

# *Il* Girasole

RIVISTA TRIMESTRALE DI CURE PALLIATIVE

ANNO 4 | N.3 | OTTOBRE 2023 |

Credit Foto Paolo Cesaro



Ti solleverò dai dolori  
e dai tuoi sbalzi d'umore.  
Ed io avrò cura di te.

*Franco Battiato*

- Indice:**
- 03** Life Review Therapy, Terapia della Reminiscenza  
*Paolo Cesaro*
  - 08** La relazione medico-paziente  
*Paolo Maggi*
  - 12** Congresso Nazionale S.I.C.P.
  - 13** Il grande museo dei ricordi italiani  
*Alberto Vito*
  - 14** 88 Divagazioni
  - 15** Gli Stati Generali degli Assistenti Sociali  
*Antonio Coppola*
  - 18** La psicologia nel fine vita  
*Silvana Selmi, Roberta Vecchi*
  - 22** Il Metodo clinico per un Medico “nuovo”  
*Felice Avella*
  - 26** Nuova vita per Palazzo Fuga  
*Paolo Cesaro*
  - 29** Il Polo Oncologico nell’area metropolitana a nord di Napoli  
*Raffaele Addeo*

**Rivista trimestrale**  
**Anno 4**  
**Numero 3**  
**Ottobre 2023**

**Editore**  
Fondazione Clotilde

**Direttore Responsabile**  
PAOLO CESARO

**Art director**  
ALDO MANFREDI - IRFID

**Contact**  
redazioneilgirasole@gmail.com

**Redazione**

Fabio Borrometi - C. P. Pediatriche  
Fabrizio Capuano - Volontariato  
Arturo Cuomo - Terapia del Dolore  
M.Rosaria Monsurrò - S.L.A.  
Vincenzo Montesarchio - Oncologia  
Carlo Negri - Comunicazione  
Alberto Vito - Psicologia Clinica  
Vincenzo Zurlo - Nutrizione Artificiale

*Reg. Tribunale di Nola*

# Life Review Therapy, Terapia della Reminiscenza

PAOLO CESARO

Il segmento della popolazione over 65 anni continua a crescere e il numero di persone con demenza aumenta in modo proporzionale.

La demenza è un lento e progressivo declino della funzione mentale che include memoria, pensiero, giudizio e capacità di apprendimento. I sintomi includono anche problemi con il linguaggio e lo svolgimento delle attività, cambiamenti di personalità, disorientamento e comportamento distruttivo e inadatto; la malattia progredisce in modo tale che le persone non riescono più a svolgere le normali attività e diventano completamente dipendenti dagli altri.

L'Alzheimer è la forma di demenza più frequente nella popolazione mondiale, ma non è l'unica; ne esistono altre, come la demenza vascolare, la fronto-temporale, quella da Corpo di Lewy e la demenza correlata al virus HIV dell'immunodeficienza acquisita; queste ultime colpiscono anche persone più giovani, nelle quali, di conseguenza, la devastazione si inizia a vedere prima.

Ciò che affligge il paziente con demenza, e lo rende sempre più inabile fino alla morte, non è solo un disturbo psico-somatico o depressivo ma anche un vero e proprio disturbo neurodegenerativo. Ma chi ci dice che le due cause di una tanto frequente inabilità non siano correlate?

La scienza moderna ha identificato collegamenti tra cervello, sistema endocrino e sistema immunitario; le relazioni tra mente e corpo hanno abbandonato il terreno della congettura e sono state identificate le molecole mediatrici di questo rapporto. La Neurofisiologia ha dimostrato che l'Alzheimer è causata da proteine canaglia che si depositano e si aggrovigliano nelle reti neurali del cervello, causando danni irreparabili ai miliardi di neuroni che trasmettono i segnali elettrici che costruiscono i ricordi. I neuroni gradualmente muoiono, causando perdita di memoria e cambiamento di personalità, finendo per arrestare le funzioni di base del cervello.

Nonostante decenni di ricerca medica, non sono ancora note quali cause determinino la raccolta di queste proteine, e quindi come rimuoverle o bloccarle.



*Ogni anno il 21 settembre si celebra, in tutto il mondo, la Giornata mondiale dell'Alzheimer, istituita nel 1994 dall'OMS e dall'Alzheimer's Disease International per diffondere iniziative dedicate alla conoscenza e alla diffusione delle informazioni sulla malattia.*

Nonostante l'Alzheimer sia il quinto più grande killer del mondo, i finanziamenti per la ricerca sono molto indietro rispetto a quelli per il cancro e per le malattie cardiovascolari. Nel frattempo, una delle maggiori voci dei costi sanitari, nel mondo, consiste nel fornire assistenza a chi soffre di questa malattia, per un totale stimato a oltre l'1% del PIL globale.

Se non viene trovato un trattamento efficace e una soluzione preventiva, questa somma aumenterà, poiché ogni anno vengono diagnosticati dieci milioni di nuovi casi di demenza.

Allo stato attuale, il trattamento si concentra sul mantenimento della funzione mentale il più a lungo possibile e sul sostegno fornito quando i pazienti peggiorano. È più che

evidente la necessità di progettare terapie che soddisfino i bisogni sociali ed emotivi delle persone anziane.

Recentemente abbiamo compreso quanto siano importanti le cure palliative anche per i pazienti non oncologici ed abbiamo aperte le porte dei nostri Hospice a pazienti affetti dal Morbo di Parkinson e dalla Sclerosi Laterale Amiotrofica.

Anche la Demenza è una malattia degenerativa per la quale la persona malata, così come anche la sua famiglia, necessita di assistenza e di una presa in carico globale. Già i primi sintomi evidenziano una progressione rapida nella degenerazione cerebrale e la perdita delle capacità intellettive; in una fase più avanzata si ha la perdita di altre capacità fondamentali come muoversi, comunicare e mangiare. Essendo una malattia con evoluzione non prevedibile non è possibile stabilire la velocità con cui accadono questi cambiamenti.



Nella fase avanzata della malattia si arriva all'allettamento e l'allettamento può causare rigidità spastica e irrigidimento di tutto il corpo per il quale è indicato il ricorso alla terapia del dolore. I pazienti traggono benefici non tanto, e non solo, dalla somministrazione di farmaci quanto più dagli aspetti assistenziali; e va considerato che solitamente si tratta di pazienti anziani non autosufficienti, coniugi di altri anziani il cui nucleo familiare è spesso

ristretto. Chiaramente per un anziano è complicato prendersi cura del proprio coniuge; è difficile spostarlo dal letto alla sedia a rotelle per fargli cambiare posizione e cercare così di prevenire le piaghe da decubito e la rigidità spastica. O ancora, è complicato prendersi cura dell'igiene personale della persona allettata.

Ecco perché il supporto di professionisti specifici è importante e indispensabile, per migliorare la qualità della vita del paziente, ma anche del suo caregiver.

I pazienti con demenza, anche se la popolazione soggetta a questa malattia è molto ampia, non sempre ricevono attenzione dal mondo delle cure palliative. Nelle fasi iniziali della malattia, le figure professionali coinvolte nella cura sono, giustamente, il geriatra e il neurologo; nelle fasi più avanzate sono comuni stati di agitazione, insonnia e irrequietezza, e anche incapacità ad alimentarsi, o per il coinvolgimento dei centri della deglutizione o per il rifiuto ostinato del cibo. Quando si raggiunge questo stadio, che solitamente coincide con l'allettamento, è necessario intervenire per la cura e la prevenzione delle lesioni da decubito ed è importante il regolare svuotamento della vescica e dell'intestino. Solo in questa fase, in alcuni casi, e con notevole resistenza da parte del sistema sanitario, si ricerca il supporto dei servizi di cure palliative.

Spesso il caregiver chiede un supporto psicologico per elaborare tutti i cambiamenti che avvengono; nella maggior parte dei casi si tratta di soggetti che vivono hanno vissuto e hanno convissuto con la persona che la malattia ha trasformato completamente e questo cambiamento è molto difficile da elaborare.

Un medico palliativista ci ha raccontato la storia del marito di una paziente malata di Alzheimer: *'Abbiamo preso in carico la moglie quando era già in stato vegetativo; lui era molto affaticato dalla convivenza con lei, diventa ormai una sorta di*



*involucro da cui non usciva nessun segnale. Aveva provato a stimolarla in tutti i modi ma l'unico segnale che riceveva era solo un lamento durante l'igiene ed un piccolo gemito di fastidio, quando veniva girata a destra e sinistra. Niente altro! Il marito della paziente aveva convissuto per molti anni con la malattia della moglie ma solo in questa situazione aveva ricevuto quel supporto fisico e psicologico che, forse, lo avrebbe aiutato molto anche nei mesi precedenti.'*

L'assistenza in hospice è una filosofia di cura che si concentra sulla mitigazione del dolore e dei sintomi di un paziente gravemente malato e sulla soddisfazione dei bisogni emotivi e spirituali del paziente, assicurando anche il necessario supporto psicologico ai familiari ed al gruppo amicale. I pochi malati di demenza che giungono in hospice arrivano nello stato terminale della malattia quando:

- è gravemente compromesso il movimento e l'assunzione del cibo
- il paziente è incontinente
- si sono sperimentati diversi episodi di soffocamento o di difficoltà nella respirazione
- la persona non è più in grado di parlare o comunicare in modo comprensibile
- si registra una perdita significativa di peso

In questa fase insorgono anche altre condizioni patologiche, come polmonite ab ingestis, infezioni delle vie urinarie, ulcere da decubito, e anche malattie cardiovascolari o polmonari, diabete, insufficienza renale, potrebbero

deteriorare significativamente la salute e la funzionalità del paziente.

Nella fase terminale della malattia, l'hospice, con il suo team di professionisti, che include medici, infermieri, assistenti sociali, psicologo e aiutanti sanitari, è la struttura più idonea per assicurare alla persona il comfort più alto possibile. Va considerata con attenzione anche l'opportunità del ricovero, eventualmente in regime di day hospice, nelle fasi più precoci, per offrire al paziente percorsi terapeutici ed assistenziali che possono anche rallentare la ineluttabile progressione di una malattia così invalidante. Con la disponibilità del team di psicologia e di assistenza sociale, è possibile realizzare programmi specifici basati sulla funzionalità cerebrale ancora parzialmente presente.

La Terapia della Reminiscenza è un intervento riabilitativo psicosociale in cui grande importanza assumono i ricordi, considerati spunto per stimolare le risorse mnestiche residue e per recuperare esperienze emotivamente piacevoli.

La persona anziana ha una naturale propensione a rievocare il proprio passato; il ricordo è uno strumento indispensabile per gettare un ponte tra passato, presente e futuro, al fine di interpretare e vivere meglio la realtà quotidiana. Incoraggiando tale processo si potenziano le capacità mnestiche remote, integrando i ricordi passati con quelli recenti e ampliando la memoria recente.

La Terapia della Reminiscenza può svolgersi in modo informale (spontaneamente durante gli incontri giornalieri) o inserita nell'ambito di un'attività strutturata, individuale o di gruppo.

L'utilizzo di questa metodica sembra poter significativamente contribuire a prevenire il processo di disintegrazione della personalità, garantendo l'allenamento mentale necessario per l'attività introspettiva, arricchendo i propri ricordi e facilitando gli aspetti relazionali.



