ISSN 3103-585X

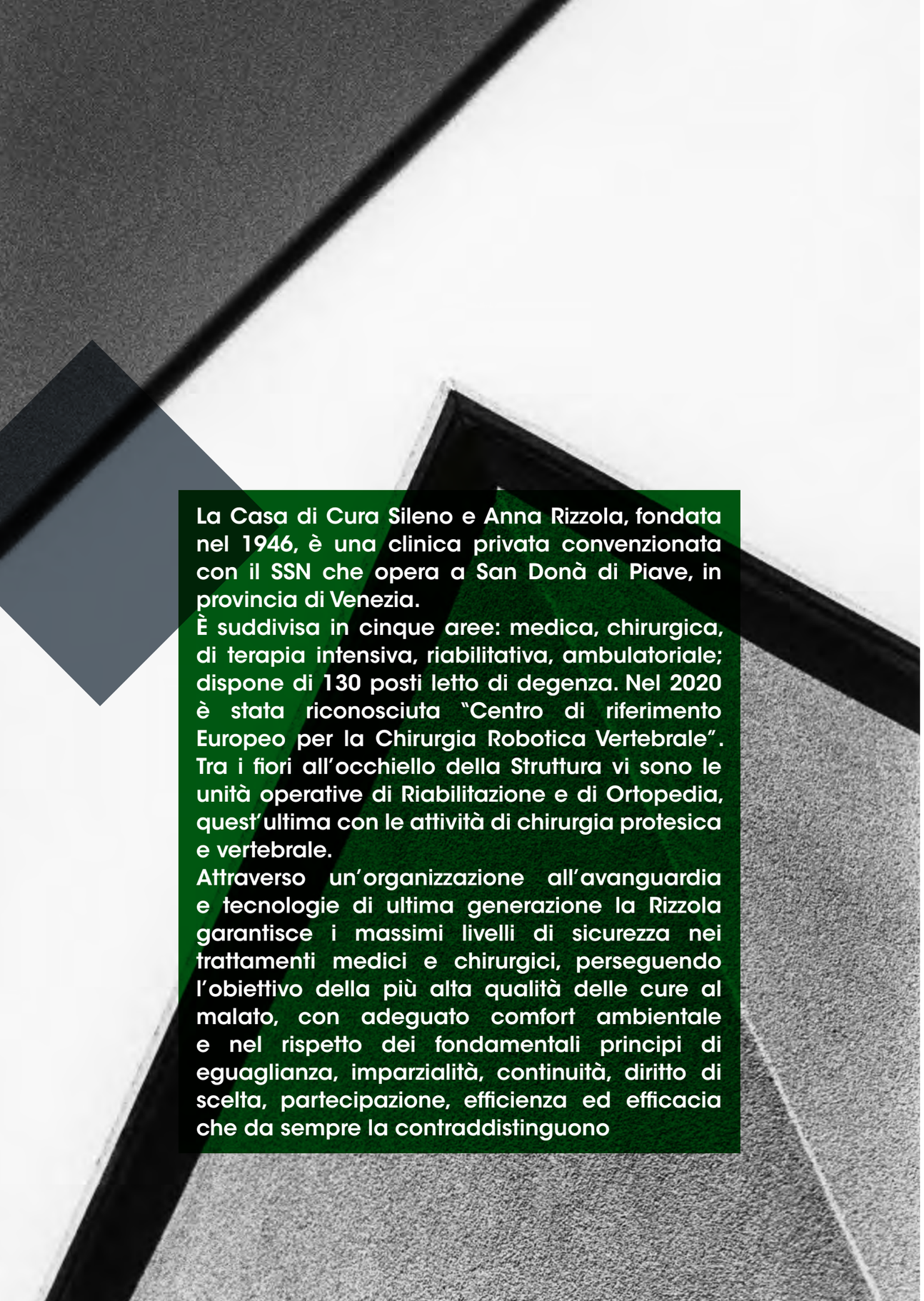
RIZZOLA MAGAZINE



SILVIO ORLANDO

RIZZOLA ACADEMY

RIZZOLA MAGAZINE - ANNO I - N. 3 - OTTOBRE 2026 - QUADRIMESTRALE



La Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola, fondata nel 1946, è una clinica privata convenzionata con il SSN che opera a San Donà di Piave, in provincia di Venezia.
È suddivisa in cinque aree: medica, chirurgica, di terapia intensiva, riabilitativa, ambulatoriale; dispone di 130 posti letto di degenza. Nel 2020 è stata riconosciuta "Centro di riferimento Europeo per la Chirurgia Robotica Vertebrale". Tra i fiori all'occhiello della Struttura vi sono le unità operative di Riabilitazione e di Ortopedia, quest'ultima con le attività di chirurgia protesica e vertebrale.
Attraverso un'organizzazione all'avanguardia e tecnologie di ultima generazione la Rizzola garantisce i massimi livelli di sicurezza nei trattamenti medici e chirurgici, perseguendo l'obiettivo della più alta qualità delle cure al malato, con adeguato comfort ambientale e nel rispetto dei fondamentali principi di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia che da sempre la contraddistinguono

L'Editoriale

Con questo terzo e ultimo numero del 2026, Rizzola Magazine introduce diverse novità. La doppia edizione di copertina diventa una scelta stabile, l'organizzazione dei contenuti si presenta in una veste rinnovata e lo sguardo della rivista torna ad abbracciare geografie che oltrepassano i confini del Veneto e dell'Italia. Anche la partnership con la Casa di Cura Rizzola trova una sua dimensione autonoma all'interno del magazine: uno spazio dedicato alle testimonianze dei pazienti, ai contributi autorevoli del personale sanitario e alla presentazione di percorsi e approcci di cura all'avanguardia.
Ma partiamo dalle copertine. La principale è dedicata a Silvio Orlando, mentre la special guest vede protagonista Pedro Berjano. Due percorsi professionali profondamente diversi, accomunati però da una stessa tensione: quella di chi ha trasformato una passione, coltivata per decenni, in un mestiere esercitato con rigore, talento e una curiosità che non sembra conoscere cedimenti.
Silvio Orlando, tra i grandi interpreti del cinema e del teatro italiano, continua a dividersi tra set e palcoscenico, confermando una straordinaria vitalità artistica. Lo ritroviamo al cinema con Dio ride e nei teatri italiani con Il berretto a sonagli.
Pedro Berjano, chirurgo vertebrale di fama internazionale, racconta invece una professione nella quale competenza, ricerca, didattica e innovazione si misurano quotidianamente con la complessità del corpo umano. Le due interviste acquistano ulteriore profondità attraverso videoracconti dal taglio cinematografico e immagini di *fine art photography*, fotografie d'arte capaci di restituire ai protagonisti una dimensione che va oltre la parola scritta. I temi di attualità attraversano il Paese da Nord a Sud e intercettano alcune delle questioni più urgenti del nostro tempo: garantire la qualità dell'assistenza, governare le accelerazioni dell'evoluzione tecnologica, conciliare le nuove possibilità offerte dall'innovazione con le certezze del diritto e la tutela dei diritti. Questioni che assumono un peso ancora maggiore quando al centro ci sono la cura e la salute delle persone. E mentre le cronache quotidiane risentono di taglienti e minacciosi venti di guerra, abbiamo scelto di raccontare anche storie di solidarietà, responsabilità e scelte consapevoli. È il caso delle attività della comunità terapeutica Maggese e della vicenda di Simone Sabaini: esperienze differenti che ci ricordano quanto possano contare la capacità di prendersi cura degli altri e le decisioni individuali.
Nel consistente corpus di **Mondo Rizzola** trovano spazio le significative testimonianze di Massimiliano, Vittorio, Chiara e di altre persone che hanno affrontato percorsi di cura complessi. Pazienti, certo, ma prima ancora persone che scelgono di raccontarsi ad altre persone e ai loro familiari, con il desiderio di essere utili. Di condividere ciò che hanno vissuto, le difficoltà incontrate, le scelte compiute, i risultati raggiunti. Hanno già solcato, e in qualche modo disegnato, traiettorie inedite, certamente non volute, ma talvolta inevitabili come quelle del corpo che chiede cura. E nel loro racconto c'è qualcosa che supera la dimensione della testimonianza: la possibilità di offrire a chi si trova oggi all'inizio dello stesso cammino un punto di riferimento. Chiudiamo così un altro anno di Rizzola Magazine, con una rivista che continua a evolversi, ad allargare i propri orizzonti e a cercare storie che meritano di essere raccontate. A tutti i nostri lettori, online e offline, i migliori auguri di **buon Natale** e di un **felice 2027**.

Antonio Alizzi
Direttore responsabile Rizzola Magazine
Direttore scientifico Fondazione Rizzola Academy







AN ALL-IN-ONE SOLUTION

Il confronto mette in movimento il futuro.

Dai congressi scientifici ai corsi di formazione, Move Hotels Venezia Nord offre soluzioni personalizzate per eventi professionali.

CENTRO CONGRESSI

Dove le nuove conoscenze trovano spazio.

Un centro congressi di 1.800 mq, con 10 sale meeting modulari, tecnologie avanzate e un team interno dedicato. Gli ambienti flessibili e la cura dietro ogni fase organizzativa permettono di adattare ogni evento alle proprie esigenze.

RISTORANTE

Il confronto continua anche a tavola.

La proposta ristorativa di Move Hotels accompagna ogni momento dell'evento, dai coffee break ai buffet, fino ai pranzi e alle cene servite al tavolo. Una cucina attenta alla qualità degli ingredienti e alla stagionalità, per trasformare ogni pausa in un momento da condividere.

MOVE HOTELS

IL TUO PROSSIMO EVENTO PRENDE FORMA QUI.

+39 041 5977011 | MOVEHOTELS.COM | VIA BONFADINI 1, MOGLIANO VENETO, USCITA A27 VENEZIA NORD

Introducing Excelsius3D™ Imaging
to the Excelsius™ Ecosystem



Excelsius3D™ is now available in the European Union
and offers seamless integration with ExcelsiusGPS™

Elegant Simplicity, Inherent Adaptability

Intelligent Maneuverability

Integrated AmpliField™ Technology

Scan to learn more.

GLOBUS MEDICAL

Sommario

08 *COVER STORY*
SILVIO ORLANDO

17
COSA DICONO GLI STUDI
METABOLISMO, PESO E NUOVI FARMACI

28
LA DIAGNOSTICA DEL FUTURO
A NEW YORK CON RICCARDO LATTANZI

36
IL NUOVO LIBRO DI RIZZOLA ACADEMY
ALL'ORIGINE DEL DOLORE

39
INCLUSIONE CHE DIVENTA LIBERTÀ
SOLIDARIETÀ DICEMBRE '79 ETS

il Mondo Rizzola

48
CHIRURGIA VERTEBRALE
LA STORIA DI MASSIMILIANO BERTOSSI

62
ORTOPEDIA
LA STORIA DI MARIA LUISA TESO

RIZZOLA MAGAZINE

Direttore responsabile
Antonio Alizzi

Segreteria di redazione
Marika Zaramella

Progetto grafico e impaginazione
Fabrizio Majerna

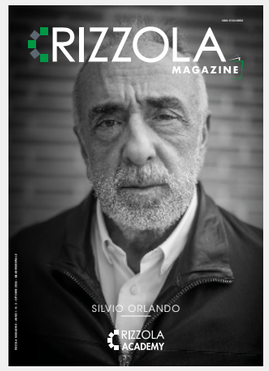
Editore
Fondazione Rizzola Academy
Sede legale: Via Gorizia 1, 30027
San Donà di Piave (Ve)

Registrazione
Tribunale di Venezia
n. 4571/2025 del 4 novembre 2025

Iscrizione al ROC n. 44075

Periodicità
Quadrimestrale

Produzione e Stampa:
Grafiche Italprint s.r.l.
via Castellana, 69 - 31100 - Treviso



In copertina: Silvio Orlando
Foto di Matteo Montanari

Chiuso in redazione il 31/10/2026

www.rizzolaacademy.it/progetti

© Fondazione Rizzola Academy.
Tutti i diritti riservati.

È vietata la riproduzione totale o parziale dei contenuti senza autorizzazione dell'Editore. Le informazioni contenute in Rizzola Magazine hanno finalità divulgative e/o scientifiche e non sostituiscono in alcun modo il parere, la diagnosi o il trattamento medico.

UN'EDIZIONE
RIZZOLA ACADEMY

COVER STORY

IL GRANDE ATTORE TRA TEATRO, CINEMA E VITA

SILVIO ORLANDO

intervista di **Antonio Alizzi**

“La dignità ti aiuta a tenere la spina dorsale dritta”

Napoletano, classe 1957, debutta come comico negli anni Ottanta, passa per la televisione e approda al cinema nel 1989 con Palombella rossa di Nanni Moretti. Vince il David di Donatello come protagonista per Il caimano nel 2006 e per Ariaferma nel 2022, e la Coppa Volpi a Venezia nel 2008 per Il papà di Giovanna. È stato il cardinale Voiello in The Young Pope di Paolo Sorrentino. Un’intervista esclusiva su La vita davanti a sé, lo spettacolo tratto da Romain Gary che porta in scena dal 2017. Ma anche sulla memoria della madre, sulla comicità venata di malinconia, sugli affetti e sul valore della dignità.

foto: **Matteo Montanari**
riprese e montaggio: **Graziano Molino**



Ci diamo del tu?
Nessun problema. *(E poi, guardando il panorama da una delle terrazze dell'Hotel Hassler).* Oggi ha lavorato bene lo scenografo: guarda che vista. Di chi è Roma, chi l'ha fatta?

Silvio, ci siamo conosciuti l'anno scorso alla fine de La vita davanti a sé, al teatro Quirino qui a Roma.
Abbiamo fatto un errore di calcolo: doveva essere la trecentesima replica e invece era la duecentonovantottesima. Le 300 repliche non siamo riusciti a farle, ed era proprio il motivo per cui avevamo allestito due settimane al Teatro Quirino.

Hai definito questo spettacolo, tratto dal romanzo di Romain Gary e che metti in scena dal 2017, "il manifesto morale della tua carriera".
Spesso nelle cose ci inciampi dentro. In questo romanzo sono inciampato nel 2017, durante una lettura in una manifestazione, e ne sono rimasto totalmente travolto. Non raccontava la mia storia, ma le somigliava tanto, soprattutto nel bisogno di questo bambino di essere visto. È un orfano nordafricano che vive a Belleville, nella banlieue di Parigi, con Madame Rosa, una vecchia prostituta che tiene un piccolo rifugio per bambini orfani o figli di prostitute. Per lui quella donna è l'unico legame con il mondo. Ma è vecchia, malandata, sta per morire, e lui sente che quest'ultimo legame se ne sta andando. Si aggira per le strade di Parigi come un fantasma, con lo straziante desiderio di rimettere insieme i brandelli della propria vita. Questo mi ha toccato molto, perché credo che il rapporto con la madre sia il motore di tutto. Pensavo che riguardasse solo me. Quando ho fatto lo spettacolo mi sono reso conto che era una cosa assolutamente contagiosa, che vale per chiunque. Tutti hanno con la propria madre un rapporto non concluso, non definitivo: una parola non detta, uno sgarbo non sanato, tutto quello che non si è riusciti a dire in tempo. Perché la madre c'è stata troppo poco, o è scappata, oppure c'è stata troppo. È un rapporto irrisolto. Quel romanzo mi ha commosso fino alle lacrime, e farlo è diventato quasi un obbligo morale. Anche perché dentro c'è una visione politica e sociale.

Sull'integrazione, sui pregiudizi.
È un romanzo del 1975.
Questo problema, questo problema-opportunità, i francesi l'hanno avuto quarant'anni prima di noi, ed è quindi di un'attualità stringente. Non offre chiavi per risolverlo, ovviamente. Però delinea una bussola morale: un'attitudine alla compassione, alla pietà umana, che non va mai smarrita.

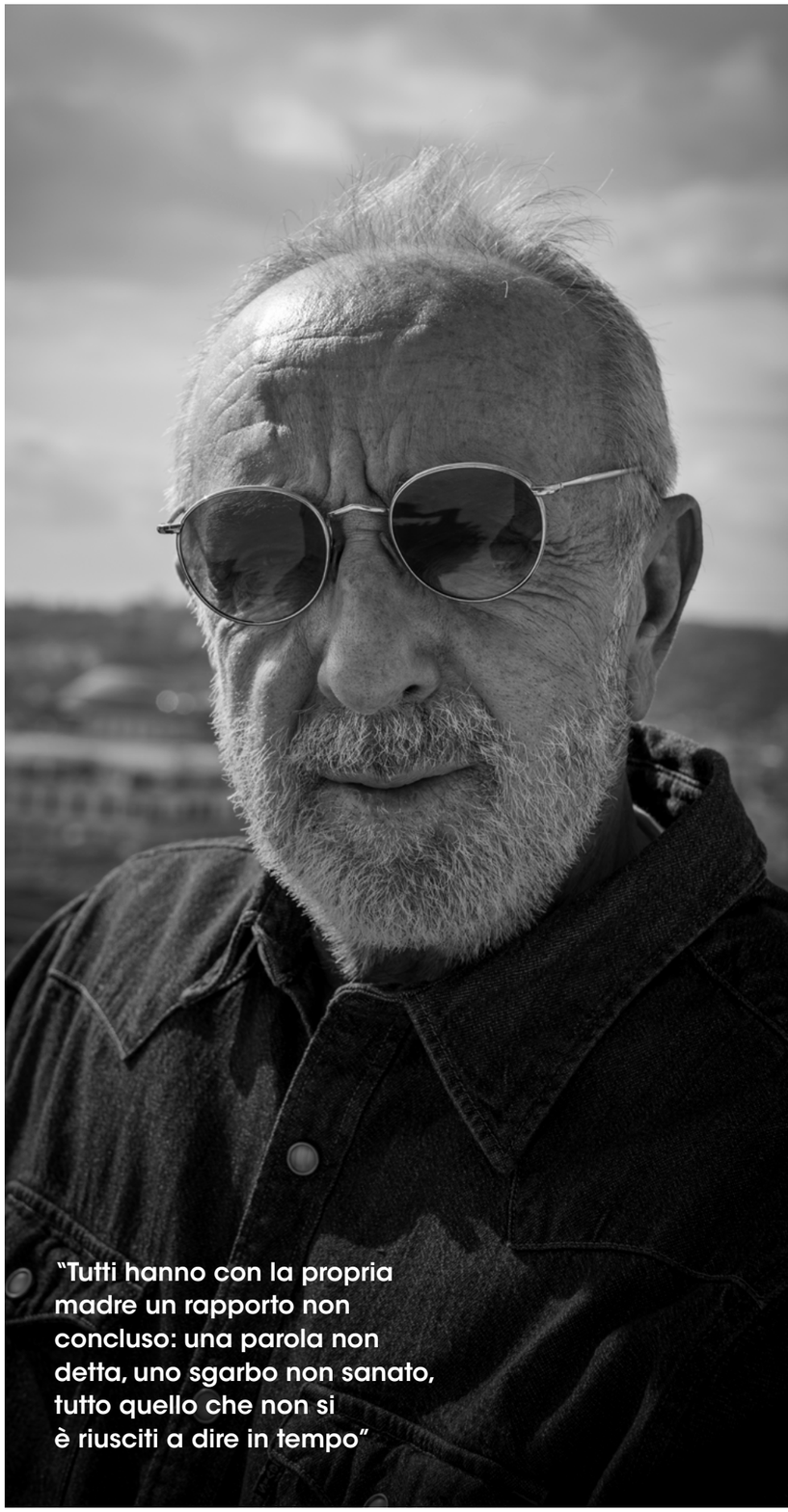
Quando avevi nove anni hai perso tua madre.
Un tumore al seno. La sua morte è

stata una mancanza, un vuoto. La malattia l'ho vissuta in casa: quei due anni di calvario li ho visti in presa diretta. E quello è stato ancora peggio della mancanza.

"Dentro un corpo vivo c'è un corpo morto", hai detto.
Un bambino non pensa che quel corpo possa morire o decomporsi. Non deve saperlo: il disfacimento della carne è una cosa che capirà in seguito. Capire così presto che dentro un corpo vivo c'è un corpo morto è un'esperienza molto forte.

Orfano ha la stessa radice di orbo: privo di qualcosa. Ti sei mai chiesto che cosa sarebbe stata la tua vita se lei non fosse morta?
Me lo chiedo sempre, e non lo saprò mai. Mi dicono che fosse una donna serena. Io sono arrivato sette anni dopo il più piccolo dei miei fratelli, un po' per caso: un ospite inatteso. Mia madre aveva un grado di cultura non scontato per una donna di quegli anni. Mio padre non l'ho mai visto leggere un libro in vita sua; lei invece aveva una piccola libreria, e da bambino, da preadolescente, ho letto tanti di quei libri: Kafka, le Lettere a Milena. Cose strane per un bambino, che esercitavano su di me un'attrazione particolare, quasi un primo apprendistato della sessualità. Non so che cosa sarebbe successo se la mia famiglia non si fosse, in qualche modo, spappolata. Quando accade una cosa del genere, ognuno affronta il proprio dolore da solo.

Pubblicamente ne hai parlato solo a cinquant'anni.
Non mi andava di esercitare una specie di ricatto sentimentale sul pubblico. Ma non lo sapevano nemmeno gli amici: era una cosa mia, personale. Anche perché l'orfano si sente un po' un piccolo eroe, qualcuno di speciale, e sviluppa un certo egocentrismo. Ed è difficile fidarsi degli orfani. Ho letto un libro sulla Corea del Nord, si intitolava proprio L'orfano: lì gli orfani venivano messi in istituti rieducativi durissimi, come se avessero una colpa dalla nascita. Dicono che di un orfano non ci si possa fidare fino in fondo,



che morderà sempre la mano che lo accarezza. Non so. Forse gli amici maligni dicono: “Ecco, tu sei così perché...”. Credo di aver morso poche mani, però è probabile che ci sia in me un senso di rivalsa verso il mondo. Lo possiamo chiamare risentimento. Lo copri, ma sotto un po’ riemerge.

Che fa il paio, forse,
con il desiderio di essere amati.
Amati, ma non compatiti. Il compatimento ti depotenzia, ti fa diventare una specie di orsacchiotto da tenere sulla libreria. E invece questa cosa è stata il mio vero atout, il mio vero valore aggiunto. La prima volta che sono salito su un palcoscenico le persone l’hanno capita, senza che nessuno gliela spiegasse. Io sono partito da comico puro: andavo in scena, la gente rideva, e pensavo: “Sono pazzi, perché ridono?”. Però dietro quella comicità c’era una nota malinconica, di tenerezza. È stata il mio cacciavite.

Da bambino il primo trionfo
con Pinocchio, poi il primo tonfo
con Marcantonio.
A sentire gli attori sono sempre trionfi. Soprattutto a teatro, dove non ci sono testimoni: “Non hai idea, non ci facevano uscire dal teatro”. Ma in realtà, se vai appresso ai successi finisci al manicomio. Pensi “ormai è fatta”, e dopo un mese ti accorgi che non è fatto proprio niente. Una delle cose più clamorose, per me, è stata la serie con Sorrentino, The Young Pope. Lì si è creata un’orgia di consensi, l’unanimità. Recitavo in inglese, ero pronto per sbarcare a Los Angeles. Non è successo niente. Tanta stima, ma non ha fruttato niente. Un critico scrisse che da quel giorno, quando Silvio Orlando fosse entrato in una stanza, avremmo dovuto alzarci tutti in piedi. Se vai appresso a queste cose, che fine fai? Lo stesso vale quando ti sembra di aver fatto un fiasco clamoroso e ti senti finito, dimenticato. Io lo immagino come una specie di pozzo. Se la carriera è abbastanza lunga sei esposto alle onde, alla bassa marea, a sbattere contro gli scogli. È fatale, è inutile illudersi. Sai cosa si dice degli attori?

Cosa?
La frase viene attribuita a Cary Grant e dice che la vita di un attore si divide in quattro fasi. La prima: “Silvio Orlando? Chi?”. La seconda: “Questo film non si fa se non c’è Silvio Orlando”, e dura molto poco. La terza: “Ci vorrebbe un Silvio Orlando più giovane”. La quarta: “Silvio Orlando? Ma è ancora vivo?”. Io non so in quale fase sto, ma sicuramente in una tra la prima e la quarta.

Sei alle soglie dei settant’anni.
Il cervello è quello, solo un po’ più rimbambito, come mi fa notare spesso mia moglie. Gioco con la mia sordità, amplificandola: faccio finta di non capire, mia moglie deve ripetere, alla terza volta impazzisce, e io mi diverto moltissimo. Per quelli come me, che non hanno mai puntato sul fisico, il decadimento fisico è forse più accettabile. Però è l’età in cui arrivano le malattie. La macchina comincia a rompersi. E uno non lo confessa, perché altrimenti diventi quella malattia, oppure finisci di nuovo nel tritacarne della compassione, che detesto.

Hai paura della malattia?
Io so che cos’è, perché l’ho vista. L’ho vista conquistare un corpo vivo, minuto dopo minuto, secondo dopo secondo. Non c’è niente di eroico né di bello in questo. Solo chi non ha conoscenza o coscienza di quel dolore può pensare che sia semplicemente una fase della vita. Certo, chi è che non ha paura delle malattie? Ma la morte mi fa impressione soprattutto per chi lascio. Alla fine si riduce a una persona, mia moglie, con la quale c’è una tale simbiosi che siamo diventati una specie di mostro mitologico.

