

La VOCE dei
PER I MEDICI

il tuo spazio libero

Ricuciamo lo strappo

Aggressioni a medici e infermieri

**Soltanto due anni fa
erano eroi...**

**Ritrovare l'armonia
per recuperare
il rapporto
medico-paziente.**

**L'incapacità
di accettare la morte.**



CULTURA è SALUTE

è anche su WhatsApp

Abbiamo aperto il nostro canale, perchè vogliamo darti la possibilità di rimanere sempre aggiornato sulle nostre iniziative, eventi e attività.

Scansiona il Qr Code, TI ASPETTIAMO!





Uno sguardo sulla professione lontani dai luoghi comuni

Permettetemi di esprimere una piccola soddisfazione per i contenuti di questo nuovo numero de' La Voce dei Medici, così ricco di contributi interessanti: dai temi che ruotano intorno alle **condizioni di salute delle donne**, passando attraverso la denatalità, l'aborto, l'esercizio della professione al femminile, a quelli sugli **ospedali che aprono le porte all'arte** con sorprendenti eccellenze nel sud Italia; dall'**arte accessibile ai non vedenti**, alle mostre che promuovono le **donazioni di sangue** fino ad articoli e pubblicazioni che tornano a sottolineare lo strettissimo rapporto tra le arti e il benessere ed altri ancora sugli sviluppi del nostro progetto - **Cultura è Salute** - che si avvia a mettere radici e trovare nuova linfa **in Romagna e in provincia di Roma**.

Questa testata, di cui oggi pubblichiamo il decimo numero cartaceo, è stata creata durante la pandemia e messa al servizio di quei **medici "eroi" che si facevano carico di una catastrofe improvvisa**, e assai poco conosciuta come il Covid e che in molti hanno trovato nella scrittura un supporto alle loro difficoltà contingenti.

In questi anni le "voci" si sono moltiplicate e dal covid, tema centrale dei primi numeri, si è passati a scrivere di argomenti i più svariati, con una particolare attenzione ai temi del rapporto tra cultura e salute che sta al centro delle iniziative che il Club porta avanti per sviluppare l'omonimo progetto.

Eppure **quei "medici eroi"**, che ancora oggi ci inviano i loro articoli, non solo non hanno visto realizzati i propositi di riforma del sistema territoriale della sanità, i cui limiti proprio la pandemia aveva evidenziato, ma **sono oggi oggetto di una rabbia generalizzata** per le inefficienze del sistema, per

le mancate risposte ai bisogni dei cittadini, che assume forme violente pretestuose, totalmente da condannare, ma che sono il sintomo di **qualcosa di più profondo che non può essere liquidato solo con risposte di protezione della categoria** che pure vanno sostenute. E di questo i medici sono consapevoli, sono loro stessi a mettersi e a mettere in discussione il sistema e a porre interrogativi, formulare proposte, suggerimenti ai decisori che oggi si trovano ad affrontare tale crisi.

La rubrica "Scrivi tu", proprio nei giorni più caldi delle violenze contro medici, infermieri e strutture pubbliche, è stata utilizzata da tanti professionisti per esprimere la loro opinione, restituendoci il profilo di una **categoria seria, responsabile, lontana dai tanti luoghi comuni che a ondate alternanti passano dall'esaltazione alla denigrazione, dall'essere pro all'essere contro, secondo uno schema di contrapposizione privo di profondità e conoscenza vera della realtà e quindi assolutamente incapace di toccare il cuore dei problemi**.

A cinque anni dalla pubblicazione della nuova testata quindi, possiamo dire di **aver vinto una scommessa affatto scontata** e cioè che i medici che entrano in contatto con il Club, apprezzano la possibilità di esprimere per iscritto il proprio pensiero, entrando in contatto con un'ampissima platea di colleghi che non solo ricevono a casa la rivista, ma in molti sul portale ne richiedono copia.

La Voce dei Medici vuole essere un'ulteriore dimostrazione della **fiducia che il Club ripone nei professionisti della cura**, nel loro ruolo sociale, etico, umano e culturale e che il progetto più qualificante dell'Associazione, **Cultura è Salute**, ambisce a valorizzare.

03

SOMMARIO

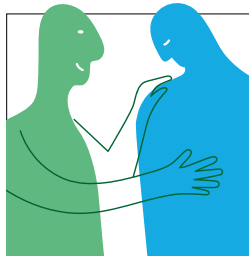
la voce dei medici | n. 3- 2024



6
Soltanto due anni fa
erano eroi...



10
Aggressioni
ai sanitari,
cosa dice la legge?



12
Ritrovare l'armonia
medico-paziente



14
L'incapacità
di accettare la
morte



16
Le donne
"subiscono"
due volte



30
"Epocal", l'arte
in ospedale
a Reggio Calabria



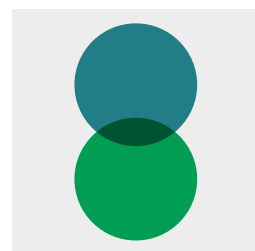
34
"Malakos", il mare
in una stanza



35
"Riscatti",
la mostra sull'HIV



36
Arte e fotografia
per l'inclusività



38
Da "Effetto
Michelangelo"
a "Effetto Dante"

Hanno collaborato a questo numero:

Ester Dominici, resp. Cultura e Formazione Club Medici

Eleonora Marini, giornalista professionista e resp. Ufficio Stampa Club Medici

Daniela Di Renzo, psicoterapeuta e cantautrice. Direttore scientifico dei corsi ECM Club Medici

Marianna Rillo, avvocato – ufficio legale “Club Medici”

Paola Virginia Gigliotti, medico, membro onorario per i programmi umanitari e sociali IFSC

Paolo Lippe, oncologo

Vittoria Becciu, dietologa

Gianluca Ferrario, coordinatore medico dei programmi di “Medici del mondo Italia”

Giuseppina Campisi, odontoiatra

Antonella Ciabattoni, segretario alla Presidenza AIRO, radioterapista oncologa

Simeone Carullo, referente per la comunicazione istituzionale G.O.M. Reggio Calabria

Laura Minguell Del Lungo, anestesista e scrittrice



© Tutti i contenuti di La Voce dei Medici sono protetti dalle normative sul Diritto d'Autore e sono coperti da copyright. È vietato riprodurre, anche parzialmente, i contenuti della rivista senza autorizzazione scritta dell'editore Club Medici Service s.r.l.



18

La campagna
“The unheard voice”



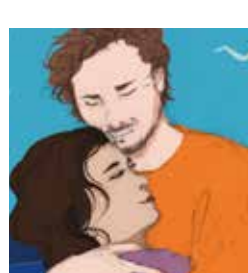
22

Ovaio policistico
e fertilità



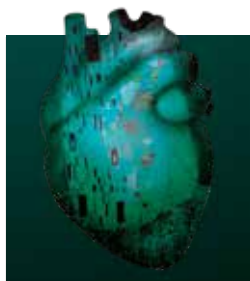
24

Ridurre i tempi
di cura per il tumore
al seno



26

La graphic novel
“Anna e Marco”



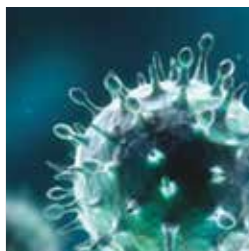
40

Due anni di
“Poetica”:
i contributi
degli allievi



44

Salute sessuale
maschile: ancora
troppi tabù!



48

Nasce
l'Osservatorio
Virus Respiratori



50

Il libro
“Oltre il presente”

La Voce dei Medici per i Medici

Anno 3 - n. 3 - 2024

Iscr. Tribunale di Roma n. 46/2021
del 11/03/2021

Periodicità: quadrimestrale

Abbonamento annuale euro 10,00

Editore Club Medici Service S.r.l.

Iscrizione al R.O.C. n. 30880

Via G. B. De Rossi, 26/28 – 00161 Roma

tel. 06 8607891 – fax 06 86201328

e-mail: ufficiostampa@clubmedici.com

orari apertura: 10:00-13:30 / 14:30-18:00

Redazione

Via G. B. De Rossi, 26/28 – 00161 Roma

tel. 06 8607891 – fax 06 86201328

Direttore Editoriale

Vincenzo Pezzuti

vpezzuti@clubmedici.com

Responsabile Editoriale

Ester Dominici

e.dominici@clubmedici.com

Direttore Responsabile

Eleonora Marini

eleonora.marini@clubmedici.com

Coordinamento

Ludovica Canu

ludovica.canu@clubmedici.com

Pubblicità

pubblicita@clubmedici.com

Stampa

POSTEL c/o Mediagraf S.p.A.

Tiratura 50.000 copie

Progetto grafico e impaginazione

Club Medici Service

SOLTANTO DUE ANNI FA ERANO EROI... TU CHE NE PENSI?

Eleonora Marini

Soltanto due anni fa erano "eroi", erano applauditi dai balconi di tutta Italia, erano ringraziati dalle istituzioni del Paese per il loro impegno nella durissima battaglia contro il Covid-19. Oggi medici ed infermieri sono troppo spesso "vittime" di aggressioni, minacce e violenze ingiustificate, perpetrate ogni giorno lungo le corsie degli ospedali. Dimenticati e abbandonati. "La voce dei medici" ha chiesto ai professionisti della sanità di esprimersi su questo preoccupante fenomeno e di raccontare se nella loro esperienza professionale si sono mai ritrovati in situazioni analoghe.



Fabio Balistreri

medico di medicina generale

"Sono un medico di famiglia di 67 anni, sono stato aggredito fisicamente almeno 4 volte con gente che ha addirittura scavalcato la finestra per entrare in ambulatorio; in quelle occasioni ho informato le istituzioni, che purtroppo non hanno fatto nulla, tantomeno hanno messo in sicurezza gli ambulatori dove lavoro. Le aggressioni verbali sono oramai episodi di routine quotidiana".



Giuseppe Varlaro

ortopedico

"Sulla questione della violenza sui medici credo di pensarla diversamente dai cori sentiti in questi giorni a difesa dei medici. Da tempo noi medici abbiamo perso molto in deontologia, proprio nel giuramento di Ippocrate che ora io chiamo di "Ipocrite". Abbiamo perso di vista il paziente, mettendo il danaro prima di tutto. Medici che non fanno le ricevute, arroganti, pieni di sé, hanno perso completamente la dignità che ha fatto perdere

il rispetto da parte dei pazienti e nei confronti dei pazienti stessi. Fermo restando che aggredire un medico è sempre sbagliato, senza se e senza ma".



Marco Iudica

neurologo

"Sono neurologo, psichiatra e psicoterapeuta da 40 anni. Esprimo la massima solidarietà ai colleghi aggrediti. Devo necessariamente sottolineare due punti: 1) se si pensa al numero di prestazioni che si effettuano ogni giorno tra PS e visite gli esecrandi casi segnalati sono una quantità minima; 2) in 40 anni di attività in prima linea non ho mai avuto atteggiamenti aggressivi da parte dei miei pazienti: bisogna recuperare quel rispetto verso il paziente che una volta si insegnava. Bisogna sempre pensare che non abbiamo di fronte un cuore o un polmone, ma un paziente con la sua rete di affetti, relazioni, aspettative. Capisco tutte le resistenze (siamo pochi, tempi stretti) ma lo dobbiamo sapere e purtroppo il burnout è dietro l'angolo e non c'è sempre molta attenzione da parte delle istituzioni a questo problema".



Francesca Spallarossa

medico di pronto soccorso

"Sono un medico di pronto soccorso e sono stata più volte minacciata verbalmente da

parenti di pazienti. Sono in causa con una parente che mi ha detto, l'anno scorso, "fanno bene quando le ammazzano" e si riferiva alle dottoresse donne. Sono schifata e preoccupata per questa modalità sempre più frequente di rapportarsi alla figura medica, ma anche a quella infermieristica ed anche agli OSS. Questa è la mia storia, ma è purtroppo simile a molte altre. È ora di dire BASTA!".



Paola Virginia Gigliotti

medico di medicina generale

"La centralità della scienza medica deve ritornare ad essere la persona che ha bisogno, nell'ordine, di Attenzione, Ascolto, Cura, Conforto se altro non si può dare. Che tristezza quando qualcuno mi dice di un collega "bravo ma anaffettivo". Il medico e il paziente devono volersi bene, altrimenti come si crea la fiducia? Come ci si sottopone a cure pesanti senza fiducia in chi le prescrive?".



Antonio Lombardo

urologo

"Il problema è legato in modo particolare alla cattiva immagine creata dalle associazioni legali che pubblicizzano il medico come l'unica causa del problema o del decesso dei pazienti. Veniamo dipinti come la causa del danno, anche quando il danno è legato a malattie gravi o - peggio - a incidente. Il tutto condito dalla esiguità del personale e dai carichi di lavoro impressionanti".



Antonello Porena

odontoiatra

"A mio avviso bisognerebbe ragguagliare la figura del sanitario a quella del pubblico ufficiale. Si dovrebbero anche applicare le stesse pene, che si erogano in caso di aggressione fisica o verbale (e relative lesioni) agli esponenti delle forze dell'ordine".





Olga Mitidieri Costanza
dirigente medico

“Da un lato i pazienti sono esasperati per i lunghi tempi di attesa per visite, accertamenti, diagnosi. Dall'altro i sanitari del servizio pubblico sono stressati per gli insostenibili carichi di lavoro, dovuti alla carenza di personale. Assumere personale giovane e motivato può essere una valida soluzione e una delle azioni da mettere in campo per aumentare l'empatia medico-paziente”.



Giovanni Silecchia
urologo

“Sono un dirigente Medico, urologo, di Andria. Per fortuna nessuno mi ha ancora messo le mani addosso, ma le minacce di denunce/querelle/esposti o il molto più popolare: "Chiamo i carabinieri!!!" sono all'ordine del giorno. In particolare ricordo con "affetto" un lunedì mattina in cui ero di turno per le sostituzioni dei tutori ureterali nei pazienti sottoposti a cistectomia radicale con confezionamento di ureterocutaneostomie bilaterali. Il paziente, una vecchia conoscenza, al termine della sostituzione mi dice che DEVO mettergli un filo di sutura intorno a ciascun tutore. Gli spiego che non occorre fermare i tutori con un filo di sutura perché 1) il filo di sutura serve per altro e l'Azienda e quindi noi tutti paghiamo quel filo di sutura affinché sia pronto uso e utile a suturare ferite; 2) i tutori ureterali sono automatici pertanto per definizione dallo stoma non si muovono salvo che il paziente non se lo tiri di proposito. A queste mie affermazioni il paziente inveisce con rabbiosa ferocia, intimando che lui è un contribuente che ha versato per più di 40 anni i contributi alla Stato e "pretende" che gli si debba mettere il filo di sutura, adducendo anche che "il paziente ha sempre ragione". Gli rispondo che sono un Pubblico Ufficiale Medico, che devo salvaguardare ed ottimizzare le risorse dello Stato cioè noi tutti, impiegandole nel miglior modo possibile nell' interesse dell'utenza tutta. Lui ribatte che, se la penso così, dovrei andarmene all' estero e non rimanere in Italia. Gli dico a mia volta che me ne andrei all'estero, se non avessi già una famiglia

quindi ahimè resto in Italia e finché resto difendo la "res publica" e pertanto non metterò il filo di sutura intorno ai tutori ureterali. Se ne va sproloquiando, sbattendo la porta ed urlando nel corridoio che mi avrebbe fatto un esposto, esposto che per fortuna non mi è mai giunto. Con questa breve storia triste, vi saluto e ringrazio per la voce concessaci”.