La Terapia della reminiscenza, Life Review Therapy, teorizzata da Robert Butler all'inizio degli anni '60, utilizza l'approccio narrativo. Butler ebbe l'intuizione di sfruttare la naturale tendenza degli anziani a ricordare e a voler condividere esperienze del passato; cominciò a considerarla non come un segnale negativo, indicativo del declino cognitivo, ma come una risorsa di cui avvalersi per migliorare il benessere psicofisico e il tono dell'umore delle



persone anziane, per limitarne l'isolamento e per mantenere e rinforzare l'autostima e l'identità personale. Il ricordo diventa quindi lo strumento principe per gettare un ponte tra passato e presente, al fine di poter interpretare e vivere meglio la realtà quotidiana. Ciò è possibile grazie al fatto che la memoria autobiografica subisce una compromissione importante solo in una fase tardiva della

*Mio padre è stato un brillante professionista, un problem solver creativo nel settore della comunicazione. Dopo la prematura morte di mia madre, ho assistito ad un costante calo delle sue facoltà intellettive, fino ad alternare momenti di temporanea demenza ad episodi di parziale paralisi psico-somatica.*

*Con mio padre ho vissuto in prima persona i drammi della demenza. Un uomo brillante inciampato in questa patologia che gli ha fatto perdere il suo amore per la vita. Prima solo piccoli segnali di confusione e perdite, temporanee, di memoria; con il tempo il disturbo è diventato sempre più brutale.*

*Cercavo di trascorrere con lui tutto il tempo che il lavoro e gli impegni familiari mi concedevano; mi accorgevo che, all'improvviso, si illuminava in momenti di assoluta chiarezza mentale, e ciò accadeva soprattutto quando lo coinvolgevo nel mio lavoro (che poi era stato il suo per decenni); mi dava ancora preziosi consigli e suggerimenti ai quali io, da solo, non ero arrivato. Quando, inevitabilmente, andavo via, la badante mi riportava che il suo rinnovato entusiasmo si sostituiva con chiari segni di frustrazione, panico e paura ... si richiudeva di nuovo nel suo mondo in solitudine.*

*Incuriosito da quanto avevo osservato, ho cercato di documentarmi e ho trovato che recentemente sono stati avviati programmi di ricerca nel campo della Terapia della Reminiscenza, con lo scopo di mettere a punto soluzioni in grado di accompagnare gli Anziani in un percorso per migliorare il proprio stato psico-fisico a lungo termine.*

*L'efficacia della Terapia della Reminiscenza inizia ad essere comprovata scientificamente; le ricerche sull'efficacia della sua implementazione con le nuove tecnologie emotive sono ancora recenti ma già si evidenziano segnali significativi per essere un ottimo ausilio.*

*malattia: il recupero dei ricordi è pertanto meno difficile di quanto si pensi e permette di superare le frustrazioni che nascono dall'incapacità d'immagazzinare materiale nuovo. Quella che ci viene raccontata è la storia come viene sentita e ancora vissuta da chi racconta, come ancora risuona dentro chi narra.*

La Life Review Therapy è un trattamento psicologico che prevede la discussione di attività passate, eventi e esperienze, con la persona o con un gruppo di persone. Per favorire il riemergere dei ricordi, il laboratorio di reminiscenza utilizza video, musica vintage, programmi televisivi d'epoca, immagini, libri di storia, oggetti, fotografie, articoli, letture.

Stimate in questo modo, le persone con demenza riescono a rievocare i ricordi della loro infanzia e della loro giovinezza provando piacere nel raccontarli. La conversazione va sempre tarata sulla persona e sui suoi deficit, cercando di non farla sentire in difficoltà in caso non dovesse ricordare ed evitando argomenti difficili da comprendere o dolorosi.

Il laboratorio di reminiscenza va incontro alla normale tendenza dell'anziano di rievocare ricordi del passato e permettono di dare voce e rivivere frammenti della propria vita; un ascolto attento ed un interesse partecipe sembrano influenzare l'umore della persona in senso positivo e migliorare l'autostima. Alcuni studi hanno evidenziato la sua efficacia nel migliorare l'umore anche nelle persone anziane senza demenza.

È importante formare gruppi di massimo di 5-6 partecipanti, con un livello cognitivo omogeneo, per permettere a tutti di essere coinvolti, evitare confusione e permettere all'operatore una buona conduzione.

Le persone vanno incoraggiate a raccontare le esperienze importanti della propria vita attraverso l'uso di fotografie da condividere con il gruppo. Tra gli argomenti possono essere scelti periodi storici, come il periodo della guerra, del terremoto etc., oppure eventi come il matrimonio, la nascita dei figli, il lavoro, la scuola, l'innamoramento, gli sport praticati, le vacanze, le festività.

Anche le tecnologie digitali possono essere validi strumenti per sostenere l'erogazione di

tali terapie. È possibile costruire set che ricreano scene nostalgiche, riportando indietro la memoria ai momenti della loro vita in cui erano più giovani; in questi ambienti simulati vengono utilizzate tecnologie per la Realtà Virtuale, creando dei portali della memoria, oppure ricreare spazi immersivi virtuali in cui il soggetto può spaziare con l'immaginazione. In questi ambienti si possono vivere esperienze coerenti con i ricordi del paziente. I partecipanti, con l'aiuto di un assistente, possono scegliere tra esperienze su una spiaggia negli anni '60, trovarsi in una sala da tè degli anni '50 o creare un itinerario per i viaggi nel tempo.

L'evoluzione di queste terapie non farmacologiche è sorprendente. Nel Regno Unito è in programma l'apertura di Villaggi della Demenza che forniscono ambienti familiari e stimoli in sintonia con i ricordi e i punti di riferimento dei suoi abitanti. Questi possono scegliere di vivere in una casa in stile anni '50 o visitare un negozio degli anni '70, oppure avere a disposizione sistemi radiotelevisivi a circuito chiuso che trasmettono palinsesti coerenti con quelli in onda negli anni della loro gioventù.

Siamo ancora ben lontani dal programmare esperienze simili ma, anticipando il ricovero in hospice ben prima della fase terminale, le nostre strutture, con i loro team di psicologi e assistenti sociali, possono cominciare a muovere i primi passi in tal senso.

## BIBLIOGRAFIA

- A. Lazar et al.: *Systematic Review of Technology for Reminiscence Therapy*, 2014, *Health Education*
- *Sage Journals*: P. Klein, M.Uhlig, H.Will, "The Touch and Feel of the Past"
- *Using Haptic and VR Artefacts to Enrich Reminiscence Therapy for People with Dementia*", 2018, *Technologies*

# La relazione medico-paziente

CARLO NEGRI  
NAPOLILAB

La comunicazione dei sanitari coi pazienti rappresenta, da sempre, un aspetto complesso da gestire. Instaurare un rapporto fiduciario, una alleanza terapeutica, risulta fondamentale non solo per la compliance ma anche per migliorare il percorso di cura.

Un comportamento troppo empatico o troppo distaccato è in entrambi i casi nocivo alla relazione col malato. Il problema investe soprattutto i medici, in quanto infermieri, fisioterapisti, tecnici, OSS e altre figure del settore sanitario sono considerate dal paziente più vicine a lui, una sorta di rapporto inter pares che abbatte molte barriere e favorisce il dialogo spontaneo con domande che solitamente non vengono poste al medico per una sorta di timore reverenziale che accomuna molti malati.

## Dal modello *disease center medicine* al modello *patient center medicine*

Nel mondo anglosassone le *Medical Humanities*, l'umanizzazione delle cure, hanno portato a un approccio sempre più orientato al paziente, evidenziando non solo gli aspetti oggettivi della malattia, espressa in inglese *disease*, ma anche quelli soggettivi del malato, *illness*, collegati alla stessa.

Negli ultimi secoli ci si è focalizzati sulla *disease center medicine*, mettendo al centro dell'attenzione del medico la malattia trascurando il malato, assimilandolo all'organo da curare; solo recentemente l'attenzione è stata posta sempre più sulla *patient center medicine*, la centralità del paziente.

Il modello più diffuso ancora oggi è quello *biomedico*, di cui la biologia molecolare costituisce la disciplina scientifica fondante.

Tale modello sostiene che per ogni malattia esiste una causa biologica primaria, oggettivamente identificabile. Il medico è

l'attore principale del percorso di cura, a lui è affidato il compito di ricercare la presenza di patologia nei malati, tramite una diagnosi corretta, e di intervenire con strategie terapeutiche scientificamente testate e validate.

Aspetto caratterizzante del *modello biomedico* è



che la malattia è diversa dal malato ma è uguale in ogni paziente. I protagonisti quindi della consultazione medica sono il *disease* e l'esperto del *disease*, il medico, che è l'unico custode di conoscenza: ricerca i segni e i sintomi della malattia, studia i risultati delle indagini diagnostiche, e infine decide quali trattamenti somministrare. Il paziente è presente solo come figura accessoria e il fine della comunicazione col malato è solo quello di individuare le informazioni rilevanti per la diagnosi del problema prettamente biologico, eliminando a priori le informazioni connesse con tutto ciò che non lo è.

Lo stile di conduzione del colloquio medico-paziente, definito *doctor centered* (Moja, Vegni, 2000), è così caratterizzato da *domande chiuse* e dal progressivo ridursi degli interventi da parte del paziente, che sono in funzione della conferma o della disconferma dell'ipotesi del medico. Il sanitario ha quindi un controllo costante sulla *quantità* e sulla *qualità* delle informazioni: per quanto riguarda la *quantità* il malato è limitato dalle domande chiuse e dalle interruzioni del

sanitario; per ciò che concerne la *qualità*, il paziente deve rispondere a domande pertinenti alla malattia secondo il punto di vista del medico. Tale modello risulta riduttivo in quanto si basa sulla mera dimensione biologica, molecolare della patologia e non considera gli aspetti psicologici e sociali della persona.

Nella pratica clinica la medicina di precisione, la terapia personalizzata, è spesso interpretata osservando unicamente le reazioni del paziente alla terapia e trattamenti prescritti, cercando tempi e dosaggi efficaci e poco invasivi, ma trascurando l'impatto psicologico della malattia sulla persona e il cambiamento dello stile di vita imposto da quando è insorta.

Lo sviluppo del modello *patient centered* si deve in particolare allo psicanalista ungherese Michael Balint, inventore di una particolare metodologia formativa, chiamata in seguito *Gruppo Balint*, elaborata per migliorare le capacità dei medici di usare la relazione interpersonale coi pazienti come fattore terapeutico. Per oltre cinque anni Balint e la moglie organizzarono gruppi formati da 8-12 medici, moderati da uno psicoanalista o un medico adeguatamente formato, che si riunivano per un'ora e mezza con cadenza settimanale per condividere esperienze relative a casi clinici e criticità nel rapporto medico-paziente, e come risolverle tramite l'ascolto e la comprensione delle unicità del malato, trasformando così la relazione in un ulteriore elemento di cura.

Altro autore importante della medicina basata sulla centralità del paziente è stato lo psichiatra statunitense George Libman Engel: a lui si deve l'elaborazione del modello *biopsicosociale*, e non più solo *biologico*, focalizzato su fattori genetici, biochimici e molecolari, ma allargato anche a fattori *psicologici*, quali personalità, atteggiamento, comportamento etc. e *sociali*, come quelli familiari, socioeconomici, culturali... Tale

approccio prevede un modello sistemico dell'uomo, formato dalla coesistenza di più sistemi specifici, in cui la malattia è considerata un'alterazione, anche a livello psicologico e sociale, del contesto in cui il malato vive.

I lavori di Balint e di Engel rappresentano le premesse fondamentali per l'introduzione del modello *patient centered*, che integra gli aspetti della medicina tradizionale con una visione in cui il malato è protagonista, avendo pari valenza sia la patologia del paziente, in ambito biologico, che il suo vissuto di malattia.

La maggiore differenza con il modello *disease centered* è sul piano relazionale: il rapporto tra medico e paziente non è più un mezzo per formulare una diagnosi, ma diventa essa stessa un fine della medicina, una parte del processo di cura focalizzato sul paziente.

Questo nuovo approccio clinico, quindi, non si occupa più solo del *disease*, cioè delle alterazioni delle variabili biologiche che portano alla malattia, ma anche di *illness*, complementare al *disease*, mirando a comprendere la dimensione puramente soggettiva del vissuto della malattia che è personale, e che appartiene al solo paziente, unico individuo che può raccontare segni e sintomi e la propria esperienza di malattia.

