



TORINO MEDICA

anno XXIX
numero 5
2018

comunicazione
informazione
formazione

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

FOCUS IL MALATO IMMAGINARIO



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

DISCORSO AI GIOVANI MEDICI. IL FUTURO DELLA MEDICINA, IL RICHIAMO DELLA VERITÀ

Guido Giustetto

Presidente OMCeO Torino



Do il mio benvenuto ai giovani che si apprestano al giuramento professionale e anche alle numerose persone che sono presenti, amici, conoscenti, familiari in particolare, che hanno sopportato in questi anni il peso non solo economico per far arrivare un figlio alla laurea in Medicina. Questo incontro per noi, per me in particolare e per tutto il Consiglio dell'Ordine, è molto importante ed è forse il più rilevante tra tutte le attività istituzionali: l'accoglienza dei nuovi colleghi nella nostra comunità professionale. Con questo incontro noi vogliamo trasmettere, consegnare al futuro che voi rappresentate, i nostri principi etici, le nostre regole deontologiche, rendere vivi ancora oggi dei valori millenari che - seppur aggiornati nel tempo - costituiscono le radici profonde della nostra Professione.

Una professione unica, affascinante, una fra le più belle se non la più bella. Ma molto difficile perché tocca l'intimità delle persone e quindi richiede delicatezza e attenzione: cioè una responsabilità verso l'essere umano che probabilmente è più alta rispetto a tutte le altre professioni che si possono svolgere.

Noi viviamo in un Paese con un Servizio Sanitario Nazionale eccellente e la nostra Regione si colloca ai primi posti per risultati di salute. Ma in questi anni ci troviamo di fronte a un nuovo problema, cioè il disinvestimento finanziario e politico da parte dello Stato sulla salute dei cittadini. Voi sapete che, da diversi anni, il fondo sanitario nazionale è fermo intorno ai 114 miliardi di euro ma, mentre questo rimane fermo, i costi e le esigenze dei cittadini aumentano. Quindi, da una parte abbiamo un aumento del fabbisogno e dall'altra un mancato finanziamento adeguato a supportare tale aumento. Inoltre, la richiesta di salute da parte dei cittadini cresce e questo fa sì che si ampli questo iato, questa dicotomia tra la disponibilità e le necessità. Va anche detto che

spesso osserviamo una sovraofferta di servizi: molti studi ci dicono che, probabilmente, il 30% di accertamenti e terapie che noi offriamo ai cittadini è inappropriato, nel senso che potrebbe non essere fatto e le condizioni di salute dei cittadini non cambierebbero. Quindi dobbiamo anche stare attenti all'uso delle risorse. È pur vero, per converso, che ci sono delle fasce di persone più deboli per le quali il servizio non offre tutto ciò che servirebbe. Di qui il problema di ri-bilanciare questa offerta eccessiva verso le carenze evidenti su altri versanti. D'altra parte, c'è anche uno sbilanciamento importante, un vulnus che nei prossimi anni potrebbe acuirsi, tra la medicina ospedaliera e la medicina territoriale sulla quale gli investimenti sono tutt'ora insufficienti; un'altra criticità è la frattura fra il settore della diagnosi e della terapia e quello della prevenzione, soprattutto la prevenzione primaria, la prevenzione ambientale, la correzione degli stili di vita dei cittadini: un aspetto determinante per la salute di tutte le persone.

Detto ciò, credo che il nostro sistema sanitario sia comunque eccellente, pur non negando le difficoltà che possiamo incontrare, i condizionamenti e i limiti alla nostra attività. Credo inoltre che in questo contesto voi abbiate una grande risorsa: investire sul rapporto con i vostri pazienti; questo è il punto forte dell'essere medico, cioè la cura e la relazione che si instaura con il paziente; è il fondamento del nostro lavoro. Una relazione buona con un paziente non è sempre facile, qualche volta non si riesce a instaurarla. Però è fondamentale avere rispetto dei valori che per il paziente sono importanti, in base alla sua cultura, alla sua provenienza e alle sue credenze. Non solo. Bisogna rispettare anche i suoi obiettivi che potrebbero non coincidere con i nostri. Quando li curiamo dobbiamo quindi tenere conto di come la malattia si inserisca nella vita dei pazienti, di come modifichi i loro scenari, le loro priorità.

Noi spesso pensiamo che la miglior cura che possiamo dare a un paziente, quella che per noi è tale, sia per forza la migliore in assoluto. Dobbiamo invece tener conto che i pazienti hanno una serie di altri obiettivi nella loro vita e che spesso la condizione di malattia stravolge tutti gli equilibri. Dobbiamo essere molto attenti a queste dinamiche





e imparare - come ho dovuto fare - che i miei pazienti non vivono per essere "il miglior paziente del dottor Giustetto". I pazienti che non seguono bene le terapie, quelli che noi chiamiamo pazienti non aderenti, i pazienti che hanno scarsa compliance, qualche volta ci diventano antipatici oppure tendiamo a considerarli poco, come se non meritassero la nostra attenzione. A quel punto dobbiamo renderci conto che la relazione va ritarata a partire dal loro punto di vista. Naturalmente, dobbiamo avere a disposizione del tempo, non solo di parlare ma di ascoltare. Sappiamo infatti che la nostra tendenza è quella di interrompere l'interlocutore dopo 11 secondi. Eppure uno studio dice che il nostro timore nei confronti di quei pazienti che ci inondano di parole è abbastanza infondata perché, quando si lascia un paziente libero di parlare, dopo circa 2 minuti ha esposto tutto ciò che voleva dire e si ferma da solo. Allora, proviamo a lasciare il tempo opportuno per raccontare una storia, descrivere una condizione o una sensazione. E facciamo attenzione anche alla nostra comunicazione non verbale che spesso ci porta a guardare il computer, per prendere appunti o inserire dati amministrativi, senza guardare la persona in viso. Ma aggiungo ancora un aspetto. Credo che forse il momento più interessante in cui avviene la vera comunicazione con il paziente non sia la parola, non sia l'informazione, ma la visita. La comunicazione principale passa attraverso il contatto fisico. Non so se vi capita qualche volta di guardare negli occhi un paziente mentre lo state visitando, non dico quando gli palpate l'addome per capire se ha male o no, ma quando fate qualcosa per cui non avete bisogno di un riscontro del suo sguardo, ma lo guardate solo per amore verso di lui, per vedere che cosa sta provando; allora per esempio quando auscultate il cuore, se lo guardate negli occhi, in quel momento create una relazione molto più intensa di tutte le parole che potreste dire.

Voi - freschi di studi scientifici e portati forse di più all'indagine strumentale - mi direte che auscultare le carotidi non ha l'efficacia di un ecodoppler; ricordatevi però che per il paziente è esattamente l'opposto: si sentirà preso in cura se c'è una persona che lo visita e non è una sonda. Essere empatici significa anche essere solidali, accoglienti, vicini. Un paziente perdonerà quasi sempre un errore se la vostra relazione è buona,



perdonerà più difficilmente se non si è sentito considerato come persona. Il rispetto per il paziente non significa aderire completamente al suo punto di vista, alle sue richieste ma offrire il nostro pensiero senza condizionamenti, avendo come unico fine la sua salute.

Vi verranno richiesti pareri, come clinici, come ricercatori, come specialisti della prevenzione o dell'organizzazione sanitaria: è fondamentale per la salute delle persone preservare la vostra integrità morale, la vostra indipendenza di giudizio, qualsiasi ruolo ricoprirete.

Voglio concludere su un aspetto fondamentale della nostra professione: quello che i greci antichi chiamavano *parresia*, ovvero parlare liberamente, dire tutto. Libertà di espressione, al netto di condizionamenti, e logiche di potere. Dire la verità, per quel che in buona fede noi pensiamo sia la verità. Anche correndo un rischio, se la verità fa male all'interlocutore. Consideriamolo un dovere.

Dire la verità è uno strumento di relazione perché la verità è di per sé un potente amplificatore di salute. Foucault diceva che dire la verità esplicita il grado di cura di sé. Sappiamo che non è una meta facile e sappiamo quanto sia sottile e pericoloso il confine tra verità-menzogna e mitigazione soprattutto nella nostra professione. Ma credo che questo sia il senso ultimo del nostro essere: la trasparenza del pensiero e del linguaggio che attesta la nostra identità di medici.

Cari colleghi, concludo chiedendovi di rimanere giovani idealisti, di essere fieri del vostro lavoro, di tenere la schiena dritta e, soprattutto, di difendere sempre la verità.



**Trascrizione del discorso del Presidente Guido Giustetto
in occasione del giuramento professionale dei neo-iscritti
dell'11 novembre 2018**

Natale 2018: il primo numero di Torino Medica in formato elettronico

Mario Nejrotti

Direttore di Torino Medica

La rivista e il Portale

Torino Medica, la rivista dell'OMCeO della Provincia di Torino, è una storica testata che accompagna la professione e le attività dell'Ordine da decine di anni. Ha visto numerose rivisitazioni grafiche e editoriali per tenere il passo con i cambiamenti della cultura e della politica della medicina in Piemonte e sul territorio nazionale. Molte autorevoli penne si sono alternate sulle sue pagine.

Da qualche anno il giornale ha sostituito il taglio cronachistico, che stentava a tenere il passo con la velocità di diffusione delle informazioni, con uno di approfondimento di temi rilevanti della professione, dell'etica, della deontologia e della politica sanitaria.

La pubblicazione mensile è stata sostituita da una periodica, imperniata sul corposo dossier del "Focus", che vede impegnati di volta in volta, oltre alla redazione, autorevoli personaggi di caratura nazionale e internazionale.

Da oltre dieci anni alla rivista cartacea si è affiancato il Portale www.torinomedica.com che ha permesso di far circolare notizie scientifiche, politiche, di cronaca e più in generale di salute, in un orizzonte sempre più vasto che va ben oltre i confini di quello sanitario in senso stretto.

Le oltre 200.000 visite all'anno ci permettono di credere che le scelte editoriali, assunte in armonia con i Consigli Direttivi e gli Esecutivi che si sono succeduti in questi ultimi vent'anni, siano valide e possano interessare i medici e gli odontoiatri della provincia e chiunque visiti il portale o legga la rivista, che è distribuita anche alle istituzioni regionali e nazionali.

Le novità

La presenza dell'Ordine sui social ha incominciato a dare i risultati sperati di partecipazione e per questo tale diffusione è stata recentemente incrementata per decisione unanime dell'attuale amministrazione.

Questa veste informatica che state leggendo è il primo numero di rivista elettronica che, in via sperimentale, l'OMCeO di Torino ha deciso di realizzare.

Indubbiamente la versione web di Torino Medica, se pure potrà scontentare gli affezionati alla tradizionale edizione in carta, porta con sé numerosi vantaggi.

La funzione di cronaca e di strumento di informazione sarà più agile e facilmente

Torino Medica è una storica testata che accompagna la professione e le attività dell'Ordine da decine di anni. Molte autorevoli penne si sono alternate sulle sue pagine



gestibile. I disguidi e i ritardi di consegna che sempre, anche se non numerosi, hanno angustiato l'Ordine e i nostri iscritti, giustamente dispiaciuti per le copie perse o ricevute doppie, verranno azzerati dalla presenza in tempo reale sul portale della rivista. Già dal 2006 la rivista cartacea è a disposizione di tutti gli iscritti in versione PDF sul nostro portale, in un apposito spazio in spalla destra, che offre l'ultimo numero cartaceo pubblicato e l'accesso agli archivi completi a partire dal giugno 2006. Ma questa nuova versione avrà le caratteristiche di una vera e propria rivista online.

Il parere degli iscritti

Speriamo che questo esperimento - che, per il momento, si affianca alla tradizionale veste cartacea - possa risvegliare l'interesse dei lettori e che molti ci facciano avere un ritorno delle loro impressioni e della possibilità, in un domani più o meno prossimo, di sostituire la versione cartacea con questa più agile digitale.

Va da sé che con il sistema del print on demand, qualora vi fosse l'assoluta preferenza per la forma tradizionale, nulla vieta di stamparla e spedirla a chi lo desiderasse.

Comunque è interessante imboccare una nuova strada, seppure in via sperimentale, perché la necessità di informazione e formazione passa sempre di più dal web e l'Ordine di Torino non vuole certo rimanere indietro nei servizi da offrire ai suoi iscritti. ▶

Il primo focus su un argomento sempre attuale: il malato immaginario

Per progredire su questo difficile terreno il medico deve tener presente che il rapporto tra lui e il paziente si fonda sulla reciproca lealtà

Veniamo ora all'argomento del Focus contenuto in questo primo numero sperimentale. Abbiamo voluto parlare del malato immaginario, del paziente ipocondriaco, per provare a ridiscutere da diversi punti di vista questo concetto, che come molti altri in medicina non può rimanere cristallizzato nel passato, nelle immagini e nei dialoghi di Molière. Il medico deve essere sempre attento a riconoscere il confine tra malattia e disagio e a scoprire le presentazioni anomale di una malattia conosciuta. Deve saper riconoscere nuovi quadri patologici attraverso le parole del paziente. Per fare ciò occorre avere una posizione aperta e umile che renda cosciente il medico dei limiti del linguaggio scientifico e dell'inevitabile schematismo delle sue descrizioni. L'individualità del sentire e l'originalità interpretativa di ciascuno dei segnali del proprio corpo pongono il professionista di fronte a un universo dove regna l'incertezza, ed è necessaria molta elasticità per non tralasciare sintomi di allarme anomali di malattie note e segni atipici di disturbi nascenti.

Per progredire su questo difficile terreno il medico deve tener presente che il rapporto tra lui e il paziente si fonda sulla reciproca lealtà. Non bisogna mai avere il preconconcetto che il malato sia in qualche modo la controparte che cela oscuri obiettivi per carpire cura e attenzione.

Da parte del malato occorre sviluppare fiducia e coraggio, per comunicare con sincerità ciò che sente o crede di avvertire, senza il timore di venire giudicato.

In questo modo la medicina narrata potrà svilupparsi ed essere uno strumento valido per costruire paradigmi più vicini alla realtà biologica di ciascun individuo.

Anche l'ipocondriaco ha un problema

Quando un paziente chiede aiuto per un qualsivoglia sintomo, ha un problema concreto e mai dovrà essere liquidato con la frettolosa frase: "Stia tranquillo, non ha nulla". Questo non è mai vero, il paziente che avverte come dissonanza dalla sua normalità un qualunque sintomo ha la necessità di essere indagato e rassicurato.

Il malato immaginario, l'ipocondriaco scompaiono mano a mano che il medico ne comprende i reali malanni e tenta di risolverli.

Nel corso della storia della medicina molteplici sindromi, che sembravano un insieme di sintomi e segni senza senso, sono state poi chiarite e curate.

Progredendo nell'ascolto e nella comprensione il medico darà sempre più risposte e sarà veramente vicino al singolo e non solo nella malattia.

focus

FOCUS IL MALATO IMMAGINARIO



Malattie immaginarie, problemi reali

A cura de *Il Pensiero Scientifico Editore*

di Fabio Ambrosino

Immaginatevi di assistere a una scena di un film in cui il protagonista lamenta un forte mal di testa e che scopre, dopo essersi sottoposto agli accertamenti necessari, di avere un tumore al cervello. Per una persona ipocondriaca, una scena del genere può attivare una serie di meccanismi psicologici tali da condurla in uno stato di ansia costante. Comincerà, ad esempio, a prestare sempre più attenzione alla sua testa, fino a confondere le sue normali percezioni con stati patologici. Si convincerà, col tempo, che queste percezioni sono il sintomo di qualcosa di più grave: forse un tumore al cervello, proprio come in quel film, o una meningite. Una paura che finirà per tenerla sveglia di notte, causandole una cefalea dovuta all'assenza di sonno, che interpreterà come un'ulteriore conferma della presenza di una malattia.

Ora immaginatevi l'effetto che possono fare, su una persona che presenta queste vulnerabilità, tutte le informazioni mediche - accessibili liberamente e istantaneamente - presenti nel web. Al giorno d'oggi, un soggetto ipocondriaco si trova a essere costantemente circondato da stimoli in grado di attivare questo genere di circoli viziosi. Perché cercando su internet, ad esempio, i sintomi associabili alla presenza di un tumore cerebrale è probabile che uno dei primi risultati riportati sia proprio la cefalea. Ma se la maggior parte delle persone riesce a quantificare correttamente il rischio oncologico associato a un semplice mal di testa, altre stabiliscono immediatamente una relazione tra le due variabili. Relazione che verrà indagata (e probabilmente confermata) attraverso altre indagini sul web. Si parla, in questi casi, di *cybercondria*: l'escalation di ansia causata dalla continua ricerca di informazioni mediche online.

I fattori che contribuiscono allo sviluppo di questi disturbi sono quindi molteplici: da un lato, un certo grado di predisposizione personale, dall'altro, anche le caratteristiche della cosiddetta società dei consumi e l'influenza dei mass media sembrano giocare un ruolo fondamentale. Non è un caso che siano molti gli esponenti del mondo del business che ottengono un guadagno da una maggiore attenzione delle persone verso la propria salute e il proprio corpo. Si pensi alle case farmaceutiche, alle industrie di cosmetici e integratori, ai personal trainer. Si pensi ai giornali, responsabili spesso di produrre, soprattutto in ambito salute, notizie a dir poco sensazionalistiche. Non resta da chiedersi, quindi, dove si trova il confine tra una maggiore attenzione al proprio benessere, tale ad esempio da favorire l'adozione di stili di vita sani, e un'eccessiva ansia per la propria salute, potenzialmente in grado di sfociare in un disturbo ipocondriaco.



Nella testa di un ipocondriaco

“In una sfera nascosta chissà dove tra la malattia fisica e la psicopatologia, l’ipocondria ha, nel corso dei secoli, tenuto i suoi segreti nascosti a tutti.” Così scrive lo psicanalista Georgios Stathopoulos in una recente revisione sul tema, mettendo in luce la natura duale e in qualche modo misteriosa di questa condizione nota fin dai tempi di Ippocrate¹. In generale, come spiega Giovanni Andrea Fava, psichiatra e docente di Psicologia clinica presso l’Università di Bologna, “l’ipocondria si può definire come la convinzione, resistente alla rassicurazione medica, di avere una o più gravi malattie”. Un problema ben noto in ambito clinico, la cui prevalenza nella popolazione generale non è però chiara, con studi diversi che riportano frequenze comprese tra lo 0,8% e il 9%^{2,3}. “Comunque” sottolinea Fava “è un disturbo che un clinico si trova di fronte con una certa frequenza.”

Una delle maggiori criticità relative a questo disturbo è, tuttavia, proprio la sua definizione. “Il problema di base è che è un disturbo molto eterogeneo” sottolinea lo psichiatra “che colpisce pazienti con delle storie molto diverse tra loro. Certo, di base c’è una preoccupazione ansiosa, ma le alterazioni possono essere molto diverse.” A complicare ulteriormente la situazione, poi, nell’ultima versione del Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorder (DSM-5) - il sistema più utilizzato in assoluto per la classificazione delle malattie psichiatriche - la categoria diagnostica dell’ipocondria è stata modificata in “disturbo da ansia di malattia” e inclusa nella più ampia classe dei “disturbi da sintomi somatici”, insieme alle manifestazioni psicosomatiche classiche, i disturbi di conversione, i fattori psicologici in grado di influenzare le patologie mediche e altri⁴. “Una scelta” commenta Fava “piuttosto discutibile.”

Secondo lo psichiatra, infatti, la definizione di “disturbo da ansia di malattia” proposta dal DSM-5 ha diversi limiti: per esempio, non include il concetto di ipervigilanza nei confronti delle sensazioni corporee, descrivendo semplicemente i pazienti come “facilmente allarmabili circa il proprio status di salute”, e alcune caratteristiche cliniche riportate sono sovrapponibili con quelle di altri disturbi, ponendo così un problema di diagnosi differenziale. Inoltre, nell’ambito dei disturbi da sintomi somatici il DSM-5 non fa mai riferimento al cosiddetto “comportamento di malattia”, ovvero ai diversi modi in cui persone diverse possono percepire e valutare i sintomi⁵. “L’ipocondria è un estremo di questo comportamento, nel senso di amplificazione,” spiega Fava “mentre la negazione di malattia è all’altro estremo. Entrambe, tuttavia, sono tipologie di comportamento patologico rispetto alle condizioni patologiche.”

Una definizione che tiene conto del comportamento di malattia è quella fornita dal Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) - introdotto nel 1995 da un gruppo di ricerca internazionale⁶ - la quale ha il pregio di prendere in considerazione anche fattori psicosociali. Secondo il DCPR si può parlare di ipocondria quando sono presenti i seguenti criteri diagnostici: paura di avere una malattia grave basata su un’interpretazione sbagliata delle sensazioni corporee; le preoccupazioni del soggetto persistono nonostante un’adeguata valutazione medica e le rassicurazioni da parte dei clinici; la durata del disturbo è superiore a sei mesi; le preoccupazioni determinano uno stato di stress rilevante e compromissioni a livello della vita sociale e occupazionale dell’individuo⁷. “Un ipocondriaco” sottolinea Fava “non si tranquillizza anche dopo aver fatto esami e radiografie. Continua a essere preoccupato. E continua a cambiare ▶

Al giorno d’oggi, un soggetto ipocondriaco si trova a essere costantemente circondato da stimoli in grado di attivare circoli viziosi

Sta emergendo sempre più chiaramente una nuova forma di ipocondria riguardante nello specifico i comportamenti digitali: la cybercondria

gli oggetti della sua preoccupazione: un momento può essere un tumore, un altro un infarto, un altro ancora una malattia neurodegenerativa.”

A prescindere dalle definizioni, tuttavia, gran parte dei modelli teorici dell'ipocondria danno molta importanza a due fattori: la presenza di credenze errate in merito alla prevalenza, trasmissibilità e altre caratteristiche cliniche delle patologie fisiche e l'amplificazione delle percezioni somatosensoriali⁸. Già nel 1992, gli psicologi Polly Hitchcock e Andrew Mathews avevano dimostrato che gli studenti universitari caratterizzati da livelli elevati di ansia di malattia erano più portati, rispetto a quelli con livelli più bassi, a interpretare le sensazioni corporee (es. "Senti il petto compresso, sei sudato e arrossato") come indicative di una patologia molto grave (es. "Stai avendo un attacco cardiaco"). In modo simile, in uno studio del 1999 lo psichiatra statunitense David Marcus aveva messo in evidenza come, anche in questo caso in un campione di studenti universitari, i livelli di ansia di malattia correlassero positivamente con la probabilità di giudicare indicative di malattie molto gravi (es. tumore cerebrale) sintomatologie ambigue (es. mal di testa)¹⁰.