Rosanna Filiputti

medico di medicina generale



“Io non ho ricevuto violenze fisiche, ma la sensazione che quello che faccio per i pazienti non sia mai abbastanza è quotidiana ed è disarmante. Sto per andare in pensione perché a breve compio 70 anni, sono un medico di medicina generale, e posso dire che 30 anni fa la gente non si comportava così, c'era rispetto per il nostro lavoro, che non è per niente facile. Le violenze negli ospedali sono inaudite e siccome dipendono da un'esagerata richiesta da parte della popolazione vanno tenute sotto controllo dalle forze dell'ordine, al momento non vedo altre soluzioni”.

Rosa Maria Gaudio

medicina legale ospedaliera



“Il fenomeno della violenza contro gli operatori s'inserisce in un contesto nazionale di incapacità di risoluzione di una controversia altrimenti in modo aggressivo (ne è prova di eventi quotidiani) in cui si articolano molte variabili: incapacità di ascolto, incapacità espressiva, incapacità comunicativa, inidoneità ambientale, ineducazione civica, assenza dell'elemento di solidarietà sociale da parte degli utenti”.

Giulio Maria Pedone

oculista



“Dopo 48 anni di iscrizione all'ordine ed avendo ricoperto cariche apicali per un ventennio, posso dire che queste aggressioni - pur se iniziate con le gravi conseguenze della "riforma Bindi" ed alla successiva demolizione della medicina dell'emergenza dei primi anni 2000 - mi

sembrano dovute alla giusta (e secondo me irreversibile) caduta di fiducia nei confronti della classe medica conseguente al sostenimento acritico di comportamenti ideologici e per nulla scientifici nella farsa pandemica del 2020.

Essersi sdraiati ai desideri della politica propagati dagli ordini ed aver assunto il ruolo di fantocci del potere ideologico di élite economiche transnazionali, dimenticando nel contempo ogni nozione appresa nel corso di laurea e nell'esperienza clinica quotidiana, non poteva non avere conseguenze. E temo siamo solo all'inizio di una discesa difficilmente prevedibile perché questa stessa sfiducia ha già da tempo assunto dimensioni internazionali: negli Usa, da oltre un anno, i cittadini si rivolgono sempre meno ai loro medici curanti, lamentando sempre i comportamenti che essi hanno avuto e che, ovviamente, li sfiduciano a mettere ancora nelle loro mani la salute e la vita di chi dovrebbe sentirsi da loro protetto e curato.

Può non piacere se si è omologati al pensiero unico, ma la realtà è questa; inutile inventare altre giustificazioni fantasiose”.

Vittoria Becciu

dietologa



“Vi scrivo per unirmi a tutte quelle donne medico che giornalmente esercitano la loro professione con dedizione e tanta pazienza e non vengono rispettate sul lavoro e a tutti i colleghi che hanno perso la vita o deciso di non continuare a fare il medico a causa di una violenza fisica o di ripetute violenze verbali subite. Sono un medico, lavoro in ospedale. Ultimamente mi interessa in modo particolare di una incomprensibile violenza verbale e fisica che si riversa sui medici (e anche su di me in quanto tale) e della solitudine nella quale vengono lasciati coloro che la subiscono, anzi spesso soli e giudicati come se loro stessi possano essere colpevoli di qualcosa che possano aver detto o fatto per meritarsi tanta violenza che porta credetemi ad una sofferenza e ti cambia dentro”.



Paolo Lippe

oncologo

“Il motivo reale della violenza nei confronti del personale sanitario è che si è perso il senso della realtà in merito all'unica certezza della nostra vita che è LA MORTE. Questa non è più considerata un fatto naturale che riguarderà tutti noi, ma è divenuta un'INGIUSTIZIA CHE VIENE SUBITA SEMPRE PER COLPA DI QUALCUNO! E quale luogo appare più adatto per perpetrare quest'ingiustizia, questo crimine? Ma l'Ospedale ovviamente”.



Katia Bettiol

ex medico ospedaliero

“Purtroppo la situazione in cui versano i PS e comunque i Centri di assistenza SSN è frutto delle politiche miopi degli ultimi decenni: numero chiuso a medicina con limitazione del diritto alla scelta di studio sancito dalla costituzione e conseguente riduzione del numero dei professionisti sui territori e negli ospedali, taglio dei fondi alla sanità, privatizzazione dei servizi SSN, chiusura di ospedali, chiusure dei pronto soccorsi, riduzione dei posti letto e conseguente grave difficoltà nel gestire i bisogni dell'utenza. Serve dire altro?”.



Daniela Messineo

ex medico di pronto soccorso

“Non avrei mai immaginato di assistere a un tale squallore professionale. Purtroppo, mi rendo conto che la qualità dell'assistenza sanitaria stia declinando, e questo non solo danneggia chi si trova nel momento di maggiore vulnerabilità, ma offusca la dignità della nostra stessa professione. Basta anche solo porsi una semplice domanda: perché il paziente e i suoi familiari reagiscono ai soprusi in modo violento? Forse, se dobbiamo parlare di colpa, essa risiede sempre a metà strada, condivisa tra chi subisce e chi perpetra, in un sistema che troppo spesso dimentica l'umanità e il rispetto reciproco”.

AGGRESSIONI AI SANITARI, COSA DICE LA LEGGE?

Marianna Rillo

Il 2 ottobre 2024 è entrato in vigore il decreto legge n.137, finalizzato a contrastare il fenomeno sempre più crescente della violenza contro il personale sanitario e socio-sanitario. Il decreto è intervenuto in maniera strutturale, introducendo specifiche misure per garantire maggiore sicurezza sul luogo di lavoro, riconoscendo la necessità di proteggere in maniera più efficace i professionisti sanitari e le Strutture in cui operano, pubbliche o private, modificando sia il codice penale che quello di procedura penale.

Veniamo nello specifico alle novità introdotte con il decreto legge n.137/2024.

- L'art. 635 del codice penale, in aggiunta a quanto precedentemente disciplinato, prevede la reclusione **da uno a cinque anni e una multa fino a 10.000 euro** nel caso di distruzione, deterioramento in tutto o in parte o nel caso in cui si rendano inservibili cose destinate al servizio sanitario o socio-sanitario, e lo si faccia con violenza alle persone o con minaccia all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private. **La pena poi è aumentata se il fatto è commesso da più persone riunite.**

- Il codice di procedura penale invece all'art. 380 prevede che nel caso di lesioni personali al personale esercente una professione sanitaria o socio-sanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali, sia previsto **l'arresto obbligatorio in flagranza** come anche nell'ipotesi di dan-

neggiamento precedentemente analizzata, di cui all'art. 635 come modificato dal decreto.

- Mentre l'art. 382-bis prevede una ipotesi **di arresto in flagranza differita**, quando non è possibile procedere immediatamente all'arresto per ragioni di sicurezza o incolumità pubblica o individuale ovvero per ragioni inerenti alla regolare erogazione del servizio. Ma si considera comunque in stato di flagranza, ai sensi dell'articolo 382, quando sulla base di documentazione video-fotografica o di altra documentazione legittimamente ottenuta da dispositivi di comunicazione informatica o telematica, emerga inequivocabilmente il fatto, e soprattutto ne risulta chiaro l'autore, sempre che l'arresto sia compiuto non oltre il tempo necessario alla sua identificazione e, comunque, entro le quarantotto ore dal fatto.

Queste sono le modifiche introdotte dal decreto



legge n.137, ma corre l'obbligo, a completamento del quadro normativo, menzionare anche l'iniziativa del senatore Ignazio Zullo, capogruppo di Fratelli d'Italia in commissione Lavoro e Sanità, il quale in Senato ha presentato un disegno di legge per introdurre una sorta di **Daspo**, declinato in ambito sanitario, per chi aggredisce il personale sanitario o si rende autore di reati contro il patrimonio sanitario. La proposta prevede per gli aggressori la **sospensione per tre anni della gratuità di accesso alle cure** programmate e di elezione, escludendo chiaramente le prestazioni salvavita e quelle di salute collettiva. Le somme introitate dalle Aziende Sanitarie in applicazione del disegno di legge saranno iscritte in bilancio con vincolo di destinazione finalizzato al potenziamento delle misure di sicurezza negli ambienti sanitari.

Il Senatore, portavoce dell'iniziativa che potremmo

definire "proposta-provocazione", sostiene che per quanto siano previste severe pene di carattere penale, i tempi della giustizia spesso possono essere molto lunghi, con il rischio di vanificare il loro effetto deterrente.

Per questo motivo Zullo sostiene che sia necessario punire questi soggetti "toccando le loro tasche", un po' come si è fatto con la lotta contro la mafia. L'obiettivo è fare deterrenza.

Ovviamente le condotte alla base sono molto diverse tra loro, ma in entrambi i casi vi è la necessità di adottare misure veloci e soprattutto efficaci come quelle che nel caso della mafia hanno messo lo Stato nelle condizioni di aggredire i patrimoni.

Staremo a vedere se, "colpire le tasche" introducendo il Daspo, verrà considerata una misura idonea a fronteggiare il fenomeno delle aggressioni in sanità o meno.

RITROVARE L'ARMONIA PER RECUPERARE IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Paola Virginia Gigliotti

Un "Medico di strada". Sì, appartengo a questa categoria. Tre generazioni di medici alle spalle e padre dottore in agraria, quindi fortunatamente non "figlia di papà". Laurea a ventiquattro anni con lode e pubblicazione della tesi sperimentale, quindi lontana dall'idea romantica di "Sì la Scienza, ma ciò che conta è l'esperienza". **Insomma per me il medico è uno Scienziato Umanista.**

Per trentaquattro anni ho fatto il medico di famiglia a Perugia, non negandomi il privilegio di portare avanti anche studi scientifici, con la mente però sempre rivolta a ciò che è utile al paziente e non soltanto ai titoli personali. Sfinita dalla burocrazia e non certo dalle esigenze dei pazienti, sono fuggita dal sistema e continuo a fare il medico per strada, prevalentemente in una cittadina dell'Alto Adige, ma spesso in Umbria. Con il 118, per il bisogno in alcuni territori e per la mia passione per l'emergenza, almeno un'ora al giorno rispondo ai miei pazienti, curo chi mi chiama e studio perché **in medicina o sei dentro o è meglio starne fuori completamente.**

Queste brevi note private per invitarvi a leggere l'analisi del nostro momento, che vi propongo con grande preoccupazione, ma con un grande senso di dovere civico e morale, dettate dalla difficoltà personale di ignorare le sofferenze sociali e anche di uscire dall'essere figlia dei miei tempi (nata nel 1952), quindi incline alle battaglie. Riflessioni necessarie, dopo le parole preoccupate sui vaccini del Presidente della Repubblica. Dai mezzi d'informazione numerose situazioni allarmanti, apparentemente scollegate tra loro ma che necessariamente debbono essere analizzate e collegate per evitare che risultino come note disordinate di un pentagramma musicale illeggibile.

ALLARME VACCINI. Tanti genitori non vaccinano i figli. Potremmo dire "ignoranti" che vanno dietro a dicerie popolari. Attenzione! La maggioranza è di strati sociali abbienti e colti, per lo più seguaci di teorie naturalistiche estreme. Tanti adulti a rischio non fanno il vaccino antinfluenzale. Di quanti altri vaccini non vengono più fatti i richiami? Uno per tutti il tetano. Queste persone

sono prevalentemente ignare del rischio. Che rapporto hanno con il medico di famiglia?

ALLARME TERAPIE ANTITUMORALI. Si può morire senza sperare nelle statistiche di guarigione perché si pensa che la chemioterapia arricchisca le multinazionali del farmaco?

Di certo può accadere quando la ricerca scientifica

è lontana dal territorio, non in senso soltanto fisico. D'altra parte quanta gente non fa prevenzione? Fatalismo? In pochi casi. Mancanza di strutture facilmente accessibili per i tagli alla sanità? In molti casi. Sfiducia nella scienza? Direi quasi "anti-scienza" che mi suona come l'antipolitica, quindi neanche si ha voglia di parlarne.

NASCITE SICURE. L'Italia è un paese che ha una bassa incidenza di mortalità materno-fetale. Questo è frutto di una buona assistenza prima, durante e dopo il parto, data dall'interazione tra medico e ostetrica. Attualmente ci troviamo davanti ad un paradosso. Da una parte si giudicano pericolosi i reparti di ostetricia di piccoli ospedali e si chiudono, senza valutarne spesso l'eccellenza e soprattutto la posizione geografica. Sicuramente avremo parti in ambulanza. D'altra parte si tollerano e sostengono economicamente i parti a casa, si dice in situazioni non a rischio. Chi può dirlo con certezza nel nostro paese dove l'età delle primipare è alta, le donne immigrate hanno storie e documentazioni cliniche spesso confuse?

VISITE DOMICILIARI. È vero spesso andiamo a visitare a casa ragazzoni con un po' di febbre e mamme ansiose. L'ho fatto tante volte, magari portandomi nel marsupio il figlio neonato ed avendo io stessa la febbre. Ci ho riso sopra, dicendomi che è sempre importante conoscere il contesto di vita dei pazienti. Molti sostengono che è inutile e anacronistica la visita domiciliare. Oggi più che mai vale la pena farla, entrare il più possibile nella casa e nell'anima dei pazienti. Se il medico non risponde spesso si ricorre ai rimedi dell'anziana vicina.

CARENZA DI MEDICI. Al momento dell'introduzione dei test d'ingresso alla facoltà di medicina si parlava di numero programmato. Forse i conti sono stati sbagliati? I medici mancano e mancheranno sempre più. Quanti ragazzi motivati e preparati hanno cambiato strada perché non hanno superato i test? Quanti esami nel primo anno avrebbero veramente selezionato i migliori piuttosto

che i più inclini a prove stile Rischiatutto? Eppure i test sono lì, immutati, a sottrarre energie fisiche, mentali ed economiche a ragazzi e famiglie.

Se potessi fare una sintesi grafica di queste mie riflessioni, saprei come disegnare le linee di collegamento tra un paragrafo e l'altro. **Dal momento che ho iniziato a parlare di note musicali disordinate, direi che la prima parola da usare è Armonia.** Ritrovare l'Armonia persa tra noi medici, prima causa del bersagliamento legale a cui siamo sottoposti. Armonia con gli altri professionisti della medicina che devono essere valorizzati per le loro importanti competenze e non cercare di renderli "quasi medici". Armonia con i Pazienti. **La centralità della scienza medica deve ritornare ad essere la persona che ha bisogno, nell'ordine, di Attenzione, Ascolto, Cura, Conforto se altro non si può dare.** Che tristezza quando qualcuno mi dice di un collega "bravo ma anaffettivo".

Il medico e il paziente devono volersi bene, altrimenti come si crea la fiducia? Come ci si sottopone a cure pesanti senza fiducia in chi le prescrive?

Armonia anche politica. Giustamente il ministro Lorenzin ha detto che la Sanità deve essere uguale in tutte le regioni. Perché allora non aiutarla in questo compito dandole anche dalle regioni delle informazioni, che non siano solo economiche o di malasanità, ma che siano di studi locali tali che si possa parlare di Geopolitica Sanitaria? Si eviterebbero dispendiosi errori, spesso definiti razionalizzazione di spesa, che rischiano di creare pazienti di serie A o B, non per reddito ma per residenza. Armonia sociale, almeno rispetto al bene primario della Salute.

Se noi medici non riusciremo a far comprendere queste armonie, con uniformità di linguaggio tecnico e politico, di certo disorienteremo sempre più la popolazione che inevitabilmente cercherà altrove le sicurezze di cui ha bisogno e purtroppo già vediamo dove le sta trovando.