Il modello *patient centered* presenta quindi un duplice scopo: il primo è quello di trattare il *disease*, il secondo è valutare l'*illness*, il comprendere l'impatto della malattia sul paziente, le sue paure, preoccupazioni, riverberi a livello personale, familiare e sociale.

### **Colloquio clinico e comunicazione**

Un primo aspetto fondamentale è il distinguere la comunicazione dall'informazione: la seconda è un processo di acquisizione di conoscenze, un passaggio di dati; la comunicazione, invece, prevede che le informazioni vengano condivise, messe in comune, ed è caratterizzata dall'intenzionalità dei partecipanti al dialogo.

Esistono quattro tipologie di comunicazione:

- Verbale: in cui lo scambio comunicativo avviene tramite le parole;
- Non verbale: costituita da postura, gesti, movimenti degli occhi, espressioni del viso;
- Paraverbale: basata su tono e timbro della voce, volume, ritmo del parlare;
- Simbolica: caratterizzata dal modo di vestire, dagli oggetti di cui la persona si circonda.

Gli studi hanno evidenziato tre funzioni prioritarie della comunicazione nel colloquio clinico:

- 1) Raccogliere informazioni dal paziente;
- 2) Restituire informazioni al paziente;
- 3) Co-costruire o mantenere la relazione medico-paziente.

Per quanto esposto, risulta che le capacità comunicative del medico devono essere incentrate su due direttrici: la capacità di chiedere (questioning skills) e quella di ascoltare (active listening skills). La prima capacità fonda sull'uso di domande chiuse, che prevedono una risposta specifica e breve, utili a focalizzare una sintomatologia, ad acquisire dati per la formulazione di una diagnosi; e domande aperte, che richiedono risposte elaborate e complesse permettendo al paziente di narrare il suo vissuto di malattia, il suo punto di vista.

La capacità di ascoltare prevede anche l'uso del silenzio: sebbene poco praticato dal medico durante la visita, consente al paziente di continuare a esprimere i propri pensieri.

Una comunicazione caratterizzata dall'uso frequente di interruzioni da parte del sanitario può compromettere la completezza dell'anamnesi. L'ascolto attivo del paziente può essere facilitato, oltre che dal silenzio, anche da tecniche di continuazione, ovvero brevi frasi del medico (ad es. "bene", "mi dica", "vada avanti" etc.) che permettono al paziente di parlare della sua patologia e dei sintomi con parole proprie.

## Comunicare a e comunicare con

Maria Paola Zamagni, professore ordinario di Psicologia Generale presso la scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bologna, in una pubblicazione del 2017 per *Psychofenia* ( n . 3 5 - 3 6 / 2 0 1 7 ) s u l l a comunicazione medico-paziente, pone l'accento sulla preposizione per evidenziare una delle problematiche nella costruzione del rapporto di cura.



Il medico di norma comunica al paziente la diagnosi, la prognosi, la terapia, ma non comunica col paziente: *“Si parla poco però con il malato, che il più delle volte resta in ombra, confuso con la sua malattia, quasi non avesse una sua storia e una sua identità. Elementi questi tutt'altro che irrilevanti nel decorso della malattia potendo facilitare o interferire non solo sulle decisioni che lo riguardano in prima persona, ma anche sulla qualità di vita, spesso soggetta a brusche modificazioni che alterano il comportamento abituale e l'immagine corporea”*.

Altro fattore importante è l'impatto della malattia sul partner, in una relazione di coppia. Se – sottolinea la Zamagni – in alcuni casi lo rinforza, in altri può determinare un allontanamento del coniuge o compagno, che si trova catapultato nel difficile mestiere di caregiver, spesso più fragile emotivamente dello stesso malato e non per superficialità o

indifferenza, ma per incapacità a gestire insieme un nuovo stile di vita, caratterizzato da forte precarietà e sofferenza. Ciò comporta l'interruzione di un flusso comunicativo spontaneo, limitandosi a poche frasi con lo sforzo di mantenere una presunta normalità.

In campo sanitario, sebbene siano chiari i significati di informazione e di comunicazione, frequentemente non ci si sofferma sulla differenza sostanziale delle preposizioni a e con nel processo di comunicazione.

*“Nell’interazione con il paziente – riporta la Zamagni - <<comunicare a> è per molti aspetti assimilabile al processo di informazione: il medico trasmette con oggettività e con la maggior chiarezza possibile dati di conoscenza*

*riguardanti la diagnosi e le strategie di intervento. Nelle situazioni critiche l’esperto non farà mancare, con parole e con espressioni rassicuranti e benevole, l’incitamento ad aver fiducia nei protocolli clinici, a non deprimersi e a collaborare. Nello spazio di pochi minuti si esaurisce la <<comunicazione a>>: il paziente ora sa il nome della malattia e cosa l’attende sul piano pratico nel breve/lungo periodo”.*

Nel caso di diagnosi grave le reazioni del paziente sono emotivamente molto forti e variegate: c’è chi piange, chi impreca, chi prega

Dio, chi si ammutolisce in un meccanismo psicologico di *negazione* del fatto o di *straniamento* ergendo una barriera protettiva fra sé e ciò che viene ritenuto inaccettabile, deconcentrandosi da ciò che viene detto e focalizzando l’attenzione su elementi

marginali, tentando una via di fuga da una triste realtà.

Per quanto un medico possa aver frequentato corsi di comunicazione efficace e di marketing relazionale, assimilando tecniche e strumenti idonei nell’instaurare un rapporto in contesti sociali o generici, in ambito terapeutico può aiutare a *rompere il ghiaccio* in fase iniziale,

ma solo la conoscenza personale e del vissuto del malato può guidare il curante verso il giusto atteggiamento empatico e intuitivo col paziente, evitando frasi stereotipate a non deprimersi e continuare a lottare; espressioni che, troppo spesso, risultano prive di senso per il malato, a cui si aggrappano inizialmente ma che poi comportano delusione e amarezza, e un profondo senso di solitudine, di scoramento.

Per evitare errori e burnout eccessivo, causato quest’ultimo dal *distress* emotivo di un modello comunicativo troppo empatico, molti medici si limitano al solo rapporto professionale, con uno stile basato su correttezza e competenza, proteggendosi così da un coinvolgimento emotivo troppo forte e da potenziali malintesi e fraintendimenti col paziente.

Al di là di uno stile di comunicazione troppo amichevole o distaccato, il punto cruciale è il come *dire* le cose al paziente, come parlare in modo sensibile, e ciò può essere agevolato dalla conoscenza della sua storia, l’osservazione di atteggiamenti e comportamento, e non solo dall’anamnesi presente nella sua cartella clinica.

Mentre la *comunicazione a* è informativa e unidirezionale, la *comunicazione con* è invece bidirezionale e dialogica, e si evolve notevolmente quando si trasforma in relazione, che comincia con la diagnosi e continua con la terapia di cura, accompagnando il paziente con costanza e per gradi nella sua esperienza di malattia.

Lo stile di comunicazione relativo alla soddisfazione del paziente include empatia, cortesia, rispetto e attenzione alle richieste del malato. Inoltre adottare un atteggiamento caldo, solidale ed empatico garantisce al medico di evocare la fiducia nei suoi pazienti che saranno più disposti a rivelare le loro emozioni e a parlare delle loro reali preoccupazioni, nonché alla compliance terapeutica.

Inoltre, data l'incapacità dei pazienti di valutare le procedure mediche, essi spesso tendono a valutare la loro esperienza in termini di capacità di comunicazione degli operatori sanitari e della capacità di instaurare una buona relazione.

Il linguaggio da utilizzare deve essere semplice e chiaro, adatto alle caratteristiche culturali e intellettuali del soggetto, evitando termini scientifici complessi e difficilmente comprensibili.

E' da evitare una comunicazione frettolosa in ambienti inidonei, quali i corridoi ospedalieri, ma dovrebbe essere svolta coi giusti tempi in un setting accogliente, osservando il paziente, i suoi gesti, la mimica, il tono della voce, cercando di intercettare

aspetti caratteriali e non solo clinici, preoccupazioni e timori che complicano il percorso sanitario e l'aderenza alle cure.

Questa è l'essenza delle *Medical Humanities* e della loro componente principale, la Medicina Narrativa.

## BIBLIOGRAFIA

Capone, V. (2011). *Percezioni di efficacia comunicativa e burnout dei medici ospedalieri*. *Psicologia della Salute* Majani, G. (2001). *Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica*. Milano: McGraw-Hill.

Moja, E.A., Vegni, E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Zamagni, M.P. (2017). *Grammatica e metafore in medicina*. *Psychofenia* n. 35-36



# XXX° Congresso Nazionale Riccione, 16-18 novembre 2023

XXX Congresso Nazionale SICIP  
**dignità.complexità@sicp30**  
Riccione, 16-18 novembre 2023

# Il grande museo dei ricordi italiani

**ALBERTO VITO**

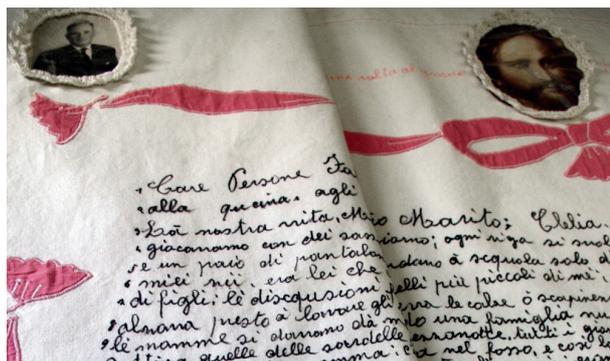
RESPONSABILE PSICOLOGIA A.O. DEI COLLI

Tutti sappiamo che in Italia vi sono alcuni dei musei e siti archeologici più belli al mondo. Pompei, il Mann, Gli Uffizi, il Colosseo e i Fori Imperiali, i Musei Vaticani, la Pinacoteca di Brera, Palazzo Ducale a Venezia, Paestum sono luoghi di una bellezza ineguagliabile che a giusta ragione contano milioni di visitatori all'anno, sia italiani che stranieri. Tuttavia, nel nostro paese esistono una rete di piccoli musei, scarsamente frequentati e poco noti, che invece meritano una grande attenzione, in quanto depositari di opere d'arte inestimabili, che si possono trovare solo da noi, in virtù del passato delle nostre terre. Ad esempio, per restare in Campania, consiglio una visita al Museo archeologico del Sannio Caudino, a Montesarchio, tra l'altro molto ben tenuto, dove è possibile vedere quello che è stato definito il vaso più bello del mondo, ovvero un cratere a calice decorato con figure rosse realizzato dall'artista Assteas nel IV sec. a.C.

Spostandoci in Toscana, sono venuto a conoscenza quest'estate di un'altra piccola meraviglia del nostro bel paese, uno spazio commovente e speciale, costituito dalle testimonianze autobiografiche di tantissimi sconosciuti. Si tratta del "Piccolo Museo del Diario", si trova a Pieve Santo Stefano (Arezzo) e contiene ben diecimila diari privati. È stato inaugurato nel 2013, per esporre al pubblico le migliaia di testi autobiografici, diari, epistolari e scritture private conservate nel preesistente Archivio Diaristico Nazionale. Questo era nato già negli anni ottanta a partire un'idea del giornalista e scrittore Saverio Tutino, a cui si deve il merito di aver iniziato la raccolta degli scritti di persone comuni. Attualmente è possibile visitare il museo con un percorso sensoriale interattivo, con il quale si possono conoscere in modo coinvolgente le scritture di tante persone comuni che, messe insieme, forniscono uno spaccato della storia italiana.