Per quanto riguarda l'amplificazione delle percezioni somatosensoriali, invece, i dati sono più difficili da interpretare. Alcuni studi hanno valutato mediante questionari la sensibilità nei confronti delle sensazioni corporee (es. "Qualche volta riesco a sentire il mio battito cardiaco pulsarmi nelle orecchie") individuando una correlazione positiva, anche se moderata, con i livelli di ipocondria¹¹. Altre ricerche, invece, hanno indagato questo fenomeno mediante tecniche di ricerca in vivo. Ad esempio, uno studio ha messo in evidenza come le donne caratterizzate da livelli elevati di ansia di malattia risultassero associate a una maggiore sensibilità al dolore a un Cold Pressor Task (test cardiovascolare in cui si immerge la mano del soggetto in un recipiente di acqua ghiacciata) rispetto a un gruppo di controllo¹². Tuttavia, in altri studi, nonostante i pazienti ipocondriaci fossero più sensibili nei confronti delle sensazioni corporee (secondo i questionari), essi non sono risultati più abili dei soggetti di controllo nell'indovinare la propria frequenza cardiaca o discriminare tra due punti di stimolazione tattile^{13,14}. È quindi possibile che a essere associate ai livelli di ansia di malattia non siano le percezioni sensoriali in sé, quanto le loro interpretazioni errate date da parte dei soggetti ipocondriaci¹⁵.

Infine, un ulteriore elemento preso in considerazione dai modelli teorici è quello dei trigger, ovvero gli elementi in grado di innescare la reazione ansiosa dei soggetti ipocondriaci. Gli studi in questo settore non sono abbastanza numerosi per poter trarre delle conclusioni certe, ma alcuni forniscono comunque delle indicazioni interessanti. Un gruppo di ricerca ha sottoposto un campione di studenti universitari a uno Stroop Test (test cognitivo che valuta l'interferenza attenzionale causata da stimoli specifici) - modificato utilizzando parole riguardanti patologie di vario genere - dopo aver detto loro che in seguito a un esame medico era emerso che la loro pressione arteriosa era "estremamente elevata". I risultati hanno messo in evidenza come gli studenti che avevano riportato una maggiore sensibilità somatosensoriale ai questionari, ovvero quelli tendenzialmente ipocondriaci, fossero più suscettibili degli altri alle interferenze cognitive causate dalle parole riguardanti le malattie, a conferma del fatto che in questi soggetti l'esposizione a un feedback medico è potenzialmente in grado di innescare una reazione ansiosa malattia-correlata¹⁶. Il tema dei trigger è ora al centro di numerose ricerche che hanno indagato o stanno indagando l'influenza dell'esposizione alle numerosissime informazioni mediche presenti nel web sui soggetti ipocondriaci e non. Sta emergendo sempre più chiaramente, infatti, una nuova forma di ipocondria riguardante nello specifico questi comportamenti digitali: la cybercondria.

Ammalarsi su internet: la cybercondria



Il web costituisce una fonte inesauribile di informazioni mediche, consentendo di effettuare ricerche estremamente dettagliate su qualsiasi sintomo percepito. Le caratteristiche degli algoritmi dei motori di ricerca hanno però un'influenza sulla qualità delle informazioni a cui si è esposti, in quanto la gerarchia dei risultati dipende anche dalla frequenza con cui una certa ricerca viene effettuata. Da uno studio della Microsoft Research che ha analizzato più di 40 milioni di pagine web relative a questioni mediche e messo in relazione i dati con i risultati di una survey su 515 individui è emerso un collegamento tra patologie relativamente rare, come i tumori cerebrali, e sintomi molto comuni, come il mal di testa¹⁷. "Gli algoritmi utilizzati dai motori di ricerca creano una gerarchia spuria basata ampiamente sulla frequenza delle 'diagnosi online'" scrivono Mary Aiken e colleghi, autori di una revisione sul tema "senza nessuna considerazione sull'incidenza e la prevalenza delle condizioni"¹⁸.

Un problema, questo, non privo di implicazioni. Infatti la tendenza a interrogare Google piuttosto che il proprio medico in merito a problematiche relative alla propria salute è estremamente diffusa: secondo un sondaggio realizzato nel 2013 su più di 3000 cittadini statunitensi, circa 8 persone su 10 cominciano a informarsi su un sintomo o una condizione medica attraverso un motore di ricerca come Google, Bing o Yahoo¹⁹. Per quanto riguarda l'Italia, invece, secondo un sondaggio realizzato dalla IBSA Foundation for Scientific Research, l'88% dei nostri concittadini (il 93,3% delle donne) si affida al web per trovare informazioni sulla propria salute, metà dei quali affidandosi ai primi risultati della ricerca e senza verificare la veridicità delle fonti²⁰.

Non sorprende quindi l'emergere di un problema come la cybercondria, definibile come la tendenza a effettuare continue ricerche online di informazioni mediche associate a un progressivo incremento dei livelli di ansia relativi alla propria salute²¹. "Con internet le cose sono enormemente aumentate," commenta Fava "c'è una valanga di informazioni in grado di alimentare tutta una serie di preoccupazioni sul proprio benessere, molte delle quali non hanno alcuna base scientifica." Poiché le fonti non affidabili vengono spesso trattate allo stesso modo di quelle affidabili capita, infatti, che le persone vadano su internet per cercare delle rassicurazioni circa le loro paure e ne escano con preoccupazioni ulteriori e livelli di ansia maggiori.

Inoltre, le informazioni ottenute attraverso il web possono influenzare le scelte delle persone circa la possibilità di consultare un medico per avere assistenza, rischiando così di affidarsi esclusivamente ai motori di ricerca per decidere, ad esempio, se e come sottoporsi a test e trattamenti. Uno studio realizzato di recente da un gruppo di ricerca di Taipei ha dimostrato che la scelta di informarsi attraverso internet influenza i processi di decision-making clinico, la percezione di auto-efficacia e la tendenza a cercare seconde opinioni²². Inoltre, le ricerche online possono avere un effetto sul modo in cui le persone riflettono sul proprio benessere, influenzando i loro comportamenti in termini di dieta, esercizio fisico e altre attività proattive per la salute.

Secondo lo psichiatra australiano Vladan Starcevic, uno dei maggiori esperti nell'ambito della cybercondria e autore di un recente editoriale pubblicato dalla rivista *Psychotherapy and Psychosomatics*, esistono degli interventi tecnici che potrebbero ridurre la probabilità di sviluppare questa condizione. Questi riguardano soprattutto il modo in

cui le informazioni mediche vengono presentate online. “Per esempio un’esposizione chiara e *user-friendly* potrebbe ridurre le interpretazioni errate e l’escalation di ansia che da esse deriva; oppure si potrebbero sviluppare dei sistemi di ricerca online basati sulle reali probabilità che determinate relazioni sintomo-diagnosi si verifichino.” Tuttavia, secondo Starcevic, anche mettendo in atto questi interventi sarà quasi impossibile arginare completamente questo fenomeno, a causa dei limiti intrinseci della ricerca online e dell’emotività umana. “Inoltre, aumentare la chiarezza espositiva con cui vengono riportate le informazioni non aiuterà a risolvere le discrepanze tra le varie fonti²¹.”

Un approccio diverso è invece quello dell’educazione a un uso corretto di internet. La IBSA Foundation for Scientific Research ha recentemente redatto, in collaborazione con vari esperti e associazioni di pazienti, un decalogo di buone norme relative alla “health literacy” online, dove per “health literacy” si intende “il grado in cui gli individui hanno la capacità di ottenere, elaborare e comprendere informazioni sulla salute, i servizi e le competenze necessarie per prendere decisioni e compiere azioni informate per la salute²⁰.”

Un mondo di malati immaginari

A prescindere da manifestazioni psicologiche come l’ipocondria o la cybercondria, è innegabile che negli ultimi anni si stia assistendo a un crescente interesse da parte dei cittadini nei confronti di tematiche legate alla salute e al benessere. “C’è un lato buono e uno cattivo di questa nostra nuova ossessione,” spiega Shannon Brownlee, vice-presidente del Lown Institute di Boston e autrice del libro *Overtreated: Why Too Much Medicine is Making Us Sicker and Poorer*, premiato dal New York Times come il miglior libro di economia del 2007. “Quello positivo è che abbiamo più strumenti per alleviare le sofferenze dei pazienti e ridimensionare gli effetti delle malattie di quanti ne abbiamo mai avuti nella storia. Quello negativo è che le aziende produttrici vogliono venderli questi strumenti, vogliono vendere i loro farmaci, vogliono vendere i loro dispositivi, i medici stessi vogliono vendere i loro servizi.”

“Quindi è nel loro interesse avere persone che pensano di essere malate e di avere bisogno dei loro prodotti e servizi” continua Brownlee. “Penso che questa ossessione crescente nei confronti della salute sia in parte guidata da questi interessi commerciali.” In aggiunta, la tendenza a credersi malati o in dovere di sottoporsi a test e trattamenti per prevenire l’insorgenza di malattie sarebbe associata al fenomeno della sovra-medicalizzazione. Infatti, molto spesso i medici sottopongono i propri pazienti a procedure i cui benefici sono discutibili, e che possono invece causare danni, solo perché guidati dalla convinzione che sia sempre meglio “fare di più” o perché spaventati dalla possibilità di essere citati in giudizio con l’accusa di aver “fatto troppo poco”.

Tuttavia, medici e industrie non sono gli unici responsabili di questa tendenza. “Anche i media hanno contribuito tremendamente a far crescere questa ossessione” sottolinea Brownlee, che a sua volta collabora come giornalista con molte testate. “Noi scriviamo storie su questa o quella malattia e siamo convinti di aiutare rendendo le persone più consapevoli della propria salute. Ma rendendole iper-consapevoli si rischia di rendere tutti affetti da quella che si potrebbe chiamare ‘ipocondria da cultura occidentale’. Perché non riguarda sono gli americani o gli italiani, ma riguarda il Canada, l’Inghilterra, e molti altri posti nel mondo.”

Come fare, quindi, per mettere un freno a questo fenomeno? “È molto difficile cambiare la cultura con le politiche” spiega Brownlee. Tuttavia, esistono interventi che potrebbero fare la differenza, specie in contesti specifici. “Negli Stati Uniti permet-

I giornali dovrebbero cominciare a dire alla gente di prendersi cura di se stessi e non che ogni sintomo corrisponde a una malattia



tiamo alle aziende di pubblicizzare direttamente farmaci e dispositivi, trovo che questo sia assurdo. Di sicuro è una delle ragioni principali dietro il fenomeno della sovra-medicalizzazione.” Lo stesso vale per tutti quei siti web di informazione medica il cui obiettivo principale, spiega l’autrice di *Overtreated*, sembra essere quello di mettere in guardia i lettori dal potenziale sviluppo di patologie. “Prendiamo in considerazione le piattaforme come Medscape, sono tutte sponsorizzate dall’industria.

È pura pubblicità. Quindi, dal momento che è molto difficile cambiare la cultura con le politiche, intanto i giornali potrebbero cominciare a creare meno allarmismi: dovrebbero cominciare a dire alla gente di prendersi cura di se stessi e non che ogni sintomo corrisponde a una malattia.”

Lo stesso, secondo Brownlee, dovrebbero fare i medici quando si rendono conto di avere di fronte una persona clinicamente sana ma, nonostante questo, preoccupata per la propria salute. “Non rifiutare ciò che il paziente sta esprimendo o provando, ma dire cose come ‘Quello che stai provando è molto comune alla tua età, ma credo che ti basterà prendere l’abitudine di fare una bella passeggiata per stare meglio’.” Una capacità, quella di tranquillizzare e rassicurare il paziente, ritenuta fondamentale anche da Fava per quanto riguarda il trattamento dei soggetti ipocondriaci: “Sono pazienti molto difficili da trattare. La modalità che risulta fondamentale è quella di fornire delle spiegazioni e rassicurazioni, anche quando il paziente non è soddisfatto in quanto convinto di avere una malattia specifica”.

La difficoltà sta quindi nel mantenere un equilibrio tra il favorire una maggiore consapevolezza del paziente nei confronti della propria salute e l’evitare che questa maggiore consapevolezza sfoci in una vera e propria ansia debilitante. Il problema, tuttavia, è complesso e multifattoriale e chiama in causa diversi aspetti della cultura medica, dalla clinica alla comunicazione. In ultimo, quello del malato immaginario è un problema sfidante anche per il medico che, trovandosi di fronte a un individuo che non necessita di un reale aiuto clinico, può finire per sentirsi delegittimato. Non è facile, infatti, accettare che in alcuni casi la scelta migliore da compiere sia quella di non intervenire, di non testare, di non prescrivere.

Bibliografia

1. Stathopoulos G. *Hypochondria: a review of its place in psychoanalytic theory*. The Psychoanalytic Quarterly 2017; 86: 359-81
2. Magariños M, Zafar U, Nissensohn K, Blanco C. *Epidemiology and treatment of hypochondriasis*. CNS Drugs 2002; 16: 9-22
3. Carson RC, Mineka S, Butcher JN (Eds). *Abnormal Psychology and Modern Life*. (11th ed.). Boston: Allyn and Bacon, 2000
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed*. Washington: DC: American Psychiatric Association, 2013
5. Cosci F, Fava GA. *The clinical inadequacy of the DSM-5 classification of somatic symptom and related disorders: an alternative trans-diagnostic model*. CNS Spectrum 2016; 21: 310-7.
6. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, et al. *Diagnostic criteria for use in psychosomatic research*. Psychotherapy and Psychosomatics 1995; 63: 1-8

Non è facile accettare che in alcuni casi la scelta migliore da compiere sia quella di non intervenire, di non testare, di non prescrivere

7. Fava GA, Cosci F, Sonino N. *Current psychosomatic practice*. Psychotherapy and Psychosomatics 2017; 86: 13-30
8. Salkovskis PM, Warwick HC. *Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis*. In Starcevic V & Lipsitt DR (Eds), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 202-222). Oxford: Oxford University Press, 2001
9. Hitchcock PB, Mathews A. *Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis*. Behavior Research and Therapy 1992; 30: 223-34
10. Marcus DK. *The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: misinformation and triggers*. Journal of Psychosomatic research 1999; 47: 79-91
11. Barsky AJ, Wyshak G. *Hypochondriasis and somatosensory amplification*. British Journal of Psychiatry 1990; 157: 404-9
12. Gramling SE, Clawson EP, McDonald MK. *Perceptual and cognitive abnormal model of hypochondriasis: amplification and physiological reactivity in women*. Psychosomatic Medicine 1996; 58: 423-31
13. Barsky AJ, Brener J, Coeytaux RR, Cleary PD. *Accurate awareness of heartbeat in hypochondriacal and non-hypochondriacal patients*. Journal of Psychosomatic Research 1995; 39: 489-97
14. Haenen MA, Schmidt AJM, Schoenmakers M, van de Hout MA. *Quantitative and qualitative aspects of cancer knowledge: Comparing hypochondriacal subjects and healthy controls*. Psychology and Health 1998; 13: 1005-14
15. Marcus DK, Gurley JR, Marchi MM, Bauer C. *Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review*. Clinical Psychology Review 2007; 27: 127-39
16. Lecci L, Cohen DJ. *Perceptual consequences of an illness-concern induction and its relation to hypochondriacal tendencies*. Health Psychology 2002; 21: 147-56
17. White RW, Horwitz E. *Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in web search*. ACM Transactions on Information Systems 2009; 27: 23
18. Aiken M, Kirwan G, Berry M, O'Boyle CA. *The age of cyberchondria*. Royal College of Surgeons in Ireland Student Medical Journal 2012; 5: 71-4
19. Fox S, Duggan M. *Health online* 2013
20. IBSA Foundation for Scientific Research. *E-Health tra bufale e realtà: le due facce della salute in rete*
21. Starcevic V. *Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information*. Psychotherapy and Psychosomatics 2017; 86: 129-33
22. Chen YY, Ming-Li C, Liang JC, Tsai CC. *Health information obtained from the internet and changes in medical decision making: questionnaire development and cross-sectional survey*. Journal of Medical Internet Research 2018; 20: e47

Il condizionamento del placebo nei malati immaginari e nelle persone “normali”



A colloquio con Fabrizio Benedetti,
*Direttore della Medicina e Fisiologia dell'Ipossia, Plateau Rosà (Svizzera),
Professore ordinario di Neurofisiologia all'Università di Torino*

A cura de *Il Pensiero Scientifico Editore*



Il placebo può servire come un test per distinguere il malato “vero” da quello “falso”? Il malato che risponde all’acqua distillata è necessariamente un malato immaginario?

Fino a qualche anno fa un test con placebo veniva utilizzato a scopo diagnostico: se il paziente rispondeva al placebo, si diceva che il sintomo (generalmente il dolore) era di tipo funzionale e non organico. Ormai da qualche anno questo non è più deontologicamente accettabile e l’uso del placebo a scopo diagnostico non è oggi considerato etico.



C’è un profilo di paziente su cui l’effetto placebo dovrebbe funzionare maggiormente? Lo stesso si può dire dei non pazienti: ci sono dei “normali” o dei “malati immaginari” che rispondono meglio a sedativi placebo?

Trovare un profilo individuale che predica la risposta al placebo è una sfida futura, soprattutto per le case farmaceutiche. Ciò permetterebbe di sapere in anticipo se la risposta placebo sarà alta in un trial clinico. Per ora si sta lavorando su tre meccanismi principali. Primo, la risposta placebo può essere appresa o disappresa, quindi è possibile creare placebo responder e non responder in laboratorio. Secondo, esistono delle varianti genetiche che rispondono molto bene a trattamenti placebo. Terzo, alcuni tratti di personalità sono particolarmente proni alla risposta placebo, per esempio coloro che cercano grosse ricompense e incentivi (sport estremi, giocatori d’azzardo ecc).



Nei vostri studi avete messo in luce che l’effetto placebo non riguarda solo la somministrazione di falsi farmaci ma anche il contesto e l’interazione fra chi cura e chi chiede di essere curato. Quanto il modo del medico di avvicinarsi al paziente normale che si reputa malato, cioè l’empatia, può quindi essere terapeutico per curare l’ipocondria o per prevenirla? Esistono studi al riguardo?

L’effetto placebo è dovuto a un contesto psicosociale positivo intorno al paziente, e la figura del medico è l’elemento cruciale di tale contesto. Quindi, la relazione medico-paziente è certamente cruciale e il medico empatico e compassionevole ottiene più ►

risultati positivi del medico freddo e distaccato. Questo concetto di umanizzazione della cura è sempre più sentito nella pratica medica moderna.



E quanto invece può funzionare come nocebo facendo sentire malata una persona in realtà sana? Esistono a riguardo degli studi?

Se è vero che un contesto psicosociale positivo produce effetti positivi, è altrettanto vero che un contesto negativo conduce a risultati negativi. Il meccanismo alla base è fondamentalmente l'ansia anticipatoria, la quale conduce a un effetto psicologico negativo (per l'appunto l'effetto nocebo). Basti pensare alla comunicazione di una diagnosi negativa, ai fenomeni di massa generati dai mass media, o più semplicemente al bugiardino (che genera aspettative negative sui possibili effetti collaterali di un farmaco).



L'estrema medicalizzazione della persona e la ricerca del benessere potrebbero farci sentire dei malati immaginari trattandoci come malati reali?

In un certo senso sì, ma bisogna considerare che ognuno di noi è diverso da tutti gli altri. Ogni paziente reagisce a suo modo e si rapporta a suo modo col proprio medico, quindi è sbagliato generalizzare. La sfida della medicina moderna è quella di personalizzare le terapie e l'interazione col paziente, da punto di vista genetico, biologico e psicologico.





IPOCONDRIA TRA IMMAGINAZIONE E VERITÀ

Prof. Filippo Bogetto

Professore Emerito di Psichiatria

Università degli Studi di Torino

Il nostro corpo è vero, è osservabile, misurabile, giudicabile ma è anche vissuto. Questi “due” corpi possono essere simili ma anche molto diversi in quanto i fattori più vari, anche immaginari, possono incidere su come noi viviamo il nostro corpo. E così un corpo fisiologicamente sano può essere vissuto in modo assai negativo, come stanco, inefficiente o persino malato, fino a condizionare pesantemente l’esistenza stessa del soggetto.

La concezione del corpo quale veicolo di pulsioni rimosse, emozioni, conflitti è antica e già Ippocrate si

riferiva a questa con il concetto di isteria legato in particolare a problematiche di tipo sessuale e a una esibizionistica struttura di personalità. Più strettamente riferito alla presenza di disturbi somatici senza reale fondamento è il concetto di ipocondria.

A partire dai fondamentali studi sull’isteria, fu Sigmund Freud ad approfondire i rapporti fra psiche e corpo attraverso i concetti di rimozione di contenuti mentali inaccettabili e dolorosi e la conseguente conversione degli stessi in sintomi somatici.

Oggi i termini di isteria e di ipocondria sono scomparsi ►

dalla classificazione internazionale dei disturbi mentali (DSM-5), sostituiti dai termini “disturbo da sintomi somatici”, “disturbo da ansia di malattia” e “disturbo di conversione”.

Nel disturbo da sintomi somatici il paziente può presentare i sintomi più svariati, da generici malesseri a dolori precisi e localizzati. Tutto ciò è vissuto con molta preoccupazione e condiziona la vita del soggetto che passa da un controllo medico all'altro alla ricerca mai soddisfatta dell'origine dei propri mali.

Nel disturbo da ansia di malattia sintomi veri e propri sono per lo più assenti o poco significativi e il quadro è dominato dall'ansia di avere o di poter contrarre una malattia. Il paziente stesso si controlla frequentemente coinvolgendo anche parenti e amici con compromissione delle relazioni interpersonali.

Il disturbo di conversione, il più vicino al tradizionale quadro dell'isteria, è caratterizzato dalla presenza di disturbi simil-neurologici, in assenza di riscontri obiettivi.

Aspetti sintomatologici analoghi, che vengono portati all'attenzione del medico, sono presenti anche in altri disturbi.

