

Il Girasole

RIVISTA TRIMESTRALE DI CURE PALLIATIVE

ANNO 4 | N.1 | GENNAIO 2023 |

Credit Foto Paolo Cesaro

Ignorare la sofferenza di un uomo
è sempre un atto di violenza.

Gino Strada

Tasse Kaffee
2,50 €
Baileys 4,00 €
Amaretto 4,00 €
Macchiato 3,00 €

Steak im Brotchen
Kastriani'st Kaffee

- Indice:**
- 03** La buona comunicazione nel fine vita
Paolo Cesaro
 - 06** Non perdere il filo
 - 07** Era il settembre del 1999...
Enrico di Salvo
 - 11** L'esperienza del dolore
Paolo Maggi
 - 13** Hats on 4 CPC
 - 14** Buona Vita di Papa Francesco
 - 15** la vita degli oggetti
Alberto Vito
 - 19** Conflitti e aggressioni: come prevenirli
 - 20** Una passeggiata verso ...l' immortalità dei Greci
Rodolfo Hachfeld
 - 23** La Sanità nel Regno delle Due Sicilie
Paolo Cesaro
 - 28** Vicino al mare il Centro di Cure Palliative Pediatriche
 - 30** Suicidio assistito, Stefano rivendica la sua scelta di scegliere
 - 31** Visual thinking strategies: nuovi orizzonti per le cure palliative
V. Ferrara, R. Vecchi, G.Zucchini, G. Borotto

Rivista trimestrale
Anno 4
Numero 1
Gennaio 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

La buona comunicazione nel fine vita.

PAOLO CESARO

Negli ultimi decenni si va riflettendo molto sul ruolo della comunicazione in medicina, pietra angolare di una pratica medica efficace.

La comunicazione, in ogni fase della malattia, non può essere solo una semplice trasmissione di informazioni, una dettagliata illustrazione di atti tecnologici e di protocolli per la diagnosi e la terapia; tale comportamento espone al rischio di curare la patologia dimenticando la persona che ne è coinvolta, mentre è necessario stabilire una relazione tra i vari soggetti coinvolti, per costruire un clima di fiducia reciproca.

L'assistenza al malato terminale si basa sulle evidenze cliniche e va personalizzata sulle esigenze e i bisogni del paziente e dei familiari; una corretta relazione tra medico, paziente e caregiver, basata su una buona comunicazione, favorisce una maggiore accettazione dello stato avanzato di malattia, sia da parte dell'ammalato che del caregiver.

Ricevere informazioni chiare è uno dei bisogni principali del malato; la consapevolezza nella diagnosi, anche in caso di tumore avanzato, è correlata a un miglior controllo dei sintomi e alla soddisfazione del paziente, anche se molti ammalati non riescono a raggiungere una realistica comprensione della prognosi.

La consapevolezza della prognosi aiuta pazienti e medici a gestire meglio il processo del morire, facilita la pianificazione del futuro, riduce l'ansia, sviluppa una maggiore fiducia e aumenta la soddisfazione per le cure. Essere a conoscenza della prognosi favorisce un'armonia tra medico e paziente e permette di fare scelte appropriate di cura; di contro l'assenza di informazioni può avere conseguenze negative sul malato, provocando insoddisfazione nella gestione della malattia, generando stress, frustrazione e ricoveri ospedalieri non necessari.

Va considerato, inoltre, che non fornire corrette indicazioni prognostiche, anche a persone con malattia in fase terminale, è inaccettabile dal punto di vista etico.



L'informazione medica deve sempre fondarsi sul rispetto dei valori e dei principi che sono alle base del comportamento umano e professionale; fondamentali sono i principi di beneficenza, prevenzione dell'effetto nocivo, autonomia e giustizia.

L'autonomia, l'autodeterminazione della persona nelle scelte per la sua salute, è l'elemento centrale su cui si sviluppa il concetto dell'informazione. La libertà della persona comprende anche la gestione del proprio corpo e della salute ed è un principio garantito dalla Costituzione Italiana. Libertà e autonomia sono diritti fondamentali; il medico deve sempre tener conto della volontà del malato e rispettarne la dignità di persona.

L'autonomia si esprime nel Consenso Informato che presuppone un'adeguata informazione e costituisce legittimazione e fondamento del trattamento; senza consenso l'intervento del medico diviene illecito, anche quando è intrapreso nell'interesse del paziente.

Il consenso libero e informato deve essere considerato non soltanto sotto il profilo della liceità del trattamento ma come un vero e proprio diritto fondamentale del cittadino.

