl. in Sessuologia Clinica
- Per 40 anni Medico di Medicina Generale a Cogollo del Cengio (Vicenza)
- Attualmente lavora come Geriatra e Palliativista in Case di Riposo
- Tenente Medico i.c. del Corpo Militare di Croce Rossa
- Attualmente Direttore Sanitario di 3 Comitati CRI
- Ricercatore storico e collezionista di Sanità Militare della 1° guerra Mondiale

***Marta Laghetto***



- Diploma di Maturità Scientifica
- Laurea in Discipline delle Arti, Musica e Spettacolo a Padova
- Attuale impiego come Operatrice Museale presso i Musei Eremitani e Cappella degli Scrovegni di Padova.

DONATORI SANGUE
OPBG OdV

SANGUE

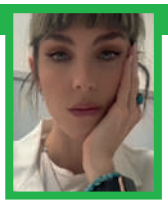
ALCUNE VITE STANNO PERDENDO COLORE
**DONA IL SANGUE #donacolore**

*PER SAPERNE DI PIÙ:*

www.donatorisangue.it donatorisangue_sangue_opbg 06.6859 4784 - 334.3310893

VIENI A DONARE IL SANGUE PRESSO
**L'OSPEDALE BAMBINO GESÙ** O L'OSPEDALE PIÙ VICINO A TE

# Relazioni con una persona narcisista: quando l'amore diventa una dinamica di svalutazione



*Giulia Marchiani*

Psicologa Clinica, Forense e Psicoterapeuta
USI Pietralata - Via dei Durantini, 362



*Immagine su Magnific*

Esistono relazioni che, soprattutto nelle fasi iniziali, possono apparire particolarmente intense e coinvolgenti. L'interesse dell'altra persona sembra costante e autentico: ci cerca, ci ascolta, ci dedica attenzioni e ci fa sentire importanti e profondamente considerati poi, progressivamente, qualcosa può cambiare.
La relazione può iniziare a generare confusione, insicurezza e il dubbio di non essere mai abbastanza. Si può arrivare a chiedersi continuamente cosa si sia sbagliato, perché l'altra persona sia cambiata o perché, nonostante l'impegno, ci si senta sempre più fragili e quando questo accade, può essere utile interrogarsi non tanto sull'etichetta da attribuire all'altra persona, *quanto sulla dinamica che si è instaurata all'interno della relazione*.

## NARCISISMO: UNA PAROLA DA USARE CON ATTENZIONE

Il termine "narcisista" è ormai entrato nel linguaggio comune e viene utilizzato per descrivere persone egoiste, manipolative, fredde o incapaci di amare ma dal punto di vista psicologico, però, la questione è più complessa. Tutti possiamo manifestare, in determinati momenti della vita, alcuni tratti narcisistici: desiderare riconoscimento, avere bisogno di sentirci apprezzati, essere particolarmente sensibili alle critiche o voler mantenere una certa immagine di noi stessi.
Una diagnosi richiede una valutazione clinica approfondita e non può essere formulata sulla base di alcuni comportamenti osservati dal partner o di una lista trovata sui social per questo, quando parliamo di relazioni caratterizzate da dinamiche narcisistiche, è spesso più utile osservare come funziona il rapporto piuttosto che cercare di diagnosticare l'altra persona.

## QUANDO L'INTENSITÀ PUÒ DIVENTARE CONFUSIONE

Una delle caratteristiche che può rendere particolarmente coinvolgente una relazione di questo tipo è l'alternanza tra momenti di forte vicinanza e momenti di distanza.
All'inizio possono esserci molte attenzioni, messaggi frequenti, complimenti, progetti e una sensazione di connessione immediata.
Successivamente possono comparire freddezza, critiche, svalutazione o improvvisi allontanamenti; questa alternanza può essere emotivamente destabilizzante perché mantiene la persona in attesa del ritorno della fase positiva, non è necessariamente la presenza di un singolo comportamento a rappresentare il problema: un litigio, una giornata di distanza o una critica possono essere presenti anche nelle relazioni sane.
La differenza può emergere quando determinati comportamenti diventano *ripetitivi e strutturali.*



*Immagine su Magnific*

## ALCUNE DINAMICHE A CUI PRESTARE ATTENZIONE

### Gaslighting

Il gaslighting consiste in una dinamica nella quale una persona viene progressivamente portata a dubitare della propria percezione degli eventi, dei propri ricordi o delle proprie reazioni.
Frasi come "te lo sei inventato", "sei troppo sensibile", "non è mai successo" o "il problema è sempre nella tua testa", quando diventano una modalità sistematica di relazione, possono avere un forte impatto sulla fiducia che una persona ha nelle proprie percezioni.
Il risultato può essere quello di iniziare a chiedersi:
"Sto esagerando?"
"Forse sono davvero io il problema."

### Svalutazione

Dopo una fase nella quale ci si è sentiti particolarmente apprezzati, possono comparire commenti denigratori, confronti con altre persone, critiche sull'aspetto, sul carattere o sulle capacità.
La svalutazione non deve necessariamente essere esplicita.
A volte può assumere la forma di battute apparentemente innocue, ironia ripetuta o osservazioni che, nel tempo, erodono l'autostima.

### Colpevolizzazione

Ogni conflitto può trasformarsi in una ricerca del colpevole.
La responsabilità viene attribuita prevalentemente all'altro e le proprie azioni vengono minimizzate o giustificate.
In una relazione sana, invece, anche quando esistono differenze e conflitti, dovrebbe esserci la possibilità di riconoscere la propria parte di responsabilità.

### Ricatto emotivo

Il ricatto emotivo utilizza il legame affettivo per ottenere un comportamento, può assumere forme diverse: minacce di abbandono, senso di colpa, silenzio punitivo, vittimismo o frasi che fanno percepire l'amore come qualcosa da meritare.
Il messaggio implicito può diventare:
"Se mi amassi davvero, lo faresti."

### Il trattamento del silenzio

Prendersi una pausa durante un conflitto può essere sano, soprattutto quando serve a calmarsi e a riprendere successivamente il dialogo.
Diverso è utilizzare sistematicamente il silenzio per punire, controllare o generare ansia nell'altra persona anche qui, quindi, non è il comportamento isolato a essere significativo, ma la sua funzione all'interno della relazione.