Nei disturbi depressivi il vissuto del corpo viene a far parte della negatività e del pessimismo in cui tutto viene percepito; nel disturbo ossessivo-compulsivo le malattie possono diventare il contenuto delle ossessioni e dei comportamenti da esse determinati, con controlli, che in questo caso si riferiscono al corpo, ripetuti ed estenuanti; nel disturbo di panico l'angoscia, per lo più, di aver avuto un infarto si pone quale elemento scatenante che sovente conduce il paziente al Pronto Soccorso.

Il medico deve attentamente valutare il possibile significato clinico di questi sintomi impostando tempi e modi degli accertamenti ritenuti utili, senza cadere nella trappola di una corsa all'infinito, a volte favorita da motivazioni di salvaguardia difensiva.

Parallelamente, e non secondariamente, deve essere colto lo stile espressivo del paziente che ruota intorno all'idea vissuta angosciosamente di essere ammalato. Questo vissuto è “vero” tanto quanto l'eventuale fondamento somatico di un sintomo e va affrontato e possibilmente curato.

A questo proposito si possono impostare terapie psicofarmacologiche e psicoterapiche. La scelta della terapia farmacologica deve tener conto soprattutto delle caratteristiche più o meno ossessive delle idee di malattia e del peso dei sintomi d'ansia e depressivi presenti. Le psicoterapie ritenute più efficaci sono

quelle che si propongono una ristrutturazione cognitiva, quali la psicoterapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia interpersonale. Anche le psicoterapie di gruppo possono aiutare il paziente attraverso il confronto con l'altro dei propri vissuti corporei.

Un serio problema per instaurare entrambi i tipi di terapia è rappresentato dalla resistenza del paziente a considerare il proprio malessere e le proprie preoccupazioni un problema psicopatologico.

Ma il riferimento più importante, al di là di terapie specifiche, rimane il rapporto con il proprio medico curante che deve saper cogliere, valutare e curare entrambi gli aspetti, somatici e psichici, che il paziente gli presenta. Quindi non una caccia al vero disturbo per smascherare il falso, ma una cura totale della sofferenza.

Note bibliografiche

- *DSM-5 Edizione italiana*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014
- Freud, *Opere*. Vol I, Boringhieri, Torino 1967
- Newby J.M. et al. *DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis*. *Journal of Psychosomatic Research* 101 (2017) 31-37
- Tyrer P. *Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety*. *Current Psychiatry Reports* (2018) 20-49
- *Trattato Italiano di Psichiatria*. II Edizione, Masson 1999



CERVELLO E IPOCONDRIA

Prof. Andrea Cavanna

*Consultant in Behavioural Neurology, National Centre for Mental Health, BSMHFT,
University of Birmingham, United Kingdom;*

Honorary Professor in Neuropsychiatry, Aston University, Birmingham, United Kingdom

C'è una scena divertente, nel film di Woody Allen *Hannah e le sue sorelle* (1986), in cui il protagonista Mickey Sachs è convinto che il ronzio che sente nelle orecchie sia la prova che ha sviluppato un tumore cerebrale. Attanagliato dall'ansia, Mickey chiede conferma a Gail: "Senti anche tu un suono di campanello?". In quel momento il telefono squilla, e Gail risponde convinta: "Certo, lo sento, lo sento!". L'ipocondria può essere considerata un tratto costante dell'essere umano, e in quanto tale può legittimare la domanda circa le sue basi biologiche. La sua radice etimologica (dal greco *hypochondria*, "sotto la cartilagine del diaframma costale") fa preciso riferimento all'anatomia, nello specifico alla parte del corpo originariamente ritenuta essere la sede del disturbo. Con il passare del tempo, la sintomatologia ansiosa di chi ha paura delle malattie si è cristallizzata nell'immaginario collettivo grazie anche a magistrali raffigurazioni letterarie. Prima fra tutte, il ritratto del tormentato Argante, protagonista del *Malato immaginario* di Molière (1673). Non è forse superfluo ricordare che *Le malade imaginaire* ha come oggetto della propria satira sia il tormento ipocondria-

co del malato che l'imperizia dei medici che cercano di prendersene cura. Non solo: si narra che il 17 febbraio del 1673 Molière stesso, che interpretava Argante, portò a termine la rappresentazione di questa commedia nonostante il suo grave stato di salute, morendo infine poche ore dopo.

I primi tentativi di inquadramento nosografico dell'ipocondria si collocano nell'ambito della tradizione neuropsichiatrica tedesca a cavallo tra Ottocento e Novecento. Di particolare interesse è la distinzione proposta da Kraepelin nel 1896 tra *hypochondria cum materia*, ovvero con disturbi reali ma sopravvalutati, e *hypochondria sine materia*, ovvero senza alcuna base oggettiva. La pubblicazione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM, *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*) da parte dell'American Psychiatric Association a partire dal secondo dopoguerra ha promosso la formulazione di criteri diagnostici condivisi, a uso della comunità medica e psichiatrica. Studi epidemiologici condotti utilizzando i criteri DSM hanno mostrato che l'incidenza dell'ipocondria nei ►

focus _il malato immaginario

campioni clinici si aggira tra l'1% e il 10%. Nel 2013, anno della pubblicazione della quinta edizione del DSM (DSM-5), il concetto di ipocondria è stato sostituito da diversi disturbi, tra cui il disturbo da sintomi somatici e il disturbo da ansia di malattia. Il disturbo da sintomi somatici è caratterizzato da un elevato livello di ansia per la salute alla quale si associano sintomi somatici percepiti dalla persona. Il disturbo da ansia di malattia è invece costituito essenzialmente dalla sola ansia per la propria salute. È stato calcolato che il 75% dei casi clinici di ipocondria soddisfano i criteri diagnostici del disturbo da sintomi somatici, mentre il restante 25% dei casi sono attualmente inquadrabili nel disturbo da ansia di malattia. L'utilità clinica della diagnosi di disturbo da sintomi somatici è tuttavia oggetto di acceso dibattito, a cui partecipano gli stessi fautori delle edizioni precedenti del DSM.

La definizione del disturbo da ansia di malattia si basa su specifici criteri diagnostici. Tra questi figurano la preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia, l'assenza di sintomi somatici (o la presenza di sintomi somatici di lieve intensità), la presenza di un elevato livello di ansia riguardante la salute (con allarmismo a riguardo del proprio stato di salute), e l'attuazione di comportamenti eccessivi correlati alla salute (ad esempio, ripetuto controllo del proprio corpo in cerca di segni di malattia) o condotte di evitamento disadattive. Strumenti psicometrici come l'*Illness Anxiety History Questionnaire* permettono di caratterizzare l'entità del disturbo da ansia di malattia, attraverso quesiti specifici. Fra questi figurano domande come "Quanti anni aveva quando per la prima volta ha intrattenuto per almeno due settimane la preoccupazione di avere o sviluppare una malattia grave?" e "Di quanti attacchi di ansia da malattia ha sofferto nel corso della vita?". Per meglio comprendere il meccanismo alla base dell'ipocondria è stato proposto il modello dell'*amplificazione somatosensoriale*. Secondo questa teoria, i soggetti ipocondriaci focalizzano la propria attenzione sul proprio corpo e sulle sensazioni somatiche, percependole in modo amplificato e generando false attribuzioni associate a interpretazioni disfunzionali. È facile intuire come su queste alterate percezioni si possa innescare un circolo vizioso di ansia e preoccupazione per il proprio stato di salute. Il paziente tenderà a sminuire l'importanza e la veridicità di procedure diagnostiche dai risultati rassicuranti, a selezionare le informazioni sui sintomi e a drammatizzarne il significato. Lo studio scientifico delle basi cerebrali dell'ipocondria ha ricevuto un forte impulso dallo sviluppo delle tecniche d'indagine dell'attività cerebrale in vivo. Tramite studi

di *neuroimaging* funzionale sono state individuate alterazioni in reti neurali preposte all'autorappresentazione corporea, nonché al processamento delle emozioni, come alcune strutture appartenenti al sistema limbico. Il trattamento del disturbo da ansia di malattia si basa in primis su un buon rapporto con il medico (oggetto tra l'altro di un pregevole saggio di Fabrizio Benedetti recentemente pubblicato da Mondadori, dal titolo *La speranza è un farmaco*). Le visite di controllo offrono preziose occasioni per valutare i sintomi e rassicurare il paziente, tuttavia è opportuno non eccedere in prescrizioni di esami diagnostici. Il ricorso a un approccio terapeutico di tipo cognitivo-comportamentale è giustificato dalle evidenze cliniche. I farmaci che agiscono sulla serotonina possono essere utilizzati per agevolare il controllo della sintomatologia ansiosa.

È stato osservato che l'ipocondria riflette il nostro stile di vita in un mondo in cui siamo spronati quotidianamente a essere sani, belli e felici: un mondo, in altre parole, in cui dobbiamo vivere in uno stato perenne di ansia. Il ruolo dei media (da internet alle reti sociali) nel promuovere l'ipocondria sarebbe meritevole di approfondimento. L'accesso immediato a una quantità illimitata di informazioni di tipo medico (spesso di dubbia qualità o di difficile interpretazione) può alimentare e moltiplicare i motivi di ansia in materia di salute. Inoltre, l'illusoria percezione di controllo offerta dalla tec-



nologia può esacerbare l'ipocondria, nel momento in cui ci si arrende all'evidenza che ad oggi l'insorgere di malattie anche gravi non è di fatto né prevedibile né prevenibile. La soluzione? Non pare immediata. Giova forse non dimenticare la saggezza degli antichi, a cominciare dalle dottrine stoiche, che nella seconda metà del secolo scorso ispirarono i fondatori della terapia cognitivo-comportamentale. Il *Manuale* di Epitteto si apre con l'osservazione che la salute del corpo non rientra tra le cose soggette al nostro controllo - un vero e proprio antidoto alle ansie salutistiche che pervadono la nostra epoca: "La realtà si divide in cose soggette al nostro potere e cose non soggette al nostro potere. In nostro potere sono il giudizio, l'impulso, il desiderio, l'avversione e, in una parola, ogni attività che sia propriamente nostra; non sono in nostro potere il corpo, il patrimonio, la reputazione, le cariche pubbliche e, in una parola, ogni attività che non sia nostra". A coloro i quali leggono in queste righe un invito al fatalismo, alla rassegnazione, alla trascuratezza della cura di sé e della propria salute, rispondono, ancora una volta, gli antichi. Con la celebre metafora dell'arciere, nel *De Finibus* Cicerone illustra l'atteggiamento più sano: allenarsi quotidianamente con arco e frecce per imparare a centrare il bersaglio, e al contempo coltivare la consapevolezza che un imprevisto soffio di vento può deviare anche una freccia ben scoccata e vanificare i nostri sforzi.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Association 2013
- Benedetti F. *La speranza è un farmaco*. Mondadori 2018
- Cavanna AE. *Motion and emotion*. Springer 2018
- Creed F, Barsky A. *A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis*. J Psychosom Res 2004;56:391-408
- Frances A. *The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill*. BMJ 2013;346:f1580
- Grossi D, Longarzo M, Quarantelli M, Salvatore E, Cavaliere C, De Luca P, Trojano L, Aiello M. *Altered functional connectivity of interoception in illness anxiety disorder*. Cortex 2017;86:22-32
- Newby JM, Hobbs MJ, Mahoney AEJ, Wong SK, Andrews G. *DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis*. J Psychosom Res 2017;101:31-37
- Rachman S. *Health anxiety disorders: A cognitive construal*. Behav Res Ther 2012;50:502-512
- Robertson D. *The philosophy of cognitive-behavioural therapy*. Karnac 2010
- van den Heuvel OA, Mataix-Cols D, Zwieter G, Cath DC, van der Werf YD, Groenewegen HJ, van Balkom AJ, Veltman DJ. *Common limbic and frontal-striatal disturbances in patients with obsessive compulsive disorder, panic disorder and hypochondriasis*. Psychol Med 2011;41:2399e2410

RIPENSARE LA SALUTE E LA MALATTIA OGGI

TRA VERITÀ E FINZIONE

Prof.ssa M. Cristina Amoretti

DAFIST, Sezione di Filosofia, Università degli Studi di Genova

PhilHeaD, Research Center in Philosophy of Health and Disease

Già ai tempi di Molière, quando la commedia *Le Malade imaginaire* venne rappresentata per la prima volta nel 1673, emergeva una tensione tra coloro che ritenevano che il sapere medico rappresentasse una vera e propria verità scientifica e coloro che - come lo stesso Molière - pensavano invece che il presunto impianto scientifico della medicina fosse solo una finzione, una mera illusione. Tutta la scienza medica - viene infatti spiegato nella commedia - "consiste in discorsi pomposi, in chiacchiere confuse"; e se i medici vengono comunque ascoltati, ciò "è un segno della debolezza umana, e non già della verità della loro arte" (Molière, 2013, p. 3007).

La stessa tensione si è ripresentata ancora, in modo piuttosto forte, anche nel secolo scorso, avendo però come focus più specifico la psichiatria. Contro chi considerava la psichiatria una specialità medica, si schierava il cosiddetto movimento antipsichiatria, secondo cui il concetto di malattia mentale, e con esso l'intera psichiatria, non sarebbe altro che il risultato di "uno scivolamento dalla metafora al mito" (Sarbin, 1969, p. 15). Secondo Thomas Szasz (1961), per esempio, utilizzando il termine "malattia mentale" si farebbe un uso metaforico e illegittimo del termine malattia, etichettando in modo erroneo come un problema medico ciò che è invece solo giudicato negativamente da una certa società.

Nel dibattito filosofico attuale, l'attenzione si è concentrata soprattutto sulla nozione di malattia, poiché maggiormente legata, rispetto a quella di salute, al contesto medico. Quando il concetto di salute non viene pensato nei termini di mera assenza di malattia, infatti, esso tende a venire "allargato" ben oltre i confini medici, fino a comprendere "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale" (World Health Organization, 1948, p. 83). Focalizzandoci dunque sul concetto di malattia, possiamo vedere che la tensione di cui sopra è ancora ben presente. A un estremo, la malattia può essere vista come qualcosa di "reale" e oggettivo, come un fatto del corpo umano che può essere scoperto e studiato con mezzi empirici, e su cui si può fondare un vero e proprio sapere scientifico; in questo senso, padroneggiare adeguatamente il sapere medico permetterebbe di distinguere in modo univoco la salute dalla malattia. All'altro estremo, la malattia può essere considerata come qualcosa di costruito socialmente, una finzione che non corrisponde a nulla di "reale", bensì dipende in modo intrinseco da norme e valori culturali; in questo senso, credere che il sapere medico permetta di distinguere tra salute e malattia sarebbe solo un'illusione, dal momento che la linea di demarcazione dipende in modo intrinseco dalle norme e dai valori condivisi da un certo gruppo sociale.

Non è un caso che la maggior parte delle concezioni contemporanee della malattia coinvolgano sia giudizi empirici che riguardano il corpo umano sia giudizi normativi che riguardano la non desiderabilità di certe condizioni

È possibile ripensare il concetto di malattia per trovare una sorta di conciliazione tra queste due posizioni? Se da un lato appare evidente che il concetto di malattia ha una forte componente valoriale, dall'altra c'è altresì l'esigenza di ancorare tale concetto a qualcosa di "reale", a qualcosa di biologico che possa essere scoperto e studiato con i metodi empirici della scienza. Non è un caso, infatti, che la maggior parte delle concezioni contemporanee della malattia siano "ibride", coinvolgendo sia giudizi empirici che riguardano il corpo umano sia giudizi normativi che riguardano la non desiderabilità di certe condizioni. Che una certa condizione possa essere considerata una malattia, dipenderebbe insomma non solo dalle sue caratteristiche intrinseche, ma anche da come viene valutata. Ma quali giudizi empirici? Quali giudizi normativi?

Per buona parte dell'età moderna, si è creduto che i fatti del corpo umano che possono essere scoperti e studiati con mezzi empirici non fossero altro che insiemi di segni e di sintomi, delle sindromi, che si danno ed evolvono assieme. Con il maturare della scienza medica, ci si è mossi dalle sindromi alle disfunzioni: i fatti del corpo umano che possono essere scoperti e studiati con mezzi empirici sono processi patologici che possono darsi a vari livelli, genetico, molecolare, cellulare ecc. Più recentemente si è poi sviluppato un ulteriore paradigma, che dalle disfunzioni si sposta a considerare i fattori di rischio. Non tutte le specialità mediche sembrano però aver compiuto il passaggio da una caratterizzazione della malattia in termini sintomatici a una caratterizzazione in termini di processi patologici o fattori di rischio. Secondo Dominic Murphy (2006), per esempio, la psichiatria sarebbe rimasta ancorata a quello che lui definisce "modello medico debole", accontentandosi di definire i disturbi mentali in termini osservativi, senza fare ipotesi esplicite sui processi patologici che vi sono alla base.

Anche per quanto riguarda i giudizi normativi si danno varie possibilità. Se la maggior parte dei filosofi ritiene che tali giudizi debbano essere definiti da standard e valori culturali, che siano condivisi da un certo gruppo sociale, altri ritengono invece che debbano riguardare il singolo individuo. In tal caso, si può ammettere che una stessa condizione - per esempio, uno stesso processo patologico - debba essere considerata una malattia per un certo individuo ma non per un altro, nel caso in cui essi non condividano i medesimi valori.

Al di là delle differenze di cui sopra, sembra chiaro che il concetto di malattia condivida aspetti sia del mondo naturale sia del mondo sociale. Detto questo, è possibile considerare il concetto generale di malattia come un concetto valutativo, senza tuttavia negare che le sue singole istanze, le malattie individuali, siano "reali", e possano pertanto essere scoperte e studiate con i metodi empirici della scienza. In questo senso, l'impianto scientifico della medicina non sarebbe affatto una finzione, e il sapere medico potrebbe essere considerato una verità scientifica alla stregua del sapere delle altre scienze, pur ammettendo la presenza di un elemento intrinsecamente valoriale all'interno della medicina stessa.

Riferimenti

Molière, *Teatro*, a cura di F. Fiorentino, Bompiani, Milano 2013

Murphy, D., 2006. *Psychiatry in the scientific image*. MIT Press, Cambridge, Mass

Sarbin, T., 1969. The scientific status of the mental illness metaphor. In *Changing Perspectives in Mental Illness*, a cura di C.P. Stanley e R.B. Edgerton. Holt, Rinehart and Winston, New York, pp. 9-31

Szasz, T, 1961. *The myth of mental illness*. Hoeber-Harper, New York

World Health Organization, 1948. Constitution of the World Health Organization. In *Basic Documents*. WHO, Ginevra 2014, pp. 1-20



MALATTIA E CULTURA: QUALI RAPPORTI E QUALI NODI?

GLI STRUMENTI DI INTERPRETAZIONE

Prof. Roberto Beneduce

Docente di Antropologia medica e psicologica, Università di Torino,

Dip. di Culture, Politica e società; direttore Centro Frantz Fanon (Torino)



La prospettiva disciplinare di queste brevi considerazioni è quella dell'antropologia medica e dell'etnopsichiatria *critica e dinamica*, come l'ho definita in altre occasioni, ma altre formule potrebbero essere evocate (antropologia della malattia, antropologia della salute, psichiatria transculturale ecc.), ciascuna prevalente all'interno di particolari tradizioni accademiche, e sempre in rapporto con l'alveo degli studi antropologici o sociologici.

In Italia abbiamo una corposa tradizione di antropologi: Ernesto de Martino, in primo luogo, e studiosi come Alfonso Maria di Nola, Vittorio Lanternari, Clara Gallini, Tullio Seppilli, che hanno voluto interrogare i rapporti fra malattia e cultura, così come quelli fra cura e cultura. Mi limito a ricordare qui la riflessione acutissima di Ernesto de Martino, storico delle religioni profondamente influenzato dalla lezione gramsciana. Nelle pagine del suo libro postumo, *La fine del mondo*, egli interroga la dialettica anormalità/normalità articolando il contributo della filosofia e della psicopatologia fenomenologica (Husserl, Heidegger, Binswanger) con quello della psicoanalisi (la storia individuale), delle ricerche sul pensiero mitico-simbolico e di uno storicismo non ingenuo. In questo orizzonte di connessioni il ruolo dell'etnopsichiatria è fondamentale, scrive de Martino, per comprendere il "rischio" psichico "in qualsiasi cultura umana" e, in particolare, nelle forme che egli definisce secondo il vocabolario dell'epoca come "culturalmente condizionate". Poco dopo precisa: la psichiatria culturale studia i disordini mentali in rapporto al loro "condizionamento socio-culturale", ossia "alla stratificazione sociale, all'occupazione, al gruppo etnico, a particolari comunità, all'influenza positiva o negativa dell'ambiente ospedaliero nei processi terapeutici". Aggiunge, infine, che al simbolismo mitico-rituale e religioso può essere riconosciuta una funzione "catartica, riequilibratrice, reintegratrice e *in ultima istanza terapeutica*". La modernità dell'autore è evidente non solo quando ricorda, con altri antropologi ed etnopsichiatri del tempo (Alfred Métraux e, rispettivamente, Louis Mars, le cui ricerche concernevano in entrambi i casi l'isola di Haiti, ad esempio), il valore di reintegrazione o di cura che pratiche religiose e rituali possono avere nel caso dei disturbi mentali (il pensiero corre alle sue ricerche sul tarantismo in Salento e alle pratiche magico-terapeutiche in Lucania), ma anche quando sottolinea il ruolo dell'ambiente ospedaliero ("influenza positiva o negativa") sugli stessi processi terapeutici. Sarebbe stata questa la leva antropologica che, alimentata da una analoga attenzione nei confronti della psichiatria di orientamento fenomenologico-esistenziale, avrebbe permesso alcuni anni dopo di trasformare il modello della psichiatria in Italia avviando la riforma del 1978.

La figura di Ernesto de Martino è fondamentale per molte ragioni. Non solo egli è pioniere dell'etnopsichiatria italiana. Non solo è attentissimo lettore della psichiatria del suo tempo (tedesca e francese in particolare), facendo del "documento psicopatologico" un materiale di originalissima riflessione etnografica. Il suo merito è anche quello di rinnovare la sensibilità di quella medicina sociale italiana che aveva sempre considerato l'insieme delle variabili aventi impatto sull'emergere e il decorso delle malattie.