Hai detto che negli occhi di tua moglie hai trovato il cielo migliore.
Ho detto questo? Ne ho dette tante (sorride, nda). È difficile spiegarlo. È una forma di commozione che mi prende quando penso a lei, tutte le volte, anche subito dopo un’arrabbiatura. Sono ventisei anni che stiamo insieme, e scatta sempre questa cosa. A volte penso che sia una reincarnazione di mia madre.

Cos’è l’amore?
Credo che l’amore sia quello che non puoi avere, ma non so se definirlo. Di amore ne ho avuto tanto. Ma qui scatta un’altra cosa, che forse va al di là dell’amore. È un mistero, come tante altre cose di cui abbiamo parlato oggi.

Un mistero anche il motivo per cui
si arriva dritti al pubblico?
C’è chi è mille volte più bravo di te, che ha studiato cento volte più di te, e magari arriva alla metà, o ha un successo limitato. E tu, forse anche giustamente, conquisti un’attenzione, una connessione emotiva con il pubblico. Misteri.

Comedians, ai tuoi inizi,
è stato un passaggio fondativo?
Era l’aria che soffiava. Negli anni Settanta la comicità era diventata la chiave di lettura di tutto: attraverso la comicità potevi fare politica, poesia, arte. Erano gli anni dell’avvento di Dario Fo. Avevano aperto un secondo canale, quello un po’ più progressista, e fecero “l’errore” di mandare in onda Mistero buffo. Si è spaccato il cervello a tutti. Si poteva fare politica senza la noia mortale della politica, facendo ridere le persone, con una dimensione popolare: Fo andava nei palazzetti dello sport, non era una roba di nicchia. Siamo andati tutti in quella direzione, ognuno a modo suo. Io avevo quel dono di entrare in scena e far ridere senza nessuno sforzo. Per Comedians cercavano dei napoletani, perché nella versione inglese c’erano gli immigrati irlandesi: il loro Mick O’Connor da noi diventò Michele Cozzolino. In quello spettacolo si vide fisicamente l’avvento di una generazione. Il teatro prendeva linfa vitale dal cabaret e dalla comicità, e la comicità prendeva spessore dal teatro.

Poi la televisione con Fininvest.
Antonio Ricci, un’altra mina vagante, voleva fare su Italia 1 uno show totalmente fuori controllo. Non si capiva niente, era un caos: c’era perfino una specie di umanoide che vomitava. Lui stesso diceva: “Forse abbiamo un po’ esagerato”. Berlusconi decise che quel programma non poteva andare in onda e scelse quattro o cinque cose da salva-



“Per un attore è una dote essere gregario: proporre, essere creativo, ma restare disciplinato, senza entrare in una competizione stupida”

re. Come faceva sempre, raccolse in una stanzetta guardie del corpo e autisti, e si votò per alzata di mano. Io fui salvato. Prima il portinaio non mi faceva passare: "Chi è? Dove va?". "Silvio Orlando". "Chi?". Da quel momento mi venivano a prendere, facevamo le partite di calcetto con Ezio Greggio. Io ero scarsissimo e tutti mi passavano la palla. Una situazione irreale. Un po' di benessere economico, ma sotto un malessere di fondo: non politico, ma personale. Mi sembrava che si andasse presto verso una certa rozzezza. Io sono riuscito a fare televisione perché in quegli anni Rai 3 e Italia 1 si rincorrevano su forme un po' sperimentali. Poi feci Emilio, un programmino carino che fu un piccolo caso, e lì mi ritagliai un bello spazio.

E il cinema con Nanni Moretti.
Lavoravo nello stesso periodo con Teo Teocoli, con Faletti e con Nanni Moretti, che era venuto a vedere lo spettacolo. Ero arrivato a Milano con quattro soldi, e improvvisamente mi firmavano contratti in esclusiva. Nanni faceva un po' di terrorismo. Mentre facevo il provino per Il portaborse, mi chiamò Daniele Luchetti: "Nanni ti vuole parlare". E Nanni: "Ho saputo che fai un'altra stagione in Fininvest". Gli risposi: "Nanni, non demonizziamo la televisione. Io ho già firmato: se vuoi, prendi un altro". Poi lui abbozzò. Aveva capito qualcosa in più, come al solito. Io ero più attore che comico, e capivo che come comico non sarei andato lontano. Poi è arrivato Palombella rossa ed è partita la fase del "questo film non si fa se non c'è Silvio Orlando".

Per Il caimano, nel 2006, dicesti a Moretti: se scegli un altro, mi ammazzo.
Per la prima volta Nanni faceva mezzo passo indietro: invece di essere produttore, regista, distributore e anche quello che vende i popcorn, recitava meno, e serviva un protagonista. Mi fece il provino. Gli dissi: se scegli un attore straniero, va benissimo; ma se prendi un altro attore italiano, mi ammazzo. Con Nanni c'è anche una questione di personalità. Io sono molto gregario, e con me lui si intossicava meno. È una delle doti che un attore deve avere: proporre, essere creativo, ma restare disciplinato e gregario, senza entrare in una competizione stupida.

Parliamo dei tuoi premi. Il primo David di Donatello da protagonista arriva proprio con Il caimano.
Ci ho messo 15 anni. La prima candidatura fu nel 1991, con Il portaborse. Candidato tante volte senza mai vincere. Anche con film che vincevano tutto, come La scuola o Fuori dal mondo. Vincevano tutto, tranne me. E io in quei film c'ero dall'inizio alla fine. Pensavo: c'è qualcosa che non va; se vi è piaciuto tanto il film, non posso non esservi piaciuto io. Un'intossicazione totale.

Nel 2008 la Coppa Volpi a Venezia per Il papà di Giovanna di Pupi Avati. Il monologo di fronte a Ezio Greggio mi emoziona ogni volta.
Me lo ricordo perfettamente. La girammo di sabato, quando di solito si fa un orario ridotto, e io avevo l'ansia: meno tempo per una scena con un monologo determinante. Eravamo a ridosso della fine ed entrò il produttore, Antonio Avati, con un pantalone arancione. Gli chiesi: "Antonio, ti prego, potresti uscire? Sto per finire". Lui uscì, ma si arrabbiò moltissimo.
È la qualità della scrittura a fare la differenza. Quando lavori con autori che ti scrivono cose così belle, le dici. Se cominci a friggerti il cervello, a pensare chissà che cosa devi fare, sbagli. Ci stai dentro, in quel momento, pensando bene a quello che stai dicendo: se sei un attore, è difficile sbagliarle. Pensa ai monologhi che ti mette in bocca Sorrentino, assurdi, così astratti.



Poi il David per Ariaferma. Quella sera non volevi nemmeno andare.
Nel pomeriggio telefonai a Piera Detassis, la presidente: "Piera, non ce la faccio. Ho il mal di stomaco al pensiero di venire lì, fare le facce, vedere tutti. Dopo un po' odio tutti e penso che sia una banda che ce l'ha con me. Sono quindici volte, basta". Lei sapeva ma non poteva dirlo: "Dai, vieni". Quando hanno detto il mio nome non l'ho nemmeno sentito. Qualcuno dietro di me mi ha spinto: "Oh, vai".

E l'hai dedicato a tua moglie.
Da viva, però (ride di nuovo, nda). In quel momento non c'è niente che ci commuova di più del pensare agli sforzi che abbiamo fatto: ti passa davanti tutto quello che è passato.

A fine ottobre è uscito Dio ride.
Serviva un antagonista per quel personaggio, ma che non fosse un



L'incontro con Silvio Orlando è avvenuto a Roma, all'interno dell'Hotel Hassler, il 18 ottobre 2026. Si ringrazia la proprietà e tutto il personale dell'albergo per la disponibilità e la collaborazione.

INQUADRA IL QR CODE PER VEDERE L'INTERVISTA COMPLETA A SILVIO ORLANDO

Torquemada sadico. Serviva un funzionario di Stato, un intellettuale dell'epoca, centrato, sicuro di sé. Che però avesse dei dubbi: uno che capisce, anche da uomo politico, che la strada che la Chiesa stava seguendo era una strada perdente. E cerca di farlo capire a questa creatura piena di gioia, di vita, di bellezza.

Non esiste un documento in cui Dio ride.
Questo è certo. Però la gioia c'è: Cristo ha portato la gioia, il perdono, la carezza, la tenerezza. Qualcosa di femminile. Alla fine del La vita davanti a sé leggo un brano bellissimo che dice proprio questo: che Cristo, in un certo senso, è donna, perché porta all'interno della religione una sensibilità femminile che non si era mai vista. Anche lì torna il rapporto con la madre. E in questo senso il mio personaggio crolla, perché capisce tutto quello che ha perso in nome di una ragion di Stato. È un po' un ponte con la Chiesa moderna, con quello che la Chiesa dovrebbe essere: una Chiesa che si occupa delle anime e non dei corpi.

Nella tua immagine profilo di WhatsApp c'è un brano (tradotto) di Kavafis: "E se non puoi la vita che desideri / cerca almeno questo / per quanto sta in te: non sciuparla / nel troppo commercio con la gente / con troppe parole in un viavai frenetico. / Non sciuparla portandola in giro / in balia del quotidiano / gioco balordo degli incontri / e degli inviti, / fino a farne una stucchevole estranea". Insisti molto sulla dignità.
Non voglio fare proclami, non sono un uomo da proclami. Però credo che la dignità sia anche la capacità di dire dei no in certi momenti, di perdere qualcosa. Per mantenere vivo quello che eri a diciotto anni, quando hai iniziato questo mestiere e un po' te lo immaginavi in un certo modo. La carriera di un attore è come un fiume: dagli affluenti arriva tanta schifezza, c'è gente che ci butta dentro di tutto. Ma bisogna mantenerlo vivo, perché se è troppo inquinato alla fine diventa un fiume morto.

Come racconteresti la dignità?
La dignità è la possibilità di guardarti allo specchio e di non dare peso a cose che non dovrebbero averne: i soldi, la fama, la riconoscibilità. È quello che ti fa vincere la forza di gravità del mondo, che ti schiaccia a terra. E più diventi anziano, più fai fatica a stare dritto. La dignità ti aiuta a tenere la spina dorsale dritta.

Avremmo potuto parlare ancora del Sud, di Napoli, dei tanti registi con cui hai lavorato.
Ci vorrebbe un cofanetto. Magari fosse sempre così. Di solito le interviste si riducono a un titolo, che spesso riporta cose che non hai nemmeno detto.

* Antonio Alizzi è il Direttore responsabile di Rizzola Magazine e il Direttore scientifico della Fondazione Rizzola Academy. Insegna alla Rome Business School.

VERSO LA NASCITA DI UN ISTITUTO NAZIONALE

L'Italia punta sulla longevità

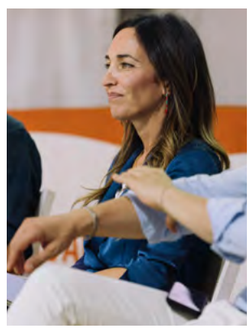
Dal Nutrition & Longevity Festival il progetto di un centro di eccellenza dedicato all'invecchiamento in salute. L'annuncio della Ministra Bernini e il sostegno della Vicepresidente del Senato Castellone








Anna Maria Bernini


Mariolina Castellone

L'Italia si prepara a diventare un punto di riferimento internazionale nella ricerca sulla longevità. È questo il messaggio emerso dalla quarta edizione del *Nutrition & Longevity Festival*, organizzato dalla Fondazione Valter Longo il 12 e 13 settembre a Cervia, che ha riunito scienziati, esperti e rappresentanti delle istituzioni per discutere le nuove frontiere dell'invecchiamento in salute. Al centro dell'iniziativa il professor Valter Longo, scienziato italiano di fama internazionale, tra i maggiori esperti nello studio dei meccanismi dell'invecchiamento e del rapporto tra nutrizione, prevenzione e longevità. La novità più significativa è arrivata dalla tavola rotonda "Longevità e Istituzioni", alla quale hanno partecipato il Ministro dell'Università e della Ricerca, **Anna Maria Bernini**, la Vicepresidente del Senato, **Mariolina Castellone**, il professor **Valter Longo** e l'amministratore delegato della Fondazione, **Antonluca Matarazzo**.
Il ministro Bernini ha annunciato che l'Italia avrà un centro di eccellenza sulla longevità, capace di integrare le migliori competenze scientifiche nazionali e internazionali. Il progetto parte da **Age-It, il partenariato di ricerca finanziato dal PNRR**, per costruire un'infrastruttura permanente dedicata all'invecchiamento, alla prevenzione e agli stili di vita. Un obiettivo condiviso anche da Castellone, che ha sottolineato la necessità di promuovere una nuova cultura della prevenzione, rendendo alimentazione sana e corretti stili di vita accessibili a tutti, indipendentemente dalle condizioni economiche e territoriali. Una convergenza istituzionale che supera le appartenenze politiche: la longevità è una priorità strategica per il nostro paese in grado di valorizzare le eccellenze scientifiche italiane e trasformare la ricerca in opportunità di salute per i cittadini.

COSA DICONO GLI STUDI

Metabolismo, peso e nuovi farmaci

di Luca Scaldaferri*

Il corpo difende le proprie riserve in un mondo di abbondanza. Cosa sappiamo dei meccanismi che regolano il peso e delle terapie, farmaci compresi, che possono migliorare la salute



Photo Credits: Kailee Garrett

Lanciamo un sasso nell'acqua di un lago. Rimbalza qualche volta, poi affonda e si posa sul fondo, dove resterà per sempre in balia di ciò che gli accade intorno. Nello stesso lago ci siamo frattanto immersi per un bagno rigenerante. Dopo un po' sentiamo freddo, arrivano i brividi: quattro bracciate e siamo fuori. Il corpo ha rilevato una variazione della propria temperatura e ha attivato delle contromisure, accendendo i brividi per scaldarsi e spingendoci a uscire. Questa capacità di mantenere la propria integrità al variare dell'ambiente esterno si chiama omeostasi e costa energia: ogni brivido brucia calorie, così come muoversi per uscire dal lago.

Il metabolismo è l'insieme dei processi con cui l'organismo utilizza e immagazzina energia per svolgere tutte le funzioni necessarie alla vita e mantenere l'omeostasi.

Mangiando introduciamo energia (grassi, carboidrati). In parte la usiamo per tenere in funzione il corpo anche a riposo (metabolismo basale, la voce maggiore), per digerire e assimilare il cibo (termogenesi alimentare) e per muoverci (attività fisica). Il resto lo conserviamo come grasso nel tessuto adiposo, glicogeno nel fegato e nei muscoli.

Evoluti nella scarsità, immersi nell'abbondanza
Per procurarsi energia i nostri progenitori avevano bisogno di tempo, movimento e una certa fortuna. Il metabolismo si è strutturato in condizioni di scarsità intermittente, privilegiando l'accumulo e la conservazione delle riserve energetiche. L'omeostasi è rimasta ancestrale. Il mondo no: l'abbondanza è stabile e i muscoli lavorano pochissimo. Ci spostiamo su ruote, lavoriamo seduti e, per procurarci energia, stendia-

mo il braccio sugli scaffali dove la troviamo impacchettata, economica, molto gratificante e concentrata in prodotti ad alta densità calorica. Due studi mostrano come l'ambiente spinga a mangiare e l'organismo difenda le proprie scorte.
In uno studio sono stati preparati due menù con gli stessi nutrienti principali, ma diversi per grado di trasformazione degli alimenti. I partecipanti ne hanno seguito uno per due settimane e poi l'altro, mangiando quanto volevano. Con il menù ultraprocessato hanno assunto circa 500 calorie in più al giorno e preso quasi 1 kg; con l'altro hanno perso circa 1 kg. I cibi ultraprocessati erano più densi di calorie e si mangiavano più in fretta. In un altro studio, dopo un calo di peso medio di 13,5 kg, la fame e i cambiamenti degli ormoni che favoriscono il recupero del peso persistevano anche dopo un anno. Diversi fattori interagiscono nell'accumulo di grasso: genetica, sviluppo, ambiente, alimentazione, sonno, stress, attività fisica e condizioni sociali. Né l'insulina, né un "metabolismo lento", né lo zucchero bastano a spiegare l'obesità.

Peso, obesità e rischio cardiovascolare

Il grasso si distribuisce in diverse sedi: sotto la pelle di addome, fianchi e cosce (tessuto adiposo sottocutaneo); nella cavità addominale intorno agli organi (grasso viscerale); in organi come fegato, muscoli, pancreas e cuore (grasso ectopico). Il tessuto sottocutaneo è il principale deposito relativamente sicuro dell'energia in eccesso. Quando la sua capacità di espandersi e immagazzinare grassi in modo funzionale viene superata — una soglia che varia da persona a persona — può aumentare l'accumulo viscerale ed ectopico. Questo grasso non è un magazzino inerte: produce segnali infiammatori, altera la risposta all'insulina, modifica la qualità dei grassi nel sangue e danneggia gli organi in cui si accumula. Si lega a diabete, ipertensione, steatosi epatica, malattia renale e malattie cardiovascolari: condizioni così spesso insieme che gli specialisti parlano di sindrome cardio-renale-metabolica. La riserva è diventata un rischio e non basta la bilancia a scoprirlo. È il metro da sarta che, misurando la vita, stima in modo indiretto il grasso viscerale. Facciamo un esempio: peso 84 kg, vita 102 cm. Tanti o pochi? Peso e vita da soli dicono poco: vanno messi in rapporto con l'altezza. Se l'altezza fosse 173 cm, troveremmo un indice di massa corporea di 28, che ci mette nella categoria del sovrappeso (da 25 a 29,9; da 30 si parla di obesità) e un rapporto vita/altezza di 0,59: la vita misura più della metà dell'altezza, possibile segno di grasso viscerale e maggiore rischio cardiometabolico. Se anche le nostre misure somigliano a queste, in gioco c'è la salute, ben oltre la prova costume.

Photo Credits: Alan Ko





Photo Credits: Sweet Life

Il confronto con un medico serve a questo punto a inquadrare le malattie che il peso potrebbe aver già favorito, a valutare se ci siano ipertensione, diabete, colesterolo elevato, danno epatico o renale, a cercare una malattia cardiovascolare e, se non c'è, a stimarne il rischio. Insieme a preferenze, valori e obiettivi della singola persona, questi elementi servono a costruire un percorso di cura, spesso multidisciplinare, in cui lo stile di vita resta la base: alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, sonno adeguato. I farmaci (incretinici, come vedremo dopo) e la chirurgia bariatrica sono opzioni di trattamento con indicazioni, rischi e benefici propri.

I farmaci incretinici

I nuovi farmaci imitano, prolungandone l'effetto, l'azione di ormoni liberati dall'intestino dopo il pasto: le incretine GLP-1 e GIP. Le incretine stimolano la secrezione di insulina quando la glicemia aumenta, favoriscono la sazietà, rallentano lo svuotamento dello stomaco e influenzano i centri cerebrali che regolano fame e ricompensa. La semaglutide, per esempio, riproduce l'attività del GLP-1; la tirzepatide attiva contemporaneamente i recettori del GLP-1 e del GIP. Sono farmaci nati per il diabete di tipo 2 e sono autorizzati anche per sovrappeso e obesità.
Cosa possiamo aspettarci da questi farmaci? Gli studi su adulti senza diabete, condotti sempre con interventi su alimentazione e attività fisica, ci dicono che il peso scende, e molto (mediamente dal 15 al 21% del peso di partenza contro il 2–3% del placebo), ma anche che dopo la sospensione il peso può risalire (in uno studio, chi smetteva la tirzepatide aumentava in media del 14%; chi la continuava perdeva un altro 5,5%). Alcuni studi mostrano poi benefici oltre il peso. In adulti con sovrappeso o obesità e malattia cardiovascolare nota, la semaglutide ha ridotto il rischio di infarto, ictus o morte cardiovascolare; altri studi indicano effetti favorevoli dei farmaci incretinici su rene e fegato. I benefici dello stile di vita possono dunque essere amplificati con un farmaco. Medico e paziente concordano gli obiettivi (il peso, la glicemia, una complicanza specifica, il rischio cardiovascolare) e scelgono la molecola in base ai dati di ciascuna, valutando anche la chirurgia bariatrica. Tengono presente che i risultati degli studi sono medie, ottenute in condizioni molto controllate: alcune persone perdono di più, altre meno, altre interrompono per gli effetti gastrointestinali. In tutte conta proteggere i muscoli mediante una dieta con proteine sufficienti e un programma personalizzato di allenamento di forza. Il sasso è rimasto sul fondo del lago. Noi siamo usciti dall'acqua fredda e ci siamo scaldati: l'omeostasi ha fatto il suo lavoro, adattando il corpo a ciò che ha trovato. Aiutarla richiede scelte sostenibili nel tempo costruite da noi e, quando serve, con il medico, per ridurre il rischio di malattia. Il farmaco agisce su alcuni segnali metabolici; l'ambiente, il lago in cui ci immergiamo ogni giorno, è parte della cura.

* Luca Scaldaferri è medico diabetologo e primario del reparto di Medicina e Geriatria della Casa di Cura Rizzola

Photo Credits: Dane Wetton



LA RICERCA DI EURISPES

Nuove tecnologie e forme di memoria: l'immortalità digitale

a cura della Redazione

Dai chatbot che simulano conversazioni con i defunti alle implicazioni psicologiche ed etiche: uno studio indaga anche gli atteggiamenti dei giovani italiani verso queste nuove applicazioni. Un rapporto Eurispes analizza lo sviluppo di un mercato emergente, nel quale l'intelligenza artificiale consente di ricreare digitalmente la personalità delle persone scomparse



L'intelligenza artificiale sta modificando anche il modo in cui conserviamo i ricordi e ci rapportiamo alla perdita delle persone care. Una delle applicazioni più recenti riguarda la cosiddetta *digital immortality*, oggetto del rapporto Eurispes *Il mercato dell'immortalità*, pubblicato all'inizio di quest'anno e coordinato dalla professoressa Costanza Nosi.

Attraverso l'elaborazione di messaggi, fotografie, video e registrazioni vocali, alcuni sistemi di intelligenza artificiale sono oggi in grado di ricostruire caratteristiche comunicative e tratti della personalità di individui scomparsi. Nascono così i *deadbot*, agenti virtuali capaci di simulare conversazioni con i defunti, riproducendone il linguaggio e, in alcuni casi, la voce. Si tratta di una forma di immortalità simbolica, che non implica la sopravvivenza della coscienza, ma introduce nuove modalità di conservazione e interazione con la memoria individuale. Attorno a queste applicazioni si sta sviluppando un settore economico emergente, denominato *Digital Afterlife Industry*. Il rapporto dedica particolare attenzione agli atteggiamenti dei giovani italiani. Attraverso focus group e un'indagine su 415 partecipanti appartenenti alle generazioni *Millennials e Z*, la ricerca evidenzia un quadro articolato.

Il 68,9% degli intervistati non conosceva i deadbot, mentre tra i soggetti più familiari con l'intelligenza artificiale emerge una maggiore apertura alla sperimentazione. Accanto alle opportunità, lo studio richiama l'attenzione sui possibili rischi psicologici, soprattutto per le persone impegnate nell'elaborazione di un lutto. La continuità virtuale della relazione potrebbe rappresentare una forma di conforto, ma anche rendere più difficile accettare la perdita. Emergono inoltre questioni relative al consenso dei defunti, alla gestione dei dati personali e alla commercializzazione dei legami affettivi. La ricerca sottolinea quindi l'esigenza di accompagnare lo sviluppo di queste tecnologie con adeguate forme di regolamentazione e tutela, affinché le nuove possibilità offerte dall'intelligenza artificiale possano conciliarsi con il rispetto della dignità individuale e del benessere psicologico.


Photo credits: JYaser Mobarakabadi

L'ENTRATA IN VIGORE E GLI SCENARI NEL MEZZOGIORNO

Riforma degli accreditamenti e convenzionamenti sanitari e socioassistenziali: i correttivi del D.L. 16/2026

di David Bongiovanni*

LA RIFORMA: CONCORRENZA CON CRITICITÀ

È ormai imminente l'entrata in vigore della riforma introdotta con la Legge 5 agosto 2022, n.118, che, intervenendo sul D.Lgs. 502/1992 (articoli 8 *quater* comma 7 e 8 *quinquies*, comma 1 *bis*), ha rivoluzionato il sistema di accreditamento e convenzionamento delle strutture sanitarie private con il S.S.N., introducendo il principio secondo il quale le Regioni dovranno selezionare con cadenza periodica le strutture che erogano prestazioni sanitarie dietro rimborso pubblico, mediante procedure trasparenti e non discriminatorie. Di fatto, qualcosa di molto simile a delle vere e proprie gare d'appalto. La drasticità della modifica – frutto anche di numerose sollecitazioni del Garante per la Concorrenza e il Mercato – con la quale si è di colpo cancellato un sistema che si fondava sul rinnovo sostanzialmente automatico delle convenzioni pregresse, integrate periodicamente soltanto da nuovi accreditamenti e convenzionamenti legati all'eventuale incremento di domanda, ha suscitato vibranti proteste da parte delle associazioni di categoria delle strutture convenzionate "storiche", che hanno evidenziato più di una criticità della nuova disciplina. Si è sostenuta, tra l'altro, l'incompatibilità con l'art. 32 della Costituzione, poiché le prestazioni sanitarie sarebbero trattate come beni commerciali da affidare al miglior offerente. Secondo questi operatori, inoltre, la riforma comprometterebbe la continuità assistenziale per i pazienti, determinando interruzioni dei percorsi di cura ad ogni modifica dell'erogatore del servizio. Ulteriore conseguenza dannosa è stata ravvisata nel verosimile calo di investimenti importanti e costosi a lungo ammortamento (come risonanze magnetiche avanzate o robotica chirurgica), che gli operatori privati eviterebbero, non avendo certezze circa la sostenibilità futura degli impegni economici assunti. Sarebbe, poi, a rischio anche la stabilità del personale sanitario, visto che le strutture storiche non potrebbero più garantire contratti di lavoro a tempo indeterminato a medici e infermieri, se il volume delle loro prestazioni è legato all'esito di una gara periodica.