### Perché è così difficile allontanarsi?

Una delle domande che più frequentemente emergono in queste situazioni è:
"Se questa relazione mi fa stare così male, perché non riesco semplicemente a chiuderla?"
La risposta non è la mancanza di forza di volontà.
Le relazioni caratterizzate da alternanza tra vicinanza e rifiuto possono creare una forte attivazione emotiva. La persona può rimanere concentrata sul recupero della fase positiva della relazione, ricordando quanto l'altro fosse affettuoso all'inizio o quanto bene si stesse nei momenti migliori.
Si può così creare un ciclo:
idealizzazione → vicinanza → svalutazione → distanza → riavvicinamento → nuova idealizzazione.
L'incertezza stessa può diventare una fonte di forte coinvolgimento per questo non è raro che una persona continui a chiedersi:
"Come posso tornare alla persona che era all'inizio?"
Ma una domanda spesso più utile è:
"Come mi sento, stabilmente, all'interno di questa relazione?"

### Il segnale più importante: cosa succede quando poni un limite?

Un modo particolarmente utile per comprendere la qualità di una relazione è osservare cosa accade quando esprimiamo un bisogno o poniamo un confine.
Possiamo dire di no?

Giulia Marchiani

Possiamo chiedere qualcosa senza sentirci in colpa?
Possiamo esprimere un dissenso?
Possiamo avere spazi personali?
Possiamo parlare di ciò che ci ha ferito senza essere immediatamente accusati di essere "troppo sensibili"?
Una relazione sana non elimina il conflitto, rende possibile attraversarlo senza distruggere la sicurezza dell'altro.

## Quando iniziamo a perdere noi stessi

Uno degli aspetti più importanti da osservare non riguarda soltanto ciò che fa l'altra persona, ma ciò che progressivamente iniziamo a fare noi.
Potremmo iniziare a:

- controllare continuamente il nostro modo di parlare;
- evitare determinati argomenti per paura della reazione dell'altro;
- chiedere continuamente conferme;
- mettere da parte i nostri bisogni;
- sentirci responsabili dell'umore del partner;
- dubitare delle nostre percezioni;
- modificare il nostro comportamento per evitare conflitti;
- sentirci sempre "troppo": troppo sensibili, troppo esigenti, troppo bisognosi.

Quando una relazione porta progressivamente a restringere lo spazio personale, è importante fermarsi e osservare cosa sta accadendo.

## Non tutto ciò che è difficile è narcisismo

Una persona può essere egoista, immatura, insicura, evitante, poco disponibile emotivamente o semplicemente incompatibile con noi senza avere un disturbo di personalità, è altrettanto importante non trasformare il termine "narcisista" in una spiegazione universale, anche una relazione conflittuale non è necessariamente una relazione abusiva.
Per questo è più utile chiedersi:

- Qual è il pattern che si ripete?
- Come vengono gestiti i conflitti?
- I miei confini vengono rispettati?
- Posso esprimere i miei bisogni?
- Mi sento libero di essere me stesso?
- Questa relazione sta aumentando o diminuendo la fiducia che ho in me?

## Ricominciare da sé

Quando si vive una relazione fortemente destabilizzante, recuperare il proprio punto di vista può essere il primo passo, non è sempre necessario trovare immediatamente una spiegazione all'altra persona.
A volte è più importante tornare a domandarsi:

- "Come stavo prima di questa relazione?"
- "Cosa ho smesso di fare?"
- "Quali parti di me ho iniziato a mettere in discussione?"
- "Quali comportamenti non voglio più accettare?"
- "Di cosa ho bisogno per sentirmi al sicuro in una relazione?"

Il percorso psicologico può aiutare proprio a ricostruire questa capacità di osservazione, distinguendo il senso di colpa dalla responsabilità, il bisogno affettivo dalla dipendenza e l'amore dalla necessità di essere continuamente confermati dall'altro.

## Una relazione sana non richiede di perdersi

L'amore non significa essere sempre d'accordo, non significa non ferirsi mai e non significa vivere senza conflitti.
Una relazione sana lascia però spazio alla possibilità di essere persone separate, con bisogni, opinioni, confini e vulnerabilità differenti.
Soprattutto, non dovrebbe richiedere di rinunciare progressivamente alla fiducia nella propria percezione, nei propri bisogni o nella propria identità per poter funzionare ma quando ci accorgiamo che per mantenere una relazione dobbiamo continuamente ridimensionarci, giustificarci, dubitare di noi stessi o meritare l'affetto dell'altra persona, può essere utile fermarsi non per trovare necessariamente un'etichetta all'altro ma per tornare a fare una domanda essenziale:

*"Questa relazione, così com'è realmente, mi permette di stare bene e di essere me stesso?".*



*Immagine su Magnific*

# Nuovi protocolli per Sculptra: acido polilattico



*Stefan Dima*

Responsabile Reparto di Medicina Estetica
Master Universitario di 2° livello in "Medicina Estetica e Terapia Estetica"
(Università di Camerino - Università degli Studi di Torino)
e-mail: medestetica@usi.it

L'acido poli-L-lattico iniettabile (PLLA, commercializzato come Sculptra) è un biostimolatore impiegato per il miglioramento graduale di alcune rughe e depressioni del volto. L'evoluzione dei protocolli ha riguardato soprattutto la ricostituzione, la distribuzione del prodotto e la profondità di iniezione. Questi accorgimenti possono contenere il rischio di papule e noduli, complicanze note dei protocolli storici; non lo annullano. Il miglioramento clinico può persistere per circa 18–24 mesi dopo un ciclo di trattamento, con variabilità individuale e in relazione alla sede trattata. [1–4]

## MECCANISMO E ANDAMENTO DEL RISULTATO

Sculptra contiene microparticelle di PLLA in una sospensione che viene preparata prima dell'impiego. Dopo l'iniezione, il materiale induce una risposta tissutale controllata con attività dei fibroblasti e deposizione di nuovo collagene. Il volume osservato nei primi giorni risente anche del liquido di ricostituzione e del gonfiore locale; il risultato biostimolante si sviluppa nell'arco di settimane e mesi. Per questo il trattamento viene pianificato in più sedute e la correzione non deve essere eccessiva alla singola visita. [1, 2]

## PERCHÉ NEI PROTOCOLLI PRECEDENTI COMPARIVANO NODULI

Papule palpabili e noduli sottocutanei sono eventi riconosciuti dopo PLLA. Possono manifestarsi anche a distanza di settimane o mesi, specialmente quando si formano depositi concentrati o il prodotto viene iniettato troppo superficialmente. Nei primi anni si utilizzavano spesso volumi di ricostituzione più bassi; uno studio di farmacovigilanza di otto anni ha osservato una diminuzione delle segnalazioni di reazioni avverse dopo la raccomandazione di aumentare la diluizione. L'osservazione sostiene una riduzione del rischio, ma il disegno del registro non consente di attribuire da solo un effetto causale o di calcolare un tasso assoluto confrontabile tra epoche. [1, 3]