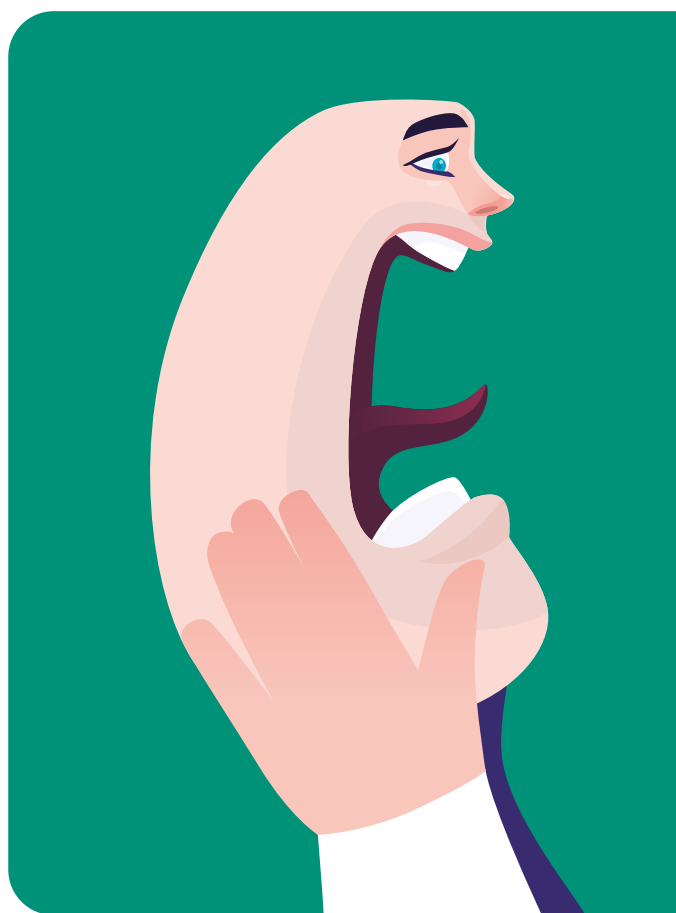
AGGRESSIONI AI MEDICI E L'INCAPACITÀ DI ACCETTARE LA MORTE

Paolo Lippe

Per mia fortuna non sono mai stato aggredito, anche se faccio l'oncologo dal 1992, anno in cui ho conosciuto il mitico Dott. Francesco Recchia all'Oncologia di Avezzano, che mi ha affascinato e condotto a fare il suo medesimo lavoro. Ho deciso comunque di scrivere qualcosa perché sono stato oggetto di due episodi minori di stalking da parte di pazienti, uno dei quali con minacce, per fortuna risolti con l'intervento di Polizia e Carabinieri dai quali ci sentiamo molto ben protetti. Tuttavia i recenti avvenimenti come quello di Foggia, che sono solo la punta dell'iceberg, mi preoccupano moltissimo.

Mi sento piuttosto sicuro nel mio ospedale di Fano e nel mio reparto oncologico, frequentato soprattutto da pazienti molto educati e ragionevoli; credo non sia solo un problema di ordine pubblico, anche se in ospedale dovrebbero esserci molti più controlli e invece entrano ed escono praticamente tutti; se qualcuno dunque volesse perpetrare un crimine all'interno di un ospedale, non troverebbe alcun ostacolo e questo in Italia accade ovunque.

Il motivo reale della violenza nei confronti del personale sanitario è che si è perso il senso della realtà in merito all'unica certezza della nostra vita che è LA MORTE. Questa non è più considerata un fatto naturale che riguarderà tutti noi, **ma è divenuta un'INGIUSTIZIA CHE VIENE SUBITA SEMPRE PER COLPA DI QUALCUNO.** E quale luogo appare più adatto per perpetrare quest'ingiustizia, questo crimine? Ma l'Ospedale ovviamente!



Nell'800 il medico era un eroe, che con pochi mezzi TENTAVA Di guarire o addirittura di salvare la vita ai malati o a chi subiva un grave incidente. Gli si poteva SOLO essere riconoscenti, sia che riuscisse

nel suo intento, sia che il malcapitato peggiorasse e morisse, proprio perché **la morte era considerata un evento del tutto normale e L'ECCEZIONE ERA SALVARE UN PAZIENTE**. Oggi al contrario, la SALUTE è diventata, per colpa di ciarlatani, pseudo-uomini di cultura e politicanti ipocriti, UN DIRITTO. E invece il cosiddetto "diritto alla salute"



altro non è se non un'invenzione dell'uomo stesso, perché nessuno ci ha dotato di questo diritto alla nascita. NESSUNO!

Il diritto alla cura è un'altra cosa, è legittimo appannaggio della NOSTRA CULTURA LATINA e del nostro efficientissimo SSN, e va difeso con qualsiasi mezzo, **ma la salute è esclusivamente una questione**

di fortuna e di vita sana, ma SOPRATTUTTO DI GENETICA!

E invece, secondo alcuni pochi (per fortuna), imbecilli, ignoranti, superficiali e incauti violenti per natura o professione, chi finisce in ospedale ha il diritto di guarire automaticamente, indipendentemente dalla gravità della prognosi; non solo: se questo non accade la colpa è sempre ed esclusivamente del personale sanitario che per questo va punito se non addirittura malmenato, o peggio, ucciso.

Una responsabilità enorme ce l'hanno i social e tutti i leoni da tastiera che con le stupidaggini che scrivono e riscrivono assurgono all'immeritato ruolo di detentori della verità senza possederne alcun requisito; un po' come è avvenuto durante la pandemia da covid-19 con eccessi verbali sia da una parte che dall'altra e la conseguente proliferazione del dannosissimo effetto NO-VAX.

Auguro a tutti i miei Colleghi medici e infermieri di non subire mai aggressioni e auspico una sensibilizzazione dell'opinione pubblica, ma soprattutto del governo, perché cerchi di arginare questo DEPRECABILE FENOMENO.

LE DONNE SUBISCONO “DUE VOLTE”

Vittoria Becciu

Voglio unirmi a tutte quelle donne medico che giornalmente esercitano la loro professione con dedizione e tanta pazienza e non vengono rispettate sul lavoro e a tutti i colleghi che hanno perso la vita o deciso di non continuare a fare il medico a causa di una violenza fisica o di ripetute violenze verbali subite.

Sono un medico, lavoro in ospedale. Ultimamente mi interesso in modo particolare di **un'incomprensibile violenza verbale e fisica che si riversa sui medici (e anche su di me in quanto tale) e della solitudine nella quale vengono lasciati coloro che la subiscono**, anzi spesso soli e giudicati come se loro stessi possano essere colpevoli di qualcosa che possano aver detto o fatto per meritarsi tanta violenza che **porta, credetemi, ad una sofferenza e ti cambia dentro**.

Oggi, sapendo quello che so, non farei mai più il medico: negli ultimi anni è diventato psicologicamente stressante perché molti pazienti sono diventati pretenziosi, arroganti e violenti, è difficile oggi instaurare un rapporto di fiducia medico-paziente anche con tutta la disponibilità e professionalità possibile. Si parla tanto (e giustamente) della violenza fisica (assurda) nei confronti dei medici, **ma ritengo che si mettano troppo da parte le ripetute violenze verbali e psicologiche ai quali i medici giornalmente sono sottoposti**. Le aggressioni verbali (e lo dico per esperienza) le umiliazioni, denigrazioni, insulti sono devastanti



quando ripetuti e questo io lo vivo nella mia esperienza di donna - medico.

Si parla mai del fatto che tutte queste violenze sono nella maggior parte dei casi verso i medici di sesso femminile? **Una donna medico deve subire doppiamente**.

Faccio un esempio: perché io devo essere chiamata “signora”, quando io in ospedale sono un “medico” e ho tutti i diritti di essere chiamata “dott.ssa”? Eppure è all'ordine del giorno che durante il



mio lavoro io e le mie colleghe veniamo chiamate genericamente "signore" e quasi mai "dottoresse", titolo che a quanto pare spetta solo agli uomini. E quando educatamente lo facciamo notare ai pazienti, il più delle volte si alterano e ci rispondono che è sbagliato "riprenderli".

Un paziente straniero una volta (avevo dovuto chiamare la vigilanza perché era diventato verbalmente molto aggressivo), arrabbiato, mi ha fatto presente che non mi avrebbe mai chiamata dott.ssa perché nel suo paese "una donna non fa il medico e tantomeno quindi veniva chiamata in

questo modo". Porto questo esempio solo perché tutte quelle violenze verbali pesanti sino alle violenze fisiche (sempre gravi) **hanno alla base una profonda mancanza di rispetto nei confronti della dignità di un essere umano** e a questo bisogna aggiungere una profonda mancanza di rispetto e di stima nei confronti del fatto che sei donna. Bisogna porre rimedio! Bisogna reagire con un muro di "NO" a questi atteggiamenti.

I medici sono lasciati soli. Se davvero si vuole fare qualcosa, allora si faccia!

“THE UNHEARD VOICE”: SPEGNIAMO L’ECOGRAFO, ASCOLTIAMO LE DONNE!

Intervista di [Eleonora Marini](#) a **Gianluca Ferrario**, coordinatore medico dei programmi di “Medici del mondo Italia”

Linguaggio denigratorio, obbligo di ascoltare il “battito del feto”, antidolorifici negati: per la prima volta l’associazione “Medici del Mondo”, grazie ad una speciale installazione, ha fatto ascoltare cosa realmente accade nelle strutture sanitarie e le voci finora inascoltate delle donne che vogliono interrompere una gravidanza in Italia e denuncia un attacco sistematico all’accesso all’aborto che, oltre a negare un diritto che dovrebbe essere garantito, può avere conseguenze, anche gravi, sulla salute mentale delle donne.

L’aborto dovrebbe essere un diritto per qualsiasi donna, ma ancora oggi il condizionale è d’obbligo. Tra obiettori di coscienza e difficoltà di accedere all’Ivg farmacologica, qual è la situazione in Italia?

L’interruzione volontaria di gravidanza (Ivg, n.d.r.) è un diritto previsto da una legge esistente dal 1978, la 194, e dovrebbe essere garantito in modo uniforme da tutte le regioni italiane. Ma ancora oggi molte non sono adempienti e dunque per moltissime donne l’ivg si rivela un percorso ad ostacoli, determinato da un insieme di fattori. Non c’è solo un motivo che la rende così difficile, il quadro è molto complesso. C’è una volontà politica di contrastare un diritto, che a livello regionale viene declinato con proposte di legge di matrice anti-abortista. Ci sono molti dati che confermano questo trend: **si parla di proposte di legge per assegnare una proprietà giuridica all’embrione o di fondi per il sostegno alla maternità, insomma si rema in direzione chiaramente opposta a tutte quelle donne che scelgono volontariamente**

d’interrompere una gravidanza. Tutto questo vuol dire negare alla donna un proprio diritto, anche attraverso pratiche terribili, come costringere la gestante ad ascoltare il “battito del feto”. Poi c’è il tema che riguarda la parte “tecnica” dell’ivg ovvero l’obbligo di attesa di 7 giorni tra il rilascio del certificato e lo svolgimento effettivo della procedura, che comporta un inutile allungamento dei tempi. Per non parlare degli obiettori di coscienza, che in Italia raggiungono percentuali del 60% tra i ginecologi, il 40% tra gli anestesisti e il 30% tra il resto del personale sanitario. In alcune regioni come Sicilia, Abruzzo e Molise la situazione è particolarmente difficile, esistono realtà dove i tassi degli obiettori di coscienza raggiungono anche il 100% dunque di fatto molte strutture negano alla donna questa possibilità. **L’OMS ha detto chiaramente che qualora la struttura sanitaria non riesca a garantire questo diritto e questo servizio alla donna, allora l’obiezione di coscienza diventa indifendibile.** Per quanto ognuno abbia il diritto di essere obiettore, la struttura dovrebbe comunque garantire la prestazione, anche attraverso la mobilità del personale. Ma questo non avviene dunque sono le donne ad



essere "mobili" ovvero costrette a percorrere anche centinaia di km prima di trovare strutture che le accolgano per un'ivg. Questo comporta un grande disagio economico, la necessità di assentarsi dal lavoro, l'impossibilità di badare (se ci sono) agli altri figli, senza contare i risvolti negativi sulla salute mentale di chi affronta questa odissea.

Alla luce di questa premessa, siete i promotori della campagna "The Unheard Voice" affinché la voce delle donne che vogliono abortire sia davvero ascoltata. Di cosa si tratta?

"**Medici nel mondo Italia**" in collaborazione con la giornalista, **Claudia Torrisi**, numerose ginecologhe, associazioni sul territorio come "**Non una di meno**", "**Obiezione respinta**", la psicoterapeuta e attivista Federica di Martino (@IVGstobenissimo) hanno promosso la campagna "**The Unheard Voice**" per far ascoltare **cosa realmente accade nelle strutture sanitarie** e le voci finora inascoltate delle donne che vogliono interrompere una gravidanza in Italia. Ringrazio a tal proposito le donne che hanno avuto il coraggio di testimoniare la loro esperienza drammatica: **grazie ad un'esperienza sonora immersiva**

all'interno di una speciale installazione - una teca trasparente con un piccolo ambulatorio ginecologico -, sono state riprodotte alcune delle frasi realmente pronunciate dal personale sanitario, come "Doveva pensarci prima!", "Ti sei divertita, ora paghi", "Deve sentire il battito del feto, è fondamentale!", "Siamo donne, dobbiamo soffrire". Si tratta di testimonianze reali di donne che, a fronte del proprio diritto di richiedere un'interruzione volontaria di gravidanza, **hanno subito abusi e violenze inaccettabili, da Nord a Sud della Penisola**, per il tentativo di dare una connotazione negativa al loro gesto ed essere caricate di sensi di colpa. **"Spegniamo l'ecografo, diamo voce alle donne"** è il leitmotiv di questa iniziativa; un'esperienza molto forte, che tocca le corde più profonde e sensibili di chi si mette all'ascolto.

L'aborto volontario è un evento carico di implicazioni emotive. La violenza psicologica di cui sono state vittime queste donne che tipo di conseguenze può avere sulla salute mentale?

Ai numerosi ostacoli che chi vuole abortire deve affrontare, **si somma un trauma emotivo del tutto inutile**. Secondo l'OMS una normativa restrittiva sull'aborto può causare **angoscia e stigmatizzazione** e rischia di costituire una **violazione dei diritti umani**, oltre a imporre oneri finanziari. Sulla stessa linea lo studio Turnaway - l'analisi sull'interruzione di gravidanza condotta da Advancing New Standards in Reproductive Health (ANSIRH) presso l'Università della California, San Francisco -, che dimostra che le donne che incontrano barriere, che ritardino o rendano più difficoltoso l'accesso alla IVG, presentano maggiormente **stress, ansia e depressione**. Le donne a cui è stata negata l'IVG, rispetto a quelle che hanno potuto abortire, hanno riportato anche **maggiori difficoltà economiche** e maggiore probabilità di vivere in stato di povertà, di rimanere legate a un partner violento o di crescere i figli da sole. Al contrario **le donne che hanno interrotto una gravidanza indesiderata non provano rimpianto, dolore né tantomeno disturbo da stress post-traumatico**: l'emozione più

comunemente provata è il sollievo, con ben il 99% delle donne che ha dichiarato che l'interruzione di gravidanza è stata la decisione giusta.

Da medico mi atterrisce molto sentire le testimonianze di donne vittime di violenza psicologica, in un momento così delicato della loro vita: non solo manca un percorso di accompagnamento, ma le donne vivono un vero e proprio trauma perché manca un orientamento scientifico che lasci la possibilità e la libertà di decidere serenamente. C'è ancora molta disinformazione, si parla di pillola abortiva come di un "veleno", si riscontra un atteggiamento del personale sanitario che molte volte è denigratorio, colpevolizzante, e questo è assolutamente deprecabile. In più molte testimonianze riportano la difficoltà all'accesso a terapie antidolorifiche rispetto all'igv, che sono invece una parte essenziale di questo percorso. A molte donne viene rifiutata la terapia antidolorifica per l'aberrante logica del "sei donna, devi soffrire". Questa è una terapia criminale, una lotta contro l'aborto che si gioca sul corpo delle donne.