Ogni medico sa del dibattito che oppose Lombroso, celebre e potente figura della psichiatria positivista, dell'antropologia e della criminologia del tempo, all'umile ma ostinato gruppo di medici (Sacchi, Lussana, Bonfigli ecc.) che, vicini alla condizione sociale dei loro malati, conoscevano bene (e vedevano) il ruolo della miseria e del monofagismo nel determinare la pellagra, e ben prima della scoperta della vitamina PP da parte di Goldberger si batterono contro le ipotesi "tossicozeiste" di Lombroso (tesi che, per altro, colpevolizzavano l'ignoranza delle popolazioni contadine). Il razzismo che ispirava le teorie lombrosiane è ben noto, e ciò può essere utile quando oggi si pensi al malinteso significato della "cultura" e ai nuovi territori di sviluppo del razzismo, tanto di quello ideologico quanto di quello istituzionale: gli immigrati. Da quel lontano dibattito si può trarre però un'ulteriore lezione: il sapere medico, i suoi più illustri protagonisti, non sono mai estranei al movimento delle idee e ai conflitti sociali, o alle scelte necessarie per

Il sapere medico, i suoi più illustri protagonisti, non sono mai estranei al movimento delle idee e ai conflitti sociali, o alle scelte necessarie per smascherare il nesso fra condizione sociale, processi produttivi e insorgere delle malattie

smascherare il nesso fra condizione sociale, processi produttivi e insorgere delle malattie. Il caso della pellagra è esemplare inoltre laddove ricorda come il "decorso naturale" di una malattia costituisca solo un'astrazione, e come l'appartenenza alle classi marginali e subalterne sia un "fattore di rischio". E la cultura?

Qualsivoglia discorso sul ruolo della "cultura" deve considerare la necessità di definire preliminarmente in modo appropriato che cosa intendiamo con questo termine.

In primo luogo bisogna sottolineare come la cultura non sta solo *dalla parte degli altri*, mentre noi, con i nostri discorsi, il nostro sapere, occuperemmo lo spazio dell'oggettività scientifica e ne saremmo in qualche modo come affrancati.

La cultura orienta in modo evidente la produzione stessa del sapere medico-psichiatrico, i suoi modelli, le sue categorie diagnostiche: e quelle della psichiatria occidentale costituiscono l'esempio più manifesto di come l'immaginario sociale (ma anche morale, religioso ecc.) plasmi il linguaggio psichiatrico. Se si considera la storia del Manuale Diagnostico Psichiatrico (DSM), dal suo ingresso nel 1952 alla sua parabola discendente (l'ultima versione del DSM-5), sarebbe sufficiente considerare il passaggio da 106 a 374 categorie diagnostiche per misurare tutta l'ansietà classificatoria, l'incertezza e il ruolo di fattori culturali in questa (inutile) proliferazione di categorie. La cultura medicalizzata delle società occidentali, sotto la dittatura delle lobby farmaceutiche, nutre spesso verso un impulso classificatorio che, anziché identificare conflitti e responsabilità di ordine sociale e politico nell'insorgere di nuove forme di sofferenza, anziché suggerire "politiche per la salute mentale", si accontenta spesso solo di proporre nomi di sindromi e disturbi e governare così il nostro malessere. La diagnosi è un qualcosa di molto più complesso, molto più controverso e ambiguo, quando considerata non solo come il processo di identificazione di un disturbo ma come l'atto di battesimo (e in una certa misura di "costruzione") di una condizione in un individuo o in un gruppo. Questo non concerne solo la psichiatria. Basti considerare il conflitto delle interpretazioni generato dalla Chronic Fatigue Syndrome, o le variabili che scandiscono nel mondo l'insorgere, la diffusione e il destino di un'affezione come l'AIDS o le "malattie rare": le affezioni la cui definizione, il cui trattamento e la cui prevenzione generano a loro volta infinite questioni di natura morale, religiosa, economica o sociale in un campo di relazioni dove, ovviamente, la "questione culturale" (e dunque: le diverse rappresentazioni della persona e del corpo, i modelli di sessualità legittima o illegittima, la nozione di "rischio" in contesti di povertà estrema ecc.) rimane decisiva.

In secondo luogo, è utile pensare la cultura come l'insieme mutevole di pratiche che strutturano l'esistenza di ciascun individuo, come il tessuto di rappresentazioni e di interpretazioni che plasma la nostra esperienza, e in definitiva come il "mezzo" dentro il quale si articolano e prendono forma le nostre relazioni. Tutti, che lo si percepisca a meno,





ci muoviamo dentro un orizzonte, condiviso, criticato o passivamente accettato di metafore, stili, discorsi morali, estetiche. Questo "orizzonte" è ciò che chiamiamo cultura.

Per quanto concerne le malattie, alcune possono essere senza dubbio determinate o aggravate da pratiche fondate su una diversa razionalità (di natura simbolica, ad esempio, o su motivazioni di ordine morale-religioso); e allo stesso modo ci sono cure che traggono da dispositivi simbolico-culturali le loro tecniche e la loro efficacia (come in numerosi riti rivolti a curare disturbi di ordine psicologico), oltre che da precise conoscenze fitoterapeutiche. Esempi del primo caso sono ad esempio talune pratiche relative al trattamento del moncone ombelicale nel neonato, responsabili di infezioni, o i modelli alimentari che caratterizzano ampi settori della popolazione nelle società occidentali. Faccio un esempio banale: negli Stati Uniti, anni di inviti al consumo, all'uso di cibo con vitamine, alla costruzione di un "corpo guerriero", hanno fabbricato il "rischio" di obesità, hanno prodotto un nuovo gruppo di disturbi metabolici, e dato avvio ad una serie di saperi, pratiche, consuetudini diretti a contenere questa minaccia. Allo stesso modo la diffusione del diabete è correlata in tutto il mondo con le mutate articolazioni fra patrimonio genetico, disponibilità di cibo e abitudini alimentari. "All you can eat" potrebbe essere definito come il *profilo invisibile* di una pratica culturale responsabile di una alimentazione irrazionale. Allo stesso modo delle infinite lotterie che promettono magiche forme di ricchezza e di accumulo: solo un altro esempio di pratica culturale responsabile di un disturbo oggi di moda, la cosiddetta "sindrome del gioco d'azzardo". Le diagnosi però non sempre dicono l'intero processo, gli interessi in gioco o le responsabilità all'origine di un disturbo. Naturalmente, lo si sarà intuito, guardare al rapporto fra malattia e cultura diventa più faticoso quando ci obblighiamo a guardare non "la cultura" degli altri ma la nostra...

In terzo luogo bisogna ricordare che spesso chiamiamo "culturali" fatti che hanno una natura ben più complessa. In Venezuela, ad esempio, l'epidemia di colera che agli inizi degli anni Novanta causò moltissimi morti nella regione abitata dai Warao (il Delta Amacuro), era determinata dal fatto che questa popolazione non aveva accesso a risorse di acqua potabile, servizi sanitari e forme utili di eliminazione dei rifiuti. Una volta controllata l'epidemia, il governo ritirò il suo esercito di medici, flebocliasi e antibiotici, e con essi anche l'attenzione della stampa cessò. I pochi servizi sanitari nella regione tornarono alla loro consueta insufficienza (spesso mancava persino l'aspirina, ricordano gli autori della ricerca, Briggs e Matini-Briggs), e la colpa del colera fu nuovamente rovesciata sulla popolazione indigena, la sua "ignoranza", le sue "tradizioni culturali" e il suo ritardo nello sviluppare forme di vita "moderne".

Questi esempi sono evocati per sottolineare come dentro ciò che chiamiamo "cultura" convergono materiali quanto mai diversi: condizioni di vita determinate da vincoli economici o ambientali, ansie sociali non riconosciute, costruzioni simboliche e motivi propriamente politici: come il razzismo. Sono queste le dimensioni che nutrono in ogni epoca tensioni e linee di conflitto (fra generazioni, fra classi, fra generi, come ricordava Balandier, e ciò in qualsivoglia società). Come non riconoscere che oggi la cultura italiana, non diversamente da quella di altri paesi (Messico, India ecc.) è connotata da una drammatica violenza di genere? Come non ammettere che la violenza contro le donne suggerisce una inquietudine oscura che sembra abolire ogni differenza fra società "occidentali" e società "non occidentali"? Come dimenticare il fatto che la violenza contro le donne spesso vede persino la complicità dello Stato? In Mozambico le ragazze che, nel corso degli studi secondari, diventano madri sono "punite" con l'obbligo di frequentare corsi serali (dalle 17 alle 22), in situazioni di grande disagio e precarietà nonostante la gravidanza, mentre i loro partner non ricevono alcuna sanzione. ▶

La cultura deve essere dunque concepita come l'insieme dei rapporti di senso e di forza che impregnano la nostra vita (e la nostra morte...), come ciò che fabbrica il modo in cui si fa esperienza del mondo: dunque anche il nostro rapporto con la malattia. Ciascuna società elabora specifiche rappresentazioni del male, della follia, così come particolari tecniche terapeutiche (celebri quelle ortopediche dei terapeuti tradizionali in Mali). Quando una persona perde contatto con il gruppo d'origine o, in generale, con quello nel quale vive, quando i suoi comportamenti sembrano ai suoi vicini privi di senso, e la cultura non riesce più a regolare i suoi rapporti sociali e affettivi, insorge quello che de Martino chiamava "rischio psichico", "crisi della presenza". Allo stesso modo, e reciprocamente, la malattia spesso interroga i fondamenti di una cultura, le norme di un gruppo, costituendone una critica implicita e rivelandone spesso le contraddizioni più profonde.

La medicina oggi possiede un'enorme responsabilità sociale, ancora più alta che in passato. La società le riconosce poteri infiniti (nella cura di talune malattie, nel prolungamento dell'attesa di vita, nel controllo del dolore, nella prevenzione di malattie congenite, nelle tecnologie chirurgiche...), e questo credito è ben fondato. Se essa continua a fare queste promesse senza impegnarsi però coerentemente e ostinatamente contro le ragioni spesso dimenticate o occultate della sofferenza (la relazione fra tumori e l'inquinamento prodotto dall'industria; la contaminazione dell'ambiente e lo sviluppo catastrofico di allergie e intolleranze; i rischi per la salute derivanti da processi produttivi e tecnologie per l'estrazione di materie prime; le ansie e i disturbi mentali nelle minoranze determinati da leggi inique), la medicina rischia di diventare "complice" dei fattori che generano malattie. Detto altrimenti, essa può paradossalmente nascondere con la mano sinistra le cause o le concause mentre con la destra si adopera a curarne gli effetti (prendo a prestito una metafora adottata da Bourdieu quando riflette sul funzionamento delle istituzioni). L'antropologia medica *critica* esplora questi spazi di tensione, questi interrogativi, e i modi per venirne a capo.

Malattie reali e malattie "inventate". Tra immaginazione e percezione. Un confronto tra culture.

La dialettica fra malattie reali e malattie inventate è un nodo di grande interesse clinico e antropologico. E nella storia della medicina occidentale non è certo per un caso che la questione del "malato immaginario" abbia occupato spesso tanto rilievo: potremmo definirlo come il suo punto cieco, il luogo in cui la diagnosi si trova non a guardare l'altro (il suo corpo, un suo organo ecc.) ma se stessa, come in uno specchio. Cominciamo allora con il guardare da vicino chi è questo malato, a quale gruppo sociale appartiene, quali sono le malattie immaginarie che esso accuserebbe.

Le diagnosi che nel linguaggio comune hanno finito con l'indicare condizioni che non rivelerebbero alcuna lesione "oggettiva", ma esprimerebbero soltanto una rivendicazione di attenzione, una richiesta di cura, o di un indennizzo, sia per ragioni inconsce sia attraverso strategie intenzionali, sono numerose.

L'isteria, fuori dall'uso sottile che ne faceva la psicoanalisi, è diventata la diagnosi stigmatizzante di molte condizioni di sofferenza fra le donne. L'isteria era una malattia senza lesioni, ma *faceva segno a un dramma reale*. L'enigma per il clinico era: come interpretare una sincope, una paralisi, un dolore, una cecità (dunque, una *disfunzione* del

Le malattie
"inventate"
potrebbero
essere definite
come "l'arma dei
deboli" alla quale
si ricorre quando
non vi sono altre
alternative

corpo) quando non vi sono alterazioni del corpo ma fratture sociali, affettive, psichiche *oggettive*? Il clinico - questa la domanda che l'antropologo non cessa di rivolgergli - può accontentarsi di dire che "non ci sono lesioni oggettive" senza riconoscere, nominare, *curare*, queste fratture?

Per capire come la dialettica fra malattie "reali" e malattie "inventate" è messa in scena, possiamo ricordare l'esempio non meno celebre del "trattamento elettrico" da parte del professor Wagner-Jauregg nei confronti dei soldati che, sul fronte della prima guerra mondiale, manifestavano evidenti sintomi di nevrosi traumatica ed erano incapaci di combattere. Freud fu chiamato a esprimere il suo parere su quello che divenne un caso giuridico (il trattamento "inumano" di Wagner-Jauregg fu responsabile di diversi casi di suicidio). Ciò che occorre sottolineare è il fatto che Wagner-Jauregg applicava la diagnosi di simulazione o di isteria solo ai soldati di rango inferiore, mentre gli ufficiali con analoghi sintomi ricevevano diagnosi assai meno stigmatizzanti: depressione o esaurimento. Il trattamento elettrico, chiaramente punitivo, era prescritto a coloro i cui sintomi erano banalizzati e, interpretati come una tattica per sfuggire al combattimento. La "terapia" aveva lo scopo di guarire coloro che erano sospettati di vigliaccheria, perché tornassero nuovamente in trincea. Insomma, la diagnosi di isteria, di simulazione, non era applicata in modo omogeneo *a tutti i gruppi sociali*.

Nel corso degli anni altre diagnosi di questo tipo sono state proposte in ambito psichiatrico e medico-legale: quella di sinistrosi, ad esempio, solitamente individuata fra vittime di incidenti sul lavoro (manuali, muratori, operai ecc.), o più genericamente la malingering syndrome. La domanda è: perché dovrebbe essere *inventata* una malattia? Al di là dei casi in cui c'è, evidente, il proposito di trarre vantaggio dalla condizione di malato, un'analisi non superficiale né parziale dovrebbe riconoscere che il termine "invenzione" è fuorviante. Quando nello studio della trance da possessione fra le donne del Corno d'Africa l'antropologo Joan Lewis suggerì che essa aveva una funzione specifica fra soggetti marginali, in particolare fra le donne (rendeva possibile esprimere il loro dissenso, la loro critica, le loro richieste, senza determinare reazioni negative da parte della famiglia o del gruppo), egli offriva già un'indicazione preziosa. Analoghe conclusioni sono state proposte da Gibbal in riferimento ai culti di possessione fra i settori sociali più emarginati di Bamako, in Mali. Quando ci rivolgiamo a considerare "chi" inventa più spesso le malattie, troviamo dunque generalmente rispettata una singolare legge statistica: sono più spesso i deboli (o quanto meno chi occupa una posizione subalterna) a farvi ricorso. Le malattie "inventate" potrebbero essere definite come "l'arma dei deboli" (Scott), per riprendere una nozione celebre, alla quale si ricorre quando non vi sono altre alternative. E il medico saggio sa perfettamente che quando un lavoratore che non riesce a sostenere i turni di notte chiede una diagnosi, un certificato, non sta *ingannando* nessuno: sta ricorrendo alla sola legittimazione che esista, quella medica, per non perdere il lavoro.

Lo studio delle malattie "inventate" dovrebbe guardare dunque alle *condizioni di produzione* di tali comportamenti. L'immaginazione del paziente è spesso un *sintomo politico*, non un disturbo della percezione, la manifestazione di un sentimento ipocondriaco o un strategemma per ingannare il clinico. Escludendo le circostanze nelle quali la percezione di uno stato morboso non esistente è l'espressione di problemi più gravi (tanto quanto la sua negazione), la prima regola è lo scrupoloso esame del contesto in cui emerge il sentimento di un male, la ricerca di un *riconoscimento diagnostico* o la comparsa di sintomi che non hanno "riscontro oggettivo".

In numerosi Paesi africani (in Camerun, in Madagascar, in Centrafrica ecc.) sono da alcuni anni descritte "epidemie di trance scolari" (ma anche nel nord della Colombia sono stati riportati fenomeni analoghi): ragazze della scuola secondaria superiore svengono, mettono in scena comportamenti aggressivi, manifestano crisi di glossolalia. Le interpretazioni mediche sia accontentano di dire che si tratta di "isterie collettive". I giornali, i guaritori o i direttori scolastici suggeriscono altre ipotesi: gli spiriti degli antenati esprime- ▶

rebbero il loro dissenso con il progetto di scuole erette da Chiese protestanti (in Camerun o in Madagascar) o dallo Stato (Mozambico) là dove erano presenti tombe. Altri fanno riferimento alla presenza di spiriti morti in circostanze violente (durante la guerra coloniale o la guerra civile in Mozambico) o al fatto che i rituali di purificazione dei luoghi interessati non siano stati eseguiti secondo le regole, o ancora che a ribellarsi sono gli spiriti di coloro che hanno visto la terra espropriata dallo Stato senza rispettare i diritti ereditari della famiglia. Ma alcuni sostengono che spesso le ragazze che manifestano queste crisi sono oggetto di pressioni o di abusi da parte di docenti (Camerun, Centrafrica). Come si può dedurre, ciascuna interpretazione contiene un prezioso segmento di verità: il sintomo, una crisi di sincope, il corpo nel suo insieme, non sono qui menzogneri; essi si fanno spesso, più semplicemente, *ventriloqui* del sociale, delle sue inquietudini, dei suoi conflitti irrisolti, delle sue memorie traumatiche. E nuovamente la "cultura" interpellata il ricercatore perché in essa sia riconosciuta la violenza della storia e le contraddizioni del presente.

Simboli, oggetti e rituali nella cura

Lo sviluppo della medicina e i suoi successi inoppugnabili nella lotta contro tante malattie sembrano avanzare cancellando pratiche e saperi terapeutici locali, idiomi "culturali", oggetti "rituali". Senza poter esaminare qui come pure sarebbe necessario il complesso rapporto fra modelli di salute globale e contesti locali, fra le sfide lanciate dalle nuove epidemie o dai problemi sanitari legati all'invecchiamento della popolazione, ciò che ormai divide il mondo in due emisferi: quello dove l'aspettativa di vita media è intorno agli 82 anni e quello in cui non supera i 53 anni (questi i dati relativi ad alcuni Paesi africani, che basterebbero da soli a riflettere sulle tante ragioni per emigrare...), mi limito a ricordare che è raro trovare individui o società che non mantengano un qualche rapporto con un patrimonio di simboli, cioè con quella riserva di significati che spesso definiamo "tradizioni culturali": simboli e significati preziosi in particolare quando insorge una crisi, quando le categorie diagnostiche della bio-medicina non placano le domande sul perché di una malattia, di un evento, o quando in contesti culturali estranei essi rappresentano la sola riserva di senso alla quale si può attingere, come ha suggerito la studiosa canadese Ellen Corin.

Riflettendo sulle vicende degli immigrati, Michel de Certeau aveva notato che spesso essi portano con sé oggetti rituali, frammenti del passato, segni di altre appartenenze ed economie. Sono vere e proprie reliquie il cui ruolo bisogna saper riconoscere, osservava de Certeau, soprattutto quando si "risvegliano" (un risveglio doloroso, talvolta).

Chi esplora l'universo delle altre medicine sa perfettamente quanto la cura e la guarigione siano tributarie di meccanismi psichici e simbolici di cui ignoriamo ancora largamente le leggi. La nozione di "efficacia simbolica" suggerita da Lévi-Strauss non intendeva puntare l'attenzione su forme di efficacia rituale che prescindono da meccanismi biologici, al contrario: si trattava di penetrare in un territorio interdisciplinare, dove le conoscenze della fisiologia, della neurologia, della biologia erano invocate a dialogare con l'antropologia, mettendo fine a una separazione illusoria quanto deleteria. Che l'organismo di coloro che partecipano a rituali di cura, sottoposto a una cascata emozionale, a una inversione dei ritmi sonno-veglia, a una stimolazione protratta dei sensi e a particolari frequenze sonore, sperimenti trasformazioni profonde, *terapeutiche*, è oggi un dato di fatto che solo aspetta di essere liberato dall'aura di esotismo che, per effetto di una pigrizia epistemologica, continuiamo ad attribuirgli. Forse si tratta meno di pigrizia e piuttosto di "arroganza epistemologica", come scriveva polemicamente negli anni Cinquanta lo psichiatra nigeriano Thomas A. Lambo.

Se, d'altronde, la dimensione simbolica non sta solo nel segreto di una cura rituale o nei misteriosi parafernalia di un guaritore o di uno sciamano, è senza dubbio all'interno di questi ultimi che essa sembra trovare le sue espressioni più lussureggianti. Nel cammino umile verso i territori della malattia e della cura, è pertanto necessario rinunciare alla presunzione di poter interpretare con le categorie della nostra tradizione epistemologica *ogni cosa*, e ammettere che talvolta, senza sapere come, altri processi di cura possano inverarsi. Questo è quanto suggerivano Michele Riso e Wolfgang Böker nel 1964, osservando come i pazienti italiani immigrati in Svizzera e ricoverati nella clinica psichiatrica di Berna potevano "guarire" grazie a quanto le famiglie e i "magari" consultati avevano inviato loro (oggetti rituali, santini, "feticci"). Gli autori, con grande onestà, riconoscevano che coloro nei confronti dei quali gli psicofarmaci erano stati impotenti rispondevano miracolosamente a quei trattamenti, a quegli "oggetti" (trattamenti che avevano fra l'altro un potere fondamentale: ricomporre il legame familiare e sociale, ricostituire un senso di appartenenza). Riso però non era ingenuo e non dimenticava di indicarne i limiti, suggerendo in altri scritti quanto complessa sia la posta in gioco della dialettica autonomia/dipendenza nell'ambito della cura.

La presenza di immigrati nei nostri ambulatori, nei nostri ospedali, è oggi l'occasione per pensare a una nuova etica della cura, immaginando nuovi strumenti di comunicazione che possano accrescere il senso di soddisfazione dei clinici come degli utenti. Alcune domande, a mo' di conclusione, s'impongono: quanto ancora sarà necessario aspettare prima che vengano istituiti in ogni facoltà o dipartimento di Medicina corsi di Antropologia medica e di Etnopsichiatria? Quanto bisognerà attendere prima che siano formati nello specifico ambito sanitario mediatori culturali? E quanto ancora bisognerà aspettare prima che essi possano a pieno titolo, e stabilmente, affiancare il personale sanitario nel duro lavoro della diagnosi, dell'accompagnamento e della cura?