## CHE COSA È CAMBIATO NELLA PRATICA

Un protocollo contemporaneo valutato in uno studio randomizzato ricostituisce il flacone con 8 mL di acqua sterile per preparazioni iniettabili, con possibile aggiunta di 1 mL di lidocaina al 2%, e prevede l'impiego immediato dopo accurata omogeneizzazione. Nel confronto con la ricostituzione a 5 mL, l'efficacia sulle pieghe nasolabiali a 48 settimane è risultata comparabile. Le istruzioni d'uso statunitensi ammettono entrambe le modalità per le indicazioni specificate: "nuovo protocollo" non significa che la ricostituzione a 5 mL sia universalmente vietata. La preparazione deve rispettare le istruzioni vigenti nel Paese e per il dispositivo effettivamente utilizzato. [1, 4]

La diluizione è solo una parte della prevenzione. Servono sospensione omogenea, corretta scelta



del piano anatomico, piccoli depositi ben distribuiti, assenza di sovracorrezione e rivalutazione tra le sedute. Le istruzioni d'uso segnalano che le iniezioni superficiali aumentano il rischio di papule e noduli; raccomandano inoltre la distribuzione del prodotto con massaggio nell'area trattata. Sono indicazioni tecniche per professionisti formati, da adattare alla sede e alle istruzioni locali. [1]

## IL RISCHIO RESIDUO DI NODULI

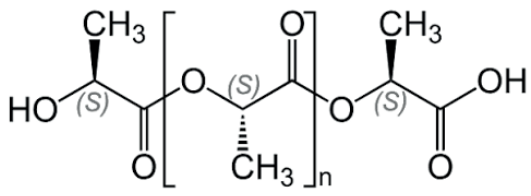
Il rischio di noduli non è scomparso. Nel trial sul regime a 8 mL è stato registrato almeno un nodulo nel gruppo trattato con la nuova procedura; uno studio retrospettivo multicentrico del 2024 ha riportato un nodulo in 167 pazienti sottoposti a ricostituzione immediata. Il campione di quest'ultimo studio era eterogeneo per sedi e tecniche e non permette di definire il rischio per ogni distretto. I dati sostengono la sicurezza del metodo e una possibile riduzione delle complicanze mediante corretta diluizione e tecnica, ma non giustificano l'affermazione che i noduli "non succedono più". Va inoltre distinto il nodulo palpabile da un granuloma da corpo estraneo, evento meno comune con diversa valutazione clinica. [1, 4, 5]

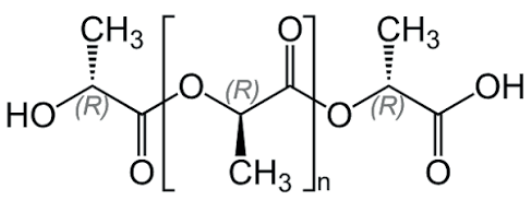
## QUANTO DURA LA BIOSTIMOLAZIONE

L'effetto clinico può mantenersi a lungo dopo il ciclo iniziale. In uno studio randomizzato sulle pieghe nasolabiali il miglioramento è stato osservato fino a 25 mesi dall'ultimo trattamento; nell'estensione dello studio sul protocollo a 8 mL il beneficio si è mantenuto fino alla settimana 96. Per le rughe della guancia, i dati presentati alla FDA descrivono risultati fino a 24 mesi. Parlare di circa un anno e mezzo o due anni è quindi ragionevole come intervallo orientativo, non come garanzia per ogni paziente. Questi studi documentano la durata del miglioramento clinico; non dimostrano che la produzione di nuovo collagene rimanga costante per tutti i 18–24 mesi. [1, 2, 6]

## INDICAZIONI E SEDI PREVISTE DALLE ISTRUZIONI UFFICIALI

Per la pratica in Italia il riferimento è la documentazione europea della versione effettivamente utilizzata. Nel dicembre 2025 Galderma ha annunciato la certificazione MDR con estensione delle indicazioni corporee. Le versioni precedenti, ancora disponibili, non vanno considerate automaticamente equivalenti per destinazione d'uso: occorre verificare le istruzioni presenti nella confezione. [7, 8]




Le IFU europee MDR prevedono il trattamento estetico di depressioni, rughe, pieghe, cellulite e qualità cutanea, oltre alla correzione della lipoatrofia facciale, rilassamento cutaneo lieve e moderato. Le sedi espressamente elencate sono riassunte di seguito. [7]

| DISTRETTO | SEDI INCLUSE NELLE IFU MDR |
|---|---|
| Volto | Solchi nasolabiali, guance, linee della marionetta, tempie e piega del mento |
| Corpo | Décolleté, regione glutea, superficie posteriore delle cosce e parte superiore delle braccia |

## SCHEMA GENERALE DEL CICLO E DELLA PREPARAZIONE

Le IFU MDR raccomandano generalmente quattro sedute distanziate di almeno quattro settimane, rivalutando dopo ciascuna la necessità di proseguire. I volumi totali per flacone, senza lidocaina, sono 5–8 mL per il volto, 8 oppure 17 mL per il décolleté e 17 mL per braccia, glutei e cosce posteriori. L'eventuale aggiunta di 1 mL di lidocaina aumenta tali volumi di 1 mL. Si tratta di volumi di preparazione, non della dose da iniettare in un singolo punto. [7]

L'applicazione clinica richiede formazione specifica e rispetto dell'intera IFU, compresi limiti di flaconi, controindicazioni e tecnica. Collo, addome,



ginocchia e dorso delle mani non figurano nell'elenco sopra riportato: eventuali pubblicazioni o protocolli di esperti non equivalgono a un'indicazione ufficiale del dispositivo. [7]
Le indicazioni europee e quelle statunitensi hanno ambiti diversi. Inoltre, la durata documentata negli studi sul volto non deve essere trasferita automaticamente a ciascuna sede corporea: l'esito va riferito al distretto e al protocollo studiati. [1, 2, 7, 8]

## CONCLUSIONI

I protocolli aggiornati hanno reso più precisa la preparazione e la somministrazione del PLLA. L'aumento della diluizione, l'omogeneizzazione, il corretto piano di iniezione e una distribuzione prudente possono diminuire la probabilità di depositi concentrati e noduli. Il rischio residuo deve restare nel consenso informato. Il principale vantaggio di Sculptra è un miglioramento progressivo e potenzialmente durevole, documentato in alcuni studi fino a circa due anni, con risultati che dipendono dalla tecnica, dall'indicazione e dalla risposta del paziente.
U.S.I. (Unione Sanitaria Internazionale), mediante il costante aggiornamento sulla preparazione medicale e sulla conoscenza dei nuovi protocolli dei prodotti, è attualmente in grado di offrire una medicina estetica d'avanguardia, garantendo la massima sicurezza ai propri pazienti.

