



STORINO MEDICA

comunicazione
informazione
formazione

anno XXVIII
numero 5
2017

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

Arte medica o
scienza?

Domanda antica,
problema attuale

F O C U S

RACCONTI DI MEDICINA
INTERVISTA A HENRY
MARSH E DANIELLE OFRI

ELEZIONI

Il nuovo
Consiglio Direttivo
2018-2020

La prevenzione
nell'era dei
big 'data'

Verso il
quarantennale
della 'Legge
Basaglia'
– Vaccini tra
scienza e falsi
miti

REGIME DI SALUTE: DALLA DIETA
IPPOCRATICA ALL'EPIGENETICA

LAURETANA DA SEMPRE LA MIA ACQUA DI BENESSERE



Claudio Marchisio
per Lauretana



LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

consigliata a chi si vuole bene



La scelta dell'acqua da bere ogni giorno ha un ruolo di primaria importanza per il benessere.

Le acque minerali non sono tutte uguali! Lauretana è un'acqua di qualità, completamente pura, dalla leggerezza straordinaria e dalle proprietà uniche, che depura e purifica l'organismo ogni giorno. Condividi i suoi valori di prodotto e di brand: entra nel mondo Lauretana, da sempre l'acqua scelta da Claudio Marchisio!



segui il benessere
#MarchisioPerLauretana

lauretana.com

Sommario

numero 5_2017

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia e a tutti i Consiglieri degli Ordini d'Italia.

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è possibile scrivere alla redazione all'indirizzo:
redazioneomceotorino@gmail.com

4 editoriale
Arte medica o scienza?
Una domanda antica,
un problema attuale
Mario Nejrrotti

7 tribuna
Elezioni 2018-20:
un impegno per il futuro
che parte dalle cose fatte
Mario Nejrrotti - RTM

10 focus_racconti di medicina
C'era una volta un medico...

16 Raccontare anche i
momenti difficili, intervista
a Henry Marsh
a cura di Fabio Ambrosino
(Il Pensiero Scientifico)

19 Per la cura non basta
il sapere, intervista a
Danielle Ofri
a cura di Sara Boggio

23 Social media e
comunicazione in ambito
medico-sanitario
Eugenio Santoro

25 Racconti di malattia: la
demenza senile
Giuseppe Scarso

28 Raccontare la malattia
oncologica - RTM

30 libri
Pillole. Storie di Farmaci,
Medici, Industrie
Guido Giustetto, Sara Strippoli - recensione di Mario Nejrrotti

32 Il regime di salute in
medicina. Dalla dieta
ippocratica all'epigenetica
a cura di Serena Buzzi

36 La vita oltre la vita,
Intervista a Pin Van
Lommel
a cura di Sara Boggio e Rosa Revellino

40 transatlantico
La prevenzione nell'era
dei 'big data', intervista
di Roberta Chersevani a
Ranieri Guerra

43 Tuttinrete
*Ivana Garione -
Biancamaria Biancardi
Moschella*

46 dai convegni
Il cammino verso la riforma
psichiatrica del 1978
Franco Lupano

52 Vaccini tra scienza
e falsi miti
CCM

56 pianeta solidarietà
Cinque mesi a fermata
Rebecca De Fiore

60 L'arte è per tutti.
I laboratori del
Dipartimento Educazione
della GAM

62 congressi

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Chiara RIVETTI

Consiglieri
Maria Antonella ARRAS
Domenico BERTERO
Tiziana BORSATTI
Emilio CHIODO
Riccardo FALETTI
Carlo FRANCO
Ivana GARIONE
Fernando MUIÀ
Aldo MOZZONE
Renato TURRA

Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Vincenzo Michele CRUPI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO
Vincenzo Michele CRUPI
Bartolomeo GRIFFA

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Daniela Angela DELLAPIANA
Angelica SALVADORI
Sebastiano ROSA Supplente

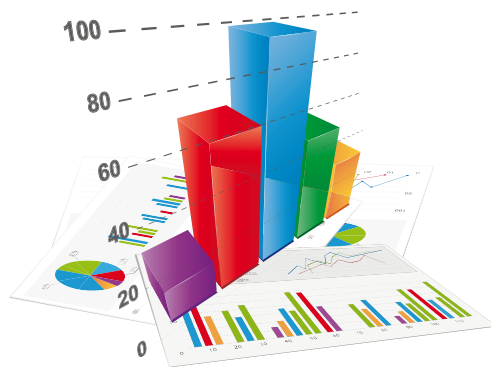
TORINO MEDICA
Direttore:
Guido Giustetto
Direttore responsabile:
Mario Nejrrotti
Coordinamento
redazionale:
Rosa Revellino
Redazione:
Sara Boggio, Luca Nejrrotti,
Laura Tonon (Pensiero
Scientifico Editore)

Aut. del Tribunale di Torino
n. 793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino
Tel. 011 359908 / 3290702 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it
Grafica e Design SGI Srl
Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 1-12-2017

SGI



Arte medica o scienza? Una domanda antica, un problema attuale

di Mario Nejrotti

GLI ALBORI DI UN CAMBIAMENTO

Voltaire diceva in un suo aforisma: "L'arte della medicina consiste nel divertire il paziente, mentre la natura cura la malattia".

Quarant'anni fa, nell'ultimo trentennio dello scorso secolo, il dibattito tra vecchia e nuova generazione di medici in Italia oscillava tra una professione intesa come arte, fondata su un metodo legato principalmente alla conoscenza ed esperienza personale di ciascun professionista; e una medicina nascente che si basava principalmente sulle evidenze, usando dati di popolazione, per aiutare il clinico a fornire al singolo paziente diagnosi e cure, prima verificate attraverso dati statistici misurabili e ripetibili.

Il progresso della medicina, che andava di pari passo con le capacità organizzative e strumentali della ricerca, non poteva giungere che a un risultato nella disputa tra "artisti" e "scienziati".

I secondi risultavano vincenti, nei confronti dei primi, che parevano destinati ad una retroguardia culturale, da romanzi di Cronin.

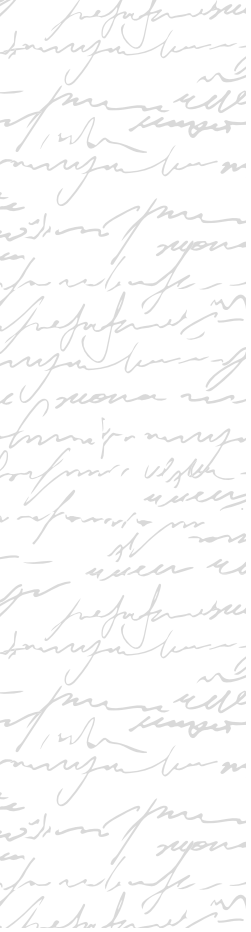
La realtà, però, non ha mai rispecchiato un andamento evolutivo così lineare.

Nel firmamento della medicina per i suoi ruoli principali, diagnostico e terapeutico, sono rimasti operanti insieme molti professionisti 'artisti convinti' e molti 'scienziati puri'.

TRA PROGRESSO PROFESSIONALE E NORME

Altri hanno scelto, con umiltà e prudenza, una via di compromesso: hanno continuato a usare le loro capacità di medico, confrontandole, ove possibile, con i dati migliori che venivano offerti dalla letteratura internazionale, in un continuo processo di autovalutazione e di critica metodologica.

Anche la politica e la giurisprudenza, che spesso occupano spazi di debolezza dell'auto-governo dei medici e delle loro regole deontologiche, si sono occupate della correttezza metodologica della medicina e sono giunte, buone ultime, ma con tutto il peso del loro potere, ad abbracciare acriticamente il valore di linee guida ed evidenze in medicina,



L'applicazione
nella pratica
quotidiana delle
nuove scoperte
non può fare
a meno di un
processo di
comunicazione
bidirezionale
del medico e
del paziente,
che spesso non
parlano lo stesso
linguaggio

ora minacciando sanzioni ai singoli medici che non le seguono, ora assolvendo l'errore medico, purché all'ombra delle loro indicazioni.

Questo arroccarsi da parte del potere politico e giuridico sul valore delle linee guida e dell'EBM (Evidence-Based Medicine), avviene proprio quando, negli ultimi anni, nell'ambito della ricerca, della letteratura scientifica, ma già, sempre più spesso, nella pratica clinica, si è affacciato un nuovo metodo di "prendersi cura del paziente": la medicina di precisione (MP), come ampiamente spiegato in un supplemento di *Recenti Progressi in Medicina*, Volume 107, numero 01, del gennaio 2016.

MP: MEDICINA DI PRECISIONE

Il concetto di MP non è nuovo, se si pensa che già sir William Osler, medico canadese, tra la fine dell'Ottocento e gli inizi del Novecento, giustificava le difficoltà di successo della medicina con la grande variabilità degli individui.

Il primo articolo scientifico, presente nella banca dati del National Center for Biotechnology Information (NCBI), che cita la medicina di precisione, risale al 1952. L'interesse intorno a questo tema, però, è esploso negli anni 2000 e, in particolare dal 2014, quando si è registrato un aumento delle pubblicazioni inerenti all'argomento addirittura del 66% rispetto all'anno precedente.

La necessità di questa "nuova" medicina nasce dalla difficoltà di comprendere a pieno la complessità dell'individuo attraverso parametri di valore generale, pure validati dai risultati della migliore ricerca. L'argomento è discusso nel Focus di questo numero e in alcuni articoli delle Rubriche, dedicati alle problematiche della medicina di precisione e all'importanza delle storie dei pazienti.

Per dirla con **Paul Kalanithi**, neurochirurgo e autore del libro *Quando il respiro si fa aria*, scritto prima di morire a causa di un cancro ai polmoni (di cui si parla nell'articolo *C'era una volta un Medico...*): "La scienza fornirà anche i metodi più funzionali per organizzare i dati empirici, ma il suo potere in questo è pari alla sua inabilità nel cogliere gli aspetti centrali della vita umana: la speranza, la paura, l'amore, l'odio, la bellezza...".

Per questo limite intrinseco dell'EBM, si diffonde sempre di più la MP che tende a considerare le caratteristiche cellulari di ciascun individuo: dal suo genoma specifico, a quello della sua popolazione di simbionti batterici, il microbioma, per giungere all'analisi degli stili di vita di ciascuno e delle loro influenze sullo stato di salute, sulle capacità immunitarie, in un continuo scambio con l'ambiente, per impostare una prevenzione di precisione, come sostiene, nell'intervista a lui dedicata, Ranieri Guerra, Vicedirettore dell'OMS.

SCOPERTE E NUOVI ORIZZONTI DI CURA

L'epigenetica ha fornito un'enorme massa di dati attraverso le scienze omiche, trascrittomica, proteomica e metabolomica, che, dimostrando la grande varietà tra individui della stessa specie, consentono una maggiore, e in prospettiva precisa, definizione del singolo individuo. L'applicazione di questi dati e la produzione di test a livello cellulare stanno aprendo la strada a nuovi e sempre più potenti strumenti terapeutici.

Ma tradurre le scoperte dalla ricerca nella pratica clinica per usare, ad esempio, i farmaci giusti, al momento giusto, per il paziente giusto, è un lavoro lungo e complesso.

L'applicazione nella pratica quotidiana delle nuove scoperte non può fare a meno di un processo di comunicazione bidirezionale del medico e del paziente, che spesso non parlano lo stesso linguaggio, divisi da un confine tecnologico che può divenire insormontabile.

"Si pensa che la medicina sia un campo ordinato di conoscenze e procedure. Ma non lo è", scrive **Atul Gawande**, chirurgo del Brigham and Women's Hospital di Boston, oltre che giornalista del *New Yorker* "Si tratta di una scienza imperfetta, di un'impresa caratterizzata da conoscenze in continuo cambiamento, informazioni incerte, individui che commettono errori e, contemporaneamente, di pazienti a rischio".



**"L'arte della
medicina consiste
nel divertire il
paziente, mentre
la natura cura la
malattia"**

**Si è compreso
che la statistica
non comunica
verità assolute e
non può essere
vista con gli stessi
occhi dal medico
e dal paziente**

**Le possibilità
di combattere
la malattia non
sono solo nelle
indispensabili
nozioni dell'EBM,
ma anche
nella forza e
nell'irripetibilità
dell'individuo**

Non è quindi il momento di un nuovo scontro tra EBM e Medicina di Precisione e nemmeno di un recupero acritico della medicina come arte. Potrebbe sembrare, invece, un momento storico molto ricco di opportunità per la medicina.

Relegata in un canto l'inutile e dannosa medicina trionfante del secolo scorso, che tutto poteva per un paziente in attesa del miracolo, si sono costruiti gli schemi della medicina delle evidenze, per rendersi conto che, non sempre e non per tutti, le soluzioni offerte potevano portare al livello di salute sperato.

Si è compreso che la statistica non comunica verità assolute e non può essere vista con gli stessi occhi dal medico e dal paziente, come tragicamente compreso dal già citato neurochirurgo Dottor Kalanithi: "La mia relazione con la statistica è cambiata nel momento in cui sono diventato un paziente".

La ricerca incentrata sul concetto di medicina di precisione dovrà fare i conti con il "sentito del paziente".

Dovrà imparare ad ascoltare sintomi sconosciuti e segni misteriosi, perché riferiti e prodotti da un organismo complesso e "unico" nelle sue relazioni con i propri sistemi cellulari e con l'ambiente esterno. Dovrà incamminarsi per terreni oscuri, dove la luce delle evidenze potrà essere più o meno forte.

Solo una grande disponibilità e duttilità da parte di ricercatori e clinici permetterà alla medicina di precisione di evolversi dal terreno affascinante, ma ancora angusto, dei nuovi farmaci per gruppi più o meno grandi di individui, determinati meglio geneticamente o per patologie che esprimono una gamma di mutazioni aggredibili, ma con manifestazioni differenti nei singoli pazienti.

Anche l'organizzazione della medicina si dovrà profondamente rifondare, per imboccare una strada di trasformazione. Infatti tutti gli assunti della MP si traducono nella necessità di un'accresciuta disponibilità di "tempo": il tempo da dedicare ai pazienti nelle sperimentazioni e negli ambulatori. Per questo occorre stringere un'alleanza con il potere politico che finalmente assicuri normative e finanziamenti adeguati alla ricerca e alla pratica clinica. Come dice anche Antonio Addis del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio, lo sviluppo della MP potrebbe configurare un'ottima occasione per ripensare a come coinvolgere direttamente il paziente nello sviluppo delle tecnologie, e come comunicare la complessità delle cure al singolo. Occorrerà valutare se saranno addirittura necessari nuovi metodi di studio, che rispondano al bisogno di rendere la cura "personale".

DA DOVE COMINCIARE?

Come spesso nei movimenti culturali le nuove idee sono in cammino; si sviluppano in luoghi diversi e con diverse finalità e dove porteranno lo possiamo solo immaginare.

Comunque tra farmaci mirati e scienze omiche, un metodo sicuramente stimolante per rendere veramente protagonista il paziente del percorso di cura è riuscire a raccogliere, comprendere e raccontare le sue storie di salute e malattia.

Cogliere nella scrittura le sue angosce e le capacità di riscossa contro la malattia, percepire le sfumature delle reazioni soggettive attraverso le immagini e le metafore raccontate dai malati.

Occorre uscire da un dualismo, in parte inevitabile: un medico che sa sempre che cosa fare e percorre una strada indiscutibile tracciata da scienza e statistica e un malato che tutto accetta, abdicando per paura al suo diritto di scegliere.

I singoli racconti sono lì per spiegare che le possibilità di combattere la malattia non sono solo nelle indispensabili nozioni dell'EBM, ma anche nella forza e nell'irripetibilità dell'individuo e la loro scrittura permette di moltiplicare all'infinito queste esperienze e di renderle disponibili e utilizzabili per tutti: cittadini e medici.

 Bibliografia

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

<http://forward.recentiproggressi.it/#>

<http://forward.recentiproggressi.it/medicina-di-precisione/forward-1indice/>

Un impegno per il futuro che parte dalle cose fatte

A cura di Mario Nejrotti
e della Redazione di Torino Medica



Per la prima volta dopo numerose tornate elettorali, la tendenza caratterizzata dal crescente disinteresse per l'attività dell'OMCeO si è invertita.

Si sono infatti recati alle urne oltre 2.100 medici e odontoiatri.

La tornata precedente i votanti erano stati poco più di 1.550, quorum necessario per la validità delle elezioni. Una nota interessante è stata la partecipazione di molti giovani medici, altra novità rispetto al passato.

Il capolista sfidante ha ottenuto 269 voti contro gli oltre 1.600 del presidente uscente **Guido Giustetto**, che è riuscito a portare in Consiglio tutti i suoi candidati con un divario molto piccolo di preferenze tra il presidente uscente, con 1.613 voti, e Domenico Bertero, con 1.412 voti, che indica l'apprezzamento dei votanti per il lavoro di squadra, compiuto nel triennio di amministrazione appena trascorso.

Anche i componenti della CAO (Commissione Albo

Odontoiatri) hanno avuto un riconoscimento molto apprezzabile ed è stata eletta tutta la squadra dei candidati che si sono presentati con il Presidente uscente, **Gianluigi D'Agostino**, riconfermato nel ruolo con 402 voti. Eletta anche tutta la componente dei Revisori dei Conti. Evidentemente gli elettori hanno premiato il lavoro del Consiglio uscente di questi ultimi tre anni che, coerente con il programma elettorale del 2015, è stato caratterizzato da una presenza costante sul territorio provinciale e regionale dedicato interamente alle problematiche locali della professione medica e odontoiatrica e alla salvaguardia della salute dei cittadini, diventando sovente punto di riferimento per tematiche di respiro nazionale.

Questo è lo scenario della tre giorni di votazione ordinarie che quest'anno hanno registrato un'affluenza forte anche della componente più giovane. Una vittoria importante quindi che attesta da una parte un recupero della fiducia nell'istituzione dall'altra un nuovo interesse da parte dei giovani medici. Proprio su di loro il Presidente Giustetto investirà molto nei prossimi tre anni: in cantiere anche un percorso di formazione per insegnare strategie e metodi della politica sanitaria e delle gestioni ordinarie. Una sorta di alta scuola di formazione per avvicinare, con competenza, i medici del futuro ai ruoli istituzionali e alla gestione della deontologia, per calarla sempre di più nella quotidianità professionale.

Ma molti altri sono i punti del programma tra cui ricordiamo, per esempio, l'impegno nella lotta alle pseudoscienze e alle false credenze, tema su cui l'Ordine si è già speso molto negli anni passati. Altro punto fondamentale l'intenzione di osservare più da vicino – con programmi concreti di intervento – la distribuzione delle reti ospedaliere e le sue logiche. Un impegno particolare sarà dedicato alla promozione dello sviluppo delle cure primarie sul territorio con forme di aggregazione di medici di famiglia, pediatri, specialisti, infermieri, amministrativi e servizi. Altro tema fondamentale la sicurezza: dei professionisti e della qualità della relazione di cura. Un'attenzione particolare, quindi, alle condizioni

di lavoro dei medici, sia in termini di garanzie professionali, sia di tutela fisica e psicologica.

Un nuovo Consiglio che continuerà a lavorare sulle solide basi già impostate, per consegnare ai medici del futuro una Professione sempre più attenta ai diritti, all'equità e alla deontologia.

Tutti punti di programma condivisi anche da Gianluigi D'Agostino.

Una sinergia di intenti storica per l'OMCeO della provincia di Torino, che si rafforza dopo queste elezioni per fare dell'Istituzione un polo di riferimento sempre più concreto per la Professione medica e odontoiatrica.

Durante la prima riunione del nuovo Consiglio, svoltasi il 4 Dicembre 2017, è stato eletto dai neo-Consiglieri l'Esecutivo dell'OMCeO per il triennio 2018- 2020.

- Guido Giustetto
- Rosella Zerbi

*Presidente
Segretaria*

- Guido Regis
- Chiara Rivetti

*Vicepresidente
Tesoriere*

- Gianluigi D'Agostino *Presidente della Commissione Albo Odontoiatri*

Sono stati individuati nel Consiglio direttivo come *componenti Odontoiatri*:
- Gianluigi D'Agostino, Patrizia Biancucci, Vincenzo Michele Crupi

- Riccardo Falcetta *Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti*

PROGRAMMA DEL TRIENNIO 2018-2020

- Continuare a tutelare in tutte le sedi istituzionali la specificità dell'atto medico anche rispetto alle sempre maggiori interferenze delle altre professioni sanitarie
 - Evitare che gli aspetti economici e burocratici prevalgano e riducano la qualità delle cure e gli obblighi deontologici
 - Garantire il libero esercizio della professione medica ed odontoiatrica, impedendo che scelte organizzative ed economicistiche compromettano la relazione medico paziente ed incrementino il rischio clinico
 - Vigilare sulla sicurezza dei luoghi di lavoro, sia dal punto di vista strutturale sia organizzativo, per garantire la sicurezza delle cure
 - Elaborare con la Regione e con le strutture sanitarie pubbliche e private iniziative e protocolli condivisi per contrastare ogni tipo di discriminazione
 - Istituire un osservatorio sulla violenza contro gli operatori della sanità, uno sportello mobbing ed uno sportello donna ove sia possibile segnalare gli episodi di discriminazione
 - Affiancare le Colleghe ed i Colleghi più giovani, aiutandoli e supportandoli concretamente nel loro processo di formazione, nell'ingresso nel mondo del lavoro e difendendoli contro ogni forma di subalternità, precarietà e sfruttamento
 - Agevolare a tutti gli Iscritti l'accesso al full text delle migliori risorse bibliografiche per l'aggiornamento professionale
 - Potenziare l'attività formativa ECM
-



RISULTANO ELETTI:

**PER IL CONSIGLIO DIRETTIVO PER L'ALBO
MEDICI CHIRURGHI**

Guido GIUSTETTO	n. 1.613
Maria Antonella ARRAS	n. 1.467
Domenico BERTERO	n. 1.412
Tiziana BORSATTI	n. 1.476
Emilio CHIODO	n. 1.460
Riccardo FALETTI	n. 1.472
Carlo FRANCO	n. 1.430
Ivana GARIONE	n. 1.460
Aldo MOZZONE	n. 1.475
Fernando MUIÀ	n. 1.419
Guido REGIS	n. 1.438
Chiara RIVETTI	n. 1.465
Renato TURRA	n. 1.444
Roberto VENESIA	n. 1.446
Rosella ZERBI	n. 1.468

**PER LA COMMISSIONE DEGLI ISCRITTI ALL'ALBO
ODONTOIATRI**

Gianluigi D'AGOSTINO	n. 402
Patrizia BIANCUCCI	n. 380
Claudio BRUCCO	n. 326
Vincenzo Michele CRUPI	n. 368
Bartolomeo GRIFFA	n. 332

PER IL COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Riccardo FALCETTA - Componente effettivo	n. 1.828
Daniela Angela DELLAPIANA - Componente effettivo	n. 1.864
Angelica SALVADORI - Componente effettivo	n. 1.815
Sebastiano ROSA - Componente supplente	n. 1.790



C'era una volta un medico...