Il nostro network di "Cultura è Salute" s'impegna a promuovere il rapporto empatico tra medico e paziente. Da questa intervista ci sembra di capire che in questo senso si deve ancora lavorare molto, Lei cosa auspica per il prossimo futuro?

Da medico penso che l'empatia dovrebbe essere alla base di qualsiasi rapporto tra un professionista della sanità e un paziente, in qualsiasi struttura sanitaria, ancor di più quando si affronta un percorso d'igv, che già a livello politico trova tanti ostacoli. **Vorrei porre l'accento anche sull'importanza del rispetto e del supporto psicologico a garanzia di quello che dovrebbe essere un diritto e in questo senso l'atto medico dovrebbe uscire dall'approccio ideologico, ma limitarsi ad essere tale, nel rispetto della persona che si affida ad un professionista**. Nelle testimonianze che abbiamo raccolto è molto toccante il fatto che venga raccontato di quante poche volte sia compiuto il "semplice" gesto di prendere la mano di una paziente per tranquillizzarla e spiegarle a cosa andrà incontro. Tutto que-

sto dovrebbe essere alla base di un rapporto medico-paziente sano, ben diverso dall'approccio freddo e ostile di cui siamo stati testimoni troppe volte.

ABORTO: QUALCHE NUMERO

L'aborto non sicuro è una delle principali cause di mortalità materna a livello internazionale.



121 milioni

di gravidanze indesiderate



60%

si conclude con un aborto



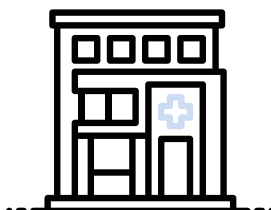
45%

degli aborti avviene
in condizioni non sicure



39.000

decessi all'anno*



7 milioni

di persone costrette
all'ospedalizzazione



20 milioni

non hanno accesso
all'aborto

*Dati OMS

OBIEZIONE DI COSCIENZA IN ITALIA: QUALCHE NUMERO

Secondo il Ministero della Salute, nel 2021 in Italia si è dichiarato obiettore



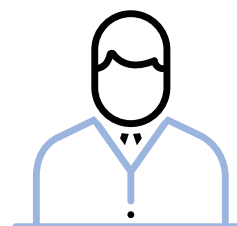
63,4%

dei ginecologi



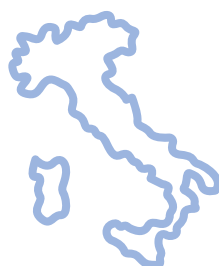
40%

degli anestesisti



32,8%

del personale non medico



85% dei ginecologi in Sicilia

84% dei ginecologi in Abruzzo

77,8% dei ginecologi in Molise

OVAIO POLICISTICO E FERTILITÀ

Tra presente e sfide future

Eleonora Marini

La Policistosi ovarica (PCOS), alla cui sensibilizzazione è dedicato il mese di settembre, è una patologia molto diffusa che colpisce dal 5 al 18% delle donne in età fertile. La società scientifica internazionale Egoi-Pcos, presieduta dal **professor Vittorio Unfer**, docente di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università UniCamillus di Roma, sta concentrando i propri sforzi su un aspetto cruciale di questa sindrome.

L'Egoi-Pcos sta lavorando per ridefinire e riclassificare la **Pcos come una Sindrome Endocrina Metabolica**, differenziandola dalla manifestazione Multifollicolare dell'Ovaio, che si presenta spesso nelle adolescenti e che di solito evolve fisiologicamente con l'età, che dalla forma multifollicolare non iperandrogenetica. Questa nuova classificazione, che rappresenta un superamento della mai obsoleta classificazione Eshre, non deve essere vista solo come uno strumento didattico, **ma come la base per sviluppare un percorso terapeutico personalizzato per le pazienti, che comprenda modifiche nello stile di vita e nelle abitudini alimentari, e favorisca la scelta di terapie adeguate, siano esse farmacologiche o non farmacologiche.**

Un punto di attenzione per l'Egoi-Pcos è l'uso della pillola contraccettiva, trattamento ritenuto erroneamente come gold standard della patologia ma che, parlando di Sindrome Endocrina Metabolica, si può facilmente comprendere come può causa-

re effetti indesiderati significativi come alterazione del peso corporeo e disturbi cardiovascolari, a cui queste pazienti sono già predisposte. Inoltre, considerando che l'insulino-resistenza è spesso alla base della Pcos, **l'uso di insulino-sensibilizzanti, come il mio-inositolo, è considerato particolarmente utile.** Per le donne sovrappeso e/o obese, l'associazione di mio-inositolo e D-chiro-inositolo nel rapporto fisiologico 40:1 è preferibile, mentre il D-chiro-inositolo da solo può aumentare i livelli di ormoni maschili, aggravando i sintomi androgenici.

La speranza è che ci si diriga verso un nuovo capitolo della storia della policistosi ovarica, in cui s'impari a fare una diagnosi chiara della patologia, cui deve seguire una terapia pensata e consigliata in base alla tipologia di paziente a cui viene fornita, perché non tutte le PCOS sono uguali. È fondamentale che la consapevolezza sulla Sindrome dell'Ovaio Policistico compia un ulteriore passo avanti. I medici sono chiamati a guidare la lotta contro questa patologia con un approccio multidisciplinare e innovativo.



*“Secondo le stime dell’Istituto Superiore di Sanità, in Italia circa il 15% delle coppie è infertile e questa condizione può dipendere in egual misura sia dalla donna che dall’uomo. Non esistono in Italia dati specifici sulla prevalenza di questo fenomeno – afferma il **Professor Pasquale Bilotta**, direttore del Centro Fecondazione Assistita “Alma Res” di Roma – Generalmente si parla di infertilità di coppia in caso di mancato raggiungimento della gravidanza dopo un anno di rapporti sessuali regolari e non protetti. Tra le cause primarie vi è senz’altro il fattore età – dai 40 anni in poi la percentuale di fertilità media è il 20% rispetto a quella riscontrata a 25 anni – ma anche abitudini non sane, come fumo, consumo di alcol oppure condizioni psicologiche limitanti, quali ansia e stress da ritmi di vita/lavoro troppo frenetici. Spesso, comunque, parliamo di patologie prevenibili facilmente curabili, per questo è molto importante una corretta informazione. Non esiste un percorso universalmente valido per tutte le coppie: l’obiettivo primario di noi medici è ricercare approcci personalizzati, basati su caratteristiche genetiche e biologiche individuali. Non solo: puntiamo al miglioramento delle tecniche di congelamento e scongelamento di ovociti ed embrioni e investiamo nello sviluppo di nuove metodologie per la diagnosi precoce di malattie genetiche rare”.*

RIDURRE I TEMPI DI CURA PER IL TUMORE AL SENO È POSSIBILE?

Antonella Ciabattoni

Risponde **Antonella Ciabattoni**, segretario alla Presidenza AIRO, radioterapista oncologo dell'Ospedale San Filippo Neri, ASL Roma 1.

Durante l'ultimo Congresso ESMO quali sono state le novità che riguardano il tumore al seno e la radioterapia?

Durante l'ultimo Congresso ESMO (Società Europea di Oncologia Medica) sono stati presentati i risultati di un importante studio francese (HypoG-01) su oltre 1000 donne con tumore al seno, ribadendo il ruolo cruciale della radioterapia. Lo studio ha confermato l'efficacia di un approccio radioterapico più breve, chiamato "blando ipofrazionamento" (15 sedute) che prevede trattamenti con durata ridotta. Questo nuovo regime si è dimostrato sicuro, con risultati simili ai trattamenti di durata tradizionale (25 + altre eventuali 5 sedute) e non ha aumentato il rischio di linfedema del braccio, uno degli effetti collaterali più temuti dalle pazienti.

Come mai è tanto temuto il linfedema?

Per linfedema si intende il gonfiore e aumento di volume del braccio dalla parte della mammella operata, che si manifesta circa in 2 donne su 10 dopo chirurgia e radioterapia dei linfonodi. Questo effetto provoca un risultato estetico e funzionale molto negativo e, una volta che si verifica, non è mai completamente reversibile. Si temeva che il



Qualche dato

Con oltre 56mila nuove diagnosi registrate nel 2023, il cancro al seno si è confermato il tumore femminile più frequente in Italia, rappresentando quasi il 30% di tutte le neoplasie nelle donne e, purtroppo, la prima causa di morte nella fascia d'età compresa tra i 35 e i 50 anni. Grazie ai progressi diagnostici e al crescente interesse attivo delle donne, oggi la maggior parte dei cancri viene scoperta nella fase iniziale, quando il trattamento chirurgico è meno invasivo e le terapie più efficaci, a tal punto da parlare sempre più di guaribilità. Questo ha portato a un tasso di sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di oltre l'85%. Il tumore al seno è uno dei tre tumori per cui il calo della mortalità è stato più evidente negli ultimi decenni (insieme ai tumori dello stomaco e del colon-retto), con circa un milione di donne viventi in Italia dopo diagnosi e terapie. Parallelamente l'approccio alla cura è in continua evoluzione, diventando sempre più mirato e personalizzato, con trattamenti appropriati in base alle caratteristiche biomolecolari del tumore della paziente: una presa in carico multi-interdisciplinare con una maggiore attenzione alla qualità della vita.



blando ipofrazionamento, che aumenta lievemente la dose per seduta, potesse peggiorare il rischio di questo importante effetto collaterale. Lo studio in oggetto ha dimostrato che, in un arco di tempo di quasi 5 anni, questo rischio non è aumentato.

Perché questo approccio alla radioterapia è così interessante?

L'aspetto innovativo della radioterapia ipofrazionata è nella sua capacità di ridurre il numero totale di sedute, senza comprometterne l'efficacia. **Questo permette alle pazienti di completare il ciclo di cure più rapidamente e di tornare più velocemente alla loro vita normale, limitando gli effetti collaterali e migliorando il benessere generale, con un impatto decisamente più positivo sulla qualità della vita.** Inoltre questo approccio permette una buona integrazione della radioterapia con altre terapie sistemiche, come la chemioterapia e migliora l'accesso al trattamento per un numero maggiore di pazienti. Per questo motivo ci stiamo orientando verso regimi di trattamento sempre più brevi, fino a sole 5 frazioni: in altre parole, stessa efficacia in meno tempo e con minor disagio per le donne con tumore al seno.

“ANNA E MARCO”

la graphic novel per i pazienti oncologici

*Intervista di Eleonora Marini a **Giuseppina Campisi**, Odontoiatra presso il Policlinico di Palermo, Professoressa presso "Università degli Studi di Palermo", Consigliere Nazionale presso SIPMO - Società Italiana di Patologia e Medicina Orale.*

Si chiama "Anna e Marco" la graphic novel che racconta il vissuto delle pazienti oncolog Policlinico di Palermo. Un'idea innovativa e con una finalità molto precisa: quale?

La graphic novel "Anna e Marco" utilizza il linguaggio visivo e narrativo per trattare temi medici complessi in modo diretto, accessibile e coinvolgente. L'obiettivo è raccontare l'esperienza dei pazienti, in particolare delle donne con malattia oncologica, con un focus sui temi legati alla diagnosi e cura del cancro, e ai percorsi di prevenzione delle possibili reazioni avverse del cavo orale da farmaci. La storia è ambientata al Policlinico "P. Giaccone", esemplificativa della real life del paziente e dei sanitari coinvolti, mira a sensibilizzare il pubblico, in particolare su temi legati al percorso oncologico, rendendo più comprensibile e umano il vissuto delle pazienti.

Il fumetto è anche un supporto emotivo e psicologico perché, attraverso i protagonisti, Anna e Marco, la graphic novel vuole offrire un sostegno emotivo, mostrando che le difficoltà legate alla malattia non sono vissute in solitudine, ma possono essere condivise, facilitando l'elaborazione del dolore e della paura. Il nostro intervento mira a rendere la comunicazione accessibile attraverso

il linguaggio visivo ed efficace per spiegare concetti medici complessi, rendendoli più accessibili a un vasto pubblico, incluse persone non esperte di oncologia. L'opera contribuisce anche a ridurre lo stigma sociale associato al cancro, promuovendo la comprensione e l'empatia. "Anna e Marco" vuole anche informare su aspetti pratici della malattia, dal punto di vista medico e umano, educando il pubblico a un approccio più consapevole nei confronti della prevenzione, delle cure e del sostegno ai malati.

Il fumetto vede la collaborazione di diverse professioniste: ci racconta come avete intrecciato le diverse esperienze e come avete sviluppato il progetto?

Il progetto della graphic novel "Anna e Marco" è nato nel contesto dell'Università di Palermo, dove si stava già sviluppando la graphic medicine, applicata alla Medicina e Oncologia orale per aiutare i pazienti ad affrontare la biopsia orale. Ad occuparsene Monica Bazzano, psicoterapeuta e dottoranda UNIPA, e Giuseppina Campisi, professore ordinario di Malattie Odontostomatologiche e Resp. dell'Unità di Medicina orale del Policlinico di Palermo. Per "Anna e Marco" ci si è avvalsi, in multidisciplinarietà, della consulenza clinico-scien-



ULTATI
TIGRAFIA



ANNA
e MARCO



tifica di Maria Rosaria Valerio, prof. Associato di Oncologia medica e dell'expertise grafica della giovane illustratrice Sofia Sanfilippo, che ha dato vita al fumetto. Il core-message clinico è il percorso diagnostico-terapeutico del cancro alla mammella e della prevenzione dell'osteonecrosi delle ossa mascellari, privilegiando la comunicazione medico-paziente, rendendola più accessibile, specialmente di fronte a situazioni delicate come il cancro. L'integrazione delle diverse competenze è stata cruciale per intrecciare l'aspetto psicologico, medico e artistico. La Dr.ssa Bazzano ha fornito il supporto psicologico, concentrandosi sulle dinamiche emotive delle pazienti, mentre le professoressse Campisi e Valerio hanno contribuito con la loro esperienza nella gestione e ottimizzazione dei percorsi di cura. Sofia Sanfilippo, studentessa all'accademia di belle arti di Palermo, ha realizzato "fumetto e illustrazione" traducendo queste esperienze vere in immagini, con il risultato di un'opera visiva capace di trasmettere le emozioni e le sfide legate alla malattia in modo empatico e coinvolgente. Questo strumento vuol promuovere un dialogo più aperto tra pazienti e medici, contribuendo al miglioramento dell'assistenza e del supporto emotivo durante il trattamento.

La graphic novel non si limita alla descrizione delle procedure mediche, ma ha il chiaro intento di porre l'accento sul benessere (anche) psicologico dei pazienti. Nella realtà ritiene che l'approccio dei medici con i pazienti sia sufficientemente empatico? Se sì, quanto può migliorare la risposta alle terapie e soprattutto lo stato d'animo di chi affronta un percorso di malattia?