Infatti, il genere letterario del diario quasi mai è formato solo da una mera elencazione di avvenimenti o attività. Nel diario sono riportate le emozioni, le riflessioni, il vissuto che accompagna ciò che è narrato. Colpisce che l'insieme di tanti racconti privati, oltre al valore emozionale, diventi uno straordinario strumento a disposizione degli storici per comprendere l'evoluzione del nostro paese. Si tratta di un vasto numero di documenti, scritti "dal basso" magari per pochi lettori immaginari e privi di retorica, preziosi per comprendere l'evoluzione del nostro paese.

L'opera che incuriosisce di più è certamente il Diario di Clelia Marchi, una contadina di modesta estrazione culturale. Ella, circa cinquant'anni fa, in seguito alla morte del suo amato marito scrisse la loro storia nell'unico spazio a sua disposizione, ovvero il lenzuolo matrimoniale del corredo, volutamente inutilizzato dopo il decesso del coniuge.



Sempre a Tutino si deve l'idea di istituire un premio nazionale da attribuire ogni anno al migliore manoscritto pervenuto. Tra l'altro quest'anno la manifestazione, giunta alla 39° edizione e che si tiene a metà settembre, è dedicata al centenario della nascita di Tutino e prevede un programma di iniziative particolarmente ricco e suggestivo.

# 88 Divagazioni

## Psicologia, ricordi e altri pensieri

DI ALBERTO VITO



ALBERTO VITO

88

**divagazioni**

Psicologia, ricordi e altri pensieri

*prefazione di*  
CRISTIANO GATTI

*postfazione di*  
VINCENZO PERONE

I social network hanno costruito il loro successo su nuove forme di linguaggio e, con forme essenziali di comunicazione, hanno cambiato il nostro modo di comunicare; ma le storie brevi, anche non veicolate da immagini, restano nella mente del lettore molto più delle 24 ore a cui ci stiamo abituando.

L'ultima fatica di Alberto Vito, con il suo stile essenziale e diretto, propone 88 stori e narrative su tematiche di psicologia, attualità e politica, mescolate ad aneddoti personali, che permettono al lettore di rispecchiarsi in esperienze che, solo in apparenza, non lo riguardano, ma lo stimolano ad un'esistenza piena, viva e produttiva dal punto di vista esistenziale.

Alberto Vito, napoletano orgoglioso della propria città, è uno psicologo, psicoterapeuta familiare, responsabile dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica degli Ospedali dei Colli.

# Gli Stati Generali degli Assistenti Sociali

ANTONIO COPPOLA  
DIRETTORE COORDINAMENTO SOCIO-SANITARIO - ASL SALERNO

Si sono svolti a Roma il 21, 22 e 23 marzo scorsi gli Stati Generali degli assistenti sociali.

L'evento ha coniugato la celebrazione della Giornata Mondiale del Servizio Sociale (21 marzo) con un importante anniversario, cioè i trent'anni dell'Ordine degli Assistenti Sociali (1993-2023). Hanno partecipato non solo assistenti sociali, ma anche, fra gli altri, esperti, studiosi, politici, giornalisti, esponenti della società civile.



Il tema della giornata, *'Rispettare la diversità attraverso un'azione sociale comune'*, sottolinea la stretta relazione tra la specificità dei diversi contesti locali nazionali e la caratterizzazione globale dell'azione professionale; ciò significa coniugare l'expertise locale con quello globale, per azioni trasformatrici basate su valori comuni. L'apertura a soggetti diversi e l'attenzione alla dimensione globale del social work rivelano indubbiamente un approccio non autoreferenziale da parte del servizio sociale italiano, bensì un'apertura 'plurale' al confronto e al dialogo, un'attenzione particolare a processi di trasformazione della società e delle politiche nel panorama internazionale. Al tempo stesso, il focus sui trent'anni dell'Ordine mette in evidenza il bisogno di riflettere sulla specificità e sulla qualità del servizio sociale in Italia. L'ottica proposta negli Stati Generali non si limita a valorizzare il percorso fatto ma è proiettata

*trent'anni dall'approvazione della Legge n. 84 del 1993, che ha istituito l'Ordine Professionale degli Assistenti Sociali.*

*Un particolare pensiero riconoscente va a Paola Rossi, recentemente scomparsa, prima Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali, pioniera del servizio sociale e protagonista del percorso conclusosi con l'istituzione dell'Ordine.*

*Il Parlamento ha voluto attribuire il giusto riconoscimento a una professione che pone al centro della propria attività la persona e contribuisce a tutelarne i diritti individuati dalla Costituzione.*

*La Repubblica è grata per il lavoro svolto in tutti questi anni da migliaia di professionisti impegnati quotidianamente per la tutela dei cittadini più vulnerabili, un'azione preziosa che ha alimentato il capitale sociale del Paese. Dignità, inclusione e giustizia sociale, miglioramento della coesione e della qualità di vita dei membri delle comunità, sono i termini che lo hanno caratterizzato.*

*È un'attività impegnativa in una società che si caratterizza per un progressivo aumento della complessità di vita e delle difficoltà delle persone.*

*Il Servizio sociale, di cui gli assistenti sociali sono interpreti, assolve a un ruolo fondamentale anche nell'integrazione sociosanitaria, componente essenziale dello stato di salute di ogni popolazione, sfida che l'Italia ha dovuto affrontare anche nella recente pandemia.*

Sergio Mattarella

anche sul futuro, come indicato dai titoli delle giornate dei lavori: 'Assistenti sociali e...i temi del presente e del futuro', 'Il futuro in un anniversario'.

In merito al percorso fatto, va ricordato il riconoscimento ricevuto al termine degli Stati Generali dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, che ha rilasciato una dichiarazione ufficiale in cui esprime gratitudine 'per il lavoro svolto in tutti questi anni da migliaia di professionisti impegnati quotidianamente per la tutela dei cittadini più vulnerabili, un'azione preziosa che ha alimentato il capitale sociale del Paese'. Il Capo dello Stato, che ha ricordato la prima presidente dell'Ordine Paola Rossi, ha inoltre posto l'accento sull'attenzione della professione alla centralità della persona e sull'impegno per la dignità, l'inclusione e la giustizia sociale, il miglioramento della coesione e della qualità di vita dei membri delle comunità. Rimarcato anche il ruolo fondamentale della professione 'nell'integrazione sociosanitaria, componente essenziale dello stato di salute di ogni popolazione, sfida che l'Italia ha dovuto affrontare anche nella recente pandemia'.

La celebrazione del trentennale offre un'occasione preziosa per riflettere sull'Ordine e sulle sue funzioni in prospettiva futura. Il percorso che conclude il trentennio, in realtà, continua nel progressivo aumento della complessità nella società, nelle vite delle persone, nelle difficoltà che queste devono affrontare. In quest'ottica, come afferma Dente, 'gli albi delle professioni di aiuto si muovono nella direzione di assicurare al cittadino un livello qualitativo della prestazione del professionista al quale sono richieste puntuali e competenti prestazioni intellettuali che devono essere ispirate al valore assoluto della conoscenza, dell'etica e della deontologia professionale'.

Proprio sul tema della conoscenza riteniamo importante soffermarci, per sottolinearne la centralità nell'attuale complessa fase storica, caratterizzata da studi, riflessioni e dibattiti su prospettive di mutamenti futuri, che coinvolgono il sistema formativo universitario e l'Ordine

professionale. La conoscenza, infatti, è un aspetto inerente e insuperabile della professione intellettuale ed è evidente che la stessa non può essere valutata dal mercato ma dalle università, che, in un ordinamento come il nostro, nel quale il titolo di studio valore legale, sono deputate all'offerta formativa in stretta sinergia con le organizzazioni professionali.



L'attività dei professionisti 'è esercitata non solo per uno scopo economico personale ma per un fine diretto di utilità sociale, per cui il professionista (...) non può essere lasciato arbitro della propria formazione'. Dunque, la professione del servizio sociale, come tutte quelle esercitate con lavoro intellettuale, richiede necessariamente l'acquisizione di competenze basate sull'apprendimento di teorie, metodologie, saperi teorico-pratici di un settore di conoscenza formalizzato, nell'ambito del sistema formativo universitario. Il possesso di un elevato livello di conoscenze scientifiche conferisce alle professioni 'la capacità di prendere le decisioni sul proprio lavoro al riparo dal giudizio degli estranei', ovvero di coloro che non in grado di valutare gli interventi delle professioni stesse. L'aver acquisito conoscenze scientifiche, in tal senso, conferisce autonomia ai professionisti. Al tempo stesso, questi devono dare ai cittadini delle garanzie 'in ragione della loro preparazione professionale, della loro

*responsabilità etica e patrimoniale, della loro adeguatezza organizzativa, della completezza e attendibilità delle informazioni, della corrispondenza dei compensi alla qualità delle prestazioni fornite*'. Va ricordato in proposito che la riforma degli ordinamenti professionali del 2012 (DPR 137/2012) ha avuto tra gli obiettivi proprio quello del rafforzamento di tali garanzie. È evidente che per tale obiettivo vi è la necessità di porre particolare enfasi sulla formazione specifica che caratterizza le professioni ordinate, necessaria per l'esercizio di attività riservate.

Per quanto riguarda il servizio sociale, va ricordato che si è avviato da tempo un processo di studio e riflessione su tematiche quali il riconoscimento delle discipline di servizio sociale in ambito accademico e i bisogni formativi dei futuri assistenti sociali; più in generale, la formazione al servizio sociale appare sempre più al centro dell'attenzione, non solo nell'ambito della letteratura scientifica. Gli Stati Generali, nel già richiamato intreccio tra dimensione internazionale e nazionale, hanno rappresentato un luogo di confronto anche sulla formazione, con spunti di riflessione interessanti. È stato evidenziato in proposito il percorso che resta ancora da fare in Italia per il raggiungimento degli standard stessi.

Ricordiamone solo alcuni: la definizione di meccanismi chiari per l'attuazione e la valutazione delle componenti teoriche e di formazione sul campo; l'attenzione alla revisione e allo sviluppo costanti dei programmi; indicazioni chiare per l'uso etico della tecnologia e dei media nella formazione; il supporto agli studenti per sviluppare capacità di pensiero critico e atteggiamenti di ragionamento scientifico; percorsi formativi adeguati nella durata e nelle opportunità di apprendimento, per garantire che gli studenti siano preparati alla pratica professionale.

Proprio sulla durata del percorso formativo universitario è emerso negli Stati Generali un orientamento verso un percorso di studi più lungo degli attuali tre anni, per poter accedere all'esame di Stato e dunque alla professione. L'obiettivo è quello di promuovere l'eccellenza nella formazione, che dev'essere sempre più adeguata e approfondita nella crescente complessità, nell'approccio alle diversità. Nel workshop "Contesti professionali", in particolare, è emerso *'il richiamo ad una formazione accademica completa, conforme alle richieste del mercato del lavoro (sia esso pubblico o privato o libero professionale), che si esprime necessariamente in un percorso magistrale e che preveda una corposa integrazione di discipline di servizio sociale proprio al fine di rafforzare competenze e capacità sia per le nuove generazioni professionali sia per chi perfeziona il proprio curriculum con master e percorsi di alta formazione'*.

Nella fase storica attuale, caratterizzata da un grande fabbisogno di assistenti sociali che vadano a coprire i posti richiesti dai diversi enti nel sistema di welfare, la prospettiva di prolungare la formazione dei futuri assistenti sociali richiede tuttavia un processo di riflessione articolato, attento ad interrogarsi su diverse questioni rilevanti. Citiamo ad esempio il problema dell'esiguo numero di assistenti sociali incardinati e a tempo pieno nelle università, oltre alla necessità per il servizio sociale di interagire a più livelli con un mondo complesso, come quello accademico, sostenendo posizioni che siano al tempo stesso di difesa della propria identità e di attenzione ai rischi di chiusura autoreferenziale. Un processo ricco di sfide per la formazione degli assistenti sociali, uno dei "temi del presente e del futuro" indicati dagli Stati Generali, sul quale occorrerà proseguire un dibattito costruttivo.