A cura di Fabio Ambrosino
Il Pensiero Scientifico Editore



“La scienza fornirà anche i metodi più funzionali per organizzare i dati empirici, ma il suo potere in questo è pari alla sua inabilità nel cogliere gli aspetti centrali della vita umana: la speranza, la paura, l'amore, l'odio, la bellezza...” Secondo **Paul Kalanithi**, neurochirurgo e autore del libro *Quando il respiro si fa aria*, scritto prima di morire a causa di un cancro ai polmoni, ciò che invece permette di evidenziare queste sfumature dell'esistenza è il racconto. Da quello della vita del paziente, fondamentale per individuare le sue priorità e contestualizzare le manifestazioni fisiologiche della malattia, a quello della professione medica, non privo di coinvolgimenti emotivi e, anche per questo, sempre più spesso descritta in libri, articoli, blog o sui social network. Da **Siddhartha Mukherjee**, oncologo e vincitore nel 2011 del Premio Pulitzer per la saggistica, a **Kevin Pho**, chirurgo e blogger di fama mondiale, sono moltissimi i clinici che hanno intrapreso una seconda attività nell'ambito della scrittura e della comunicazione. Un percorso che in molti casi parte dalla volontà di descrivere i dubbi e le incertezze che si nascondono dietro la professione medica, col fine di incontrare i pazienti sul piano delle emozioni, oltre che del linguaggio, e dare vita a una pratica clinica più umana ed empatica.

LA PRATICA CLINICA COME NARRAZIONE

Da sempre, tuttavia, il racconto è parte integrante della medicina. È molto difficile curare una patologia che non si è in grado di descrivere o di cui non si conosce la storia evolutiva. Scrive il giornalista Andrew Salomon, autore di un articolo sul tema pubblicato dal *The Guardian*¹: “Il linguaggio è fondamentale per tracciare il corso di una malattia, anche quando radiografie, risonanze magnetiche o altre immagini possono rappresentarne lo stato attuale. Una figura non vale sempre mille parole, spesso sono le parole a definire il problema”.

Accade tuttavia che medici e pazienti parlino, metaforicamente e non, lingue differenti. Un problema rilevante, questo, in quanto la qualità dell’interazione tra le due figure costituisce un elemento centrale del processo di cura e contribuisce a determinare, almeno in parte, l’esito degli interventi proposti. Diverse evidenze mostrano ad esempio come una scarsa fluenza linguistica possa condizionare negativamente gli outcome clinici ed esporre i pazienti a un maggiore rischio di abusi^{2,3}. Inoltre, il linguaggio della medicina si fa progressivamente più complesso e settoriale, accessibile a gruppi di specialisti sempre più circoscritti. “I miracolosi avanzamenti compiuti dalla medicina negli ultimi cinquant’anni ci hanno introdotto a mondi di cui prima non avremmo potuto immaginare l’esistenza, a nuovi dilemmi, problemi, complicazioni; – scrive **David Hellerstein**, psichiatra e autore di diversi libri divulgativi – il dottore, che vive in questi mondi, ha l’opportunità di fare rapporto dalla frontiera, di annunciare ciò che arriverà nelle nostre vite”⁴. La narrazione, il cui valore aggiunto sta nel prendere in considerazione anche gli aspetti biografici e affettivi della vita umana, permette di trattare questi argomenti con un approccio più completo e coerente. Essa rappresenta una risposta al noto aforisma del medico canadese Sir William Osler (1849-1919) per cui “è più importante sapere che tipo di persona ha una malattia, piuttosto che sapere che tipo di malattia ha una persona”.

Ma non si tratta solo di questo. La necessità di considerare l’esistenza umana nella sua interezza non riguarda solo la vita di chi soffre di una qualche condizione patologica, ma anche i clinici stessi: nella relazione tra medico e paziente il bisogno di sentirsi ascoltati è bidirezionale. Secondo Tom Janisse, editor-in-chief del *The Permanente Journal*, e Betty Lin, responsabile del servizio di Physician Satisfaction and Wellness del Women’s Health Liaison, i medici scrivono “per imparare dalle proprie esperienze e per esprimere il significato della propria vita lavorativa. Pur ricordando le storie che capita loro di vivere, spesso per poterle capire pienamente devono scriverle su un foglio, dar loro un posto nel mondo”⁵. La scrittura ha quindi per i medici un effetto terapeutico, in quanto strumento utile a comprendere se stessi e i conflitti psicologici che caratterizzano la pratica clinica. Ciò è particolarmente rilevante, sostengono Janisse e Lin, sia per l’elevato rischio di andare incontro a episodi di burnout nel corso della propria carriera⁶ sia perché il benessere psicofisico dei medici si associa ad outcome di salute migliori per i pazienti⁷.

UNA NUOVA GENERAZIONE DI MEDICI SCRITTORI

Molti dei più grandi medici della storia sono stati anche scrittori. Sin dai tempi di Ippocrate e Galeno la necessità di lasciare una traccia del proprio operato, o delle proprie scoperte, ha sempre ricoperto un ruolo centrale nella pratica clinica. “La conoscenza medica è particolarmente cumulativa, – scrive Salomon – una caratteristica che si fonda sull’utilizzo della parola. La grandezza di questi clinici non sta solo nei loro discernimenti, ma anche nell’aver deciso di registrarli”. Nel corso del XX secolo sono poi arrivati i vari **Sherwin Nuland**, **Lewis Thomas**, **Oliver Sacks**: medici che hanno dedicato una parte considerevole della loro vita professionale a scrivere delle storie incontrate nell’attività clinica. Ora, una nuova generazione di medici sta dando ulteriore slancio a questo particolare genere letterario, contribuendo alla pubblicazione di saggi e romanzi diventati in alcuni casi dei bestseller.

Uno di questi è sicuramente *L’imperatore del male*, *Una biografia del cancro* di Siddhartha Mukherjee, libro che nel 2011 è valso al medico e giornalista indiano il Premio Pulitzer per la saggistica, oltre che l’inserimento nella lista del *New York Times* dei dieci migliori libri

“Il linguaggio è fondamentale per tracciare il corso di una malattia, anche quando radiografie, risonanze magnetiche o altre immagini possono rappresentarne lo stato attuale. Una figura non vale sempre mille parole, spesso sono le parole a definire il problema”

dell'anno. In questo appassionante racconto biografico, in cui il cancro viene descritto come un personaggio dotato di vita propria, Mukherjee narra le vicende di una moltitudine di pazienti e ricercatori e, attraverso le loro storie, descrive il modo in cui questa classe di patologie sia in grado di impossessarsi dell'esistenza umana nella sua totalità. “La capacità di recupero, l'inventiva, e la volontà di sopravvivere sono qualità riflesse, che emanano dapprima da chi lotta contro la malattia e solo dopo rispecchiate da chi la malattia la cura”, scrive il medico indiano. Dal suo punto di vista la storia della medicina è infatti costituita, in primo luogo, dalla storia dei pazienti che hanno combattuto e che combattono contro patologie in grado di invadere, talvolta completamente, le loro vite (oltre che i loro corpi). La scrittura diventa quindi il mezzo necessario per raccontare le loro vicende. “La medicina... comincia con la narrazione, – sostiene Mukherjee – i pazienti raccontano storie per descrivere le loro malattie; i dottori raccontano storie per comprenderle; la scienza stessa racconta delle storie per spiegarle”.

Si può scrivere, infatti, anche per indagare le storie della scienza, evidenziandone i punti di forza o di debolezza. “Si pensa che la medicina sia un campo ordinato di conoscenze e procedure. Ma non lo è”, scrive **Atul Gawande**, chirurgo del Brigham and Women's Hospital di Boston, oltre che giornalista del *The New Yorker* e autore di quattro libri sui temi della sicurezza e della riduzione degli errori in medicina. “Si tratta di una scienza imperfetta, di un'impresa caratterizzata da conoscenze in continuo cambiamento, informazioni incerte, individui che commettono errori e, contemporaneamente, di pazienti a rischio”. L'attività medico-giornalistica di Gawande sembra concentrarsi principalmente su due concetti: umiltà e umanità. Da un lato, egli si pone l'obiettivo di rendere consapevole il grande pubblico della natura fallibile della medicina, dall'altro, vuole metter in evidenza l'importanza della persona in ambito terapeutico. Poiché se anche la scienza, con la sua fede incrollabile nel metodo, commette degli errori, – e ne commette continuamente – allora anche gli aspetti più difficilmente misurabili dell'esistenza umana, come le esperienze e le emozioni, acquistano valore e centralità. “Per gli esseri umani la vita ha significato in quanto storia”, scrive Gawande nel suo ultimo libro *Essere mortali: come scegliere la propria vita ogni giorno*. “Una storia ha senso nella sua interezza, il suo valore è determinato dai momenti in cui accade realmente qualcosa. Le misurazioni minuto-per-minuto dei livelli di piacere e di dolore non colgono un punto fondamentale dell'esistenza umana: abbiamo scopi più grandi di noi stessi”.

Un aspetto di cui lo stesso Kalanithi citato in apertura ha avuto, purtroppo, esperienza sulla sua pelle. “La mia relazione con la statistica è cambiata nel momento in cui sono diventato un paziente”, scriveva il neurochirurgo statunitense, morto all'età di 37 anni per un cancro ai polmoni, lasciando una moglie e una bimba di pochi mesi. Anche dal suo punto di vista, infatti, nella pratica clinica così come nella scrittura è necessario trovare un punto di equilibrio tra l'oggettività della scienza e la soggettività che permea la vita umana, fatta di vissuti, affetti e relazioni. Nel racconto della sua storia, il Kalanithi malato di cancro ritrova i suoi studi, il suo lavoro e i suoi pazienti, ma in un'ottica che non è più quella sterile, e talvolta persino arida, del chirurgo. “Non mi comportavo come il nemico della morte, ma come il suo ambasciatore”, confessa nel suo *Quando il respiro si fa aria*. Degli errori umani, più che di quelli tecnici o scientifici, si pente anche **Henry Marsh**, neurochirurgo inglese, ormai in pensione, e autore del libro *Primo non nuocere: storie di vita, morte e neurochirurgia*. Una professione, quella sua e di Kalanithi, che costringe ogni giorno a confrontarsi con i momenti di maggiore fragilità e dolore delle vite dei pazienti, avendo allo stesso tempo il dovere di immergersi materialmente nella sostanza biologica da cui quei sentimenti provengono. “L'idea che il mio aspiratore attraversi il pensiero stesso, le emozioni e la ragione, che i ricordi, i sogni e le riflessioni siano fatti di quella strana gelatina è davvero troppo strana da comprendere. La sola cosa che vedo davanti a me è materia”, scrive Marsh all'inizio del suo libro. Ma è proprio questo distacco, forse necessario per mantenere un buon livello di efficienza professionale, che lo colpisce al termine della sua carriera: “Mi sono inaridito nel modo in cui si inaridiscono i medici, ma ora che



Il linguaggio della medicina si fa progressivamente più complesso e settoriale, accessibile a gruppi di specialisti sempre più circoscritti

mi avvicinano alle fine della mia vita professionale questo distacco comincia a dissolversi". Quelli che traspaiono da questi scritti e racconti, così come da quelli di altri illustri narratori come ad esempio **Danielle Ofri** e **Abraham Verghese**, sono medici estremamente umani, pronti a mostrarsi deboli, vulnerabili e insicuri in cambio di un maggiore coinvolgimento empatico. L'esperienza terapeutica diventa quindi, anche per merito della narrazione, un'occasione per crescere insieme ai propri pazienti, da un punto di vista sia professionale che filosofico. Per dirla con le parole di Oliver Sacks: "Nell'esaminare la malattia noi otteniamo saggezza sull'anatomia, la fisiologia, la biologia. Nell'esaminare la persona, otteniamo saggezza sulla vita".

RACCONTARE E RACCONTARSI SUI SOCIAL MEDIA

L'avvento di Internet e dei social media ha poi offerto nuove possibilità per comunicare con i pazienti, il pubblico e i colleghi. Chi ha colto al volo quest'occasione è **Kevin Pho**, medico internista statunitense e autore del seguitissimo blog *KevinMD.com*, in cui tratta tematiche relative al lavoro clinico, ma anche alle nuove tecnologie e alla presenza dei medici sul web. Anche dal suo punto di vista, gli operatori che decidono di dedicarsi alla comunicazione dovrebbero sfruttare questa opportunità per umanizzare la loro professione: "Solo un quarto del nostro tempo è speso faccia a faccia con i pazienti, – sostiene in un video pubblicato sul suo blog – anche per questo moltissimi clinici oggi giorno mostrano i sintomi del burnout. Io ho pubblicato centinaia di queste storie sul mio sito e tutti i colleghi mi hanno fatto notare quanto fosse prezioso avere a disposizione una piattaforma dove condividerle e far sapere ad altri nelle stesse condizioni che non erano da soli". Tra questi, fino al 2013 figurava anche **Bongi**, nickname di un chirurgo sudafricano il cui blog era stato definito "il migliore al mondo" (tra quelli in ambito medico) da Larry Husten⁸, giornalista medico-scientifico autore del noto sito di informazione cardiologica *Cardiobrief*. Bongi aveva ottenuto molto seguito grazie al suo stile narrativo schietto, a cavallo tra il drammatico e il comico e caratterizzato da una sincerità a volte spiazzante. Ad esempio, nel suo ultimo post pubblicato su *KevinMD.com*, risalente al 16 ottobre 2013, dopo aver raccontato di un giovane paziente deceduto a seguito in un incidente stradale, scriveva: "Non volevo più essere quello che sono. Non volevo più lottare e combattere contro l'inevitabilità della morte. Non volevo più assistere al dileguarsi delle promesse e della vita. Non volevo più essere un chirurgo"⁹.

Altri blog o siti tenuti da medici hanno invece un carattere più informativo o di aggiornamento, seppure con un approccio orientato all'opinione e alla soggettività. Si pensi al blog di **John Mandrola** (*DrJohnM.org*), dove l'elettrofisiologo e giornalista di *theHeart.org* posta delle notizie e degli approfondimenti sui temi più caldi della cardiologia e, in generale, della medicina. O a **Richard Smith**, medico inglese autore di un blog sul sito del *British Medical Journal*, rivista di cui è stato editor per 25 anni. Qui Smith pubblica articoli di taglio giornalistico e opinioni personali su argomenti particolarmente rilevanti in ambito medico. Ha fatto molto scalpore, ad esempio, un suo post scritto il 31 dicembre 2014 in cui sosteneva che la morte per cancro è la migliore a cui si possa aspirare: "Puoi dire arrivederci, riflettere sulla tua vita, forse persino visitare qualche luogo speciale per l'ultima volta, ascoltare le tue canzoni preferite, leggere i libri che più hai amato e prepararti, in accordo con il tuo credo, a incontrare il creatore o ad abbandonarti all'oblio. Questo è, lo riconosco, un modo romantico di morire, ma si può ottenere con un po' di amore, morfina e whisky"¹⁰. Altri siti e canali di informazione particolarmente interessanti sono, ad esempio, *mothersinmedicine.com*, un blog tenuto da un nutrito gruppo di madri che lavorano in ambito medico, le quali raccontano le proprie esperienze riguardanti la maternità e il modo in cui gestiscono la loro vita lavorativa, o *geekdoctor.blogspot.it*, blog personale di **John Halamka**, medico e professore universitario a Harvard, in cui parla delle sue "esperienze con le infrastrutture, delle applicazioni, delle politiche, della gestione e della governance" in relazione al mondo della sanità. La lista, tuttavia, potrebbe continuare.



Dispatch from South Africa



ALFA KEVIN'S TARE

Molti dei più grandi medici della storia sono stati anche scrittori. Sin dai tempi di Ippocrate e Galeno la necessità di lasciare una traccia del proprio operato, o delle proprie scoperte, ha sempre ricoperto un ruolo centrale nella pratica clinica. [...]. Ora, una nuova generazione di medici sta dando ulteriore slancio a questo particolare genere letterario, contribuendo alla pubblicazione di saggi e romanzi diventati in alcuni casi dei bestseller

Infine, soprattutto negli ultimi anni, molti medici hanno optato per canali di comunicazione meno strutturati, come i social network. Questi vengono utilizzati sia come completamento o rilancio dell'attività dei loro blog e siti di informazione, sia come veri e propri canali dove pubblicare contenuti e interagire con i lettori. Si pensi in questo senso all'italiano **Roberto Burioni**, virologo dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano che da qualche anno interviene nel dibattito pubblico relativo ai vaccini attraverso la sua pagina Facebook, seguita attualmente da più di 300.000 persone. Altri invece utilizzano i loro profili social come piattaforme ibride in cui raccontare contemporaneamente aspetti legati alla professione di medico e particolari relativi alla propria sfera emotiva, in un'ottica più vicina al già citato blog di Bongi.

In generale, come sostiene Pho, per un clinico "i social media possono fare la differenza riguardo a tre aspetti: connettersi con i propri pazienti ed educarli, definire la propria reputazione online, far sentire la propria voce". Tuttavia, a prescindere dagli obiettivi che il medico si pone in merito alla sua presenza nel cosiddetto "social web", esistono delle *best practice* che permettono di ottenere risultati migliori in termini di visibilità e interazione con i potenziali lettori. È importante, per esempio, che tale attività di comunicazione sia rivolta a un pubblico target ben identificato, del quale si conoscono, o quantomeno si presumono, gli interessi, le curiosità e le conoscenze pregresse. In secondo luogo, è fondamentale essere quanto più possibile diretti: raramente, nel contesto dei social network, le persone leggono articoli e post che superano le 500 parole. In questo senso, è anche utile concentrare le informazioni principali dei propri contenuti nelle prime due o tre frasi del testo in quanto queste sono, in molti casi, le uniche a essere realmente lette dagli utenti che accedono al contenuto. Infine è cruciale che il medico, qualora decida di aprire e gestire un profilo dedicato alla propria vita professionale, sia riconoscibile in quanto tale. Molti, ad esempio, utilizzano come immagine del profilo una foto che li ritrae in camice o durante una relazione a un congresso. Questo permette di caratterizzare in modo immediato la persona che scrive in termini di autorevolezza e appropriatezza dei contenuti. Particolare attenzione, infine, deve essere rivolta alla privacy dei pazienti di cui si raccontano le storie o le vicende cliniche.

VEDERE CON GLI OCCHI DI UN'ALTRA PERSONA...

La possibilità di rivolgersi a un ampio pubblico di lettori attraverso libri, articoli, blog o social network, offre quindi ai medici molteplici opportunità. Da un lato permette loro di raccontare le storie dei propri pazienti, prendendo in considerazione non solo gli aspetti biologici e fisiologici della loro malattia, ma anche quelli emozionali, relazionali e legati alla qualità della vita. Dall'altro dà loro la possibilità di raccontarsi e di raccontare la propria professione, contribuendo all'umanizzazione di una pratica clinica troppo spesso percepita come un insieme di procedure standardizzate, pre-stabilite e infallibili. Il racconto, infine, permette a medici e pazienti di riscoprirsi uomini e, in quanto tali, di stabilire una relazione basata sull'empatia piuttosto che sul timore reverenziale o il bisogno di affermare la propria autorità. Perché, come sosteneva Oliver Sacks: "Il linguaggio rende possibile ciò che teoricamente sarebbe impossibile. Permette a tutti noi, anche a chi è cieco dalla nascita, di vedere con gli occhi di un'altra persona".

MEDICI BLOGGER

<http://drjohnm.org>

<http://www.kevinmd.com/blog/>

<http://geekdoctor.blogspot.it>

<http://www.mothersinmedicine.com>

<http://blogs.bmj.com/bmj/category/richard-smith/>

Sei motivi per tenere un blog

secondo John Mandrola (medico e autore del blog **Dr John M**)

1. **Per educare:** un blog permette a tutti, sia a chi legge che a chi scrive, di imparare. Ovviamente, è importante che il lettore verifichi l'attendibilità dei contenuti.
2. **Per migliorare il mondo:** i medici sono competitivi e molti misurano la propria autostima in base a quanti pazienti riescono ad aiutare. Un blog permette di arrivare a molte più persone.
3. **Per guardare dietro le quinte:** con le parole di Kevin Pho: "Dando luce alla frustrazione dei medici, spesso ignorate dai media, forse potremo porvi rimedio".
4. **Per tenere un archivio di informazioni utili:** se prima gli appunti dei medici erano destinati solo a se stessi, ora rappresentano un database usufruibile da chiunque lo desideri
5. **Per mostrare la propria umanità:** i medici sono prima di tutto uomini che, sebbene in costante ricerca della perfezione, commettono errori, vivono momenti di frustrazione e hanno rimpianti. Sono, quindi, come i loro pazienti, e attraverso un blog possono dimostrarlo.
6. **Per stabilire relazioni:** Internet permette di entrare in contatto con persone provenienti da tutto il mondo.

Bibliografia

- 1_ Salomon A. Literature about medicine may be all that can save us. The Guardian. Pubblicato il 22 aprile 2016; [<https://www.theguardian.com/books/2016/apr/22/literature-about-medicine-may-be-all-that-can-save-us>].
- 2_ Schyve PM. Language Differences as a Barrier to Quality and Safety in Health Care: The Joint Commission Perspective. Journal of General Internal Medicine 2007; 2: 360-1.
- 3_ Flores G. Language Barriers to Health Care in the United States. The New England Journal of Medicine 2006; 355: 229-31.
- 4_ Hellertsein D. How to become a doctor-writer. [<http://davidhellerstein.tripod.com/mdwrit.htm>].
- 5_ Janisse T, Lin B. The Physician as Storyteller & Poet: Quick Writes from East Bay Writers' Workshops. Permanente Journal 2012; 16: 74-9.
- 6_ Cole TR, Goodrich TJ, Gritz ER. Faculty health in academic medicine: physicians, scientists, and the pressures of success. Totowa, NJ: Human Press; 2009.
- 7_ Janisse T. Relationship of physician's well-being to interactions with patients: practices of the highest performing physicians on the Art of Medicine Patient Survey. Permanente Journal 2008; 12: 70-6.
- 8_ Husten L. The Best Doctor Blog On The Internet. Forbes 2013. Pubblicato il 25 gennaio 2013; [<https://www.forbes.com/sites/larryhusten/2013/01/25/the-best-doctor-blog-on-the-internet/#2bd90d073013>].
- 9_ Bongio. I no longer wanted to be a surgeon. KevinMD. Com. Pubblicato il 16 ottobre 2013; [<http://www.kevinmd.com/blog/2013/10/longer-wanted-surgeon.html>].
- 10_ Smith R. Richard Smith: Dying of cancer is the best death. TheBMJopinion. Pubblicato il 31 dicembre 2014; [<http://blogs.bmj.com/bmj/2014/12/31/richard-smith-dying-of-cancer-is-the-best-death/>].