LA SOSPENSIONE E I CORRETTIVI

In conseguenza di queste osservazioni, il Legislatore ha disposto, con l'articolo 36 della Legge 16 dicembre 2024, n. 193 (Legge Concorrenza 2023), una sospensione temporanea dell'efficacia delle nuove disposizioni fino al 31 dicembre 2026, delegandone la proposta di correttivi alla Conferenza Stato Regioni. A febbraio di quest'anno, però, è stato il Governo, modificando con decretazione d'urgenza (D.L. n. 16/2026) in modo sostanziale lo stesso articolo 36 della Legge n. 193/2024 con il quale era stata sospesa l'entrata in vigore della nuova disciplina, a recepire parte importante delle osservazioni critiche, andando così incontro alle strutture "storiche". I correttivi così introdotti nella citata disposizione riconoscono un ruolo importante alla "storicità" della struttura sanitaria e al suo operato, stabilendo che *"la procedura ad evidenza pubblica... prevede un sistema premiale che valorizza l'erogatore con riferimento...ai volumi delle prestazioni eseguite negli anni... agli investimenti realizzati... alla capacità produttiva tale da contribuire a smaltire le liste di attesa...all'apporto concretamente dimostrato, anche con riferimento a esperienze pregresse e consolidate nella realizzazione di livelli qualitativamente elevati di assistenza, valorizzando la conoscenza approfondita delle specificità del territorio di riferimento..."*. Viene così riconosciuto un vantaggio competitivo alle strutture già accreditate e convenzionate, anche valorizzandone la territorialità, rispetto a quelle che vorrebbero inserirsi adesso nel mercato sanitario o, comunque, in un diverso ambito territoriale.

LA CONFERMA DELL'ENTRATA IN VIGORE

L'intervento governativo sul citato articolo 36, anche nella versione recepita dalla successiva legge di conversione di aprile 2026, ha lasciato immutato il termine di entrata in vigore al 1 gennaio 2027, la qual cosa rende estremamente improbabile un nuovo intervento modificativo della norma finalizzato ad un suo ulteriore slittamento.

LA "CONFORMITÀ NORMATIVA" COME AGO DELLA BILANCIA

Per valutare gli effetti del nuovo sistema, non si può prescindere da un dato: il divario che, in generale, sconta il Sud Italia rispetto alla sanità privata del Centro Nord, a livello di efficienza, di capacità ricettiva, di innovazione tecnologica, di risorse e, soprattutto, di conformità normativa.
Sarà questa, infatti, con ogni probabilità a fare la differenza quando tra qualche mese il settore sanitario si aprirà alle regole del mercato. Le stringenti normative in materia di trasparenza e anticorruzione, di *privacy* e *cybersecurity*, di mappatura e gestione del rischio clinico, con i requisiti, i protocolli e, in generale, gli adempimenti che richiedono alle strutture sanitarie private convenzionate, costituiranno, nel nuovo scenario disegnato dalla riforma, il terreno di confronto e, probabilmente, di scontro tra le micro e piccole aziende sanitarie private del Sud Italia, troppo spesso prive di molti dei requisiti di legge, ed i grossi gruppi provenienti dal continente, più strutturati, con maggiori risorse e tradizionalmente più attenti ai temi della *compliance*.
Il vantaggio competitivo riconosciuto di recente per la "storicità" territoriale, per il radicamento e per le *performance* realizzate negli anni passati, potrà, infatti, essere fatto valere soltanto dalle strutture sanitarie pienamente conformi alla vigente normativa. Quelle che, invece, dovessero risultare carenti di figure e presidi obbligatori come quelli imposti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di tutela dei dati personali, oppure prive di Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001, previsto dalla normativa sulla trasparenza e anticorruzione, nonché dalla delibera ANAC n. 1134 del 2017, sarebbero escluse dal-



Photo credits: Markus Winkler

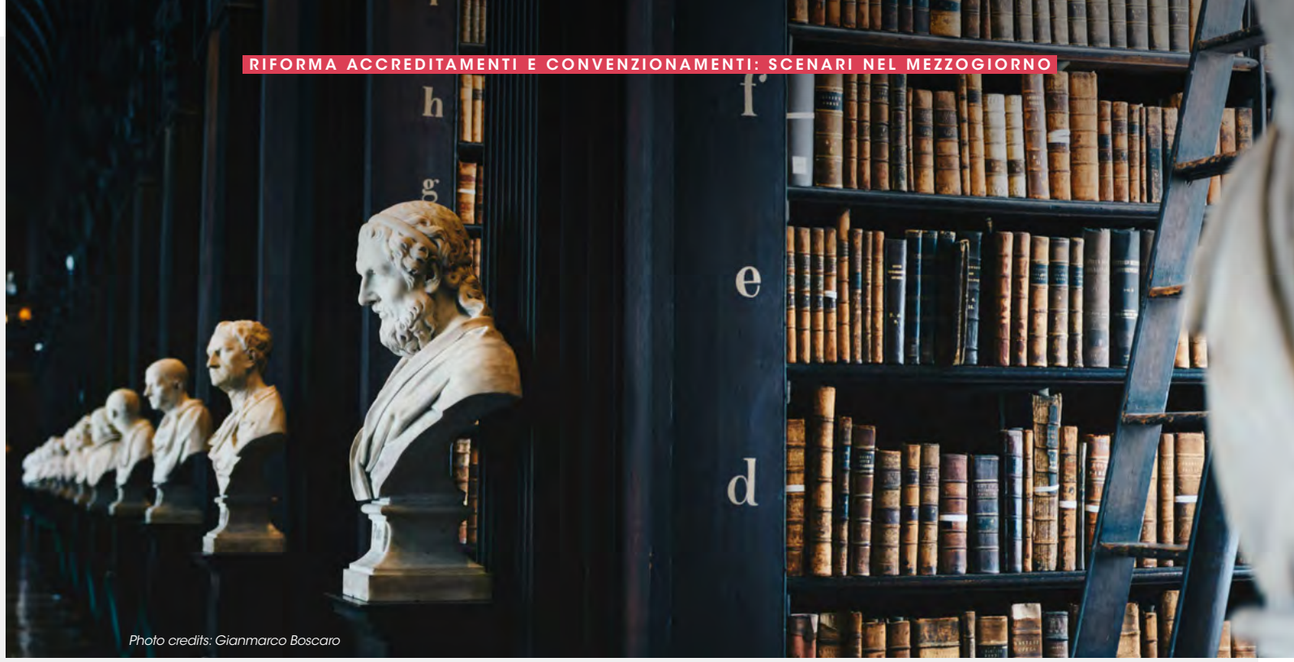


Photo credits: Gianmarco Boscaro

la procedura selettiva, prima ancora di vedersi riconosciuto il punteggio preferenziale dovuto all'attività convenzionata pregressa. Stessa sorte spetterebbe, in questo scenario, alle strutture aziendali che dovessero risultare carenti di un sistema di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle cure e prevenzione e gestione del rischio sanitario, del tipo imposto dalla stessa normativa sugli accreditamenti e contrattualizzazioni (articolo 8 *quater* comma 7 e articolo 8 *quinquies* comma 1bis del D.Lgs. n. 502 del 1992) e dalla c.d. Legge GelliBianco (art. 4 comma 3), nonché alle strutture prive di sito internet o che non vi pubblichino, sulla pagina della "amministrazione trasparente" i dati e le informazioni prescritte dalla normativa di settore (in primis liste d'attesa, relativi criteri di formazione e probabili tempi di attesa). Non è difficile immaginare, infatti, che le aziende strutturate provenienti da altre aree d'Italia, di dimensioni più o meno grandi, che non potranno contare sugli elementi di vantaggio frutto di una pregressa attività convenzionata, erogata in uno specifico ambito sanitario e territoriale, passeranno ai raggi X le aziende "storiche" locali, per evidenziarne e denunciarne eventuali carenze di conformità, così da chiederne l'esclusione dalla selezione.

GLI SCENARI POSSIBILI

Gli scenari che si prospettano nel Mezzogiorno all'entrata in vigore della riforma del sistema di convenzionamento sono, quindi, sostanzialmente due. Se le strutture già convenzionate dovessero sottovalutare, com'è avvenuto finora, il valore della conformità normativa, qualificandola come spesa "non essenziale", piuttosto che come generatore di qualità e sicurezza delle prestazioni erogate, la sanità convenzionata del Sud Italia cambierà volto e i piccoli operatori lasceranno, via via, il posto ai gruppi più organizzati, strutturati su base nazionale e, sicuramente, conformi alla vigente normativa. Ove, invece – se non per intima convinzione, per necessità e convenienza – le strutture storiche saranno capaci di conformarsi integralmente alla vigente normativa, rendendo percepibile all'utenza un reale cambio di passo e di prospettiva di una sanità finora considerata di serie B, non solo avranno buone possibilità di mantenere la propria fetta di mercato e di vedersi rinnovate le contrattualizzazioni esistenti, in forza del vantaggio competitivo riconosciuto loro dall'ultimo intervento normativo, ma potrebbero ottenere perfino un incremento delle prestazioni. L'innalzamento del livello qualitativo conseguente al raggiungimento della piena conformità normativa potrà avere come conseguenza, nel medio periodo, la riduzione del fenomeno del "turismo sanitario" la qual cosa potrà liberare risorse, che resterebbero sul territorio, fino ad un miliardo e mezzo di euro, pari al saldo negativo che ogni anno le regioni del Mezzogiorno scontano nei confronti di quelle del centro e, soprattutto, del Nord Italia, per il pagamento delle cure specialistiche ricevute dai pazienti fuori regione.



* David Bongiovanni è avvocato, consulente in materia di responsabilità da reato delle società ex D.Lgs. 231/2001

QUANDO LA CURA È UN SOFTWARE

Le terapie digitali: cosa sono e a che punto siamo in Italia

di Maurizio Campagna*

L'idea alla base delle terapie digitali, o DTx (digital therapeutics), è una prescrizione che non si ritira in farmacia, ma si scarica sullo smartphone. Software, per lo più app, che non si limitano a monitorare il paziente, ma producono un effetto terapeutico da dimostrare con studi clinici

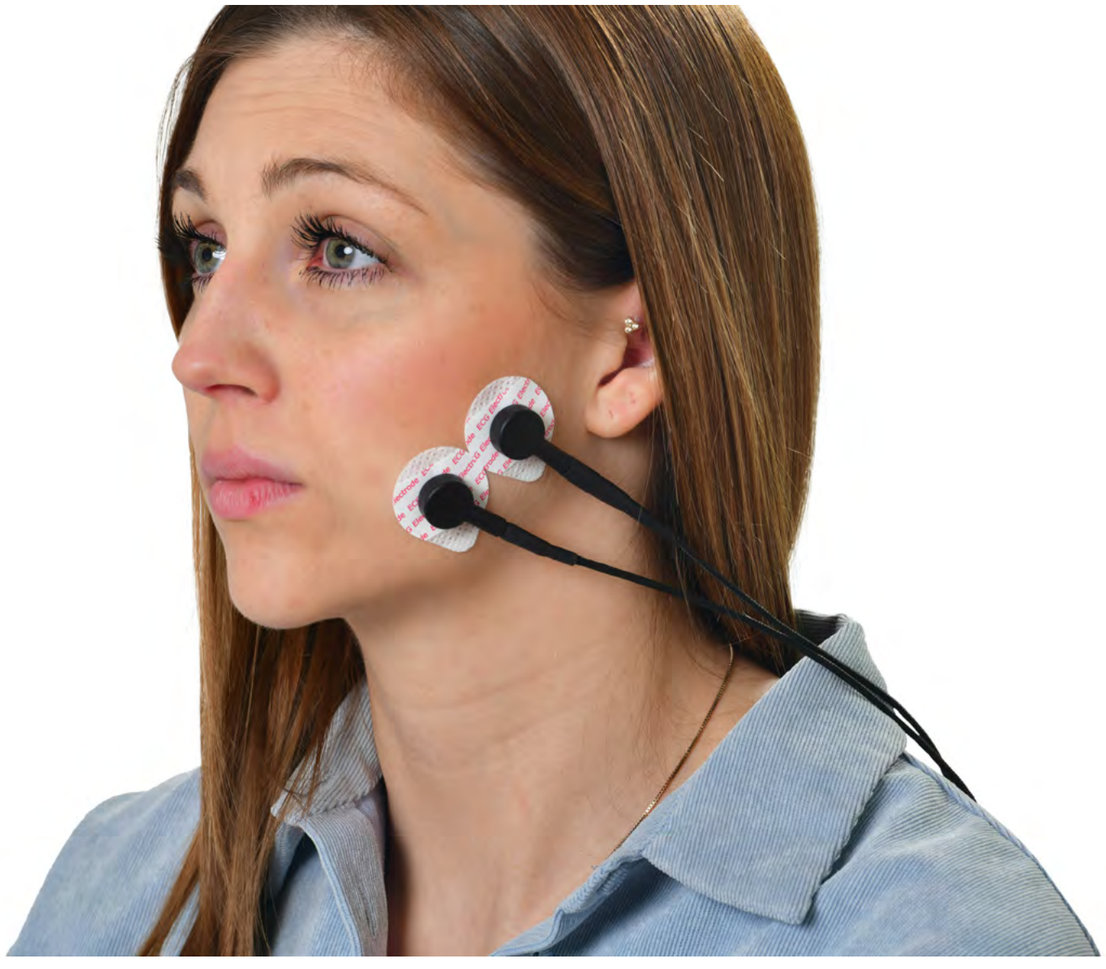


Photo credits: Mindfield Biosystems

La differenza dalle comuni app è netta. Un contapassi o un diario alimentare possono essere utili, ma non curano. La terapia digitale, invece, è essa stessa il trattamento: si pensi a un percorso di terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia, svolto sotto la guida del software. Ha un'indicazione precisa e un periodo definito. Gli ambiti principali sono salute mentale (insonnia, ansia, depressione), dipendenze e malattie croniche, come il diabete. Spesso affianca le cure tradizionali, sostiene l'aderenza e segue il paziente fuori dall'ambulatorio.
Non esiste una definizione giuridica condivisa. Il rapporto ISO/TR 11147 del 2023 richiede un impatto terapeutico positivo "dimostrabile".

E L'ITALIA?

Il 27 maggio 2026 la Camera ha approvato all'unanimità il testo, ora al Senato: "Disposizioni in materia di terapie digitali". Quattro articoli, tre scelte.
La prima: le DTx sono dispositivi medici software marcati CE ai sensi del regolamento (UE) 2017/745, destinati a trattare o attenuare malattie, disturbi, lesioni o disabilità. Nessuna categoria nuova, dunque, ma la disciplina europea.
La seconda: la valutazione è affidata al Programma nazionale di *Health Technology Assessment* dei dispositivi medici, per valutare efficacia, costi, organizzazione e profili etici.
La terza, la più rilevante: le DTx potranno entrare nei livelli essenziali di assistenza (LEA), garantiti dal Servizio sanitario nazionale gratuitamente o con ticket. Un Comitato nazionale presso il Ministero indicherà le terapie da valutare; l'inserimento seguirà la procedura ordinaria dei LEA. La telemedicina cambiava l'erogazione delle prestazioni; qui entra un trattamento nuovo. Un farmaco ha effetti indesiderati, controindicazioni e interazioni. Lo stesso vale per il software: una terapia digitale può non essere adatta a tutti o indurre a trascurare cure necessarie. Vi sono poi rischi tecnologici: malfunzionamenti, attacchi informatici, errori introdotti da nuove versioni.
La risposta parte dalla qualifica di dispositivo medico. Il fabbricante deve valutare benefici e rischi, gestire il rischio lungo l'intero ciclo di vita e fornire istruzioni con controindicazioni e avvertenze. Dopo la commercializzazione, la vigilanza opera come la farmacovigilanza: gli incidenti gravi vanno segnalati e il rapporto benefici-rischi riesaminato nel tempo. Modifiche rilevanti possono richiedere una nuova conformità. Se la terapia incorpora intelligenza artificiale, si aggiungono gli obblighi applicabili dell'AI Act. La sicurezza riguarda anche i dati sanitari, da tutelare fin dalla progettazione. Nel Comitato nazionale è previsto un rappresentante del Garante per la protezione dei dati personali.

I NODI APPLICATIVI

L'attuazione si misurerà su quattro questioni.
1. Le prove. Per i LEA occorre una validazione clinica basata sulle evidenze, preferibilmente con studi randomizzati. Ma quando un aggiornamento richiede nuove prove?

2. L'appropriatezza. Servono efficacia, sicurezza, adeguatezza clinica e sostenibilità dei costi. Per "oggetti nuovi" come le DTx non sarà facile.

3. L'equità. I LEA vanno garantiti ovunque, ma una DTx presuppone smartphone, connessione e familiarità con la tecnologia, oltre a medici in grado di prescriverla e seguirla. Senza formazione, i più fragili rischiano l'esclusione.

4. I tempi. Una valutazione lunga rischia di concludersi quando la tecnologia è superata. In Germania, dal 2019, le applicazioni sanitarie digitali possono essere rimborsate provvisoriamente mentre il produttore ne dimostra i benefici; percorsi analoghi esistono in Francia e Belgio.

QUALE EQUILIBRIO?

L'Italia si avvia a colmare il ritardo sui Paesi europei che già rimborsano le DTx. Il legislatore dà a questi strumenti una definizione e una via d'accesso al Servizio sanitario nazionale. Toccherà all'attuazione evitare un sistema troppo rigido, che rallenterebbe l'accesso a cure utili, o troppo permeabile, che finanzierebbe soluzioni dal valore non dimostrato; e continuare a valutare nel tempo, perché una terapia digitale, a differenza di una molecola, non smette mai di cambiare.



Photo credits: Isens Usa

* Maurizio Campagna è avvocato e consulente della Casa di Cura Rizzola

LA SICUREZZA INFORMATICA NELLE STRUTTURE SANITARIE

NIS2 e sanità: cybersecurity e responsabilità

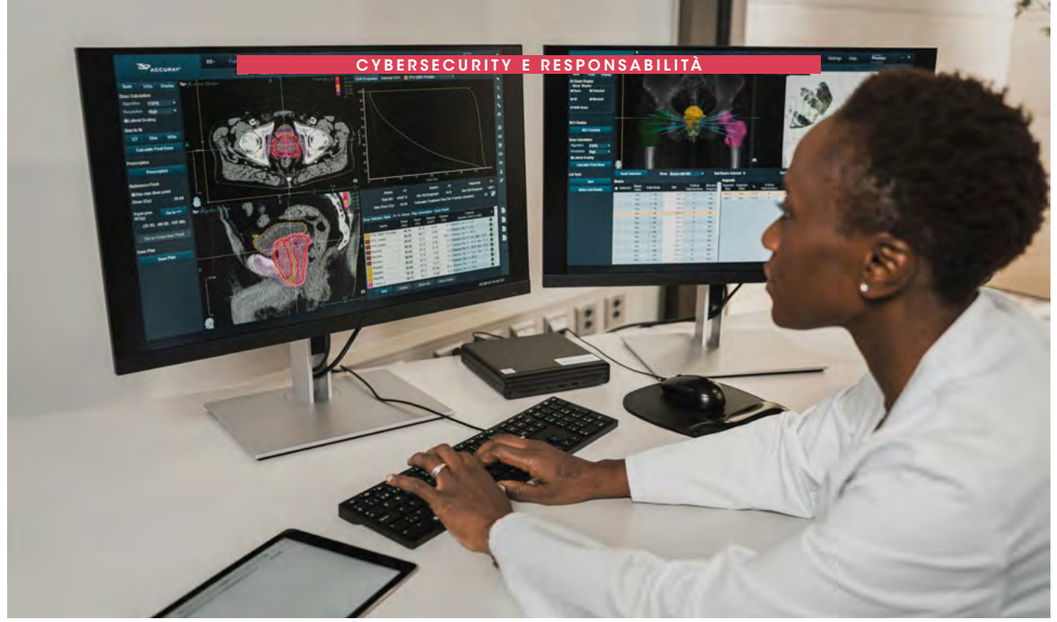
di Mario Ponari*

Il decreto legislativo 138/2024 – l'atto normativo con cui l'Italia ha recepito ufficialmente la Direttiva europea NIS 2 sulla cybersicurezza – introduce nuovi obblighi per le strutture sanitarie e i loro organi di amministrazione. Dalla prevenzione degli attacchi informatici alla protezione dei dati dei pazienti, la sfida è garantire la continuità delle cure



Credits: Priscilla Du Preez

Negli ultimi anni si sono verificati, con sempre maggior frequenza, casi di attacchi informatici agli ospedali tramite, ad esempio, *ransomware* che, sfruttando le vulnerabilità della rete informatica, cifrano i sistemi aziendali arrivando fino a bloccare le accettazioni, rendere inaccessibili le cartelle cliniche, bloccare i referti di laboratorio e radiologia o addirittura costringere a rinviare interventi chirurgici.
Anche per tale motivo le strutture sanitarie sono state incluse nel perimetro di applicazione del decreto legislativo 4 settembre 2024, n. 138 che, recependo la Direttiva (UE) 2022/2555, persegue il dichiarato obiettivo di garantire un livello elevato di sicurezza informatica su tutto il territorio italiano.
La novità di maggiore impatto culturale della NIS 2 riguarda gli organi di amministrazione, dal momento che il consiglio di amministrazione o la direzione generale non possono più limitarsi a delegare il tema all'ufficio informatico: devono approvare le misure di sicurezza, sovrintendere alla loro attuazione e ne rispondono direttamente, oltre a dover seguire una formazione specifica e a promuoverla per tutto il personale, nonché, naturalmente, a reperire e stanziare le relative risorse economiche.
Il decreto richiede infatti l'adozione di misure tecniche, operative e organizzative proporzionate al rischio, secondo un approccio che guarda all'organizzazione



nel suo insieme, imponendo un elenco dettagliato di misure di base da adottare che riguardano, ad esempio, le politiche di sicurezza, la continuità operativa e la gestione delle vulnerabilità.
A differenza del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), che all'art. 32 impone al titolare di adottare misure tecniche e organizzative adeguate al rischio senza una puntuale elencazione, le misure di base previste dal D. Lgs. 138/2024 offrono invece un riferimento concreto e riconosciuto che individua il livello minimo di sicurezza informatica richiesto e che ricomprende, a titolo esemplificativo, l'inventario degli asset, il controllo degli accessi, l'autenticazione a più fattori, la gestione delle vulnerabilità, i backup e la continuità operativa.

Per una struttura che tratta dati relativi alla salute su larga scala ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, sarà dunque difficile sostenere l'adeguatezza delle proprie misure, sul piano dell'accountability, se queste restano al di sotto di quanto richiesto dalla NIS2.

Da quanto sopra deriva la conseguenza che, sebbene le due normative abbiano ambiti diversi (il Regolamento tutela le persone fisiche a cui i dati si riferiscono: pazienti, familiari, personale; la NIS2 protegge la sicurezza delle reti, dei sistemi informativi e dei servizi che su di essi si reggono), è necessaria una costante interazione tra i comparti aziendali, per ottimizzare i processi e ridurre i costi.
Ad esempio, in una struttura sanitaria i sistemi da proteggere sono gli stessi che custodiscono cartelle cliniche, referti, immagini diagnostiche e dati amministrativi dei pazienti. Il risultato è una sovrapposizione quasi totale: proteggere il sistema significa, nella gran parte dei casi, proteggere i dati sanitari.
Come detto, tale sovrapposizione non è però sempre valida. Si pensi, ad esempio, agli incidenti informatici. Un ransomware che rende indisponibile la cartella clinica elettronica può essere, al tempo stesso, un incidente significativo da notificare al CSIRT Italia (preallarme entro 24 ore, notifica entro 72 ore, relazione finale entro un mese) e una violazione di dati personali da notificare al Garante entro 72 ore, ove ne ricorrano i presupposti, con eventuale comunicazione agli interessati ex art. 34 GDPR. I due flussi hanno presupposti e destinatari diversi che vanno coordinati da una procedura unica di classificazione e di escalation per evitare il rischio di ritardi o incoerenze.
La normativa NIS2 ha previsto sanzioni importanti per i soggetti che non si adeguano per tempo (fino a 10 milioni di euro o al 2% del fatturato mondiale per i soggetti essenziali, e fino a 7 milioni o all'1,4% per quelli importanti), ma per una struttura sanitaria il rischio maggiore non è la sanzione, bensì l'interruzione delle cure e la perdita di fiducia dei pazienti: ed è forse questo l'elemento che meglio esprime lo spirito della riforma, che fa della sicurezza informatica e della protezione dei dati una responsabilità di governo dell'organizzazione.