Nel dibattito odierno, in ambito medico e bioetico, è una priorità non solo la qualità della vita ma anche la qualità della morte e, nella valutazione della qualità della morte, oltre al controllo del dolore, è determinante la trasparenza nella comunicazione.

Spesso siamo portati a pensare che la comunicazione inerente argomenti tanto coinvolgenti e profondi come il fine vita, la morte ed il morire, siano un peso troppo gravoso sia per i sanitari che per i caregivers e per lo stesso paziente e si è spesso tentati di sviare il discorso o, peggio, di attivare speranze disfunzionali. La speranza non è alimentata dalla *omissione di verità* ma da una relazione ben strutturata e fortificata da una profonda alleanza; il medico deve spogliarsi del suo camice e mettersi in gioco come persona.

La chiarezza, il coraggio del medico di esporsi rispetto alla prognosi e alle possibilità di riuscita di una data cura, l'ascolto attivo aumentano la fiducia nel sistema curante. Il medico, in uno con lo psicologo, deve riuscire ad attuare un corretto rapporto tra l'essere veritiero e sincero e l'attenzione a non distruggere ogni speranza; ciò può realizzarsi solo se si investe tutto il tempo necessario affinché il paziente possa sentirsi sostenuto ed accompagnato in un percorso che sarà tutt'altro che facile: quando il malato riconosce di non essere solo e di non essere abbandonato, la sua speranza sarà più che mai viva.

Negli ultimi giorni di vita, l'approccio del '*provare a fare qualcosa*', deve spostarsi dall'aspetto tecnologico a quello relazionale e riaffermare il valore professionale del '*non abbandono*'.

La comunicazione tra medico e caregiver può essere falsata a causa di una metodologia inadeguata ad affrontare tematiche emotivamente stressanti; Il caregiver non deve essere lasciato solo nella gestione di una informazione complicata da gestire, soprattutto quando è un coniuge, un figlio, un genitore; va sempre assicurata ogni possibilità di chiedere ed avere approfondimenti.

Le informazioni vanno date in un ambiente idoneo quale lo studio del medico, un setting protetto e contenitivo; quando il colloquio avviene nella stanza di degenza o nel corridoio del reparto, non vengono rispettate le regole base di comunicazione, ancor più in un contesto tragico e doloroso.



Per i pazienti con una malattia evolutiva, la comunicazione è un elemento emozionale forte; dona la possibilità di scambiare idee, informazioni e pensieri anche in merito a problematiche topiche quali la sospensione o la transizione delle cure, l'alimentazione artificiale, l'approssimarsi della morte, la necessità di sedazione. Una relazione che genera fiducia, rispetto, empatia e complicità è fondamentale; gli sguardi, il contatto, la posizione, p. es. seduti al letto del paziente, il mostrare interesse e rispetto, sono manifestazioni non verbali che aiutano molto,

così come l'espressione di un buon umore e un sorriso.

Indurre il paziente a parlare, ascoltare le sue percezioni gli consentirà di rilassarsi e di essere più disponibile; l'ammalato non dovrà essere interrotto, anzi va stimolato a continuare, se si concede una pausa. Sarà importante, dimostrare di comprendere i suoi problemi, elaborando una scala di priorità per le tematiche affrontate.

Il tono e il volume della voce, eventuali smorfie facciali, una particolare gesticolazione testimoniano la forte emozione del paziente, la sua richiesta di ascolto e aiuto. Un atteggiamento timoroso o, peggio, un tentativo non richiesto di giustificazione dell'inefficacia degli interventi sono errori da evitare; comprendere la sua rabbia e mitigarla aiuta l'ammalato ad esprimere le cause della sua sofferenza e gli consente di percepire che stiamo comprendendo il problema e ci stiamo impegnando a risolverlo.

Molti pazienti desiderano conoscere tutte le informazioni possibili ed è importante rispondere ai quesiti posti per pianificare le scelte future. In alcuni casi è legittimo professare ottimismo, specialmente con pazienti di più basso profilo culturale.

Nel mondo anglosassone gli ammalati preferiscono essere informati dettagliatamente su diagnosi, prognosi e opzioni terapeutiche; nella cultura latino-mediterranea spesso non si desidera una informazione così completa, si ha paura di apprendere la verità e si preferisce il sospetto, tenuto in bilico dalla speranza.

I pazienti con un buon livello culturale e i più giovani tendono a richiedere informazioni più complete; altri desiderano avere meno informazioni sulla progressione della malattia e preferiscono allontanare questo tipo di discorso. Va sempre adattato il nostro dire alle richieste, anche non verbali, del paziente; lo stesso

principio di autonomia ci ricorda che al paziente va riconosciuto anche il diritto a non sapere.