La medicina di Molière, destino, mistero e paradosso

Voci dal teatro

Intervista a Gabriele Lavia

A cura della redazione di Torino Medica



Lei ha messo più volte in scena il testo di Molière. Com'è il malato immaginario sulla scena?

Il malato immaginario di Molière è un malato nell'immaginario, quindi potremmo dire che è un malato della mente. Ma Molière scrisse *Il malato immaginario* per dire "chiudo una porta" perché lui era realmente malato. È morto alla fine di una delle rappresentazioni.



La malattia immaginaria è un effetto della fragilità dell'uomo?

Dal numero di medicine che aumentano a disposizione nelle farmacie probabilmente oggi possiamo individuare una condizione di incertezza dell'uomo che porta ad acquistare certezze attraverso quella che noi chiamiamo la *téchne*; anche la medicina, infatti, è una *téchne*. Non riusciamo a entrare dentro noi stessi, non riusciamo a fare quel viaggio dentro l'anima a cui alludeva Eraclito dicendo "per quante vie tu percorrerai, non arriverai mai al fondo della via dell'anima. Così profondo è il suo *lógos*". Abbiamo bisogno di *logoi* più semplici. Se confondiamo la medicina con una pillola ci facciamo ingannare da un finto *lógos*.



Molière sottolinea la forza atroce e subdola della medicina, delle sue trappole linguistiche e psicologiche, la finzione dei medici che dispensano "parole per argomenti e promesse per risultati". Come ha lavorato su questo testo e qual è il vero messaggio di Molière?

La medicina all'epoca di Molière evidentemente ha fatto un po' di pasticci, per cui probabilmente oggi non avrebbe scritto *Il malato immaginario* in quel modo. Impossibile paragonare i due modelli di medicina. Molière rappresenta la malattia e i medici come figure metaforiche e metafisiche che sono l'ignoto, lontane da una persona semplice, da un essere umano che non sa nulla di più di quello che riguarda il suo essere umano.



I medici come figure misteriose?

Con un paragone un po' azzardato, è come quando noi dobbiamo compilare il modello delle tasse: non capiamo più nulla. Inevitabilmente una persona semplice, come me, deve andare da un commercialista, altrimenti si perde. Perché non possiamo fare da soli la dichiarazione dei redditi? Che cosa impedisce che sia una cosa semplice? È un abisso e ti rendi conto che in questo abisso enorme c'è un imbroglio, non sai quale



sia ma sai che c'è. Così, per ciò che riguarda Molière, i medici di allora erano come i fiscalisti di oggi: io vado, lui mi inonda di parole e io non capisco nulla. Il mistero. È più facile sondare Dio che il modello 740. E per estensione il parlar medico.



Oggi la medicina riflette molto sul rapporto tra verità, verosimiglianza e destino. Il problema della verità e della sua espressione permea la filosofia della medicina e la stessa professione medica. Cosa ne pensa?

Io metterei la verosimiglianza, la verità e il destino insieme perché la verità è, alla fine, il destino. La parola latina *veritas* ha la stessa radice di *verum*, *ver-*, che vuol dire barriera, muro, portone; e *falsum* vuol dire caduto, da *fallere*. La posizione della verità nella cultura occidentale è imposta dal soldato che rimane in piedi, come barriera rispetto al soldato che è caduto e, quindi, è *falsum*. La verità nella nostra cultura occidentale è il dominio che rimane in piedi.

La verità, invece, in senso profondo, in senso greco come *aletheia*, cioè la svelatezza di ciò che, svelandolo, rimane sempre velato, ha a che vedere più con quello che noi chiamiamo il destino. È per questo che il destino è sempre sconosciuto, perché il destino è la verità. Non può essere mai conosciuta, è un mistero.



Il teatro rappresenta spesso il tema della morte, ma è la malattia a essere la più difficile da rappresentare. Cosa ne pensa?

Noi possiamo rappresentare un uomo che muore: il teatro, in fondo, è solo la rappresentazione di una malattia, la vita come malessere, il malessere di vivere. In fondo, la vita è bellissima, possiamo essere d'accordo, ma in realtà bellissimi sono alcuni momenti della vita; in linea di massima, la vita è dolore. Chi non prova dolore? Vive a metà. E non è nemmeno bello. A chi non prova dolore manca qualcosa. Non può apprezzare nemmeno la bellezza, poiché la bellezza è per definizione turbamento. Magari uno potrebbe chiedermi: ma perché soffri? Non lo so. Soffro.



Ma la sua generazione era affascinata dalla rappresentazione del dolore... E oggi?

La generazione dei giovani, almeno la mia generazione, era sempre triste, perché... chissà perché. Preferivo quelli tristi allora e anche oggi ho una simpatia maggiore per i tristi. Abito meglio la malattia. Io amo di più i malati che i sani.

QUANDO I MEDIA FANNO AMMALARE

di Daniela Ovadia

Sembrava un fenomeno degli anni Novanta - quando la letteratura scientifica in materia ha avuto un'esplosione sulle riviste scientifiche - e ormai in via di sparizione: invece il *disease mongering*, ovvero la tendenza a rendere patologico ciò che non lo è attraverso la manipolazione dei media, è ancora una realtà. I casi più noti vanno dalla medicalizzazione della gravidanza e della menopausa alla disfunzione erettile o al disturbo della libido femminile. Ma sono stati oggetto di disease mongering anche i livelli di pressione arteriosa, di colesterolo e di glicemia, in una continua tensione tra anticipazione diagnostica e beneficio clinico ottenibile con trattamenti da un lato, e possibile medicalizzazione di stati fisiologici fastidiosi o potenzialmente pericolosi (ma un rischio non è una malattia) dall'altro.

I portatori di interesse in sanità (in primo luogo le industrie del farmaco) sono ancora protagonisti del fenomeno, sebbene questo abbia assunto forme diverse e sfrutti sempre più i social media, approfittando della disintermediazione tipica dei nuovi mezzi di comunicazione.

A denunciarlo sono Lisa Schwartz e Steven Woloshin, condirettori del Center for Medicine and Media presso il Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, due protagonisti del dibattito disease mongering fin dalla prima ora.

“Con questo termine si intende la pratica di allargare i confini della malattia per espandere il mercato degli interventi medici.” Così lo definisce Jack E. James, dell'Università di Reykjavik, nel suo libro *The Health of Populations: Beyond Medicine* in cui sostiene la necessità di trasformare la medicina moderna da strumento prevalentemente di cura a strumento di prevenzione.

La nascita di una nuova entità patologica avviene quando esperienze relativamente comuni, come la fatica, l'invecchiamento o persino il parto vengono presentate sui media come se fossero malattie, in modo totalmente sproporzionato rispetto al danno causato al “paziente”. E raggiunge il suo scopo quando induce la persona colpita a richiedere un intervento medico e una terapia per uno stato di salute non pericoloso ma percepito come tale.

La prima fase del disease mongering, quella di cui si sono appunto interessate le riviste mediche negli anni Novanta, ha fatto ampio uso dei media, specie di quelli generalisti, e dei giornalisti non specializzati, incapaci di cogliere la reale portata statistica o il disegno sperimentale costruito ad arte tipici di molti studi epidemiologici o trial clinici di scarso valore pubblicati su riviste peer-reviewed e riportati, con tanto di commenti di specialisti del settore, nei comunicati stampa.

Il cittadino comune, lettore di giornali e spettatore televisivo, scopriva così di essere diventato diabetico o iperteso da un giorno all'altro (per esempio come quando, su pressione dei produttori di statine, sono stati modificati i valori limite di alcuni parametri fisiologici). Pronta dietro l'angolo c'era però la cura efficace.

Strumenti essenziali per la diffusione di questo tipo di notizie sono i comunicati stampa - prodotti sia dalle industrie sia dalle stesse riviste mediche - che risultano, secondo numerosi studi pubblicati in letteratura medica, orientati a mostrare solo i lati positivi di nuove cure, nuove linee guida e nuovi parametri diagnostici, sorvolando sugli effetti negativi (che ci sono sempre, in qualsiasi azione medica). Non si tratta però di un problema legato alla fonte della notizia quanto allo strumento stesso: uno studio pubblicato nel 2009 da *Annals of Internal Medicine* mostrava lo stesso tipo di bias nei comunicati stampa di origine accademica (cioè prodotti da università e centri di ricerca).

Oggi, dicono Schwartz e Woloshin, la situazione si è fatta più complessa e, di conseguenza, è ancor più difficile da affrontare efficacemente.

Il fenomeno della disintermediazione (ovvero della perdita di potere, ma anche della funzione di filtro e controllo dei media classici a favore del passaggio diretto dell'informazione attraverso i social media) ha permesso a chi vuole incentivare il consumo medico di rivolgersi direttamente al consumatore finale. A fare da amplificatori del messaggio sono spesso pazienti, diventati testimonial del proprio disagio e, spesso, anche le associazioni di pazienti, una voce necessaria per la democratizzazione della medicina moderna ma altamente problematica dal momento che, secondo la Fondazione Kaiser Health News che ha creato il database "Pre\$cription for Power", in un solo anno, negli Stati Uniti, le case farmaceutiche hanno donato alle associazioni di pazienti oltre 116 milioni di dollari.

E anche i media, che si appoggiano su questi gruppi per inserire, come di dovere, la voce dei malati nelle notizie di salute, contribuiscono a fare da cassa di risonanza a interessi non sempre limpidi. Nello schema suggerito da un paper pubblicato nel 2007 sul *British Journal of Pharmacology* da James Dear e David Webb, il testimonial paziente assolve al ruolo di vittima nella narrazione di malattia riportata dai mezzi di comunicazione, a fianco della voce del cosiddetto *key opinion leader* (o esperto, che incarna la "scienza") e dell'azione delle agenzie di pubbliche relazioni, che forniscono lo *storytelling*, ovvero la narrazione di malattia all'interno della quale il lettore ritroverà tracce della propria esperienza. Il risultato finale sarà la trasformazione della variante benigna di un disturbo diffuso o di una malattia epidemiologicamente irrilevante in un disturbo grave, diffuso, sottodiagnosticato e potenzialmente trattabile.

La soluzione? Nessuno l'ha ancora trovata, ma non sta solo nel miglioramento delle competenze dei media e dei giornalisti (sebbene affidare le notizie di salute a giornalisti esperti o con formazione specifica nel settore contribuisca ad accrescere l'accuratezza delle notizie e il ruolo di "cane da guardia" che la stampa deve, per sua intrinseca vocazione, assolvere nei confronti di qualsiasi attività). Probabilmente è necessaria una migliore educazione sanitaria della popolazione, in cui un ruolo cardine lo hanno i medici di medicina generale e i programmi educativi nelle scuole. Per contrastare un'informazione non sempre accurata e facilmente manipolabile, è opportuno far conoscere (anche attraverso eventi organizzati negli ambulatori della medicina di base o attraverso colloqui individualizzati) i principi della prevenzione in medicina, il ruolo stesso che le misure preventive hanno nell'ecosistema della salute, i vantaggi che offrono rispetto alla cura e gli elementi che dovrebbero permettere anche a un lettore non esperto di verificare l'attendibilità e la portata delle notizie. A questo si dovrebbe aggiungere la consapevolezza della limitatezza delle risorse di un sistema sanitario universalistico e la conseguente necessità di riservare agli interventi più appropriati e alle categorie più fragili gli investimenti maggiori.

VIOLENZA SUGLI OPERATORI SANITARI

“ GIUSTETTO:
NON DOBBIAMO LASCIARE SOLI
I NOSTRI COLLEGHI ”

Violenza sugli operatori sanitari. Quale l'effettiva rilevanza del fenomeno sul territorio? Esistono misure di contrasto di ASL e ASO? È possibile pianificare iniziative e programmi di prevenzione? Come informare in modo concreto i cittadini? Informazione, strategie di prevenzione e azioni concrete di tutela: questi i punti di cui si è discusso nella conferenza stampa organizzata dall'Ordine dei Medici di Torino il 19 novembre scorso.

L'OMCeO è partito dai dati di un questionario che ha inviato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e degli Ospedali per conoscere meglio l'entità del fenomeno sul territorio.

In sintesi: l'indagine si riferisce all'anno 2017. 9 le aziende coinvolte, 7 le aziende sanitarie che hanno risposto. 66 episodi a carico soprattutto di medici ospedalieri (86%). Questi casi di violenza si sono verificati soprattutto nei DEA (45%), nei reparti (19%), in psichiatria (13,6%) e negli ambulatori (10,6%). Il tipo di violenza subita è legata soprattutto a insulti e minacce verbali (64%). La violenza fisica riguarda il 27% dei casi, di cui il 15% con lesioni. Nel 56% dei casi, le aggressioni riguardano le donne.

E proprio tre donne medico hanno portato la loro testimonianza nella conferenza stampa del 19 novembre scorso: Antonella Capellupo, Paola Artoni, Alessandra Taraschi hanno raccontato tre contesti diversi, psichiatria, Pronto Soccorso e guardia medica.

“Non aggrediteci” ha concluso la Dott.ssa Artoni, con un appello che racchiude in sé tutto il peso di un dramma assurdo e che racconta il malessere degli operatori, quello che non si vede e che rimane latente, permanente. “È uno stress che ti segna... noi facciamo di tutto per esserci, per curare bene. Ma spesso non basta”.

“Il fenomeno della violenza è in crescita, è un fatto urgente. Abbiamo così deciso di mettere in campo azioni concrete per contrastare il fenomeno” spiega Guido Giustetto, Presidente OMCeO Torino. “La violenza è un problema di salute pubblica” ha ribadito Giustetto “ed è un problema sanitario di priorità anche per la tutela dei nostri pazienti e delle organizzazioni sanitarie di cui facciamo parte. Credo che sia necessario provare a fare rete e a costruire insieme una strategia concreta di contrasto.” “Gli operatori non devono essere lasciati soli. L'OMCeO di Torino intende essere un centro di ascolto permanente per raccogliere testimonianze e segnalazioni” ha precisato il Segretario OMCeO Torino Dott.ssa Rosella Zerbi.

Le azioni concrete dell'OMCeO di Torino.

- Appoggiare il cambiamento del disegno di legge n. 867 recante “Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni” in decreto-legge, prevedendo che al personale medico e sanitario sia riconosciuta la qualifica di pubblico ufficiale, affinché l'**azione penale** si avvii **d'ufficio** e non a seguito di denuncia di parte. Così come riportato nella mozione approvata dal Consiglio nazionale Fnomceo di dicembre.
- Costituirsi parte civile tutte le volte che si viene a conoscenza di un caso di violenza nei confronti di un medico.
- Diffondere il programma di formazione a distanza della FNOMCeO sulla violenza e organizzare una formazione specifica in sede ordinistica per aiutare i colleghi ad affrontare le situazioni che possono sfociare in violenza.
- L'Ordine vuole poi diventare un centro di ascolto per non lasciare soli i colleghi e definire con le forze dell'Ordine delle azioni e strategie per sostenere i colleghi in queste condizioni di difficoltà.

A questo link l'intervento del Presidente Guido Giustetto
<http://www.torinomedica.org/torinomedica/?p=21712>



PROTEGGERSI CON IL KI TRAINING

SVILUPPANDO LA PERCEZIONE,
LA STABILITÀ DINAMICA E
IL RILASSAMENTO POTENTE

Prof. Lodovico Benso
*già Dir. SCU di Auxologia, Univ. di Torino/OIRM,
cint. nera 4° Dan e Okuden di Ki Aikido*



In caso di minaccia o di messa in atto di aggressione è innanzitutto necessario mantenere una condizione di stabilità dinamica sia mentale che fisica per proteggersi dai danni che ne possono conseguire. Purtroppo si tratta di possibilità non remote nella pratica sanitaria e possono coinvolgere persone che, evidentemente, non sono addestrate a fronteggiare questo tipo di attacco. Nella pratica dell'arte marziale Ki Aikido vengono insegnati esercizi, movimenti e posture che allenano queste capacità, peraltro già presenti in ciascuno di noi indipendentemente dalla condizione fisica e dall'età. In questo articolo vengono prospettate le basi di una sperimentazione volta a far prendere consapevolezza e ad allenare questa condizione di autoprotezione. ►

Uno dei problemi più attuali della cultura e dello stile di vita occidentali è collegato all'ipotesi che nel corso dei secoli, in una complessa interazione tra genetica, ambiente e cultura, siano state privilegiate le funzioni logiche, analitiche e verbali del cervello, tipiche dell'emisfero sinistro, che hanno portato a un notevole progresso tecnologico ma, parallelamente, si sarebbero parzialmente sopite capacità percettive e anche cenestesiche che, se riattivate, potrebbero contribuire a migliorare le potenzialità e il benessere di ciascuno di noi. In modo sintetico e consapevolmente riduttivo, si potrebbe pensare a un perfezionamento della connettività interemisferica. In quest'ottica, anche tenendo conto del fatto che gli stimoli intellettuali ed emozionali stanno aumentando in modo esponenziale e che il nostro stile di vita comporta un'ingravescente condizione di stress, vengono proposte numerose pratiche, come svariate forme di meditazione, lo yoga, il training autogeno, la psicosintesi, il mind control, l'autoipnosi ecc, sui cui benefici fisiologici è ormai disponibile un'ampia letteratura. Alcune di esse hanno delle implicazioni culturali, religiose o filosofiche dalle quali, in questo articolo, volutamente si prescindere. Si ritiene, inoltre, che queste pratiche, ripetute quotidianamente, abbiano un effetto benefico nel controllo dello stress e facilitino lo sviluppo del pensiero creativo, che va considerato su un livello più elevato e globale rispetto a quello logico-lineare. La creatività non deve neppure venire confusa con i semplici impulsi emozionali che, per quanto degni del massimo rispetto, appartengono a una sfera cognitiva più primitiva.

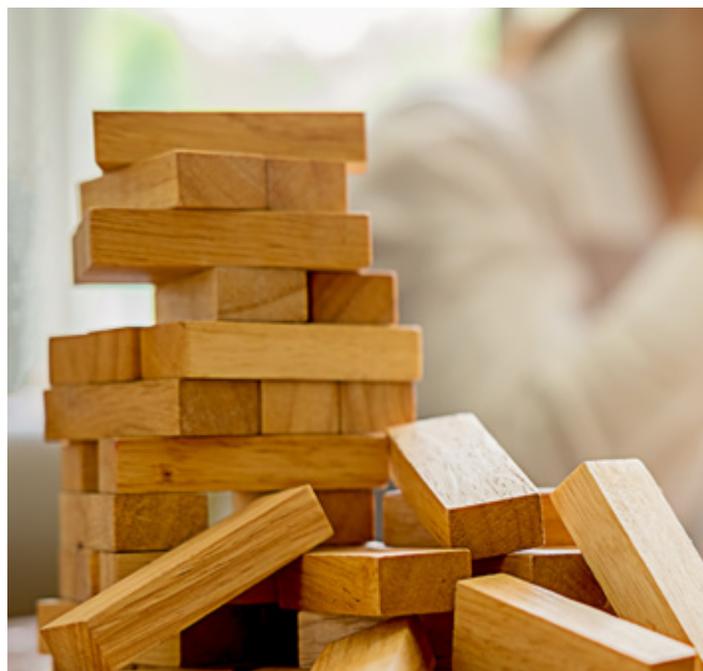
Non si devono, peraltro, trascurare i rischi di mitizzazione, plagio, settarismo che una dipendenza passiva da certi input può provocare, con particolare attenzione ai condizionamenti subliminali che certi video di visualizzazioni guidate o brani musicali possono indurre. Purtroppo, quando si ritorna alla vita quotidiana, è difficile mantenere lo stato di armonia ottenuto durante la meditazione e quanto più violento è lo stress tanto più è difficile applicare le strategie di rilassamento e mantenere un utopistico stato di meditazione dinamica. Molti praticanti, inoltre, vorrebbero valutare oggettivamente il livello di rilassamento e dubitano della loro capacità di raggiungere effettivamente i livelli profondi di tale condizione. Con questo scopo sono in commercio apparecchiature di neurofeedback (EEG, HRV) sulla cui affidabilità chi scrive non ha specifica competenza.

Come, purtroppo, tutti sappiamo un grave fattore di stress nella nostra professione è rappresentato dalle sempre più frequenti aggressioni. Tra le cause non si possono trascurare la manipolazione mediatica per audience, la disorganizzazione della sanità a livello di mi-

cro sistemi (logistica, comunicazione, burocrazia ecc.), la tendenza degli utenti ad accorpare il rifiuto emozionale della malattia con quello delle strutture che invece vogliono contrastarla, il burnout degli operatori e la medicina difensiva. Si tratta di complesse dinamiche soprattutto emozionali, evidentemente difficili da gestire razionalmente.

Semplificando al massimo si può dire che una condizione d'attacco si sviluppa secondo una fase preparatoria (anche verbale) e una di esecuzione e contatto, le quali si articolano in diverse componenti sia di area psichica (in senso molto lato) che fisica. La risposta istintuale all'attacco può essere di lotta o di fuga (subire) e in ambedue i casi si va incontro a differenti rischi di tipo fisico, psicologico o penale. È, quindi, necessario mantenere mente e corpo stabili per non subire passivamente l'aggressione, anche solo verbale, evitando il più possibile lo scontro diretto.

In effetti è possibile, anche se non facile, andare *oltre* l'evoluzionistico "fight or flight" e proteggersi proprio evitando o facendo in modo che l'attacco non arrivi al bersaglio, cercando di non creare contrasto, in un'ottica che si avvicina più alla prevenzione che alla terapia, all'igiene piuttosto che all'antibiotico. A tale proposito occorre sottolineare il fatto che i corsi di difesa personale possono essere utilissimi soprattutto a persone psicofisicamente preparate allo scontro, condizione che, almeno per questo tipo di relazione, non è frequente tra noi medici, che possiamo imparare delle tecniche efficaci nella tranquillità di una palestra ma non sempre riusciremmo ad applicare nella situazione stressante di un attacco vero e proprio. Ne consegue che il requisito preliminare per proteggersi è la capacità di mantenere un equilibrio e una stabilità fisica ed emozionale dinamici e interagire con la controparte in modo non aggressivo ma neppure passivo.