* Mario Ponari è avvocato e Responsabile Protezione Dati della Casa di Cura Rizzola

LA DIAGNOSTICA DEL FUTURO

Riccardo Lattanzi: ricerca, tecnologia, prospettive per la medicina

È il direttore del Center for Biomedical Imaging della New York University. Il professore marchigiano racconta il suo percorso da Bologna agli Stati Uniti e le sue ricerche che stanno rendendo la risonanza magnetica più veloce, intelligente e accessibile



Riccardo Lattanzi nel suo ufficio di New York

Una risonanza magnetica completa del ginocchio in meno di cinque minuti. Un esame del cervello in sei o sette. E, presto, apparecchiature piccole ed economiche, che monitorano nel tempo le condizioni di salute anche al di fuori dei grandi ospedali. Sono queste alcune delle innovazioni su cui lavora l'italiano Riccardo Lattanzi, ingegnere biomedico, professore ordinario alla New York University e direttore del *Center for Biomedical Imaging* della NYU Langone Health, a Manhattan. Marchigiano, si laurea in Ingegneria elettronica con indirizzo biomedico a Bologna. Durante la tesi, svolta presso gli Istituti Ortopedici Rizzoli, si occupa di software per la pianificazione degli interventi di protesi d'anca. Una borsa Fulbright lo porta alla Carnegie Mellon University di Pittsburgh. L'esperienza prosegue nel 2003 con l'ammissione a un programma di dottorato in Ingegneria biomedica, condiviso tra MIT e Harvard. Approfondisce la formazione medica, frequentando corsi e attività ospedaliere: "Come ingegnere biomedico impari anche la parte medica, quali sono i problemi e soprattutto qual è il linguaggio".

Durante il dottorato si avvicina alla risonanza magnetica, che diventerà il principale ambito della sua ricerca. Approda poi alla New York University, dove nel 2010 diventa *Assistant professor*, quindi professore ordinario (Full Professor), fino ad assumere la direzione del Centro. Oggi coordina **160 PERSONE, TRA PROFESSORI, RICERCATORI E STUDENTI**, impegnate prevalentemente nello sviluppo di nuove tecnologie di risonanza magnetica. L'integrazione tra ingegneri, fisici e radiologi è fisica "lavoriamo a contatto diretto per trasferire le innovazioni scientifiche nella pratica clinica".

LA VELOCITÀ DEGLI ESAMI È UNA DELLE SFIDE PRINCIPALI. Una risonanza magnetica richiede diversi minuti durante i quali il paziente rimane immobile. Grazie a nuovi sistemi di acquisizione, software e algoritmi di intelligenza artificiale, i tempi possono ridursi sensibilmente. "Un esame completo del ginocchio richiedeva 20-25 minuti, oggi riusciamo a farlo in meno di cinque". E non è soltanto una questione di comfort: esami più brevi consentono di utilizzare meglio le apparecchiature, aumentare il numero di pazienti e ridurre i costi. In un sistema sanitario nel quale l'accesso alla diagnostica rappresenta spesso un problema, questa evoluzione potrà avere conseguenze importanti.



Ma il cambiamento più interessante riguarda il modo stesso di osservare la salute. Secondo Lattanzi, la medicina può utilizzare sempre meglio le informazioni raccolte nel tempo, anziché considerare ogni nuovo esame come una fotografia isolata.

Il professore preferisce il termine **"SORVEGLIANZA"** a quello di screening. L'obiettivo non è moltiplicare indiscriminatamente gli accertamenti, ma confrontare i dati precedenti con quelli attuali per identificare cambiamenti significativi.

"Quello che conta è il cambiamento, non il valore che hai in uno specifico momento".

È un principio che il suo gruppo sta applicando, tra gli altri ambiti, alla diagnostica della prostata. Utilizzando immagini e informazioni cliniche precedenti, i ricercatori sviluppano modelli capaci di distinguere con maggiore precisione le situazioni sospette da quelle che possono essere semplicemente monitorate. L'obiettivo è ridurre i falsi positivi e limitare le biopsie inutili. Un'altra linea di ricerca riguarda la **RISONANZA MAGNETICA QUANTITATIVA**, che permette di misurare caratteristiche biofisiche dei tessuti non sempre riconoscibili nelle immagini tradizionali. Un esempio è la cartilagine dell'anca: un'articolazione può apparire ancora integra, mentre al suo interno sono già presenti modificazioni biochimiche associate ai primi processi degenerativi. Riuscire a identificarle potrebbe favorire interventi più tempestivi, prima che il danno diventi irreversibile. Tra i progetti più avanzati figura anche l'utilizzo del calcolo quantistico per accelerare l'elaborazione dei dati diagnostici. Il gruppo di Lattanzi è stato selezionato tra i sei finalisti di una competizione promossa dai *National Institutes of Health*, dedicata alle applicazioni del quantum computing in medicina.

LA PROSPETTIVA FORSE PIÙ INTERESSANTE PER I PAZIENTI riguarda, però, **L'ACCESSIBILITÀ**. Lattanzi immagina sistemi di risonanza magnetica a basso campo, più piccoli e meno costosi, da utilizzare per controlli periodici semplificati: dopo un primo esame completo, le successive verifiche potrebbero limitarsi a individuare eventuali cambiamenti, indirizzando il paziente verso un approfondimento soltanto quando necessario. Apparecchiature di questo tipo potrebbero trovare spazio anche in presidi territoriali, comprese le farmacie. Avvicineremmo la diagnostica alle persone, soprattutto nelle aree meno servite. L'intelligenza artificiale svolge già un ruolo importante nella ricostruzione delle immagini e nell'analisi dei dati. Alla NYU Langone vengono inoltre utilizzati sistemi di supporto alla lettura delle mammografie. Lattanzi sottolinea tuttavia la necessità di verificare che gli algoritmi, nel tentativo di produrre immagini apparentemente migliori, non eliminino dettagli clinicamente rilevanti.

"Ero partito per sei mesi e non sono mai tornato". La storia di Lattanzi mostra il valore internazionale della formazione italiana, ma anche l'importanza di creare condizioni favorevoli allo sviluppo della ricerca e al trasferimento delle innovazioni.

Nei laboratori di Manhattan, nel frattempo, si lavora per avvicinare il futuro della sanità: ottenere più informazioni in meno tempo, riconoscere prima i cambiamenti che precedono la malattia e rendere gli strumenti diagnostici disponibili a un numero maggiore di persone.

IL 14 E 15 APRILE 2027 AL TEATRO ASTRA DI SAN DONÀ

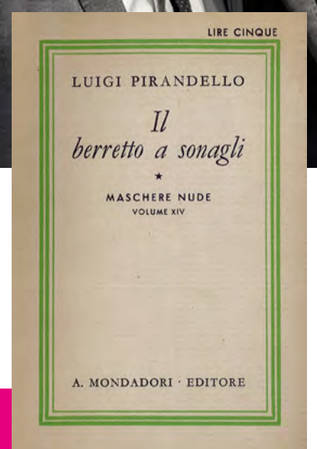
Silvio Orlando è Ciampa. Torna in scena Pirandello

a cura della Redazione

L'attore ne "Il berretto a sonagli", uno dei capolavori della drammaturgia novecentesca Orlando, capace di attraversare registri comici e drammatici senza perdere la misura dell'umanità, interpreta il protagonista in cui ridicolo e dolore convivono

Ph. Laila Pozzo





Una delle prime edizioni de **Il Berretto A Sonagli**

C'è una follia che permette di dire la verità e una ragione che impone di nasconderla. È dentro questa contraddizione, tra le più feroci e attuali del teatro di Luigi Pirandello, che prende forma il nuovo allestimento de Il berretto a sonagli, con Silvio Orlando nel ruolo di Ciampa e la regia di Andrea Baracco. Un incontro tra uno degli interpreti più apprezzati della scena italiana e un personaggio che continua a interrogare il rapporto tra dignità individuale e giudizio collettivo a oltre un secolo dalla sua nascita.

Lo spettacolo debutterà il 3 novembre al Teatro della Pergola di Firenze, per poi intraprendere una lunga tournée nazionale. Tra gli appuntamenti in calendario anche quello al **Teatro Metropolitano Astra** di San Donà di Piave, che ospiterà lo spettacolo il **14 e 15 aprile 2027**.

Al centro della commedia, che debuttò nel 1917 nella versione siciliana destinata ad Angelo Musco, c'è Ciampa, uno scrivano costretto a convivere con il sospetto del tradimento della moglie. Quando Beatrice Fiorica decide di denunciare pubblicamente la relazione tra il proprio marito e la donna, l'equilibrio delle convenzioni sociali rischia di crollare. Non è tanto l'adulterio a sconvolgere, quanto la possibilità che divenga di dominio pubblico. La verità è tollerabile, in altri termini, solo se resta nascosta.

Il regista Andrea Baracco sceglie di affrontare Pirandello sottraendolo alle interpretazioni esclusivamente filosofiche. Nelle sue note di regia richiama Leonardo Sciascia e la necessità di liberare l'opera dalle incrostazioni del cosiddetto "pirandellismo", per restituirle la forza delle passioni e delle contraddizioni umane. *"Pirandello non è autore per tempi di pace, ma di guerra"*, osserva Baracco, convinto che proprio nei momenti di crisi emerga la potenza della sua drammaturgia. È allora che si manifesta *"la feroce e grottesca maschera di un mondo convulso e impazzito"*, nel quale l'identità si disgrega e ogni certezza vacilla. Per il regista, ridurre Pirandello a una formula significa tradirne la vitalità teatrale. *"Inchiodare in una formula un autore è sempre molto pericoloso, con Pirandello è quasi mortale"*, scrive, richiamando la necessità di ritrovare nei personaggi non astratti ragionatori, ma uomini attraversati da passioni e conflitti. Una lettura che trova conferma nelle parole dello stesso Pirandello, che, scrivendo ad Angelo Musco, definiva Ciampa *"strapieno di tragica umanità, non vivo ma arcivivo"*. E invitava gli interpreti a cogliere nei dialoghi non semplici ragionamenti, ma "mosse d'anima".

È questa umanità ferita a guidare la rilettura di Baracco. Ciampa si difende attraverso le parole, utilizzando l'ironia come ultima arma contro un mondo disposto a sacrificare la verità pur di conservare intatta la propria rispettabilità. La scelta di Silvio Orlando, attore capace di attraversare registri comici e drammatici senza perdere la misura dell'umanità, risulta significativa. Come sottolinea il regista, il protagonista passa da una comicità feroce all'umiliazione del vinto, in un crescendo emotivo che fa transitare continuamente lo spettatore *"dal riso all'angoscia"*.

Accanto a Orlando, Francesca Botti, Davide Cirri, Francesca Farcomeni, Davide Lorino, Annabella Marotta, Stefania Medri e Marta Nuti.

In una società nella quale l'immagine pubblica conta più della sostanza dei comportamenti, Ciampa non chiede che la verità venga cancellata, ma che non diventi uno scandalo capace di distruggerlo. E forse è proprio qui, nella distanza sempre più sottile tra ciò che siamo, ciò che mostriamo e ciò che gli altri pretendono che siamo, che "Il berretto a sonagli" continua a parlarci oggi.



IL NUOVO DOCUMENTARIO

Fabulaetiem: quando la disabilità insegna l'inclusione





Credits: Alice nella città

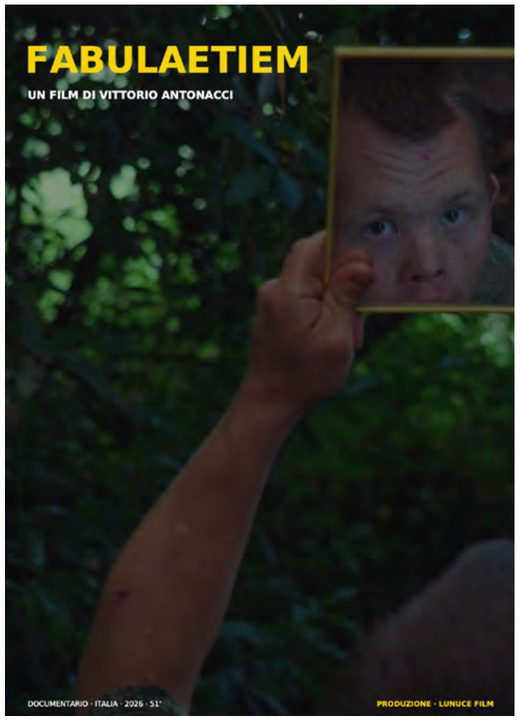
Nel documentario di Vittorio Antonacci, presentato alla Festa del Cinema di Roma, tre ragazzi con disabilità cognitiva intraprendono un percorso per diventare educatori alla Casa Laboratorio di Cenci. Un'esperienza che ribalta i ruoli tradizionali dell'apprendimento.

Ha raccolto diversi minuti di applausi il documentario **Fabulaetiem**, diretto da **Vittorio Antonacci** e presentato al **Festival del Cinema di Roma** nella sezione *Alice nella Città*, sezione indipendente dedicata alle nuove generazioni, agli esordi e ai talenti emergenti. Prodotto da **Lunuce Film**, il documentario racconta l'esperienza di tre ragazzi con disabilità cognitiva che, presso la **Casa Laboratorio di Cenci** – fondata da Franco Lorenzoni, in provincia di Terni – intraprendono un percorso per diventare educatori. Dalla formazione ai campi estivi, il documentario ribalta la prospettiva tradizionale sulla disabilità, mettendo in discussione i ruoli di chi insegna e chi impara e proponendo una riflessione sull'inclusione e sull'apprendimento reciproco. La Casa Laboratorio di Cenci, fondata dal pedagogista Franco Lorenzoni, è un centro di ricerca educativa che da anni sperimenta pratiche di apprendimento fondate sull'esperienza, sull'ascolto e sulla relazione. Un luogo in cui la riflessione pedagogica si misura con la vita quotidiana e dove le domande sull'educazione nascono prima di tutto dall'incontro tra le persone.

Fabulaetiem | Regia: Vittorio Antonacci | Anno 2026 | Genere: documentario
Durata: 51 minuti | Produzione: Lunuce Film

INTERVISTA AL REGISTA

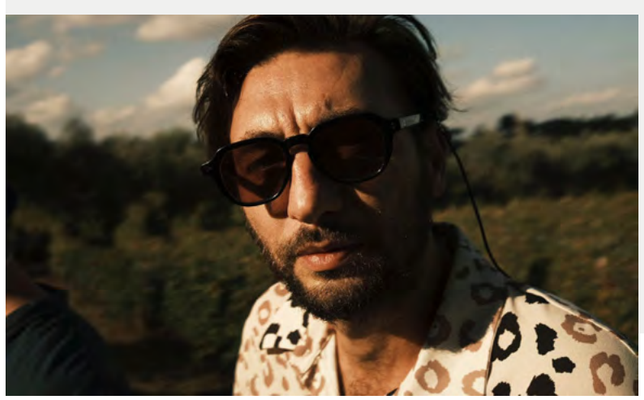
Vittorio Antonacci: "chi educa chi?"



Come è nato il rapporto con Franco Lorenzoni e con la Casa Laboratorio di Cenci?
Conosco Franco Lorenzoni e la Casa Laboratorio di Cenci grazie ad Amedeo, mio caro amico e produttore del film, che all'età di dodici anni si è trasferito in quel luogo, dove è cresciuto. Proprio Amedeo mi aveva proposto di realizzare un piccolo video di documentazione per raccontare *Chi educa chi?*, il nuovo percorso sperimentale che stava nascendo a Cenci. Dopo le prime chiacchierate con Roberta Passoni, ideatrice del progetto, sui suoi intenti e sui possibili sviluppi, e dopo aver visto le prime immagini, ho subito compreso la portata rivoluzionaria dell'idea alla base della sperimentazione: cosa succede se capovolgiamo i ruoli dell'apprendimento e una persona con disabilità, che convenzionalmente viene considerata bisognosa di aiuto, diventa un educatore? Non ho avuto grandi dubbi: c'erano tutti i presupposti per farne un documentario.

Quali sono state le principali sfide registiche e produttive nel raccontare un'esperienza educativa in divenire, senza una sceneggiatura prestabilita?
Parliamo di un progetto formativo sperimentale, un'esperienza piuttosto unica nel suo genere. Senza dubbio abbiamo sentito l'urgenza di girare, di non perdere ciò che stava accadendo a Cenci. Non potevamo quindi seguire un percorso più o meno tradizionale per finanziare il film: ci sarebbero voluti uno o due anni per raggiungere il budget necessario. Ringrazio per questo la Fondazione Beta, che ci ha dato la possibilità di entrare subito nella fase produttiva.

Ora, dopo la presentazione al Festival, quale percorso auspichi per Fabulaetiem?
Credo che *Fabulaetiem* sia un documentario che debba andare a cercare il suo pubblico, e lo farà in tempi e modi diversi. Siamo già partiti con un piccolo tour invernale che porterà il film nei cinema di diverse città italiane. In queste occasioni cercheremo di creare una rete con associazioni ed enti sensibili al tema, in modo da favorire una partecipazione attiva alle proiezioni. Spero di poterlo portare nelle scuole e di proporlo alle televisioni nazionali. Vorrei soprattutto che le famiglie che hanno un'esperienza diretta con la disabilità riuscissero, attraverso il documentario, a comprendere che esistono modi diversi di affrontare le difficoltà, senza ricorrere alla vergogna o alla rimozione. L'esperienza di Cenci è una dimostrazione straordinaria di come sia possibile ribaltare ruoli e punti di vista.



VITTORIO ANTONACCI è regista e autore. Il suo primo documentario, *Atto di fede*, è stato selezionato al Torino Film Festival nel 2018. Ha collaborato a produzioni documentaristiche per Rai5 e diretto lo speciale Netflix *La verità, lo giuro!* di Michela Giraud. Nel 2025 ha vinto, insieme a Daniela Mitta, il Premio Franco Solinas per il Miglior Soggetto con *Bambolina*.

I DUE EVENTI DI MOSCA

Dentro la Moscow Fashion Week e il BRICS+ Fashion Summit



A fine settembre Mosca ha ospitato la Moscow Fashion Week e il BRICS+ Fashion Summit. Oltre 350 designer, quasi cento sfilate e relatori da più di 60 Paesi. Cresce il ruolo della capitale russa nel sistema internazionale della moda. Presente anche la Fondazione Rizzola Academy

La geografia internazionale della moda sta cambiando: accanto alle capitali storiche del settore emergono nuovi poli creativi, produttivi e commerciali, espressione di economie che ambiscono a un ruolo sempre più rilevante negli equilibri globali. È in questo scenario che Mosca ha ospitato, dal 26 settembre al 1° ottobre, la **Moscow Fashion Week** e, dal 28 al 30 settembre, il **BRICS+ Fashion Summit**.
Due manifestazioni complementari, giunte la prima alla settima edizione mentre la seconda alla quarta, che hanno riunito designer, imprenditori, investitori, rappresentanti istituzionali ed esperti internazionali in una piattaforma di riferimento per l'industria creativa e le relazioni economiche tra Paesi emergenti e mercati consolidati.



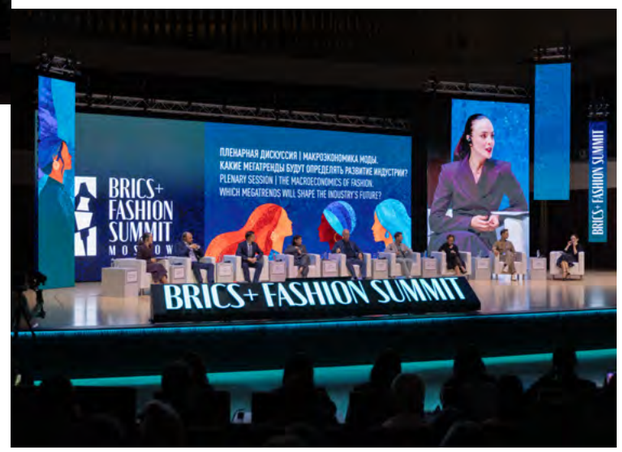
Moscow Fashion Week

Oltre 350 designer provenienti da numerosi paesi, cento sfilate e un calendario diffuso in numerosi luoghi della capitale, valorizzando in particolar modo la pluralità culturale della Federazione Russa: 24 regioni rappresentate, dal Tatarstan alla Yakutia, fino al territorio di Krasnodar. Sono questi i numeri della *Moscow Fashion Week*, che ha avuto nel *Manege*, storico spazio espositivo cittadino, il proprio centro operativo. Marchi affermati hanno sfilato assieme alle nuove generazioni. Con cento studenti delle principali scuole di moda che hanno partecipato alle presentazioni. Il programma ha coinvolto anche istituzioni culturali come il Museo Puškin e il Museo Panrusso delle Arti Decorative, dove, con il sostegno dell'Ambasciata d'Egitto, sono state presentate collezioni di trenta designer egiziani. A completare il calendario, il *World Fashion Shorts*, festival con 56 cortometraggi provenienti da diverse nazioni.











BRICS+ Fashion Summit

Parallelamente, la *Zaryadye Concert Hall* ha ospitato il *BRICS+ Fashion Summit*, iniziativa di riferimento dei paesi BRICS, con centinaia di relatori provenienti da oltre sessanta Paesi. Al centro del confronto, la trasformazione delle filiere produttive, l'intelligenza artificiale, la valorizzazione dei patrimoni artigianali, i materiali innovativi e le strategie di crescita internazionale dei marchi emergenti. Il Summit ha restituito l'immagine di un settore nel quale il cosiddetto *Sud globale* assume una crescente centralità. Le economie BRICS e i Paesi partner non rappresentano più soltanto mercati di destinazione per i prodotti occidentali, ma sviluppano competenze, capacità industriali e linguaggi creativi autonomi. Una dinamica già evidente in altri comparti: la Cina ha conquistato una posizione di leadership nell'automobile elettrica, l'India si è affermata nei servizi digitali e nell'industria farmaceutica, mentre il Brasile esprime realtà industriali competitive nell'aeronautica. Anche nella moda si delineano nuove gerarchie, che richiedono all'Europa di ridisegnare le proprie strategie.

Le presenze italiane

Arrivati dall'Italia – tra gli altri – Brenda Bellai, CEO di *WHITE Milano*, il salone meneghino divenuto una piattaforma internazionale per la scoperta di nuovi talenti e lo sviluppo di marchi indipendenti e Antonio Alizzi della *Fondazione Rizzola Academy*. La partecipazione di Alizzi - che è anche ricercatore dell'Eurispes e professore presso la *Rome Business School* - si inserisce in un percorso di relazioni internazionali avviato nelle precedenti edizioni, anche attraverso incontri con istituzioni accademiche. Alizzi è intervenuto nella tavola rotonda *Fashion 0+. How to Preserve Space for Self-Expression*, dedicata al rapporto tra moda, infanzia e libertà di espressione. Al centro della riflessione, l'influenza degli algoritmi, degli influencer e delle pressioni sociali nella formazione dei gusti dei bambini, sempre più esposti a modelli estetici e sollecitazioni commerciali. "Il Summit ha portato in primo piano il Sud globale, valorizzandone creatività, identità culturali e capacità manifatturiere. Per troppo tempo l'Europa ha considerato questi paesi come destinazioni dei propri prodotti. Oggi dobbiamo riconoscerne la capacità di generare e condividere conoscenze e competenze", sottolinea Alizzi. "In una fase internazionale segnata da tensioni e contrapposizioni, accademia e cultura devono contribuire a mantenere aperti canali di confronto".

LA NOVITÀ EDITORIALE DI FONDAZIONE

All'origine del dolore

Dalla diagnosi fisiopatologica alla scelta delle cure

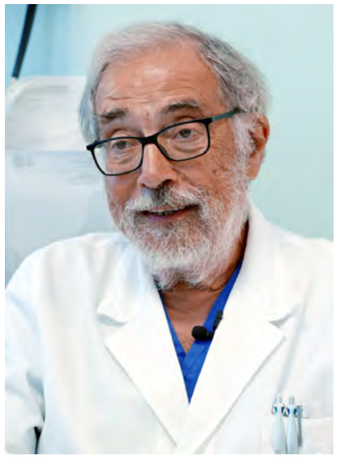
La Fondazione Rizzola Academy pubblica un'opera di riferimento per la medicina del dolore. Un progetto di Laura Demartini e Cesare Bonezzi che unisce ricerca, formazione e cultura della cura



Di: **Laura Demartini e Cesare Bonezzi**
Editore: **Fondazione Rizzola Academy**
Data di pubblicazione: **01 / 2027**
Pagine: **596**
Prezzo di copertina: **€ 80,00**
Lingua: **Italiano**

Con la pubblicazione di *All'origine del dolore. Dalla diagnosi fisiopatologica alla scelta delle cure*, in uscita a gennaio 2027, la Fondazione Rizzola Academy rafforza il proprio impegno nella diffusione della conoscenza scientifica, assumendo il ruolo di editore di un'opera destinata a medici, specialisti e professionisti della salute. Il volume, firmato da Laura Demartini e Cesare Bonezzi, rappresenta un nuovo tassello nelle attività della Fondazione, che affianca alla formazione e alla promozione della ricerca anche la produzione editoriale specialistica. Il libro raccoglie e rinnova un lavoro già conosciuto nell'ambito della terapia del dolore, divenuto negli anni un riferimento professionale. La Fondazione ha scelto di recuperare questo patrimonio di conoscenze, incoraggiando gli autori a rivedere, aggiornare e ampliare un testo, già pubblicato in passato ma non più reperibile, alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche e dell'esperienza clinica maturata. Ne deriva adesso un'opera che conserva il valore dell'impostazione originaria, ma si presenta ai lettori con contenuti rinnovati e l'ambizione di contribuire a trasformare il modo in cui il dolore viene interpretato, diagnosticato e trattato.