I familiari, in genere, richiedono maggiori raggugli, specialmente sulla sopravvivenza attesa. Anche se sono stati identificati fattori prognostici, è opportuno non sbilanciarsi a definire tempi precisi che potrebbero essere disattesi, tranne nei casi in cui è abbastanza evidente una verticalizzazione delle condizioni cliniche.

Spesso le attese dei familiari confliggono con la realtà. L'incredulità di fronte all'ineluttabilità della situazione clinica è un problema da modulare; occorre esporre realisticamente gli accadimenti attuali e spostare l'attenzione sulle nuove necessità, come quella di limitare le sofferenze, rimarcando le conseguenze di un mancato trattamento palliativo. Alcuni non si arrendono alle spiegazioni fornite, mostrano di non riuscire ad accettare la realtà e chiedono trattamenti anche di efficacia non provata scientificamente. Rispondere a tali sofferenze con ulteriori trattamenti è un grave errore; ascoltare e offrire pacatamente la propria opinione può essere molto utile. Il medico non ha il compito di correggere la speranza ma deve fornire una presenza empatica di sostegno con obiettivi realistici.

Le direttive anticipate, testamento biologico o Living will, sono il documento con cui i pazienti, informati dei dati clinici fondamentali, articolano le loro preferenze future; questo implica un'estrema determinazione e autonomia del paziente che non è ancora molto diffuso nella nostra cultura. Quando il paziente non sarà più in grado di decidere, tali direttive sono una protezione anche per i familiari che hanno un riferimento certo sulla volontà del loro congiunto. L'assicurazione che verrà effettuato il trattamento pianificato e scelto dal paziente migliora la fiducia nel curante; molti conflitti tra

familiari, che potrebbero emergere in ore caotiche e cariche di emozioni, possono essere prevenuti in tal modo. Alcuni medici sono riluttanti ad affrontare tale argomento, per il timore che il paziente lo interpreta come senso di abbandono, ma è questa la strada giusta da seguire.

Chiudo con una domanda: la comunicazione può migliorare la cura?

Il limitato ricorso alle cure palliative è il riflesso di una loro percezione e rappresentazione distorta e di una cultura che fatica a mettersi in relazione con il dolore e la morte. Una corretta comunicazione può offrire uno spazio per migliorare i servizi offerti e la loro efficienza, concorrendo a dare senso e speranza in momenti molto delicati della nostra esistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Carotenuto A.: *L'eclissi dello sguardo*, Bompiani - 1997
 Caruso A. et al.: *Information and awareness of diagnosis and progression of cancer in adult and elderly cancer patients*. Tumori - 2000
 Innes S. et al.: *Advanced cancer patients' prognostic information references: a review*. Palliative Medicine - 2009
 Benini F. et al.: *Awareness, understanding and attitudes of Italians regarding palliative care*. Ann Ist Sanita - 2011
 Levin TT. et al.: *End of life communication training. Handbook of communication in oncology and palliative care*. - 2010
 Natoli S.: *L'esperienza del dolore: le forme del patire nella cultura occidentale*. Feltrinelli, 2016
 McIlpatrick S. et al.: *Exploring public awareness and perceptions of palliative care*. Palliat. Med. 2014
 Liang B, Scammon DL.: *E-Word-of-Mouth on health social networking sites: An opportunity for tailored health communication*. J Consum Behav 2011



Non perdere il filo

L'11 novembre è San Martino
Giornata Nazionale delle Cure Palliative

11 NOV
2022
PER IL DIRITTO
ALLE CURE
PALLIATIVE



Prendi il filo e danza con noi:
aiutaci a sostenere il diritto
alle Cure Palliative.

Un filo speciale unisce tutte le persone affette da malattie inguaribili a coloro che se ne prendono cura. In occasione della Giornata Nazionale delle Cure Palliative, la Federazione Cure Palliative ha organizzato l'evento Non perdere il Filo per informare e sensibilizzare cittadini ed istituzioni sull'importanza del modello assistenziale delle cure palliative, che offre risposte appropriate ai bisogni clinici, psicologici, sociali ed esistenziali.

Era il settembre del 1999.....