La graphic novel "Anna e Marco" pone l'accento non solo sulle procedure mediche, ma anche sul benessere psicologico dei pazienti, evidenziando quanto sia fondamentale un approccio empatico nel rapporto medico-paziente. Nella realtà, sebbene ci siano numerosi medici che dimostrano una grande sensibilità e attenzione verso il benessere emotivo dei pazienti, non sempre questo approccio è uniforme. Molto dipende dalle singole esperienze e dall'ambiente di cura. **L'alleanza terapeutica è un ele-**



mento chiave che può influenzare notevolmente la risposta alle terapie e lo stato d'animo dei pazienti, perché sentirsi ascoltati e compresi riduce lo stress, l'ansia e la sensazione di isolamento che spesso accompagnano una diagnosi di malattia grave. In verità, un vero ed efficiente approccio empatico è sicuramente più appannaggio dello psicologo, grazie alle skills sviluppate durante il suo percorso formativo; il medico e l'odontoiatra devono, comunque, avere l'obiettivo di una reale relazione bidirezionale, fatta di buona comunicazione e di ascolto attivo, affinché si migliori il coinvolgimento del paziente nel proprio percorso di cura, aumentando la fiducia nelle cure proposte e, di conseguenza, migliorando l'aderenza alle terapie. Infatti, il paziente che si sente sostenuto emotivamente affronta con maggiore serenità il percorso di malattia, con effetti positivi anche sulla sua qualità della vita. In questo contesto, il supporto dei caregiver svolge un ruolo cruciale. E' noto che coinvolgere attivamente chi assiste il paziente, sia dal punto di vista fisico sia emotivo, contribuisce a un empowerment del paziente



stesso.

L'empowerment serve, infatti, al paziente per sentirsi protagonista del proprio percorso di cura, e il sostegno dei caregiver diventa fondamentale per offrire quel supporto continuo che va oltre le sole cure mediche. Un paziente sostenuto, sia dai medici sia dai caregiver, è più motivato a partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la propria salute, affrontando la malattia con maggiore fiducia e resilienza.

Il nostro Portale di "Cultura è Salute" ha raccolto in questi anni molte testimonianze di "medicina narrativa". A che punto siamo da un punto di vista pratico? A suo avviso viene sufficientemente utilizzata a supporto delle più tradizionali terapie?

La graphic novel come evoluzione figurativa della narrazione trova un parallelo affascinante con l'approccio di Rita Charon negli studi sui pazienti. La Charon, pioniera della medicina narrativa, ha evidenziato come la narrazione sia un potente strumento di cura, capace di dare voce all'esperienza soggettiva del paziente, integrando l'aspetto umano nella pratica medica. La graphic novel, con il suo intreccio di immagini e parole, rappre-

senta un'evoluzione naturale e innovativa di questa narrazione, offrendo nuove possibilità espressive per raccontare le storie di malattia, guarigione e sofferenza. **Come la medicina narrativa mira a cogliere la complessità emotiva e personale del paziente, la graphic novel utilizza l'arte visiva per arricchire il racconto, aggiungendo dimensioni di empatia, interpretazione e immediatezza che il testo da solo non può trasmettere.** Questo metodo si dimostra particolarmente efficace per narrazioni mediche, dove le esperienze di salute e malattia possono essere difficili da esprimere a parole. In tale contesto, la graphic novel si distingue come un mezzo innovativo nella medicina narrativa, capace di rendere visibile l'invisibile, di dare forma e colore a emozioni, sintomi e riflessioni che potrebbero rimanere inesprese attraverso altri mezzi. Tale approccio arricchisce il dialogo tra medico e paziente, stimolando una comprensione più profonda e sfumata delle esperienze cliniche. Nonostante la graphic novel stia emergendo come un mezzo innovativo nella comunicazione sanitaria, la medicina narrativa tradizionale, basata sul racconto orale o scritto, non è stata del tutto sostituita. Essa, nella sua forma classica, resta uno strumento insostituibile per molte ragioni. In primo luogo, la narrazione scritta o orale offre uno spazio intimo e riflessivo in cui il paziente e il medico possono costruire una relazione basata sulla parola, sull'ascolto profondo e sull'interpretazione reciproca. Il racconto personale, che Rita Charon e altri studiosi della medicina narrativa hanno promosso, permette al paziente di articolare le sue esperienze con il linguaggio che sente più vicino alla sua realtà, mentre il medico ha l'opportunità di comprendere la malattia non solo attraverso i sintomi, ma anche attraverso il vissuto del paziente. La capacità di ascoltare e comprendere le storie di vita dei pazienti rimane centrale per il processo diagnostico e terapeutico. Abbiamo scelto di inserire la graphic novel come efficace strumento per illustrare concetti complessi e rendere visibili dinamiche emozionali o fisiche difficili da descrivere, ma siamo consapevoli che la medicina narrativa tradizionale continua ad avere un valore insostituibile nella comunicazione sanitaria.

“EPOCAL”

l'arte in ospedale al G.O.M. di Reggio Calabria

*Intervista di Eleonora Marini al **dott. Simeone Carullo**, referente per la comunicazione istituzionale, responsabile delle attività amministrative dei progetti “Epocal” e “Epocal 2” e delle attività di comunicazione ad essi connessi.*

Dopo il grande successo di “Epocal 1”, la direzione dell’Ospedale Morelli ha voluto rilanciare l’iniziativa estendendola anche alla fotografia, “Epocal 2”. Iniziamo da una panoramica di queste due rassegne?

Si tratta di due mostre estremamente suggestive, situate nei locali del presidio ospedaliero “Morelli”, che è uno dei due presidi del “Grande Ospedale Metropolitan” di Reggio Calabria, il più nuovo. È fondamentale sottolineare in questa sede come entrambe le gallerie occupino i corridoi nei quali si trovano i reparti oncologici (Ematologia, Centro Trapianti Midollo Osseo). La mostra “Epocal I” è stata curata dal professore Carmelo Cotroneo, che ha anche donato una sua opera. Il progetto curatoriale di “Epocal II” è, invece, della dott.ssa Roberta Cuzzola, una giovane artista reggina che si è formata a Brera. Ovviamente, per la buona riuscita dei progetti è stato fondamentale il supporto fattivo del Direttore Amministrativo del G.O.M., dott. Francesco Araniti.

Le iniziative hanno ricevuto il contributo gratuito di moltissimi artisti, locali e non, professionisti e non, italiani e stranieri, e presentano opere estremamente moderne, dal grande impatto visivo, dove dominano colori accesi, tratti forti, sensazioni immediate ed al contempo indefinite, talune sono sgargianti e leggere, altre - più impegnative - invitano alla riflessione sulle più grandi tematiche

dell’esistenza: la vita, l’amore, la speranza, la guerra, la malattia, il sacro, la spiritualità, l’arte stessa. Ecco, EPOCAL è stato ed è questo: un formidabile spazio artistico (fisico e spirituale) situato dentro un ospedale. Dall’humus delle opere scaturisce un percorso evocativo di atmosfere, costumi, ambienti dove il richiamo ancestrale della natura si sposa, in un connubio dialettico e profondo, con gli aspetti sacri e profani della contemporaneità. Non solo: tutte le opere, alcune delle quali sono state stimate di un certo valore economico da un professionista del settore, sono state inserite nel patrimonio complessivo dell’Ospedale.

Com’è nata la decisione di proporre una mostra permanente all’interno dell’ospedale?

L’idea della prima mostra è stata dell’allora Commissario Straordinario del G.O.M., ing. Iole Fantozzi, la quale ha preso spunto dalla grande generosità manifestata nei confronti del G.O.M. durante la prima ondata della pandemia da COVID sia dalle associazioni che dai privati cittadini. L’idea era di convertire questa generosità in un segno tangibile, permanente, che avesse respiro culturale, quindi non meramente materiale. Abbiamo così lanciato il progetto denominato, appunto, EPOCAL – Arte in Ospedale, con diverse finalità: **migliorare l’estetica e la qualità degli spazi ospedalieri; valorizzare l’elemento culturale all’interno degli ambienti sanitari e promuovere la cura dell’individuo nella**



sua interezza: corpo e anima, cuore e mente, nell'ottica di un trattamento olistico che pone sullo stesso piano gli aspetti fisici, mentali, emotivi e spirituali della persona. Il progetto era finalizzato all'umanizzazione dei luoghi di cura (secondo il protocollo per gli Istituti di Ricerca - IRCCS) ed al miglioramento della qualità della vita dei degenti consci degli influssi mitigatori e catartici di cui è portatrice la bellezza sull'animo umano, e nella convinzione che l'arte e la cultura rivestano un ruolo centrale sia per la crescita individuale sia per il successo stesso dei percorsi clinici. "Arte in Ospedale" è anche il tentativo di ricostruire, attraverso le opere che tanti artisti hanno donato con generoso slancio, la dignità di un luogo per sua natura carico di pathos che, nella



nostra realtà, ha subito ulteriormente il peso di condizioni avverse che hanno alimentato il senso di sfiducia.

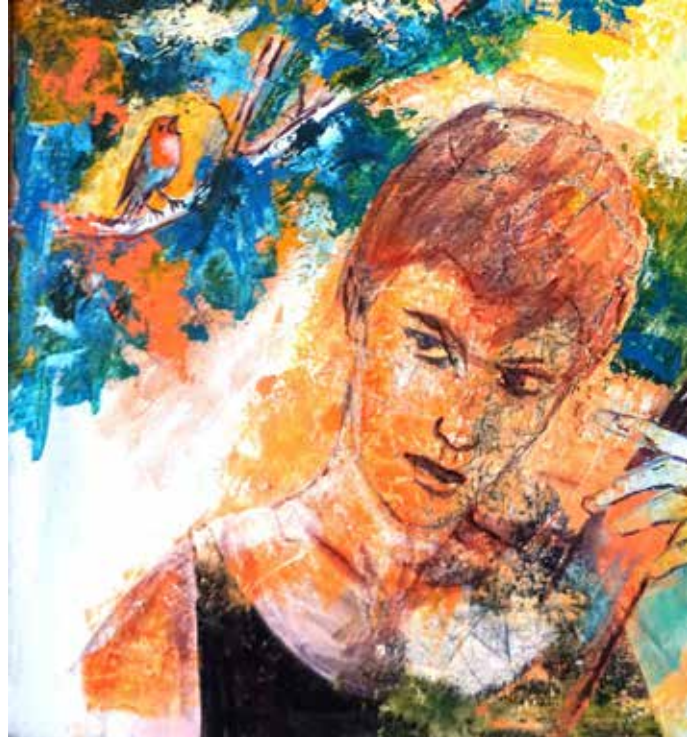
La sinergia tra artisti e personale ospedaliero rappresenta certamente uno dei punti cardine di questa iniziativa. Perché secondo lei è così importante il connubio tra cultura e scienza?

Non solo tra gli artisti e noi dipendenti dell'Ospedale che abbiamo lavorato al progetto - convogliando la loro generosità in un

unico spazio - ma anche tra artisti e pazienti, nel senso che gli artisti hanno voluto donare qualcosa di proprio, che è anche qualcosa di bello, agli ambienti ospedalieri e quindi, per traslato, ai pazienti. Ci sono opere che parlano direttamente a loro: una, in particolare, racconta il percorso di guarigione dal cancro, il che è molto significativo, altre alludono al disagio psichico, che è uno dei grandi mostri del nostro tempo. **Il connubio tra cultura e scienza è importante perché l'una è espressione dell'altra.** La Scienza moderna nasce dagli ambienti culturali più fervidi, i più grandi scienziati del passato erano soprattutto filosofi, pensatori, letterati, o anche artisti. Senza i quesiti sull'Essere non ci sarebbero stati quelli sulla Natura o sulla Vita, o sulla natura della Vita. Non mi spingo indietro fino all'epoca classica, ovvero alla data di nascita della Scienza e la Filosofia (almeno occidentale), ma lo stesso Galileo, considerato come il padre della Scienza moderna, è stato un pensatore e un letterato. E Leonardo da Vinci, molto prima di lui, è l'esempio più sorprendente del connubio tra Cultura, Arte e Scienza. È un principio che non dimentichiamo mai, e infatti, spesso tra le varie iniziative culturali che abbiamo portato avanti di recente, ce n'è una di cui vorrei parlare: alla fine dello scorso anno, su impulso dell'attuale Commissario Straordinario, dr. Gianluigi Scaffidi, e del Direttore Sanitario Aziendale, dr. Salvatore Costarella, e con lo sforzo organizzativo dello staff della Direzione, **abbiamo organizzato un grande concerto di musica classica, svoltosi al Teatro Comunale "F. Cilea", con la collaborazione del Conservatorio di Reggio Calabria, in cui si è voluto riunire il personale sanitario, le associazioni e le istituzioni, in una celebrazione della Cultura e della buona Medicina.**

In che modo i quadri, le fotografie e le opere d'arte sono stati di supporto ai pazienti e al personale sanitario?

Mi permetto di parlare della mia esperienza personale per poi tentare di fare un discorso più generico: dal momento che mi capita spesso di percorrere quei corridoi, per lavoro o per altri motivi, ho dav-



vero la sensazione - ed è questa che vorrei condividere con i lettori - di attraversare le stanze di un museo di arte pittorica. **Per alcuni minuti, immersi in quei colori, circondati da quelle figure e da quelle immagini, ci si dimentica di essere in un Ospedale, e quando poi ce lo si ricorda l'umore è già cambiato. Ecco, io credo e spero che per i pazienti sia lo stesso. Abbiamo detto: cura dell'individuo nella sua interezza, corpo e anima, cuore e mente. EPOCAL, i quadri, l'arte, fanno questo: nutrono l'anima, e quando l'anima è sazia anche il corpo sta meglio.** D'altronde, all'indomani delle due iniziative, sono stati molti gli apprezzamenti che abbiamo ricevuto. Io stesso, quando come dicevo passo da quei luoghi, sbircio le reazioni degli utenti e li trovo sempre, piacevolmente sorpresi. Il fatto stesso che una paziente che è stata curata per il cancro abbia voluto partecipare all'iniziativa la dice lunga sull'efficacia della stessa. Per quanto riguarda gli operatori sanitari, sono sicuro, ma più di me lo sono stati i vertici aziendali che hanno dato avvio e respiro ai progetti, che **lavorare in un ospedale in cui alle pareti sono affissi quadri e fotografie d'autore, oggettivamente godibili, sia certamente più gradevole che lavorare in locali grigi e anonimi.**

Il nostro network "Cultura è Salute" sta dedicando un approfondimento proprio al tema degli ospedali che aprono le porte all'arte. Nel Sud Italia ci sono abbastanza iniziative di questo tipo? Come si potrebbero incentivare?

Pur non essendo in grado di approfondire questo tema, in linea generale posso dire di non aver letto di molte iniziative culturali negli ospedali calabre-



si e in ogni caso, quando ci sono, rischiano di essere estemporanee. Anche il G.O.M. potrebbe fare di più e meglio, ad esempio, si potrebbero strutturare e rendere organici alle terapie i laboratori

d'arte o di teatro per i pazienti, o ancora proiezioni e laboratori di lettura e scrittura. Tutte attività che, se ben congeniate e chiedendo il supporto delle associazioni, potrebbero esser fatte a costo zero e rendere l'Ospedale un luogo più vivibile. Nell'estate del 2022 abbiamo svolto un Progetto artistico-terapeutico dal titolo "Mondi da favola". È stata un'esperienza molto apprezzata, soprattutto dai bambini, che si è svolta in Pediatria. Alla fine del laboratorio, grazie alla guida della coordinatrice Roberta Cuzzola, i piccoli pazienti hanno prodotto dei quadri fantastici che sono tuttora esposti nei locali ospedalieri del presidio "Riuniti". Uno è addirittura affisso in Direzione. **Di strutturato, inve-**

ce, in Ospedale, e più precisamente nei reparti di Pediatria e di Oncoematologia Pediatrica, abbiamo la "Scuola in Ospedale", ovvero classi di scuola elementare e media per garantire ai bambini ed agli adolescenti ricoverati la continuità didattica, temporaneamente negata dalla malattia. La Scuola in Ospedale è possibile grazie alla convenzione con l'Istituto Comprensivo Galileo Galilei – Pascoli.