Laura Demartini


Cesare Bonezzi

Dal sintomo alla diagnosi: un diverso approccio al dolore

Il principio attorno al quale si sviluppa il volume è semplice ma significativo: il dolore non può essere considerato esclusivamente un sintomo della malattia che lo provoca. Possiede meccanismi fisiopatologici propri, che richiedono un percorso diagnostico specifico e scelte terapeutiche coerenti. Attraverso un'analisi approfondita del sistema somatosensoriale, gli autori accompagnano il lettore dalla comprensione dei meccanismi di trasmissione degli impulsi nervosi fino alla loro elaborazione centrale, per arrivare alla valutazione clinica e alle possibilità di trattamento. L'obiettivo è superare un approccio centrato sulla sola esecuzione di trattamenti, valorizzando la figura dello specialista capace di formulare una diagnosi fisiopatologica e costruire un percorso di cura appropriato. È una prospettiva che attribuisce alla conoscenza scientifica un'immediata responsabilità clinica: comprendere meglio per curare meglio.

Un percorso dalla fisiopatologia alla pratica clinica

L'articolazione del volume riflette un percorso che dalla conoscenza dei meccanismi del dolore conduce progressivamente alle decisioni cliniche. Si parte dall'anatomia e dalla fisiologia del sistema somatosensoriale, per approfondire le alterazioni che possono verificarsi lungo le vie nervose e i diversi meccanismi responsabili della comparsa e della persistenza del dolore. Il passaggio decisivo è quello dalla teoria alla pratica: gli autori illustrano come riconoscere i fattori che generano il dolore *(Pain Generating Factors)*, interpretare i segni clinici e orientare la diagnosi attraverso un esame mirato del paziente. Su queste basi vengono affrontate le strategie terapeutiche, dai trattamenti farmacologici alle tecniche mininvasive, mettendo in relazione ogni scelta con i meccanismi fisiopatologici individuati. Ne emerge un'impostazione che supera la tradizionale suddivisione del dolore per patologie o distretti anatomici e propone un metodo clinico trasversale, applicabile a condizioni differenti. Un'impostazione che rende il libro non soltanto uno strumento di approfondimento scientifico, ma anche una guida al ragionamento diagnostico e terapeutico.

Una pubblicazione che interpreta la missione della Fondazione

La scelta editoriale si inserisce nella missione della Fondazione Rizzola Academy, impegnata nello sviluppo della ricerca, della formazione e della cultura sanitaria. Pubblicare un'opera di questa portata significa contribuire alla circolazione di conoscenze specialistiche e offrire alla comunità professionale strumenti utili per affrontare problemi clinici complessi. Nella prefazione a cura della Fondazione, viene sottolineato che il valore di un libro non si limita a trasmettere nozioni, ma a proporre un metodo di ragionamento e di lavoro. La distinzione tra il *terapista del dolore*, inteso come esecutore di procedure, e lo *specialista del dolore*, responsabile della diagnosi e delle scelte terapeutiche, esprime una concezione della formazione fondata sull'autonomia di giudizio e sulla capacità di integrare competenze diverse. Il dolore cronico richiede il dialogo tra anestesisti, neurologi, ortopedici, fisiatri, psicologi e medici di medicina generale, in una prospettiva che pone al centro il paziente e la continuità delle cure.

Dalla competenza clinica all'organizzazione sanitaria

Il volume affronta il ruolo dei Centri di Terapia del dolore, il modello delle reti HUB e Spoke e il quadro normativo introdotto dalla legge 38 del 2010. Tocca quindi l'organizzazione dei servizi. La corretta diagnosi del dolore assume anche un valore organizzativo: può contribuire a ridurre prestazioni inappropriate, evitare percorsi frammentati e favorire un impiego più efficace delle risorse sanitarie. È un tema particolarmente vicino alla visione di Rizzola Academy, che considera la qualità della formazione e l'efficienza dei sistemi di cura dimensioni strettamente connesse. Con questa nuova edizione, la Fondazione intende anche valorizzare il contributo della scuola clinica italiana al dibattito scientifico internazionale, rendendo disponibile un'opera capace di collegare ricerca, pratica medica e organizzazione dell'assistenza.

RIZZOLA ACADEMY

La **Fondazione Rizzola Academy** persegue finalità di interesse generale quali lo sviluppo e la diffusione della conoscenza, della ricerca e della formazione nel settore della salute, nell'ottica di promuovere un più elevato livello di sviluppo di tutta la comunità.

Promuove campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e iniziative culturali multidisciplinari su tematiche scientifiche, sociosanitarie e di welfare, e iniziative di comunicazione sociale.

Non ha scopo di lucro e opera a livello nazionale e internazionale.

Ha sede a San Donà di Piave, vicino Venezia.

rizzolaacademy.it

Fondazione Rizzola Academy
Via Gorizia, 1
30027 San Donà di Piave (VE)
C.F. e P.IVA 04689230276
segreteria@rizzolaacademy.it

LA SOLIDARIETÀ IN AZIONE

Solidarietà Dicembre '79 ETS: percorsi di cura e autonomia

a cura della Redazione

Dal 1979 l'Associazione si occupa di accoglienza, cura e riabilitazione delle persone con problemi di dipendenza patologica, anche in presenza di altri disturbi psichiatrici, e di contrastare i pregiudizi nei confronti delle persone con dipendenze patologiche







L'associazione ha sede a San Donà di Piave (in località Grassaga) dove dal 1992 è attiva la **comunità terapeutica diurna Maggese**, struttura semiresidenziale che opera in collaborazione con i servizi per le dipendenze dell'ULSS 4 Veneto Orientale e delle vicine ULSS 2 e ULSS 3. La comunità accoglie persone con storie e condizioni differenti, e propone programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati. L'inserimento prevede un **primo incontro conoscitivo** con il servizio inviante e un **periodo di prova**, al termine del quale vengono concordati obiettivi, modalità e tempi di frequenza. Il percorso viene formalizzato attraverso un **contratto terapeutico**, sottoposto a verifiche periodiche con gli operatori e il Ser.D. Quando possibile, sono coinvolti anche i familiari.

L'attività della comunità comprende colloqui individuali, psicoterapia di gruppo e interventi educativi finalizzati al recupero delle capacità personali e relazionali. Attenzione viene dedicata alla gestione della quotidianità: il rispetto degli orari, l'organizzazione del tempo libero, la cura degli ambienti e l'assunzione di responsabilità costituiscono parte



del programma riabilitativo. Sono previsti anche momenti di gruppo dedicati alla programmazione del fine settimana e alla verifica delle difficoltà incontrate.
Un ruolo importante è svolto dai laboratori. Quello di **assemblaggio**, realizzato grazie alla collaborazione con aziende del territorio, consente agli utenti di confrontarsi con attività lavorative di diversa complessità, recuperando ritmi e competenze utili anche per un possibile inserimento occupazionale. Si affiancano le attività di **cartotecnica**, tra cui la produzione delle **ECOBAGS**, borse realizzate dagli ospiti e distribuite anche in manifestazioni fuori dal Veneto, e quelle di **orticoltura**. Il programma comprende inoltre uscite culturali e ricreative, esperienze di **montagnaterapia** e vela e attività formative. Negli ultimi anni Maggese è stata interessata da un intervento di ristrutturazione, concluso nel 2023, che ha rinnovato gli ambienti e migliorato gli spazi destinati alle attività e alla vita comunitaria. La capacità di accoglienza, fino al 2025 limitata a 10 persone, è stata portata a 18 utenti. Accanto alla comunità opera il servizio di coaching psicosociale, attivo dal 2015. Nato per sostenere persone con situazioni di cronicità e difficoltà nella gestione autonoma dell'abitazione, si rivolge oggi anche a utenti più giovani, con esordi recenti di malattia e problematiche psichiatriche associate.
Gli educatori affiancano individualmente le persone nel loro contesto di vita, intervenendo nella gestione della casa, delle risorse economiche, delle relazioni familiari e sociali e nella ricerca di opportunità occupazionali.

L'obiettivo è sostenere l'autonomia, prevenire le ricadute e ridurre il rischio di istituzionalizzazione precoce.

Gli interventi si svolgono nel territorio del Veneto Orientale (da Cavallino-Treporti a San Michele al Tagliamento) in raccordo con i servizi specialistici. Alle attività dell'associazione contribuiscono gli **educatori e una rete di 30 volontari**. Solidarietà Dicembre '79 promuove iniziative di sensibilizzazione per contrastare i pregiudizi nei confronti delle persone con dipendenze patologiche e favorire una maggiore conoscenza dei percorsi di cura e riabilitazione.

SOLIDARIETÀ DICEMBRE '79 ETS
COMUNITÀ TERAPEUTICA DIURNA MAGGESE
VIA SAN GIORGIO 12, GRASSAGA DI SAN DONÀ DI PIAVE (VE)
TELEFONO: 0421 320960
LUNEDÌ/GIOVEDÌ: 9.00-17.00
VENERDÌ: 9.00-15.00.

L'INTERVISTA ALLA REFERENTE CLINICA

Giovanna Bortoluzzi: "Ogni persona ha una storia diversa. La cura parte dai suoi bisogni"

"Il nostro obiettivo è rompere lo stigma e superare il pregiudizio". La psicologa e referente clinica di "Maggese" racconta come si accompagnano le persone della comunità verso il recupero dell'autonomia, la ricostruzione delle relazioni e opportunità di inclusione sociale


A sinistra, Giovanna Bortoluzzi

Dottoressa Bortoluzzi, di cosa si occupa la comunità terapeutica diurna "Maggese "e a chi si rivolge?
La comunità terapeutica diurna "Maggese" è una struttura semiresidenziale che si occupa nel territorio dell'ULSS 4, ma anche delle ULSS 2 e 3, di accogliere pazienti con problematiche di dipendenze patologiche, quindi disturbo da uso di sostanze, anche in condizioni di comorbidità psichiatrica. Le persone che accogliamo e seguiamo nei vari percorsi riabilitativi hanno caratteristiche molto eterogenee, anche per quanto riguarda l'età: si va dai 18 ai 70 anni. A volte si trovano in una condizione di solitudine, nel proprio contesto di vita e familiare, e occorre riattivare tutta quella rete sociale.

Esiste un profilo ricorrente tra le persone che arrivano ai vostri servizi?
È veramente complicato dare un profilo o definire il tipo di storie che accomuna le persone con disturbo da uso di sostanze o altre problematiche psichiatriche. Le storie sono totalmente diverse. Possiamo trovare un ragazzo che ha terminato o abbandonato gli studi ed è entrato in una fase difficile della propria vita, nella quale non è riuscito a collocarsi nel contesto lavorativo o nel mondo della scuola e ha iniziato a usare sostanze. Come possiamo trovare una persona che per molti anni ha portato avanti una dipendenza dall'alcol senza che nessuno se ne accorgesse, per la sua solitudine, e che a un certo punto ha dovuto affidarsi alle cure specialistiche. Ricordiamo che il servizio di riferimento rimane il SerD, che prende in carico queste persone. Oppure ci sono persone appena dimesse da un servizio specialistico come l'SPDC. In queste situazioni i nostri educatori si impegnano a conoscere la persona all'interno del servizio ospedaliero per poi accompagnarla nell'inserimento nella comunità diurna oppure seguirla con il coaching psicosociale.

Come funziona il coaching psicosociale e quale obiettivo si propone?
È un servizio domiciliare un po' particolare. Si tratta di un educatore che affianca la persona nel proprio contesto di vita e l'accompagna in ogni passaggio della sua cura, per evitare un'istituzionalizzazione precoce, eventualmente la perdita della casa, o comunque cercare di avvicinarla alla migliore condizione di vita per lei.

Quanto contano il lavoro degli educatori, i volontari e il rapporto con il territorio?
Qui lavora una grande squadra di educatori. Alcuni sono arrivati negli ultimi anni portando esperienze da altre aree, come la salute mentale e la disabilità, altri sono operatori storici. Due educatori seguono il coaching psicosociale, mentre l'altra squadra lavora stabilmente nella comunità terapeutica diurna. Si coordinano per sostenere il paziente nelle esigenze della quotidianità, nei percorsi di gruppo e nelle esperienze all'esterno, come la montagnaterapia, la vela e le uscite sul territorio. Una menzione speciale va ai nostri volontari, che in questo momento sono trenta. Il nostro obiettivo è rompere lo stigma e superare il pregiudizio nei confronti delle persone che seguiamo e anche di questo tipo di realtà. Ci sono tanti modi per starci accanto.

INQUADRA IL QR CODE PER VEDERE L'INTERVISTA A GIOVANNA BORTOLUZZI

PREVENZIONE E SICUREZZA DELLE CURE

“Scusi, si è lavato le mani?”

di Paolo Paroni*

Un gesto semplice, spesso dato per scontato, è tra le difese più efficaci contro le infezioni. Negli ambienti sanitari diventa una responsabilità condivisa tra operatori, pazienti e visitatori



Credit: Thula Na @Unsplash

“Scusi, si è lavato le mani?” Domanda scomoda, quasi maleducata. Eppure dovrebbe porla chiunque si trovi in un contesto sanitario, sia un operatore sia un paziente o un visitatore, perché riguarda la sicurezza di tutti. **Lavarsi le mani** è un gesto così quotidiano a cui non facciamo più caso, ma resta **una delle difese più efficaci contro le infezioni**. Le mani toccano di tutto: persone, maniglie, corrimano, lenzuola, strumenti sanitari, cellulari, cibo, altre persone. Sono un comodo mezzo di trasporto per gli invisibili microbi, che possono così viaggiare da una superficie all’altra, da una persona all’altra. In una struttura sanitaria il rischio è più alto, perché chi è ricoverato è spesso fragile e si difende con più fatica. **Le infezioni acquisite durante l’assistenza sono tra le complicanze più frequenti** e possono avere conseguenze gravi; molte si potrebbero evitare con una corretta igiene delle mani.

MOLTI MODI DI LAVARSI LE MANI, UN UNICO SCOPO

Vi sono molti modi di lavarsi, o igienizzarsi, le mani, a seconda dell’azione che si è compiuta o si deve compiere. **Acqua e sapone detergente servono**



Credit: Adrien King @Unsplash



Credit: Annie Spratt @Unsplash

quando le mani sono visibilmente sporche, dopo essere stati in bagno e prima di mangiare: si bagnano le mani, si insaponano bene e si strofinano palmi, dorso, spazi tra le dita, pollici, unghie e polsi per almeno 40 secondi. Si risciacqua e si asciuga con cura, meglio con carta monouso, perché la pelle bagnata trasmette i germi più facilmente. **Quando le mani non sono visibilmente sporche basta la frizione con gel alcolico**: se ne usa una dose sufficiente a coprire tutta la pelle e si strofina per circa 20–30 secondi, fino a quando è asciutto. È la scelta più rapida ed efficace tra un paziente e l’altro, ed è sempre a portata di mano, anche accanto al letto. **Riservato a chi opera in sala operatoria c’è il lavaggio chirurgico**: dura qualche minuto, coinvolge mani e avambracci fino ai gomiti e si fa con prodotti antisettici, perché la presenza di microbi deve essere ridotta il più possibile.

CINQUE MOMENTI PER INTERROMPERE LA CATENA DI TRASMISSIONE

L’Organizzazione Mondiale della Sanità individua cinque momenti in cui ci si deve igienizzare le mani: prima di toccare il paziente, prima di una procedura asettica, dopo il rischio di esposizione a liquidi biologici, dopo aver toccato il paziente e dopo aver toccato gli oggetti che gli stanno intorno. L’OMS indica anche nella formazione dei sanitari e nei controlli durante l’attività gli strumenti necessari a far sì che il giusto gesto diventi un’abitudine consolidata.

UN’ATTENZIONE VERSO TUTTI E IN OGNI MOMENTO

L’igiene delle mani non riguarda solo gli ambienti sanitari. Un gesto di pochi secondi, ripetuto da molti, protegge l’intera comunità, soprattutto anziani, bambini piccoli e persone con malattie croniche. A casa, a scuola, al lavoro, prima di mangiare, dopo aver utilizzato i mezzi pubblici: è un modo concreto di prendersi cura degli altri.
Il paziente e i suoi visitatori non sono spettatori, ma dovrebbero igienizzarsi le mani come fanno i sanitari, proteggendo sé stessi e anche chi sta fuori. I pazienti, se hanno un dubbio, possono, e devono, chiedere con serenità: “SCUSI, SI È LAVATO LE MANI?”. Non è un’accusa ma un segno di attenzione, e un operatore preparato lo accoglie con un sorriso. Del resto, vedere un operatore igienizzarsi le mani fa parte della tranquillità di sentirsi in buone mani: è l’alleanza tra pazienti e sanitari che serve ad affrontare la malattia. Il **5 MAGGIO** di ogni anno l’Organizzazione Mondiale della Sanità dedica una giornata a questo gesto per ricordarci quanto conti; Il **17 SETTEMBRE** celebra invece la Giornata mondiale della sicurezza del paziente.

* Paolo Paroni, infermiere con formazione dirigenziale, è Risk Manager della Casa di Cura Rizzola. Esperto in sistemi di accreditamento, risk management e formazione, collabora con aziende sanitarie private

INQUADRA IL QR CODE PER VEDERE COME SI IGIENIZZANO CORRETTAMENTE LE MANI



The Story

SIMONE SABAINI, DAL VENETO ALLA SICILIA

Dalla finanza al cioccolato: UNA VITA FUORI DAGLI SCHEMI

a cura della Redazione | video di Graziano Molino

Dalle origini veronesi alla scelta di trasferirsi in Sicilia, dove ha fondato Sabadì e sviluppato un modello imprenditoriale che intreccia produzione, design e valorizzazione del territorio. Con una sua personale idea di libertà e qualità della vita

Ci sono percorsi professionali che seguono una progressione prevedibile e altri che, a un certo punto, cambiano direzione. Quello di Simone Sabaini, imprenditore veronese che da quasi vent'anni vive a Modica, in Sicilia, appartiene alla seconda categoria. Una carriera avviata nella finanza, il passaggio attraverso il commercio equo, la scoperta del cacao e infine la creazione di *Sabadì*, un marchio che ha proposto una propria interpretazione del tradizionale cioccolato modicano.
Nato nel 1974 a Villafranca di Verona, Sabaini cresce in Veneto e dopo il liceo scientifico si laurea in Economia aziendale a Modena. Entra quindi nel settore finanziario, occupandosi per sette anni di investimenti e valutazioni d'impresa. Un ambiente competitivo, che gli consente di acquisire competenze e raggiungere una certa indipendenza economica, ma nel quale comprende presto di non voler trascorrere tutta la vita. "Si guadagna per compensare il tempo che non si ha", dice ripensando a quel periodo. Una considerazione che sintetizza il rapporto problematico con un modello professionale fondato sulla disponibilità continua e sull'affermazione dello status. La decisione di lasciare la finanza non coincide, tuttavia, con l'abbandono del mondo professionale. Sabaini inizia a lavorare in Altromercato, consorzio italiano del commercio equo e solidale, entrando in contatto diretto con produttori e filiere agricole internazionali. Tra le materie prime di cui approfondisce la conoscenza vi è il cacao, destinato a diventare il centro della sua successiva attività.
Nel luglio del 2007 arriva la svolta geografica. Durante una vacanza in Sicilia visita Modica e rimane colpito dalla città, dall'architettura barocca, dai ritmi della vita quotidiana. L'anno successivo decide di trasferirvisi. La scelta, racconta, non nasce da un progetto legato al cioccolato, ma dal "desiderio di vivere in un contesto diverso, con maggiore disponibilità di tempo, un clima favorevole e la vicinanza al mare. Ho sentito la percezione di un tempo dilatato". Nel 2011 prende forma Sabadì, un'impresa che combina la conoscenza delle materie prime acquisita negli anni precedenti con l'interesse per il design e la sperimentazione alimentare. "Sabadì" è un giorno immaginario della settimana, nel quale ciascuno dovrebbe poter dedicare il proprio tempo a ciò che desidera: un concetto che riflette la filosofia personale del fondatore e che diventa anche l'elemento identificativo del marchio.
Il primo prodotto è il cioccolato di Modica. Sabaini ne studia le caratteristiche e decide di intervenire su alcuni aspetti della lavorazione che, a suo giudizio, ne limitavano la conservazione delle qualità organolettiche. Seleziona cacao direttamente dai produttori, impiega zuccheri di canna integrali e sviluppa un processo di lavorazione a basse temperature, più lungo rispetto a quello tradizionale.





Anche la confezione segue una direzione diversa rispetto ai codici abituali del settore: grafica essenziale, colori chiari, richiami agli anni Sessanta e nomi che identificano gli ingredienti. Una scelta che contribuisce a distinguersi sul mercato. Il marchio ottiene riconoscimenti di settore e avvia una distribuzione internazionale che oggi raggiunge oltre trenta Paesi.
Negli anni il progetto si amplia. Una delle iniziative più particolari è la cantina di affinamento del cioccolato, dove le tavolette vengono esposte per periodi prolungati a profumi di spezie, fiori, tè, tabacchi e legni. L'obiettivo è trasferire al cacao le componenti aromatiche senza incorporare direttamente gli ingredienti. I tempi variano da alcune settimane a diversi mesi e i prodotti ottenuti sono disponibili in quantità limitate. Accanto al laboratorio e alla bottega sono nate anche le *Stanze del Cioccolato*, dedicate all'ospitalità, mentre altre attività imprenditoriali riguardano la produzione agricola, le bevande a base di agrumi e il vermut. Un capitolo distinto è rappresentato dagli *Orti di San Giorgio*, sette giardini terrazzati lungo la scalinata del Duomo di Modica, rimasti per anni in stato di abbandono. Sabaini propone al Comune di occuparsi del loro recupero, affrontando un iter autorizzativo durato oltre due anni e sostenendo un significativo investimento economico. Oggi gli Orti sono un magico spazio di sosta e degustazione affacciato sul centro storico. Al di là dei risultati aziendali, l'aspetto forse più insolito della storia di Sabaini è il rapporto che dichiara di avere con il lavoro. Racconta di dedicare mediamente un'ora al giorno alla supervisione delle proprie attività, lasciando il resto del tempo agli interessi personali, all'architettura, alla progettazione di nuovi spazi e alle relazioni. Una condizione resa possibile da una precisa organizzazione aziendale. **La sua idea di qualità della vita** ruota attorno alla possibilità di scegliere come impiegare il proprio tempo. Una visione individuale, talvolta radicale, che si estende anche ai rapporti personali e al rifiuto delle aspettative sociali considerate limitanti. Sabaini non nasconde il carattere selettivo di questo approccio, né la determinazione con cui tende a escludere ciò che non ritiene coerente con il proprio percorso. Una posizione forse rigida, ma che considera integrante della propria ricerca di indipendenza. Il progetto futuro è un'azienda agricola autosufficiente dal punto di vista alimentare ed energetico, immaginata come luogo di incontro, di contatto con la natura e di sperimentazione di uno stile di vita meno condizionato dai ritmi contemporanei.



INQUADRA IL QR CODE PER GUARDARE L'INTERVISTA INTEGRALE A SIMONE SABAINI

In collaborazione con:

CASA DI CURA RIZZOLA

il Mondo Rizzola

Uno spazio nuovo, dedicato alle persone, alle loro storie e ai percorsi di cura.

Mondo Rizzola nasce per raccontare la sanità attraverso le esperienze di chi la vive ogni giorno: pazienti, medici e professionisti della salute.

Testimonianze dirette, approfondimenti clinici, innovazione tecnologica e nuovi approcci terapeutici si incontrano in queste pagine, offrendo prospettive diverse e complementari.

Un racconto che parte dalla **Casa di Cura Rizzola** e mette al centro la relazione tra competenza medica, ricerca e dimensione umana della cura.

AVVERTENZA
I contenuti di Mondo Rizzola hanno finalità esclusivamente informative e divulgative e non sostituiscono il parere di un medico. I casi clinici e le testimonianze riportati descrivono esperienze individuali, i cui risultati non sono necessariamente generalizzabili. Per ogni valutazione diagnostica o terapeutica è necessario rivolgersi a professionisti sanitari qualificati.

DOPO 17 INTERVENTI ALLA COLONNA VERTEBRALE

Massimiliano Bertossi: la testa ti dice di fare, ma il corpo ti ferma

Massimiliano Bertossi ha 54 anni, vive a San Canzian d'Isonzo, in provincia di Gorizia, e nella sua vita ha affrontato diciassette interventi alla colonna vertebrale. La moglie, Alessia Spanghero, lo accompagna in questa testimonianza. Due punti di vista sulla stessa storia, cominciata nel 1996 e segnata da un lungo percorso chirurgico, fino all'incontro con il dottor Pedro Berjano.



Nome: MASSIMILIANO Cognome: BERTOSSI Anni: 54
Comune Di Residenza: SAN CANZIAN D'ISONZO (GO) Chirurgo Vertebrale: PEDRO BERJANO

Massimiliano, facciamo un salto indietro di trent'anni, al 1996. Come sono cominciati i tuoi problemi alla schiena?
Avevo 24 anni. Finito l'allenamento calcistico, ho sentito un dolore e ho cominciato ad avere problemi alla colonna. Mi sono ritrovato a letto con un forte dolore sciatico. Inizialmente l'ho gestito con dei massaggi chiropratici. Un po' giovava, ma poi continuava questa pressione sul nervo sciatico, finché non sono arrivato al primo intervento alla colonna.