## RIFERIMENTI

1. Galderma. Sculptra Aesthetic, Instructions for Use, versione 2023. https://www.sculptrausa.com/sites/default/files/2023-09/Sculptra-e-I-FU-USA.pdf
2. US Food and Drug Administration. Sculptra, P030050/S039, approvazione 25 aprile 2023. https://www.fda.gov/medical-devices/recently-approved-devices/sculptra-p030050s039
3. Rossner F, et al. Decrease of reported adverse events to injectable polylactic acid after recommending an increased dilution: 8-year results from the Injectable Filler Safety study. J Cosmet Dermatol. 2009;8:14–18. doi:10.1111/j.1473-2165.2009.00417.x
4. Palm MD, et al. A Randomized Study on PLLA Using Higher Dilution Volume and Immediate Use Following Reconstitution. J Drugs Dermatol. 2021;20:760–766. PMID:34232000. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34232000/
5. Vasconcelos-Berg R, et al. Safety of the Immediate Reconstitution of Poly-L-Lactic Acid for Facial and Body Treatment: A Multicenter Retrospective Study. J Cosmet Dermatol. 2024;23:3918–3923. doi:10.1111/jocd.16560
6. Narins RS, et al. A randomized study of the efficacy and safety of injectable poly-L-lactic acid versus human-based collagen implant in the treatment of nasolabial fold wrinkles. J Am Acad Dermatol. 2010. PMID:20159311. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20159311/
7. Galderma. Sculptra, Instructions for Use, versione europea MDR, QMS-13605 Rev. 1. Documento pubblicato dicembre 2025, consultato il 27 settembre 2026. https://www.galderma.com/sites/default/files/2025-12/IFU_Sculptra_MDR.pdf
8. Galderma. Galderma opens up new chapter for Sculptra with MDR certification and new expanded indication for body. 5 dicembre 2025. https://www.galderma.com/news/sculptra-mdr-certification-body



*Immagine su Magnific*

# Riabilitazione post-Latarjet: principi biomeccanici, progressione terapeutica e problematiche cliniche

*Francesco Bizzarri*

Dottore in Fisioterapia
Master Alta Formazione sulla spalla "Shoulder Academy"
Master di I° livello in Rieducazione Posturale Globale (RPG)
USI Lido di Ostia - Viale del Lido, 3

## SOMMARIO

L'instabilità gleno-omerale anteriore rappresenta una delle patologie più frequenti nella popolazione giovane e sportiva, con elevato rischio di recidiva soprattutto nei soggetti con perdita ossea glenoidea, lassità capsulo-legamentosa o precedenti fallimenti chirurgici. La procedura di Latarjet procedure costituisce attualmente una delle tecniche chirurgiche più utilizzate nei casi ad alto rischio, grazie al cosiddetto "triple blocking effect".
Negli ultimi anni l'attenzione si è progressivamente spostata non solo sulla stabilità chirurgica, ma anche sulla qualità del recupero funzionale post-operatorio e sul ritorno alle attività sportive.
L'obiettivo del presente lavoro è analizzare i principali principi biomeccanici e riabilitativi post-Latarjet, focalizzandosi sulla progressione terapeutica e sulle problematiche cliniche maggiormente osservate nella pratica quotidiana.
Vengono discussi:
- i tempi biologici di guarigione;
- la progressione del recupero articolare;
- il ruolo del controllo scapolo-omerale;
- l'importanza del rinforzo della cuffia dei rotatori;
- la gestione delle perturbazioni e della stabilità dinamica;
- le criticità legate a rigidità post-operatoria, lassità multidirezionale e progressione dei carichi.

Le considerazioni cliniche riportate derivano inoltre dall'osservazione del percorso riabilitativo di tre pazienti sottoposti a procedura di Latarjet nella medesima finestra temporale, caratterizzati da differenti profili clinici e funzionali.
L'esperienza clinica suggerisce come il recupero post-Latarjet debba essere fortemente individualizzato e non possa limitarsi al solo recupero del range articolare o della forza muscolare. In particolare, nei pazienti con lassità generalizzata risulta fondamentale il recupero della stabilità neuromuscolare reattiva e del controllo dinamico in condizioni imprevedibili.

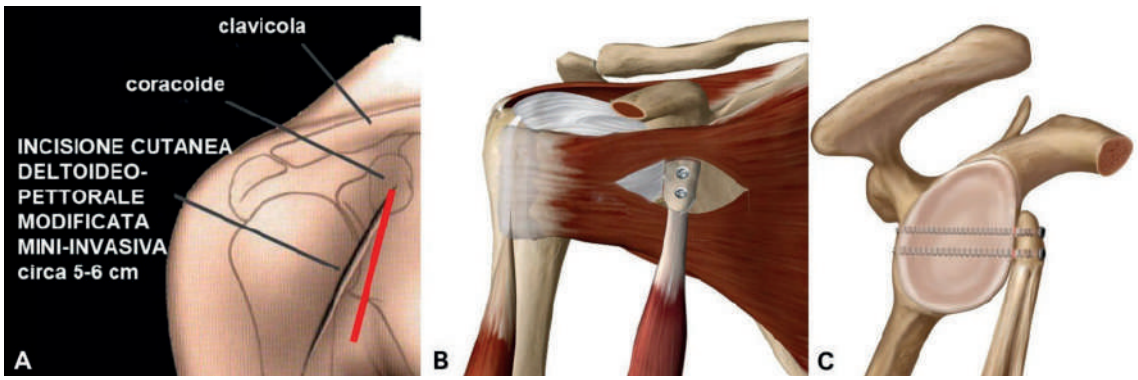
Parole chiave: instabilità gleno-omerale, Latarjet, riabilitazione, cuffia dei rotatori, controllo scapolare, return to sport.

## INTRODUZIONE

L'instabilità anteriore di spalla rappresenta una condizione clinica frequente soprattutto nei soggetti giovani e sportivi. Il rischio di recidiva aumenta significativamente in presenza di:
- perdita ossea glenoidea;
- lesioni ossee omerali engaging;
- lassità capsulo-legamentosa;
- elevata richiesta funzionale;
- precedenti fallimenti chirurgici.

La procedura di Latarjet procedure si è progressivamente affermata come una delle tecniche più efficaci nei pazienti ad alto rischio di recidiva.
La stabilità ottenuta deriva dal cosiddetto "triple blocking effect":
1. aumento della superficie glenoidea tramite trasferimento osseo;
2. effetto sling dinamico del tendine congiunto;
3. tensionamento capsulare anteriore.