# La psicologia nel fine vita

SILVANA SELMI  
PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA, MEMBRO DEL COMITATO TECNICO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

ROBERTA VECCHI  
PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA, HOSPICE PINETA DEL CARSO, DUINO AURISINA, TRIESTE

Trattare di psicologia in cure palliative e in cure palliative pediatriche significa intraprendere differenti sentieri che – inizialmente un po' ardui, ma che con il tempo, resisi più facilmente percorribili – conducono tutti a migliorare l'assistenza delle persone che si apprestano a traversare il sottile segmento che divide la vita dalla morte.

Questi sentieri, che hanno definito la specificità delle professioni dello psicologo in cure palliative presentano delle chiare connotazioni, quali normative, conoscenze e competenze, sensibilità, umanità, disponibilità e gentilezza.

## Le Norme

La figura dello Psicologo riceve una costante attenzione dalle differenti norme che trattano di cure palliative le quali pongono degli attenti riferimenti sul suo operato.

Con la Delibera n. VII/39990 del 30 Novembre 1998 che istituisce le Unità Operative di Cure Palliative (U.O.C.P.) vengono specificati i tipi di intervento dello Psicologo Psicoterapeuta quali la valutazione multidisciplinare in équipe, il colloquio, le valutazioni psicologiche, il counselling rivolto alla famiglia della persona malata.

Con il D.M. 28 Settembre 1999 si fa cenno all'inserimento dell'assistenza psicologica in tutti i servizi territoriali che erogano cure palliative.

Il D.C.P.C.M. 20 Gennaio 2000, tratteggiando i requisiti minimi dei nodi di rete in cure palliative, sottolinea come imprescindibile il supporto psicologico.

Con il Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 2000 vengono estesi gli ambiti di intervento dello Psicologo all'équipe di cura e con il D.P.C.M 29 novembre 2001 l'assistenza psicologica viene riconosciuta per tutti i malati con patologie non guaribili.

Con l'Accordo Stato-Regioni 27 Giugno 2007, la figura dello Psicologo si affianca ai minori con malattie life-limiting e life-threatening e

## IL TEMPO DELLA CURA E LA CURA DEL TEMPO



alle loro famiglie.

Chiave di volta per le cure palliative è la Legge 15 Marzo 2010 n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla Terapia del Dolore" dove in diversi articoli si fa cenno alle terapie psicologiche in ambito dell'adulto e del minore.

Con il D.M. del 4 Aprile 2012 si evince come le conoscenze dello Psicologo vengono istituzionalizzate e di fatto trasmesse ad altri componenti dell'équipe di C.P. per mezzo dei differenti Master di II Livello (per Medici, Infermieri e Psicologi).

Su sollecitazione dell' European Association for Palliative Care (E.A.P.C.), nel 2013 escono il Core Curriculum dello Psicologo in cure

palliative, a cura di S.I.C.P., e del II Core Curriculum dello Psicologo in cure palliative pediatriche e terapia del dolore, a cura della fondazione Maruzza Lefebvre d'Ovidio onlus in collaborazione con la Società Italiana Cure Palliative.

Nel 2015 la Società Italiana di Cure Palliative avvia il primo censimento degli Psicologi in cure palliative a cui fa eco, nel 2022, la Survey condotta dal Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi e dal Gruppo Tecnico Cure Palliative e Cure palliative pediatriche per mappare la figura dello Psicologo attivo in cure palliative e terapia del dolore, laddove si evince l'evoluzione della figura professionale che diventa così sempre più definita e strutturata.

Anche la Legge 219 del 22 dicembre 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" riconosce l'assistenza psicologica necessaria per il sostegno del malato e ad avallare il valore del suo operato.

Successivamente con i D.M. per l'Accreditamento delle reti di cure palliative e terapia del dolore del 27 luglio 2020 e D.M. per l'Accreditamento delle reti di cure palliative pediatriche e terapia del dolore del 25 marzo 2021 viene riconosciuto con maggiore concretezza il suo ruolo e la sua professionalità.

### **Le Conoscenze e le Competenze**

Il Gruppo Tecnico degli Psicologi S.I.C.P. ha elaborato il primo Core Curriculum in Cure Palliative; per la sua stesura si sono tenute in debito conto le indicazioni della E.A.P.C., i contenuti del documento dell' EuroPsy e del lavoro svolto dal gruppo tecnico NICE.

Questi i temi individuati e i relativi contenuti che entrano a pieno titolo nelle conoscenze

proprie dello Psicologo Psicoterapeuta che opera nell'ambito del fine vita:

Fondamenti delle cure palliative (definizione, storia, filosofia)

Ruolo professionale dello Psicologo  
Valutazione psicologica

Supporto psicologico e interventi terapeutici

Analisi del clima lavorativo, discussioni dei casi, supporto all'equipe e supervisione psicologica

Strategie organizzative e lavoro di rete

Etica Deontologia e raccolta trattamento dati

Transculturalità

Formazione

Ricerca

Laddove, per ognuna di queste aree, vengono definite le conoscenze, le competenze, i livelli e poste delle riflessioni su consapevolezza.

Il Core Curriculum fornisce ulteriori ragguagli su: Metodologia per l'apprendimento e Standard per i tirocini.



Di seguito, la Fondazione Maruzza Lefebvre sostenuta da S.I.C.P. si è impegnata alla definizione di un Core Curriculum per i differenti sanitari che lavorano nelle Cure Palliative Pediatriche seguendo in qualche modo la struttura precedentemente descritta e diventando importante veicolo di strumenti e abilità per stare accanto ai minori fragili con bisogni speciali.

## Le Conoscenze e le Competenze

In conclusione si riporta una parte dell'intervento del dott. Galgani, Psicologo Psicoterapeuta in Cure Palliative nonché referente della Rete Nazionale di Psicologi, da lui presentato al Convegno organizzato da Psicologi e Psicoterapeuti in Movimento a settembre 2022 a Perugia e che trova spazio anche all'interno del nuovo Manuale pratico di Psicologia in Cure Palliative di Silvana Selmi e Roberta Vecchi, edito da Edra e in fase di stampa, che ben descrive e fa emergere "quel di più" che deve appartenere all'Uomo.

*'... il tempo nella clinica delle cure palliative è sempre tempo con qualcuno: con la persona ammalata, con il care giver o il familiare, con il o i colleghi, con me.*

*Il tempo nella clinica delle cure palliative non è solo la durata, di un colloquio o di un intero percorso, ma è anzitutto una esperienza.*

*Il tempo è il divenire delle cose che si accorge di se stesso Il tempo nelle CP è anzitutto il tempo che ci vuole perché io e l'altro stabiliamo una qualche forma di contatto e, come due musicisti che si incontrano ciascuno col proprio strumento e dopo qualche inchino e qualche piccolo assolo di prova si cerca di costruire insieme una bozza di melodia.*

*Il tempo è il susseguirsi delle note, strampalate, dissonanti o armoniose che si succedono dal primo incontro degli sguardi, dei corpi, degli spazi reciproci, in poi Il tempo è lo spazio stesso che separa e unisce i due musicisti, si allunga, si accorcia, si espande, si rimpicciolisce, come un orologio quantico più che un orologio a lancette Il tempo nelle cure palliative è il tempo delle persone coinvolte ed è il tempo degli incontri che essi realizzano.*

*Nella mia esperienza molte volte ho pensato di aver perso tempo, sia nel lavoro che nella vita, senza mai capire quando essere veloce e quando rallentare.*

*Tante vite mi sono sfuggite di mano mentre facevo altro, mentre aspettavo prima di riaffacciarmi.*

*Tante vite seguono tempi e ritmi e occupano spazi nei modi più disparati e imprevedibili, in ogni istante dai tempi dei tempi, anche adesso che noi siamo qui a questo convegno.*

*Sono riuscito a perdonarmi e riesco a sopportare gli sgambetti del tempo se penso all'incontro come ad un bacio.*

*Credo abbiate tutti l'esperienza di un bacio sulle labbra. Ebbene quando bacciate la persona che amate voi sapete bene che non è questione di quanto dura, di tecnica, e alla fine non lo è nemmeno il dove o il quanto.*

*Un bacio è l'esempio perfetto, più ancora di un abbraccio, di qualcosa che può durare anche solo un attimo, ma evocare e far percepire in tutto il corpo il senso di eternità, un senso di assenza di confini, di appartenenza alla vita e all'Uno, all'intero.*

*Un bacio è Dio, un bacio è tempo che cancella se stesso o moltiplica se stesso. Un bacio dato con amore e con tenerezza avviene sempre in un momento della storia, ma travalica i suoi confini e unisce visibile e invisibile.*

*Io auguro a tutti voi di baciare le persone che incontrate nel vostro lavoro, o di aiutarle a baciare coloro che hanno intorno.*

*E saranno liberi.*

*Per sempre.'*

## La Ricerca

### Un altro modo di essere psicologo in Cure Palliative

A seguito della stesura del Core Curriculum in Cure Palliative Pediatriche, si riporta la sintesi di uno studio del Servizio di Psicologia dell'IRCCS materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste relativo ad una "Rilevazione delle Competenze dei Sanitari in Cure Palliative Pediatriche" in fase di pubblicazione. L'Indagine è parte di un progetto articolato e finanziato dalle Regione Friuli Venezia Giulia che prevedeva attività di ricerca specifica sui pazienti pediatrici con bisogni complessi e patologie «life-limiting» o «life-threatening». Un braccio del progetto ha inteso misurare tre aspetti delle conoscenze dei sanitari che operano nell'area delle Cure Palliative Pediatriche:

1. quanto si ritiene di conoscere (valutazione soggettiva)
2. quanto si vorrebbe conoscere (valutazione soggettiva)
3. quanto effettivamente si conosce (valutazione oggettiva items ECM)

È stato sviluppato un questionario avvalendosi dell'expertise della Struttura Dipartimentale di Epidemiologia clinica e ricerca sui servizi sanitari ed è stata condotta:

- analisi del Core Curriculum e stesura del questionario in 3 versioni (infermiere, medico, psicologo)
- analisi dei questionari elaborati per 6 eventi realizzati dal Burlo Garofolo su Cure Palliative Pediatriche con palliativisti e selezione degli items per la valutazione oggettiva delle conoscenze;
- revisione e semplificazione degli strumenti con tre gruppi di lavoro, ognuno dedicato ad un singolo profilo professionale
- revisione degli strumenti con due ricercatrici operanti nell'ambito della formazione sanità (definizione delle conoscenze soggettive e valutazione secondo il metodo ECM)
- elaborazione di un questionario unico definitivo. per tutti e tre i profili professionali.

Questo è stato divulgato e somministrato in formato web sul sito istituzionale dell'Irccs triestino dove è rimasto a disposizione da gennaio ad aprile 2019 previa comunicazione istituzionale alle Direzioni delle Aziende Sanitarie FVG, ai Componenti dei gruppi di lavoro costituiti nell'ambito del progetto Continuità-Complessità di ogni ASS, nonché ai sanitari delle Reti di Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche per sollecitare la divulgazione.

Sono entrati a far parte dello studio 105 soggetti che lavorano (anche o solo) con pazienti pediatrici.

Quali variabili socio anagrafiche sono state prese in considerazione l'età del campione, il profilo professionale, la sede lavorativa, l'esperienza maturata in cure palliative e il Contesto lavorativo.

Una breve sintesi dei risultati ci pone ad affermare che il 57% ha dichiarato di possedere scarse conoscenze su diritti e filosofia della terapia del dolore e delle cure palliative pediatriche, sui criteri di eleggibilità e sulle modalità di transizione dai Servizi pediatrici a quelli dell'Adulto.

Una identica percentuale sente l'esigenza di miglioramento relativamente alle aree: Valutazione bambino e famiglia accesso rete; Accoglienza bambino e famiglia; Presa in carico nei differenti setting; Lavoro in equipe; Formazione.