ENRICO DI SALVO

GIÀ PROFESSORE DI CHIRURGIA NELL'UNIVERSITÀ DI NAPOLI
FONDATORE DELL'ASSOCIAZIONE KONOU

Era il settembre del 1999, finivano bruscamente i nostri quattro anni di missioni in foresta amazzonica. Avevo cominciato seguendo Elio Sica, un gigante della carità, e esaltante, tra

popoli affascinanti fino ad allora esistiti per noi solo nei libri, persi nella loro foresta e sui loro fiumi, impegnati a curarli come potevamo, in un modo distante mille



poi altri si erano via via accodati: medici, infermieri, volontari. Era stata una esperienza

anni dalla nostra tecnologia, eppure utile ad aiutare e - forse - a salvare delle vite. Fu l'incauto gesto di uno di noi, girare un video che ritraeva un barcone di deforestatori che compravano il silenzio degli indio offrendo in cambio alcool, droga, armi e prostitute bianche a mettere a rischio la nostra vita; capimmo che non saremmo più tornati. Per tutto il viaggio di ritorno pensai a Victoria, una bambina bionda di dieci anni, in coma, un angelo figlia di un derelitto che viveva a raso di un villaggio indigeno: ci eravamo illusi di poterla salvare nel corso di una delle prime



missioni, mi era spirata tra le braccia; avevo



dovuto arrendermi e mi ero giurato di battermi per fare di più, ma la fine di queste nostre missioni significava interrompere un percorso di aiuto che qualcosa in futuro avrebbe potuto fare. Elio era seduto accanto a me in aereo, era addolorato più di me; alternò i suoi brevi sonni ai silenzi e poi mi disse "qualcosa faremo". Fu così: nella incredibile geografia dei disegni della Provvidenza, il Padre Antonio Puca, allora



Cappellano del Policlinico Federico II e Provinciale dei Camilliani, ci chiese di andare in Bénin, dove da anni era in funzione un piccolo Ospedale di tipo coloniale retto dai Padri italiani che lo avevano fondato; mi disse che c'era un bisogno concreto. Quando? Mi disse Elio quando gli prospettai il progetto, e così con Pietro Amoroso, Salvatore Buonocore, Paola Sarnelli, Letizia Capasso, Hana Dolezalova solo per citarne qualcuno, demmo vita nel 2000 alla prima missione in Bénin, Africa subsahariana francofona, la prima di ventisei alle quali in un



ventennio avrebbero partecipato oltre cento volontari, inizialmente medici ed infermieri ma poi rapidamente altri profili dal bioingegnere all'operatore sociale agli psicologi. Chiedevamo: voglia di fare del bene, serietà e costanza, nei limiti di quanto consentito dalle proprie vite. Non abbiamo mai chiesto a nessuno se fosse credente, ci siamo limitati a vedere la luce che avvolge chi si pone al servizio, è sempre la stessa sia che ne si veda la provenienza dall'Alto, come Caravaggio, sia che la si veda venire da altri esseri umani che hanno bisogno di noi.

L'arrivo all'Hopital La Croix di Zinvé ci stupì: con pochissimi mezzi, quasi nulla come in una medicina di anteguerra, si compivano tuttavia

miracoli quotidiani perché tutti, proprio tutti, i religiosi, il personale autoctono, i parenti degli ammalati erano lì giorno e notte a battersi per la vita; tra tutti spiccava Olivier Salmon, un chirurgo francese di grandi capacità, finito laggiù perché in lui convivevano l'amore per la medicina ed una fiaccola umana da vero camilliano laico. Olivier mi ha insegnato moltissime cose: a non risparmiarsi mai, per nessuna ragione, per quarant'anni si è alzato di notte per correre in Ospedale illuminando con i fari i serpenti che



attraversavano la strada, ha formato una generazioni, più generazioni di operatori sanitari che, in possesso di un diploma di infermiere, in realtà erano dei medici veri, straordinari; mi ha insegnato ad accettare il successo e l'insuccesso con lo stesso spirito che è quello di chi - avendo fatto tutto senza risparmio - prende atto che si è compiuta comunque la volontà di Dio. Sua moglie, Laure, beninese ha dato e avuto in parti uguali, è stata la segretaria amministrativa dell'Ospedale crescendo al tempo stesso quattro bellissimi figli. Ora Olivier e Laure, pensionati, girano l'Africa occidentale insegnando gli elementi del metodo Billing's alle ragazze, per la prevenzione delle gravidanze indesiderate delle spose bambine, è una gioia aiutarli. I nomi dei nostri compagni sono troppi: alcuni sono venuti molte volte, altri meno, alcuni hanno fatto tanto lavoro "da terra" cioè senza mai partire, e sono stati - penso - i più lodevoli perché hanno consentito i migliori risultati, mai ricompensati

mai ricompensati dai mille sorrisi che accompagnano le nostre giornate africane.