Questo è l'intento del Ki training: fornire ai praticanti gli strumenti basilari per non subire l'impatto negativo sia emozionale sia fisico dell'attacco e imparare a proteggersi limitando il più possibile i rischi e i danni. Si tratta, cioè, di favorire una condizione fisica e mentale (definita, nel lessico dell'Aikido, "coordinazione mente/corpo") di percezione allargata, dinamica e potente ma non aggressiva, che consente di disincentivare l'attacco e, nel caso si verifichi, di mantenere l'equilibrio e deviarlo senza subire, ma cercando di evitare un contrasto violento con conseguenti ritorsioni.

Possono sviluppare queste competenze in modo pratico e operativo anche persone "comuni", che non hanno il fisico, il peso, l'età o l'allenamento di uno sportivo o la mentalità di un "picchiatore nato".

Poiché il Ki training si rivolge più al "come essere" che al "cosa fare", non entra in contrasto, ma in sintonia, con qualsiasi altra attività anche marziale eventualmente seguita dai partecipanti.

Ciò nella piena consapevolezza del fatto che la pratica può essere utile a diminuire la percentuale di rischio senza fornire illusioni di ridicola magia onnipotenza e invincibilità.

Il Ki training deriva dall'insegnamento del Ki Aikido, arte marziale messa a punto nella seconda metà del secolo scorso dal M° Koichi Tohei (allievo diretto del Fondatore dell'Aikido Morihei Ueshiba) e successivamente rielaborata e attualmente insegnata in Europa dal M° Kenshiro Yoshigasaki. Tohei insegnava Aikido alle Hawaii e, piccolo giapponese, aveva come allievi dei robusti e grossi marines. Fu, quindi, obbligato a perfezionare un approccio che fin dall'inizio prescindesse il più possibile dalla forza fisica e basato, come avviene nei livelli più avanzati della pratica delle arti marziali, sul concetto di Ki. Non è questa la sede per

disquisire sul significato profondo di questo concetto, tipicamente orientale. Anche se l'usuale traduzione occidentale in termini di energia – come anche per il Prana (India) o il Chi (Cina) – a rigore è impropria in fase iniziale è più facile comportarsi "come se" questa traduzione fosse vera. In modo molto riduttivo ci si può anche riferire al termine "intenzione".

Koichi Tohei elaborò un approccio alla sua disciplina denominato Shin Shin Tohitsu Aikido ("Aikido con mente e corpo unificati"), che si basa su regole e principi apparentemente semplici ma in realtà molto efficaci, utilizzabili nella vita quotidiana e quindi anche fuori dalla pratica marziale. L'originalità della proposta consiste anche nell'aver messo a punto dei ben precisi test che permettono di verificare, e quindi di confermare e rafforzare, la corretta applicazione della pratica in termini di stabilità e coordinazione.

È interessante notare che questo insegnamento si armonizza con attuali concetti anche medico sportivi, in particolare con il mental training.

Si tratta di mantenere una percezione interna ed esterna allargata e unificata, la coordinazione mente/corpo, mettendo in pratica quattro "principi", due riguardanti il corpo e due la mente, ottenendo così una condizione di stabilità dinamica equilibrata, potente e flessibile. Stabilità non significa rigidità e ne è un esempio calzante la trottola, tanto più stabile quanto più velocemente gira. È molto difficile descrivere verbalmente questa metodica poiché, trattandosi di un approccio soggettivo e percettivo, richiede un rapporto diretto tra l'insegnante e l'allievo.

Il primo principio dice "mantenere la mente nel punto unico". Si tratta, cioè, di percepire attivamente come centro del corpo il baricentro, che corrisponde a un punto vitale che si trova circa quattro dita sopra il pube. La corretta applicazione di questo principio si verifica con una lieve spinta sul torace dell'allievo: se la percezione è corretta la posizione sarà stabile, in caso contrario l'allievo verrà facilmente squilibrato.

Il secondo principio dice di "rilassarsi completamente". Si tratta, però, di un rilassamento attivo e potente e non flaccido come quello cui siamo abituati a pensare. Se l'allievo, in piedi, tiene le braccia distese lungo il corpo, l'insegnante non dovrebbe riuscire a spingere il braccio, preso al polso, verso l'alto.

Il terzo principio dice di "mantenere il peso sotto". Per chiarirlo si può immaginare di tirare su, senza staccarlo da terra, un sacchetto di riso afferandolo dove è legato. Il riso si disporrà armoniosamente secondo la gravità. Non è, quindi, una sensazione di pesantezza, ma di leggerezza. Il test che verifica questo principio è il seguente: estendere il braccio orizzontalmente in avanti: con ►



l'attenzione inconscia se ne percepisce la parte superiore (dalla parte del pollice) e sarà facile, spingendolo da sotto, squilibrare l'allievo. Se invece se ne percepisce la parte inferiore, la posizione sarà molto più stabile.

Il quarto principio dice di "inviare Ki". Se si tiene un braccio disteso in avanti contraendo i muscoli sarà facile per un istruttore più forte fletterlo spingendo sul polso e facendo leva sull'interno del gomito. Se invece con braccio rilassato si immagina un flusso di energia che parte dal "punto", attraversa il braccio e viene inviata all'infinito, per esempio con l'immagine mentale di una pompa (il punto), che invia attraverso un tubo (il braccio) l'acqua, che esce attraverso una bocchetta (le dita), sarà molto più difficile flettere il braccio dell'allievo.

Naturalmente questi principi, che nei limiti della presente descrizione potrebbero sembrare banali e descrivono solo le fasi iniziali della pratica, si articolano in un discorso non solo percettivo ma anche culturale molto più complesso e con numerose ramificazioni, che permettono di utilizzare aree del cervello abitualmente trascurate.

Nel Ki Aikido la coordinazione mente/corpo è finalizzata a un'interazione pacifica con l'avversario, che in questo contesto diventa compagno (*uke*), risolvendo in un rapporto armonico il dilemma tra combattere o subire. Nella vita quotidiana essa consente una relazione più serena e armoniosa con gli altri e una miglior gestione dello stress e non si pone in antitesi, ma in sinergia, con qualsiasi altra tecnica di rilassamento.

Nel caso in cui ci si trovi a fronteggiare un atteggiamento aggressivo, un comportamento e una postura stabili e sicuri possono contribuire a smorzare l'aggressività stessa: non dimentichiamo che, soprattutto nella fase che precede immediatamente il contatto fisico, la metacomunicazione ha un ruolo fondamentale. Nel caso di contatto è evidentemente importantissimo proteggersi evitando di perdere l'equilibrio, magari in seguito a una spinta neppure troppo violenta.

È possibile praticare il Ki training indipendentemente dall'arte marziale dalla quale deriva e a questo proposito occorre precisare che la Federazione Ki No Kenkyukai in Giappone non dipende dal Ministero dello sport ma da quello della cultura, proprio per enfatizzarne le prevalenti componenti percettive e artistiche invece che competitive.

Gli istruttori della Ki No Kenkyukai International hanno applicato queste tecniche anche nel campo della riabilitazione, specialmente neuromotoria poiché, come si è detto, permettono di utilizzare aree del cervello diverse da quelle eventualmente lese; nel campo del rapporto infermiere-paziente, poiché si tratta di un approccio dolce e collaborativo; nel campo dell'allenamento sportivo, poiché migliorano le capacità percet-

tive e la precisione del gesto atletico; nella formazione aziendale, poiché sono positive nei rapporti interpersonali e nella gestione delle trattative.

Non si tratta, evidentemente, di una soluzione miracolistica a tutti i problemi della vita ma di un approccio che può aumentare il nostro livello di benessere, di consapevolezza e di armonia e metterci in un rapporto globale e diretto con gli eventi della vita, spostando il contatto con la realtà dall'oggettivo/separato a soggettivo/unificato.

METODOLOGIA

L'insegnamento della protezione con il Ki training si basa su una serie di esercizi e relativi test di verifica. Poiché si tratta di una pratica che richiede spiegazione diretta e soprattutto condivisione percettiva, è difficile tradurla in termini analitici e logico-verbali, spiegare in dettaglio e con esempi adeguati tutte le pratiche e i test di verifica richiederebbe troppo spazio. È implicita la disponibilità a fornire ogni precisazione richiesta.

In pratica si possono distinguere 4 principali aree di riferimento: io (il soggetto), la relazione, lo spazio, il tempo.

IO: vengono insegnati e testati i "principi" percettivi descritti sopra, in modo da consentire di sviluppare, col tempo, una condizione soggettiva di equilibrio fisico ed emozionale potente.

Questi esercizi sono orientati anche verso il miglioramento della cenestesi soprattutto in termini propriocettivi e sulla coordinazione della lateralizzazione.

RELAZIONE UNIFICATA, con gli altri e con l'ambiente.

Un esempio molto semplice: prendere un bambino e portarlo in sala prelievi ha un impatto molto più aggressivo rispetto all'accompagnarlo andando in sala prelievi "insieme a lui". Questo concetto può estendersi anche a relazioni più ostili ed esistono esercizi e test utili per prenderne consapevolezza

SPAZIO. Si riferisce prevalentemente alla percezione dello spazio esterno con rilievo ai concetti di "entrare" e "prendere spazio" vs. "subire". È evidente l'importanza della percezione della distanza intesa in senso spaziale ma anche temporale e relazionale. Esistono esercizi e test che permettono di coltivare e verificare questa competenza.

TEMPO. Semplici esercizi atti a sensibilizzare la scelta di tempo per evitare contrasti o per fermare o rallentare l'intenzione aggressiva di un attaccante.

Occorre essere consapevoli del fatto che si tratta di assimilare nuove competenze senza nascondersi il limite rappresentato dai tempi di corticalizzazione in relazione con la neuroplasticità. Poiché tutti mettiamo in pratica delle scelte percettive senza rendercene conto, la fase iniziale del training intende portare alla consapevolezza di questi, già nostri, modi di essere e agire mentre le fasi successive dovrebbero coltivare e amplificare la percezione in modo che venga assimilata a livello di risposta spontanea. Nell'esperienza di chi scrive, per ottenere i primi risultati già utili in pratica sono necessarie poche settimane mentre il consolidamento richiede più tempo. Naturalmente la risposta presenta una notevole variabilità tra i diversi individui.

La pratica consiste in:

- esercizi simili alla "ginnastica" che precede di solito una sessione di arti marziali, ma privilegiando la componente percettiva rispetto a quella mecca-

nica. Sono finalizzati a una buona postura e a un movimento armonico con particolare e attenzione all'equilibrio e alla lateralizzazione verificabili con test adeguati.

- pratica respiratoria di coordinazione mente/corpo in lieve movimento;
- esercizi di allungamento e di equilibrio;
- Ki training vero e proprio con esercizi e posture singole o a due e relativi test che permettono di prendere consapevolezza, perfezionare e verificare il mantenimento della coordinazione mente/corpo in diverse attività e posizioni;
- Ki training relazionale (in 2 o più persone) rivolto a gestire evenienze di contatto con l'eventuale aggressore, facilmente orientabile secondo eventuali richieste specifiche.

Un'utopia su cui lavorare: gestire le emozioni per evitare o controllare il contatto fisico.

Venerdì 1 marzo 2019

08.30	Registrazione dei partecipanti
09.00	Saluto dei Direttori IAN DONALD SCHOOL A. Kurjak, F. Chervenak, G. Monni, V. D'Addario, E. Viora Introduzione al Corso - E. Viora, T. Todros Moderatori: M. Campogrande, C. Benedetto, G. Gregori
09.15	Violence against healthcare professionals - F. Chervenak
09.45	La paralisi cerebrale: un problema sempre attuale - A. Kurjak
10.15	Quali nuove possibilità diagnostiche - A. Amoroso
10.45	Coffee-break
	Test di screening: Quali patologie?
11.15	Il parto pretermine - G. Masuelli
11.45	La pre-eclampsia - F. Prefumo
12.15	Le infezioni: citomegalovirus ed altri - A. Sacchi
12.40	Discussione
13.00	Lunch
	Moderatori: S. Danese, T. Todros, G. Menato
14.00	Le anomalie cromosomiche - test di screening "tradizionali" - E. Muccinelli - il test del DNA fetale - A. Zonta
15.00	Le anomalie strutturali - l'ecografia di screening del I trimestre - A. Iuculano - l'ecografia di screening del II trimestre - E. Viora - l'ecografia del III trimestre - V. D'Addario
16.15	Discussione
16.30	Coffee-break
	Organizzare lo screening
17.00	Le esperienze di alcune Regioni italiane: quali patologie e come - Piemonte - M.R. Giolito - Emilia-Romagna - T. Ghi - Toscana - E. Periti - Puglia - P. Volpe
18.30-19.00	Discussione e considerazioni conclusive sulla prima giornata

Sabato 2 marzo 2019

	Moderatori: G. Monni, V. D'Addario, B. Pasini
	La diagnosi prenatale
08.30	Le anomalie cromosomiche: che cosa c'è di nuovo - E. Grosso
09.00	Le infezioni fetali - T. Lazzarotto
09.30	Training e preparazione degli operatori - G. Monni
10.00	Discussione
10.30	Coffee break
	Problemi vecchi e nuovi
11.00	Un percorso particolare: Le gravidanze gemellari - monitoraggio ecografico - S. Arduino - quando il percorso diventa complicato - M. Rustico
11.50	Un percorso non definito: Quali test prima della gravidanza? - F. Lalatta
12.20	Test di screening e di diagnosi prenatale: aspetti medico-legali - A. Sciarrone
12.50	Discussione
13.30	Conclusioni e chiusura dei lavori
14.00	Questionario di valutazione ECM online



5° Corso A.O.G.O.I.
4° Turin IAN DONALD Course

TEST DI SCREENING
E DI DIAGNOSI PRENATALE:
non solo anomalie cromosomiche

PRENATAL SCREENING
AND DIAGNOSTIC TESTS:
not only chromosomal anomalies

Torino, 1-2 marzo 2019
Centro Congressi Torino Incontra

DIRETTORI DEL CORSO A.O.G.O.I.

Elsa Viora - Torino
Tullia Todros - Torino

DIRETTORE DEL CORSO IAN DONALD

Elsa Viora - Torino

SEDE DEL CORSO

Torino Incontra
Via Nino Costa, 8 - Torino
Tel. 011 5576892

ISCRIZIONI

Modalità di iscrizione online sul sito:
www.symposiacongressi.com

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

SYMPOSIACONGRESSI
Symposia Organizzazione Congressi Srl
www.symposiacongressi.com



L'ammonimento del Questore per stalking e violenza domestica

LA COLLABORAZIONE DEGLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

Dott.ssa Barbara De Toma
*Primo Dirigente della Polizia di Stato
Dirigente della Divisione Anticrimine - Questura di Torino*

Ormai da quasi dieci anni l'ordinamento giuridico italiano conosce l'istituto dell'ammonimento, atto col quale il questore, autorità provinciale di pubblica sicurezza, può diffidare chi si è macchiato di atti persecutori (i c.d. stalker) o chi ha compiuto atti di violenza domestica, a comportarsi in modo conforme alla legge, cessando di molestare, minacciare o usare violenza alla persona offesa, così da evitare che, per il futuro, tali atti possano ripetersi con conseguenze anche assai gravi per la vittima. Si tratta, pertanto, di un provvedimento preventivo con funzione tipicamente cautelare, volendo condurre l'ammonito alla riflessione e al ravvedimento.

Risale al 2009 (v. art. 8 decreto legge 11/2009 convertito nella legge 38/2009) l'introduzione dell'ammonimento per atti persecutori e al 2013 (v. art. 3 decreto legge 93/2013, convertito nella legge 119/2013) la sua applicazione anche in caso di violenza domestica. Nonostante ciò, questo strumento di tutela nato per contrastare atti di molestie, minacce o violenze fin dal loro primo manifestarsi - dunque quando è ancora possibile la loro interruzione, recuperando l'autore e salvando la vittima - non sempre è conosciuto da chi ne potrebbe beneficiare, siano esse le persone offese o anche gli operatori socio sanitari con cui le vittime vengano eventualmente in contatto.

Secondo la normativa del 2009 sopra citata, chi è vittima del reato di atti persecutori (c.d. stalking) può querelare il suo persecutore, dando così inizio a un processo penale davanti all'autorità giudiziaria o, in alternativa, può rivolgere istanza di ammonimento al questore quale autorità di pubblica sicurezza, evitando così il processo penale e il conseguente *strepitus fori* ed ottenendo che, in tempi assai più rapidi rispetto a quelli del processo penale, il suo persecutore venga ammonito.

La presentazione della richiesta di ammonimento non prevede formalità particolari: basta rivolgersi a un qualsiasi ufficio di polizia e raccontare oralmente i fatti, di cui sarà redatto verbale. È utile allegare tutto ciò che può supportare il racconto: lettere, mail, messaggi, video, così come indicare l'eventuale presenza di regali non graditi, specificare le date dei singoli episodi, segnalare l'esistenza di eventuali testimoni o persone comunque informate dei fatti.

L'esperienza insegna che, nella quasi totalità dei casi, il monito istituzionale consegue i suoi effetti, facendo cessare le condotte persecutorie.

Sempre l'esperienza ha evidenziato che gli stalker che hanno proseguito nel loro comportamento sono in genere soggetti affetti da patologie psichiatriche o dipendenti da alcol o da sostanze stupefacenti. In questi casi pertanto, la collaborazione con il medico diventa indispensabile, al fine di verificare se l'ammonendo sia in grado di comprendere il monito istituzionale, perché se così non è l'adozione dell'ammonimento oltre che inutile potrebbe risultare addirittura dannosa per la persona offesa.

Nel caso in cui l'ammonito reiteri la condotta persecutoria - anche solo con l'invio di un messaggio telefonico non gradito - il reato diventa procedibile d'ufficio, imponendo alle forze di polizia la segnalazione all'autorità giudiziaria, con conseguente instaurazione di un processo penale per atti persecutori nei confronti dell'autore della condotta.

Per tale reato, inoltre, è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza, atto che potrebbe risultare concretamente possibile proprio nel caso in cui un soggetto già ammonito venga sorpreso a seguire la vittima o a spiare: una chiamata tempestiva al 112 - numero unico di emergenza - potrebbe in tal caso essere risolutiva.

L'efficacia dell'ammonimento per atti persecutori ha fatto sì che nel 2013 tale strumento di tutela venisse esteso anche alla violenza domestica. La difficoltà a denunciare propria delle donne maltrattate ha indotto il legislatore a prevedere la possibilità che il procedimento amministrativo per l'irrogazione dell'ammonimento possa essere attivato su segnalazione di chiunque sia a conoscenza della violenza: un modo per far emergere il sommerso, non lasciando l'iniziativa solo alla vittima. La legge assicura la riservatezza del segnalante, vietando che le sue generalità compaiano negli atti del procedimento.

Nei fatti, spesso il procedimento è attivato d'ufficio, cioè per iniziativa della stessa autorità di pubblica sicurezza che ha il potere di ammonire e che a tal fine può valutare quanto emerge dai rapporti delle pattuglie di pronto intervento sul territorio o dai certificati medici per lesioni e percosse ricevuti dai presidi sanitari: ai sensi del citato art. 3 DL 93/13, è infatti sufficiente anche un solo episodio di percosse o lesioni lievi (cioè con prognosi non superiore ai 20 giorni) per ammonire l'autore, se tale episodio è commesso nell'ambito di violenza domestica.

L'attività istruttoria e investigativa necessaria per l'adozione dell'ammonimento trarrà senz'altro beneficio da certificati medici redatti in modo più possibile puntuale, che indichino - laddove conosciuto - l'autore della violenza (coniuge, convivente, ex fidanzato ecc.). Anche in questo caso, pertanto, per le forze di polizia risulta preziosa la fattiva collaborazione degli esercenti la professione sanitaria.



LA STRETTA RELAZIONE TRA SALUTE UMANA, ANIMALE E AMBIENTALE

di Marilena Bertini

Presidente del Comitato Collaborazione Medica (CCM)

Il 13 Novembre il Comitato Collaborazione Medica - CCM ha organizzato il convegno "ONE Health, relazione tra salute umana, animale e ambientale" al Campus Luigi Einaudi a Torino. Tra i relatori erano presenti Franco Correggia, presidente di AGER - Agenzia internazionale per la protezione dei paesaggi bioculturali e per la nuova ruralità, Jakob Zinsstag dello Swiss Tropical and Public Health Institute e veterinario di formazione, Micol Fascendini, medico esperto in salute pubblica e Regional health advisor del CCM, Pia Acconci, esperta di Diritto internazionale dell'Università di Teramo, Daniele de Meneghi del dipartimento Scienze veterinarie dell'Università degli Studi di Torino e presidente di CISAO - Centro Interdipartimentale di Ricerca e Cooperazione Tecnico Scientifica con l'Africa, Alessandro Pezzoli, consulente tecnico-scientifico senior in salute ambientale presso DIST - Dipartimento inter-ateneo di scienze, progetto e politiche del territorio, Alberto Salza, antropologo, ed Elena Cristofori, chief scientific officer presso TRIM (*Translate into meaning*).

Il concetto di *One Health* riconosce la relazione esistente tra uomo, animale e ambiente, rappresentando lo sforzo congiunto di più discipline professionali per il raggiungimento di una condizione di salute ottimale. Tale approccio non rappresenta solamente l'integrazione tra discipline diverse ma anche l'integrazione sistemica come metodologia di lavoro, e si contraddistingue innanzitutto come un modo di osservare e analizzare la salute nella complessità dei suoi determinanti e delle strategie da porre in atto per garantirla, interessandosi delle questioni generali di salute pubblica, dell'ecologia e delle dimensioni sociali della salute.

Riconoscendo che la salute dell'uomo è intrinsecamente legata a quella di animali e ambiente, incoraggiare la collaborazione e la comunicazione tra più discipline per ottenere il miglior stato di salute è fondamentale specie considerando che 2/3 delle malattie emergenti sono di provata o probabile origine animale (zoonotiche), come nei casi di influenza aviaria, SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) e HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).

L'aumentato contatto con animali domestici e selvatici, i cambiamenti climatici, la globalizzazione di persone, animali, vettori e alimenti, gli interventi umani di deforestazione, costruzione di dighe, abbandono di aree montane, l'eccesso di densità umana e animale su territori sempre più limitati sono tutti elementi che stanno modificando profondamente la salute dell'ambiente, degli animali e dell'uomo.

Da sempre il CCM promuove il diritto alla *salute per tutti*, rafforzando i sistemi sanitari nazionali dei Paesi in cui opera e agendo sui determinanti della salute per contribuire, da ultimo, alla salute globale. In linea con questi principi abbiamo abbracciato e applicato il concetto di *One Health* sin dal 2005.