Il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria - G.O.M. - è guidato dal Commissario Straordinario, Dr. Gianluigi Scaffidi, coadiuvato dal Direttore Sanitario Aziendale, Dr. Salvatore Maria Costarella, e dal Direttore Amministrativo Aziendale, Dott. Francesco Aranti. È articolato su due presidi ospedalieri: il "Bianchi-Melacrino", meglio noto come "Riuniti", ed il "Morelli". L'Azienda, in coerenza con gli indirizzi del PSN e del PSR, concorre a garantire assistenza ad alta complessità e ad alto contenuto tecnologico, erogando prestazioni sanitarie per acuti secondo i principi di appropriatezza, efficienza ed economicità in ambito provinciale e regionale, in quanto centro HUB con funzione prioritaria del trattamento delle patologie tempo-dipendenti in quanto sede di DEA di II livello per la Provincia di Reggio Calabria nonché centro di riferimento regionale per le funzioni determinate dalla programmazione regionale. Con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 del 1995, il presidio ha assunto la forma giuridica di Azienda Ospedaliera, acquisendo pertanto autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (ai sensi del D. Lgs. n. 502/1992) ed aspira al riconoscimento di Istituto di Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) per una parte delle proprie attività.

“MALAKOS” IL MARE IN UNA STANZA

all'ospedale di Città di Castello

La magia delle conchiglie e il suono delle onde per sostenere i bambini ricoverati: in Umbria arriva il mare in una stanza, più precisamente nelle stanze di pediatria dell'ospedale di Città di Castello: **i colori delle conchiglie e della sabbia, il suono delle onde che vanno a sbattere sugli scogli, la magia della natura, di stelle e cavallucci marini ed altri esseri viventi diventano protagonisti per far vivere momenti indimenticabili ai bambini ricoverati.** Si tratta della prima esperienza in Italia, unica nel suo genere, realizzata grazie a reperti museali veri, che punta a far vivere e ricreare all'interno delle stanze di degenza, gli ambienti naturali del mare.

Dopo la firma della convenzione fra Ausl Umbria 1 e l'associazione "Malakos", che gestisce per conto del comune il polo scientifico e museale più grande di Europa ed in particolare una collezione privata malacologia con oltre 600mila conchiglie catalogate, il progetto entra nel vivo grazie alla direttrice e responsabile didattica del polo scientifico e museale "Malakos", Debora Nucci, e l'educatrice museale e progettista, Beatrice Santucci, insieme ad altre figure professionali adeguatamente formate e al personale medico e sanitario del reparto.

Il mare fa il suo ingresso, camera per camera, "racchiuso" in dei trolley azzurro che piano piano rivelano conchiglie, stelle marine, wind chimes, strumenti musicali di conchiglie e sabbie abissali da guardare con la lente di ingrandimento. Tutti questi elementi naturali saranno a contatto diretto con i bambini che poi, se vorranno, potranno disegnare su dei segnalibri il racconto che hanno amato di più. Ogni segnalibro rimarrà a loro come ricordo di un

periodo della loro vita trascorso in ospedale, un momento certamente difficile, ma non per questo privo di emozioni e di arricchimento personale.



*"Sappiamo che sarà un lavoro non sempre facile, ma con passione e dedizione daremo sempre il massimo, porteremo insomma il nostro mare in una stanza" ha commentato **Debora Nucci** "questa inedita esperienza, iniziata a settembre, avrà per ora la durata di un anno e potrà crescere se ci saranno donazioni da altri cittadini o aziende. Si tratta di una novità importante perché la stimolazione sensoriale libera la mente e attraverso la fantasia, può aiutare questi bambini ad evadere, anche se solo per poche ore, dalle mura dell'ospedale".*

Il progetto è stato accolto con grande entusiasmo da tutta la struttura ospedaliera ed in particolare dal reparto di pediatria che si appresta a fare da "apripista" e metterlo in pratica con il suo corridoio variopinto e le porte "mille colori" di ingresso alle camere di degenza dei piccoli pazienti, una di queste proprio con l'azzurro e i simboli del mare.

“RI-SCATTI. SOMEBODY TO LOVE”

**a Milano la mostra che
ha acceso i riflettori sull’HIV**



Al PAC Padiglione d’Arte Contemporanea la decima edizione del progetto di fotografia sociale ideato da Ri-scatti ODV e promosso dal Comune di Milano con il sostegno di Tod’s. Un invito a guardare oltre il pregiudizio e a scoprire la forza e la bellezza di chi convive quotidianamente con l’HIV. Il PAC Padiglione d’Arte Contemporanea di Milano, insieme all’associazione di volontariato Ri-scatti ODV, presentano la decima edizione della mostra fotografica RI-SCATTI. L’esposizione, intitolata “Somebody to love”, si concentra quest’anno sulle storie di otto persone con HIV che hanno scelto di raccontarsi attraverso la fotografia.

L’iniziativa, promossa dal Comune di Milano con il sostegno di Tod’s, è stata realizzata in collaborazione con ASA – Associazione Solidarietà AIDS ODV, CIG Arcigay Milano ODV, Fondazione LILA Milano ETS e Milano Check Point ETS, e grazie a LCA Studio Legale, sostenitore della programmazione annuale del PAC.

“In questa mostra la fotografia, da sempre mezzo di auto-rappresentazione, assume una funzione ancor più profonda: diventa uno strumento per contrastare lo stigma che ancora oggi circonda le persone con HIV e, in questo senso, un veicolo di riscatto” ha dichiarato l’assessore alla Cultura Tommaso Sacchi. “Al di là dei successi della scienza e dei metodi di cura, infatti, l’approccio sociale, culturale e mediatico a questa epidemia e alle sue vittime muove ancora, spesso, pregiudizi e approcci che provocano un ingiustificato e crudele isolamento. Le immagini esposte danno voce a chi troppo spesso rimane invisibile, offrendo una rappresentazione dell’HIV che porta allo scoperto i pregiudizi e promuove un approccio sensibile al tema”.

La collettiva, curata da Diego Sileo, mira non solo a indagare oggi la percezione sociale dell’HIV, ma anche a fornire un’opportunità per ripensare il modo in cui la società affronta la malattia. I progressi scientifici, infatti, hanno trasformato il virus in una condizione cronica e gestibile, come evidenziato dal principio “U=U” (Undetectable equals Untransmittable), secondo cui una persona in terapia stabile da almeno sei mesi con carica virale non rilevabile non può trasmettere il virus.

L’arte può contribuire a configurare nuovi regimi di uguaglianza, nonché nuovi scenari in cui il visibile e l’invisibile sono sfidati oltre la logica dell’inclusione-esclusione. Le storie raccontate in mostra sono quelle di 7 uomini e 1 donna che hanno accettato di condividere con il pubblico le loro esperienze, e le loro foto sono il frutto di un percorso formativo supervisionato da fotografi professionisti. Storie reali che testimoniano i diversi aspetti del vivere oggi con l’HIV: la quotidianità di Giovanni, l’affettività di Pic(colo), la rivalsa sullo stigma di Andrés, la forza di Francesco, la creatività pop di Daphne, ma anche i timori di Alberto, il senso di colpa di alchÆmist e la sessuofobia di Soma. Indiscutibilmente è ancora vivo lo stigma nei confronti delle popolazioni chiave, maggiormente colpite dal virus, così come la tendenza a considerare le persone con HIV come promiscue, spregiudicate, irresponsabili. Il semplice atto di amare qualcuno che vive con HIV per molti implica ancora il timore di mettersi a rischio. Questo nuovo progetto di Ri-scatti è un invito a continuare a parlare di HIV e di AIDS perché, oggi come ieri, Silence = Death.

L'ARTE E LA FOTOGRAFIA AL SERVIZIO DELL'INCLUSIVITÀ

Eleonora Marini

Inserita nel ricco palinsesto degli eventi del Milano Off Fringe Festival, si è svolta una mostra speciale, che conferma l'importanza dell'arte per il benessere: si tratta di "Momenti salienti dell'arte e della fotografia", che ha avuto luogo presso il Best Western Hotel Madison, già noto per il suo impegno sociale. La rassegna ha permesso ai visitatori, sia vedenti che non vedenti, di fruire di opere iconiche come la Pietà di Michelangelo, la Venere di Botticelli e l'Urlo di Munch.

Promuovere la bellezza dell'arte significa anche renderla inclusiva per essere goduta da tutti. Per la prima volta è arrivata a **Milano** la mostra **"Momenti salienti dell'Arte e della Fotografia"**,

un evento speciale che ha offerto a tutti i visitatori l'opportunità di godere appieno di capolavori artistici del passato quali il "Cristo nella Pietà" del grande maestro Michelangelo, l'"Urlo" di Munch e la suggestiva "Venere" di Botticelli, e di apprezzare fotografie iconiche, di momenti che hanno segnato un'epoca, come lo sbarco sulla Luna e il lancio della bomba atomica.

"Siamo particolarmente orgogliosi di ospitare questa mostra, che non solo celebra l'arte, ma ha anche un forte impatto sociale, in linea con quelli che sono i nostri valori – ha commentato **Camilla Doni**, proprietaria del **Best Western Hotel Madison** – Da sempre la nostra struttura si distingue per l'atten-

zione alla comunità, come dimostrato durante la pandemia, essendo stati tra i primi a Milano a offrire ospitalità ai pazienti affetti da Covid. Questa mostra rappresenta un'ulteriore occasione per ribadire i nostri valori di inclusione e sostegno".

Le schede tattili, esposte insieme alle copie di origine, permettono ai visitatori non vedenti di percepire l'immagine rappresentata. "Avere la possibilità di toccare una scultura, soprattutto per chi non la può vedere, comporta una partecipazione diretta alla sua realizzazione e, in un'opera contemporanea, è l'interpretazione diretta, senza mediazione, dell'interiorità dello scultore – la riflessione di **Dario D'Auria**, curatore della mostra **"Momenti salienti dell'Arte e della Fotografia"** – Il dipinto, invece, è un'immagine più facile da percepire, per chi vede. È anche più facile da realizzare e collocare, ma rimane il vuoto di lato e dietro. La scheda tattile in parte colma tale lacuna, facendo risultare



↑ foto di Robert Capa alla Contrada Capostrà.
Versione in rilievo.



← foto di Neil
armstrong/NASA
"A man on the
moon".



← la versione in
rilievo.

il particolare sia del dipinto sia della scultura fotografata, proponendo un seguito, anche intriso di fantasia, dell'immagine relativa".

Questa mostra, dunque, non è stata soltanto un'occasione per ammirare capolavori dell'arte e della fotografia, ma è diventata un simbolo d'inclusività e accessibilità per tutti i visitatori. Il messaggio principale, oltre alla condivisione del patrimonio culturale, è stato quello della promozione dell'autonomia nel confronto diretto con l'opera esposta, un'esperienza raramente offerta in mostre simili. Grazie alle schede tattili e all'impegno sociale che contraddistingue il Best Western Hotel Madison, l'esposizione è stata un percorso di condivisione del patrimonio artistico per rendere l'esperienza culturale fruibile anche a chi vive il mondo attraverso il tatto. **Un evento che ha posto l'attenzione non solo sulla bellezza delle opere, ma anche sul valore universale della partecipazione.**

DA "EFFETTO MICHELANGELO" A "EFFETTO DANTE"

Roma chiama, Ravenna risponde

Ester Dominici

Lo scorso gennaio si è svolto alle Corsie Sistine di Roma il convegno EFFETTO MICHELANGELO. L'arte come contesto e strumento dell'azione di cura di sé e degli altri, 1° evento Nazionale di CULTURA è SALUTE, progetto di Club Medici, organizzato in collaborazione con ASL Roma 1, allo scopo di far emergere le realtà operative esistenti e, con il contributo di personalità scientifiche e artistiche di rilievo, fare il punto sull'innovazione prodotta dal dialogo tra la Cultura e la Salute. La grande partecipazione all'evento è stato un chiaro segnale dell'inizio di un cambiamento culturale, come auspicato dall'OMS.

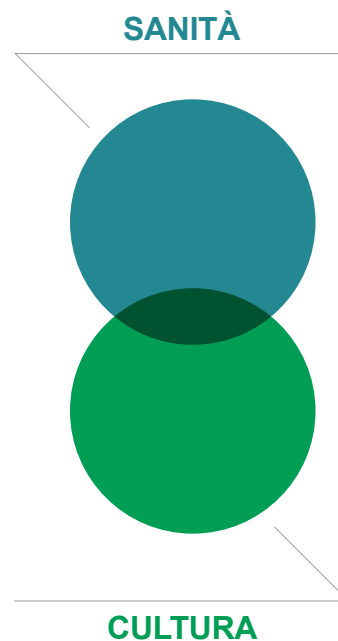
I risultati e i feedback di Effetto Michelangelo hanno confermato che la strada intrapresa da Cultura è Salute andava nella direzione giusta e che era giunto il momento di passare da una dimensione generale a una capace di promuovere nei territori la co-costruzione di reti tra istituzioni socio sanitarie e culturali; non più con carattere di episodicità, ma con prospettive di accordi stabili e di lungo termine, allargando in ambito medico e sanitario gli spazi destinati all'Arte e alla Cultura negli specifici territori, e studiarne ricadute ed effetti sistemici.

Club Medici, nelle vesti di amministratore della rete nazionale Cultura è Salute, si è dato l'obiettivo di promuovere e sostenere l'organizzazione, in specifici poli territoriali, di altri eventi con il format di Effetto Michelangelo.

Come abbiamo già anticipato sul numero precedente de' La Voce dei Medici, Ravenna si candida ad essere il primo territorio su cui sperimentare la possibilità di trasformare il network nazionale di Cultura è Salute in un modello di **rete policentrica**. Fare in

modo che dopo la fase di avvio del progetto in cui il **Portale Cultura è Salute** ha raccolto l'adesione di tanti soggetti pubblici e privati che credono nell'effetto positivo delle arti e della cultura sui processi di cura e riabilitazione, si passi ad una seconda fase in cui tali soggetti riescano, grazie anche ad un'opera di facilitazione dei gestori della rete, a costruire relazioni concrete sui territori, tali da mettere in moto processi finalizzati alla **realizzazione di servizi rivolti ai cittadini** in cui strutture sanitarie e culturali collaborino, non solo occasionalmente, mettendo a disposizione ognuna le proprie conoscenze e competenze.

Si tratta quindi di costruire un evento cittadino, ri-



volto al mondo della sanità e della cultura, e anche in alcuni momenti all'intera cittadinanza, finalizzato a dare voce e risonanza al tema e a presentare i pro-

getti già avviati o in fase di avvio sul territorio che hanno come filo conduttore il rapporto, generatore di benessere, tra cultura e salute.

Alla costruzione di tale evento partecipano in modo attivo e direi appassionato diverse realtà cittadine impegnate da anni in ambiti diversi e che raramente hanno avuto occasione di dialogare, organizzazioni sanitarie e istituti culturali, i cui rappresentanti hanno accolto con entusiasmo la sfida di contaminare competenze e saperi per far toccare con mano ai cittadini il benessere che può derivare da un intreccio tra cultura e salute, con l'ambizione non solo di annunciare i benefici di tale contaminazione, ma di mettere a terra/a punto servizi al cittadino stabili, che operino in un ambito in cui tra arte cultura e salute ci sia collaborazione per la prevenzione come per la cura della malattia. Non credo sia esagerato dire che **già le modalità con cui questo evento sta nascendo** siano esse stesse una **novità da monitorare e da replicare**. Parliamo di un tavolo di promotori e di partenariati ancora in divenire e che giorno per giorno si arricchisce di nuovi interlocutori: dall'OMCeO di Ravenna, all'Ordine degli infermieri alla Usl di Romagna al comune di Ravenna, con i suoi assessorati alla cultura e alla sanità, ai Musei Mar e Classis fino al Ravenna Festival, all'Università, allo IOR e ci auguriamo che la lista cresca. Club Medici, che rivendica il merito di aver acceso la scintilla con il suo Effetto Michelangelo, è tra i promotori e sostenitori di questo evento, che per il progetto nazionale Cultura e Salute, come già detto, è l'occasione di sperimentare la nascita di un primo polo territoriale del network nazionale.