Per dirla con le parole di Oliver Sacks: "Nell'esaminare la malattia noi otteniamo saggezza sull'anatomia, la fisiologia, la biologia. Nell'esaminare la persona, otteniamo saggezza sulla vita"

Raccontare anche i momenti difficili

Intervista a Henry Marsh

neurochirurgo e scrittore

Giunto al termine della sua carriera, il neurochirurgo inglese Henry Marsh ha sentito la necessità di raccontare alcune delle numerose storie incontrate nel corso della sua vita professionale. Tuttavia, nel suo libro *Primo non nuocere: storie di vita, morte e neurochirurgia*, egli si sofferma soprattutto sui fallimenti e sulle difficoltà affrontate in decenni di corsia e sala operatoria. Il suo obiettivo, infatti, è quello di mettere in guardia i giovani che hanno intenzione di intraprendere la strada della neurochirurgia e, allo stesso tempo, promuovere un'immagine più umana della pratica clinica. Gli abbiamo rivolto alcune domande in merito alla necessità dei medici di vivere la propria professione in modo più empatico e, infine, di raccontarsi e descriversi in quanto uomini.





Quanto è difficile, per un neurochirurgo, mantenere un atteggiamento empatico nei confronti dei propri pazienti?

Noi neurochirurghi sappiamo bene che spesso non abbiamo successo quando operiamo, la storia della Neurochirurgia è costellata di disastri. Non che manchino del tutto gli arroganti, ma mi risulta siano la minoranza. Ogni medico lotta per trovare l'equilibrio tra l'empatia nei confronti dei pazienti e un doveroso distacco professionale: questo in Neurochirurgia è particolarmente un problema perché i pazienti sono molto problematici e hanno quasi sempre dei guai terribilmente seri. Tutti gli esseri umani – i medici, che ci crediate o no, sono esseri umani – cercano di evitare le esperienze dolorose e vi assicuro che essere empatici con un paziente grave è una cosa che fa provare dolore, perché devi soffrire con lui. È quindi molto difficile mantenersi umani e non cadere nella tentazione di assumere un atteggiamento troppo distaccato, algido o peggio di trattare il paziente come una sorta di creatura inferiore. Non dimentichiamo che spesso ci troviamo ad avere a che fare con persone il cui cervello è stato danneggiato in un modo tale da non poterli definire nemmeno più esseri umani completi: alcuni non parlano più, non vedono o hanno subito dei cambiamenti di personalità massici, il che solleva ulteriori problemi morali per il neurochirurgo nel rapporto con loro. Infatti sovente mi trovo ad avere rapporti soprattutto con i familiari dei pazienti, a parlare più con loro che con coloro che opero.



Crede che raccontare i propri fallimenti contribuisca a umanizzare la professione del chirurgo?

Fare questa professione porta con sé gratificazioni straordinarie: mi capita spesso di asportare tumori che hanno tolto la vista ai pazienti e quando si svegliano queste persone sono di nuovo in grado di vedere, vi immaginate la loro gioia? Nel mio libro *Primo non nuocere* racconto il caso di un'operazione simile su una donna in gravidanza: abbiamo fatto nascere il suo bambino e le abbiamo ridato la vista, un'esperienza meravigliosa. Ma il trionfo non ha senso se non lo si misura con il fallimento: trionfo e fallimento in chirurgia vanno sempre di pari passo e questa è una cosa che dobbiamo accettare. Nel mio libro ovviamente mi concentro più sui fallimenti, a che servirebbe parlare della parte facile del mio lavoro elencando i miei successi, se non a gonfiare il mio ego? Odio i chirurghi che si prendono il merito dei loro successi ma non la colpa dei loro fallimenti. Ne vedo parecchi ai congressi internazionali, soprattutto negli Stati Uniti, di colleghi così: parlano alla platea adorante dei loro successi, senza nemmeno una parola sulle sconfitte e sui fallimenti che pure ovviamente ci sono. Sarà forse per questo che poi tanti altri colleghi americani si congratulano sempre con me per il coraggio con cui parlo dei momenti difficili della nostra professione.



Quale esperienza professionale ricorda più delle altre?

Ti restano impressi nella memoria soprattutto i primi grandi successi di quando eri un giovane medico, i primi casi. Anche se in realtà si trattava di banalità, rispetto a quello che hai affrontato in seguito durante la tua carriera. Mi ricordo che nel 1982 mi trovai a fare un intervento d'emergenza su un bambino di sei anni che aveva subito un trauma cranico e al quale era stata fatta una diagnosi sbagliata. Per fortuna mi accorsi di cosa gli stava succedendo, lo operai e gli salvai la vita. Era un'operazione banale, la semplice rimozione di un coagulo di sangue, ma per il chirurgo alle prime armi che ero allora fu un grande, indimenticabile successo. Ma ricordo però molto di più i miei errori, i miei fallimenti.



Lei è ormai giunto alla fine della sua carriera da clinico. Ha dei rimpianti rispetto alla sua vita professionale?

Non ho rimpianti come neurochirurgo, ma adesso che sono arrivato alla fine della mia carriera avverto fortemente il bisogno, il dovere morale di formare più giovani colleghi possibile affinché possano evitare gli errori che ho commesso io

Non ho rimpianti come neurochirurgo, ma adesso che sono arrivato alla fine della mia carriera avverto fortemente il bisogno, il dovere morale di formare più giovani colleghi possibile affinché possano evitare gli errori che ho commesso io: ogni medico per essere un buon medico deve essere un buon collega. Il chirurgo non deve essere un eroe solitario, ma un professionista capace di lavorare in team e di trarre profitto dalle abilità dei suoi compagni di reparto. Non sono credente, non credo a una vita dopo la morte, ma se mi sbaglio e un giorno mi troverò davanti a Dio per il giudizio e lui mi rinfaccerà tutti i pazienti che per errore ho storpiato, accecato o ucciso io gli parlerò del balcone fiorito che ho fatto allestire e ho curato personalmente nel mio reparto in ospedale. Nessuno ci aveva mai pensato: è costato tanti soldi e tanta fatica, ma è uno spazio in cui pazienti e personale possono passare un po' di tempo fra i fiori, le piante verdi e persino gli alberi e trovare un po' di pace e di bellezza. Tutti lo amano e io ne vado particolarmente orgoglioso. Mi piace pensare che Dio, quando gli racconterò di quel balcone fiorito, ci penserà un po' su e poi avrà pietà della mia anima.

Intervista realizzata in collaborazione con www.mangialibri.com

Ci chiamano eroi, a volte dèi. Il miglior risultato, però, lo otteniamo quando se ne tornano a casa, riprendono le loro vite e non sentono più bisogno di vederci. Sono grati, certo, ma felici di lasciarsi alle spalle noi e l'orrore del male. Forse non si rendono mai perfettamente conto di quanto sia stato pericoloso l'intervento e di quanto siano stati fortunati nel rimettersi così in fretta. Il chirurgo per un po' si sente in paradiso, proprio perché è stato vicinissimo all'inferno.

Henry Marsh
Primo non nuocere
(Ponte alle grazie, Milano 2016)

«Sono stato io a dire di farmi causa. Gli ho detto che avevo commesso un terribile errore. È una cosa da non fare vero? Fatto sta che sono rimasto – un po' scioccamente – in rapporto di amicizia con loro. O almeno lo credo; ma non posso aspettarmi che loro abbiano un'alta opinione di me, no?»

«Non si può essere mai soddisfatti più di tanto di se stessi, in neurochirurgia», disse il mio collega. «C'è sempre un nuovo disastro che ti aspetta dietro l'angolo».

Henry Marsh
Primo non nuocere
(Ponte alle grazie, Milano 2016)



PER LA CURA NON BASTA IL SAPERE...

L'importanza dell'integrazione tra medicina
e discipline umanistiche

Intervista a Danielle Ofri

A cura di Sara Boggio

Danielle Ofri vive e lavora a New York, è medico di medicina interna, PhD e professore associato presso la New York University School of Medicine. Lavora da oltre vent'anni presso il Bellevue Hospital, il più antico ospedale pubblico degli Stati Uniti, ed è nota per i numerosi libri: racconti in prima persona della propria esperienza di medico ospedaliero, scritti con uno stile scorrevole, con la chiara intenzione di rivolgersi non solo ai colleghi quanto ai pazienti, e in generale a un pubblico non specialistico, come attestano anche i numerosi articoli per testate come «New York Times» e «Washington Post» oltre agli interventi per il TED Talks.

È co-fondatrice e capo-redattrice della «Bellevue Literary Review», rivista letteraria concepita e pubblicata all'interno dello stesso ospedale.

Uno dei fili conduttori del suo pensiero, nonché faro di orientamento nella pratica clinica come in quella di scrittura, è il dialogo di reciproco confronto, scambio e arricchimento tra sapere scientifico e discipline umanistiche.

L'ultima pubblicazione – *What Patients Say, What Doctors Hear* (2017, Beacon Press) – è tradotta in italiano da Il Pensiero Scientifico (vedi box).

Con 'medial humanities' intendiamo l'intersezione tra le discipline umanistiche classiche (letteratura, filosofia, etica), le arti (belle arti, musica, teatro) e la medicina. Il sapere medico standard si può facilmente ricavare attraverso i testi medici e le lezioni tradizionali. Ma così non ci aiuta molto rispetto alla sfida che pone la condizione umana, nella sua complessità



Prima di tutto, può spiegarci che cosa significa lavorare in un ospedale pubblico a New York?

Il sistema americano può risultare molto confusivo agli occhi di un cittadino europeo (e, onestamente, lo è anche per la maggior parte degli americani!). A causa della carenza di manodopera che si verificò durante la Seconda Guerra Mondiale, per attrarre forza lavoro le aziende iniziarono a offrire come benefit l'assicurazione sanitaria. Questa soluzione divenne poi parte integrante del sistema, tanto che oggi la maggior parte delle persone riceve la copertura sanitaria dalle compagnie assicurative private scelte dal proprio datore di lavoro. [In questo modo] possono ricevere le cure da ogni medico e ospedale che accetti la loro assicurazione.

Purtroppo, molti lavori a bassa retribuzione non offrono questo benefit, di cui non dispongono nemmeno disoccupati, anziani, disabili e fasce che rientrano nella soglia di povertà. Per queste persone, il governo americano ha istituito due programmi a finanziamento pubblico, Medicare (per la popolazione anziana) e Medicaid (per le fasce povere). Questi programmi sono un'ottima soluzione, però non prevedono un rimborso elevato (soprattutto Medicaid). Di fatto, però, molti medici e ospedali sono riluttanti ad accettare pazienti che dispongano soltanto di questa copertura.

Gli ospedali pubblici non mancano negli Stati Uniti: sono finanziati da tasse federali e locali e accettano sia Medicare che Medicaid e anche chiunque non sia assicurato. Ma siccome gli ospedali pubblici sono finanziati anche localmente, tra stato e stato ci sono grandi differenze. Stati liberali come quello di New York e la California hanno una rete di ospedali e cliniche pubbliche molto solida. Stati più conservatori come il Texas hanno invece servizi pubblici ridotti al minimo (una situazione che a molti di noi non piace e che cerchiamo disperatamente di cambiare).

Il Bellevue Hospital, dove lavoro io, è il più antico ospedale pubblico degli Stati Uniti. È stato fondato nel 1736, e ha sempre aperto le porte a tutti. Ci prendiamo cura di chiunque, senza guardare se abbia l'assicurazione o il visto. Molti dei nostri pazienti sono immigrati senza documenti, persone senza fissa dimora, o molto povere. Qualcuno dispone di qualche forma di assicurazione, alcuni hanno Medicaid, ma molti non hanno niente. I nostri pazienti provengono da ogni parte del mondo, circostanza che fa del Bellevue un luogo di costante ispirazione per chi ci lavora.

Oltre a essere un ospedale pubblico, il Bellevue è anche una clinica in cui si insegna. È affiliato alla New York University School of Medicine, che si trova a due isolati di distanza. L'Università fornisce docenti di facoltà (come me) per l'assistenza medica, e gli studenti di medicina quindi vengono qui, in questo ambiente eterogeneo e stimolante, a fare i tirocini. Ciò consente ai pazienti del Bellevue di avere accesso a tutti gli specialisti e agli esperti affiliati a una scuola di medicina tra le più rinomate del paese.



Qual è la motivazione che orienta le sue scelte professionali?

Lavoro full-time al Bellevue e sono Professore associato di Medicina alla New York University. Coloro, tra noi, che scelgono di lavorare al Bellevue, lo fanno perché è un ambiente molto coinvolgente. Vogliamo dedicare il nostro impegno alle persone che hanno meno possibilità, e riceviamo al tempo stesso tutti gli stimoli intellettuali che derivano dall'ambito accademico, interagendo con gli studenti e partecipando all'insegnamento della medicina. In tutta onestà, non potrei immaginare un luogo di lavoro migliore. I miei pazienti sono meravigliosi, così come i miei studenti. Imparo sempre qualcosa di nuovo, incontro persone che sono costante fonte di ispirazione, e poi so che le mie energie servono per aiutare chi nella vita non ha altre risorse.



Premettendo la sua definizione di 'medical humanities', quanto ritiene che siano concretamente diffuse nella pratica clinica, oggi, negli Stati Uniti?

Con 'medial humanities' intendiamo l'intersezione tra le discipline umanistiche classiche (letteratura, filosofia, etica), le arti (belle arti, musica, teatro) e la medicina. Il sapere medico

standard si può facilmente ricavare attraverso i testi medici e le lezioni tradizionali. Ma così non ci aiuta molto rispetto alla sfida che pone la condizione umana, nella sua complessità. Possiamo imparare a gestire la malattia dei pazienti, ma spesso non abbiamo idea di che cosa fare quando si tratta di aiutare una persona ad affrontare la morte, l'incertezza, la paura (senza contare che, naturalmente, anche noi medici dobbiamo affrontarle!). Le 'medical humanities' ci aiutano quindi a esplorare questi aspetti più sottili e sfuggenti della medicina, ma altrettanto importanti.

Oltre a tutto questo, le discipline umanistiche aggiungono una dose di gioia e bellezza a un percorso di training che è notoriamente povero in questi ambiti. Ben integrate, possono essere la chiave per trasformare il sapere medico in saggezza clinica



Quando ha iniziato a scrivere e in che modo la scrittura ha cambiato la sua pratica clinica e il rapporto con i pazienti?

Già durante gli anni di tirocinio ero consapevole dell'importanza delle storie che si svolgevano di fronte ai miei occhi, ma allora non avevo il tempo (o lo spazio emotivo) per pensarci in modo approfondito. Concluso il tirocinio ho preso un anno e mezzo di tempo per viaggiare ed è stato durante quel periodo che ho iniziato a scriverle. Non avevo intenzione di pubblicare, solo la necessità di metterle su carta a un ritmo che mi consentisse di riflettere su tutto ciò che era successo e sul modo in cui queste storie risuonavano in me e nelle persone intorno a me. Credo che sia la stessa motivazione che mi fa andare avanti oggi. Dal punto di vista pratico, dedico all'attività di scrittura l'equivalente di due giorni alla settimana (quelli in cui non sono in ospedale). Questo è il solo modo in cui riesco a trovare tempo per scrivere – compromesso che, per me, vale la riduzione di stipendio. Altri medici scrittori invece si alzano molto presto la mattina, oppure scrivono di notte, oppure tra un paziente e l'altro. Ognuno trova le proprie strategie. Gli scrittori che mi hanno ispirato includono Oliver Sacks e Abraham Verghese.



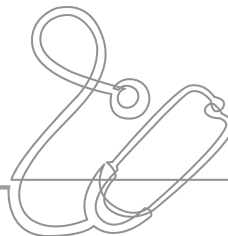
Quali testi raccoglie il «Bellevue Literary Review» e quali sono i suoi lettori? L'idea di creare una rivista più letteraria che scientifica all'interno dell'ospedale è stata immediatamente condivisa e supportata?

Il «Bellevue Literary Review» è nato nel 2001 come un forum per porre luce sulla componente umanistica della medicina e in generale sull'esperienza umana. Pubblica narrativa, poesia, saggistica con il fine di esplorare le relazioni tra malattia, salute, guarigione e con l'ambizione di risultare di interesse sia a chi lavora in ambito sanitario sia a un pubblico generale. Questi temi hanno avuto delle risonanze profonde con scrittori e lettori di ogni tipo – la rivista riceve oltre 4.000 contributi all'anno e ha oltre 1.500 abbonati. I contributi che pubblichiamo arrivano da scrittori con ogni tipo di background, con storie da condividere sulla fragilità e la complessità della condizione umana. Ci impegniamo a promuovere nuove voci emergenti in ogni genere e provenienti da tutte le comunità.



Secondo lei, e qui cito quasi alla lettera uno dei post del suo blog sull'argomento, ci sono delle ragioni particolarmente importanti, oggi, per continuare a 'instillare le discipline umanistiche nella pratica medica'?

Se da una parte è frequente, tra gli studenti di medicina, il timore per la quantità di conoscenza che devono acquisire, in realtà è la capacità di tradurre quel sapere in saggezza la più grande sfida per diventare medico. Parte di questa sfida consiste nel tollerare ambiguità e incertezze: un compito molto difficile per coloro ai quali è stato insegnato di mettere in dubbio tutto ciò che non è basato sull'evidenza o vagliato da peer-review. Le medical humanities consentono di sondare queste ambiguità e incertezze, che sono tratti caratteristici dell'attuale pratica clinica ma raramente presi in considerazione nell'ambito della formazione medica. Richiedono inoltre capacità di riflessione e contemplazione, cruciali per prendere decisioni meditate, e anche per il benessere personale. Oltre a tutto questo, le discipline umanistiche aggiungono una dose di gioia e bellezza a un percorso di training che è notoriamente povero in questi ambiti. Ben integrate, possono essere la chiave per trasformare il sapere medico in saggezza clinica.



Danielle Ofri sarà a **Roma**, il **25 gennaio 2018**, in occasione di **“Forward – Le parole dell’innovazione in Sanità”**, progetto realizzato da Il Pensiero Scientifico con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio.

La partecipazione alla conferenza è gratuita ma occorre prenotare chiamando o scrivendo alla segreteria organizzativa (06.862.82.341, s.maiorano@think2.it).

Per ulteriori informazioni si veda la pagina dedicata all’evento:
<http://forward.recentiproggressi.it/4words-le-parole-dell-innovazione-in-sanita-2a-riunione-annuale/>



COSA DICE IL MALATO, COSA SENTE IL MEDICO

La traduzione italiana dell’ultimo testo di Danielle Ofri, edito da Il Pensiero Scientifico, è disponibile dal **15 gennaio 2018**.

La tecnologia promette di rivoluzionare la cura del paziente: le prospettive dell’imaging sempre più accurato, le terapie personalizzate, le soluzioni della telemedicina. Ma lo strumento diagnostico più potente resta il dialogo tra il medico e il malato. Nonostante la centralità di questo momento di incontro, cosa il medico ascolta è troppe volte differente da quello che il malato è riuscito a dire. Da una parte l’ansia di dover riferire i sintomi e il proprio disagio. Dall’altra la pressione del tempo, la necessità di un multitasking portato all’eccesso, in cerca di un’efficienza che troppe volte definisce una distanza incolmabile dall’appropriatezza e, talvolta, dalla stessa efficacia. Il tutto aggravato da percorsi stereotipati, da bias consapevoli o inconsapevoli di cui entrambe le parti sono portatrici, da agende conflittuali, dai timori che conducono spesso a comportamenti difensivi. Danielle Ofri spiega che questa distanza non è incolmabile. Attraverso il racconto di storie di persone reali, incontrate nelle sua attività quotidiana di medico nel più grande ospedale degli Stati Uniti, suggerisce soluzioni concrete a uno dei problemi che più condizionano l’assistenza sanitaria. Una migliore comunicazione può portare a una salute migliore. (Il Pensiero Scientifico)

“Parlare e ascoltare sono due attività comuni il più delle volte spontanee, ma non è automatico che tutti sappiano trasformarle in dialogo clinicamente efficace nel setting professionale. È necessario allora essere consapevoli che lo scambio comunicativo non avviene in un modo asettico e impersonale... ma è influenzato da emozioni, convinzioni, esperienze passate, contesto di vita, pregiudizi, sia del medico che del paziente... E poi ci sono elementi pratici dell’organizzazione del lavoro che condizionano la relazione, come il tempo che è possibile dedicare alla visita, le formalità burocratiche, gli ostacoli della sanità elettronica... Danielle Ofri affronta questi temi e altri ancora presentando pazienti e medici alle prese con le loro convinzioni, paure, certezze, debolezze, con lo scopo di dimostrare l’importanza basilare di una buona comunicazione nel processo di cura e ci suggerisce atteggiamenti e accorgimenti che ciascuno di noi potrebbe mettere in pratica tutti i giorni nei suoi incontri con i pazienti.”

Dalla Presentazione dell’edizione italiana di Guido Giustetto



SOCIAL MEDIA E COMUNICAZIONE IN AMBITO MEDICO-SANITARIO

Eugenio Santoro

Responsabile del laboratorio di informatica medica dell'IRCCS

Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

Gli italiani sono forti consumatori di Internet e di social media. Questo almeno è quello che sostiene il Censis nella sua recente indagine sulla comunicazione che ogni anno fotografa la situazione in Italia. In base a questi dati, gli utenti di Internet sono oggi il 75,2% della popolazione italiana (con un incremento dell'1,5% rispetto al 2016), mentre i possessori di almeno un telefono cellulare sono l'87%, una gran parte dei quali (circa il 70%) sono smartphone. Tra i social network, Facebook domina con il 56,2% della popolazione (con punte di circa l'80% tra i giovani appartenenti alla categoria 14-29 anni), seguito da YouTube (49,6% sul totale e circa il 76% tra i giovani), Instagram (21% sul totale, 48,6% tra i giovani), Twitter (13,6% sul totale e 26,5% tra i giovani) e LinkedIn (8,7% sul totale e 14,0% tra i giovani).

Tuttavia, il dato che emerge dall'indagine di Censis è che tra i mezzi di comunicazione che esercitano più di tutti un'influenza sui fattori ritenuti centrali nell'immaginario collettivo della società di oggi i social media sono quasi allo stesso livello della televisione (27,1% rispetto a 28,5% tra le preferenze), e molto più avanti rispetto alla stampa (8,0%) o alla radio (4,6%). Come dire che il messaggio che passa sui social media è considerato autorevole tanto quanto quello che passa in televisione, ma con differenze importanti per età, con i più giovani (dai 14 ai 44 anni) che preferiscono il primo al secondo.

I social media hanno da molti anni modificato il modo di comunicare la salute. Non solo quella rivolta al citta-

dino/paziente ma anche quella rivolta al professionista della salute.

Diverse indagini condotte negli scorsi anni dall'IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano hanno evidenziato come i medici specialisti (nello specifico cardiologi, diabetologi, oncologi, psichiatri, urologi) siano abituali frequentatori di social media (con medie paragonabili a quelle individuate dal Censis), ma solo circa un terzo di chi usa i social media (indipendentemente dal mezzo impiegato) lo fa per motivi professionali. In questo caso i medici usano i social media per il proprio aggiornamento professionale o per monitorare le fonti di informazione a loro dedicate (per esempio congressi scientifici, riviste mediche, società, portali e organizzazioni scientifiche), o per confrontarsi (attraverso i gruppi di discussione o le online communities rivolte esclusivamente ai medici) con i propri colleghi al fine di condividere casi clinici o chiedere dei pareri.