Per quanto riguarda le conoscenze, gli intervistati hanno realizzato il maggior numero di errori relativamente a domande inerenti il Quadro normativo, le Patologie eleggibili, la Presa in carico multi professionale e il Lutto, indicando così una assenza di corrispondenza tra "quanto so oggettivamente" e "quanto penso si dover approfondire".

Lo studio fornisce un interessante spunto da tener presente ogni qual volta si va a definire una strategia formativa per sanitari che necessiterebbe, forse, di una pre-analisi oggettiva dei reali bisogni.

# Storie del Metodo clinico per un Medico “nuovo” a raccontare

FELICE AVELLA  
MEDICO - INTERNISTA

*Il ragionamento clinico è l'elemento essenziale della Metodologia Medica, il procedimento ordinato a raggiungere la conoscenza o, almeno, a ricercarla, e che mira, nello specifico, a formare un professionista in grado di coniugare conoscenza scientifica e capacità di agire, sempre nel rispetto dei valori umani e, quindi, nel vero interesse della società civile.*

Tambone-Ghilardi

E' innegabile che, spesso, si riscontri una diffusa critica nei confronti della Sanità ed, ovviamente, dei Medici. Ad alleviare il nostro sconforto si può rilevare come, questo atteggiamento ipercritico, esista nei confronti di tanti altri settori della nostra Società; la Scuola, lo Stato, la Burocrazia ecc. Tra le tante spiegazioni possibili vi è il prefigurarsi modelli di riferimento cui tutto debba uniformarsi. Tali modelli, spesso mutevoli, sono il frutto di cambiamenti sociali che si susseguono con una velocità tale, da mettere in crisi uomini, strutture, organizzazioni. La Medicina offre un valido esempio di tutto ciò. E' il confronto tra le nuove acquisizioni della Scienza e le reali possibilità applicative offerte ai Cittadini, che stimola il malcontento. Oggi la Medicina guarisce tanto che nessun confronto con il



passato è proponibile. Vita media allungata, molte malattie infettive debellate, la tecnologia consente diagnosi molto più precise, la biologia molecolare fa intravedere traguardi prima inimmaginabili. Nonostante ciò la popolazione è sempre meno soddisfatta del proprio stato di salute. Sembra che il progresso medico sia venuto meno al suo

traguardo primario: il benessere della popolazione.

Ma quali sono i risultati, i modelli delle cure in Medicina.

Possiamo riferirci a due fondamentali:

- Restitutio ad integrum
- Guarigione sufficiente

Il primo modello della cura — il più semplice, il più desiderabile — è quello in cui l'intervento del professionista ci riporta alla situazione precedente, chiudendo la parentesi aperta della malattia. È il modello di guarigione tradizionalmente designato come restitutio ad integrum ed interessa circa il 20%-30% delle persone. Il secondo modello di cura è quello che i classici dell'antichità, sia medici che filosofi, chiamavano la “guarigione sufficiente”.

Si tratta della misura di guarigione necessaria per continuare a vivere. Quello che per gli antichi poteva essere un'evenienza rara, quasi eccezionale, ai nostri giorni è diventato l'esito più frequente del processo di cura. In questi casi patologici la Medicina non riesce a dare la guarigione, intesa come restituzione all'integrità e alla salute piena, ma dà la guarigione che consiste nella capacità di continuare a vivere, malgrado la malattia e con la malattia.

Il rapporto che si instaura quando lo scenario è quello della salute sufficiente, o necessaria a convivere con una patologia inalienabile, diverso da quello che predomina nelle malattie acute. È diverso anche il ruolo terapeutico: mentre nella Medicina acuta il medico si occupa dell'emergenza e il paziente

è passivo, accetta, supinamente, quanto fa il medico; nella Medicina cronica il medico ha l'obiettivo di portare il paziente a contare su se stesso.

Nella Medicina acuta il rapporto è spesso genitore-figlio: il medico prende un ruolo di genitore e guida con autorevolezza; invece nella Medicina cronica la relazione si modella piuttosto sul rapporto adulto-adulto. In questo caso il medico non è più solo a decidere, entrambi sono sullo stesso piano,

Nel 1887, Henry Tate commissionò a Luke Fildes, già allora pittore di fama, un quadro per la nuova National Gallery of British Art. Luke Fildes aveva perso il figlio Philip la mattina di Natale del 1877.



Il quadro è un tributo al dottor Murray, il medico che tanto spesso il pittore doveva aver visto accanto al corpo del figlio, ritratto pensoso eppur partecipe al destino ormai segnato della piccola creatura, illuminata da una lampada e dalla luce di un'alba, che lascia presupporre una notte d'angoscia. Uno dei messaggi più evidenti che ci regala questo quadro: il medico non dovrebbe abbandonare mai un suo assistito. Anche se sa di non avere più spazio e risorse terapeutiche, sa che è necessario esserci, per la consapevolezza del proprio ruolo e per la devozione a quei principi di assistenza e cure irrinunciabili.

spesso il medico deve adeguare anche il trattamento alle esigenze sociali del malato.

Il paziente da tempo è passato da oggetto a persona. La crisi del principio di autorità sul piano sociale ed altri cambiamenti (la scolarizzazione, mezzi di informazione di massa...) ha aumentato nei Cittadini la consapevolezza dei propri diritti ed anche una

capacità di dialogo, anzi spesso di contraddittorio con il Medico. A complicare le cose per il medico si è aggiunta la necessità di altre competenze per giungere alla diagnosi.

In verità c'è da dire che anch'egli ha contribuito a tutto ciò. Nel secolo scorso Campanacci a Bologna scriveva: *il medico ha sempre più preso le distanze dal Paziente: prima auscultava con l'orecchio appoggiato al torace, poi ha usato lo stetoscopio allontanandosi di 20 cm, poi ha raddoppiato questa distanza usando il fonendoscopio*".

Poi, si può aggiungere, ha smesso di auscultarlo o palparlo demandando alla radiografia ed alla TC del torace lo studio del polmone e all'eco lo studio del cuore.

Oggi il Medico di Medicina generale è contattato particolarmente per quest'ultimo problema, la gestione delle malattie croniche.

Allora se questa è la realtà attuale, cioè le nostre infermità sono continuamente presenti *nonostante l'intervento del medico*, diventa sempre più importante un comportamento che, in questi ultimi anni, da nuove generazioni di medici è stato obsoleto, è apparso come una seconda scelta.

*L'assistenza alla persona, il prendersi cura, la gestione della malattia, dove per gestione si intende l'assistenza psicologica empatica e continua a una persona che, in un modo o nell'altro, deve accettare la realtà della malattia e convivervi.*

La Medicina occidentale contemporanea, trainata dai processi scientifici e tecnologici degli ultimi decenni, ha avuto un enorme impatto sulla qualità della vita. Tuttavia ha lasciato indietro qualcosa di importante soprattutto nell'attitudine a considerare il paziente come individuo.

Già molti anni orsono, scriveva un noto pediatra "il medico ha smesso il camice ed ha indossato la tuta" Quale significato! Il medico è venuto meno nel suo ruolo di intermediario tra il processo

La malattia è il lato notturno della vita; tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene ed in quello dello star male. Preferiremmo tutti servirci del passaporto buono, ma prima o poi ognuno viene costretto, almeno per un certo periodo, a riconoscersi cittadino dell'altro Paese.... Un Paese in cui l'angoscia



regna sovrana, ed in cui ognuno, quando è obbligato a muoversi per le sue buie strade, vorrebbe avere a suo fianco un

medico che sia, non solo capace di capire tutto ciò che la tecnologia gli mette a disposizione, ma anche di interpretare il bisogno inespresso di conforto che alberga nell'animo di ognuno di noi...

*Susan Sontag*

tecnologico e la soggettività del malato, spesso non ha saputo inserirsi, in questo contesto, per diventare il punto di riferimento nella gestione diagnostico-terapeutica, bensì ha demandato il tutto ad altri, non sempre in possesso dell'approccio olistico tipico del Medico di Medicina Generale e degli Internisti Ospedalieri. La Medicina ha subito effetti negativi derivanti dalla eccessiva frammentazione delle competenze e dall'estrema sofisticazione dei mezzi di indagine, che spesso vengono impiegati come una "macchina" senza nemmeno "possedere idee rigorose sul significato ed il fondamento del metodo" (Ortega y Gasset).

Il Medico deve necessariamente recuperare il ruolo in cui coesistono capacità clinica e comprensione psicologica ed umana. Fare azione di filtro e di assistenza nel processo di conversione a bisogno autentico, per ridimensionare le domande improprie.

Questo insieme di qualità e capacità formano la vera personalità umana e scientifica del medico, che possiamo riassumere nella triade:

- *Sapere*: conoscenze pratiche e teoriche
- *Saper fare*: padronanza del metodo, competenza e capacità operativa
- *Saper essere*: possesso di un habitus mentale e di comportamenti appropriati alle esigenze psicologiche, etiche e socioeconomiche dell'atto medico.

Il Medico che si confronta con problemi oscuri o non contemplati dalla nosografia deve possedere metodo e determinazione per affrontarli e risolverli.

Un aspetto importante della Medicina dei nostri giorni è la necessità di dare dimostrazione di ciò che si afferma e di come si agisce, anche per la tutela dello stesso medico di fronte al paziente. La logica del procedimento diagnostico non è altro che l'applicazione, ad un caso particolare, di principi metodologici generali. Poiché la Medicina fa parte delle Scienze ad essa si applica il metodo scientifico, inserito però nel contesto odierno.

Metodo: è un percorso o un programma che deve facilitare il conseguimento di determinati risultati. Clinico è un aggettivo derivato dal sostantivo greco klinè che significa letto.

Quindi il metodo clinico è quell'insieme di procedure che il medico mette in opera direttamente, in presenza del malato, al fine di giungere alla diagnosi della malattia.

Il metodo clinico si identifica con "la medicina al letto del malato", con la visita medica nella sua triplice partizione: anamnesi, esame obiettivo, ragionamento clinico e comunicazione al Paziente.

Si può affermare che oggi, spesso, esiste una crisi di fiducia in tal modo di procedere, nel senso che pervade in molti che tale modalità di approccio al paziente sia ormai superata.

Allora vediamo anamnesi frettolose, esami obiettivi incompleti privi di quella sistematicità,

sistematicità, garanzia di non trascuratezza. Al contempo si nota una enorme fiducia nella capacità della tecnologia, degli esami di

'rimarrà sempre al clinico la possibilità di dire la sua parola e di dirigere la Medicina del futuro come l'ha diretta fino a oggi.'

Chavez

laboratorio e strumentali, che spesso vengono richiesti senza avere il benché minimo sospetto su ciò che si intende cercare o trovare. Non serve più l'anamnesi e un accurato esame obiettivo, la soluzione sta nella TAC o nell'eco o nella RMN. La mitizzazione di questa "diagnostica" porta alla svalutazione del ragionamento clinico. Preciso subito come qui non si voglia, assolutamente, rinnegare i vantaggi che la tecnologia ha dato e darà alla Medicina. Sarebbe sciocco non riconoscere la sua fondamentale utilità o voler rinunciarvi.

L'errore sta nel fatto che i dati forniti da tali mezzi sono considerati, erroneamente, come un mero "passaggio di informazione" anziché come un "processo di significazione" (U.Eco)

Il passaggio di informazione è quello che si ha tra macchina e macchina: premo un pulsante e si apre la portiera della mia automobile, e solo quella, non di altre. L'informazione ha un solo contenuto. Al contrario il dato fornito è "un processo di significazione" cioè una informazione che richiede una interpretazione, da parte di chi la riceve e vuole correttamente utilizzarla, avendo coscienza, nel contempo, che possa avere diversi significati.