Lavorando con i pastori nomadi è necessario pensare un sistema sanitario che si adatti alla vita di queste comunità. Questi pastori posseggono grandi mandrie di dromedari, e per loro salute umana e salute animale sono strettamente correlate.

Nel 2005 il primo progetto di *One Medicine* ha rafforzato i servizi sanitari già presenti sul territorio grazie all'erogazione di servizi diagnostico-clinici a livello di comunità, tramite la realizzazione di cliniche mobili integrate per la salute di uomo e animale, l'identificazione e formazione di Agenti Comunitari della Salute (*Household Health Agents - HHA*), e la creazione di un sistema di comunicazione e riferimento tra gli HHA e il sistema sanitario esistente.

A distanza di dieci anni, sempre nella regione somala dell'Etiopia abbiamo realizzato una mappa delle variabili climatiche e ambientali e delle risorse sanitarie e veterinarie accessibili sul territorio. Lavorando con le popolazioni locali si sono analizzati i bisogni, le percezioni e i comportamenti delle comunità pastorali riguardo alla salute umana e animale e in relazione al contesto socio-ecologico dell'area di intervento, identificando le

possibili strategie di intervento per migliorare la salute dei pastori.

Oggi il CCM applica l'approccio *One Health* nello specifico in due progetti di cooperazione allo sviluppo nella Liben Zone della regione somala in Etiopia e nel distretto di North Horr della contea di Marsabit, in Kenya.

In Etiopia il cuore dell'azione è la creazione di una piattaforma multi-attore per promuovere collaborazione e cooperazione tra leader comunitari e religiosi, autorità locali, operatori sanitari e veterinari, commercianti, rappresentanti delle donne e della società civile, e identificare insieme soluzioni efficaci e sostenibili ai problemi della comunità.

In Kenya l'intervento mira ad aumentare l'accesso e il coordinamento dei servizi di salute (umana e animale) e a rafforzare i sistemi comunitari di allerta per la gestione dei rischi sanitari e ambientali. L'avvio di Unità delle Malattie Zoonotiche a livello distrettuale intende promuovere un'azione coordinata per la tempestiva identificazione, gestione e controllo delle zoonosi. Grazie all'uso di tecnologie geo-spaziali innovative, la telefonia mobile permetterà di raccogliere dati primari (relativi a salute, zoonosi, indicatori climatici e risorse ambientali) e promuovere la loro tempestiva condivisione tra comunità e autorità locali. La loro visualizzazione su mappa supporterà comunità e autorità nei processi decisionali relativi a specifiche azioni (percorsi di transumanza, sorveglianza epidemiologica, educazione comunitaria).

Il CCM prevede l'adozione dell'approccio multidisciplinare *One Health* come elemento distintivo della propria strategia organizzativa, con l'obiettivo ultimo di rispondere in maniera integrata e coordinata ai diversi determinanti della salute, mantenendo alta l'attenzione sull'intima interazione tra salute animale, umana e ambientale.





I “braccialetti rossi” del Burkina Faso

REPORTAGE DA GOURPOUO, IN BURKINA FASO

a cura di Stefania Garini
dell'associazione torinese CISV (www.cisvto.org)

Sono tante le immagini e i colori che ci sfilano davanti agli occhi mentre percorriamo la savana: il rosso delle piste in terra battuta, l'ocra delle capanne, il verde brillante dei manghi. Dovunque ci fermiamo riceviamo un'accoglienza calorosa, per la temperatura - 40 gradi in media! - ma soprattutto per la cordialità della gente. Il Burkina Faso, tra gli Stati più poveri dell'Africa occidentale, è un modello di ospitalità e di convivenza pacifica tra etnie e religioni. Dappertutto nelle città, nei villaggi, nelle famiglie convivono musulmani, cattolici, pentecostali, animisti, atei, all'insegna della tolleranza e del rispetto reciproco.

Arriviamo di buon mattino nel villaggio di Gourpouo, nel sud-ovest del Paese. Uno dei motivi del nostro viaggio è monitorare gli interventi del CISV di Torino (www.cisvto.org), associazione che da trent'anni lavora in Burkina Faso per favorire lo sviluppo locale attraverso diverse iniziative: fornitura di acqua potabile, sostegno all'agricoltura e all'allevamento, avvio di piccole attività produttive e commerciali per le donne (farina, riso parboiled, saponi, oggetti d'artigianato), promozione dei diritti umani, salute e istruzione. Abbiamo così l'opportunità di visitare cooperative, scuole, orfanotrofi, centri sanitari.



CISV (www.cisvto.org)

è un'associazione comunitaria da oltre 50 anni impegnata nella lotta alla povertà e per i diritti umani. Interviene nei settori agricoltura e allevamento, risorse idriche, microfinanza, diritti umani, donne e infanzia in 12 Paesi di Africa e America Latina (Benin, Burkina Faso, Mali, Senegal, Guinea, Niger, Burundi, Brasile, Colombia, Guatemala, Haiti, Venezuela). In Italia si occupa di diritti dei migranti, accoglie profughi e richiedenti asilo, svolge attività di educazione nelle scuole e animazione del territorio.

Il motivo d'“attrazione” di Gourpou è un dispensario che funziona da ambulatorio, centro di degenza e reparto di ostetricia per le partorienti, a fronte di una popolazione di 7.000 abitanti sparsi in 4 villaggi.

Ad attenderci, insieme al personale, una trentina di mamme con bambini al seguito; molte hanno dovuto percorrere anche 10 chilometri a piedi per assistere all'incontro di formazione di quest'oggi su come prevenire o curare la malnutrizione dei figli. Raggiungere il dispensario per loro è gravoso, devono sottrarre tempo alle tante e lunghe incombenze domestiche, come rifornirsi di acqua o di legna, occupazioni che richiedono ore di lavoro e di cammino. Così, spesso sono gli operatori sanitari a spostarsi nei villaggi per seguire lo stato di salute dei bambini e delle donne incinte, i più soggetti a malattie o morti precoci.

Il “kit da viaggio” degli infermieri include bilance munite di ganci e mutandine plastificate, su cui si “appendono” i bambini per pesarli, e speciali braccialetti per misurare il perimetro delle braccia: se il bracciale segna verde significa che il bimbo è sano; se segna giallo soffre di malnutrizione moderata; se segna rosso è gravemente malnutrito. Mentre i “Braccialetti rossi” della nota fiction italiana sono ricoverati per cause ►

come tumori, malattie cardiache o fratture dovute a incidenti stradali, qui le malattie più frequenti dipendono da fattori ambientali, come la mancanza di acqua pulita: può bastare una diarrea a causare la morte, soprattutto nei bambini al di sotto dei 5 anni. Tra le prestazioni offerte dal dispensario ci sono esami del sangue, vaccini antipolio, cura della malaria e delle malattie sessuali. Con una spesa di 2.000 franchi cfa (circa 3 euro) si può perfino far circoncidere i bambini, una pratica molto diffusa a prescindere dal credo religioso.

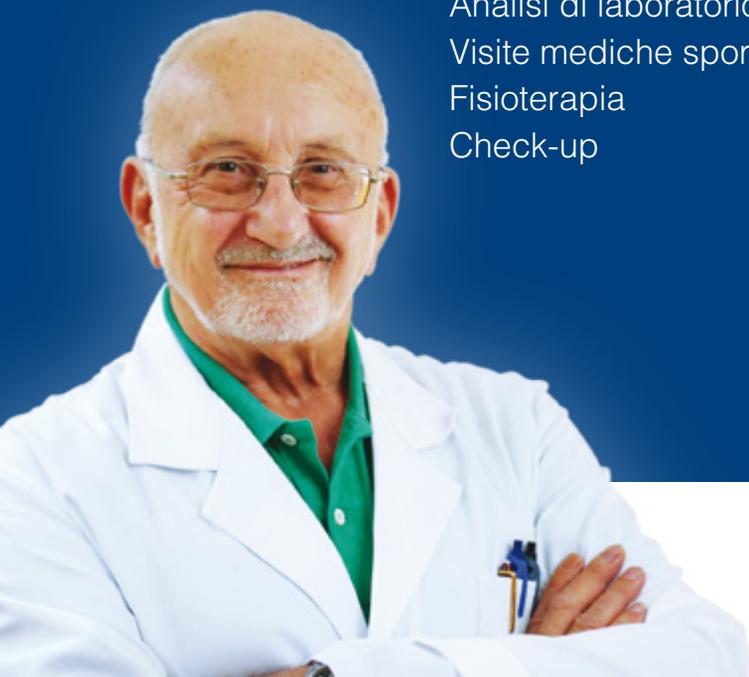
La maggior parte delle mamme oggi presenti a Gourpouo non sa il francese, lingua nazionale introdotta dai colonizzatori, e molte sono analfabete, perciò gli animatori parlano in dagarà e si servono di immagini illustrate per trasmettere i concetti chiave: come svezzare i bambini dai 6 mesi in poi, con quali cibi nutrirli, a cosa servono i diversi alimenti, "questo cibo fa crescere il fisico, questo impedisce al bambino di ammalarsi, quest'altro sviluppa l'intelligenza", e così via. Gli animatori - uomini e donne burkinabè che sono stati opportunamente formati, così da far crescere le professionalità locali e creare posti di lavoro - spiegano che se il bambino è malnutrito va portato al centro di salute e danno consigli igienico-sanitari, ad esempio sull'uso delle zanzariere per evitare la malaria nella stagione delle piogge.

Vieni al CeMeDi per:

Visite specialistiche
Esami ecografici e
strumentali
Esami radiodiagnostici
Analisi di laboratorio
Visite mediche sportive
Fisioterapia
Check-up

Info e prenotazioni

www.cemedi.it
Corso Massimo D'Azeglio 25
10126 Torino
tel +39 011 0066880
fax +39 011 0066510
dal lunedì al venerdì
dalle 08:00 alle 18:45
con orario continuato e
il sabato dalle 08:00 alle 13:00



CeMeDi
Ci prendiamo cura di te.

Direttore sanitario dott. **Sergio Caramalli**

Tra pianti di bambini e mamme che allattano, la “lezione” dura circa mezz’ora. Gli animatori stimolano le donne a intervenire con commenti e domande. Dopo la parte teorica, segue una dimostrazione pratica di cucina su quali sono gli alimenti più ricchi dal punto di vista nutritivo e facilmente reperibili in loco. In questi villaggi per tradizione si consuma soprattutto riso, perciò vanno valorizzati anche gli altri alimenti: cereali, ortaggi (molto diffusi peperoni, cipolle e pomodori), frutti come le banane e i manghi. La ricetta del giorno è una pappa a base di cereali, farina di pesce, sale e olio di palma. Una donna legge gli ingredienti e le dosi consigliate, un’altra mescola l’impasto e lo fa cuocere; le altre mamme osservano in silenzio. Quando l’acqua inizia a bollire, la cuoca indica le bolle sulla superficie spiegando che quello è il punto giusto di cottura, che serve anche a sanificare il cibo. L’acqua di bollitura viene poi riciclata per fare un tortino di pasta d’arachidi. Il cibo viene distribuito tra tutti i bambini presenti, risolvendo per quel giorno il problema del pasto.

Nelle dimostrazioni culinarie spesso si distribuisce e si insegna a usare anche la moringa, una pianta locale dalle elevate proprietà nutritive, il cui sapore ricorda un po’ la nostra rucola, e che può essere impiegata in polvere per varie preparazioni alimentari. Le iniziative del dispensario di Gourpouo fanno parte del progetto *Nutrizione e salute* che CISV di Torino e Progettomondo MLAL di Verona stanno realizzando in 150 villaggi del Burkina Faso. Il progetto non si limita a fare (in)formazione, ma dà sostegno concreto all’agricoltura locale, in particolare alle famiglie contadine, organizzandole in cooperative e dando loro la possibilità di avere delle entrate per sfamarsi, avere accesso all’acqua, garantire la scuola ai figli ecc.

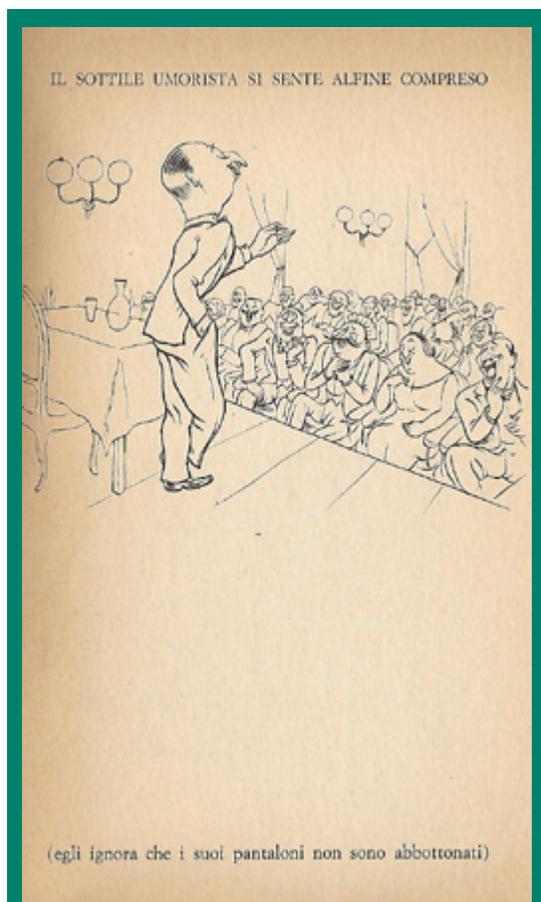
A proposito di scuola, ne abbiamo visitata una nel villaggio di Kouloho, non lontano da Gourpouo. Qui la primaria dura 6 anni e ci sono circa 400 allievi su 6 classi. Il direttore ci ha presentato ogni classe, dalla meno numerosa con “soli” 64 alunni alla più affollata con 103 bambini; eppure durante le lezioni non si sente volare una mosca. Il sistema scolastico funziona con un tempo pieno spalmato su quattro giorni settimanali, con riposo il mercoledì. L’orario è dalle 9 alle 17, il pranzo è fornito dalla scuola e cucinato sul posto: le cuoche preparano più di 90 chili di riso al giorno, insieme ad altri alimenti locali come i fagioli niébé, che vengono poi serviti ai bambini nei loro colorati “baracchini”. Il riso viene acquistato dalla cooperativa Copsac di Founzan: è un buon riso locale, sano e prodotto dando lavoro alle famiglie degli stessi ragazzi. E così si chiude il circolo virtuoso.

Per saperne di più sul Paese:

“Burkina Faso. Lotte, rivolte e resistenza del popolo degli uomini integri”
di Marco Bello ed Enrico Casale, Infinito Edizioni

LA COMICITÀ

di Giuseppe Scarso



La comicità, nelle sue espressioni più elevate, può essere considerata una forma d'arte quando non degenera nella volgarità e nell'offesa.

Dal punto di vista psicologico è stata indagata da Freud che la accosta ai sogni e ai sintomi nevrotici: nascerebbe da una liberazione socialmente accettabile di bisogni inconsci altrimenti non esprimibili, fondamentalmente di natura sessuale o, secondo Adler, collegati all'aggressività. Più recentemente si è messa in evidenza la capacità di favorire una liberazione non da bisogni inconsci interiori, bensì da componenti socio-relazionale della realtà vissute come costrittive e opprimenti. Banalmente ci si può attenere al vecchio adagio: il riso fa buon sangue.

La comicità può avere aspetti surreali ed essere suscitata da un inatteso sviluppo di una situazione banale e scontata.

Oppure, al contrario, nasce dalla ripetitività e, quindi, dall'evoluzione prevedibile di un fatto o una serie di eventi. Succede ciò che ci si aspetta in modo rassicurante.

L'analisi sull'essenza, sui meccanismi e sugli effetti della comicità sarebbe molto lunga.

Ci si può limitare a osservare che gli aspetti estetici che la caratterizzano rappresentano una componente della comunicazione umana radicata nel sentimento sociale e si possono trovare risvolti terapeutici come nella clown-terapia di Patch Adams.

IL COMICO

(DA UNA VIGNETTA DI GIUSEPPE NOVELLO)

Fu solo quando tornò nel suo camerino che si rese conto della catastrofe.

Prima di sedersi sullo sgabello, davanti al tavolino dotato di un ampio specchio, era l'uomo più felice del mondo. Gli bastò sedersi perché il mondo intero cambiasse aspetto ai suoi occhi.

Ora tutto gli era chiaro.

La serata era stata un trionfo strepitoso. Già al suo ingresso sul palco, il pubblico lo aveva accolto con uno scrosciante applauso. Non c'era nemmeno voluto il tempo necessario per scaldare l'atmosfera, come si usa dire in gergo artistico. La platea e il loggione erano esplosi in un boato e le risate si facevano sempre più fragorose e irrefrenabili. Non aveva nemmeno il tempo di terminare le battute che il pubblico era già in visibilio, rapito nell'estasi dell'allegria contagiosa

come un'epidemia. Finalmente si accorgevano della sua mimica irresistibile, della sua sottile e sferzante ironia. Gli spettatori tutti, tenendosi la pancia con le mani, erano trascinati in un inarrestabile, tumultuoso, continuo sussulto di risate con tanto di contorcimenti sulle sedie e di lucciconi agli occhi che scioglievano il trucco delle dame, giovani e vecchie.

Sentiva tornare la sua travolgente vena comica. Andò assai oltre il tempo a disposizione, ma nessuno degli organizzatori dello spettacolo osò intervenire per interrompere quel clamoroso, inatteso successo. Contrariamente a ogni più ottimistica aspettativa, era lui la star indiscussa della serata.

La fine del suo numero fu accolta da applausi incensanti, risate interminabili. Si levò un coro di "Bravo, bene, bis" che lo costrinse a ritornare sul palco tante volte da perderne il conto, ogni volta inchinandosi con lo sguardo sempre rivolto su quel meraviglioso pubblico al cui entusiasmo non voleva sottrarsi nemmeno per un attimo a lui concesso. ▶



Trotterellò danzando leggero dietro le quinte, ricevendo i complimenti degli altri artisti, attori, comici, cantanti, oltre che degli organizzatori dello spettacolo e del direttore in persona, tutti visibilmente esilarati, divertiti e soddisfatti.

Aprì la porta del suo camerino fra gli ultimi saluti e congratulazioni, che gli parvero, però, improntati a una certa, recondita, malcelata ironia. Si sa, gli invidiosi esistono sempre e ovunque.

Si sedette, felice, ma spossato. Non poteva fare altrimenti. Comunque, prima o poi, lì dov'era o da qualche altra parte, l'avrebbe dovuto fare. Non poteva restare in piedi tutta la vita, anche se sentiva l'irrefrenabile desiderio di correre a perdersi per sfogare tutto il suo incontenibile entusiasmo. Tuttavia, era troppo stanco, ma la corsa era solo rimandata.

Eppure, quel gesto consumato in un attimo gli fu fatale. L'orlo del baratro si aprì davanti ai suoi occhi atterriti rivelando l'immane tragedia con tutte le sue catastrofiche conseguenze.

Ciò che si aprì, in realtà, fu cosa da poco, quasi insignificante, in condizioni normali. Se ne accorse quando vide lo sfrontato, impertinente bianco delle mutande fare capolino sotto il nero dei pantaloni scuri dell'impeccabile abito da sera.

Allora tutto, d'improvviso, gli fu chiaro. Non avevano riso per lui, per la sua irresistibile vena comica. Avevano riso di lui, per la sua bella bottega aperta, come si dice in gergo comune, non necessariamente artistico, spalancata davanti al mondo dello spettacolo.

Contemplava quel bianco, il vero motivo del suo successo, la reale causa della sua rovina.

Aveva lavorato tanto per giungere a quel momento, per partecipare a quello spettacolo.

Dopo anni di gavetta, finalmente era arrivato il successo sancito dalla sua comparsa alla televisione nei programmi in prima serata, quelli che contano.

Poi, lentamente, era sceso gradino per gradino, fino a comparire solo nelle piccole sale di provincia e di periferia. Non faceva più parte dello spettacolo, ma solo dell'avanspettacolo. Nessuno gli aveva mai detto che il successo è capriccioso come una bambina viziata. L'aveva scoperto da solo, cercando di dimenticare questa realtà affogandola nell'alcool, ma non c'era riuscito, anzi, aveva solo peggiorato le cose.

Dopo molti anni aveva incontrato un suo vecchio amico, compagno di scuola, diventato negli ultimi tempi impresario di spettacoli teatrali di successo. L'aveva pregato, implorato di offrirgli ancora una possibilità.

Aveva smesso di bere, si era gettato a capofitto nel ritrovato entusiasmo, rinnovando il proprio repertorio, aggiornandolo, arricchendolo con nuovi numeri, modificando i vecchi, consapevole del proprio senso della comicità.

Era pronto a tentare di nuovo il grande balzo. Aveva convinto il suo amico che, forse, aveva agito solo per compassione, ma questa ipotesi era lontana dalla sua testa così come la galassia più vicina lo è dalla terra.

Oh sì, il suo numero era stato un successone, mai si era visto pubblico più entusiasticamente divertito, trascinato dall'irresistibile comicità di una bottega aperta.

Ora tutti avrebbero riso di lui, qualunque cosa avesse detto o fatto. Ormai l'avrebbero sempre visto come lo ricordavano, come l'avrebbero raccontato ad altri, a loro volta coinvolti e trascinati dall'irrefrenabile risata, incontenibile davanti a una bottega aperta sul palcoscenico. I giornali del giorno dopo, anche se di portata locale, avrebbero fatto rimbalzare la notizia di città in città. Ovunque osasse andare, completamente nudo o totalmente avvolto in un tappeto, il pubblico l'avrebbe sempre visto come quella sera: con la bottega aperta.

Contemplava il baratro dei suoi pantaloni e della sua vita. Poi si guardò allo specchio, la faccia ancora imbellettata come usavano fare i vecchi clown di un tempo, maestri della sua scuola.

Il trucco nascondeva le rughe tracciate sul volto non tanto dagli anni, ma da una vita non ancora lunga, intensamente vissuta alla ricerca del successo sempre sfuggente, fra gli alti e bassi di una carriera senza più futuro, giunta quella sera al capolinea, anzi al deposito: fuori servizio.

Si guardava allo specchio nella speranza che questo gli rispondesse qualcosa del tipo: "Sì, sei tu, mio signore, il più comico del reame". A questo punto lo era davvero, ma non nel verso giusto, come avrebbe voluto.