Il limitato uso è probabilmente legato al fatto che è ancora carente la consapevolezza di un uso professionale dei social, mancando, probabilmente, occasioni formative nelle quali questi strumenti siano presentati sotto una diversa luce. E probabilmente anche dal fatto che le stesse società scientifiche non ne spingono abbastanza il loro impiego, come dimostra la carenza d'uso di strumenti social da parte delle stesse per comunicare i con i propri associati.

Non se la passa meglio, purtroppo, la comunicazione mediata dai social media nei confronti dei cittadini e dei pazienti.

Quella istituzionale latita, come dimostra uno studio del

Indagine Censis

Utenti Internet in Italia

75,2%

+ 1,5%
rispetto al 2016

Possessori cellulare

87%

di cui Smartphone

70%

Social network



56,2%

Facebook

80% età 14-29 anni



49,6%

YouTube

76% tra i giovani



13,6%

Twitter

26,5% tra i giovani



21%

Instagram

48,6% tra i giovani



8,7%

LinkedIn

14% tra i giovani

Dipartimento PolComIng dell'Università di Sassari che ha stimato che solo il 53% delle Asst (ex ASL) è presente su almeno una piattaforma di social media, con una certa preferenza per YouTube (usato da circa il 50 per cento delle strutture che usano i social media). Se nel corso degli ultimi due anni la crescita è stata costante (nel 2013 erano il 36% di quelle italiane), i canali di social media sono però spesso rivolti agli addetti ai lavori e utilizzati come una finestra per promuovere servizi sanitari o informazioni "amministrative" (comunicati stampa, circolari, bandi). Sono poco usati per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, e non si cerca (o non si riesce) ancora ad attivare le voci dei cittadini/pazienti e forme di un loro coinvolgimento che possa aumentarne l'"empowerment".

Ma è proprio a questi strumenti che guardano i pazienti, come dimostrano alcuni risultati di una recente ricerca condotta dall'IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" in collaborazione con l'Osservatorio per l'Innovazione Digitale in Sanità. Da un'analisi di un campione di 258 associazioni di pazienti, è risultato infatti che i social network e i servizi di telemedicina sono le innovazioni tecnologiche considerate di mag-

gior impatto sull'assistenza medica e sulla salute, con percentuali di risposta rispettivamente dell'81% e del 79%, seguite dall'uso dei Wearable (64%) e delle App per la salute (60%).

Se quella istituzionale latita, la comunicazione mediata dai mezzi elettronici tra medico e paziente sembra invece andare a gonfie vele. Come evidenziato da molte ricerche, un gran numero di pazienti usa infatti Whatsapp, email, sms e social media, per inviare al proprio medico immagini e dati contenenti dati sensibili. Purtroppo, però, ciò avviene in situazioni non protette, mettendo a rischio la privacy dei pazienti ed esponendo il medico stesso a possibili conseguenze dal punto di vista penale. È quanto mai necessario oggi individuare delle linee guida sul corretto uso dei social media nella pratica medica e più propriamente clinica. All'estero lo hanno fatto. È ora che ciò avvenga anche in Italia.

RACCONTI DI MALATTIA

Giuseppe Scarso

LA DEMENZA SENILE

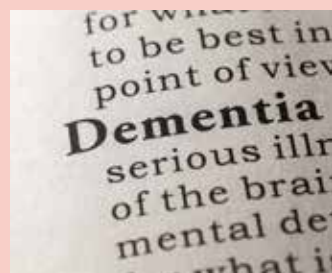
Appare scontato affermare che la demenza senile, nelle sue varie forme cliniche, è in aumento a causa dell'alzarsi dell'età media tanto da diventare un problema non solo medico, ma anche sociale.

Altrettanto superfluo è constatare che non esistono terapie efficaci per contrastarne il decorso.

Risulta più utile osservare che **sovente, nelle pieghe del decadimento cognitivo e affettivo, si possono ritrovare dei singulti di un pensiero creativo residuo che, se riconosciuti, possono essere utilizzati a fini terapeutici.**

Non si tratta certo di guarigione, forse nemmeno di cura, ma di **aiuto e conforto** per pazienti, familiari e curanti.

Nei due brevi racconti che seguono si possono trovare semplici esempi di quanto detto.



Le parole

Si stava recando a trovare sua madre in una sera resa ancora più buia dalla nebbia di fine autunno. Gli alberi del giardino erano ormai spogli delle foglie che fino a qualche giorno prima brillavano al sole con i colori dell'arcobaleno.

Parcheggiò l'automobile davanti alla casa che si distingueva appena, quasi solo per alcune finestre illuminate.

Risalì il sentiero fino alla porta della vecchia villa dove sua madre viveva sola con la badante. Abitava al piano terreno, mentre gli altri alloggi del primo e secondo piano erano stati dati in affitto da alcuni anni. Era stata una decisione difficile accettare gente estranea andare e venire per quella casa che suo bisnonno aveva fatto costruire per una sola famiglia, ma le dure esigenze economiche avevano prevalso sul mondo degli affetti.

Aveva le chiavi di casa, ma preferì suonare i soliti tre rintocchi del campanello, convenuti da tanto tempo.

Gli venne ad aprire la badante che lo accolse con la sua usuale rassicurante cordialità. Tuttavia, appariva un po' preoccupata. Aveva l'impressione che la signora, così chiamava la mamma di lui, da qualche giorno fosse agitata e irrequieta: si aggirava per le stanze della casa senza apparente motivo. Era contenta che fosse arrivato per la consueta visita a cadenza abbastanza regolare, a giorni alterni nei limiti del possibile. Quella volta aveva anticipato perché la sera stessa sarebbe dovuto andare via per qualche giorno.

Come gli aveva detto la badante, trovò la mamma che girava per casa, guardando qua e là come se stesse cercando qualcosa.

Rimase sorpresa della domanda che le fu ripetuta: "Che cosa stai cercando, mamma?". Allora parve riprendersi. "Sto cercando le parole"



Le andò incontro. Lo accolse con un sorriso e un abbraccio.

Da anni viveva in casa senza mai uscire, convinta di fare la sua vita di sempre: coltivare l'orto, seminare i fiori del giardino, andare a comprare al supermercato guidando la sua automobile che giaceva inutilizzata in garage ormai da diversi anni.

Gli rivolse la solita domanda sulla sua salute. Non si ricordava più di sua nuora e dei nipoti, se non riconoscerli all'improvviso quando andavano a trovarla.

La badante le chiese di dire al figlio che cosa cercava da giorni. Sembrò non capire, cercando nella memoria ormai vuota una scusa qualsiasi per rispondere, per riempire un silenzio che stordiva la sua mente sempre più smarrita.

Rimase sorpresa della domanda che le fu ripetuta: "Che cosa stai cercando, mamma?".

Allora parve riprendersi. "Sto cercando le parole".

"Quali parole stai cercando, mamma?" le chiese ancora il figlio, attonito, incredulo.

Si mostrò ancora stupita, ma questa volta non perché non ricordasse o non capisse. Le sembrò una domanda inutile, scontata, si meravigliò che lui non riuscisse a comprendere.

"Le parole che ci siamo detti qui in tanti anni. Devono essere qui in giro, da qualche parte".

A stento trattenne le lacrime e riuscì, invece a sorridere.

"Allora cerchiamo insieme, mamma" le rispose.

Con l'aiuto della badante iniziarono a guardare intorno in tutti gli angoli della casa.



Si munì di un foglio ed una penna su cui scriveva varie frasi che sicuramente erano state pronunciate in tanti anni quando suo padre era ancora vivo.

Venuta l'ora di cena, le disse che avrebbero continuato un altro giorno e le diede il foglio che aveva compilato su entrambi i lati.

Lei lo ringraziò e andò a posarlo in camera sua sul comodino da notte, dicendo che lo avrebbe letto più tardi, prima di coricarsi.

Le diede un bacio sulla fronte assicurandola con la promessa di tornare presto e sulla soglia di casa salutò la badante che lo aveva accompagnato per chiudere la porta con la chiave.

Fuori la nebbia si era fatta più fitta, gli sembrava di essere sospeso nel vuoto, circondato da una penombra simile a quella che popolava la mente della mamma che cercava le parole per ricordare.

Finché c'è il ricordo, nessuno muore mai veramente.

Il nome

Accompagnata da una giovane assistente sociale, non dimostravi i novant'anni della tua lunga vita.

Eri pettinata con cura, con i capelli ancora un po' tinti, quel poco che basta a mascherare il bianco della tua età. Eri elegante negli abiti semplici e sobri, sorridevi a chi ti stava intorno. Nell'ambulatorio medico ti sei seduta ubbidiente sulla sedia dove ti è stato indicato di prendere posto.

Ti guardavi intorno un po' smarrita, un po' intimidita, un po' incuriosita, un po' divertita. Provai a farti qualche domanda, ma le tue risposte non avevano nessun senso, nessun legame con quanto ti veniva chiesto. Non ricordavi nulla della tua vita passata e presente. L'assistente sociale si sostituì a te nel raccontare la tua storia, gli ultimi mesi almeno, quelli importanti per capire perché ti trovavi in una stanza d'ospedale, troppo piccola per accogliere il racconto di novant'anni di vita.

Tuo marito era mancato un anno fa lasciandoti sola senza figli.

Così, da sola non ce l'hai più fatta. L'Alzheimer ti è esploso dentro, ed ora eri tu ad avere bisogno dell'aiuto degli altri.

Avevi perso tutto in poco tempo, anche te stessa.

Ascoltavi paziente l'assistente sociale che raccontava di te quando eri ancora in gamba, amata e rispettata per la gentilezza e il rispetto con cui affrontavi ogni dolore e tutte le gioie, insieme al tuo uomo che ti aveva lasciata sola, solo perché era giunta la sua ora.

Ora eri lì seduta accanto all'assistente sociale, di fronte a me dall'altra parte della scrivania.

Mi sono di nuovo rivolto a te, volevo capire, capire che cosa potevo fare per te.

Ti ho chiesto il tuo nome.

Mi hai risposto con calma, come la cosa più naturale di questo mondo: non lo sapevi più, se mai l'avevi saputo perché non ricordavi di averlo mai conosciuto, nemmeno di averne mai avuto uno.

Poi, sei rimasta in silenzio a guardarmi, ad aspettare qualcosa, forse un'altra domanda, sperando che fosse più facile della prima.

Poi, così d'improvviso, mi hai chiesto gentile: "Dammi tu un nome".

Sono rimasto lì, a mia volta a guardarti. Volevo ripeterti il tuo, quello che ti hanno dato da bambina, quello che sta scritto sulla tua cartella clinica posata davanti a me sulla scrivania, insieme alla data e al tuo luogo di nascita, un piccolo paese nel sud della Francia.

Poi, ho pensato, forse stupidamente, forse giustamente, che non ti serviva più, te ne serviva un altro, ma non spettava a me dartelo. Avresti dovuto aspettare ancora, anche se non più per molto.

Ti ho sorriso, mi hai sorriso, Esterelle.



Raccontare la malattia oncologica

L'**Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)**, attiva dal 1973, riunisce i "cultori dell'Oncologia Medica al fine di promuoverne il progresso nel campo clinico, sperimentale e socio-assistenziale, di favorire i rapporti tra gli oncologi medici, i medici di medicina generale e gli specialisti di altre discipline, di stabilire relazioni scientifiche con analoghe associazioni italiane ed estere e di partecipare e collaborare con organismi istituzionali nazionali, regionali e locali".

Oltre a promuovere corsi di formazione, congressi e conferenze, manifestazioni e tavoli di lavoro, l'AIOM ha svolto negli anni un'intensa **attività editoriale**, curando la pubblicazione di numerosi volumi a contenuto specialistico: *L'Oncologo Medico Italiano* (edizioni Hippocrates), *Compiti e responsabilità nell'attuale realtà sanitaria* (edizioni Intermedia), il *Libro Bianco*, alla sua quinta edizione, che raccoglie informazioni sulle strutture oncologiche presenti sul territorio italiano, *Organizzazione strutturale e funzionale dipartimentale*, uno studio di fattibilità di modelli dipartimentali e rapporti con gli organismi legislativi nazionali e regionali, *Modelli Gestionali in Oncologia*, in tre volumi, e diversi altri documenti (molti dei quali disponibili in formato pdf sul sito dell'associazione www.aiom.it).

A questa attività si affianca anche un'iniziativa, nata nel 2015, specificatamente dedicata al 'racconto di malattia' così come vissuta, e descritta attraverso racconti e poesia, da pazienti oncologici, familiari, operatori sanitari: il **Premio Letterario 'Federica' – Le parole della vita**.

In occasione della cerimonia finale della seconda edizione del premio, a maggio 2017, l'ideatrice del concorso Stefania Gori, Presidente dell'AIOM e direttore dell'Oncologia medica dell'Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar ha spiegato in questi termini il successo dell'iniziativa:

«Alla giuria sono arrivate oltre 150 produzioni letterarie: metà scritte da pazienti oncologici e metà da familiari e operatori sanitari. [...] Con questa iniziativa abbiamo voluto raggiungerli e convincerli a raccontare la propria esperienza di vita con la malattia per affrontare meglio le difficoltà».

Il Premio Letterario Federica – Le parole della vita

Nato da un'idea di un oncologo medico, questo premio mira a incentivare e valorizzare la magia delle parole di molti pazienti che hanno o hanno avuto a che fare con la malattia oncologica, ma anche dei familiari di pazienti oncologici o di operatori professionali del settore oncologico.

Malati di cancro, familiari dei pazienti e operatori sanitari del settore oncologico sono stati così coinvolti per la prima volta in un concorso letterario nazionale con l'obiettivo di raccontare, in versi o in prosa, la propria esperienza di vita con la malattia per affrontare meglio le difficoltà.

Scrivere infatti permette di dar voce alla propria dimensione intima, alle conquiste che molti pazienti sono riusciti a raggiungere, e al valore che hanno attribuito al vivere ogni giorno al meglio.

La scrittura può diventare uno strumento terapeutico per dar forma a emozioni, stati d'animo, angoscia e speranza, per rivivere con parole diverse un'esperienza drammatica; per guardare nel proprio intimo senza essere completamente coinvolti o travolti dalle emozioni stesse; per contribuire a stimolare riflessioni e condivisione riguardo ad un argomento, la malattia oncologica, che molto spesso rappresenta un tabù; per comunicare speranza e condividere, attraverso la narrazione, esperienze vissute da altri; per dare merito a quanti, affrontando quest'esperienza di malattia, sono riusciti con coraggio a trarne profondi insegnamenti di vita.

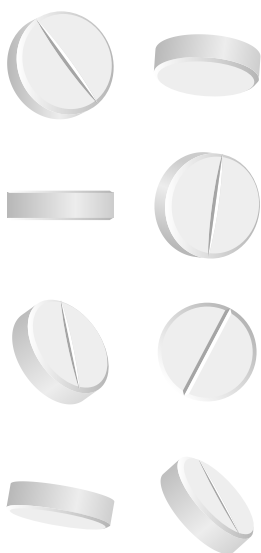
(Dalla Presentazione del libro Premio Letterario Federica – edizione 2016, disponibile in pdf su www.aiom.it)



Guido Giustetto,
Sara Strippoli

PILLOLE. **Storie di Farmaci,** **Medici, Industrie**

addEditore 2017



Spesso medici e giornalisti non riescono a trovarsi in sintonia e talvolta i due mondi si scontrano anche aspramente. Ma quando il rigore scientifico e l'autorevolezza professionale del medico incontrano la curiosità e la capacità di indagine del giornalista, può nascere una collaborazione utile e interessante. È il caso del libro *Pillole: storie di farmaci, medici, industrie*, pubblicato da addEditore e scritto a quattro mani da Guido Giustetto e Sara Strippoli, l'uno medico di famiglia e Presidente dell'OMCeO di Torino, l'altra nota giornalista di La Repubblica, dove si occupa di sanità e politica.

Il libro si legge come si guarda un'inchiesta giornalistica televisiva, realizzata da conduttori competenti e molto documentati.

Gli autori vogliono fare luce sui retroscena della commercializzazione dei farmaci, quando la necessità del profitto prende il sopravvento sull'obiettivo di promuovere e ristabilire la salute dei cittadini.

Pillole, senza estremismi e demonizzazioni preconcepite, fa proprio questo: aiuta a comprendere.

Lo scopo dichiarato di Giustetto e Strippoli è tentare di riavvicinare il mondo dell'industria "a quel patto etico implicito" con la società, per equilibrare gli interessi degli azionisti della Big Pharma con l'utilità sociale intrinseca che debbono avere i suoi prodotti.

Perciò partono dal punto più importante: i soldi.

"Quanto ci vuole per fare una medicina?"

L'industria, per giustificare i prezzi altissimi, specie delle nuove molecole, dichiara cifre vertiginose per la ricerca e la necessità di compensare il fallimento di quelle che non riescono ad arrivare alla commercializzazione, ma indagini indipendenti criticano questi calcoli, affermando, tra l'altro, che una buona

parte dei costi preliminari sono coperti da denaro pubblico.

Le multinazionali, mantenendo per i farmaci innovativi prezzi esorbitanti, specie nel caso degli antitumorali, fanno utili altissimi, rischiando di mettere in ginocchio anche i sistemi sanitari nazionali, i soli che possono sperare di reggere l'impatto economico di queste nuove terapie.

Un caso emblematico è quello delle nuove cure per l'Epatite C. Per esempio, il costo eccessivo del sofosbuvir, farmaco indispensabile per la cura, ha provocato, su indicazione dell'Ordine di Torino, una chiara presa di posizione da parte della Federazione degli Ordini dei Medici nazionale (FNOMCeO), che è arrivata a proporre una produzione casalinga, in forma di generico, per contenere il prezzo, saltando ogni tavolo di trattativa tra Stato e Azienda produttrice.

Ma Giustetto e Strippoli non si fermano al problema del prezzo dei farmaci innovativi: il mare del profitto è pieno di pesci e l'industria dimostra fantasia.

Dall'esternazione teatrale del Dottor Knock ne *Il trionfo della Medicina* di Jules Romains, che nel 1923 diceva "I sani sono malati che non sanno di esserlo!", alla provocazione di Harry Gadsen, direttore della casa farmaceutica Merck, che nel 1976 dichiarava sulla rivista *Fortune* "Il nostro sogno è produrre medicine per le persone sane", lo scopo commerciale è sempre lo stesso: allargare il più possibile la platea dei consumatori.

Le strade per raggiungere l'obiettivo sono tante e gli autori ci accompagnano, utilizzando un registro brillante e mai tedioso, a scoprire come si inventino addirittura le patologie per "piazzare" un farmaco dal mercato ristretto.

Si organizzano campagne di promozione mirate, si ottiene il coin-

Un libro agile,
interessante per
tutti, amaro ma
salutare

[...]

Gli autori vogliono fare luce sui retroscena della commercializzazione dei farmaci, quando la necessità del profitto prende il sopravvento sull'obiettivo di promuovere e ristabilire la salute dei cittadini

volgimento di opinion leader e dei media, e voilà: disturbi banali e comunissimi, come la diminuzione con l'età della "potenza sessuale" e la timidezza, rinominate disfunzione erettile e fobia sociale, diventano malattie da curare con testosterone e ansiolitici.

Naturalmente il bersaglio più vulnerabile è il cittadino comune, destinatario di pubblicità mirate a spaventarlo, perché, saltando il medico, acquisti da solo il farmaco. Neanche il medico, però, è trascurato: l'industria utilizza mille strategie per coinvolgerlo, blandirlo e trasformarlo in un suo "agente di commercio".

Altri capitoli e altri sguardi di luce su mondi ancora più opachi.

Un insieme di situazioni e realtà che destano allarme, ma che aiutano i lettori ad orientarsi in un universo spesso sconosciuto: un libro agile, interessante per tutti, amaro ma salutare.

Non mancheranno le discussioni e le polemiche su questo lavoro, ma almeno saremo più preparati quando Big Pharma vorrà convincerci a curare con una pillola anche "le pene d'amore", come già consigliava, nel 1957, Renato Carosone nella sua indimenticabile canzone: "Pijate na pastiglia siente a mmè!"

Recensione di Mario Nejrotti



OdontOK

Nuova Divisione di Odontostomatologia

*Scopri il nuovo servizio dentistico dell'Ospedale
Koelliker dedicato a tutta la famiglia!*

I NOSTRI SERVIZI

- Ortodonzia
- Parodontologia
- Conservativa ed endodonzia
- Odontoiatria infantile
- Prevenzione e diagnosi di neoplasie
- Cura delle patologie del cavo orale
- Gnatologia, patologia dell'ATM, Bruxismo
- Cura delle apnee notturne
- Dispositivi antirussamento
- Sedazione cosciente endovenosa
- Estetica dentale
- Cura dei pazienti disabili
- Igiene e prevenzione
- Implantologia
- Protesi
- Chirurgia Maxillo-facciale
- Chirurgia orale
- Correzione dei dismorfismi
- Chirurgia preprotetica
- Tac Cone Beam



PUOI PRENOTARE: Scaricando l'App gratuita PRENOTING KOELLIKER (Android/iOS)

• Via internet dal sito: prenotazioni.osp-koelliker.it • Telefonando al n.: +39 011 6184511 • Allo sportello, presso l'accettazione centrale

OSPEDALE KOELLIKER TORINO Corso G. Ferraris n° 247, Torino | www.osp-koelliker.it



a cura di Serena Buzzi

IL REGIME DI SALUTE IN MEDICINA Dalla dieta ippocratica all'epigenetica

Edizioni dell'Orso

REGIME DI SALUTE

Un percorso interdisciplinare tra storia della medicina, filologia, linguistica, epigenetica

Il regime di salute e l'alimentazione hanno sempre giocato un ruolo importante nel preservare e riacquistare la salute, in una prospettiva che potremmo chiamare olistica.

Il regime di salute in medicina: dalla dieta ippocratica all'epigenetica, Edizioni dell'Orso, Alessandria 2017, 276 pp., curato da Serena Buzzi, raccoglie i contributi presentati al convegno interdisciplinare organizzato dall'Università degli Studi di Torino e dall'Accademia di Medicina di Torino.

Gli articoli analizzano il "regime di salute" da un punto di vista medico, filologico, storico e archeologico, attraverso un vasto arco temporale e diverse civiltà: l'Egitto faraonico, la Grecia di Ippocrate, la Roma imperiale di Galeno, l'età bizantina, il Medioevo cristiano e arabo, il Rinascimento, il XIX secolo e l'età contemporanea. La pubblicazione dei lavori segue un ordine cronologico.

L'introduzione di **Dina Micaella** e **Serena Buzzi** (pp. V-IX) illustra il tema del regime di salute e presenta brevemente le differenti prospettive e metodologie degli autori e gli obiettivi del volume.