Che cosa significa convivere con un dolore del genere?
È un dolore che invalida completamente la quotidianità. All'epoca giocavo a calcio, avevo un fisico forte, eppure mi ritrovavo a letto. È stata dura, perché passare da una vita fatta di sport, calcio, ciclismo e tennis, a una condizione di progressiva limitazione è difficile da gestire anche dal punto di vista psicologico.

Alessia, come è cambiata la vostra vita insieme?
Io l'ho conosciuto che aveva già questi problemi alla schiena, ma erano gestibili. I primi dieci anni andavamo a correre, a sciare, in bicicletta. Piano piano la sua mobilità si è ridotta notevolmente. Attualmente non riesce a fare neanche piccole passeggiate. Al mattino sono io che lo aiuto a mettersi i calzini, per dare l'idea. Non compra scarpe con i lacci, ad esempio, perché non può allacciarsi le stringhe. Anche andare al mare richiede un'organizzazione diversa. Non possiamo semplicemente decidere di partire, buttare un asciugamano e fare il bagno. Bisogna trovare il posto adatto, dove lui riesca ad accedere. È cambiato il nostro modo di affrontare anche le piccole cose.

E sul piano personale, Massimiliano, come hai vissuto queste limitazioni?
Da un paio d'anni sto bene, faccio una vita quasi normale, con le mie limitazioni. Però l'approccio psicologico è molto importante. La testa ti dice "faccio" e poi ci si rende conto di non riuscire più a fare certe cose. Io rido, scherzo, sono solare, però dentro sono anche a volte abbattuto. È una fortuna avere delle persone vicine: la moglie, il figlio, i genitori, i suoceri.

Hai voluto Alessia accanto a te anche per questa intervista. Che cosa provi ascoltandola?
Mi fa pensare che stare vicino a una persona con problemi fisici come i miei non sia semplice. Facevamo sport assieme, bici, corsa, e adesso si trova un po' a essere limitata anche lei. Mi fa piacere avere accanto una persona che mi vuole bene e che ha adattato la sua vita alla mia, e non viceversa.

Dopo tanti interventi, come sei arrivato al dottor Berjano?
Avevo già subito quasi nove interventi in giro per l'Italia, che erano riusciti ma non mi avevano risolto il problema. Ho mandato un'email direttamente al dottore, raccontando la mia situazione. Due giorni dopo mi

Il caso clinico spiegato dal dottor Pedro Berjano

La testimonianza di Massimiliano e Alessia mostra quanto una malattia della colonna possa cambiare la vita di una persona e della sua famiglia. Ascoltare entrambi aiuta a comprendere **il peso del dolore, delle rinunce e delle difficoltà quotidiane.**

Dopo tanti interventi, ogni decisione richiede una valutazione attenta: capire quali problemi siano ancora trattabili e quali benefici giustifichino i rischi.

QUANDO POSSIBILE, SCEGLIAMO CURE SENZA CHIRURGIA.

QUANDO OPERARE È NECESSARIO, DEFINIAMO OBIETTIVI REALISTICI E CONDIVISI.

La medicina e la tecnica hanno infatti limiti imposti anche dalla biologia. In Massimiliano, probabilmente, una fragilità di alcuni tessuti contribuisce al successivo cedimento delle strutture di sostegno della colonna e di altre articolazioni. La chirurgia può correggere un problema, senza poter impedire ogni deterioramento futuro.

Il nostro compito è **preservare ciò che possiamo, migliorare ciò che è migliorabile e accompagnare il paziente nel convivere con le difficoltà non risolvibili.** Comunicare queste possibilità e questi limiti, ascoltando paure e aspettative, è parte della cura.

Sono felice di aver contribuito a migliorare la qualità della vita di Massimiliano. Mi amareggia non poter offrire una soluzione completa e restituirgli la vita di prima.

Le sue parole, *"una vita quasi normale"*, esprimono però un risultato prezioso: **costruire insieme una normalità diversa, con limitazioni, ma anche con autonomia, affetti e piacere di vivere.**





suona il telefonino, alle sette e mezza di sera. Ero a letto con il mal di schiena. Rispondo, ed era il professor Berjano: "Ho visto la sua situazione, vorrei vederti. Vieni a Milano con questi esami". È iniziato così il nostro rapporto.

Che cosa hai trovato in lui, oltre alle competenze professionali?
Una persona che mette subito a proprio agio, che sa consigliare al meglio quali sono le strade da percorrere. Principalmente, se possibile, senza chirurgia. Trasmette un'empatia, una sicurezza, una calma che non è facile trovare. La sua figura è stata fondamentale anche dal punto di vista umano.

Alessia, qual è il tuo primo ricordo del chirurgo?
Berjano è una persona accogliente, empatica, ma anche diretta. Prospetta i pro e i contro, spiega anche che c'è il rischio di rimanere in sedia a rotelle. Non vende fumo. Non dice "io risolvo la situazione", ma "io provo a risolverla". E questo è molto importante.

Massimiliano, dopo diciassette interventi, si prova ancora paura entrando in sala operatoria?
Le prime volte avevo timore. Adesso mi sono anche un po' abituato. Però viene sempre da pensare: "E se va male?". L'ultimo intervento era complicato e conoscevo i rischi. Prima di addormentarmi ho avuto paura. Il professore, però, era sempre al mio fianco: "Massimiliano, sei pronto?". E io: "Io sì, devi essere pronto tu!" (sorride, nda). Al risveglio era sempre lì.

Nel tuo lungo percorso chirurgico sei stato anche alla Casa di Cura Rizzola. Che ricordo conservi della struttura?
Stupenda. Un'assistenza fenomenale. Anche il personale della clinica che mi ha seguito nel postoperatorio è stato fantastico. Si mangia bene, è una clinica pulitissima. Ci si sente a casa, in famiglia, qui alla Rizzola.

Che cosa diresti oggi a una persona che sta affrontando un percorso simile?
Di affidarsi soltanto a professionisti seri, che cerchino di capire quali siano veramente le problematiche. È importante non farsi mettere le mani addosso da chi non ha le competenze necessarie. Alessia aggiunge una riflessione sulla vita accanto a chi convive con una patologia cronica: "Ci si promette di essere più pazienti, più comprensivi. Poi la giornata va vissuta dal momento in cui ci si alza a quando si va a dormire, in maniera spontanea".
Prima di concludere, Massimiliano si rivolge direttamente a Berjano: "Ti ringrazio per tutto quello che in questi anni hai fatto per me, per Alessia e anche per Mattia *(il figlio, nda)*. Speriamo di rivederci, ma non in ospedale. Mi hai fatto rivivere una vita quasi normale".

INQUADRA IL QR CODE PER VEDERE L'INTERVISTA INTEGRALE A MASSIMILIANO E ALESSIA

RADIOLOGIA DI ECCELLENZA ALLA CASA DI CURA RIZZOLA



TAC
128 strati di ultima generazione per esami rapidi e con ridotte dosi di radiazioni. TAC è acronimo di Tomografia Assiale Computerizzata



RISONANZA MAGNETICA (RM)
3 e 1,5 tesla. RM di ultima generazione che garantiscono esami di maggiore qualità in tempi più brevi, impiego di intelligenza artificiale, con maggiore comfort per il paziente



ECOGRAFI
di ultima generazione per effettuare esami standard e avanzati. **Elastosonografia**, indagine diagnostica che permette lo studio avanzato dei noduli tiroidei e la percentuale di fibrosi epatica nelle epatiti



EOS
Apparecchiatura a radiazioni ionizzanti per analizzare la **colonna vertebrale e gli arti inferiori** in posizione eretta. Basse dosi di radiazioni, anche per i bambini

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI: WHATSAPP: 375 5479569
TELEFONO: 0421 338580 SITO INTERNET: RIZZOLA.IT/PRENOTAZIONI

Servizio di prenotazioni online

SUL NOSTRO SITO - ALL'INDIRIZZO

PRENOTA.RIZZOLA.IT

È POSSIBILE PRENOTARE DIRETTAMENTE LE PRESTAZIONI DELLA CASA DI CURA RIZZOLA.

1. VISITA IL SITO rizzola.it
2. CLICCA SUL PULSANTE prenotazioni
3. SCEGLI il tuo medico o la prestazione

UN PERCORSO DI CURA LUNGO 30 ANNI

Miriam Ingusci: Volevo migliorare la mia qualità della vita

Trent'anni di problemi alla colonna vertebrale e quattro interventi chirurgici. Dopo il peggioramento seguito alla terza operazione, la signora Ingusci è tornata dal dottor Pedro Berjano. Oggi racconta i primi risultati e le aspettative per il futuro.

Nome: MIRIAM
Cognome: INGUSCI
Patologia: ARTRODESI VERTEBRALE T2-PELVI
Data Del Ricovero: 04/10/2026
Data Dell'intervento: 05/10/2026
Data Delle Dimissioni: 14/10/2026
Comune Di Residenza: PIETRA MARAZZI (AL)



Signora Ingusci, quando sono iniziati i problemi alla colonna vertebrale e come si è arrivati al primo intervento?
Circa trent'anni fa, dopo una gravidanza, la mia scoliosi adolescenziale si è notevolmente aggravata, tanto da rendere necessario un intervento di artrodesi correttiva. Sono stata operata all'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure dal professor Siccardi, ma dopo appena un mese i mezzi di sintesi si sono sganciati a livello di T_4 e, a distanza di un anno, sono stati rimossi.

Dopo diversi anni e altri interventi, che cosa l'ha portata a sottoporsi a una nuova operazione?
Nonostante le cure e la terapia del dolore, la situazione è progressivamente peggiorata, con conseguenze sempre più pesanti sulla qualità della vita. Un anno e mezzo fa, a seguito di un movimento che non definirei nemmeno brusco, mi sono fratturata tre vertebre. Mi sono rivolta a diversi specialisti, tra cui il dottor Berjano. È stato quello che mi ha trasmesso più fiducia, ma mi ha anche molto spaventata per la complessità dell'intervento prospettato e le possibili conseguenze. Ho quindi chiesto un altro parere a un noto centro di riferimento italiano, dove mi è stato proposto un intervento meno invasivo, ma definito altrettanto efficace. Ho scelto questa soluzione e nell'ottobre 2025 sono stata sottoposta al terzo intervento, con un'artrodesi da T9 all'ileo. Una volta tornata a casa, dopo aver tolto il busto che avevo portato per un mese, mi sono subito accorta che qualcosa non andava. Stava accadendo proprio quello che mi aveva prospettato il dottor Berjano: la colonna ha sviluppato uno strapiombo sagittale e coronale, con dolore e difficoltà a camminare.

A quel punto ha deciso di tornare dal dottor Berjano. Come ha vissuto quella scelta?
Il primo incontro era avvenuto nell'estate del 2025. Mi aveva spiegato quale intervento sarebbe stato necessario, ma, spaventata dalla sua invasività, avevo preferito rivolgermi altrove.
Purtroppo, l'operazione in quell'altra struttura sanitaria non ha dato i risultati sperati. La mia vita era notevolmente peggiorata, ero demoralizzata e mortificata. Al dolore, che non riuscivo più a gestire con i farmaci, e alle difficoltà di movimento si era aggiunto anche il problema fisico: mi stavo letteralmente piegando in avanti e di lato. Così, otto mesi dopo l'intervento, sono tornata, con le "orecchie basse", dalla persona che mi aveva trasmesso più fiducia.

Quanto è stato importante il sostegno della sua famiglia?
La mia famiglia mi è stata molto vicina, prima e dopo l'intervento. Mi ha supportato e sopportato durante tutto il percorso e continua a farlo. Soprattutto mio marito, che oltre ad aiutarmi fisicamente ha saputo sollevarmi il morale ogni giorno, trasmettendomi una buona dose di ottimismo.

Che cosa l'ha colpita maggiormente del dottor Berjano, anche dal punto di vista umano?
Il dottor Berjano è un medico d'eccellenza. È molto chiaro e diretto con il paziente. Nonostante mi avesse spaventata spiegandomi i rischi che avrei dovuto affrontare, è riuscito anche a farmi vedere il lato positivo dell'intervento. Il detto "bastone e carota" con lui calza a pennello. Mi torna spesso in mente una frase che ha ripetuto più volte durante l'ultima visita prima dell'operazione: "Migliorare la qualità della vita".

A poche settimane dall'ultimo intervento, come sta? Quali miglioramenti ha già riscontrato?
È ancora presto per "cantare vittoria". Come mi ha detto anche il dottor Berjano, il percorso sarà ancora lungo e impegnativo, ma noto già dei miglioramenti nella postura e nel camminare. Ho ancora dolore, ma riuscire a muovermi senza più avere male alle cosce e senza la sensazione di portare uno zaino pieno di pietre sulle spalle è già molto per me. Le limitazioni nei movimenti, con un'artrodesi così estesa, ci sono. Sono però sicura che con il tempo imparerò a gestirle in modo naturale. Credo che i risultati raggiunti avranno un peso maggiore rispetto alle limitazioni che rimarranno.

Dopo quattro interventi e un percorso così lungo, che cosa si sente di dire a chi sta affrontando una patologia vertebrale complessa?
Devo riconoscere che il mio percorso è stato, e sarà ancora, molto impegnativo. Affrontare un quarto intervento non è stato facile, ma ho 62 anni e tanta voglia di godermi la vita.

> Bisogna avere fiducia nella medicina, che negli anni ha fatto grandi progressi, ma soprattutto affidarsi a un professionista di cui ci si fida. Nel mio caso, questa persona è certamente il dottor Berjano.

A chi sta vivendo una situazione simile vorrei dire di non farsi prendere dallo sconforto. Le avversità della vita non possiamo sceglierle, ma possiamo scegliere come affrontarle. Io non potevo decidere di non avere questa malattia, né impedirne l'evoluzione, ma affrontarla con ottimismo è sicuramente un primo passo. Rimandare una soluzione, a volte, significa dover affrontare il problema quando il quadro clinico è ancora più compromesso. Ognuno ha le proprie paure e la propria sensibilità. Per quanto mi riguarda, sento di poter dire che una migliore qualità della vita vale il rischio di un intervento.

Il caso clinico spiegato dal dottor Pedro Berjano

La signora Ingusci presentava una **scoliosi trattata chirurgicamente in età adolescenziale, con uno scompenso comparso in tarda età adulta** per l'usura dei dischi rimasti mobili sotto l'artrodesi. Un tempo questi casi erano impossibili da affrontare. Oggi restano complessi, ma sono trattabili e correggibili con un'accurata preparazione e una squadra esperta e ben allenata nella gestione di deformità complesse.

L'intervento ha ricreato una forma della schiena che permette alla colonna di ritrovare il proprio equilibrio sopra il bacino, che ne costituisce la base di sostegno. L'obiettivo era **ridurre la fatica nel camminare e nelle attività quotidiane, eliminando la sensazione di cadere continuamente in avanti e di lato e rendendo la colonna più leggera**.

Questo percorso evidenzia due aspetti essenziali. Il primo è **proporzionare l'impegno chirurgico alle necessità della persona**. Contenere l'invasività è importante, ma un intervento troppo limitato può non bastare a trattare il problema. Una chirurgia estesa comporta però rischi e limitazioni permanenti dei movimenti: occorre bilanciare benefici attesi e impegno richiesto.

Il secondo è comunicare bene: **spiegare che cosa può migliorare, quali difficoltà possono restare, i rischi e i tempi del recupero**. I primi progressi sono incoraggianti, ma servono mesi per valutare il risultato.

Questa consapevolezza rende la scelta più adulta e condivisa. **Medico, paziente e famiglia diventano una squadra**, unendo competenze, bisogni e priorità per affrontare il percorso con fiducia e aspettative realistiche.

EMPOWERING SURGEONS

TO DO MORE FOR THEIR PATIENTS

Reline™

now compatible with Excelsius™



- **Surgical Efficiency**
- **Operative Reliability**
- **Procedural Versatility**

The integration of the Reline™ posterior fixation system with the Excelsius™ Ecosystem of enabling technologies creates a powerful synergy of trusted reliability and innovation, delivering a comprehensive procedural solution.

GLOBUS MEDICAL

globusmedical.com

LA RISONANZA MAGNETICA AL CUORE

IN CASA DI CURA RIZZOLA

La **RISONANZA MAGNETICA CARDIACA**, tecnicamente "CineRM cuore senza e con mezzo di contrasto" o RMC, costituisce uno studio avanzato, al quale si arriva dopo una visita specialistica, un Ecocardiogramma e/o ECG Holter, e in casi selezionati anche un'AngioTC o angiografia coronarica.
Consiste in una RM eseguita mediante bobine dedicate, con un'acquisizione delle immagini sincronizzata all'attività cardiaca. Diversamente da una classica risonanza magnetica, per la quale al soggetto viene richiesto esclusivamente di rimanere il più possibile immobile, al fine di minimizzare gli artefatti legati al movimento, chi si sottopone a una RM cardiaca deve anche mantenere l'apnea per alcune delle sequenze dell'esame.
Un ulteriore elemento distintivo di questo esame è rappresentato dalla sua durata: circa **60 MINUTI** contro i 20 minuti richiesti da una RM articolare o di un segmento del rachide. La risonanza magnetica (RM) **NON UTILIZZA RADIAZIONI IONIZZANTI**, a differenza di esami come la radiografia (RX) o la tomografia computerizzata (TAC), per i quali è necessario osservare precauzioni specifiche imposte dalla legge, specialmente per categorie sensibili come bambini, adolescenti, donne in età fertile e in gravidanza. Anche l'ecografia impiega radiazioni non ionizzanti, tuttavia non è in grado di fornire le stesse informazioni dettagliate sulla caratterizzazione dei tessuti che si ottengono con la CardioRM, la quale può essere ulteriormente potenziata dall'uso del mezzo di contrasto. Perché la prescrizione della RMC sia appropriata, è fondamentale che il paziente sia stato precedentemente sottoposto a una **VALUTAZIONE SPECIALISTICA** da parte di un cardiologo o di un medico dello sport. Sulla base dei risultati della visita specialistica e degli esami strumentali eseguiti (come ecocardiogramma, ECG a riposo o sotto sforzo, e Holter), viene formulato il quesito diagnostico, al quale verrà adattato lo studio della risonanza. Le **PATOLOGIE TIPICHE** la cui diagnosi o trattamento beneficiano di questo esame sono:

Cardiomiopatie
Ipertrofica, Dilatativa, Aritmogena, da Ventricolo sinistro non compatto

Patologie infiltrative
Amiloidosi, M. Di Anderson Fabry, Cardiomiopatie da accumulo di ferro

Sarcoidosi cardiaca

Patologia ischemica acuta e cronica

Patologia infiammatoria-infettiva
Miocardite, pericardite

Patologia immunomediata
Sarcoidosi

Patologia neoplastica
Tumori del cuore primitivi e metastatici

Patologie valvolari e Patologie dell'aorta
Aneurismi, stenosi, malformazioni

Non tutte le strutture hanno apparecchiature con **CARATTERISTICHE NECESSARIE** per eseguire questo tipo di esame, preferendo macchinari con un campo magnetico inferiore che consentono esami diagnostici più rapidi. Inoltre, non tutti i radiologi hanno una formazione specifica o un'esperienza adeguata per utilizzare questa metodica.

La Risonanza Magnetica Cardiaca serve ad ottenere una valutazione del cuore sia sotto il profilo funzionale sia sotto il profilo della caratterizzazione tissutale. In quest'ultimo caso non è eguagliata da nessun'altra metodica radiologica.

Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola S.p.A.

Via Gorizia, 1 - 30027
San Donà di Piave (VE)

Info e prenotazioni
Tel. 0421 338411
E-mail: info@rizzola.it
www.rizzola.it

Inquadra il QR CODE per la spiegazione del radiologo

L'INTERVENTO DI CHIRURGIA VERTEBRALE ROBOT-ASSISTITA E LA RIPRESA

Nicola Galli: "Il mio ritorno alla vita dopo l'intervento alla colonna"

Massofisioterapista e professionista del mondo sportivo, Nicola Galli, riminese, racconta il trauma che ha cambiato la sua quotidianità, l'incontro con il neurochirurgo dottor Roberto Donati e il percorso di cura alla Casa di Cura Rizzola



Nome: Nicola
Cognome: Galli
Data di nascita: 15/02/1965
Comune di residenza: Rimini
Data dell'infortunio: 30/04/2026
Prima visita con il dottor Donati: 17/06/2026
Data dell'intervento: 19/06/2026
Dimissioni: 22/06/2026

Per chi ha dedicato la propria vita professionale al movimento, ritrovarsi improvvisamente impossibilitato a camminare, sedersi o persino dormire senza dolore è un'esperienza difficile da immaginare. È quanto accaduto a Nicola Galli, massofisioterapista di Rimini di 61 anni, con una lunga esperienza nella preparazione atletica e nella riabilitazione di sportivi professionisti. Dopo quindici anni di insegnamento alla Facoltà di Scienze Motorie e numerose collaborazioni, anche con il Comitato Olimpico Sammarinese, Nicola si è ritrovato, per una volta, dall'altra parte: non più terapista, ma paziente. Tutto comincia il 30 aprile 2026, durante una partita di basket con gli amici. Una caduta violenta provoca un grave trauma alla schiena, con un'ernia discale espulsa a livello L4-L5. *"È stato sicuramente il dolore più importante che abbia provato in vita mia"*, racconta. *"Non esisteva una posizione in cui non avvertissi dolore. Non riuscivo a stare seduto, in piedi e nemmeno a dormire"*.



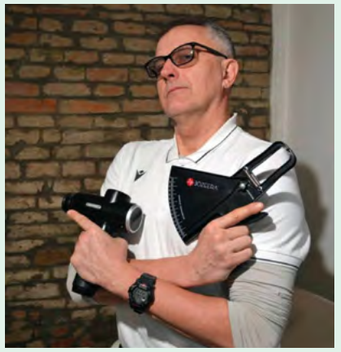
Forte delle proprie competenze, Nicola tenta inizialmente un percorso conservativo, affiancato dai colleghi del suo studio tra cui Matteo Passeggio. Seguono le terapie farmacologiche, ma senza risultati. Per un mese e mezzo il dolore aumenta, rendendo la quotidianità insostenibile. La svolta arriva a metà giugno, con l'incontro con il neurochirurgo Roberto Donati, al quale Nicola decide di affidarsi. Dopo la visita e gli accertamenti, emerge la necessità di intervenire rapidamente, anche per la presenza di un'importante compromissione neurologica. *"Il dottor Donati mi disse che dovevamo intervenire immediatamente. Io conosco il corpo umano e la riabilitazione, ma non sono un chirurgo. Ho scelto di affidarmi completamente alla sua competenza"*.

Il 19 giugno Nicola viene ricoverato alla Casa di Cura Rizzola, dove, nella stessa serata, viene sottoposto a un intervento di artrodesi vertebrale L4-L5 con tecnica robot-assistita. Una procedura che, attraverso sistemi tecnologici di navigazione e supporto al chirurgo, consente un posizionamento accurato degli impianti. Ma nel ricordo di Nicola, accanto alla tecnologia, c'è soprattutto il fattore umano.

"Ero molto agitato, spaventato dall'intervento. La professionalità del chirurgo, dei collaboratori e del personale di sala operatoria è stata encomiabile. Ricordo ancora i visi e le parole con cui mi hanno tranquillizzato".

Il momento più sorprendente arriva al risveglio. Dopo settimane di sofferenza, Nicola si accorge che quel dolore lancinante non c'è più. *"Mi sono chiesto come mai non sentissi più dolore. Era una sensazione incredibile, dopo oltre un mese e mezzo vissuto in quelle condizioni"*. La mattina successiva, con l'assistenza del personale sanitario, Nicola torna in piedi e raggiunge il reparto di radiologia per i controlli. La domenica percorre i corridoi della clinica mentre parla al telefono con i pazienti del proprio studio. *"Il cellulare aveva registrato esattamente 1.920 passi. Li avevo fatti senza nemmeno accorgermene. Per me è stato un segnale straordinario"*. Lunedì 22 giugno, appena tre giorni dopo l'intervento, arriva la dimissione e il ritorno a casa. A distanza di circa tre mesi e mezzo, Nicola descrive un percorso di recupero ancora in evoluzione, ma decisamente incoraggiante. L'obiettivo è riprendere pienamente il lavoro, lo sport, la bicicletta, la moto e soprattutto l'attività al fianco delle squadre sportive che segue nelle competizioni internazionali. Della Casa di Cura Rizzola conserva il ricordo di un'esperienza in cui competenza specialistica, innovazione tecnologica e attenzione alla persona hanno contribuito a trasformare un momento di grande difficoltà in una prospettiva concreta di ripresa. *"Ogni mattina, quando mi alzo, ricordo che la mia colonna ha subito un intervento importante. Ma subito dopo mi accorgo che, giorno dopo giorno, sto meglio. Ogni giorno è una sfida e questa sfida sta a noi vincerla"*.