I risultati riportati in letteratura mostrano bassi tassi di recidiva rispetto alle procedure di Bankart isolate, con buon ritorno allo sport e alle attività lavorative.
Nonostante ciò, il recupero funzionale post-operatorio rimane complesso e richiede una gestione riabilitativa altamente individualizzata.
Negli ultimi anni il ruolo della fisioterapia post-Latarjet si è progressivamente evoluto:
- dal semplice recupero articolare;
- alla gestione del controllo neuromuscolare e della stabilità dinamica. In particolare, elementi quali:
- controllo scapolo-toracico;
- centraggio omerale;
- progressione dei carichi;
- perturbazioni;
- stabilità reattiva;



appaiono fondamentali soprattutto nei soggetti con lassità generalizzata o elevata richiesta funzionale.
Scopo del presente lavoro è analizzare i principali principi riabilitativi post-Latarjet e discutere le problematiche cliniche più frequentemente osservate nella pratica clinica.

## MATERIALI E METODI

Le considerazioni cliniche riportate nel presente lavoro derivano dall'osservazione del percorso riabilitativo di tre pazienti sottoposti a procedura di Latarjet nella medesima finestra temporale, caratterizzati da differenti profili clinici e funzionali.
L'analisi comparativa delle problematiche osservate durante la progressione terapeutica ha consentito di evidenziare differenti criticità riabilitative relativamente a:
- rigidità post-operatoria;
- gestione dell'extra-rotazione;
- progressione del carico;
- controllo scapolo-omerale;
- lassità multidirezionale;
- stabilità neuromuscolare reattiva.

I pazienti osservati presentavano differenti caratteristiche cliniche:
- un quadro prevalente di rigidità post-operatoria;
- un rapido recupero funzionale con precoce ritorno al carico;
- un profilo di lassità capsulo-legamentosa multidirezionale.

Il percorso riabilitativo è stato progressivamente adattato sulla base di:
- tolleranza clinica;
- qualità del movimento;
- controllo scapolo-omerale;
- sintomatologia dolorosa;
- recupero della stabilità dinamica.

Pur non rappresentando uno studio prospettico controllato, tali osservazioni cliniche hanno contribuito alla formulazione delle considerazioni terapeutiche discusse nel presente articolo.

## PRINCIPI BIOLOGICI E BIOMECCANICI

La gestione riabilitativa post-Latarjet deve necessariamente rispettare i tempi biologici di guarigione dei tessuti coinvolti.
Guarigione del sottoscapolare
Nelle tecniche che prevedono split o coinvolgimento del muscolo sottoscapolare, la guarigione biologica iniziale avviene generalmente intorno alla 6ª settimana post-operatoria.
Durante questa fase risulta fondamentale:
- evitare dolore significativo;
- limitare stress eccessivi in extra-rotazione;
- proteggere le strutture anteriori.

Una progressione troppo aggressiva nelle prime settimane potrebbe determinare irritazione delle strutture anteriori o alterazioni del controllo motorio protettivo.

**Consolidamento della coracoide**

Il consolidamento osseo del graft coracoideo avviene generalmente tra la 8ª e la 9ª settimana. In questo periodo:
- i carichi compressivi elevati;
- le spinte aggressive;
- le perturbazioni intense;

devono essere ancora gestite con cautela.
Il rispetto dei tempi biologici appare fondamentale soprattutto durante l'introduzione dei lavori in catena cinetica chiusa e degli esercizi di forza multiarticolari.

**Extra-rotazione e rigidità**

Una moderata riduzione dell'extra-rotazione rappresenta un reperto relativamente frequente dopo procedura di Latarjet.
Tuttavia, una rigidità eccessiva può:
- alterare il ritmo scapolo-omerale;
- modificare la cinematica gleno-omerale;
- aumentare stress compensatori;
- influenzare negativamente il ritorno allo sport.

Per questo motivo il recupero dell'extra-rotazione deve essere progressivo, controllato e individualizzato.
Il recupero dell'ER deve inoltre essere interpretato non esclusivamente in termini quantitativi, ma anche qualitativi, valutando:
- compensi scapolari;
- centraggio omerale;
- tolleranza clinica;
- qualità del controllo attivo.

## PROGRESSIONE RIABILITATIVA

**Fase 1 – Protezione (0–3 settimane)**

Obiettivi
- protezione del graft;
- controllo dolore ed edema;
- mantenimento mobilità distale;
- attivazione scapolare lieve. Evitare
- stress anteriori;
- contrazioni intense del sottoscapolare;
- movimenti estremi in extra-rotazione.

Durante questa fase risultano particolarmente utili:
- mobilizzazioni distali;
- attivazione scapolare lieve;
- educazione del paziente;
- controllo dell'edema e della sintomatologia dolorosa.

**Fase 2 – Recupero mobilità precoce (3–6 settimane)**

Obiettivi
- recupero progressivo ROM passivo;
- introduzione attivo-assistita;
*• recupero controllo scapolare.

In questa fase risulta importante evitare:
- dolore importante;
- compensi scapolari eccessivi;
- movimenti forzati.

La progressione della mobilità deve essere graduale e ben tollerata, con particolare attenzione al recupero dell'extra-rotazione e del corretto ritmo scapolo-omerale.

**Fase 3 – Controllo neuromuscolare (6–10 settimane)**

Con il consolidamento biologico iniziano:
- lavoro attivo libero;
- rinforzo isometrico cuffia;
- stabilizzazione scapolare;
- recupero progressivo dell'extra-rotazione. Esercizi frequentemente utilizzati
- side lying external rotation;

• wall slide;
• prone I/T/Y;
• lavori isometrici in rotazione;
• esercizi di controllo scapolo-toracico.
In questa fase assume particolare importanza il recupero del timing neuromuscolare della cuffia dei rotatori e della muscolatura scapolare.
L'obiettivo non risulta esclusivamente il recupero della forza, ma soprattutto il miglioramento del controllo dinamico della testa omerale.




**Fase 4 – Rinforzo progressivo (10–16 settimane)**
Progressiva introduzione di:
• lavori isotonici;
• catena cinetica chiusa;
• plank;
• row e rematori;
• lavori di controllo overhead;
• esercizi multiarticolari.
In questa fase diventa fondamentale:
• il controllo della testa omerale;
• la gestione del ritmo scapolo-omerale;
• la progressione graduale dei carichi.
La qualità del movimento deve prevalere sull'intensità del carico, evitando compensi o sintomatologia anteriore.

**Fase 5 – Return to sport e stabilità reattiva**
Il recupero della sola forza muscolare non appare sufficiente per il ritorno alle attività sportive. Risulta fondamentale introdurre:
• perturbazioni;
• esercizi instabili;
• controllo reattivo;
• lavori dinamici multi-planari;
• progressioni sport-specifiche.
Particolare attenzione deve essere posta nei soggetti con lassità generalizzata, nei quali il controllo neuromuscolare rappresenta spesso il vero elemento limitante.