Chiara Zanforlini («Archeologia e dieta: dalle fonti ai resti umani. Uno studio dal Predinastico all'Epoca Tarda (3900-332 a.C.)», pp. 3-24) analizza l'alimentazione e il concetto di salute nell'Egitto antico, dal periodo predinastico (3900 a.C.) alla conquista di Alessandro Magno (332 a.C.). A differenza di

altre civiltà, per l'Egitto non disponiamo solo delle fonti iconografiche o letterarie, ma grazie al clima secco e caldo, abbiamo gli stessi cibi, frequentemente deposti nelle tombe. Inoltre le mummie naturali e artificiali di uomini e animali hanno permesso a medici e archeologi di studiare direttamente i corpi (non solo ossa e denti, ma anche pelle, capelli, unghie, organi) degli antichi abitanti del Nilo.

Véronique Boudon – Millot («Che il tuo cibo sia la tua miglior medicina! O l'eccezionale fortuna di un adagio pseudo ippocratico *De alimento* 19», pp. 25-44) studia la fortuna del trattato del *Corpus ippocratico* intitolato *Sul cibo*, attribuito tradizionalmente a Ippocrate, ma risalente più probabilmente al periodo ellenistico. L'analisi si concentra in particolare sul passo 19, in cui si trova l'adagio ippocratico, ancora oggi ben noto: «Che il tuo cibo sia la tua miglior medicina», oggi molto famoso in quanto si stanno diffondendo alimenti che sono detti "nutraceutici" o "funzionali". L'idea di base è che il nostro cibo sia la nostra miglior medicina. L'articolo si concentra anche su due termini che risultavano ambigui già per i commentatori greci, *pharmakeia* e *trophè*: essi hanno dato origine a delle interpretazioni molto diverse nei vari commenti, in particolare di Galeno, Pseudo Galeno, Areteo di Cappadocia e Giovanni d'Alessandria.

Andrea Fesi («Le Pseudo-Ippocrate et l'alimentation: un

φάρμακον pour le bien-être», pp. 45-56) esamina il ruolo delle carni e dei cereali nello Pseudo-Ippocrate; come tutte le categorie di alimenti, essi possono sia aiutare a conservare la salute sia rivelarsi nocivi. Il secondo libro del trattato ippocratico *Regime* sottolinea l'importanza di una corretta alimentazione, associata all'attività fisica. L'autore di questo trattato enumera anche i cereali e le verdure più consumati in Grecia, seguiti da pesci e carni, che sono classificati in base al loro beneficio per lo stato di salute, e non secondo i criteri economici o religiosi.

Anna Monte («Il regime di salute della nutrice e un frammento attribuito a Mnesiteo Ateniese», pp. 57-62) prende in esame tre frammenti (18; 19; 20 Bertier) del medico del IV secolo Mnesiteo di Atene, la cui opera è sopravvissuta attraverso le citazioni di altri autori. Questi tre frammenti, trasmessi da Oribasio (20) e Sorano (18-19), e di cui solo il n. 20 può essere attribuito con certezza a Mnesiteo, riguardano soprattutto la dieta delle nutrici, i consigli per la loro scelta, le cure per i bambini e le indicazioni per purificare il latte delle nutrici. Ateneo suggerisce anche di svezzare le bambine sei mesi dopo i maschi, mentre Sorano, che ci ha trasmesso il frammento, non concorda con questa indicazione.

Ivan Garofalo («Una nota su sotto nutrizione e povertà in Ippocrate, Galeno e gli Alessandrini», pp. 63-72) indaga il problema della sotto nutrizione in Ippocrate, Galeno e nei medici alessandrini. La malnutrizione sembra soprattutto un problema delle zone rurali, ma i commentatori delle *Epidemie* non hanno sempre sottolineato, come ha fatto invece Galeno, la povertà o la ricchezza delle persone colpite da tale calamità. Il medico pergamenico considera la povertà da un punto di vista strettamente medico, e non morale o filosofico. Lo studio termina con un'analisi del termine *bikos*, un cereale di qualità inferiore citato da Galeno.

Dina Micallella («Regime di salute e comportamento virtuoso. La *sophrosyne* delle donne nella Politica di Aristotele», pp. 73-84) tratta il ruolo delle donne in Aristotele, a partire dalle raccomandazioni date loro dal filosofo, nel settimo libro della *Politica*, in vista del matrimonio e della maternità. Vi si può notare l'importanza attribuita alla *sophrosyne* delle donne, virtù che ha un valore essenzialmente politico, anche se si è spesso sottolineato come Aristotele, a differenza di Platone, non attribuisca al mondo femminile un ruolo politico. L'argomentazione mira a dimostrare che la *sophrosyne* delle donne abbia necessariamente anche una valenza politica, perché a loro si deve la generazione dei futuri cittadini.

Brigitte Maire («L'activité physique dans la diététique de Celse», pp. 85-96) analizza l'importanza dell'attività fisica nella dietetica di Celso. Gli esercizi devono essere diversi, a seconda della persona, cosa che sottolinea l'importanza di una medicina fatta "su misura" per ciascuno, seguendo i principi di varietà e variazione, di moderazione e proporzionalità. Per questa ragione l'autore critica gli atleti e sconsiglia ai suoi lettori, membri della classe media e superiore, di seguire il loro esempio. Vi sono anche indicazioni per l'igiene personale e per un regime alimentare vario ed equilibrato. L'opera di Celso si iscrive così nella tradizione delle pratiche che ognuno può mettere in atto da sé per mantenere la salute.

Fernando Notario Pacheco («Foods and treatments against the excess in the ancient Greco-Roman world. The cases of alcoholic intoxication and hangover», pp. 97-110) tratta i rimedi, presenti nella medicina greco-romana, per la cura degli eccessi, in particolare dell'ubriachezza e dei "postumi da sbornia". L'articolo analizza l'atteggiamento degli Antichi verso gli eccessi alimentari e le possibili conseguenti alterazioni della salute ed illustra i rimedi, della tradizione popolare o della medicina ufficiale, per que-

sti problemi. Si può notare che vi sono più rimedi per l'indigestione che per i postumi da sbornia, considerati di minore importanza. Nel mondo greco non c'è un termine preciso per indicare la manifestazione dei "postumi da sbornia", anche se vi sono molte teorie sulle possibili cause scatenanti. Indipendentemente dal problema delle origini, si possono trovare vari rimedi, popolari e anche prescritti dalla medicina ufficiale, rivolti a questa problematica.

Klaus-Dietrich Fischer («Cibi da scegliere e cibi da evitare: il *Liber diaetarum Alexandri et aliorum*», pp. 111-124) studia la diffusione di una parte dell'opera di Alessandro di Tralles, che circolava con il nome di *Liber diaetarum Alexandri et aliorum*, poiché comprendeva anche frammenti di altri autori, e di cui una parte era già stata pubblicata nel 1539 come opera di Costantino l'Africano. L'opera di Alessandro di Tralles ci è stata trasmessa sia in greco sia in traduzione latina.

K. D. Fischer inoltre ricostruisce la tradizione manoscritta, che comprende codices risalenti ai secoli IX, XI-XII e XIV-XV. Questo testo è spesso trasmesso, nei manoscritti, insieme ad altre opere che ci offrono ulteriori informazioni per stabilire una datazione. In alcuni capitoli l'autore del testo latino segue quasi parola per parola il testo greco, mentre in altri riassume i concetti, spesso con incongruenze. Sono inoltre presenti passi tratti da altri autori, come Filumeno e Filagrio, contemporanei di Galeno, e di altri autori oggi sconosciuti.

Tommaso Raiola («Medicina e vegetarianismo in Plutarco», pp. 125-142) affronta il problema, molto dibattuto, del vegetarianismo in Plutarco, riferendosi in particolare alle indicazioni mediche con cui l'autore corrobora le sue argomentazioni contro il consumo di carne. Plutarco afferma che la fisiologia dell'uomo non è fatta per digerire la carne, ma solo i vegetali, e per questo il fatto di mangiare carne può causare malattie fisiche e psi- ►

Gli articoli analizzano il “regime di salute” da un punto di vista medico, filologico, storico e archeologico, attraverso un vasto arco temporale e diverse civiltà: l’Egitto faraonico, la Grecia di Ippocrate, la Roma imperiale di Galeno, l’età bizantina, il Medioevo cristiano e arabo, il Rinascimento, il XIX secolo e l’età contemporanea

cologiche. Si può notare come Plutarco abbia associato a favore del vegetarianismo ragioni igieniche e mediche a ragioni morali e filosofiche; anche se questa tesi è costante nel *De sanitate tuenda*, Plutarco è più tollerante con chi mangia carne, probabilmente con l’obiettivo di rendere l’idea più accettabile all’élite cui l’opera si rivolge, e che verosimilmente non rinunciava così facilmente alle proprie abitudini alimentari.

Serena Buzzi («La dieta della luce: uno sguardo nel tempo», pp. 143-162) dedica il suo studio al ruolo della luce per il mantenimento della salute. Nel mondo greco-romano gli effetti positivi della luce del sole sono ben noti, così come gli effetti nocivi di un’esposizione o di un calore eccessivi. Nel XIX sec. la medicina riscopre le proprietà curative della luce con la fototerapia e l’elioterapia. I medici utilizzano la luce per guarire e prevenire anche altre malattie, fra cui per esempio la tubercolosi, il rachitismo, ma anche i mal di testa o il lupus. Verso la fine del XIX sec. e gli inizi del XX sec., sono scoperte le proprietà medicamentose di altre forme di luce invisibile, come i raggi X e gli ultravioletti. Recentemente si è cercato di utilizzare la luce per curare non solamente delle malattie fisiche, ma anche affezioni di natura psicologica come i problemi d’umore, la depressione ecc., secondo un approccio già suggerito da alcuni medici dell’Antichità, come Ezio di Amida o Oribasio.

Danilo Valentino («Contro l’impotenza: ricette d’uso strumentale dalla tradizione medica greca in uno *iatrosophion* della Biblioteca Nazionale di Torino», pp. 163-176) analizza uno dei manuali conosciuti nella tarda età bizantina o post bizantina come *iatrosophia*, vale a dire collezione di rimedi per uso quotidiano, spesso tratti dai testi medici di epoca classica o bizantina. L’autore studia in particolare un manoscritto conservato presso la biblioteca universitaria di Torino, il MS. Taur. B VII 18, che risale al



XVI sec. Il manoscritto contiene dei rimedi per la mancanza di appetito, tratti per la maggior parte dall’opera pseudo-galenica *De re-medīs parabilibus* e dai *Geoponica*. Gli *iatrosophia* diventano abbastanza comuni dal XV sec. e presentano ricette facili da preparare, destinate a un pubblico popolare, come mostra la lingua ricca di termini vernacolari.

La seconda parte del volume affronta la questione del regime di salute in epoca moderna e contemporanea.

Raffaella Scarpa («La cura della parola: intrecci di lingua e medicina nel Settecento italiano ed europeo», pp. 177-194) presenta la figura del medico Andrea Pasta, allievo di Morgagni. Il XVIII secolo è un secolo ricco di nuove idee per la medicina; nel 1761 il medico e



intellettuale Morgagni pubblica il *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, che riprende e sviluppa lavori precedenti di Malpighi. L'opera concepisce il corpo come un insieme meccanico e la vita come prodotto di un funzionamento armonioso di questo meccanismo, che si può studiare grazie all'analisi microscopica.

In questo testo Morgagni cita il suo allievo Andrea Pasta, un intellettuale che dedica i suoi studi alla medicina clinica, all'anatomia, alla linguistica e alla storia dell'arte. Pasta è conosciuto soprattutto per le sue ricerche sulla formazione dei polipi cardiaci *post mortem*, l'espulsione della placenta, le amenorree e le metrorragie, e la scoperta dei canali che legano lo stomaco alla vescica. Il medico di Bergamo si interessa però anche, sulla scorta di

Mandeville e Redi, ai problemi del linguaggio, e in particolare all'uso della lingua tecnica medica. Egli si pronuncia a favore di una semplificazione dei termini più astrusi e di una lingua più quotidiana, che sia comprensibile ai pazienti.

Alberto Angeli («Medicina di precisione, farmaci innovativi e terapie sperimentali. Riflessioni di un clinico», pp. 195-208) affronta il problema della medicina personalizzata, che permette di intervenire sul paziente studiandone il genoma. Questo nuovo approccio permette di ottenere dei risultati considerevoli soprattutto in oncologia. La medicina personalizzata considera tutti gli aspetti del paziente, la sua storia, il suo ambiente culturale e psicosociale, ed esige quindi un rapporto medico-paziente basato su una fiducia reciproca molto profonda. Bisogna ugualmente sottolineare l'importanza del ruolo giocato dall'epigenetica, fisiologia e patologia nello sviluppo di nuove tecniche. In particolare il campo di studio dell'epigenetica concerne i meccanismi molecolari o cellulari che regolano il flusso informativo generato dal DNA codificante, potendo così aiutare la cura di numerose malattie. Infine viene ricordato che in questo tipo di scenario i protocolli di sperimentazione devono essere ancora più rigorosi e il consenso informato riveste un ruolo ancora più importante.

Alessandro Bargoni («Regimina: una moderna giustificazione biologica?», pp. 209-216) studia il rapporto fra la medicina antica e i suoi regimina e la medicina moderna. Oggi nelle facoltà di medicina si dedica poco tempo alla storia della medicina; al massimo si studiano il XIX e il XX secolo. Si sottolinea tuttavia come, in tutti i periodi di cambiamento la medicina abbia sempre guardato al suo passato.

La medicina del XIX sec. ha acquisito una grande precisione nella diagnostica, ma ha rischiato di perdere l'approccio globale al paziente. Questo approccio è stato riscoperto recentemente, così come

l'importanza dell'ambiente: Darwin lo considerava già fondamentale, anche se il neo-darwinismo sembra aver negato l'influenza dell'ambiente sul DNA. L'epigenetica oggi mostra, al contrario, come i fattori ambientali svolgano un ruolo importante per gli effetti di ricaduta sul rimodellamento genetico. Come già sostenuto dalla scuola medica di Cos, l'ambiente, il sonno, il cibo, l'esercizio fisico, influenzano la nostra condizione fisica e mentale.

Valerio Dimonte («Assistenza infermieristica e stili di vita: l'attualità di Florence Nightingale», pp. 217-224) analizza l'influenza dell'opera di Florence Nightingale, *Notes on nursing: what is and what is not*, e in particolare la sua traduzione italiana. Anche se Florence Nightingale considera le donne come delle infermiere nate, tuttavia insiste sulla necessità di una loro formazione professionale per essere buone infermiere e sull'importanza di una cooperazione attiva fra malati e medici. Sottolinea pure l'efficacia dell'opera di prevenzione delle malattie, che può essere svolto dalle donne nelle famiglie, e poi, in termini più generali, definisce essenziali per la ripresa dei malati un ambiente sano e un regime alimentare in accordo con i loro gusti. Nightingale, in quanto una delle prime sostenitrici moderne del rapporto medico-paziente, e del ruolo attivo del paziente nelle sue cure, afferma altresì che il personale medico abbia il dovere di ascoltare i desideri del paziente.

Nell'appendice, **Pietro Celoria** («Alcool, cirrosi, trapianto: episteme e prassi», pp. 225-226) presenta la relazione fra il trapianto del fegato, cirrosi e alcool, con particolare riguardo ai problemi etici che il trapianto può comportare in questo tipo di pazienti.



LA VITA OLTRE LA VITA

Intervista a Pin van Lommel

Pim van Lommel è un cardiologo olandese che si occupa della ricerca sulla relazione tra coscienza e funzioni cerebrali. Ha indagato in particolare l'ambito delle NDE (*Near-Death Experiences*, o 'esperienze di pre-morte'), con l'obiettivo di inquadrare il tema all'interno di una prospettiva scientifica. Il 26 marzo 2017, presso la GAM di Torino, ha presentato il suo ultimo libro, best seller internazionale edito in Italia da Amrita. Per l'occasione, gli abbiamo posto qualche domanda.

a cura di Sara Boggio e Rosa Revellino

Dr. Pim van Lommel

COSCIENZA OLTRE LA VITA

La scienza delle esperienze di premorte

Edizioni AMRITA

Può darci una definizione di NDE, spiegandoci in particolare le NDE di cui Lei si è occupato?

Vi sono persone sopravvissute ad uno stato di crisi potenzialmente mortale e hanno riferito di una straordinaria esperienza cosciente. Una NDE può essere definita come la memoria di una varietà di impressioni avvenute durante quello speciale stato di coscienza, fra cui alcuni elementi "universalmente ricorrenti" (un'esperienza fuori dal corpo, sensazioni piacevoli, il vedere un tunnel, una luce, i propri cari che sono già deceduti, il passare in rassegna la propria vita, e il fare ritorno nel corpo coscientemente). Le circostanze in cui avvengono le NDE riferite sono diverse, e vanno dall'arresto cardiaco (morte clinica) ad uno shock conseguente ad emorragia (durante un parto difficile), dal coma dovuto a danno cerebrale o ad infarto, al semi-affogamento (i bambini!) o all'asfissia; tuttavia le NDE accadono anche in concomitanza di malattie in cui il pericolo di morte non è immediato, durante la depressione, l'isolamento o la meditazione, o anche senza

alcuna ragione visibile. Apparentemente, quindi, non c'è bisogno che il cervello sia fuori gioco per avere una NDE. Le NDE trasformano le persone che le vivono, causando sempre cambiamenti profondi nel modo di vedere la vita, la scomparsa della paura della morte, ed una più acuta sensibilità intuitiva.

Nel 1988 avviammo uno studio longitudinale su 344 casi consecutivi di pazienti sopravvissuti ad un arresto cardiaco in 10 ospedali olandesi, allo scopo di indagare sulla frequenza, le cause e i contenuti delle NDE. Scegliemmo di studiare questi pazienti perché l'arresto cardiaco, altrimenti detto "morte clinica", è una di quelle situazioni potenzialmente mortali che sono molto ben descritte in medicina. La definizione di morte clinica, nel nostro studio, venne usata per indicare quel periodo di incoscienza causato dall'assenza di ossigeno nel cervello quando cessano la circolazione sanguigna e la respirazione durante l'arresto cardiaco nei pazienti con un infarto acuto del miocardio, pazienti destinati a morte certa per danni irreversibili al

cervello se non si inizia la rianimazione cardio-polmonare entro 5-10 minuti. Essi rappresentano il modello più simile al processo di morte. Scopriamo che 62 pazienti (il 18% del totale) avevano conservato dei ricordi del periodo di arresto cardiaco, pur essendo incoscienti. E con nostra grande sorpresa, il grado di gravità dell'anossia cerebrale si dimostrò irrilevante. Questo ci permise di escludere una spiegazione fisiologica delle NDE quale l'anossia. Non troviamo una relazione neppure fra la frequenza delle NDE e i farmaci somministrati, la paura della morte prima dell'arresto cardiaco, il fatto di sapere già prima cosa fossero le NDE, il sesso dei pazienti, la loro religione o il loro grado di istruzione.

Come far rientrare nell'ambito del discorso scientifico un fenomeno non misurabile e difficilmente riproducibili in un setting sperimentale? In che modo è possibile documentare e spiegare questi studi accreditandoli presso la comunità scientifica?

È interessante rendersi conto che la coscienza e i suoi contenuti non sono né misurabili, né oggettivabili, né riproducibili, né falsificabili né dimostrabili. La scienza materialistica di solito parte da una realtà unicamente basata su dati fisici osservabili, ma l'essenza soggettiva della nostra coscienza, come i pensieri, i sentimenti, le emozioni e le intuizioni, non è oggettivabile.

Lo stesso vale per le NDE. Quello che può essere oggettivato sono gli effetti posteriori, come la trasformazione, ed è quanto abbiamo fatto nel nostro studio longitudinale, ottenendo così una prova "oggettiva" delle NDE "soggettive". Per studiare questo fenomeno avevamo bisogno di un progetto empirico e longitudinale, e i risultati di quel nostro studio scientifico furono pubblicati su *The Lancet*.

Ciò di cui ora abbiamo bisogno è un altro approccio scientifico, post-materialistico, per comprendere come si possa esperire una coscienza acuita mentre il cervello

non funziona più, come durante un arresto cardiaco. Ormai sono stati pubblicati diversi studi longitudinali sulle NDE dei sopravvissuti ad arresto cardiaco, studi che sono giunti a conclusioni e risultati che ci colpiscono per la loro somiglianza: il fenomeno delle NDE non può dunque più essere ignorato dal punto di vista scientifico. Si tratta di esperienze autentiche, che non possono semplicemente essere ricondotte all'immaginazione, alla paura della morte, alle allucinazioni, alle psicosi, all'uso di medicinali o alla mancanza di ossigeno; e chi le esperisce durante i pochi minuti di arresto cardiaco, poi appare cambiato in modo permanente. Secondo tali studi, l'attuale punto di vista materialistico circa la natura della relazione fra cervello e coscienza, quello al quale si attiene la maggior parte dei medici, dei filosofi e degli psicologi, è troppo ristretto per rendere conto di un fenomeno del genere.

Fattori di origine tossica o farmacologica, particolari condizioni fisiologiche (come l'anossia), auto-suggestione, condizionamento culturale, orientamento religioso: perché non sono sufficienti a dare spiegazione esauritiva del fenomeno?

Quattro studi longitudinali progettati in modo identico, ossia il nostro studio olandese (il solo corredato di analisi statistica), uno statunitense e due inglesi, hanno riscontrato quasi la stessa percentuale di NDE su un totale di 562 pazienti sopravvissuti ad arresto cardiaco, e tutti gli autori hanno concluso che nessun modello fisiologico o psicologico può, da solo, spiegare tutti gli elementi che queste NDE hanno in comune. Il paradossale prodursi di una consapevolezza più acuta, lucida e di processi logici di pensiero durante un periodo in cui non circola più sangue nel cervello fa sorgere particolari perplessità circa l'attuale punto di vista dominante di quale sia la natura della coscienza e delle sue relazioni con le funzioni cerebrali. Il fatto che possano

aver luogo dei processi percettivi e sensoriali complessi e di grande chiarezza, sfida il concetto che la coscienza sia localizzata esclusivamente nel cervello: perché quando il cervello non funziona e il paziente è in coma profondo durante l'arresto cardiaco, le strutture cerebrali soggiacenti all'esperienza soggettiva e alla memoria sono, necessariamente, gravemente disfunzionanti. Esperienze complesse come quelle riportate nelle NDE non dovrebbero manifestarsi, né potrebbero essere ricordate: si tratta di pazienti che dovrebbero essere privi di esperienze soggettive in assoluto. Se ci si attiene al pensiero scientifico dominante, se "crediamo" che la coscienza sia solo l'effetto collaterale di un cervello funzionante, è praticamente impossibile spiegare le NDE. Il fatto che vengano riferite esperienze lucide vissute coscientemente mentre l'attività cerebrale è cessata, si concilia difficilmente con le attuali opinioni della medicina. Lo studio scientifico delle NDE ci spinge ai limiti dei concetti della medicina e della neurofisiologia circa la portata della coscienza umana e la relazione mente-cervello.

Ci sono analogie tra le esperienze di pre-morte e di suggestione mistica?