Così si esercita una medicina corticale, in cui sono coinvolte le nostre funzioni superiori. La diagnosi è di pertinenza di un osservatore pensante, in possesso di tutte le informazioni disponibili. Spetta a lui scegliere gli esami da richiedere e valutarne successivamente, anche con il contributo dello specialista che ha praticato l'esame, i risultati nel contesto clinico.

E' caratteristica del clinico esperto, maturo, la capacità di percepire le eventuali discrepanze tra dati clinici e strumentali. E' auspicabile che il medico riconquisti la sua funzione clinica e sappia servirsi della "macchina" anziché esserne dominato, sempre a beneficio del malato. Ancor più che in passato, prima di procedere a tante richieste, si rende indispensabile sottoporre il Paziente ad un più attento esame clinico anche perché "il rischio oltre che di spendere una eccessiva quantità di denaro pubblico e anche privato... è anche quello di perdere il piacere intellettuale che è insito nel ragionamento diagnostico." (C. Rapezzi).

Con le parole di un grande clinico bolognese, recentemente scomparso, vi rimando, se l'Editore lo consentirà, ad una prossima relazione sul ragionamento diagnostico.

## BIBLIOGRAFIA

Federspil G. *I fondamenti del metodo in Medicina Clinica* Piccin

Grifoni V. *Diagnostica medica La Medicina Internazionale 1990* Cortina Ed. Iandolo C. *L'errore in Medicina* Armando Ed, Roma

Rapezzi C. *Crimini e malattie. Metodi a confronto.*

*Hearth J Suppl.* 2003;4 (5): 415-419

Spinsanti S. *La grande salute cardiologica* Extraospedaliera 2000 vol.6

Domenichelli B. *il paradosso della salute.* *Cardiologia extraospedaliera*

Eco U. *Trattato di semiotica generale.* Milano Bompiani 1975

Tambone V. Ghilardi G. *La mucca pazza ed il dott. Watson* S.E.U.

# Nuova vita per Palazzo Fuga

IL REAL ALBERGO DEI POVERI DIVENTA CENTRO POLIVALENTE

Paolo Cesaro

L'impatto architettonico è notevole, nel cuore di Napoli; è Patrimonio dell'Unesco e, da pochi giorni, è rientrato nei progetti strategici del Ministero della Cultura. Il Ministro della Cultura ha firmato con il Sindaco di Napoli, Gaetano Manfredi, un protocollo tra Ministero e Comune: il progetto conta su un finanziamento di 100 milioni di euro del PNRR, cui si aggiungono altri 33 del Ministero della Cultura.

Il tavolo tecnico è stato avviato e il completamento dei lavori è previsto nel 2026.

Palazzo Fuga ospiterà un Centro Culturale Polivalente ed una sede museale che va ad aggiungersi al Museo Archeologico Nazionale e sarà un MANN 2. L'edificio ospiterà scuole di specializzazione storiche ed archeologiche, sezioni espositive per le centinaia di reperti sparsi nei depositi dei musei cittadini e una grande biblioteca. Lo sperato rilancio, con finalità culturali e propositi di compatibilità ambientale, suona come il riscatto delle sofferenze umane di tre secoli.

Bisogna riuscirci!

Alla fine anche Napoli avrà il suo Louvre!

Carlo III di Borbone fece edificare Palazzo Fuga a metà del 700 per accogliere i poveri del Regno;



Real Albergo dei Poveri, Reclusorio o Serraglio, da seraculum - riparo, come è conosciuto dai napoletani. Monumentale esempio del barocco

napoletano, con i suoi oltre 100 mila metri quadrati di estensione, la facciata lunga 350 metri, le 430 stanze e i 9 chilometri di sviluppo lineare dei corridoi, è uno degli edifici



settecenteschi più grandi in Europa ed è il maggiore palazzo monumentale di Napoli.

Nonostante le vicissitudini storiche, sociali e politiche che ne hanno accompagnato la grandezza e la decadenza, è diventato un simbolo della Città e, oggi, è riconosciuto Patrimonio dell'Unesco. Il palazzo ha anche un grande valore ambientale, affacciato su una delle più belle piazze di Napoli; confina con l'Orto Botanico e si trova all'inizio di via Foria, un tempo strada di accesso al cuore di Napoli, sotto la collina di Capodimonte.

La storia del **Real Albergo dei Poveri** inizia nel 1749 quando Carlo III di Borbone incaricò Ferdinando Fuga della sua realizzazione. L'opera, una delle tante strutture sociali volute dal Re, si inserì nel contesto storico del XVIII secolo, quando Napoli fu caratterizzata dalla coraggiosa opera di rinnovamento del Ministro Bernardo Tanucci, con i decreti sull'abolizione del feudalesimo e dei privilegi ecclesiastici e dei primi vagiti dell'illuminismo napoletano. Lo scopo era quello di ospitare circa ottomila indigenti, divisi per età e sesso, togliendoli dalle strade, immaginando che, così, fosse più facile tenere sotto controllo queste persone ed indirizzarle

alle varie attività formative e lavorative che venivano stabilite nelle programmazioni dei Governatori e controllate dai Ministri della Pia Istituzione. La sua funzione etico sociale era rappresentata dal reimpiego dell'enorme potenziale di energie umane, specie giovanili, da trasformare da *poveri in artefici*. Il progetto iniziale rimase incompiuto per mancanza di fondi e per un cambio di visione del successore di Carlo, suo figlio Ferdinando IV, che decise di destinarne parte alla produzione manifatturiera. Lo scopo principale era la carità ed è stato sempre questo il principio per la sua utilizzazione: accoglienza degli orfani della Santa Casa dell'Annunziata, ai quali erano garantiti la sussistenza e l'insegnamento di un mestiere, per renderli autonomi nella loro vita; centro per la rieducazione dei detenuti e la ricerca del valore terapeutico del lavoro.

Per un breve periodo fu utilizzato come carcere ma, ben presto, il carcere lasciò spazio alla Scuola di Musica, la quale dette a molti un pass per la notorietà.

Nel corso degli anni ha ospitato una scuola per sordomuti, un Centro di Rieducazione per Minorenni, un Tribunale per minori, un cinema, alcune officine meccaniche, i vigili del fuoco, una palestra e anche l'Archivio di Stato di Napoli.

L'albergo racchiude al suo interno una storia di grande operosità, soprattutto giovanile, legata al concetto, così attuale, di formazione nelle arti e nei mestieri che ha contribuito in maniera determinante alla formazione di talenti che hanno fatto nascere quell'artigianato di qualità ancora oggi essenziale per il tessuto economico e sociale di Napoli e della Campania tutta.

Dunque, l'Albergo dei Poveri aveva nelle sue finalità quella fondamentale di divenire *il luogo per le Arti della Città* dentro le mura. Negli anni di Ferdinando II, fu definito *Grande Emporio*, a voler indicare il ruolo di polo induttore che assunse nel periodo di industrializzazione del Regno, rappresentando un luogo



importantissimo nella vita sociale ed economica della Capitale.

Dopo un periodo di stasi per gli eventi del 1799, alla caduta della Repubblica Napoletana, Ferdinando, riconquistato il trono, si fece promotore di un progetto di liberalizzazione delle iniziative imprenditoriali attraverso una serie di provvedimenti, accordi, concessioni ed incentivi ed affidando agli stessi industriali la gestione della struttura produttiva del tempo, al centro del quale vi era proprio l'Albergo dei Poveri, ricco di manodopera giovane, e dove vi erano le risorse necessarie per lo sviluppo dell'industria che nella città manterrà per secoli sempre un carattere artigianale. Il tutto sempre sotto la guida e gli indirizzi strategici che si era riservato il Re.

Anche nel decennio del governo francese, il Regno napoleonico, formalmente Regno delle Due Sicilie, proclamato da Napoleone nel 1806, dopo l'invasione da parte dell'Impero Francese, la cultura industriale trovò ampio spazio e furono potenziate le nuove tecnologie e l'uso dei macchinari: è di questo periodo la nomina di una Giunta per tutti gli oggetti di manifatture, arti ed industrie del Regno, che nasceva sulle ceneri della precedente Giunta ferdinandea, con lo scopo di portarle al massimo grado di perfezione. Fra le prime iniziative della Giunta ci fu anche la pubblicazione di un periodico d'informazione tecnica, scientifica e commerciale.

L'Albergo, nonostante racchiudesse un sistema produttivo artigianale o semi artigianale, era un luogo di grande innovazione.

Le attività tessili avevano un'importanza fondamentale nel Regno; nel processo di rinnovamento, fu introdotto il telaio meccanico Jacquard che soppiantò il tradizionale sistema di



lavoro manuale perché, grazie alla movimentazione automatica dei singoli fili di ordito, aveva la possibilità di eseguire disegni complessi. Negli anni di Ferdinando II il processo di ricerca di nuove tecnologie e nuovi strumenti di lavoro fu spinto in maniera incessante, attraverso la Giunta delle Arti, il Real Istituto d'Incoraggiamento e le Mostre Espositive.

La funzione dell'Albergo fu caratterizzata dalla stretta connessione tra i programmi di formazione dei giovani, la pratica di sistemi artigianali e l'uso di nuovi macchinari. In quest'ottica, fu introdotta la prestigiosa fabbrica di coralli del marsigliese Paolo Bartolomeo Martin, che oltre ai primari compiti e fini produttivi, ebbe anche quello della formazione e dell'avviamento all'arte della lavorazione del corallo dei giovani reclusi: le cronache dell'epoca raccontano che da questa scuola uscirono abilissimi artigiani, di gran lunga superiori per abilità di quelli della scuola torrese sempre fondata da Martin, ma con un carattere ed una finalità prevalentemente speculativi.

Fu fondato all'interno del Real Albergo anche un lanificio, impiegato all'inizio nella produzione d'indumenti militari, nel quale furono occupati circa trecento reclusi: molti ragazzi ciechi erano addetti al travaglio della lana.

Fra le attività presenti nel Reclusorio, dai documenti ritrovati, si ha notizia di un'attività manifatturiera di tinture, una produzione di piccoli chiodi, un laboratorio artigianale del maestro calzolaio Aldostro, uno del maestro falegname Filippo, una fabbrica di tele secondo il metodo dell'inglese Macmen.

L'azione di recupero di tale luogo storico non può e non deve prescindere dalla storia della cultura artigianale partenopea. Oggi questo edificio può essere destinato alla salvaguardia delle Arti; all'interno se ne sentono gli antichi rumori e se ne avverte la laboriosità, a sostegno di un settore produttivo artigianale, per il quale la cultura partenopea è conosciuta in tutti il mondo. Il Real Albergo dei Poveri è un monumento unico per impianto architettonico, estensione e articolazione volumetrica, caratterizzato da ambienti di grandi dimensioni.

Il programma è renderlo fruibile e restituirgli la vocazione sociale e culturale: un mix funzionale che spazia dagli ambiti del patrimonio storicoartistico, con attività di restauro e valorizzazione del patrimonio, all'attenzione alle donne, con centri di assistenza sociale e asili nido, e ai giovani, favorendo laboratori artigiani, attività culturali e musicali, start-up innovative.

I riferimenti, a Londra, sono la Tate Modern, la Somerset House e la Central Saint Martins King's Cross, dove una vecchia centrale elettrica, un monumento coevo a Palazzo Fuga e un vecchio granaio sono stati convertiti in mostre ed attività culturali. In Francia, Le Grandes Voisins, ex ospedale parigino e La Friche di Marsiglia, ex fabbrica di tabacco, sono stati trasformati in spazi per eventi culturali. Andando oltre, troviamo il Matadero di Madrid, ex mattatoio, e il Kulturbrauerei di Berlino, ex birrificio, divenuti centri culturali, e la Powerhouse Arts di New York, una centrale elettrica trasformata in sede per l'artigianato.

# Il Polo Oncologico nell'area metropolitana a nord di Napoli

**Raffaele Addeo**

*Direttore Reparto Oncologia Ospedale Frattamaggiore*

I dati ufficiali sono pubblicati annualmente dall'Istituto Superiore di Sanità nel documento *I numeri del cancro*.