Già alla data di oggi, l'evento, che vuole valorizzare al massimo la specificità ravennate (arte, storia, memoria) ha raccolto l'adesione di numerosi professionisti d'accordo nello spendersi per offrire quanto di loro competenza sul tema oggetto del convegno con l'ambizione di

- coinvolgere nell'evento il maggior numero di operatori del mondo della sanità e della cultura, nonché docenti e studenti delle facoltà sanitarie, insieme alla cittadinanza sui temi del rapporto tra cultura e salute, offrendo una panoramica nazionale e internazionale su quanto in questo ambito si è realizzato e studiato.



Dante Alighieri.

- Realizzare progetti pilota, fortemente ancorati al territorio, che coinvolgano, attraverso protocolli d'intesa o altre forme di collaborazione, sia il sistema sanitario che quello culturale. Questo per evitare il rischio, sempre in agguato, che l'evento ravennate, pur se ben organizzato e di successo si esaurisca senza produrre effetti concreti sul sistema territoriale.

Sono stati pertanto individuati due possibili target cui indirizzare le azioni dei progetti pilota: i pazienti e i curanti. Per i pazienti si pensa a due tipologie di azioni una rivolta ai malati di alzheimer e l'altra alle classi del liceo artistico dove un buon numero di studenti certificati richiedono percorsi specifici e includenti. Tali progetti vengono promossi e predisposti dai due Musei insieme alle scuole, l'università, le strutture della sanità.

Per i curanti sul tema del burnout già in questi giorni la sanità è in dialogo costruttivo con la cultura: chi cura i curanti? Quali benefici dalla cultura e dalle arti per prevenire e curare il burnout? L'idea di lavorare, già prima dell'evento e subito dopo, alla realizzazione di tre progetti pilota vuole essere la dimostrazione della ricaduta concreta dell'evento Effetto Dante sul territorio

- Fare del sistema Ravenna un modello trasferibile in altri territori, venendo così incontro all'ambizioso progetto del network CèS che si avvia a strutturarsi come rete policentrica, che valorizzi le differenze, esalti le competenze costruisca solide reti di relazione, in cui lo scambio tra nazionale e locale produca effetti di sistema benefici per la sanità come per la cultura



POETICA 2a Edizione 2023-24

Arte, Empatia e Burnout

Il primo Master rivolto ai medici interamente dedicato all'arte

Daniela Di Renzo

Siamo alla chiusura della seconda edizione del Master POETICA, il percorso formativo che vede il personale medico e il mondo sanitario coinvolto attivamente nel processo acquisizione di un modello di intervento innovativo: l'arte come strumento di prevenzione, promozione della salute e cura. Innovativo non è il metodo in sé, quanto piuttosto l'applicazione in ambito medico in cui sempre più numerosi sono i professionisti aperti ad inserire nelle loro pratiche linguaggi e contenuti in grado di arricchire il proprio bagaglio di competenze. A illuminare la professione di nuova luce interviene l'arte, con la sua potenza trasformativa, con la sua capacità di penetrare dentro la parte più autentica dell'essere

umano e trasformarla in consapevolezza.

L'arte interviene, a nostro avviso, a favorire una visione d'insieme. Intendiamo qui per arte tutte quelle espressioni cosiddette artistiche, ossia che tengono insieme due aspetti fondamentali: da un lato, come indicato dalla radice latina "ars", un'abilità acquisita con lo studio e la pratica, quindi non naturale e spontanea, ma appresa entro competenze, regole e tecniche socialmente e culturalmente definite, benché in continua trasformazione; dall'altro una funzione espressiva, cioè un linguaggio che permette di esprimere contenuti emozionali. Questo suo essere un linguaggio multiforme, in continua evoluzione, che ha lo scopo esclusivo di esprimere emozioni attraverso codici



culturalmente condivisi, la rende uno strumento fondamentale per connettere parti scisse del pensiero tecnico e specialistico che caratterizza la nostra medicina: sono le emozioni che si fanno pensiero e linguaggio a generare la capacità di unire cose che si pensano distinte e distanti, a generare cioè nuove conoscenze.

Il medico oggi si trova davanti ad un problema da non sottovalutare, soprattutto sul piano emotivo: una molteplicità di problemi non compresi dalle persone vengono interpretati come problemi sanitari e trasformati in domande di cura medica. Si trova il medico ad essere una sorta di canestro molto ampio in cui cadono domande in realtà molto disparate; questo perché la nostra cultura spesso

non riesce a leggere o a sostenere la complessità e l'ambiguità dei problemi che affronta, per cui si appoggia a linguaggi, sistemi di significazione culturalmente forti, cioè in grado di fornire interpretazioni ritenute chiare e soddisfacenti. La medicina è un sistema di significazione estremamente forte nella nostra epoca, fornisce letture ritenute altamente affidabili, svolge, potremmo dire, la funzione che aveva la chiesa nel medioevo. Per cui per qualsiasi problema, o quasi, ci si affida al "consiglio" del medico.

Al medico quindi arrivano molte domande, spesso molto ambigue e complesse, e il medico si trova davanti ad un bivio essenziale: o agisce la domanda del paziente o la analizza.

Il modello formativo del Master POETICA agisce su più piani, quello della prevenzione del Burnout è centrale e intorno ad esso si costruiscono tutti gli interventi. Tra questi piani quello dello scambio tra professionisti rappresenta un forte catalizzatore, un fulcro che sembra alimentare il benessere e attenuare il senso di solitudine del professionista e la frustrazione che ne consegue. A tal fine si lavora per creare e tessere reti efficaci, una pratica di mutuo-aiuto che passa attraverso il lavoro di progettazione e ricerca e che diviene un contenitore per l'applicazione delle buone pratiche e per uno sviluppo capillare dei progetti esistenti nei diversi territori.

A tale scopo il programma prevede sia l'attività di co-progettazione, sia l'attività di ricerca sullo stato dell'arte nell'ambito delle neuroscienze e della neuroestetica. Durante lo svolgimento del corso si creano gruppi di lavoro tra professionisti in cui ci si confronta, si esplorano le esperienze che ciascuno sviluppa sui propri territori di riferimento, si approfondiscono le ricerche a livello nazionale e internazionale, allo scopo di confrontarsi con le esperienze in essere e partorire nuove progettualità.

Progettare vuol dire rispondere all'esigenza di sperimentazione e verifica, approfondire le modalità di accesso alle risorse, esplicitare obiettivi e metodologie, garantire una memoria all'interno delle singole organizzazioni, reinterpretare i ruoli, le funzioni di autonomia e di responsabilità, pensare nell'ottica di strategie proattive, informarsi e formarsi, analizzare i bisogni dei target di riferimento, comprendere quanto il background di partenza influenzi il modo di operare dei singoli professionisti.

Il confronto che si crea, lo scambio, l'analisi del materiale, sono incentivi per nuove idee, stimoli per una più puntuale definizione dell'efficacia che l'arte e la cultura in generale producono sull'essere umano, ma soprattutto capita che le idee assumano la concretezza di progetti da realizzare. Abbiamo assistito alla realizzazione di due progetti, uno nel Lazio, l'altro in Toscana, partoriti all'interno del percorso formativo del Master e proprio in questi mesi se ne sta attuando uno in Emilia Romagna, che coinvolge molte realtà istituzionali e del terzo settore, compreso l'Ordine dei Medici regionale.

L'esito del lavoro di progettazione e ricerca ci stupisce ogni volta, per questo siamo lieti di darne risalto e soprattutto diffusione, affinché sia di stimolo a proseguire nella direzione della ricerca di buone pratiche.

Di seguito i lavori sviluppati nella seconda edizione del Master, in attesa della terza edizione prevista a partire dal mese di aprile 2025.

DUE ANNI DI POETICA: I CONTRIBUTI DEGLI ALLIEVI

"Il bello, la neuroestetica e la cura riabilitativa", "L'urlo di pietra" – Opportunità per gli operatori nel burnout del Fine Vita, "Tu chiamale, se vuoi, Emozioni...", "Il valore del benessere" e "Comunicazione multilingue nell'Ospedale di Bressanone": di seguito i cinque contributi degli allievi che hanno partecipato al master di "Poetica".

Titolo: Il bello, la neuroestetica e la cura riabilitativa

Autore: Dott.ssa Anna Perino, MD Specialista in allergologia

Abstract: *Partendo dall'applicazione delle neuroscienze all'arte e dai suoi successivi sviluppi, l'autore traccia un percorso che arriva all'esperienza della neuroriabilitazione messa in atto all'IRCCS Fondazione Santa Lucia – dove hanno affrontato le potenzialità della neuroestetica nella patologia umana in particolare nella pratica riabilitativa (effetto Michelangelo) – per concludere esprimendo l'auspicio che l'arte trovi spazi sempre più ampi nella formazione del medico.*

Il bello, la neuroestetica
e la cura riabilitativa



Titolo: "L'urlo di pietra" – Opportunità per gli operatori nel burnout del Fine Vita

Autori: Dott.ssa Gabriella Albieri – Psichiatra, Dott.ssa Stella Gatti – Odontoiatra, Dott.ssa Frida Pedicchio – Odontoiatra

Abstract: In questo piccolo saggio gli autori si chiedono come oggi, alla luce degli straordinari progressi scientifici, i medici sentono il tema della morte e del Morire. Durante il corso hanno condiviso la suggestione, nata in occasione di esercitazioni in aula di role-playng, che spesso certe criticità comunicative nella relazione medico- paziente siano frutto di una difficoltà inconscia di venire a patti... con l'Urlo di Pietra...

"L'urlo di pietra" Opportunità per gli operatori nel burnout del Fine Vita



Titolo: Tu chiamale, se vuoi, Emozioni...

Autori: Dott.ssa Monique Baldacchino – Pediatra, Dott.ssa Olivia Piera Castoldi – Psichiatra, Dott. Salvatore Cosma – Odontoiatra, Dott. Antonio Sica – Odontoiatra

Abstract: Partendo da ciò che le emozioni producono nei nostri comportamenti e dai più recenti studi delle discipline legate alle neuroscienze, il lavoro di gruppo si è concentrato nella formulazione di una serie di domande poste a Marco Iosa – ricercatore nella Neuroestetica. Professore nel dipartimento di Psicologia presso l'Università La Sapienza di Roma – docente assai apprezzato del Master Poetica di Club Medici, la cui lezione si è incentrata sul come le opere d'arte e la realtà virtuale potenziano l'efficacia delle terapie di neuroriabilitazione.

Tu chiamale, se vuoi, Emozioni...



Titolo: Il valore del benessere

Autori: Dott. Corrado Cogliandro – Medico di medicina generale, Dott. Giuseppe Spinetti – Psichiatra, Emilio Recanatini – Urologo, Dott.ssa Maria Cocozza – Odontoiatra, Dott.ssa Silvia Filipponi – Endocrinologa, Dott.ssa Simona Arrigoni – Medico del lavoro

Abstract: Nel corso degli anni numerosi studi hanno dimostrato come il coinvolgimento in progetti artistici può migliorare il benessere soggettivo incluso il benessere affettivo, il benessere valutativo e il benessere eudomonico. Queste risposte positive sono verosimilmente dovute ai miglioramenti delle emozioni, della consapevolezza e nella costruzione di relazioni. Il progetto si basa su una serie di incontri finalizzati all'acquisizione di competenze in ambito di tecniche fotografiche, in particolare di fotografia digitale da cellulare, e all'interpretazione di immagini fotografiche secondo il metodo della fotografia terapeutica.

Il valore del benessere



Titolo: Comunicazione multilingue nell'Ospedale di Bressanone

Autori: Dott.ssa Margherita Argentiero – Logopedista – Sant'Angelo Lodigiano Bressanone, Dott. Giancarlo Armanni – Medico Psicoterapeuta – Perugia, Dott. Bruno De Paola, Ortopedico – Ospedale di Bressanone, Dott. Giacomo Marchetti – Anestesiista – Roma

Abstract: il progetto mira a migliorare e a facilitare la relazione tra utenti della struttura ospedaliera, caratterizzata dalla singolare presenza e di una popolazione già da tempo bilingue italiana e tedesca, e più recentemente dalla presenza di moltissimi gruppi etnico/linguistici diversi, attraverso una comunicazione bilingue nella logistica (italiano e tedesco) e un sistema di immagini e/o video nelle sale di attesa in cui paesaggi o opere d'arte di diverse etnie utilizzino didascalie esplicative in lingue diverse, selezionate tra quelle delle popolazioni maggiormente presenti nell'area.

Comunicazione multilingue nell'Ospedale di Bressanone



SALUTE SESSUALE MASCHILE ANCORA TROPPI TABÙ!

A cura di Eleonora Marini

L'università di Pavia in collaborazione con Cooper consumer health prosegue la ricerca sociologica che racconta la sessualità maschile in Italia: questa seconda wave ha coinvolto potenziali pazienti maschi di età differenti, le loro partner e un focus sulla comunità omosessuale, a 25 anni dal lancio delle prime terapie per la disfunzione erettile. I medici intervistati durante la prima wave dell'**Osservatorio "Occupiamoci di uomini – La salute sessuale maschile fra tabù e disinformazione"** avevano descritto come i pazienti maschi di fronte all'insorgenza di una problematica di natura sessuale, avessero sostanzialmente due reazioni, connesse con l'età e con il grado di educazione sessuale a cui erano stati abituati. **I pazienti maschi cinquantenni difficilmente condividono con il partner o la cerchia di amici la propria condizione** e arrivano a farlo con il medico di base solo quando la situazione diventa insostenibile o non rimandabile. Raramente sono stati educati dalla famiglia e dalla scuola alla sessualità e quindi non hanno avviato un dialogo adeguato negli ambiti in cui sarebbe stato opportuno viverlo. **I pazienti più giovani – dai 30 anni in giù – invece, condividono più facilmente dubbi e perplessità sulla propria salute sessuale**, sia con il medico di base che, prima ancora, con partner, famiglia e amici, per poi agire e affrontare direttamente il problema. Questo grazie a una formazione educativa più aperta, anche a livello di comunicazione, che facilita la ricerca di chiarezza senza ostacoli. Quindi se da questo lato i pazienti più giovani si rivolgono ai medici specialisti con più consapevolezza, dall'altro i pazienti meno aperti culturalmente ed educativamente giungono alla visita solo quando la patologia è da confermare, spesso con una pesante dose di frustrazione che rende complesso l'approccio alla terapia e, quando possibile, alla guarigione.

Il team diretto dal **prof. Flavio Antonio Ceravolo**, Associato di Sociologia e Direttore del progetto di ricerca, si è rivolto in questa seconda wave direttamente agli interessati, lavorando su cinque gruppi di intervistati: un gruppo di potenziali pazienti maschi eterosessuali, suddiviso a sua volta in tre differenti target anagrafici, un gruppo di partner femminili e un gruppo di uomini con orientamento omosessuale (entrambi questi due ultimi gruppi con un target anagrafico ampio), per capire più a fondo come la sessualità e le patologie connesse vengano davvero vissute dagli italiani.







GRUPPO MASCHILE 51-60 anni

L'IMBARAZZO

La problematica legata alla disfunzione sessuale è vissuta con grande imbarazzo e rappresenta ancora **uno stigma sociale e traumatico molto forte**. Gli intervistati hanno confermato sostanzialmente che **si rivolgono al medico e se ne fanno carico soltanto quando è impossibile continuare a ignorare i sintomi**.