Il caso clinico spiegato dal dottor Roberto Donati

Nicola Galli è un uomo di 61 anni, molto attivo sia nella sua professione di massofisioterapista e preparatore atletico, sia nel tempo libero, che dedica al basket, alla mountain bike e alla vela. Alla fine di aprile di quest'anno, durante una partita di basket, ha riportato un trauma lombare, con immediata comparsa di lombalgia e sciatalgia sinistra. Giunto alla mia osservazione, oltre a un dolore resistente alle terapie, presentava un deficit motorio della dorsiflessione del piede sinistro.

La risonanza magnetica lombare documentava una voluminosa ernia discale L4-L5 sinistra, associata a discopatia degenerativa. Vi era una chiara indicazione all'intervento chirurgico, con due possibili opzioni. La prima consisteva in una microdiscectomia L4-L5 sinistra, finalizzata all'asportazione dell'ernia. Tuttavia, la presenza di una significativa degenerazione discale poneva il problema della possibile persistenza della lombalgia anche dopo l'intervento. La seconda opzione, scelta di comune accordo con il paziente, prevedeva invece una discectomia associata ad artrodesi, ossia alla fusione delle due vertebre interessate, con l'obiettivo di trattare sia la compressione nervosa sia la componente dolorosa legata alla degenerazione del disco. Considerata l'esigenza del paziente, comune peraltro a molte persone, di tornare alle normali attività lavorative e sportive, ho proposto un intervento con tecnica mini-invasiva robot-assistita presso la Casa di Cura Rizzola. L'intervento, eseguito a settembre, ha previsto il posizionamento di viti peduncolari sotto guida robotica, attraverso piccoli accessi transfasciali, limitando così la necessità di scollare i muscoli paravertebrali. Sul lato sinistro è stata inoltre eseguita una microdiscectomia, seguita dal posizionamento di una cage nello spazio intervertebrale, per favorire la fusione delle vertebre.
Questa tecnica permette di ridurre il trauma a carico della muscolatura paravertebrale rispetto agli approcci tradizionali più invasivi, un aspetto importante nel percorso di recupero postoperatorio e nel successivo ritorno alle attività quotidiane, lavorative e sportive.



Il profilo del dottor Roberto Donati

Roberto Donati, laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Bologna e specializzato in Neurochirurgia all'Università di Pavia, ha lavorato dal 1988 al 2019 presso l'Ospedale Bufalini di Cesena, ricoprendo incarichi di responsabilità nell'ambito della chirurgia vertebrale e della neurochirurgia. Ha contribuito all'organizzazione del Trauma Center di Cesena, sviluppando protocolli per la gestione dei traumi vertebrali. Dal 2019 al 2023 è stato responsabile della Chirurgia del Sistema Nervoso Periferico dell'Ospedale di Faenza. Attualmente svolge attività libero-professionale presso diverse strutture, tra cui la Casa di Cura Rizzola, dove si dedica prevalentemente alla chirurgia vertebrale robot-assistita.

INQUADRA IL QR CODE
PER VEDERE LA TESTIMONIANZA
DI NICOLA GALLI
E DEL FISIOTERAPISTA
MATTEO PASSEGGIO

RIABILITAZIONE INDIVIDUALIZZATA



Chiara Sarnataro: "A 34 anni non riuscivo più ad alzarmi dal letto. Ora voglio tornare a giocare a pallavolo"

Dopo tre settimane trascorse a letto per un problema alla colonna vertebrale, si è sottoposta a un intervento alla Casa di Cura Rizzola. Oggi segue un percorso riabilitativo per riprendere le proprie attività.

Chiara Sarnataro ha 34 anni, vive a Palazzolo dello Stella, in Friuli Venezia Giulia, e gioca a pallavolo da trent'anni. I problemi alla schiena cominciano nel 2019, con un episodio di dolore acuto che la costringe a ricorrere agli antidolorifici e a indossare un busto per diversi mesi. Superata quella fase, riprende le normali attività, senza ulteriori approfondimenti. Fino a maggio di quest'anno, quando la situazione cambia. "Una mattina non riuscivo più a scendere dal letto. E in quel letto sono rimasta per tre settimane. A 34 anni non avevo neanche la forza di girarmi da sola. Dovevo farmi aiutare persino per andare in bagno". Per una persona abituata ad allenarsi regolarmente, le conseguenze riguardano anche la vita sociale e sportiva. "Ero in pieno campionato e, da capitano, ho dovuto abbandonare la mia squadra. Non potevo più andare in piscina, fare pesi o giocare a pallavolo. È stato molto frustrante".

Dopo aver recuperato parte della mobilità, decide con il medico curante di sottoporsi a una risonanza magnetica. Il referto indica la necessità di una valutazione neurochirurgica urgente. Siccome i tentativi di ottenere una visita in Friuli si scontrano con lunghi tempi di attesa, da una compagna di squadra arriva il suggerimento di valutare la Casa di Cura Rizzola di San Donà di Piave, dove un'altra pallavolista aveva già affrontato un intervento alla colonna vertebrale. "Ho chiamato e sono riuscita ad avere un appuntamento nel giro di pochissimi giorni. Ero agitata".
Durante la visita con il dottor Giovanni Paternò emerge una situazione clinica che richiede un intervento chirurgico. **"Il dottore mi ha messo subito a mio agio.**



L'operazione non era semplice, ma mi sono sentita presa in carico".
Dopo aver concordato il percorso con il neurochirurgo, la scelta ricade sulla struttura di San Donà di Piave, anche per la vicinanza a casa. "**Ho trovato la Rizzola una struttura organizzata con personale estremamente disponibile.** Quando sono stata ricoverata, i medici sono venuti a presentarsi. Anche l'anestesista è passato in camera la sera prima dell'intervento". L'operazione si svolge la mattina successiva al ricovero: "Mi sono svegliata in camera tranquilla. **Il personale passava regolarmente per sapere come stavamo e se avevamo bisogno di qualcosa**». La dimissione avviene in tempi brevi, con successivi controlli programmati.

IL PERCORSO RIABILITATIVO

Conclusa la prima fase postoperatoria, "Il chirurgo mi ha indirizzata al dottor Renato Capurro per iniziare la riabilitazione". **L'obiettivo era di recuperare le capacità funzionali necessarie a riprendere l'attività sportiva: "Il dottor Capurro mi ha messo subito a mio agio. Ho apprezzato molto la sua disponibilità, oltre alla professionalità".**
Il programma di riabilitazione coinvolge il fisioterapista e il massaggiatore. Le prime sedute comprendono trattamenti manuali e test funzionali per definire il percorso.
La riabilitazione dopo un intervento alla colonna vertebrale viene definita in base alla patologia, alla procedura eseguita e alle condizioni del paziente. Per chi pratica sport, il ritorno agli allenamenti richiede una ripresa graduale dei carichi e una valutazione delle capacità motorie, nel rispetto delle indicazioni degli specialisti.
Chiara vuole tornare in palestra dalle sue compagne di squadra: "Voglio riprendere la palla in mano, fare pesistica, andare in piscina e tornare a camminare in montagna con i miei cani. Sono tutte cose che ho dovuto accantonare".

Ripensando all'esperienza, sottolinea soprattutto il rapporto con i professionisti incontrati e dà un consiglio a chi si trova in una situazione simile: "**Non bisogna trascurarsi. Io l'ho fatto per anni, da sportiva, pensando di poter continuare comunque. Questo mi ha portato a peggiorare la situazione. Fortunatamente sono finita in ottime mani**".





Il caso clinico spiegato dal dottor Renato Capurro*

Chiara Sarnataro è una giovane pallavolista affetta da una discopatia degenerativa importante L4-L5 e L5-S1, associata a stenosi del canale vertebrale e lombosciatalgia bilaterale persistente. Dopo numerosi trattamenti conservativi, senza risultati soddisfacenti, si è deciso di proporre un intervento di artrodesi posteriore mediante tecnica TLIF, con supporto della guida robotica per il posizionamento delle viti peduncolari. La scelta è stata preceduta da un approfondito confronto con la paziente, condividendo benefici attesi, rischi e possibili alternative. L'intervento si è svolto regolarmente. Già dalla mattina successiva la giovane è stata verticalizzata e avviata alla deambulazione, con buon controllo del dolore. I successivi controlli clinici, della ferita chirurgica e degli esami ematochimici hanno confermato un decorso regolare. A circa un mese, il controllo radiografico ha documentato un quadro postoperatorio soddisfacente, consentendo l'avvio del percorso riabilitativo.
Per Chiara, il recupero non significa semplicemente eliminare il dolore o riprendere a camminare, ma **ricostruire progressivamente forza, coordinazione, stabilità e controllo neuromuscolare per tornare alla pallavolo** quando clinicamente possibile.
La fisioterapia tradizionale, fondamentale nel percorso, viene integrata con tecnologie avanzate quali **analisi tridimensionale del movimento, piattaforme di forza e sistemi di valutazione muscolare**. Questi strumenti consentono di identificare compensi biomeccanici, deficit di forza, asimmetrie e alterazioni dell'equilibrio, monitorando oggettivamente i progressi.
Il programma evolve gradualmente dal recupero delle funzioni quotidiane alla **stabilizzazione del core, al potenziamento muscolare e al controllo dinamico del movimento, fino alla preparazione atletica specifica**: salti, atterraggi, spostamenti laterali e cambi di direzione.
Il vero valore della riabilitazione ad alta tecnologia non risiede nel singolo dispositivo, ma nell'integrazione tra dati strumentali, valutazione clinica e competenze professionali.
La collaborazione tra neurochirurgo, medico dello sport, fisiatra e fisioterapista garantisce continuità assistenziale e obiettivi condivisi.
L'obiettivo non è soltanto recuperare da un intervento chirurgico, ma restituire autonomia, qualità di vita e, quando le condizioni cliniche lo permetteranno, la possibilità di tornare in campo. La chirurgia risolve il problema anatomico, la riabilitazione ricostruisce la funzione e la tecnologia ci permette di misurare ogni progresso.

* Renato Capurro è responsabile del servizio di Riabilitazione ad alta specializzazione tecnologica della Casa di Cura Rizzola

La palestra della Rizzola



INQUADRA IL QR CODE
PER VEDERE L'INTERVISTA
A CHIARA SARNATARO

DA INFERMIERA A PAZIENTE DELLA CASA DI CURA RIZZOLA

"Conoscevo il medico e la struttura, ma quando sei tu a doverti operare è tutto diverso"

Ha lavorato alla Casa di Cura Rizzola dal 1978 al 1992, prima in reparto e poi in sala operatoria. A distanza di molti anni, Maria Luisa Teso, 67 anni, è tornata nella stessa struttura come paziente del dottor Massimiliano Susanna, per due interventi al ginocchio

Nome: MARIA LUISA
Cognome: TESO
Data di nascita: 20/04/1959
Comune di residenza: ERACLEA

ACCESSO CHIRURGICO 1

Patologia: GONARTROSI DS
Tipo Di Intervento: SOSTITUZIONE TOTALE DEL GINOCCHIO
Giorno Del Ricovero: 07/07/2024
Giorno Dell'intervento: 09/07/2024
Giorno Delle Dimissioni: 12/07/2024

ACCESSO CHIRURGICO 2

Patologia: ARTROSI LOCALIZZATA PRIMARIA, GINOCCHIO
Tipo Di Intervento: SOSTITUZIONE TOTALE DEL GINOCCHIO
Giorno Del Ricovero: 01/02/2026
Giorno Dell'intervento: 02/02/2026
Giorno Delle Dimissioni: 05/02/2026



Per Maria Luisa Teso la Casa di Cura Rizzola è un luogo legato a una parte importante della propria vita professionale. Era il 1978 quando, dopo aver conseguito il titolo di infermiera generica, iniziò a lavorare nella struttura, dapprima in reparto e successivamente in sala operatoria, dove rimase fino al 1992. *"Eravamo come una famiglia, una seconda famiglia"*. Tanto che, quando lasciò la Rizzola per lavorare all'ospedale di San Donà, il primo giorno pianse per il desiderio di tornare. Molti anni dopo, Maria Luisa è rientrata alla Casa di Cura Rizzola in una veste diversa: quella di paziente. A riportarla nella struttura è stato un problema alle due ginocchia. *"Camminavo male, poco, più camminavo più avevo male"*, ricorda. Il ginocchio destro presentava una situazione più compromessa, meno il sinistro. A incoraggiarla ad affrontare il problema sono stati soprattutto i figli, un medico e una fisioterapista. La scelta dello specialista è ricaduta sul dottor Massimiliano Susanna, con il quale Maria Luisa aveva già lavorato e del quale conosceva le competenze. Il primo intervento è stato eseguito, in Rizzola, il 9 luglio 2024, al ginocchio destro. Il secondo, al ginocchio sinistro, nel febbraio 2026. Conoscere l'ambiente sanitario e il chirurgo ha rappresentato per Maria Luisa un elemento di rassicurazione, senza tuttavia eliminare le emozioni legate all'intervento. *"Ti senti più sicura nell'affrontare questa cosa che, comunque, anche se conosci, è sempre nuova, perché è sul tuo corpo"*. È proprio questo passaggio, dal ruolo di infermiera a quello di paziente, uno degli aspetti più interessanti della sua testimonianza. Chi ha lavorato per anni accanto ai pazienti conosce procedure e difficoltà dell'assistenza, ma vivere personalmente un percorso chirurgico comporta una percezione diversa del dolore e del bisogno di essere rassicurati. Maria Luisa descrive positivamente l'assistenza ricevuta durante il ricovero. *"Le colleghe infermiere mi hanno coccolato"*. Un'esperienza che ha contribuito anche alla decisione di affrontare il secondo intervento. I due recuperi non sono stati rapidi. Il primo relativamente agevole, mentre il secondo ha comportato qualche difficoltà e dolore in più. Una differenza che il dottor Susanna le aveva anticipato. Il ritorno all'autonomia è stato agevole: Maria Luisa ricorda i rimproveri affettuosi della figlia perché tendeva ad abbandonare troppo presto le stampelle. Dopo circa un mese e mezzo dal primo intervento era già impegnata come volontaria nella cucina di un campo scuola in montagna. *"Riesco a fare le scale senza portare prima una gamba e poi l'altra. Cammino bene"*. Attività semplici, che prima erano condizionate dal dolore. Del dottor Susanna apprezza la chiarezza nel rapporto con il paziente. *"Ti fa capire quello che devi fare e di cui hai bisogno. E lo capisci bene anche se non sei dell'ambiente"*.

Il giudizio sulla Casa di Cura Rizzola: **"Ogni caso lo prende a cuore. Il paziente è sempre una persona che ha bisogno anche di una parola, oltre che di servizi"**.

L'obiettivo condiviso da paziente e operatori sanitari, in effetti, è – da prospettive differenti – quello di affrontare un problema di salute per cercare di stare meglio.

Il caso clinico spiegato dal Dottor Massimiliano Susanna

La signora Maria Luisa Teso ha 67 anni ed è oggi in pensione. Ha lavorato per molti anni come infermiera, anche in sala operatoria, e abbiamo condiviso alcuni anni di attività professionale. Conosceva bene l'ambiente ospedaliero, ma vivere un intervento in prima persona è un'esperienza completamente diversa dal lavorare accanto a chi lo affronta. Da tempo soffriva di dolore e instabilità a entrambe le ginocchia. Camminare a lungo era diventato difficile e anche le attività quotidiane cominciavano a risentirne. Gli accertamenti hanno evidenziato una gonartrosi bilaterale avanzata, con una deformità in valgo di 17 gradi a destra e 15 a sinistra.
Farmaci e fisiokinesiterapia non avevano dato risultati sufficienti e, nonostante i timori legati alla chirurgia, a un certo punto è diventato necessario intervenire. Abbiamo programmato due interventi di protesi totale di ginocchio: il primo a destra, nel luglio 2024, il secondo a sinistra, nel febbraio 2026. Considerata la sua allergia al nichel, abbiamo scelto in entrambi i casi protesi Ni-Free.
Il decorso è stato regolare.
Dopo alcuni giorni di ricovero, Maria Luisa ha proseguito la riabilitazione a casa, recuperando gradualmente una camminata più sicura. Nelle prime settimane ha iniziato a percorrere brevi tratti anche senza stampelle. Il primo intervento le ha dato fiducia e ha reso più sereno affrontare il secondo. È importante sapere cosa aspettarsi e sentirsi accompagnati durante il percorso può aiutare ad affrontare le proprie paure.
La storia della signora ricorda che, quando si diventa pazienti, le competenze e l'esperienza non cancellano le preoccupazioni. Il compito del medico non è soltanto intervenire su un'articolazione danneggiata, ma aiutare una persona a ritrovare sicurezza, autonomia e fiducia nella propria quotidianità.

INQUADRA IL QR CODE PER VEDERE LA TESTIMONIANZA DI MARIA LUISA TESO

ANCA E SPALLA: DUE INTERVENTI IN UN ANNO

Vittorio Manfrè: “Vi racconto dei miei interventi alle due anche e di quello al ginocchio”

A 81 anni Vittorio Manfrè continua a lavorare nel ristorante di famiglia a Eraclea. Dopo tre interventi alla Casa di Cura Rizzola, racconta il recupero della mobilità, il rapporto con il dottor Susanna e l’assistenza ricevuta durante i ricoveri

A 81 anni Vittorio Manfrè continua a lavorare insieme ai figli nel ristorante di famiglia, “Al Braciere”, a Eraclea. Una quotidianità ancora attiva, che negli ultimi anni ha dovuto fare i conti con alcuni problemi articolari, affrontati attraverso tre interventi ortopedici alla Casa di Cura Rizzola. Il primo problema si è manifestato con un dolore all’anca destra, che lo ha portato a richiedere una visita specialistica nella struttura. Dopo la valutazione clinica, è emersa la necessità di un intervento chirurgico. *“Sono andato a fare una visita in Rizzola per capire. Il medico mi ha detto che bisognava operare”*, ricorda. Nel settembre 2023 è stato sottoposto al primo intervento di protesi all’anca destra, seguito nel 2024 da un secondo intervento all’anca sinistra. Successivamente ha affrontato anche un intervento di protesi al ginocchio, nel mese di febbraio. A seguirlo in questo percorso chirurgico è stato il dottor Massimiliano Susanna, del quale Vittorio ricorda soprattutto l’attenzione alla mobilizzazione precoce. *“Il dottor Susanna mi ha operato al mattino. Dopo pranzo è venuto a vedermi e mi ha fatto camminare in corridoio”*, racconta riferendosi al primo intervento all’anca.

La ripresa del movimento rappresenta una fase importante del recupero dopo la chirurgia protesica. Quando le condizioni cliniche lo consentono, la mobilizzazione precoce e la fisioterapia contribuiscono a favorire il recupero funzionale e a ridurre le conseguenze dell’immobilità. Nel caso di Vittorio, la ripresa è stata rapida.

> “Mi sono sentito subito bene, perché ho cominciato a camminare subito, facevo la fisioterapia. Dopo un mese e mezzo i sintomi erano spariti”.

Anche il secondo intervento all’anca è stato seguito da un decorso che il paziente descrive positivamente, tanto da consentirgli di tornare a casa dopo due giorni. Vittorio ricorda con una certa ironia il confronto con il fisioterapista, che lo invitava a esercitarsi sulle scale. *“Mi ha detto: ‘Andiamo a fare le scale’. E io: ‘Già fatto, le ho già fatte tre o quattro volte’”.* Dopo la verifica delle sue condizioni e il completamento delle procedure di dimissione, è potuto rientrare a casa. Vittorio è un paziente che ha affrontato più interventi in anni ravvicinati, mantenendo un atteggiamento pratico nei confronti delle cure e della riabilitazione. I tempi di recupero, naturalmente, variano in relazione alle condizioni individuali, al tipo di intervento e al percorso riabilitativo. Una parte importante del suo racconto riguarda la Casa di Cura Rizzola:

> “Tanta cortesia, attenzione per i malati. Sono educati”.

Ricorda anche la rapidità con cui gli infermieri rispondevano alle richieste di assistenza. Un dettaglio che gli è rimasto impresso riguarda l’anestesia effettuata prima dell’intervento. *“Ho chiesto: ‘Non mi fa la puntura?’. E l’anestesista mi ha risposto: ‘Ho già finito’”.* Nelle sue parole emerge così una valutazione complessiva dell’esperienza di ricovero, nella quale il risultato dell’intervento si accompagna all’organizzazione dell’assistenza, alla disponibilità degli operatori e alla qualità della relazione con il paziente. Oggi Vittorio continua a partecipare all’attività del ristorante di famiglia. La sua storia richiama l’importanza di affrontare i problemi articolari anche in età avanzata, attraverso una valutazione specialistica e un percorso terapeutico adeguato alle condizioni individuali.



Il caso clinico spiegato dal Dottor Massimiliano Susanna

Conoscevo Vittorio Manfrè (81 anni) da tempo: è una persona conosciuta nella zona, dove gestisce da molti anni, insieme ai figli, il ristorante di famiglia ad Eraclea. Un giorno, mentre ero a pranzo nel suo locale, mi colpì il modo in cui camminava e gli chiesi come mai avesse difficoltà. Da quella conversazione è iniziato un percorso che lo ha portato ad affrontare tre interventi ortopedici.

La visita nel mio studio ha evidenziato una coxartrosi bilaterale, cioè un’artrosi avanzata di entrambe le anche. Gli ho consigliato di intervenire prima sull’anca più dolorosa e, circa un anno dopo, sull’altra. In entrambi i casi abbiamo eseguito una protesi d’anca con accesso anteriore mini-invasivo, una tecnica che utilizzo dal 2012. Il recupero è stato rapido e Vittorio è tornato presto al suo ristorante e ai suoi clienti.
Continuava però a camminare con difficoltà a causa del dolore al ginocchio. Dopo averlo valutato, abbiamo deciso di procedere anche con una protesi di ginocchio. Anche in questo caso il risultato gli ha permesso di recuperare la mobilità e di tornare alle sue attività con maggiore serenità.

Di Vittorio colpisce la voglia di continuare a fare ciò che ha sempre fatto: poter essere ancora presente nel proprio ristorante, lavorare accanto ai figli e accogliere i clienti significa molto più che camminare senza dolore. È mantenere un ruolo, delle abitudini e una parte importante della propria vita.

Nome: VITTORIO
Cognome: MANFRÈ
Data di nascita: 11/05/1945
Comune di residenza: GRISOLERA

ACCESSO CHIRURGICO 1

Patologia: COXARTROSI DS
Tipo Di Intervento: SOSTITUZIONE TOTALE DELL’ANCA PER VIA ANTERIORE
Giorno Del Ricovero: 30/08/2023
Giorno Dell’intervento: 01/09/2023
Giorno Delle Dimissioni: 05/09/2023

ACCESSO CHIRURGICO 2

Patologia: COXARTROSI SN
Tipo Di Intervento: SOSTITUZIONE TOTALE DEL’ANCA PER VIA ANTERIORE
Giorno Del Ricovero: 02/06/2024
Giorno Dell’intervento: 03/06/2024
Giorno Delle Dimissioni: 06/06/2024

ACCESSO CHIRURGICO 3

Patologia: GONARTROSI IN VALGO DS
Tipo Di Intervento: SOSTITUZIONE TOTALE DEL GINOCCHIO
Giorno Del Ricovero: 02/02/2025
Giorno Dell’intervento: 03/02/2025
Giorno Delle Dimissioni: 06/02/2025

INQUADRA IL QR CODE PER VEDERE LA TESTIMONIANZA DI VITTORIO MANFRÈ

ANCA E SPALLA: DUE INTERVENTI IN UN ANNO

Rita Ravanello: "Sono tornata alle mie abitudini"

Due interventi, uno all'anca nel 2024 e l'altro alla spalla nel 2025. Per Rita, 80 anni e residente a San Michele al Tagliamento, poter tornare alle sue abitudini quotidiane ha avuto una grande importanza. Fino a settant'anni ha gestito una pasticceria-panetteria. Una vita molto attiva, che aveva cominciato a risentire di problemi articolari e dolori persistenti



Rita è una paziente del dottor Massimiliano Susanna della Casa di Cura Rizzola. *"Ero molto rallentata in tutto, perché i dolori mi bloccavano"*, racconta. Una condizione che l'ha portata ad affrontare due interventi ortopedici, il primo all'anca nel 2024 e il secondo alla spalla nel 2025, nell'ambito di un percorso di cura seguito dal medico. Il primo problema si manifestava soprattutto attraverso un dolore al ginocchio. *"Avevo un dolore fisso, per tanti anni sono stata curata e mi hanno fatto delle iniezioni"*, ricorda. Nonostante i trattamenti, il disturbo continuava a condizionare la deambulazione e le attività quotidiane. Su consiglio della figlia e del medico di famiglia, la signora si è rivolta al dottor Susanna, che ha individuato nell'anca l'origine del dolore. *"Mi ha detto: 'Vedrà che con l'intervento le passerà il dolore al ginocchio'. Ed è successo"*. La sua esperienza richiama un aspetto importante della diagnostica ortopedica: il dolore percepito al ginocchio può, in alcuni casi, avere origine da una patologia dell'anca. Una corretta valutazione clinica permette quindi di identificare il problema e orientare il trattamento, soprattutto quando i sintomi persistono nonostante le terapie. Nel 2024 Rita è stata sottoposta all'intervento all'anca. Il decorso postoperatorio ha comportato una prima giornata di dolore intenso, seguita da un recupero che le ha consentito di riprendere progressivamente le proprie abitudini. *"Con l'intervento sono riuscita a fare tutto, ancora oggi, nonostante la mia età"*. Nel 2025 il secondo problema, questa volta alla spalla, che la limitava sensibilmente nei movimenti. La scelta è stata di rivolgersi nuovamente al dottor Susanna. Dopo gli approfondimenti diagnostici, Susanna consiglia l'intervento. Il medico considera due tipologie di protesi, quella inversa e l'anatomica. Ma le condizioni articolari della paziente hanno consentito di procedere con una protesi anatomica. La scelta rappresenta un aspetto significativo del caso: anche a ottant'anni, infatti, le condizioni dell'articolazione e delle strutture muscolari e tendinee possono consentire soluzioni chirurgiche che non dipendono semplicemente dall'età anagrafica.