## RISULTATI

L'osservazione clinica dei tre pazienti ha evidenziato differenti problematiche durante la progressione riabilitativa post-Latarjet.

Nei pazienti caratterizzati da maggiore rigidità post-operatoria il recupero dell'extra-rotazione ha rappresentato il principale elemento limitante, richiedendo una progressione graduale e costante della mobilità articolare.
Nei soggetti con lassità capsulo-legamentosa generalizzata è emersa invece una maggiore difficoltà nel recupero della stabilità neuromuscolare dinamica, nonostante un buon recupero del ROM e della forza muscolare.
La progressione graduale dei carichi, il controllo scapolo-omerale e l'introduzione progressiva di esercizi reattivi e perturbazioni sono risultati ben tollerati nella maggior parte dei casi osservati.
In alcuni pazienti sono comparsi episodi di fastidio anteriore correlabili al capo lungo del bicipite durante la progressione dei lavori di spinta, regrediti mediante modulazione dei volumi e miglioramento del controllo scapolare.
I pazienti con migliore qualità del controllo neuromuscolare e minori compensi scapolari hanno mostrato una progressione più rapida verso il ritorno alle attività sportive e ai lavori multiarticolari.

## PERTURBAZIONI E STABILITÀ DINAMICA

Nei pazienti con instabilità gleno-omerale, soprattutto in presenza di lassità capsulo-legamentosa, il recupero della sola forza muscolare non appare sufficiente a garantire un adeguato controllo articolare durante attività dinamiche o imprevedibili.
Per tale motivo, nelle fasi avanzate della riabilitazione assume particolare importanza l'introduzione progressiva di:
• perturbazioni manuali;
• esercizi instabili;
• lavori in catena cinetica chiusa;
• esercizi reattivi multi-planari.
L'obiettivo non risulta esclusivamente il rinforzo muscolare, ma soprattutto il recupero del timing neuromuscolare e della capacità di risposta riflessa della cuffia dei rotatori e della muscolatura scapolo-toracica.
L'esperienza clinica suggerisce come tali elementi risultino particolarmente rilevanti nei soggetti con lassità multidirezionale o elevata richiesta funzionale.
Le perturbazioni devono essere introdotte in maniera progressiva:
• inizialmente in condizioni statiche;
• successivamente durante movimenti controllati;
• infine in situazioni dinamiche e imprevedibili.

## PROBLEMATICHE CLINICHE

**Rigidità post-operatoria**
Una delle problematiche più frequenti risulta il deficit di extra-rotazione. Spesso il timore di perdere stabilità può indurre:
• eccessiva protezione;
• ritardo nel recupero articolare;
• rigidità persistente.
Il recupero dell'ER deve essere graduale ma costante.
Una rigidità persistente può determinare:
• alterazioni del ritmo scapolo-omerale;
• compensi scapolari;
• aumento dello stress anteriore;
• difficoltà nei lavori overhead.

**Lassità multidirezionale**
Nei pazienti con lassità costituzionale:
- il recupero del ROM e della forza non garantisce necessariamente stabilità;
- risulta fondamentale il controllo neuromuscolare reattivo.

In tali soggetti possono verificarsi episodi di instabilità anche in assenza di trauma significativo.
L'esperienza clinica suggerisce come i pazienti con lassità multidirezionale richiedano particolare attenzione nella progressione:
- dei lavori overhead;
- delle perturbazioni;
- delle attività sportive dinamiche.

**Gestione del CLB nelle spinte**
Durante la progressione dei carichi possono comparire:
- fastidio anteriore;
- click;
- sensazioni pseudo-instabili.

Tali sintomi appaiono frequentemente correlati:
- al controllo scapolare;
- alla gestione della testa omerale;
- al timing della cuffia;
- alla progressione troppo rapida dei lavori di spinta.

La modulazione dei volumi e il controllo scapolo-toracico risultano spesso sufficienti per la regressione della sintomatologia.

## DISCUSSIONE

La riabilitazione post-Latarjet rappresenta un percorso complesso che richiede una gestione altamente individualizzata.
Coerentemente con quanto riportato in letteratura, l'esperienza clinica suggerisce come:
- il recupero del solo ROM;
- il recupero della sola forza;

non siano sufficienti per il ritorno alle attività sportive.
Particolare importanza assumono:
- controllo scapolo-omerale;
- stabilità dinamica;
- controllo reattivo;
- progressione graduale dei carichi.



*Immagine su Magnific*

Nei pazienti con lassità generalizzata il rischio di recidiva appare maggiormente correlato al deficit di controllo neuromuscolare piuttosto che al solo deficit di forza.
Il fisioterapista deve pertanto adattare continuamente:
- volumi;
- intensità;
- perturbazioni;
- progressioni funzionali;

in relazione alle caratteristiche del singolo paziente.
L'osservazione clinica dei pazienti trattati suggerisce inoltre come il controllo della qualità del movimento e della cinematica scapolo-omerale risulti spesso più rilevante rispetto al semplice incremento del carico esterno.

## BIBLIOGRAFIA

1. Provencher MT, Frank RM, LeClere LE, et al. The Latarjet procedure for recurrent anterior shoulder instability. J Am Acad Orthop Surg. 2012;20(5):242-251.
2. Hurley ET, Lim Fat D, Farrington SK, Mullett H. Open versus arthroscopic Latarjet procedure for anterior shoulder instability: a systematic review and meta-analysis. Am J Sports Med. 2019;47(5):1248-1253.
3. Domos P, Lunini E, Walch G. Contraindications and complications of the Latarjet procedure. Shoulder Elbow. 2018;10(1):15-24.
4. Yamamoto N, Itoi E, Abe H, et al. Effect of an anterior glenoid defect on anterior shoulder stability: a cadaveric study. Am J Sports Med. 2009;37(5):949-954.
5. Longo UG, Loppini M, Rizzello G, et al. Management of primary acute anterior shoulder dislocation: systematic review and quantitative synthesis of the literature. Arthroscopy. 2014;30(4):506-522.
6. Giphart JE, Brunkhorst JP, Horn NH, Shelburne KB, Torry MR, Millett PJ. Recruitment and activity of the rotator cuff muscles during rehabilitation exercises. J Shoulder Elbow Surg. 2012;21(9):1169-1179.
7. Kibler WB, Sciascia A. Current concepts: scapular dyskinesis. Br J Sports Med. 2010;44(5):300-305.
8. Wilk KE, Macrina LC, Reinold MM, et al. Rehabilitation following Latarjet procedure. Oper Tech Sports Med. 2016;24(2):94-103.
9. Cools AM, Struyf F, De Mey K, et al. Rehabilitation of scapular dyskinesis: from the office worker to the elite overhead athlete. Br J Sports Med. 2014;48(8):692-697.
10. Myers JB, Lephart SM. Sensorimotor deficits contributing to glenohumeral instability. Clin Orthop Relat Res. 2002;(400):98-104.