E davanti a uno specialista c'è comunque una sensazione di profonda vergogna. Se la disfunzione è di carattere meccanico, si tende ad associarla all'invecchiamento e non si condivide la propria condizione con il partner in un dialogo aperto. Invecchiamento che diventa nella testa dei pazienti sia spiegazione ai propri sintomi, sia alibi che frena la ricerca di una diagnosi, l'affrontare una cura ed eventualmente una risoluzione. **Se la disfunzione è causata da fattori di carattere psicologico, il freno è ancora maggiore e l'autoanalisi necessaria per scardinare l'empasse (momentaneo) ancora più difficile da contemplare come potenziale soluzione.**

L'impotenza – momentanea, patologica o psicologica – è ancora vissuta da questo target di età come una condizione che non va condivisa con nessuno, a malapena con i medici.



GRUPPO MASCHILE 40-50 anni

IL BISOGNO DI NORMALITÀ

Piena conferma anche nelle interviste con questo secondo gruppo target: l'affaccio della situazione di anomalia o disfunzione è vissuto in modo ancora più violento, perché **viene a mancare l'alibi dell'invecchiamento. C'è una forte chiusura rispetto all'esterno, che va di pari passo con un importantissimo bisogno di normalità, di continuare a far parte del gruppo dei pari di cui si mantengono attive e in funzione tutte le caratteristiche comuni, in primis una vita sessuale attiva**. Solo gli intervistati più giovani del target, i 40enni, arrivano ad aprirsi con imbarazzo con il gruppo dei pari quando la situazione non è più gestibile in autonomia e quando diventa

grave. Più ci si avvicina ai 50 anni e più si tende a vivere questa condizione con rassegnazione e come segno di un invecchiamento che è vissuto come un percorso di non ritorno ad una condizione ottimale della performance sessuale.



GRUPPO MASCHILE 20-30 anni

LA SITUAZIONE SI RIBALTA

È un target di età che non prende minimamente in considerazione la possibilità di soffrire di disturbi sessuali, di disfunzione erettile ad esempio, **ma si dimostra più aperto al confronto e meno intimorito dal gruppo dei pari. Si riscontra sempre una situazione di imbarazzo, ma non tale da paralizzare la gestione della condizione sopraggiunta**. Non vivendo direttamente la problematica, a parole, si dicono pronti a confrontarsi con un medico nel momento in cui dovesse insorgere l'esigenza. In questo target si riscontra anche una maggiore libertà di raccontarsi e di descrivere il proprio orientamento sessuale. È interessante notare che questo target group è composto da persone laureate e di buona cultura, una caratteristica che potrebbe aver contribuito a un atteggiamento più aperto e informato verso la sessualità e la salute in generale. Questo aspetto suggerisce che il livello di istruzione e il background culturale possano influire positivamente sulla capacità di affrontare certi argomenti con maggiore consapevolezza e serenità. **Accanto ai fattori ambientali e chimici, i media sembrano giocare un ruolo determinante nel modellare la crescita psicologica e sessuale dei più giovani, con effetti che potrebbero risultare negativi se non monitorati adeguatamente**. Questo aspetto solleva interrogativi importanti non solo sulla salute sessuale, ma anche sul benessere psicologico delle nuove generazioni, sottolineando la necessità di un'educazione sessuale mirata e di un'attenta sorveglianza degli strumenti digitali a cui sono esposti i ragazzi.



GRUPPO PARTNER DONNE DIALOGO E CRESCITA

Il gruppo di intervistate donne, partner di uomini affetti da disfunzione erettile, ha rivelato una complessità di opinioni e sentimenti, mostrando come la questione venga percepita in modi diversi. Le donne intervistate **hanno espresso una forte sensazione di esclusione quando i loro partner affrontano la disfunzione sessuale**

senza dividerne il peso emotivo. Questo comportamento genera un processo di consapevolezza lungo e difficile, in cui il problema viene spesso ignorato involontariamente, danneggiando la relazione. Le giovani partner, in particolare, non comprendono perché si eviti di affrontare la questione, percependo questa mancanza di condivisione come una perdita di fiducia e complicità nel rapporto. **In merito alla sessualità, si evidenzia un riconoscimento del suo ruolo fondamentale,** sebbene non sempre sia correlato a legami stabili e profondi. La performance sessuale può avere un peso diverso a seconda delle circostanze: in alcuni casi, può risultare meno rilevante, mentre in altri diventa centrale. Tuttavia, quando si verifica una mancata discussione su questo tema, il problema diventa serio soprattutto quando viene interpretato come un segnale di distanza emotiva tra i partner.



GRUPPO MASCHILE CON ORIENTAMENTO OMOSESSUALE APERTURA E CURA DI SÉ

Per comprendere in modo più approfondito la tematica della salute sessuale maschile, l'Osservatorio ha deciso di ampliare il proprio campo d'indagine, includen-

do un campione di uomini con orientamento omosessuale. Questa scelta riflette la consapevolezza che la comunità gay, tradizionalmente più aperta nel parlare di sessualità, rappresenta una risorsa preziosa per comprendere dinamiche e approcci che potrebbero sfuggire ad altri contesti. **Un elemento chiave emerso è la maggiore consapevolezza sessuale, che vede la sessualità non solo come un atto fisico, ma come una parte integrante del benessere relazionale e identitario.** Per molti, la cura della propria salute sessuale è strettamente legata al modo in cui vivono la loro identità e le relazioni, con una maggiore attenzione e apertura verso i temi legati alla salute. **Un altro aspetto rilevante riguarda il rapporto con il medico.** Gli uomini di questo target group mostrano generalmente meno timore nel consultare un medico quando si tratta di salute sessuale, ma è fondamentale per loro trovare il **"medico giusto"**: un professionista non giudicante, sensibile alle esigenze specifiche della comunità e capace di instaurare un rapporto di fiducia.

CONCLUSIONI

Le evidenze emerse dalla ricerca sottolineano quindi un cambiamento generazionale significativo nell'approccio alla salute sessuale maschile. I gruppi di età più avanzata continuano a mantenere un atteggiamento riservato, spesso affrontando il problema solo quando diventa insostenibile e cercando soluzioni che garantiscano discrezione. **Tuttavia, c'è una nota di speranza: le nuove generazioni mostrano una maggiore apertura e proattività,** pronte a confrontarsi con il medico e a condividere con i pari eventuali difficoltà, dimostrando che un dialogo più consapevole e sereno sulla sessualità maschile è possibile e in crescita. Questo scenario potrà evolvere ulteriormente anche grazie a un nuovo approccio a problemi come la disfunzione erettile, dato che **è arrivato in farmacia un dispositivo medico topico in gel** in grado di offrire una soluzione rapida e discreta. **La sua facilità d'uso, l'azione in pochi minuti e la possibilità di acquisto senza prescrizione medica lo rendono una scelta ideale per chi cerca soluzioni riservate e non invasive.**

INFLUENZA STAGIONALE

Nasce l'Osservatorio Virus Respiratori

L'Osservatorio Influenza, fondato 13 anni fa come punto di riferimento per l'informazione sull'influenza stagionale, amplia il proprio raggio d'azione e diventa Osservatorio Virus Respiratori. **Il nuovo portale rappresenta una risorsa fondamentale non solo per l'influenza, ma anche per altri virus respiratori, tra cui il COVID-19 e il virus respiratorio sinciziale (RSV), che continuano a rappresentare una minaccia per la salute pubblica globale.** L'iniziativa si propone di sensibilizzare la popolazione sulla prevenzione e sulla gestione delle malattie respiratorie, con particolare attenzione alla vaccinazione come strumento cruciale per la protezione delle categorie a rischio, inclusi anziani e persone con patologie croniche. Attraverso la vaccinazione, si riduce il rischio di complicanze gravi e la mortalità legata a queste infezioni, garantendo inoltre una minore diffusione tra la popolazione vulnerabile.

Il Prof. **Fabrizio Pregliasco**, Direttore scientifico dell'Osservatorio Virus Respiratori, Direttore della scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva dell'Università degli studi di Milano e Direttore sanitario d'azienda dell'IRCCS ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio di Milano, sottolinea l'importanza di questa trasformazione: *"Con la trasformazione dell'Osservatorio, vogliamo fornire alla popolazione un'informazione completa e aggiornata sui virus respiratori, che non si limitano all'influenza stagionale. La corretta divulgazione delle informazioni è essenziale per limitare l'impatto di queste infezioni, specialmente nei gruppi più vulnerabili, come anziani e persone con patologie croniche"*.

La vaccinazione si conferma una protezione fondamentale per la stagione invernale 2024/20: *"Prevediamo una stagione di intensità media, con circa 4-5 milioni di casi influenzali e altri 8-10 milioni legati ad altri virus respiratori - continua Pregliasco - La co-circolazione di SARS-CoV-2 e RSV rende quest'anno particolarmente importante la vaccinazione per proteggere le fasce più deboli. Vaccinarsi non solo riduce il rischio di gravi complicanze, ma semplifica anche la diagnosi differenziale tra influenza e altre infezioni respiratorie"*.

VIRUS RESPIRATORI

Chiedi agli esperti

Virus respiratori ▾

La Vaccinazione ▾

Chi è a rischio ▾

News ▾

Video

Chi siamo

Dove, quando e come

Vaccinazione sul posto di lavoro

Altro

I virus respiratori

Grazie al sistema di monitoraggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è possibile prevedere quali virus arriveranno nella stagione successiva.

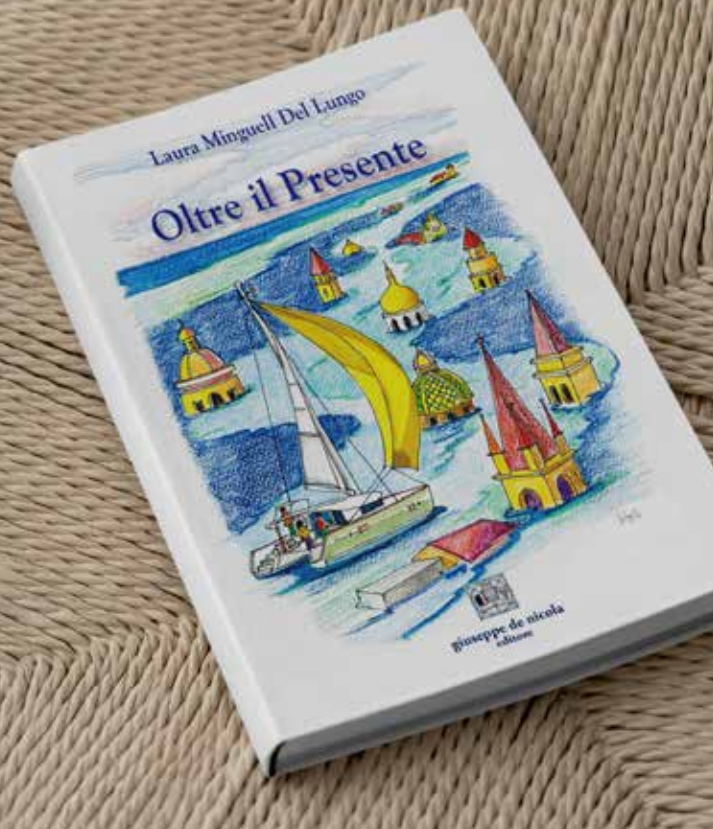
Scopri di più

Blog: ultime dai virus respiratori

Dì la tua:

Il portale offrirà una serie di strumenti interattivi per coinvolgere attivamente gli utenti: sarà possibile porre domande agli specialisti, partecipare a sondaggi e visualizzare video di approfondimento sui principali virus respiratori e le misure di prevenzione, con un focus particolare sulla vaccinazione come strumento di difesa per la salute pubblica. Il portale, reso possibile grazie al supporto incondizionato di CSL Seqirus e GlaxoSmithKline, rappresenta un supporto importante per **favorire una maggiore consapevolezza e protezione della popolazione** contro le malattie respiratorie, specialmente in un'epoca in cui la co-circolazione di virus richiede una vigilanza costante.

Per maggiori informazioni e aggiornamenti: www.virusrespiratori.it



OLTRE IL PRESENTE

Eleonora Marini

“Oltre il Presente” di Laura Minguell Del Lungo, oltre ad essere stato finalista come inedito al Premio Letterario Nazionale “Clara Sereni nel 2021” e al Premio “Colline di Torino nel 2022”, ha vinto il “Primo Premio per la Letteratura Edita” al Premio Emily Dickinson 2024.

Scritto nell'anno 2020, questo romanzo ci proietta oltre il presente, quel terribile presente che fu l'anno della pandemia. Dieci anni dopo, alcuni ragazzi da diverse parti del mondo, si incontrano più o meno casualmente nei pressi di Brema, nel Nuovo Impero Germanico. Sono i Sopravvissuti di un'Era Precedente, in cui la stoltezza umana ha portato il Pianeta, e con lui l'Umanità, alla rovina. Vivono ora arrangiandosi nel mondo post-Trasformazione, con regole nuove e adattate alla mutata realtà; sopportano il peso delle privazioni che hanno subito e il retaggio dei loro Antenati deceduti. Una di loro, Greta, è una Cercatrice: è alla ricerca, cioè, del Mistero della Vita, interrottosi da qualche anno. Sarà lei il collante del gruppo che intraprende un viaggio memorabile attraverso i Mari del Nord. Lungo il cammino verranno catalizzati nuovi membri, altri adolescenti che per motivi diversi vivono l'inquietudine di un presente che non hanno scelto e al quale non si adattano. I ragazzi instaurano una convivenza fatta di confronto e nuove emozioni; cominciano a dubitare di ciò che hanno sempre saputo e a mettere in discussione alcune norme; ripensano alla storia recente, analizzandola in base alle proprie esperienze e giungono a conclusioni difficilmente assimilabili ma inesorabilmente verosimili.

Al termine del loro viaggio, ciò che cercavano si presenta sotto una forma diversa rispetto alle aspetta-

tive, perché in realtà era sempre stato a portata di mano. Tuttavia la loro avventura finisce comunque per acquisire un significato davvero sorprendente.

“Laura Minguell Del Lungo è un'anestesista-scrittrice. La grande passione per la scrittura l'ha portata a pubblicare una serie di libri durante la pandemia da Covid-19: “Lucertole”, un tributo ai camici verdi che hanno lavorato giorno e notte per salvare milioni di vite; “Gli angeli di Barcellona”, la storia di persone comuni che si trovano ad una svolta e il loro denominatore comune è l'essere entrati in contatto in qualche modo con il personale sanitario; “Amàndome por 90 dias”, la testimonianza di 90 donne che hanno raccontato un loro atto d'amore verso sé stesse e “Dall'altra parte della spondina”, saggio vincitore del concorso di Medicina Narrativa “Racconto La mia cura”.

Vincitrice nel 2023 del “Premio Letterario Nazionale Cronin” per medici scrittori con il mini saggio “Ambulatorio della salute”, in passato ha trascorso dei brevi periodi di formazione tra Finlandia e Giappone ed ha partecipato ad alcune missioni sanitarie in Africa. Attualmente vive con il marito ed i suoi 4 figli in provincia di Barcellona. Nel cassetto aveva finora due sogni: lavorare con “Emergency” e diventare una scrittrice. L'ultimo libro, “Oltre il presente” è stato pubblicato con l'editore Giuseppe De Nicola, chirurgo. Una curiosa coincidenza!



TANTI AUGURI
di BUON NATALE
e BUONE FESTE



albosoci@clubmedici.com

 **ClubMedici**[®]
Sede Nazionale
Via G.B. De Rossi, 26/28, 00161 Roma

Scrivi tu

250.000 colleghi sono la tua platea



*Il tuo spazio libero
ti aspetta*