Non so cosa lei intenda per "suggestione mistica", ma quello che so per certo è che le NDE sono state raccontate in ogni epoca, in ogni cultura, in ogni religione, solo che in passato venivano chiamate "esperienze religiose", o "di luce" o "mistiche", o "esperienze dell'U-no". Molte di queste esperienze sono state causate dalla febbre alta, dal semi-affogamento, dal coma, dall'isolamento, da crisi esistenziali ecc. Oggi, perlopiù, le chiameremmo NDE.

Quale metodo di osservazione ha applicato ai suoi studi? Quante testimonianze ha raccolto?

Come ho detto, intervistammo 344 pazienti consecutivi sopravvissuti ad un arresto cardiaco in 10 ospedali ►

Nel 1988 avviammo uno studio longitudinale su 344 casi consecutivi di pazienti sopravvissuti ad un arresto cardiaco in 10 ospedali olandesi, allo scopo di indagare sulla frequenza, le cause e i contenuti delle NDE. [...] Scoprimmo che 62 pazienti (il 18% del totale) avevano conservato dei ricordi del periodo di arresto cardiaco, pur essendo incoscienti. E con nostra grande sorpresa, il grado di gravità dell'anossia cerebrale si dimostrò irrilevante

olandesi, 62 dei quali (il 18%) riferirono una NDE. Il nostro è stato uno studio empirico e longitudinale, con analisi statistica dei casi che avevano o meno riferito di una NDE.

Vi era quindi un gruppo di controllo, e questo venne mantenuto anche nello studio longitudinale, con interviste registrate a 2 e 8 anni dall'arresto cardiaco. È ancora oggi il più vasto studio scientifico sulle NDE dei sopravvissuti ad arresto cardiaco, l'unico dotato di analisi statistiche e l'unico comprendente uno studio longitudinale sulle trasformazioni indotte dalla NDE.

Rispetto agli studi del passato sul fenomeno del pre-morte, che hanno matrice antropologica e psicanalitica, quali differenze sostanziali porta il suo metodo?

Fino a tempi recenti mancavano studi longitudinali e progettati scientificamente allo scopo di spiegare la causa e i contenuti delle NDE: gli studi erano sempre stati retrospettivi e molto selettivi nei confronti dei pazienti.

Basandosi su questi studi retrospettivi incompleti, ci si era formata la convinzione che l'esperienza potesse essere causata da cambiamenti di ordine fisiologico all'interno del cervello, risultanti dall'anossia, ossia dall'assenza di ossigeno; altre teorie parlavano di una reazione psicologica all'avvicinarsi della morte, o di allucinazioni, sogni, effetti collaterali dei farmaci o più semplicemente di falsi ricordi. Sono stati pubblicati anche studi transculturali, ma lì il problema della selezione è ancora maggiore.

Potrebbe spiegarci qual è la teoria alla base del concetto di 'coscienza non localizzata'? È un concetto che si riscontra anche in altre tradizioni culturali-filosofiche?

In *Coscienza oltre la Vita*, da poco uscito in Italia, ho scritto che se ci basiamo sugli studi longitudinali sulle NDE e le recenti scoperte delle ricerche neurofisiologiche, oltre

che sui concetti della fisica quantistica, la nostra coscienza non può essere localizzata in un dato tempo o spazio.

E questo è esattamente ciò che descrivono i pazienti raccontando le loro NDE: tutto ciò che riguarda il passato o il futuro è istantaneamente disponibile, ed è per questo che si parla di "coscienza non locale", al di là del tempo e dello spazio.

In base a questo concetto, la nostra coscienza illimitata (o non-locale), dotata di ricordi dichiarati, ha origine in una dimensione non-locale dove è ed è immagazzinata sotto forma di onde o campi di informazioni, e il cervello serve solo da stazione di collegamento, così che parti di questi campi-onda di coscienza siano ricevuti dalla – o sotto forma di – coscienza di veglia. Le funzioni cerebrali dovrebbero allora essere paragonabili a quelle di una ricetrasmittente, un'interfaccia, non diversamente dalle funzioni di un computer.

Diverse reti neurali fungono da interfaccia per diversi aspetti della nostra coscienza, e andrebbero viste come ricettori e trasportatori, invece che come dispositivi di immagazzinamento della coscienza e dei ricordi. Il concetto di coscienza non-locale, priva di radici nel campo misurabile della fisica, ossia in questo nostro mondo manifesto, riesce a spiegare tutti gli elementi delle NDE durante l'arresto cardiaco.

Nel cercare di capire l'interazione fra coscienza non-locale e corpo materiale, un paragone utile può essere quello con le moderne comunicazioni globali. Lo scambio di informazioni oggettive per mezzo dei campi elettromagnetici dei telefonini, della radio, della TV, o dei nostri computer portatili è continuo, e in questo preciso momento siamo invasi da centinaia di migliaia di telefonate, centinaia di programmi radiotelevisivi: tuttavia ne prendiamo coscienza solo nel momento in cui usiamo il cellulare o accendiamo la radio, la TV o il laptop. Quello che riceviamo non si trova né dentro lo strumen-

to né nelle sue componenti, però è grazie al ricevitore che le informazioni dei campi elettromagnetici (il "Cloud") diventano osservabili per i nostri sensi, e che di conseguenza nella coscienza si manifestano le percezioni.

Internet, con più di un miliardo di siti web che possono essere captati quasi nello stesso momento negli USA, in Europa e in Australia, non è ovviamente localizzato dentro il computer, e non è nemmeno prodotto dal computer: le informazioni di Internet sono disponibili sempre e ovunque, perché sono immagazzinate nel "Cloud". Questo concetto è paragonabile a quello di coscienza non-locale: il nostro cervello non produce la coscienza ma ne facilita l'esperienza. È un concetto che non ha a che fare con una tradizione culturale o filosofica, però viene descritto nella filosofia orientale così come in Platone: "l'anima è immortale, eterna, e il corpo è temporaneo".

Lei sostiene che la concezione di coscienza che deriva dagli studi sulle NDE sia collegata alla fisica quantistica: in che modo?

È stata una vera e propria sfida per la scienza formulare nuove ipotesi che riuscissero a spiegare la possibilità di avere una coscienza lucida ed acuita, dotata di ricordi, senso di identità, cognitività, emozioni, capace di percepire le cose da un punto al di fuori e al di sopra del proprio corpo senza vita durante una temporanea cessazione delle funzioni cerebrali; in grado di spiegare l'interconnessione della coscienza con quella dei propri cari deceduti o di altre persone di cui riferivano i pazienti, nonché la possibilità di passare in rassegna istantaneamente, simultaneamente (non-località) tanto il passato quanto il futuro dell'esistenza, in una dimensione in cui al concetto spazio-temporale convenzionale, legato al corpo, si sostituisce la coesistenza di eventi passati, presenti e futuri; ipotesi capaci di spiegare persino l'esperienza del ritorno cosciente nel corpo.

I concetti della fisica quantistica sono un'analogia (*non* una spiegazione) per ciò che viene esperito in coscienza durante una NDE.

In che modo lo studio delle NDE può incidere sulla pratica clinica? Con quali implicazioni, in particolare, sul fine-vita?

Ovviamente, conoscere meglio i risultati delle ricerche sulle NDE e sulla possibilità della continuità della coscienza dopo la morte potrebbe avere un impatto significativo sulla pratica clinica, giacché questo informa nuove idee sul trattamento dei pazienti in coma o nelle fasi conclusive di una malattia terminale.

E dovrebbe naturalmente produrre dei cambiamenti nella pratica clinica riguardo all'iniziare o interrompere procedure e trattamenti volti a prolungare la vita, o funzionali all'espianto di organi a cuore battente e a corpo caldo in pazienti con una diagnosi di morte cerebrale.

Le ricerche sulle NDE, comunque, hanno un significato pratico importante non solo per i professionisti della salute, ma anche per i morienti e le loro famiglie: dovrebbero tutti essere informati delle straordinarie esperienze che possono avvenire durante la morte clinica o il coma, o al capezzale di un moriente (esperienze di fine vita) o persino dopo la morte (comunicazione post-mortem).

Per offrire alle persone che vivono una NDE un aiuto e un sostegno migliore di quello che ricevono al momento, tutti gli operatori sanitari e i famigliari dovrebbero considerare la possibilità che si produca una NDE a seguito di un evento potenzialmente mortale come l'arresto cardiaco o il coma. In caso di NDE, medici e terapeuti non dovrebbero liquidare l'esperienza come patologica o come un incidente anomalo, ma considerarla come una fase critica spirituale ed esistenziale in grado di cambiare il corso di una vita, con tutto il disorientamento e i problemi psicologici che un'esperienza tanto cruciale porta con sé.

Nel cercare di capire l'interazione fra coscienza non-locale e corpo materiale, un paragone utile può essere quello con le moderne comunicazioni globali

I concetti della fisica quantistica sono un'analogia (non una spiegazione) per ciò che viene esperito in coscienza durante una NDE

transatlantico

La prevenzione nell'era dei 'big data'

BIG D



ordine dei medici
e degli odontoiatri
della provincia di salerno



International Symposium

Precision Prevention: From Big Data to Individual Health



Saturday October 21st, 2017
Sabato 21 ottobre 2017

Centro Congressi "Grand Hotel Salerno"
Lungomare Tafuri, 1 - Salerno

Intervista di Roberta Chersevani
Presidente FNOMCeO

a Ranieri Guerra

*Vice Direttore dell'OMS - Organizzazione Mondiale
della Sanità*

In occasione del simposio internazionale **"Precision prevention: from Big Data to individual Health"**, che si è svolto sabato 21 ottobre 2017 presso l'OMCeO di Salerno, **Ranieri Guerra** ha presentato una *lectio magistralis* dal titolo "La Guerra della Prevenzione: evidenze, prospettive, scelte di politica sanitaria".

Direttore Generale della **DG Prevenzione del Ministero della Salute**, Guerra è stato di recente nominato Vice Direttore Generale dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità**.

Poco dopo la nomina all'incarico per l'OMS, e poco prima dell'evento salernitano, la **FNOMCeO** ha pubblicato un'intervista a Guerra di **Roberta Chersevani**, presidente della Federazione Nazionale: un dialogo che "traccia il bilancio di tre anni al Ministero e anticipa le linee programmatiche dell'OMS".



DATA

Il percorso professionale che parte dalla prima linea è fondamentale per non perdere mai i legami con la realtà operativa: quando si va ad abitare la gerarchia istituzionale si rischia di perdersi in corridoi politici e amministrativi che si auto-perpetuano invece che rivolgersi alla professione e all'utente finale

Ranieri, noi ci siamo conosciuti quando eri già al Ministero della Salute. Tu però nasci come medico, impegnato in prima linea anche nel volontariato in Paesi in via di sviluppo. Vuoi raccontarci brevemente questa tua esperienza?

Nasco infatti professionalmente in Africa, dove sono andato a lavorare praticamente subito dopo l'abilitazione. Sono stato in situazioni sociali e sanitarie ai limiti estremi del gestibile, riviste successivamente anche in campi profughi e rifugiati in giro per il mondo. Sono stato in oltre cento Paesi, molti dei quali ai livelli più bassi dello sviluppo, in belligeranza o in guerra aperta, come la regione balcanica, il corno d'Africa, il Medio-oriente, l'Africa centrale e la costa settentrionale dell'Africa, le repubbliche centroasiatiche. Ho visto crolli di regime e sviluppi spesso disordinati e colpiti da epidemie che hanno devastato società già poverissime. È stata un'esperienza umana e professionale unica, che mi ha insegnato e arricchito, e anche orientato sugli approfondimenti accademici successivi: ho cercato di studiare e capire per evitare errori clinici e organizzativi che tuttora vedo inevitabilmente accadere. Erano gli anni della nascita della cooperazione allo sviluppo italiana, che si innestava su una tradizione di ONG di eccellenza, come il CUAMM di Padova, che è stata la mia prima e indimenticabile affiliazione. Devo dire che il percorso professionale che parte dalla prima linea è fondamentale per non perdere mai i legami con la realtà operativa: quando si va ad abitare la gerarchia istituzionale si rischia di perdersi in corridoi politici e amministrativi che si auto-perpetuano invece che rivolgersi alla professione e all'utente finale, la gente, la cui salute collettiva dobbiamo proteggere con gli strumenti della scienza, della ricerca e della politica nobile, che è quella che la nostra ministra ha adottato e promosso sistematicamente durante tutto il suo mandato. Molto del pragmatismo e della ricerca di risultato che ho cercato di perseguire durante il mio mandato al Ministero deriva proprio dal senso di urgenza e di servizio che ho imparato nei miei anni precedenti, dove la questione spesso era semplicemente di vita o di morte, con poco spazio per le chiacchiere e i sofismi.

In particolare, i nostri rapporti si sono rafforzati la scorsa primavera, durante l'iter 'travagliato' della Legge sui vaccini: nelle nostre lunghe telefonate quasi quotidiane ho avuto modo di apprezzare ancora di più la tua competenza, professionalità, il tuo spirito di collaborazione e anche la tua umiltà, il tuo rispondere a tutti quelli che ti fanno domande cercando di capire. Se dovessi scegliere tre 'goal' raggiunti dal Ministero in termini di prevenzione sanitaria, sotto la tua guida della DG Prevenzione, quali privilegeresti?

Sicuramente il piano vaccinale, voluto fortemente da una ministra che non ha esitato a lanciare una battaglia di civiltà, sia parlamentare che sociale, che sta dando frutti importantissimi, che rimarranno con noi per molti anni. In secondo luogo, un'azione che ha avuto poca visibilità, ma che ugualmente avrà impatti rilevanti, con l'adozione dei piani di sicurezza dell'acqua e lo sviluppo di un impianto di valutazione di impatto sanitario che valorizza e privilegia la dimensione della salute nei processi autorizzativi degli impianti industriali: la riclassificazione dei siti contaminati nel nostro Paese e il loro risanamento e recupero passa attraverso questi due provvedimenti che ci mettono all'avanguardia dei paesi OCSE. Infine, in prospettiva, il lancio del piano nazionale sulla genomica, che regolerà nei prossimi anni la medicina, la diagnostica e la prevenzione personalizzate, con l'impiego di diagnostica avanzata capace di riformulare anche i paradigmi di controllo delle infezioni e limitare progressivamente la diffusione dell'antimicrobico-resistenza, una delle piaghe del nostro Paese.

Permettetemi però di concludere ricordando il contributo alla gestione sanitaria dei migranti che ha caratterizzato questi tre anni al Ministero: oltre mezzo milione di arrivi sono stati gestiti dai nostri medici e infermieri di prima linea, assieme alla CRI e alle am-

ministrazioni regionali, la cui generosità non viene mai abbastanza ricordata. Lo sviluppo della capacità di biocontenimento che il Paese ha realizzato (assieme alla sanità militare) ci ha anche permesso di evacuare e trattare con successo casi di Ebola che in altri luoghi del mondo hanno generato casi secondari. Abbiamo realizzato qualcosa di unico che rimarrà nella storia della medicina e negli annali. Cito il presidente della Commissione Europea Juncker: abbiamo salvato l'onore d'Europa e siamo ora pronti per sostenere senza discriminazioni e riconoscendo il diritto alla salute anche della popolazione migrante il programma di accoglienza diffusa che il governo ha lanciato a inizio ottobre.

Ora la tua esperienza andrà al servizio dell'Organizzazione mondiale della Sanità: il nuovo Direttore Generale Tedros Adhanom Ghebreyesus ti ha infatti chiamato come suo vice. Un grande onore per l'Italia, un ruolo del tutto meritato per te. A noi, egoisticamente, un po' dispiace perderli... Ma veniamo ai programmi. Tedros Adhanom Ghebreyesus ha dichiarato: *"I envision a world in which everyone can lead healthy and productive lives, regardless of who they are or where they live"*. Quali sono le strategie di prevenzione attuabili, sostenibili ed efficaci per ridurre realmente le disuguaglianze in termini di salute?

Questa è la domanda da cento milioni. Siamo in una situazione in cui la conoscenza scientifica è vasta e approfondita, abbiamo una ricerca globale che ci fornisce strumenti formidabili, abbiamo un'armata medica e infermieristica di grande qualità e capacità e abbiamo una disponibilità di risorse anche economico-finanziarie che probabilmente sono sufficienti sul livello globale, se ridistribuite e gestite in maniera efficiente, come fa l'Italia, che, lo ricordo, ha la migliore qualità a fronte del costo minore tra i grandi Paesi dell'area OCSE. E allora cosa manca? La visione della dimensione politica della salute, dove non è soltanto la competenza che conta, ma anche, e qualche volta soprattutto, la coerenza delle azioni che mirano all'inclusione, al recupero degli individui e delle comunità marginali, alla redistribuzione delle risorse per raggiungere coloro che altrimenti rimangono sconosciuti ai sistemi sanitari, abbattendo le barriere economiche e finanziarie che ancora scoraggiano molti dal ricorrere tempestivamente a servizi disegnati troppo spesso in maniera passiva, tradizionale, poco calata nella realtà della vita quotidiana. Tedros ha subito affermato che l'OMS deve diventare un'agenzia di governo delle politiche sanitarie, che si rivolga proprio alla dimensione politica, alimentandola con le evidenze e con la scienza.

In ambito preventivo siamo di fronte all'ingresso rivoluzionario della nuova diagnostica molecolare, alla capacità di definire la filogenesi dei patogeni rintracciandone insorgenza e movimenti, alle scienze omiche che rivoluzionano i test di medicina, alla valutazione epigenetica delle influenze dei macrofattori di rischio e del decadimento ambientale sui prodotti di salute, alla comprensione dei determinanti di malattie cronico-degenerative che iniziano ad attaccare la speranza di salute fin dalla vita fetale. Insomma, una batteria di strumenti fondamentali per rilanciare una prevenzione personalizzata che tuteli la nostra gente lungo tutto il percorso di vita anche in presenza dei cambiamenti epocali determinati, ad esempio, dal mutamento climatico e dalla circolazione di vettori e patologie tra paesi e società mobili e globalizzati. Porto con me il modello del nostro piano nazionale della prevenzione, avanzatissimo e calato nei setting fondamentali della famiglia, della scuola e del lavoro, che abbiamo portato anche in Europa in un'azione congiunta che identifica proprio i meccanismi dell'equità e della salvaguardia del diritto fondamentale alla salute. Non a caso una delle linee cruciali della nuova direzione dell'OMS è proprio la copertura universale a cui tutti gli Stati membri hanno aderito.

La prevenzione di precisione

Così come la medicina di precisione impiega dati sui singoli pazienti per pianificare l'intervento terapeutico più adatto, così la prevenzione di precisione fa uso dei "Big Data" per studiare l'impatto dei fattori di rischio sullo sviluppo di determinate patologie all'interno di una popolazione e per identificare strategie atte a prevenirne la insorgenza o per ottimizzare l'uso delle pratiche e delle risorse terapeutiche esistenti. Questo approccio, che utilizza sia dati genomici che ambientali, potrebbe costituire uno strumento eccezionale per generare modelli di rischio sempre più accurati in grado di fare predizioni, a lungo termine, sull'evoluzione e sull'esito delle patologie in esame. Tuttavia, affinché produca risultati utili, l'impiego dei "Big Data" deve essere basato su rigorose procedure analitiche e sulla qualità e specificità degli stessi. Inoltre questa grossa mole di dati generata su singoli individui potrebbe creare problemi etici e giuridici, di cui bisogna tener presente al momento di pianificare studi di popolazione.

(dalla presentazione di "Precision prevention: from Big Data to individual Health")



La tutela dei minori nel rapporto con i mezzi di informazione

Ivana Garione

*Consigliera OMCeO Torino, Componente
TUTTINRETE*

Biancamaria Biancardi Moschella

Referente TUTTINRETE

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino firmò, il 13 febbraio 2009, il Protocollo d'intesa di TUTTINRETE, Tavolo Interistituzionale e Interprofessionale nato per promuovere una cultura della tutela dei minori nel rapporto con i mezzi di informazione. Sottoscrivendo il Protocollo tutti gli Enti aderenti si sono impegnati a mantenere la propria rappresentanza all'interno del Tavolo e ad osservare e diffondere i valori che ispirano il progetto, puntando a realizzare in Piemonte un'informazione più attenta e responsabile verso le persone di minore età. Tutti i soggetti coinvolti dal Protocollo d'intesa, per dovere istituzionale o per competenza professionale, sono continuamente a confronto con la realtà delle persone di minore età, con la consapevolezza che le tendenze in atto nella società dell'informazione, con un contesto comunicativo che diventa sempre più complesso, richiedano maggiore attenzione alla tutela dei diritti di giovani e bambini. L'obiettivo comune è, quindi, la salvaguardia del diritto degli appartenenti a tale fascia d'età, ad essere protetti nella varie fasi di crescita, per un ar- ►

monico sviluppo psico-fisico e morale della persona. Le “Linee guida”, contenute nella Carta dei valori allegata al Protocollo, raccomandano, in particolare, alcune indicazioni fondamentali da tenere in considerazione quando si vuole parlare e scrivere ‘di’ e ‘con’ persone di minore età:

parlare di loro non come se fossero adulti; non come se fosse facile; senza pensare o pretendere di essere la loro voce; con responsabilità; rispettandone davvero l’anonimato; senza fare del sensazionalismo sulla loro pelle; senza pensare di essere soli; anche in positivo; parlare di minori non solo al singolare, ma anche al plurale.

TUTTINRETE non si propone, tuttavia, intenti censori, che sono già compito di organi istituzionalmente preposti alla verifica di eventuali comportamenti illeciti, scorretti, imprudenti o inopportuni nei confronti dei minori, ma vuole contribuire alla formazione di una cultura condivisa, fatta non solo di principi, ma anche di buone pratiche. Un tavolo ‘di sintesi’ che intende programmare, da un lato, momenti di approfondimento e dibattito sul come fare ‘formazione comune’ e, dall’altro, promuovere una cultura della tutela dei diritti dei minori nel delicato rapporto con i mezzi di informazione.

Le “Linee guida”, contenute nella Carta dei valori allegata al Protocollo, raccomandano, in particolare, alcune indicazioni fondamentali da tenere in considerazione quando si vuole parlare e scrivere ‘di’ e ‘con’ persone di minore età

Nel corso degli ultimi tre anni TUTTINRETE ha seguito il crescendo, soprattutto tra i giovani, di svariate modalità tramite le quali viene attualmente declinato il diritto, sancito sin dal 1949 dall’art. 19 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo, “di cercare, ricevere e diffondere informazioni e idee attraverso ogni mezzo e senza riguardo alle frontiere”. È quindi ben presente il ruolo svolto, ad esempio, dai motori di ricerca, dai blog e dalle varie reti sociali che consentono anche a persone minorenni di esercitare direttamente, purtroppo spesso in modo prevalentemente sprovvisto e incontrollato, il diritto di esprimersi e di informarsi.

In quest’ottica i componenti di TUTTINRETE hanno deciso di produrre un “GLOSSIER” ovvero un unico volume cartaceo di circa 200 pagine che è formato da un “dossier” e un “glossario” (da cui la parola sintetica glossier).