Nel 2022, in Italia, sono state stimate 390.700 nuove diagnosi di cancro (205.000 negli uomini e 185.700 nelle donne), in aumento rispetto al dato 2020, anno in cui sono state 376.600 nuove diagnosi (194.700 negli uomini e 181.900 nelle donne).

La pandemia ha causato un aumento della mortalità dei pazienti oncologici, soprattutto maschi, in età avanzata, con tumore diagnosticato da meno di 2 anni e nei tumori ematologici.

Più in generale, le ultime statistiche registrano un aumento in termini assoluti dei tumori sia in fase precoce sia avanzata, in gran parte anche legato all'invecchiamento della popolazione, cosa che spinge le politiche di contrasto ai tumori a ridurre quanto più possibile il ritardo diagnostico.



I dati disponibili testimoniano che la popolazione residente nei territori afferenti alla Azienda Sanitaria Napoli 2 Nord presenta una elevata incidenza di tumori maligni.

Questo genera una importante richiesta di assistenza medica, peraltro costantemente in crescita, cui l'Azienda sanitaria deve garantire idonee risposte con la propria organizzazione di strutture Oncologiche e, tra queste, la U.O.C. Oncologia dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Frattamaggiore.

La Divisione ha al suo attivo la presa in carico di quasi 1000 nuovi pazienti oncologici all'anno, mediante attività ambulatoriali, di Day Hospital e di degenza ordinaria.



ambulatoriali, di Day Hospital e di degenza ordinaria.

Ogni paziente che afferisce alla Divisione di Oncologia segue un percorso diagnosticoterapeutico nato dalla stretta collaborazione tra personale medico, paramedico e personale infermieristico. Particolare attenzione viene rivolta al momento dell'accoglienza soprattutto nei primi momenti di presa di coscienza da parte del paziente della problematica inerente la patologia neoplastica.

Le attività di accoglienza, coordinate da Roberto Conchiglia, giovane responsabile di tutto il personale non medico, si avvalgono di personale infermieristico, amministrativo e di volontari.

Gli obiettivi, perseguiti quotidianamente, sono quelli dell'equità di accesso alle cure per tutti i pazienti e la garanzia dei livelli assistenziali.

Questo mediante il coinvolgimento di diverse figure professionali, afferenti direttamente alla Divisione, o in collaborazione con la Rete Oncologica Campana e la partecipazione ai Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM)

delle diverse patologie oncologiche, a cui l'equipe partecipa attivamente. Questo fa sì che i pazienti presi in carico possano beneficiare, in maniera semplice e diretta, dei diversi test genetici, al passo con le più recenti novità in campo della biologia molecolare. La partecipazione ai GOM rende possibile, per i pazienti, la partecipazione e l'arruolamento, lì dove richiesto, in protocolli clinici sperimentali, ma anche l'accesso facilitato agli Expanded Access Programs (EAPs).

I GOM svolgono compiti clinici, tecnicoscintifici ed organizzativi che riguardano tutte le attività direttamente connesse con il paziente e la sua patologia, oltre a funzioni legate allo sviluppo ed al miglioramento delle modalità di interazione tra i professionisti.

In tale ottica sistemica, i GOM rappresentano il tipico esempio di confronto multidisciplinare e condiviso, finalizzato ad offrire ad ogni singolo paziente oncologico il percorso migliore e più appropriato di diagnosi e cura.

Inoltre, tra gli obiettivi del confronto multidisciplinare, c'è la possibilità di beneficiare da parte del paziente in maniera semplice e diretta dei diversi test genetici, al passo con le più recenti novità in campo della biologia molecolare. La U.O.C. Oncologia è inserita nel CORP della Azienda Sanitaria Napoli 2 Nord, e al Direttore è assegnato il coordinamento di alcuni importanti GOM aziendali ed inter-aziendali in collaborazione con la Azienda Ospedaliera Universitaria Vanvitelli quali: tumori polmonari, tumori del distretto della testa e del collo, melanoma e mesotelioma. Il personale medico, attualmente sette dirigenti medici, partecipa settimanalmente alle diverse riunioni GOM aziendali.

L'istituzione dei Gruppi Onco logici Multidisciplinari nella Azienda Sanitaria Napoli 2 Nord, per le diverse patologie oncologiche, ha rafforzato il principio e la pratica di una assistenza sanitaria trasparente. Sono gruppi di

lavoro che si riuniscono a cadenze regolari (anche settimanali per i GOM a maggior casistica), composti da specialisti afferenti a varie aree (l'oncologo, il chirurgo, il radioterapista, l'anatomopatologo, ecc), che contribuiscono alla definizione e all'attuazione del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti oncologici, nel rispetto dell'Evidence Based Medicine.

Di recente avvio sono i Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (**P.A.C.C.**) che hanno ottimizzato la gestione delle attività migliorando la qualità delle attività di cura basate sull'attivazione di un percorso clinico individuato e condiviso dagli specialisti in modo trasversale ma anche del servizio reso al cittadino attraverso la continuità assistenziale e la riduzione dei tempi e delle liste di attesa.

Da febbraio 2023, sono stati attivati oltre 700 programmi pacc oncologici, per altrettanti pazienti, che si sottopongono a chemioterapia, immunoterapia, terapie biologiche o a bersaglio molecolare, sia infusive che orali. La presa in carico di questi pazienti, grazie al personale infermieristico parasanitario ed amministrativo, afferente alla divisione, comprende anche l'esecuzione dei prelievi ematici, controlli cardiologici ed esecuzione di esami strumentali incluso la TAC. La divisione offre tutti i giorni attività ambulatoriali che comprendono anche un ambulatorio settimanale per la salute dell'osso, dedicato alle pazienti con carcinoma della mammella in terapia ormonale, con l'obiettivo di monitorare gli effetti collaterali della terapia e prevenire l'osteopenia. È attivo un ambulatorio settimana le dedicato a I lo screening nutrizionale precoce dei pazienti in procinto di intraprendere una chemioterapia; questa attività è svolta in collaborazione UOC di Cure domiciliari della ASL, con la presenza di un medico nutrizionista, prescrittore di presidi nutrizionali artificiali.

Il paziente neoplastico presenta frequentemente, fin dall'esordio della malattia, un calo ponderale con un'incidenza variabile a seconda della sede, del tipo e dallo stadio della malattia. Si ha un progressivo deterioramento dello stato nutrizionale per effetto diretto dell'accrescimento del tumore a danno dei tessuti dell'organismo, per i meccanismi metabolici che si innescano dall'interazione tumore/ospite o quale conseguenza dei trattamenti oncologici e delle loro sequele. La malnutrizione interferisce con il performance status, determina un aumento di morbilità ed è inversamente correlata alla prognosi.

L'intervento nutrizionale viene svolto in modo mirato e attivo per il paziente oncologico nella Divisione di Oncologia di Frattamaggiore secondo i diversi obiettivi: valutazione condizioni nutrizionali, valutazione stato clinico, il trattamento oncologico. L'obiettivo principale è prevenire o curare la malnutrizione, al fine di consentire il completamento ed il successo dei trattamenti oncologici e migliorare la qualità di vita.

Due diversi ambulatori per le terapie innovative orali, uno dedicato esclusivamente alle pazienti con tumore della mammella ed una per le altre patologie oncologiche. Due ambulatori settimanali dedicati ai pazienti che necessitano di una prima visita oncologica, e due ambulatori settimanali dedicati ai pazienti con anamnesi di tumore, ed in programmi di sorveglianza sanitaria. E presente anche un servizio di psicooncologia, coordinato dalla dr.ssa ida Bocchino. Il Servizio promuove il benessere del paziente e lo sostiene in tutte le fasi del rapporto con la Divisione di Oncologia di Frattamaggiore. Lo psicologo garantisce la migliore assistenza possibile durante la permanenza in struttura, attraverso un'attenta comunicazione con il gruppo multidisciplinare, la famiglia, i servizi territoriali e le associazioni di volontariato, supportando il paziente durante il percorso di cura, per favorire la continuità

terapeutica e assistenziale nel rispetto delle scelte etiche ed esistenziali della persona nella sua globalità. La consulenza con lo psicologo è rivolta alle persone che vivono una sensazione di disagio emotivo; il colloquio psicologico è un aiuto per accettare e comprendere le normali reazioni da stress, il paziente è aiutato nella gestione delle difficoltà emotive e nell'attivazione di un processo di recupero delle risorse per fare fronte alla malattia in maniera attiva e positiva. La divisione ha anche una sezione dedicata alla degenza ordinaria, con sei posti letti, utilizzati per ricoveri dedicati alla gestione degli effetti collaterali legati ai trattamenti, o alla stadiazione e diagnosi per casi sospetti, ed anche per la gestione dei sintomi legati alla presenza di malattia metastatica.

Un gruppo coeso è un gruppo a cui i suoi membri sentono di appartenere, cuore e testa; i membri si danno un supporto reciproco, condividono esperienze ed emozioni ma soprattutto regole e responsabilità.

La Divisione è anche inserita nella rete formativa per i medici specializzandi in Oncologia della Università Vanvitelli, per i medici di medicina generale della Regione Campania, per gli allievi del corso di laurea in scienza infermieristiche della università Vanvitelli.

Le attività della Divisione sono caratterizzate da un approccio multidisciplinare che colloca il paziente al centro dei processi di cura. La forza del gruppo è la risorsa quotidiana della divisione, la cui mission è: *il tutto è più della somma delle singole parti*. In effetti, le ricerche evidenziano che le persone che cercano di raggiungere un obiettivo con il proprio gruppo solitamente riescono a dare performance migliori che se lo raggiungessero singolarmente.

# La cura

by FRANCO BATTIATO

TI PROTEGGERÒ DALLE PAURE DELLE IPOCONDRIE  
DAI TURBAMENTI CHE DA OGGI INCONTRERAI PER LA TUA VIA  
DALLE INGIUSTIZIE E DAGLI INGANNI DEL TUO TEMPO  
DAI FALLIMENTI CHE PER TUA NATURA NORMALMENTE ATTIRERAI  
TI SOLLEVERÒ DAI DOLORI E DAI TUOI SBALZI D'UMORE  
DALLE OSSESSIONI DELLE TUE MANIE  
SUPERERÒ LE CORRENTI GRAVITAZIONALI  
LO SPAZIO E LA LUCE PER NON FARTI INVECCHIARE  
E GUARIRAI DA TUTTE LE MALATTIE  
PERCHÉ SEI UN ESSERE SPECIALE  
ED IO, AVRÒ CURA DI TE  
VAGAVO PER I CAMPI DEL TENNESSEE  
COME VI ERO ARRIVATO, CHISSÀ  
NON HAI FIORI BIANCHI PER ME?  
PIÙ VELOCI DI AQUILE I MIEI SOGNI  
ATTRAVERSANO IL MARE  
TI PORTERÒ SOPRATTUTTO IL SILENZIO E LA PAZIENZA  
PERCORREREMO ASSIEME LE VIE CHE PORTANO ALL'ESSENZA  
I PROFUMI D'AMORE INEBRIERANNO I NOSTRI CORPI  
LA BONACCIA D'AGOSTO NON CALMERÀ I NOSTRI SENSI  
TESSERÒ I TUOI CAPELLI COME TRAME DI UN CANTO  
CONOSCO LE LEGGI DEL MONDO, E TE NE FARÒ DONO  
SUPERERÒ LE CORRENTI GRAVITAZIONALI  
LO SPAZIO E LA LUCE PER NON FARTI INVECCHIARE  
TI SALVERÒ DA OGNI MALINCONIA  
PERCHÉ SEI UN ESSERE SPECIALE  
ED IO AVRÒ CURA DI TE  
IO SÌ, CHE AVRÒ CURA DI TE