Il Reparto di FKT della sede
USI Lido di Ostia - Viale del Lido, 3 è a vostra completa disposizione per qualsiasi informazione aggiuntiva.
Potete contattarci al numero unico **06.328681**
oppure tramite la nostra mail dedicata
**segreteria.fisioterapiavilladellido@usi.it.**



**_Questa feroce bellezza_ è un romanzo epico, un esordio al di là della riga del tempo, già nella schiera delle leggende. In uno spazio sconfinato di selvaggia bellezza si scontrano il Bene e il Male. Sembra il Far West ed è, invece, la Murgia, dal fiume al mare. Sembrano indiani e cow boy e sono, invece, poliziotti corrotti, killer, capi cosca, soldati di ventura, caporali e bracconieri. Ci sono, però, anche i nostri, i buoni: madri e mogli laboriose e amorevoli, insegnante carismatica, ragazzini smaniosi di avventurosa libertà, giovane donna profuga miracolosamente salva. A difendere il desiderio di giustizia di questi innocenti c'è Ian Dabrowski. Il parco è la sua terra. Il suo paradiso. Viene da Tubinga. Non è lo sceriffo, è un tenente della Forestale.**

# Uomini e lupi

## di Michele Trecca

*Questa feroce bellezza* del pugliese Giuseppe Galliani è lotta di uomini contro lupi, e lupi famelici non sono solo gli animali. Pur nella loro assoluta e vitale contemporaneità, personaggi e azioni si stagliano sulla pagina con l'evidenza di puri archetipi. *Questa feroce bellezza* è romanzo epico, stavamo per scrivere poema.

Siamo in uno spazio sconfinato, nell'Alta Murgia tra la Valle del Bradano e il mare della Salina dove danzano i fenicotteri. I luoghi non hanno nomi propri, valgono per quel che sono dalla notte dei tempi. La Fossa è la pianura ed è regina della storia con la sua gariga e la corona di spine degli altipiani e le gemme di laghi, boschi, fiumi e isole. La suggestione del paesaggio è nel minuto e impeccabile rigore delle descrizioni, che svelano allo sguardo ammirato di chi legge l'infinita ricchezza della natura. Il concavo cielo in alto, con il suo pianto di stelle, è controcanto poetico di efferate vicende: «Era una terra popolata di demoni che vivevano nascosti tra gli uomini... Udì gli ululati dei lupi sulla steppa e il vento che sollevava cespugli di aneto. L'alba sarebbe giunta tra poco, ma il freddo continuava a stringere i fusti delle ferole, facendoli esplodere come scheletri su un camposanto».




In questo spicchio di mondo primigenio «per esseri ostinati: sementi trasportate dal vento capaci di radicarsi tra i calcari», si susseguono rade, a grandi intervalli, le masserie degli allevatori popolate da famiglie compatte come clan e dai loro pastori e tuttofare. Una è romena, un'altra albanese. Si chiamano Bunget e Mahmuti. I primi si sono guadagnati spazio e rispettabilità con il sudore del lavoro. Gli altri hanno accumulato soldi e potere con traffici criminali. Attorno a loro e a chiunque possa garantire qualche soldo, s'aggirano e stentano lavoratori arrivati da ogni dove. C'è il gigante africano Francis che mentre pulisce i cessi sogna un pianoforte e dopo il lavoro accudisce il padre allo stremo. C'è il russo Anatolij che, a furia di essere chiamato Majakosvskij, benché analfabeta, di quel poeta ha imparato a memoria i versi.

Nel romanzo le partizioni morali sono nette, i cattivi lo sono fino ad una violenza tronfia e sadica. Per difendersi e vendicarsi, anche i buoni sono pronti ad ammazzare. Poliziotti corrotti, killer, capi cosca, soldati di ventura, caporali e bracconieri oppure madri e mogli laboriose e amorevoli, insegnante carismatica, ragazzini smaniosi di avventurosa libertà, giovane donna profuga miracolosamente salva: quale che sia il loro ruolo, tutti i personaggi hanno l'indiscutibile forza di un'assoluta credibilità letteraria.

Ancor di più il protagonista, Ian Dabrowski, tenente della Forestale. Chi non lo ammira, lo rispetta. Il parco è la sua terra. Il suo paradiso. Viene da Tubinga. Ha moglie e due figli adolescenti, vivono in una roulotte in attesa di sistemare casa in quello stesso appezzamento fuori dal paese. Nelle prime pagine Ian sa di un tumore che gli sta mangiando le ossa. Per tutta la storia sarà il suo compagno segreto.

È un inverno rigido di nevicate ripetute e abbondanti. Dagli Appennini sono scesi i lupi a caccia di carne, affamati come loro e altrettanto voraci anche cinghiali e cani randagi. Su un isolotto vicino a un capanno viene trovato impiccato un dodicenne. Un piccolo angelo sbarazzino. Lo sanno perfino i lupi, che proteggono il suo cadavere dalla fauna selvaggia. Suicidio, si affretta a dire il Comandante della polizia. Non ci crede nessuno. Non ci crede Ian. Intanto, in una cava abbandonata, due bande criminali stanno per concludere una vendita colossale di droga. All'improvviso un'imboscata. È strage. Uno si salva. Scatenerà l'inferno. Ci saranno morti atroci che fanno rabbrividire e vergognare della specie umana ma anche squarci di tenerezza come arcobaleni.

*Questa feroce bellezza* è romanzo che si legge due volte: la prima, velocemente, tentando di scavalcare la storia per arrivare il prima possibile alla conclusione; la seconda, lentamente, per godere tutta la bellezza adocchiata correndo tra le pagine. Nell'estremismo sentimentale e letterario di Giuseppe Galliani c'è la sfacciata innocenza di chi racconta con lo stesso amore con cui, in silenzio, coltiva la terra. Questa feroce bellezza è un esordio al di là della riga del tempo, già nella schiera delle leggende.