La prima parte è intitolata: “Minori e Media: un cambiamento culturale è possibile o è utopia?” e propone al lettore un articolato percorso il cui avvio è dato dai principi dell’etica coniugati con la tutela del minore. Viene poi sviluppata la necessità di una formazione nell’utilizzo dei media sia per i minori sia per gli adulti affinché questi ultimi diventino colti nell’effettiva attuazione dei diritti dell’infanzia e della gioventù, anche con la sollecitazione ad un’attenzione alla sfera emotiva della persona di minore età ed ai rischi ai quali è esposta nel rapporto con il mondo dell’informazione. Tale percorso si conclude con il punto di vista del magistrato minorile e con quello degli autori dell’informazione che riguarda le persone minori di età.

La seconda parte dell’opera è composta da un vero e proprio glossario, in cui esperti, componenti del Tavolo Interistituzionale e Interprofessionale, trattano voci destinate ad arricchire il patrimonio culturale di chiunque abbia consapevolezza che occorre una formazione specifica per parlare o scrivere responsabilmente di persone di minore età. I diversi contributi sono frutto del particolare clima di scambio e di confronto tra vari saperi, che rende TUTTINRETE un’iniziativa unica a livello nazionale.

Nella terza parte del GLOSSIER vengono messe nel giusto rilievo le ricadute formative ottenute in ambito scolastico, grazie all’attuazione dei contenuti della documenta-



LE ATTIVITÀ
DI TUTTINRETE

zione alla base dell'attività di TUTTINRETE: la Carta dei Valori e le Linee Guida che ne fanno parte integrante.

Il lettore potrà consultare i percorsi didattici e gli elaborati finali prodotti dalle scolaresche della scuola primaria vincitrici del Concorso "MINORENNI E MEDIA" promosso nell'anno scolastico 2014-15 da TUTTINRETE e diffuso dal MIUR-USR Piemonte in tutta la Regione.

Il Glossier a breve sarà pubblicato anche sul sito www.tuttinrete.org.

Ad oggi fanno parte di TUTTINRETE (in ordine alfabetico):

Associazione Italiana degli Avvocati per la Famiglia e per i Minori A.I.A.F. Piemonte e Valle d'Aosta;

Associazione Italiana dei Magistrati per i Minorenni e per la Famiglia A.I.M.M.F - Sezione Piemonte e Valle d'Aosta;

Camera Minorile di Torino;

Centro per la Giustizia Minorile del Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Provincia di Massa Carrara;

*Città di Torino: Direzione Politiche sociali e rapporti con le Aziende
Direzione Centrale Corpo di Polizia Municipale;*

Comando Provinciale Carabinieri Torino,

Comando Provinciale Guardia di Finanza Torino;

Comitato Regionale per le Comunicazioni Co.Re.Com.Piemonte;

Ordine degli Avvocati di Torino;

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino;

Ordine degli Psicologi;

Consiglio Regionale del Piemonte: Consulta regionale dei Giovani;

Ordine dei Giornalisti;

MIUR - Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte;

Polizia di Stato - Questura di Torino;

Regione Piemonte - Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia;

Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione.

Verso la riforma: dall'alienismo alla salute mentale

GLI ANNI '60 E '70 IN PIEMONTE

Franco Lupano

Presidente CISO Piemonte (Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospedaliera)

In previsione del **quarantesimo anniversario della Legge 180** (la cosiddetta "riforma Basaglia") che cadrà nel 2018, il Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospedaliera, sezione Piemonte (CISO Piemonte), che da anni svolge ricerche sulla storia dei manicomi e della malattia mentale, ha organizzato un **convegno per esporre e valutare le esperienze e il percorso della psichiatria in Piemonte negli anni che hanno preceduto la riforma**, inserendole nel clima sociale e politico dell'epoca, e per avviare un **dibattito su aspettative, ostacoli**, compromessi che hanno accompagnato l'avvio della riforma psichiatrica, anche alla luce della situazione attuale.

A tale scopo sono stati invitati **ricercatori e studiosi con competenze in ambito psichiatrico, sociale, sindacale e politico**, per fornire un quadro il più completo possibile. Infine, la presenza di **protagonisti e testimoni che hanno vissuto direttamente le vicende di quegli anni** permetterà di comprendere meglio il significato rivoluzionario della riforma psichiatrica del 1978.

Il convegno si è svolto il 6 ottobre 2017 e ha avuto il patrocinio della Regione Piemonte, del Comune di Collegno (che ha reso disponibile la struttura "Lavanderia a Vapore" per il suo svolgimento), dell'OMCeO di Torino e di Psichiatria Democratica.

"LEGGE BASAGLIA": UN CONVEGNO PER RIPERCORRERNE LA STORIA

Il 29 giugno 1977 venivano abbattuti i primi 100 metri del muro che circondava il manicomio di Collegno: non un atto simbolico, ma l'inizio della demolizione di una barriera che aveva "custodito" i malati di mente per più di un secolo, e che si sarebbe conclusa due anni dopo. A metà di questo percorso veniva approvata la cosiddetta "legge Basaglia", di cui ricorrerà il quarantennale il 13 maggio 2018: l'Italia, prima nel mondo, eliminava i manicomi, ma a questo traguardo giungeva dopo una preparazione di decenni, che aveva coinvolto tutte le componenti della società, dagli psichiatri ai mezzi di comunicazione, alla magistratura, ai cittadini in generale e non ultimi, gli stessi ricoverati dei manicomi.

VERSO LA RIFORMA: DALL'ALIENISMO ALLA SALUTE MENTALE GLI ANNI 60 E 70 IN PIEMONTE

6 Ottobre 2017

Lavanderia a vapore, Corso Pastrengo 51 Collegno

Programma

- 8,30 Registrazione partecipanti
- 9,00 Saluti delle autorità e introduzione (Francesco Casciano – Sindaco di Collegno, Flavio Boraso – Direttore Generale ASL TO3)
- **Prima sessione:** Norme e istituzioni – Moderatore: Silvio Venuti
- 9,20 Mutamenti normativi dell'ambito psichiatrico dal 1904 al 1978 (Luciano Sorrentino)
- 9,40 Il ruolo della Provincia di Torino (Giacomo Vaccarino)
- 10,00 Il processo di cambiamento: gli atti dell'amministrazione dell'Ospedale Psichiatrico tra 1968 e 1978 (Ezio Cristina)
- 10,20 Villa Azzurra (Giorgio Tribbioli)
- 10,40 Discussione

Pausa

- **Seconda sessione:** Lotte e sperimentazioni – Moderatore: Franco Lupano
- 11,20 La nascita e il ruolo dell'Associazione per la Lotta alle Malattie Mentali - (Gastone Cottino e Barbara Bosi)
- 11,50 Le cooperative sociali (Danila Mezzano)
- 12,10 Il ruolo del servizio sociale prima della riforma (Barbara Rosina)
- 12,30 Discussione plenaria

Pausa pranzo (12,50-14,00)

- **Terza sessione:** La riforma tra realtà e comunicazione – Moderatore: Michele Presutti
- 14,00 Proiezione del filmato "1987: fuga da Collegno"
- 14,20 Il ruolo delle organizzazioni sindacali (Antonio Macrì)
- 14,40 Media e malattia mentale (Enrico Di Croce)
- 15,00 Cos'è rimasto dell'Ospedale Psichiatrico dal 1978 al 2018? (Enrico Zanalda)
- 15,20 Discussione
- 15,35 Tavola rotonda con la partecipazione di protagonisti dell'epoca e di Calogero Baglio, bibliotecario archivistico dell'ex manicomio di Collegno; moderatore Franco Lupano
- 16,35 Conclusioni.
- 16,55 Questionario ECM

Con il patrocinio di



Segreteria Scientifica:

Ezio Cristina – Franco Lupano
Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospedaliera
www.cisopiemonte.it

Accreditato ECM Piemonte cod 27892 Crediti formativi 5

iscrizioni ECM: www.ecmpiemonte.it
iscrizioni NON ECM: info@cisopiemonte.it



Per quanto oggi possa sembrare inverosimile, allora l'assistenza psichiatrica non dipendeva dal Ministero della Sanità, ma dagli Interni

Ripercorrere il cammino che ha portato alla riforma e alla sua applicazione in Piemonte, è stato quindi l'obiettivo del convegno **"Verso la riforma: dall'alienismo alla salute mentale. Gli anni '60 e '70 in Piemonte"** che il Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospedaliera ha organizzato il 6 ottobre 2017 presso la "Lavanderia a Vapore" di Collegno: un luogo simbolico, negli anni '30 del Novecento, costruito per provvedere ogni giorno al lavaggio di decine di migliaia di capi provenienti dal manicomio, ora centro di eccellenza per la danza e reso disponibile dal Comune di Collegno per eventi culturali. Il convegno ha segnato l'inizio di una serie di iniziative destinate a ricordare la portata storica della riforma che si concluderanno nella ricorrenza dei quarant'anni della sua promulgazione, il 13 maggio 2018.

NORME E ISTITUZIONI

Il convegno si è articolato in tre sessioni. Nella prima, "Norme e istituzioni", il primo relatore, lo psichiatra **Luciano Sorrentino**, ha messo in evidenza che la riforma del governo Giolitti del 1904, pur avendo messo ordine in una materia in cui regnava una totale incertezza di regole, rimase in vigore sostanzialmente immodificata senza tener conto dell'evoluzione della società e delle scienze mediche, fino al 1968, quando la legge Mariotti diede il via ufficiale all'istituzione di Centri di Igiene Mentale e introdusse il ricovero volontario, che permetteva così al malato di decidere non solo il proprio ricovero, ma anche le proprie dimissioni. Solo un anno dopo, nel 1969, il congresso degli psichiatri italiani chiedeva l'inserimento dell'assistenza psichiatrica all'interno della medicina generale e la sua organizzazione in ambito territoriale, mediante strutture agili e decentrate: per quanto oggi possa sembrare inverosimile, allora l'assistenza psichiatrica non dipendeva dal Ministero della Sanità, ma dagli Interni, proprio a rimarcare la sua funzione principale di tipo custodialisti-



Gli anni Sessanta
segnarono
anche l'inizio
delle lotte contro
l'istituzione
da parte della
società civile

co, molto più che sanitario, come esposto nel secondo intervento, del professor **Giacomo Vaccarino**. A seguire lo psichiatra **Ezio Cristina**, che ha esaminato gli atti dell'Amministrazione del manicomio tra il '68 e il '78, portando alcuni esempi di pazienti che sono riusciti ad allontanarsi dall'istituto: nei verbali tali eventi sono definiti "evasioni" fino al 1970 e solo successivamente si parla di "fughe", a dimostrazione dell'inutilità, oltre che della antiterapeuticità di misure restrittive forzate; ha inoltre citato casi di pazienti che, ripresi e rientrati in struttura, sono riusciti nuovamente a fuggire, in alcuni casi in più occasioni.

Lo psicologo **Giorgio Tribbioli** ha poi ricordato la sua esperienza a Villa Azzurra, il manicomio dei bambini: assunto il 1° maggio 1970, giungeva poco dopo l'allontanamento dello psichiatra Coda, incriminato e poi condannato nel 1974 per aver seviziato con scariche elettriche adulti e bambini ricoverati. La sua relazione rievoca l'assurdità di un istituto dove si ricoveravano bambini di soli tre anni con la diagnosi di "pericoloso a sé e agli altri", o la storia di Alberto, un bambino di otto anni di spiccata intelligenza la cui unica colpa era quella di soffrire di carenze affettive per essere stato abbandonato dai genitori: collocato in un collegio, inghiottì una biglia giocando; fu ricoverato in ospedale, da dove, per il suo comportamento vivace e irrequieto, finì nel centro psichiatrico di Collegno, solo e abbandonato tra adulti e anziani malati di mente.

LOTTE E SPERIMENTAZIONI

Ma gli anni Sessanta segnarono anche l'inizio delle lotte contro l'istituzione da parte della società civile. Nella seconda sessione "Lotte e sperimentazioni" l'Associazione per la Lotta contro le Malattie Mentali, nella veste di uno dei suoi soci fondatori, il professor **Gastone Cottino**, e del suo attuale presidente, la psicologa **Barbara Bosi**, ha ripercorso gli eventi dell'epoca in cui l'Associazione riuscì a ottenere il permesso di visitare in modo sistematico e a più riprese il manicomio di Collegno, riportando poi fedelmente i risultati delle ispezioni nel libro "La fabbrica della follia", pietra miliare delle denunce contro le condizioni di vita dei malati di mente ricoverati. Nell'arco di cinquant'anni l'ALMM ha continuato a rappresentare "la voce di chi non ha voce, per non permettere che il lavoro di lotta contro lo stigma sia vanificato, per impedire che il nuovo Manicomio affondi liberamente le proprie radici manifestandosi in abbandoni, violenze o abusi di potere". Attualmente gestisce uno "Sportello di Ascolto Psicologico e Consulenza Legale a Utenti e Familiari" che ha anche la funzione – a seguito della sentenza del TAR del Piemonte che ha respinto i ricorsi presentati contro la DGR 29 di riordino della Residenzialità Psichiatrica – di fornire informazioni ad Utenti e Familiari sui cambiamenti che ne conseguiranno e, soprattutto, su quei diritti che, nonostante le numerose criticità, la DGR 29 riconosce e garantisce.

Il ruolo delle cooperative sociali nella difficile applicazione della riforma Basaglia è l'oggetto dell'intervento di **Danila Mezzano**, presidente della cooperativa sociale Progetto Muret. Le forti motivazioni etiche alla base dell'attività delle prime cooperative sono il motore che permette il riscatto di molti ex ricoverati, che però furono fin dall'inizio promotori e parte attiva del processo di cambiamento. Infatti furono proprio i degenti lavoratori all'interno dell'ospedale psichiatrico a organizzare il primo sciopero contro la mistificazione dell'ergoterapia e successivamente, nel 1980, a costituire, insieme ad altre figure provenienti dai movimenti di lotta nel sociale, "La Nuova Cooperativa" (che poi avrà in appalto proprio le pulizie dell'OP). In risposta a chi chiede ora proposte innovative nell'ambito della salute mentale, Mezzano risponde "le cose innovative le abbiamo fatte 30/40 anni fa... basta avere la voglia, il coraggio e l'onestà intellettuale di riconoscerlo e creare le condizioni per riattualizzarlo".

Le assistenti sociali furono le prime figure professionali diverse dagli psichiatri a entrare nei manicomi, come ha ricordato **Barbara Rosina**, presidente dell'Ordine delle Assistenti Sociali, che nella sua relazione evidenzia il lavoro per lungo tempo solitario, e poi col sostegno di altre figure e istituzioni, svolto per sviluppare tre punti fondamentali: sensibilizzazione dell'opinione pubblica alla malattia di mente ed ai problemi sociali ad essa connessi; creazione di adeguate strutture sociali là dove mancano; influenza sulle attuali strutture sociali e situazioni di vita, quali la famiglia, la scuola, il lavoro.

Dopo la proiezione di "14.11 Fuga da Collegno" – cortometraggio presentato al Festival Cinema Giovani di Torino nel 1995, che, ambientato nella stazione di Collegno dove affluiscono in successione vari personaggi, descrive simbolicamente i primi momenti di libertà di chi usciva finalmente dall'istituzione – si affronta nella terza e ultima sessione l'argomento "La riforma tra realtà e comunicazione".

LA RIFORMA TRA REALTÀ E COMUNICAZIONE

La relazione dello psichiatra **Antonio Macrì** ricostruisce accuratamente le posizioni e il ruolo delle organizzazioni sindacali: mentre di fronte alle prime iniziative di cambiamento all'interno del manicomio i sindacati di categoria interni si dimostrarono indifferenti se non decisamente contrari, ben presto i dirigenti sindacali territoriali si schierarono chiaramente per l'innovazione e il cambiamento: un contrasto che venne chiaramente alla luce nel convegno della CGIL del novembre 1969 a Torino. In tale occasione il segretario provinciale Emilio Pugno, nel confrontare il lavoro dell'infermiere e dell'operaio, affermò che "alla Fiat si lavora pur sempre il ferro e una macchina sballata può essere buttata via. Ma all'Ospedale si lavora con l'uomo e l'uomo non si può buttare via". Anche nel sindacato medico



Grande importanza ebbero in quell'epoca i mezzi di comunicazione, in particolare i giornali, che con inchieste e reportage fotografici richiamarono l'attenzione sulle condizioni dei ricoverati

(AMOPi – Associazione Medici Ospedali Psichiatrici Italiani) vi furono inizialmente posizioni differenti, quella più orientata sul territorio e quella più ospedalocentrica, ma tra il '69 e il '70 in diversi incontri si affermò la necessità di superamento degli ospedali psichiatrici, l'opposizione alla costruzione di nuovi ospedali psichiatrici e la tutela della salute mentale come compito del Servizio Sanitario Nazionale, nelle fasi preventiva, curativa e riabilitativa. Grande importanza ebbero in quell'epoca i mezzi di comunicazione, in particolare i giornali, che con inchieste e reportage fotografici richiamarono l'attenzione sulle condizioni dei ricoverati: lo psichiatra **Enrico Di Croce** ne fa un excursus proiettando articoli dell'epoca come quello dell'Espresso del 1971, con la foto di una bambina nuda legata al letto affiancata dal titolo "Ma è per il suo bene!". Tuttavia mette in evidenza la brusca inversione di tendenza dei media dopo l'approvazione della legge di riforma: l'immagine del paziente vittima del sistema manicomiale e titolare di nuovi diritti di emancipazione ed inclusione sociale tende a scemare, mentre domina il tema dell'abbandono, soprattutto delle famiglie. Negli anni ancora successivi l'immagine mediatica del malato di mente viene riconsegnata al suo ambito tradizionale: la cronaca nera.

Con un bilancio sintetico a 40 anni dalla riforma, lo psichiatra **Enrico Zanaldi** conclude lamentando un progressivo ampliamento degli ambiti di intervento dei dipartimenti di Salute Mentale, e una crescente domanda di trattamento della popolazione, senza un parallelo incremento di risorse. Infatti solo il 3,5% del budget sanitario complessivo è destinato alla salute mentale, a fronte di una media europea di circa il 6%, con punte del 15% in Germania e Francia, senza contare poi delle differenze tra le Regioni italiane.

Il convegno si è concluso con una tavola cui hanno partecipato alcuni protagonisti di quell'epoca: lo psichiatra Enrico Pascal, che iniziò a promuovere il cambiamento all'interno dell'ospedale, e poi scelse di lavorare sul territorio, sostenendo la creazione e i primi passi della prima comunità alloggio, creata a Settimo Torinese; l'allora sindaco di Settimo Tommaso Cravero, che rese possibile l'apertura della comunità con un lavoro di persuasione paziente a livello politico e con la popolazione; l'architetto Mario Virano, ai tempi studente ad Architettura e tra i più convinti oppositori alla costruzione di nuovi manicomi, tra cui quello di Grugliasco, il cui progetto venne definitivamente bloccato; e l'allora vice presidente della Provincia di Torino Giorgio Ardito, che si occupò dell'applicazione della riforma dal versante politico. Da ultimo ha parlato il "custode della memoria" del manicomio, il bibliotecario e archivistica Calogero Baglio, grazie al quale sono fruibili migliaia di cartelle cliniche e documenti del manicomio, indispensabili perché non si perda la memoria di quello che è stata la realtà della malattia mentale nel passato, e affinché tale realtà non debba mai più ritornare.





VACCINI tra scienza e falsi miti

CCM – Comitato Collaborazione Medica

Il tema “vaccini” è centrale, fra l’opinione pubblica e per gli operatori sanitari. L’infuocato dibattito estivo per la re-introduzione su scala nazionale dell’obbligo per 10 vaccinazioni, è stato conseguente al ritorno di epidemie come il morbillo e accompagnato da alcuni decessi per malattie prevenibili con le vaccinazioni.

TRE CONVEGNI PER APPROFONDIRE IL TEMA

Il 7, 8 e 10 novembre, rispettivamente a Torino, Ivrea e Alba, oltre 250 medici, ostetriche e infermieri hanno partecipato all’edizione 2017 dei Convegni scientifici del Comitato Collaborazione Medica – CCM, ong di Torino che opera da 50 anni in ambito sanitario. Con il titolo “I vaccini tra scienza e falsi miti”, i Convegni sono stati particolarmente apprezzati per la varietà e complementarietà dei temi trattati e l’approccio interdisciplinare e globale alla questione.

Elisabetta Pulice, giurista specializzata in diritto alla salute, ha affrontato la complessa questione del bilanciamento tra diversi diritti fondamentali – all’autodeterminazione, alla solidarietà, alla salute e all’istruzione – che ha accompagnato il dibattito sul decreto legge 73/2017.

Lorenza Ferrara (SEREMI) ha fornito una panoramica sul recepimento in Piemonte della nuova normativa, dando un aggiornamento sui dati di copertura vaccinale. Positivo al momento il risultato sui recuperi: dei 65.000 inadempienti censiti in Regione, al 31 ottobre oltre 10.000 si erano regolarizzati. Molto, tuttavia, il lavoro che ancora aspetta le ASL sino al marzo 2018, per la cui gestione sono stati aperti nuovi ambulatori e potenziati gli organici ASL. A parlare di esitazione vaccinale è stato Gianluca Voglino, del Dipartimento di Scienze della Salute Pubblica e Pediatrica dell’Università di Torino, che ne ha illustrato i 3 elementi fondanti: *confidence*, ossia la fiducia nei vaccini, negli operatori e nel sistema sanitario; *compliance*, situazione che si verifica quando il rischio della malattia è percepito come inferiore al rischio della vaccinazione; *convenience*, il costo della vaccinazione inteso come insieme di ciò cui occorre rinunciare per essere vaccinati.

L’IMPORTANZA DI UNA CORRETTA COMUNICAZIONE

Per combattere l’esitazione vaccinale, l’OMS raccomanda di approfondire la ricerca, agire su più livelli (globale, regionale e locale), condividere pratiche virtuose e puntare su una comunicazione empatica e sulla relazione con il paziente.

Una corretta comunicazione è fondamentale: la stampa – in base ad un’analisi condotta dal CCM – continua però a diffondere messaggi e informazioni superficiali, non adatti a rispondere ai dubbi sempre più articolati di genitori e pazienti. “L’auspicio – sostiene Alessia Montanari (CCM) – è quindi di un aumento della collaborazione tra istituzioni sanitarie e giornalisti, per garantire una comunicazione corretta e completa”.

dai convegni

Altrettanto importante è dare agli operatori sanitari le competenze necessarie a soddisfare le domande e riacquistare la fiducia dei cittadini. Francesca Quattrocolo, del Dipartimento di Scienze della Salute Pubblica e Pediatrica dell'Università di Torino, ha ricordato che la vaccinologia è ancora oggi insegnata in modo disarticolato e "questo rischia di formare professionisti privi di una conoscenza completa e disarmati di fronte ad un'utenza sempre più combattuta. Proponiamo pertanto in tutti i curricula accademici degli insegnamenti integrativi sui vaccini, come già fatto dall'Università Tor Vergata di Roma".