"Alla spalla aspettavo un dolore che non è arrivato". A distanza di oltre un anno dall'intervento: "La spalla? Super. Non sono più limitata in niente".

Rita parla del dottor Susanna con riconoscenza, sottolineando non soltanto la fiducia nelle sue competenze, ma anche il modo in cui si è sentita accompagnata nel percorso di cura. *"È una persona molto dolce, molto scherzosa nei miei confronti"*. Accanto all'assistenza medica, un ruolo importante è stato svolto dalla famiglia. *"Sono stati tutti molto partecipi, mi hanno aiutato tantissimo"*. Anche la fisioterapia ha accompagnato il recupero dopo entrambi gli interventi, con un percorso che Rita descrive come relativamente rapido. *"Questa intervista? Sono contenta di poter condividere la mia esperienza con chi sta affrontando problemi simili"*.



Il caso clinico spiegato dal Dottor Massimiliano Susanna

La signora Rita Ravanello (80 anni) aveva sempre condotto una vita attiva, anche grazie al lavoro nella sua pasticceria-panetteria, che ha gestito fino ai settant'anni. Negli ultimi tempi, però, i dolori articolari avevano cominciato a limitarla, rendendo difficili anche le attività più semplici.

La prima volta che l'ho visitata, lamentava un dolore al ginocchio che da anni cercava di curare senza risultati duraturi. La causa era in realtà una coxartrosi, cioè un'artrosi dell'anca: non è raro che un problema dell'anca si manifesti con dolore al ginocchio. Le ho proposto una protesi totale d'anca con accesso anteriore mini-invasivo, tecnica che utilizzo dal 2012. A parte il dolore del primo giorno, il recupero è stato molto rapido e Rita è tornata presto alle sue abitudini.

Nel 2025 si è rivolta nuovamente a me per un dolore importante alla spalla. Le radiografie indicavano la necessità di una protesi, ma prima di scegliere quale, ho richiesto una TAC e una risonanza magnetica per valutare anche le condizioni della cuffia dei rotatori, fondamentale per il funzionamento di una protesi anatomica.
Nonostante l'età, i suoi tendini e muscoli erano in buone condizioni. Ho quindi scelto una protesi anatomica anziché una inversa. Come spiego spesso ai pazienti, impiantare una protesi anatomica con una cuffia non funzionante sarebbe come avere una bella macchina senza motore.
Il risultato ha dato grande soddisfazione: Rita racconta di non sentirsi più limitata nei movimenti e di essere tornata alla propria quotidianità.

Non è soltanto l'età anagrafica a guidare le scelte chirurgiche: bisogna valutare la persona, le sue condizioni e ciò che può realisticamente recuperare.

INQUADRA IL QR CODE PER VEDERE LA TESTIMONIANZA DI RITA RAVANELLO

LE NUOVE FRONTIERE DELLA TERAPIA

Lo scompenso cardiaco congestizio

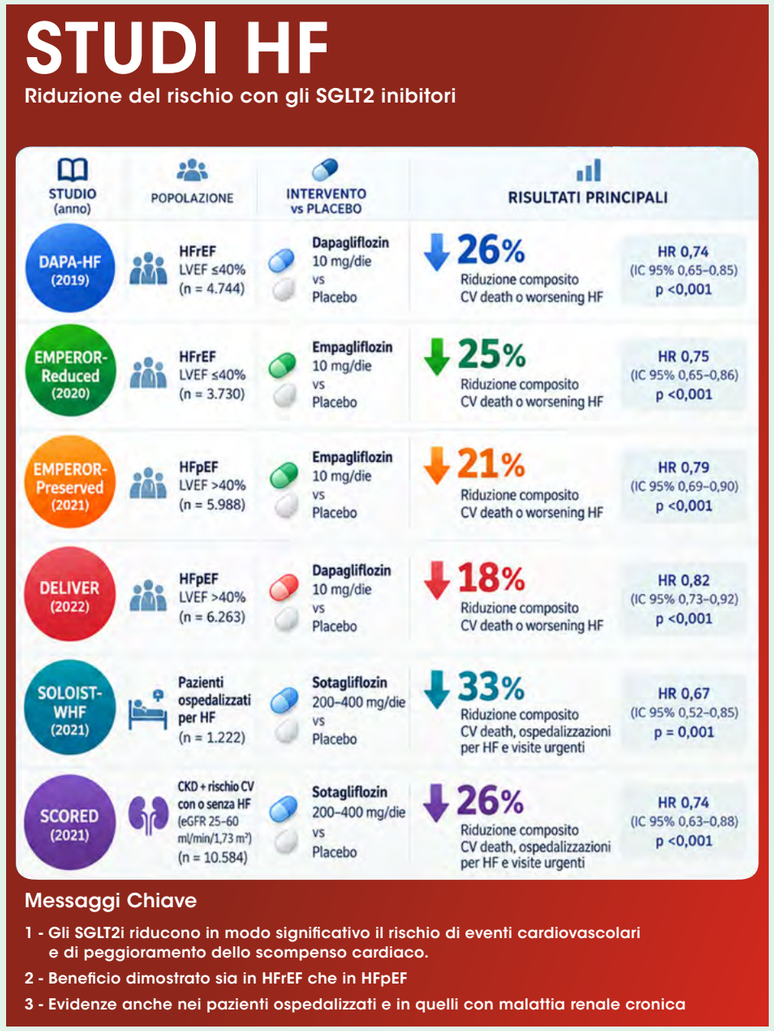
di Paolo Diego L'Angiocola*

Negli ultimi anni la ricerca ha rivoluzionato il trattamento dell'insufficienza cardiaca, introducendo farmaci più efficaci e strategie terapeutiche integrate



La definizione di **insufficienza cardiaca congestizia (HF)** può essere sintetizzata come una "sindrome clinica causata da anomalie cardiache strutturali e/o funzionali che provocano sintomi e/o segni, confermati da evidenza di congestione polmonare o sistemica e/o livelli elevati di peptide natriuretico".

Il cuore, semplificando, è "la pompa idraulica" che distribuisce il sangue a tutto il nostro organismo permettendo ad ogni cellula di ottenere il nutrimento necessario per il suo corretto funzionamento, ovvero "metabolismo". In termini semplici, dunque, potremmo spiegare il quadro clinico dell'insufficienza cardiaca congestizia (denominata anche *"scompenso cardiaco congestizio"*) come una condizione patologica in cui il cuore, a causa di anomalie del suo funzionamento di vario tipo, non riesce a garantire all'organismo, ai suoi organi ed ai tessuti periferici un adeguato apporto di sangue, quindi di ossigeno, e componenti nutritive di cui le cellule hanno bisogno per funzionare, affinché ne sia garantito l'adeguato fabbisogno metabolico. Il quadro clinico relativo all'insufficienza cardiaca congestizia è estremamente complesso ed implica la conoscenza di molti elementi fisiopatologici: possiamo distinguere una condizione di insufficienza cardiaca con funzione sistolica ridotta, ovvero condizioni in cui "la funzione di pompa cardiaca è fiacca/stanca" (HFrEF), oppure con funzione sistolica preservata in cui "la funzione di pompa cardiaca risulta conservata" ma incidono sulla sua efficienza altre condizioni patologiche concomitanti che possono condurre ad un quadro clinico parimenti disfunzionale (HFpEF). Negli anni sono stati compiuti "passi da gigante" in ambito di ricerca e sono stati realizzati numerosi studi che hanno permesso di conoscere meglio questa condizione ma, soprattutto, di come poterla trattare al meglio con farmaci e strategie terapeutiche sempre più mirate ed efficaci. Grazie all'impegno dei ricercatori sono state realizzate molecole che, prescritte e somministrate in combinazione, possono favorire non solo una stabilità del quadro clinico di insufficienza cardiaca congestizia ma anche in alcuni casi un miglioramento della performance cardiaca e della prognosi del paziente affetto da tale condizione.



I QUATTRO PILASTRI

Oggi disponiamo dei cosiddetti "quattro pilastri" della terapia farmacologica per il trattamento dell'insufficienza cardiaca congestizia: **ARNI** (Angiotensin Receptor-Neprilysin Inhibitors), ovvero sacubitril/valsartan; **SGLT2i** (Sodium-glucose Cotransporter-2 inhibitors), ovvero empagliflozin e dapagliflozin, **MRA** (Mineralocorticoid Receptor Antagonist), ovvero spironolattone, canrenone, eplerenone, finerenone; **BB** (Beta-bloccanti), ovvero farmaci che inibiscono selettivamente i recettori Beta cellulari come bisoprololo, atenololo, metoprololo, carvedilolo, nebivololo, nadololo. **Questi farmaci**, associati ad altri farmaci, come ad esempio i diuretici dell'ansa o tiazidici, i farmaci antipertensivi, i farmaci ipoglicemizzanti orali, i farmaci ipolipemizzanti orali ed altri ancora per il trattamento delle eventuali comorbidità e dei fattori di rischio cardiovascolare del paziente, **possono modificare la prognosi del soggetto affetto da insufficienza cardiaca** in termini non solo di qualità della vita ma anche di incremento della vita media, se correttamente prescritti dal medico ed appropriatamente assunti dal paziente. Evidentemente esistono casi di maggiore o minore gravità clinica e più o meno complessi, e a ogni paziente va dedicato un trattamento "ad hoc" il più adatto e personalizzato possibile, considerando eventuali intolleranze, effetti collaterali, allergie e condizioni cliniche concomitanti che possano rendere la terapia modulabile in base alla condizione specifica del paziente.

LE STRATEGIE TERAPEUTICHE COMPLEMENTARI

Non dimentichiamo, infine, le strategie terapeutiche complementari, aggiuntive: il counseling cardiovascolare, la terapia di supporto psicologico, la fisioterapia riabilitativa, la fitoterapia che possono "on top of therapy", sostenere, aiutare, implementare la funzione cardiaca coadiuvando sinergicamente l'efficacia farmacologica dei quattro pilastri. Molto è stato già fatto. Molte sfide sono ancora da affrontare per il bene ed il benessere dei pazienti: studi sono in corso ed ulteriori sotto-studi contribuiranno nei prossimi anni a un ulteriore affinamento delle strategie terapeutiche di questa condizione diffusa nella popolazione dei cardiopatici.

* Paolo Diego L'Angiocola è cardiologo e specialista in Medicina Interna. Riceve in Casa di Cura Rizzola

UNA PATOLOGIA FREQUENTE E SPESSO SILENZIOSA

Calcoli alla colecisti: quando intervenire?

di Carlo Di Marco*

Una patologia che interessa il 10-15% della popolazione adulta e che spesso non presenta sintomi. Il dottor Carlo Di Marco, chirurgo generale della Casa di Cura Rizzola, spiega come riconoscerla, quali complicanze può provocare e quando ricorrere alla chirurgia



INQUADRA IL QR CODE PER VEDERE
L'INTERVISTA DEL DOTTOR CARLO DI MARCO

La calcolosi della colecisti, comunemente conosciuta come calcoli alla cistifellea, è una patologia molto frequente, che interessa circa il 10-15% della popolazione adulta. Consiste nella formazione di depositi solidi, costituiti prevalentemente da colesterolo o pigmenti biliari, all'interno della colecisti, un piccolo organo situato sotto il fegato che ha la funzione di raccogliere e concentrare la bile. La bile è una sostanza prodotta dal fegato, fondamentale per la digestione dei grassi. Quando si verifica uno squilibrio tra le sostanze che la compongono, per esempio un eccesso di colesterolo, possono formarsi dei cristalli che, aggregandosi progressivamente, danno origine ai calcoli.

COME RICONOSCERE I SINTOMI

Un primo aspetto da chiarire è che la presenza di calcoli non determina necessariamente dei disturbi. In molti casi la calcolosi della colecisti è asintomatica e viene scoperta casualmente durante un'ecografia dell'addome eseguita per altri motivi. Quando invece si manifesta, il sintomo più caratteristico è la colica biliare: un dolore improvviso e intenso nella parte superiore destra dell'addome, sotto l'arcata costale, che può irradiarsi posteriormente fino alla schiena o alla spalla destra. Il dolore compare spesso dopo i pasti, soprattutto quando sono ricchi di grassi. Durante la digestione, infatti, la colecisti si contrae per rilasciare la bile nell'intestino. Se un calcolo ostacola temporaneamente il deflusso della bile, la contrazione può provocare la tipica colica.

LE POSSIBILI COMPLICANZE

Il problema della calcolosi non è rappresentato soltanto dagli episodi dolorosi. In alcune circostanze, soprattutto quando i calcoli sono di piccole dimensioni, questi possono migrare dalla colecisti verso le vie biliari principali, provocando complicanze anche importanti. Se un calcolo ostruisce il dotto biliare principale, può determinare un accumulo di bilirubina nel sangue e la comparsa di ittero, riconoscibile dalla colorazione giallastra della pelle e degli occhi. Una complicanza particolarmente rilevante è la pancreatite acuta biliare, che può verificarsi quando il calcolo interferisce anche con il deflusso delle secrezioni pancreatiche. Si tratta di una condizione che richiede una valutazione medica tempestiva e, nei casi più gravi, un trattamento ospedaliero urgente. Per questo motivo è importante non sottovalutare episodi ricorrenti di dolore addominale, soprattutto quando accompagnati da febbre, vomito persistente o ittero.

PREVENZIONE E FATTORI DI RISCHIO

La formazione dei calcoli dipende da diversi fattori, tra cui la predisposizione familiare, il sesso femminile, le gravidanze e l'utilizzo di terapie estroprogestiniche. Esistono tuttavia comportamenti che possono contribuire a ridurre il rischio. In particolare, è consigliabile seguire un'alimentazione equilibrata, limitando l'eccesso di grassi e privilegiando alimenti ricchi di fibre. La prevenzione può quindi avere un ruolo importante, pur non essendo sempre sufficiente a evitare la formazione dei calcoli.

COME SI SVOLGE L'INTERVENTO CHIRURGICO

Quando la calcolosi è sintomatica e vi è indicazione chirurgica, il trattamento consiste nella colecistectomia, cioè nell'asportazione completa della colecisti. A differenza di quanto avviene per alcuni calcoli renali, infatti, non si interviene generalmente sul singolo calcolo, ma sull'organo che li contiene e nel quale possono continuare a formarsi. Oggi l'intervento viene eseguito prevalentemente con tecnica mininvasiva laparoscopica. Attraverso piccole incisioni addominali vengono introdotti una telecamera e gli strumenti chirurgici necessari a identificare e isolare le strutture anatomiche, prestando particolare attenzione alle vie biliari e ai vasi sanguigni. Una volta individuate e messe in sicurezza le strutture interessate, si procede all'asportazione della colecisti. La laparoscopia consente generalmente un recupero più rapido rispetto alla chirurgia tradizionale, con incisioni più piccole e una minore invasività. La scelta della tecnica dipende comunque dalle condizioni cliniche del paziente e dalle caratteristiche del singolo caso. È importante ricordare che si può vivere normalmente senza colecisti: dopo l'intervento, la bile continua a essere prodotta dal fegato e raggiunge direttamente l'intestino. Non tutti i calcoli richiedono quindi un intervento, ma una valutazione specialistica permette di distinguere le forme asintomatiche da quelle che necessitano di trattamento, prevenendo, quando possibile, le complicanze della malattia.

LE VISITE ALLA CASA DI CURA RIZZOLA

Martedì e giovedì dalle 8.30 alle 10.00 (con SSN)

Lunedì, mercoledì e venerdì pomeriggio
(in regime di libera professione)

* Carlo Di Marco è chirurgo generale presso la Casa di Cura Rizzola. Si occupa di chirurgia programmata e d'urgenza, con particolare attenzione alle tecniche mininvasive laparoscopiche. Le sue principali aree di competenza comprendono la chirurgia del colon e della colecisti, il trattamento delle ernie della parete addominale, delle vene varicose degli arti inferiori e la chirurgia ambulatoriale.

IL NUOVO DIRETTORE SANITARIO

Benvenuto al dottor Lorenzo Bulegato

Il medico, alla guida della Direzione sanitaria della Rizzola dal 16 novembre 2026, racconta il senso e la visione di questa nuova esperienza professionale. Gli obiettivi: valorizzare le competenze, la sicurezza dei pazienti, il miglioramento continuo dell'assistenza.



IL PROFILO DEL NUOVO DIRETTORE SANITARIO

Lorenzo Bulegato, nato a Treviso nel 1974, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Padova e si è specializzato in Igiene e Medicina Preventiva. Ha maturato una solida esperienza manageriale, prima come medico di Direzione Medica e successivamente come Direttore del Presidio Ospedaliero di Portogruaro (VE), oltre che alla guida del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS 4 Veneto Orientale e dell'ULSS 7 Pedemontana. Ha conseguito un Master universitario di II livello in Medicina del Lavoro presso l'Università di Pavia, ha frequentato un corso universitario di perfezionamento in Direzione Gestionale a Siena e ha completato la formazione manageriale per la Direzione sanitaria presso la Scuola di Sanità Pubblica della Regione Veneto, a Montecchio Precalcino.

Dottor Bulegato, dal 16 novembre 2026 sarà il nuovo Direttore sanitario della Casa di Cura Rizzola. Che significato ha per lei questa nuova tappa professionale?
Credo che ogni nuova tappa professionale non rappresenti mai un punto di arrivo, ma piuttosto un nuovo punto di partenza, che porta con sé il valore delle esperienze umane e professionali maturate nel tempo. Sono particolarmente entusiasta di intraprendere questo nuovo percorso in una realtà di eccellenza come la Casa di Cura Rizzola, nella quale potrò mettere a disposizione le competenze acquisite nel corso della mia carriera. Affronto questa nuova responsabilità con motivazione e consapevolezza, forte di un bagaglio di esperienze che considero solido e che rappresenta una base importante per contribuire alla crescita e allo sviluppo della struttura.

Rapporto tra salute e ambiente, prevenzione dei rischi ambientali, sorveglianza delle malattie infettive alle vaccinazioni. Perché questo suo bagaglio trasversale è prezioso per chi dirige una struttura sanitaria?
Ogni esperienza professionale porta con sé un patrimonio di conoscenze e competenze che, nel tempo, si arricchisce e si integra con quello maturato in altri ambiti. Il mio percorso è iniziato nell'ambito della Direzione Medica, è proseguito con l'incarico di Direttore Medico di Presidio Ospedaliero e successivamente si è sviluppato nel Dipartimento di Prevenzione, dove ho ricoperto il duplice ruolo di Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e di Direttore del Dipartimento stesso. Queste esperienze mi hanno permesso di confrontarmi con tematiche molto diverse e di collaborare con professionisti dalle competenze e dai ruoli più eterogenei. Ho maturato così la convinzione che una buona attività di direzione sanitaria richieda innanzitutto una visione ampia e trasversale dei problemi, capace di integrare prospettive e competenze differenti. Ma c'è un aspetto che considero altrettanto fondamentale: riconoscere il valore delle persone, valorizzare le professionalità e saper costruire un autentico lavoro di squadra. La qualità dell'assistenza, infatti, nasce anche dalla capacità di far dialogare competenze diverse verso obiettivi condivisi.

Se dovesse indicare due competenze tecniche e due qualità personali a cui non rinuncerebbe mai nel suo lavoro, quali sceglierebbe e perché?
La ringrazio per questa domanda. Vorrei partire dalle qualità personali, perché ritengo che siano il fondamento stesso di un ruolo di direzione.

Come ho già sottolineato, non è possibile guidare efficacemente un'organizzazione sanitaria senza saper **riconoscere il valore della persona, del professionista e del contributo che ciascuno può offrire al gruppo.** Credo molto nell'**ascolto empatico e nella capacità di esercitare il proprio ruolo con equità e autorevolezza, senza mai perdere di vista il rispetto delle persone e delle loro professionalità.**

Un Direttore sanitario è, prima di tutto, una figura di riferimento e di guida, chiamata a creare le condizioni affinché ciascuno possa esprimere al meglio le proprie competenze.

Sul piano tecnico, individuerei nella **governance del rischio clinico e nella gestione della sicurezza due competenze imprescindibili per chi opera alla guida sanitaria di una struttura di cura.**

Sono ambiti strategici per promuovere il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, rendere sempre più sicuri i percorsi diagnostico-terapeutici e ridurre il rischio di eventi avversi. L'obiettivo deve essere quello di coniugare competenza organizzativa, attenzione alla sicurezza e centralità del paziente, affinché la qualità delle cure sia sempre il risultato di un impegno condiviso.

GRAZIE, DOTTORESSA CALGARO

La Casa di Cura Rizzola esprime profonda gratitudine alla dottoressa Lucia Calgaro per la dedizione, la competenza e la sensibilità con cui ha guidato la Direzione sanitaria. Il suo impegno e le sue qualità umane e professionali hanno lasciato un segno prezioso nella vita della struttura. A lei vanno la nostra più sincera riconoscenza e un sentimento di stima e affetto.

SCREENING GRATUITO

per la salute della colonna vertebrale
e delle principali articolazioni

VALUTAZIONE DIGITALE DELLA POSTURA E DEL CAMMINO

La Fondazione Rizzola Academy, in collaborazione con la Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola, promuove un programma gratuito di valutazione biomeccanica finalizzato all'individuazione precoce di eventuali alterazioni funzionali che possono influire sul benessere dell'apparato muscolo-scheletrico.
La valutazione consente di analizzare:

L'EQUILIBRIO POSTURALE / L'APPOGGIO PLANTARE / LA DINAMICA DEL PASSO

Grazie a una tecnologia avanzata e non invasiva, lo screening fornisce informazioni utili per la prevenzione e la gestione di problematiche che possono interessare:

COLONNA VERTEBRALE / ANCHE / GINOCCHIA
CAVIGLIE / ALTRE ARTICOLAZIONI

PRENOTA ORA GRATUITAMENTE LA TUA VALUTAZIONE

Telefono: 0421.338590 | Email: fisioterapia@rizzola.it

CASA DI CURA RIZZOLA

REPARTI DI DEGENZA

AREA CHIRURGICA

- CHIRURGIA GENERALE
- CHIRURGIA VERTEBRALE
- ORTOPEDIA
  - DEL GINOCCHIO
  - DEL PIEDE
  - DELL'ANCA
  - DELLA MANO
  - DELLA SPALLA
- OCULISTICA
- UROLOGIA

AREA MEDICA

- GERIATRIA
- MEDICINA

AREA RIABILITATIVA

- RIABILITAZIONE NEUROLOGICA
- RIABILITAZIONE ORTOPEDICA

AREA TERAPIA INTENSIVA

- TERAPIA INTENSIVA POSTOPERATORIA

AREA AMBULATORIALE E SERVIZI

- ALLERGOLOGIA
- CARDIOLOGIA
- CHIRURGIA GENERALE
- CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
- CHIRURGIA PLASTICA
- CHIRURGIA VASCOLARE
- CHIRURGIA VERTEBRALE
- DERMATOLOGIA
- DIABETOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO
- ECODOPPLER
- ENDOCRINOLOGIA
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- GASTROENTEROLOGIA
- GINECOLOGIA
- MEDICINA DELLO SPORT
- MEDICINA ESTETICA
- MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
- NEUROLOGIA
- NUTRIZIONE
- OCULISTICA
- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- OTORINOLARINGOIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- PROCTOLOGIA
- PSICOLOGIA
- REUMATOLOGIA
- UROLOGIA
- FISIOTERAPIA
- LABORATORIO
- RADIOLOGIA

Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola S.p.A. | Sede legale: Via Gorizia, 1 | 30027 San Donà di Piave (VE)
C.F./P.I./R.I. VE: 00188280275 | Cap. soc. € 2.715.284,00 | Direttore sanitario: Dott.ssa Lucia Calgaro f.f.



CASA DI CURA SILENO E ANNA RIZZOLA

telefono: **0421 338411**

mail: **info@rizzola.it**

indirizzo: Via Gorizia 1,
30027 San Donà di Piave (VE)

SCOPRI I NOSTRI PROFILI SOCIAL

rizzola.it

PRENOTAZIONI

WHATSAPP: 375 5479569
Per visite ed esami, inviare foto dell'impegnativa/prescrizione medica (servizio attivo dalle 9:00 alle 16:00)

+39 0421 338580

rizzola.it/prenotazioni

COME RAGGIUNGERCI

Stazione ferroviaria
S. Donà - Jesolo

Aeroporti
Marco Polo (VE)
Antonio Canova (TV)

Autostrade
A4/E70, uscita
S. Donà - Noventa

NAVETTA GRATUITA organizzata dal Servizio Prericoveri

Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola S.p.A. | Sede legale: Via Gorizia, 1 | 30027 San Donà di Piave (VE)
C.F./P.I./R.I. VE: 00188280275 | Cap. soc. € 2.715.284,00 | Direttore sanitario: Dott.ssa Lucia Calgaro f.f.