Giuseppe Galliani, *Questa feroce bellezza*,
Einaudi, pagg. 322, € 19

u.s.i.®

Unione Sanitaria Internazionale

IMQ CERTIFIED QUALITY MANAGEMENT SYSTEM ISO 9001:2015

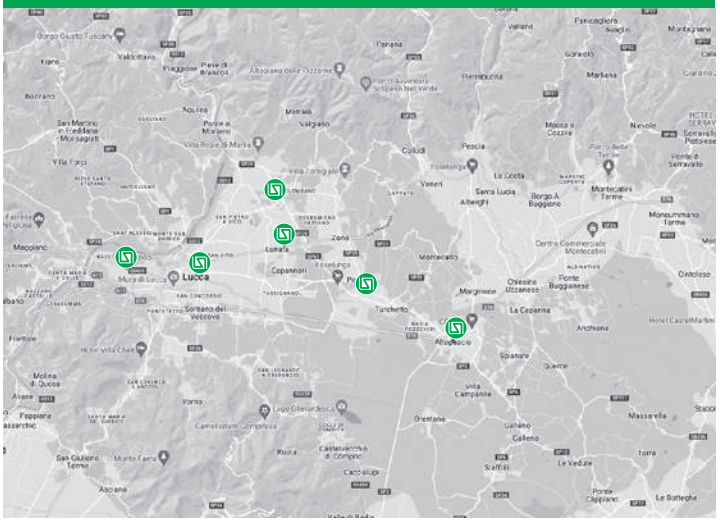
ATTIVO ANCHE SU WhatsApp

06.32868.1
0583.495482

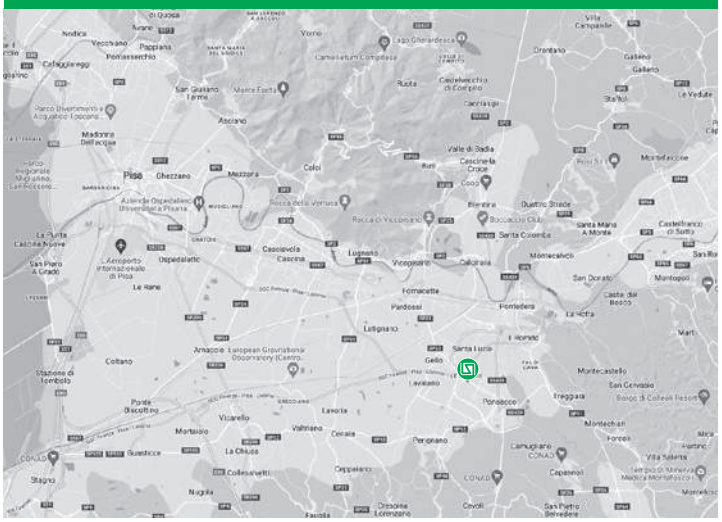
## LAZIO **ROMA**



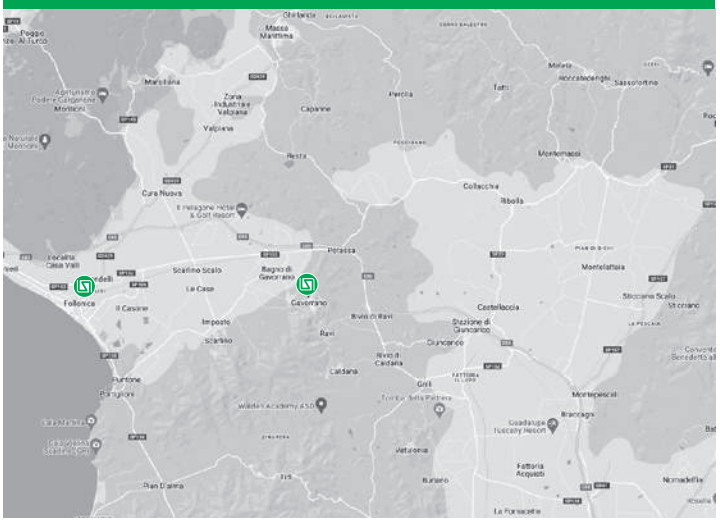

## TOSCANA **LUCCA**



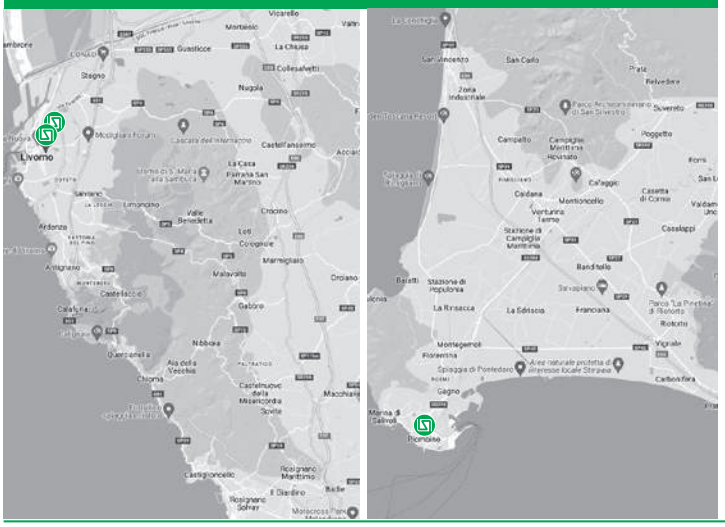

## TOSCANA **PISA**



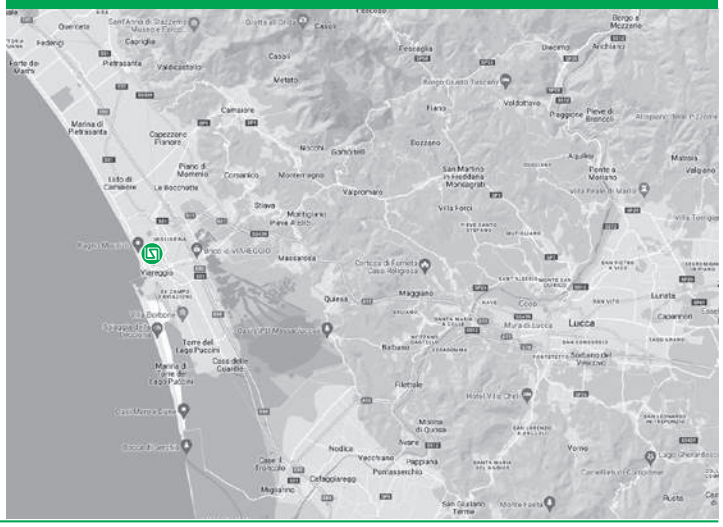

## TOSCANA **GROSSETO**



## TOSCANA **LIVORNO**




## TOSCANA **VIAREGGIO**




TROVA IL CENTRO PIÙ VICINO A TE

Gruppo USI




# DACCI IL 5

## DONA IL 5X1000 ALLA ASSOCIAZIONE CAPITOLINA ODV
## NON COSTA NULLA MA VALE TANTISSIMO!

NELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI (730 / CU / MODELLO UNICO) INSERISCI
IL CODICE FISCALE DELLA CAPITOLINA ODV: **97697220586**