LE BUONE PRATICHE

Spazio inoltre alle buone pratiche dei territori locali: i servizi integrati di vaccinazione ed educazione alla genitorialità dell'ASL Città di Torino che partiranno nella primavera 2018; il piano di recupero vaccinale dell'ASLTO4; le tecniche di comunicazione messe a punto dall'ASLCN2; il corso di educazione con gioco interattivo per il vasto pubblico sviluppato in Veneto dall'agenzia di informazione scientifica Zadig.

Il CCM ha infine portato la sua esperienza dall'Africa, in particolare dall'Etiopia dove la bassa copertura vaccinale non dipende dalle titubanze dei genitori, bensì dalle difficoltà di raggiungere chi vive nelle aree più isolate e le popolazioni più vulnerabili. "Per facilitare l'eradicazione di malattie prevenibili attraverso le vaccinazioni – ricorda Marilena Bertini, presidente del CCM – occorre uno sforzo globale, che impegni i Paesi Ricchi a comprendere le ragioni e contrastare l'esitazione vaccinale, e i Paesi Poveri a potenziare i sistemi sanitari per garantire a tutti l'accesso ai servizi di vaccinazione".



Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche A.M.I.A.R. - TORINO

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott. Piero Ettore Quirico

Coordinatore scientifico: Dott. Giovanni Battista Allais

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura C.S.T.N.F. con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata **inserita nell'elenco regionale degli Istituti pubblici e privati accreditati per la formazione delle Medicine non Convenzionali**, come previsto dall'all. A alla DGR n° 19-4764 del 13/03/2017.

La Scuola, attiva dal 1978 e che da dicembre inizierà il suo 40° anno di attività, **è abilitata**, quindi, **a rilasciare ai medici diplomati un attestato per l'iscrizione negli elenchi degli esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia**, avendo l'accreditamento valenza nazionale.

L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario con pari monte-ore.

Il **programma** didattico sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche**. Il monte-ore è composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **8 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica**.

Il CSTNF è convenzionato con l'**Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino** per l'organizzazione di stages di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica.

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A..**

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **197 edizioni** di eventi ECM.

Cinque mesi a fermata

Come la povertà nuoce alla salute dei torinesi.

Rebecca De Fiore

Il Pensiero Scientifico Editore

Fabrice ha un glaucoma e ad appena 24 anni rischia di diventare cieco. È arrivato dal Camerun cinque anni fa per studiare ingegneria al Politecnico di Torino dopo aver vinto una borsa di studio. Sperava finalmente di poter cambiare la propria vita, ma dopo pochi mesi i suoi sogni hanno rischiato di infrangersi. Non essendo riuscito a dare puntualmente tutti gli esami e con una media eccellente, ha perso il diritto a ricevere i fondi. “Sono venuto in Italia per studiare, ma per poter vivere mi sono visto costretto a dividere il mio tempo tra studio e lavoro. Da un giorno all’altro non avevo più niente e ho iniziato ad accusare forti dolori allo stomaco, forse per la costante situazione di



angoscia in cui vivevo". Fabrice non è l'unico che, sottoposto a un grande stress psico-fisico per problemi economici, si trova a dover fare i conti con la propria salute.

La tensione a cui è sottoposto chi vive in condizione di costante svantaggio socio-economico rappresenta, infatti, un fattore di rischio per la salute paragonabile a fumo, alcol o obesità. Numerosi studi pubblicati negli ultimi anni hanno dimostrato che in tutta Europa i cittadini in condizioni di deprivazione sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima rispetto a chi ha una solida condizione economica. Fenomeno che si osserva anche nel capoluogo piemontese, come leggiamo in *40 anni di salute a Torino*, libro da poco pubblicato e curato da Giuseppe Costa, docente di Igiene presso l'Università di Torino. Gli studi di Costa e del suo gruppo dimostrano come nonostante dagli anni settanta a oggi la speranza di vita media dei torinesi sia migliorata di circa 5 anni, persistano ancora notevoli disuguaglianze sociali di salute. Oggi, infatti, l'aspettativa di vita media è di 83,2 anni, ma è di 85,8 per chi possiede una laurea e solo di 80,9 per chi ha la licenza elementare. In altre parole, se tutti i torinesi con titolo di studio pari o inferiore al diploma avessero lo stesso rischio di morte dei loro concittadini laureati, oggi si potrebbero evitare, nell'arco di 5 anni, circa 8.000 morti tra gli uomini e 4.000 tra le donne.

"Abbiamo osservato che la qualità del lavoro e la condizione abitativa hanno forti ripercussioni sulla salute delle persone. La probabilità di morire tra gli uomini tra i 30 e i 64 anni è del 54% maggiore per gli operai che per i dirigenti, mentre chi vive in una ►

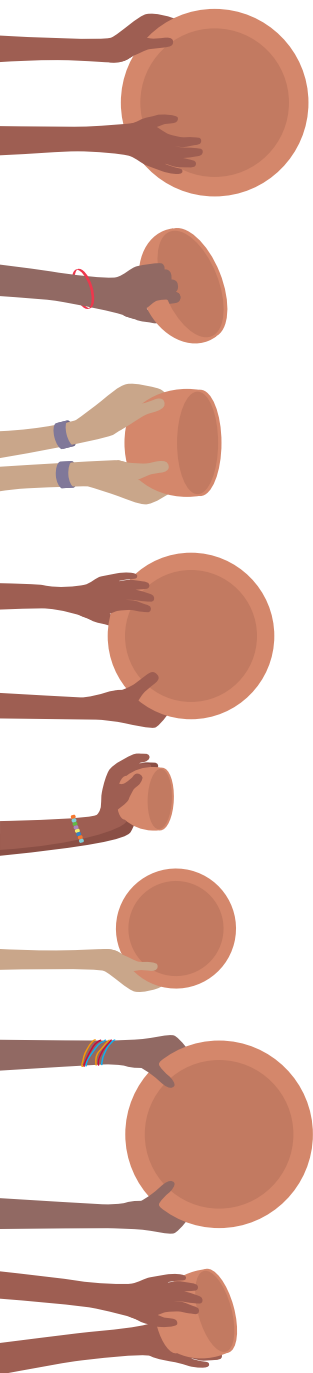


“Don Ciotti disse che bisogna creare una società in cui c'è bisogno di meno solidarietà e più diritti. Oggi purtroppo accade il contrario: si stanno negando i diritti alle persone che non li sanno rivendicare sostituendo il diritto ad avere diritti con un po' di carità. Ma questa è la morte di un paese civile”

condizione di sovraffollamento o in affitto sociale ha il 74% di rischio in più di ammalarsi e di morire rispetto a chi vive in situazioni ideali”, spiega il Professore. Le disuguaglianze di salute seguono anche una distribuzione geografica. “Per esempio – racconta Costa – lungo i 9 Km della linea del tram 3 che collega i quartieri ricchi della collina a quelli poveri della periferia nord della città, osserviamo negli uomini una perdita di circa 5 mesi nella speranza di vita media per ogni chilometro percorso allontanandosi dai colli”. Da un capolinea all'altro si passa, infatti, da un'aspettativa di vita di 81,2 anni a una di 77,8.

Oltre la solidarietà, i diritti. Incontro Antonietta Giusti nella sede di Camminare Insieme, l'associazione in cui opera come volontaria. Nata nel 1993, questa onlus si occupa di garantire cure mediche alle persone indigenti di Torino. Il poliambulatorio è a Borgo Dora, quartiere multietnico della città, ed è quindi frequentato prevalentemente da immigrati. “Ma negli ultimi anni, con la crisi, è molto aumentato il numero di cittadini italiani che si rivolgono a noi”, mi racconta Antonietta. “C'è l'anziano che non riesce a comprarsi le medicine, chi non può sostenere le cure odontoiatriche e chi ci chiede farmaci psichiatrici”. Fino ad uno dei paradossi del nostro sistema sanitario: “Può sembrare assurdo, ma i contraccettivi sono tutti a pagamento, mentre l'aborto è gratuito. Succede quindi che molte persone in difficoltà economica utilizzino l'interruzione volontaria di gravidanza come contraccettivo. Per questo la nostra associazione distribuisce gratuitamente la pillola o la spirale”. Ma l'emergenza più grande riguarda i senza fissa dimora, gli occupanti abusivi e gli stranieri senza permesso di soggiorno: l'articolo 5 del decreto Lupi contro l'abusivismo abitativo, approvato dal Parlamento il 20 maggio 2014, stabilisce infatti che la residenza sia un requisito fondamentale per iscriversi alle Asl. Chi non ha un domicilio ufficiale non può quindi accedere al Servizio sanitario nazionale. “Molti bambini Rom, per esempio, non hanno diritto alle cure perché privi di una residenza e le madri si rivolgono a noi per le visite pediatriche o per essere seguite durante la gravidanza”, mi dice Antonietta mostrandomi “la stanza delle mamme”, il locale del poliambulatorio dove ogni martedì ricevono assistenza alcune giovani madri insieme ai propri figli. Tra coloro che si sono visti negati il diritto alla salute dal decreto Lupi c'è anche Alessandra, una ragazza italiana di 26 anni che ha scelto di dedicare la propria vita ai clochard, andando a vivere con loro sotto i portici del centro. “È venuta da noi qualche mese fa per chiederci alcuni farmaci e per le cure dentistiche, ma necessita anche di un sostegno psichiatrico. Avendo rotto i rapporti con la sua famiglia non ha più una residenza e quindi è entrata anche lei nell'esercito degli invisibili”. Eppure la Costituzione Italiana parla chiaro riguardo al diritto alla salute. L'articolo 32 recita, infatti, che “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”. Ma se a garantire le cure alle fasce più deboli della popolazione sono dei volontari, vuol dire che la Costituzione viene disattesa. La generosità e gli encomiabili sforzi di Antonietta e di chi come lei si spende quotidianamente per il diritto alla salute dei poveri rappresentano, allo stesso tempo, un esempio di ammirevole solidarietà privata e una sconfitta per lo Stato.

Ne è convinta Nerina Dirindin, senatrice della Repubblica e docente di Economia e politica sanitaria all'Università di Torino, che sostiene che non si stiano più riconoscendo alcuni diritti fondamentali. “Don Ciotti disse che bisogna creare una società in cui c'è bisogno di meno solidarietà e più diritti. Oggi purtroppo accade il contrario: si stanno negando i diritti alle persone che non li sanno rivendicare sostituendo il diritto ad avere diritti con un po' di carità. Ma questa è la morte di un paese civile”, afferma accalorandosi ed alzando leggermente la voce per la prima e unica volta nel corso della nostra conversazione. “Il cittadino più fragile non ricorre più alla sanità pubblica perché è scoraggiato e spesso posticipa il ricorso alle prestazioni o vi rinuncia. Non pretende



neanche più di avere diritto al servizio. Chi è più istruito, invece, ha le carte per difendersi". La professoressa Dirindin ci tiene a sottolineare come in questo momento il problema della povertà non sia esclusivamente economico, ma anche culturale. I meno istruiti spesso fanno scelte sbagliate da un punto di vista sanitario, come assumere farmaci inappropriati o scegliere di sottoporsi a interventi chirurgici inutili. È il caso di Aminah, una donna egiziana di 32 anni, che nonostante viva in Italia dal 2012 non sente il bisogno di imparare l'italiano. Questa barriera linguistica le ha reso impossibile l'integrazione. Sua figlia, di appena 7 anni, soffre di gravi allergie e dovrebbe evitare alcuni cibi. La madre, però, non ritiene che un'allergia sia sufficiente per rinunciare alle tradizioni alimentari del proprio paese compromettendo così la salute della bambina. Anche Maria, una signora italiana di 64 anni che soffre di diabete, sottovaluta la sua malattia. Associa le iniezioni di insulina alla dipendenza da droghe, rifiutando di sottoporsi alla cura nonostante i medici le abbiano spiegato più volte che così facendo mette a rischio la propria vita. "Per provare a risolvere il problema delle disuguaglianze sociali bisogna, prima di tutto, puntare sull'informazione", conclude Nerina Dirindin. È importante, però, informare non solo chi è coinvolto in prima persona, ma anche rendere consapevoli coloro che gli sono vicini. Il banco farmaceutico e quello alimentare, infatti, rischiano di avere una doppia valenza: da un lato raccolgono prodotti utili per le persone in difficoltà, ma dall'altro legittimano la donazione di scarti. La letteratura internazionale, ad esempio, ci mostra che dall'Italia sono stati mandati farmaci contro l'obesità in Etiopia.

Da Torino segnali incoraggianti. Quando incontro Guido Giustetto, Presidente dell'Ordine dei Medici, Chirurghi e Odontoiatri di Torino, è nel pieno di una seduta di esami di Stato. Lavora nelle cure primarie e gli chiedo se anche un medico di medicina generale possa giocare un ruolo in questo contesto di disuguaglianza legato alla condizione economica e all'istruzione di una persona. "Nonostante sia difficile, c'è qualcosa che si può fare. Si deve puntare su una medicina di iniziativa richiamando i pazienti senza aspettare che siano loro a venire". Mi parla anche della cosiddetta "trappola della povertà", ovvero di come possa ugualmente succedere che la malattia faccia diventare poveri. Secondo il dottor Giustetto il problema si pone quando alla patologia si associano eventuali perdite di altre protezioni del sistema di welfare. In Italia le tutele in caso di malattia sono previste, ma i precari e i commercianti si trovano spesso in difficoltà rischiando di non riuscire più a curarsi in maniera efficace. Il Servizio sanitario italiano è uno dei più equi ed efficienti d'Europa e in genere garantisce tutte le cure essenziali, ma oggi si tende sempre di più ad assicurare quelle primarie e quelle ad alta complessità mentre si sta privatizzando la parte intermedia. "Le cure specialistiche oggi sono quasi tutte gestite dal privato: la ginecologia, l'oftalmologia e da qualche anno molti cittadini si rivolgono a centri esterni al Servizio sanitario nazionale anche per la diagnostica cardiologica. Le persone che non hanno un reddito sufficiente non possono più permetterselo e questo è un problema" conclude Giustetto.

Ma, nonostante persistano notevoli disuguaglianze di salute, la città di Torino sembra essere sulla buona strada. Prima di salutarci, infatti, il professor Costa tiene a sottolineare che il gap si sta colmando: "Nell'ultimo decennio, malgrado la crisi, c'è stata una forte riduzione delle disuguaglianze sul fronte della salute, sia per titolo di studio che per reddito. In questi anni Torino è andata nella direzione giusta, ma la storia del tram 3 ci fa capire che c'è ancora del lavoro da fare".

Il 10 marzo Fabrice si è laureato in Ingegneria al Politecnico di Torino. È stato possibile grazie all'associazione Camminare Insieme che lo ha sostenuto durante il suo percorso di studi pagandogli le tasse universitarie. I volontari dell'associazione sono anche riusciti a trovare un chirurgo che lo opererà agli occhi. L'auspicio è, però, che la rete della solidarietà non si sostituisca ai doveri della sanità pubblica.

L'ARTE È PER TUTTI I laboratori del

Il Dipartimento Educazione **GAM – Galleria Civica di Arte Moderna e Contemporanea** di Torino da anni si impegna a garantire l'accessibilità all'arte attraverso il museo e per questo propone costantemente progetti per l'inclusione sociale di persone con esigenze diverse.

Referente dei progetti per persone con disabilità e per famiglie è **Giorgia Rochas**, che lavora presso il Dipartimento Educazione della GAM da più di 15 anni. *«Cerco di trasmettere la mia passione per l'arte ma soprattutto di utilizzarla, insieme ad altri strumenti, affinché siano le persone ad esprimersi liberamente, con un linguaggio universale, quello della creatività, che ognuno di noi possiede. Per cercare di raggiungere questi obiettivi, progetto percorsi e laboratori calibrati secondo le esigenze dei gruppi e conduco quotidianamente tali attività.*

Lo scopo non è realizzare un bel "lavoretto" ma esprimere e raccontare se stessi attraverso forme, parole, colori e molto altro.

Uno dei punti di forza di questi progetti è la continuità che porta le persone a sentirsi a casa, accolte in maniera adeguata e le invoglia a tornare in museo per realizzare insieme nuove esperienze. Una delle più grandi soddisfazioni è sentirmi dire "oggi sono stato bene, in questo museo si sta bene, quando torniamo?"...».

L'offerta di attività e laboratori prevede esperienze percettivamente aumentate e spazia dall'uso di mappe ai percorsi tattili, dai laboratori plastici alle visite guidate con traduzione LIS, dai workshop con gli artisti ai progetti speciali (tutti gli spazi sono accessibili).

PER NON VEDENTI E IPOVEDENTI

EMOZIONI TANGIBILI

Visite tattili rivolte a soggetti non vedenti e ipovedenti tra le opere scultoree delle Collezioni e delle mostre temporanee.

Su richiesta è possibile sviluppare il tema dei percorsi incrementandolo con una parte laboratoriale da svolgere nella stessa giornata o in altra data secondo le esigenze dei partecipanti.

GAMAPPE

In collaborazione con l'UCI e la Tactile Vision

Supporto per l'orientamento nell'architettura museale che comprende sia mappe tattili di ogni piano del museo sia testi scritti in Braille e, parallelamente, con un carattere ad alta leggibilità.

Il Kit, a disposizione del pubblico non vedente e ipovedente, viene consegnato, su richiesta, in biglietteria.

PER PERSONE SORDE

INTERPRETARE L'ARTE CON I SEGNI (1 incontro)

Percorsi guidati con traduzione in LIS – Lingua Italiana dei Segni - alle Collezioni tematiche e alle mostre programmate per il 2017- 2018.

Il servizio può essere richiesto anche dalle scuole di ogni ordine e grado.

Dipartimento Educazione della GAM

PER PERSONE CON DISABILITÀ COGNITIVE

PRIMO APPROCCIO AL MUSEO (1 incontro)

Percorso didattico introduttivo di accoglienza e conoscenza del museo, del personale del Dipartimento Educativo e dello spazio dedicato alle attività di laboratorio. L'obiettivo è rendere l'ambiente museale familiare e rassicurante per tornare a svolgere stimolanti attività articolate in più fasi.

STORIE SOCIALI

Il Dipartimento Educazione GAM, grazie alla formazione conseguita attraverso i progetti e i corsi offerti dalla Fondazione Paideia, mette a disposizione a chiunque sia interessato delle Storie Sociali, testi particolari, scritti seguendo specifici criteri (e adattabili secondo le esigenze), utili a preparare le persone con Autismo all'evento che si effettuerà alla GAM, in modo da avere informazioni chiare e dettagliate affinché l'esperienza sia il più possibile gratificante e positiva.

CARTA BIANCA (1 incontro)

L'attività prenderà avvio con una passeggiata tra le sale espositive della collezione permanente GAM, alla ricerca di opere in cui gli artisti si avvalgono del colore bianco per realizzare la propria tela. Questi lavori monocromatici ma con superfici trattate in modi estremamente differenti, saranno lo spunto per creare, in laboratorio, delle composizioni realizzate con soli materiali bianchi secondo la sensibilità e le attitudini di ciascun partecipante.

MATERIAL...MENTE (1 incontro)

Attività dedicata all'analisi di artisti presenti nelle collezioni tematiche della GAM che utilizzano, per realizzare le loro opere, dei materiali a cui danno valenze e significati diversi. Dopo aver analizzato queste tipologie di opere, in laboratorio si potrà realizzare un lavoro che prenda avvio proprio dalla scelta di un unico o di più materiali. Ogni partecipante utilizzerà i vari elementi messi loro a disposizione per dare forma ad una originale composizione.

RITRASI E RACCONTARSI ALLA GAM (2 incontri)

I centri terapeutici possono concordare un'iniziativa centrata sull'osservazione di alcuni ritratti pittorici dell'Ottocento confrontati con espressioni creative di artisti contemporanei che, nell'allestimento tematico, dialogano nelle sale. Nel secondo appuntamento, in laboratorio, i partecipanti si cimenteranno nel fotografarsi a vicenda e nel descrivere ciò che più li identifica interiormente. Successivamente, la foto del proprio volto verrà rielaborata inserendovi materiali diversificati - naturali, artificiali, immagini, profumi e colori - scelti in base a ciò che meglio rappresenta le caratteristiche individuali di ognuno, in modo da creare originali autoritratti.

Il Dipartimento Educazione GAM è disponibile a concordare progetti speciali, realizzati in collaborazione degli Enti/Associazioni che lo desiderano, per venire incontro alle esigenze e agli interessi dei singoli gruppi.

Per ulteriori informazioni si veda il sito della GAM - Galleria Civica di arte moderna e contemporanea di Torino: www.gamtorino.it



Foto di Giorgia Rochas

XVIII Convegno A.M.I.A.R. Agopuntura e Medicina non Convenzionale nel dolore cronico

14 aprile 2018
ore 9,00-18,00

Centro Congressi "Unione Industriale"
Via Fanti 17, Torino

Iscrizione gratuita

Il programma congressuale sarà pubblicato sul sito www.agopuntura.to.it

Per iscrizioni:

Segreteria organizzativa: C.S.T.N.F.,
tel 011.3042857, e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it



CORTEN & GREY

CONSULENTI IMMOBILIARI



VILLE X – DE

Torino. Strada Val San Martino Superiore.
Ville moderne di 250 mq. Classe A4,
Ottima esposizione al sole,
vista su Monte dei Cappuccini,
Gran Madre e Mole Antonelliana.



VILLA SABAUDIA

Torino. Strada Sabaudia.
Villa bifamiliare d'epoca in precollina
di oltre 500 mq immersa nel verde
con chiesetta privata. Comoda ai servizi.



VILLA FOUR SEASON

Castiglione Torinese.
In contesto esclusivo di sole ville moderne
in classe A4. La villa di 250 mq si sviluppa
attorno ad un ampio patio a cielo aperto.



CA' DONAUDI

Castiglione Torinese.
Villa Cà Donaudi di 500 mq con cappella privata,
parco, stucchi e particolari d'epoca.
Ideale anche per uso ricettivo, ristorazione
e/o bed & breakfast.

RICERCHIAMO VILLE IN VENDITA IN ZONA PRECOLLINARE E CASCINALI NEL MONFERRATO PER LA NOSTRA CLIENTELA.

Corten&Grey S.A.S.

Via Torino 269 - 10090 - Castiglione T.se (TO) | P.zza Crimea 2 - 10133 - Torino
T. 011 960 26 44 | E. info@cortengrey.com | www.cortengrey.com





LEXUS NX HYBRID ICON

Interni in Pelle Tahara - Cruise control - Trazione integrale
Cambio automatico - Lexus parking system - Lexus navigation

**VIENI A PROVARE L'INNOVATIVA TECNOLOGIA
LEXUS SELF-CHARGING HYBRID**

Valori massimi: Consumo combinato 5,2 l/100 km, Emissioni CO₂ 121 g/km.



LEXUS TORINO • SPAZIO 4



LEXUS

EXPERIENCE AMAZING

VIA BOTTICELLI, 82 - TORINO - TEL. 011.2466211 - www.spazio4le.spaziogroup.com