Lo specchio taceva e rimaneva immobile perché lui era fermo come una statua imbiancata, zitto come una tomba vuota: quella sera aveva scritto l'epitaffio sulla sua lapide.

Non riusciva ad alzarsi dalla sedia, staccarsi dalla sua immagine allo specchio, avvertendo che il passato alle spalle non aveva più un futuro davanti.

Esisteva solo quell'attimo presente che sperava di protrarre in eterno nel vuoto infinito del suo sguardo riflesso.

Solo una lacrima diede una parvenza di vita alla sua immagine nello specchio.



LA SALA RAGGI IN CASA

di Giuliano Maggi

Mio nonno materno era un medico di famiglia con lo studio in casa, e nel 1919 aveva fatto installare un "gabinetto radiologico" nel suo appartamento. Quando andò in pensione, lasciò l'alloggio e lo studio al genero (mio padre), che ereditò così la clientela del suocero.

In quella casa nascemmo io e poi mio fratello e ci vissi fino all'età di 7 anni. Ricordo benissimo la "sala raggi", situata accanto allo studio di mio padre, tutta nera, con il lettino, il tubo radiante e l'armadio dove la dinamo, con notevole fracasso, produceva la corrente continua. Sul soffitto correvano cavi metallici e condensatori che scoccano scintille e su un tavolino vi erano manopole, interruttori e reostati: per me e mio fratello quella stanza aveva un aspetto terrificante e noi credevamo che l'inferno fosse così.

La stanza accanto era detta "camera buia" e conteneva le vasche per sviluppare e fissare le radiografie, inoltre nella camera buia vi erano anche i giocattoli di noi bambini, che venivamo cacciati quando papà doveva sviluppare le lastre, alla luce di una lampada rossa.

Naturalmente la sala raggi non era dotata di alcuna protezione e noi bambini giocavamo tranquillamente nella stanza accanto a un apparecchio radiologico in funzione, e nessuno sospettò mai che le radiazioni potessero essere pericolose per gli adulti o ancor più per i bambini.

Quando la famiglia si trasferì in un'altra città, la sala raggi fu smontata e distrutta, e il tubo generatore dei raggi X (di Coolidge), che ora ben figurerebbe in un museo, fu regalato a noi bambini che, con i nostri amici, lo usammo come bersaglio per le nostre fionde.

Sembra incredibile che ottant'anni fa un medico potesse tenere una sala raggi nell'appartamento ove abitava con la famiglia, in una stanza accanto alla quale giocavano i figli, ma allora si sapeva ben poco sulle malattie da raggi, tant'è vero che i radiologi dell'epoca si ritrovarono spesso con le dita rovinata perché avevano sempre lavorato a mani nude senza protezioni.



LA VARICE SANGUINANTE

di Giuliano Maggi

Quando ero un giovane assistente volontario durante il corso di specialità in chirurgia mi toccava, due volte al mese, aiutare lo strutturato del reparto che era di turno al pronto soccorso delle Molinette, ove ruotavano a turno tutte le divisioni di chirurgia dell'Ospedale.

Fu un'esperienza molto utile, perché si vedevano casi urgenti e vi era molto da imparare.

Un giorno arrivò un'auto dalla quale fu fatta scendere una signora anziana con una gamba fasciata, che a ogni passo lasciava cadere goccioloni di sangue al suolo. I parenti agitati mi dissero: "Si è rotta una vena varicosa, l'abbiamo fasciata e anche messo un laccio di gomma, come ci ha suggerito per telefono il nostro medico, ma non siamo riusciti ad arrestare l'emorragia che è continuata mentre venivamo al pronto soccorso".

Facemmo adagiare la paziente sul lettino e sfasciai la medicazione sommaria fatta dai parenti, per vedere il punto di sanguinamento. Fu così che scoprii che il laccio, fatto con un elastico da sarta, era stato messo... "al di sopra" dell'ulcera sanguinante.

Lo tolsi e lo riapplicai "al di sotto" dell'ulcera, che immediatamente smise di sanguinare.

I parenti della paziente sbarrarono gli occhi e mi dissero: "Che bravo! Ma perché adesso non sanguina più?". Riuscii a evitare di mettermi a ridere e a rispondere con un sorriso: "Perché nelle vene delle gambe il sangue torna indietro dal piede verso il cuore e quindi il laccio va messo sotto il punto sanguinante e non sopra!".

I parenti, folgorati da quella rivelazione sensazionale, cominciarono a litigare, addossandosi l'un l'altro la colpa di aver posto l'elastico nel posto sbagliato.

Ci misi non poco per riappacificarli, spiegando loro che un profano non è tenuto a conoscere la direzione del flusso venoso e che comunque tutto era finito per il meglio, anche se la loro manovra era stata non solo inutile, ma controproducente.

Credo che tutti gli studenti di medicina dovrebbero fare un po' di pratica in un pronto soccorso per imparare che tante cose sono ovvie per un medico, ma non per i parenti del malato!





DESTINO E NARRAZIONE: PARLARE DI LUTTO PERINATALE

Intervista a Dacia Maraini

A cura di Rosa Revellino

Corpo felice. Storie di donne, rivoluzioni e un figlio che se ne va è l'ultimo libro di Dacia Maraini. Un figlio che muore a sette mesi.

La causa: in medicina si chiama "placenta previa".

«Io tenevo gli occhi chiusi e mi dicevo che se doveva andare via quel piccolo tesoro, che avevo coccolato e accarezzato per mesi, sarei andata via con lui. Se dobbiamo morire, moriamo insieme, diceva il mio corpo e si stringeva a quel bambino che avevo tanto desiderato e tanto amato prima ancora di conoscerlo. Mi hanno salvata, contro la mia volontà, e quello strappo non l'ho mai dimenticato.

Un senso di ingiustizia che ha dato linfa e spessore a tutte le altre ingiustizie che ho subito e che ho visto subire».

Così Dacia Maraini punta riflettori impietosi su un argomento ancora tabù, già trattato da lei anni fa in "Un clandestino a bordo", ma che ancora sembra far paura. Perché è difficile capire o perché è difficile ascoltare?

È un intreccio perverso tra identità e destino quello che racconta l'autrice e che nemmeno il mezzo letterario sembra riuscire a maneggiare con coraggio...



Uno dei temi centrali della sua produzione letteraria è senza dubbio l'identità: identità femminile, identità etica, identità sociale. Nel suo ultimo libro sembra esserci un elemento in più: il concetto di destino. È così?

L'identità è sempre molteplice: io sono italiana, ma anche europea, ma anche cittadina del mondo... Il destino invece è qualcosa che non riguarda le nostre scelte: una malattia, un incidente, una perdita sono prodotti dal destino e spesso non c'è niente da fare, se ►

non imparare ad affrontare con coraggio le disgrazie. L'identità ha molto a che vedere con la cultura, il destino no. Ma a volte si incrociano e la saggezza della persona umana sta nel sapere affrontare con dignità ciò che lo fa soffrire.



Uno psicanalista svizzero - Silvio Fanti - diceva che è sicuramente più facile non nascere che nascere. Arriviamo a uno dei temi cruciali della sua letteratura. Ci può dire qualcosa su questo?

Nessuno sceglie di nascere o non nascere. Non dipende da noi. Si può semmai scegliere di fare nascere o non fare nascere. Comunque certamente le società più consapevoli e più benestanti ci pensano due volte prima di mettere al mondo dei figli. Paradossalmente i poveri, che hanno più difficoltà a mantenere i propri figli, tendono a farne di più dei ricchi. Che sia una questione di egoismo sociale? Non lo so. Il discorso è complesso.



Arriviamo al nodo cruciale del dramma femminile: il lutto perinatale. Lei lo affronta in modo esplicito e mette spesso un accento forte sul così detto "potere medico". È così?

Nel mio caso non so dire se sia stato più il destino o l'incapacità dei medici. Molti medici mi hanno detto poi che in caso di placenta previa si deve praticare l'aborto. Invece mi hanno tenuta a letto per mesi aspettando che la cosa si risolvesse ed è stato un errore. In Italia comunque oggi ci sono troppi parti cesarei. Lo dicono le statistiche. E non è certo nell'interesse delle donne. Un cesareo forse rende di più in senso economico.





Che cosa si sa oggi di questo tema in Italia? Anche dal punto di vista della narrazione letteraria non è un argomento molto trattato. Come mai?

Non lo so. Forse un certo pudore. Bisogna ricordare che storicamente le donne sono sempre state accusate di tutto quello che avveniva nel loro corpo: di fare troppi figli o di non farli affatto, di fare troppe femmine e pochi maschi, di praticare l'aborto o di non praticarlo... Quindi credo che le donne per abitudine preferiscano tacere.



Nel suo libro lei racconta di una realtà immaginata fatta anche di un linguaggio privato, segreto e intimo. Come è nata questa idea narrativa?

È nata scrivendo. Molte invenzioni letterarie nascono dalla scrittura stessa. Non scelgo mai a priori. Parlare di un figlio fantasma mi ha portato a trovare un linguaggio più simbolico e lirico.



Cosa manca secondo lei oggi nel rapporto tra medico e paziente?

La pazienza e soprattutto l'ascolto. Ma non sempre naturalmente. Qualche medico attento e appassionato che non pensa solo a correre... si trova.

“VILLE AUGUSTA”

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: *Dott. Enzo Soldano*
Specialista in Neurologia

CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE
(D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)

“VILLE AUGUSTA” s.r.l.
10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15
Tel.: 011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264
e-mail: villeaugusta1@libero.it



LA PAROLA E (È) LA CURA

Il metodo sistemico-narrativo
nella comunicazione fra professionisti
e pazienti

**Ciclo di incontri di formazione in 6 giornate
Gennaio - Giugno 2019**

**Torino, Sala Consiglio Ordine dei Medici
Corso Francia, 8**

Destinatari: tutti i professionisti sanitari

L'incontro è organizzato dall'Istituto CHANGE di Torino, che da oltre 35 anni realizza in tutta Italia interventi di formazione alla comunicazione per i professionisti sanitari.

Obiettivi:

- Sviluppare una logica sistemica, che permetta al professionista di vedere il paziente nella complessità delle sue relazioni famigliari e con gli altri sistemi della cura
- Acquisire una maggiore consapevolezza degli aspetti personali e valoriali che ciascuno mette in gioco nell'intervento di cura.
- Apprendere ad utilizzare le tecniche di conduzione dei colloqui con il paziente e con i famigliari basati sul metodo sistemico-narrativo nei diversi momenti dell'intervento di cura.

Metodo:

Le giornate sono condotte con modalità interattive. Sono suddivise in aree tematiche, ciascuna delle quali prevede momenti di approfondimento teorico sui principi e i metodi

della conduzione del colloquio sistemico-narrativo, analisi di casi e situazioni presentate dai partecipanti, esercizi di comunicazione e role playing

Crediti ECM

Ogni giornata è accreditata con 5 crediti ECM per tutte le professioni sanitarie tramite l'acquisizione di testi in formato elettronico accreditato ECM come FAD (www.ebook-ecm.it) che approfondiscono i temi affrontati nella giornata. Il costo del testo è compreso nella quota di iscrizione

Quota di iscrizione

Per ogni giornata € 130

Per l'intero ciclo € 700

Coordinamento scientifico:

Silvana Quadrino, Istituto CHANGE Torino - cell. 335 266187

Iscrizioni

www.istitutochange.it

PROGRAMMA

Prima giornata 26 gennaio 2019 ore 9,30-18

Cosa racconta il paziente:

come utilizzare al meglio il racconto e le descrizioni del paziente

Docenti: Giorgio Bert, Silvana Quadrino

Seconda giornata 23 febbraio 2019 ore 9,30-18

Parole e cura Come imparare a fare cose (di cura) con le parole (del professionista e del paziente)

Docenti: Fabrizio Benedetti, Silvana Quadrino

Terza giornata 30 marzo 2019 ore 9,30-18

Le strade per decidere

Come funzionano i meccanismi decisionali (del professionista e del paziente), come affiancare i pazienti nel decidere con consapevolezza

Docenti: Vincenzo Crupi, Silvana Quadrino

Quarta giornata 20 aprile 2019 ore 9,30-18

Salute e malattia: questioni di famiglia

Le storie famigliari e la relazione fra professionista e famiglia nella costruzione dei percorsi di cura

Docenti Massimo Giuliani, Silvana Quadrino

Quinta giornata 18 maggio 2019 ore 9,30-18

È per il suo bene: indicazioni, prescrizioni, proposte di cambiamento: come favorire l'adesione alle proposte, come motivare il paziente

Docenti Giorgio Bert, Silvana Quadrino

Sesta giornata 15 giugno 2019 ore 9,30-18

Dolore, paura, rabbia, speranza, delusione:

il professionista sanitario e le emozioni del paziente e di chi gli è vicino

Docente Silvana Quadrino

TEST DI SCREENING E DI DIAGNOSI PRENATALE: NON SOLO ANOMALIE CROMOSOMICHE

5° CORSO A.O.G.O.I.

4° Turin IAN DONALD COURSE

Torino, 1-2 marzo 2019

Centro Congressi Torino Incontra

Via Nino Costa, 8 - Torino

PROGRAMMA SCIENTIFICO

VENERDÌ 1 MARZO 2019

8.30 Registrazione dei partecipanti

9.00 Saluto dei Direttori IAN DONALD SCHOOL

A. Kurjak, F. Chervenak, G. Monni, V. D'Addario, E. Viora

Introduzione al Corso - E. Viora, T. Todros

Moderatori: M. Campogrande, C. Benedetto, G. Gregori

09.15 Violence against healthcare professionals - F.Chervenak

09.45 La paralisi cerebrale: un problema sempre attuale - A.Kurjak

10.15 Quali nuove possibilità diagnostiche - A. Amoroso

10.45 - 11.15 Coffee-break

Test di screening: Quali patologie?

11.15 Il parto pretermine - G. Masuelli

11.45 La pre-eclampsia - F. Prefumo

12.15 Le infezioni: citomegalovirus ed altri - A. Sacchi

12.40 Discussione

13.00 - 14.00 Lunch

Moderatori: S. Danese, T. Todros, G. Menato

14.00 Le anomalie cromosomiche

- test di screening "tradizionali" - E. Muccinelli

- il test del DNA fetale - A. Zonta

15.00 Le anomalie strutturali

- l'ecografia di screening del I trimestre - A. Iuculano

- l'ecografia di screening del II trimestre - E. Viora

- l'ecografia del III trimestre - V. D'Addario

16.15 Discussione

16.30 - 17.00 *Coffee-break*

Organizzare lo screening

- 17.00 -18.30 Le esperienze di alcune Regioni italiane: quali patologie e come
- Piemonte - M.R. Giolito
 - Emilia- Romagna - T. Ghi
 - Toscana - E. Periti
 - Puglia - P. Volpe

18.30-19.00 Discussione e considerazioni conclusive sulla prima giornata

SABATO 2 MARZO 2019

Moderatori: G. Monni, V. D'Addario, B. Pasini

La diagnosi prenatale

- 08.30 Le anomalie cromosomiche: che cosa c'è di nuovo - E. Grosso
- 09.00 Le infezioni fetali - T. Lazzarotto
- 09.30 Training e preparazione degli operatori - G. Monni
- 10.00 Discussione

10.30 - 11.00 *Coffee break*

Problemi vecchi e nuovi

- 11.00 Un percorso particolare: Le gravidanze gemellari
- monitoraggio ecografico - S. Arduino
 - quando il percorso diventa complicato - M. Rustico
- 11.50 Un percorso non definito: Quali test prima della gravidanza? - F. Lalatta
- 12.20 Test di screening e di diagnosi prenatale: aspetti medico-legali - A. Sciarrone
- 12.50 Discussione
- 13.30 Conclusioni e chiusura dei lavori
- 14.00 Questionario di valutazione ECM online

Si ampliano sempre di più le possibilità di sospettare o diagnosticare in epoca prenatale patologie fetali e complicanze della gravidanza. Le offerte sono molte e le scelte che ne derivano sono talora complesse e inevitabilmente implicano aspetti etici.

È essenziale che noi operatori sanitari (medici ed ostetriche) non solo siamo aggiornati sulle novità ma anche sappiamo valutare in modo critico e costruttivo sia le novità sia ciò che consideriamo ormai consolidato.

Solo la condivisione del percorso con la donna/coppia attraverso il dialogo ed il confronto diretto possono portare ad una scelta il più possibile autonoma, consapevole e condivisa. Il corso ha lo scopo di fornire a medici ed ostetriche un aggiornamento sui test di screening e di diagnosi prenatale oggi disponibili che possa essere di ausilio nella pratica clinica.

DIRETTORI DEL CORSO A.O.G.O.I.

Elsa Viora - Torino

Tullia Todros - Torino

DIRETTORE DEL CORSO IAN DONALD

Elsa Viora - Torino

ECM

Il Corso è stato accreditato da A.O.G.O.I. nel Programma Nazionale ECM Age.Na.S. per le seguenti figure professionali: Medico Chirurgo (specialisti in Ginecologia e Ostetricia, Genetica Medica, Medicina Generale e Radiodiagnostica), Ostetrica/o
Sono stati assegnati n. 8,4 crediti ECM. Il Corso è stato accreditato per 200 partecipanti.

ISCRIZIONI

Modalità di iscrizione online sul sito: www.symposiacongressi.com sezione Eventi
L'iscrizione al Corso dà diritto a: partecipazione ai lavori, materiale didattico, coffee break e lunch come da programma.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Symposia Organizzazione Congressi Srl
Piazza Campetto, 2/8
16123 Genova
Tel: +39 010 255146 - Fax: +39 010 2770565
symposia@symposiacongressi.com - www.symposiacongressi.com



Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche

A.M.I.A.R. – TORINO

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott.ssa Tiziana Pedrali

Coordinatore scientifico: dott. Giovanni Battista Allais

Coordinatore didattico: dott. Giuseppe Lupi

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 nelle Medicine non Convenzionali**, possedendo i requisiti richiesti dalla Legge Regionale n° 13 del 25 giugno 2015.

La Scuola, attiva dal 1978, che da dicembre inizierà il suo 41° 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 di II livello con pari monte-ore.

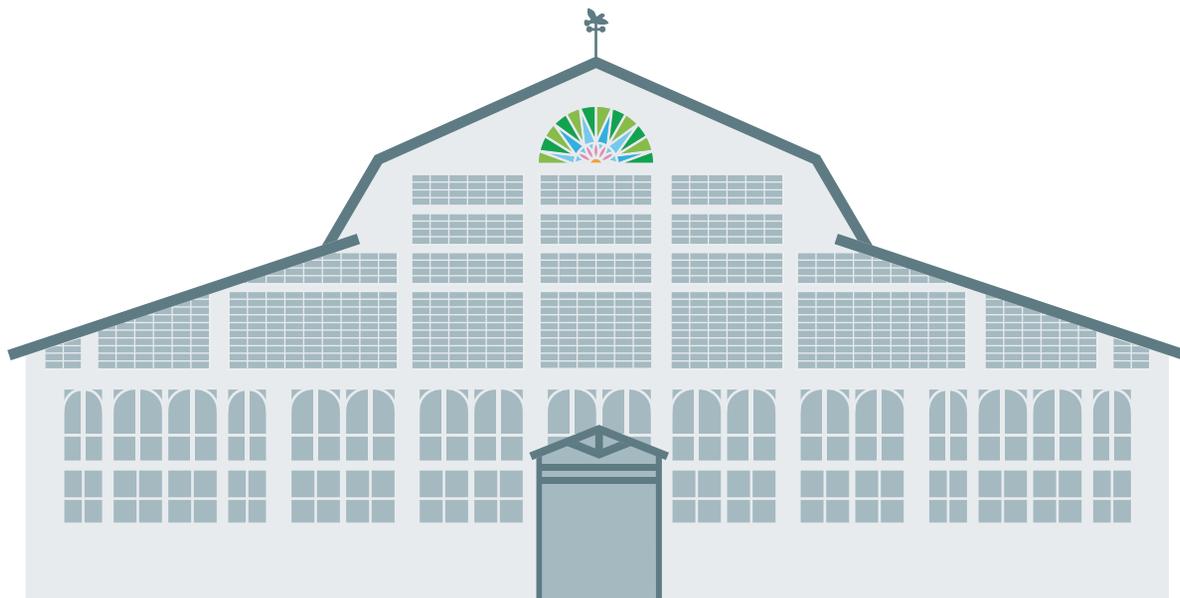
In virtù dell'accREDITAMENTO, gli iscritti avranno diritto a **4 crediti ECM per ogni mese** di frequenza ai corsi.

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 **5 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 Masters di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica.

Tutti i diplomati sono iscritti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A. (Federazione Italiana Società Agopuntura)**.

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **201 edizioni** di eventi ECM.



Il commiato ha trovato casa.

Presto Giubileo darà alle famiglie la possibilità di allestire la cerimonia funebre del proprio congiunto in un luogo accogliente, ampio ma intimamente raccolto, personalizzabile secondo ogni possibile esigenza.

Una vera e propria “Casa del Commiato”, pensata e progettata per garantire all’ultimo saluto il tempo e lo spazio che merita.

E per offrire a chiunque, indipendentemente dal culto o dalla filosofia di vita, un luogo d’incontro e di riflessione dove sentirsi uniti, protetti, vicini.

Insieme. A casa.

www.giubileo.com

FUNERAL HOME



GIUBILEO
Le cerimonie funebri dei Torinesi.

WE ARE ALL MADE OF WILD.



JEEP® COMPASS. BORN TO BE WILD.

TI ASPETTIAMO PER UN TEST DRIVE PERSONALIZZATO

Jeep®

THERE'S ONLY ONE

Gamma Compass: Consumo di carburante ciclo misto (l/100 km): 6.9 - 4.4; emissioni CO₂ (g/km): 160 - 117 con valori omologati determinati in base al ciclo NEDC di cui al Regolamento (UE) 692/2008. I valori sono indicati a fini comparativi e potrebbero non riflettere i valori effettivi.

Jeep, è un marchio registrato di FCA US LLC.

TI ASPETTIAMO NELLE NOSTRE NUOVE SEDI

SPAZIO

CONCESSIONARIA UFFICIALE JEEP

TORINO

Via Ala di Stura, 84 - Tel. 011 22 51 711
Corso Valdocco, 19 - Tel. 011 52 11 453

MONCALIERI

C.so Savona, 10 - Tel. 011 64 04 840
Seguici su:   www.jeep.spaziogroup.com