Troppo lungo ripercorrere la strada: ma è utile ricordare che abbiamo lavorato sotto diverse bandiere: quando dieci anni fa è nata KONOU (che nella lingua fon significa sorriso), alcuni compagni di missione come Roberto Pennisi ed Aldo Cappelli che avevano iniziato insieme a noi, avevano seguito strade parallele con altre sigle; nel tempo Konou avrebbe gemmato anche altre Associazioni: le sinergie sono state tante, come fondamentale è stata la collaborazione con il Consolato del Bénin a Napoli che vede in Giuseppe Gambardella e nel suo staff una straordinaria risorsa per il Paese. Dai "padri fondatori" di Konou fu condiviso quanto è scritto nella prima pagina dello Statuto: *la Associazione non ha fine di lucro ed intende perseguire obiettivi di esercizio volontario e gratuito nel settore dell'assistenza sanitaria, del sostegno sociale alle categorie svantaggiate, con particolare riguardo agli handicappati, ai poveri, ai denutriti e ai malati mentali, alla scolarizzazione della prima infanzia....."*

Un bell'impegno, un affascinante progetto di vita. Nel corso di oltre vent'anni e ventisei missioni (unica interruzione la pandemia Covid) abbiamo espletato la nostra attività sanitaria nell'Ospedale camilliano e successivamente nel Centro Gbemontin di Suor Julia Aguiar, dove abbiamo visto difendere la vita con uno slancio, una abnegazione e una fede nel risultato positivo che dovremmo insegnare nelle nostre Università; ed è stato giusto che nell'ottobre 2009 la Università Federico II le abbia conferito la laurea honoris causa in Medicina e Chirurgia, una giornata indimenticabile.

Il bilancio totale è di oltre tremila pazienti operati nell'ambito della chirurgia addominale, endocrinologica, plastica e ricostruttiva,

oftalmologica, maxillo facciale.

Altri pazienti, bisognosi di terapie troppo complesse, sono stati accolti nelle strutture del policlinico federiciano, del Monaldi, del Pascale: tutti i casi sono stati risolti tranne quello del nostro giovane e carissimo S., giunto alle nostre cure quando oramai il suo destino era irrimediabilmente segnato: è andato via ma ha lasciato sulla terra la traccia di una amicizia fraterna con la sua famiglia.

Nel tempo, tuttavia, Konou ha sviluppato, dapprima timidamente e poi in modo prorompente, una attività di impegno sociale che ha portato alla realizzazione di quattro punti nascita, di una scuola costruita ex novo grazie al partenariato con la Fondazione Grimaldi, di un'altra frequentata da centocinquanta bambini ai quali assicuriamo sanità, sostegno scolastico, un insegnante in aggiunta e il pasto di mezzogiorno. In partenariato con il Consolato sono stati costruiti o ricostruiti alcuni pozzi, ed avviate alla collaborazione di piccola impresa circa cento donne indigenti.

Accanto a questa attività, si è incrementato il programma di adozioni a distanza che la nostra Alessia Maccaro cura mirabilmente; sono già diverse decine questi nostri piccoli figli lontani. Bianca Gasparrini, divenuta mia moglie e legata a me anche e forse soprattutto per l'amore condiviso della povertà e dell'Africa, ha dato uno slancio incredibile alle attività sociali: il sostegno a due Centri di bambini portatori di gravi handicap, che Suor Julia da un lato e Suor Sabine dall'altro curano con tenerezza, porta la sua firma. Più recentemente ha portato tutti dietro di sé come il pifferaio magico, ad occuparci del Centro dei bambini ciechi o ipovedenti di Abomei: la realizzazione di una biblioteca braille e poi di una bellissima sala musica ha migliorato non poco la qualità della vita di queste creature:

si doveva, la cecità è triste, ma in alcune zone dell' Africa - dove il cieco corre il rischio di insulti e percosse da parte di chi lo ritiene oggetto di maleficio - è una non vita. La sera della inaugurazione della sala la gioia dei bambini ha commosso tutti fino alle lacrime. Bianca è oggi al mio posto, alla guida di Konou, con lo stesso amore ma la forza di venti anni di meno.

Difficile fermarmi in un racconto che rappresenta probabilmente la parte più ricca della mia vita; ma cerco di non essere noioso e ne parlo con persone con le quali ho condiviso i momenti più intensi: con Padre Marius, che abbiamo seguito nella laurea e nella specializzazione in chirurgia a Napoli e che da dieci anni è il primario e il direttore sanitario



dell'Ospedale camilliano, un fratello minore; con Padre Christian, Suor Julia e Gregoire che ci hanno indicato un senso nuovo, più bello.

Con Licia, che abbiamo visto rischiare di morire ma poi la Provvidenza ci ha assegnato un ruolo nella sua guarigione.

A volte, nelle mie insonnie notturne, sono lì: felice di sentire che ho avuto questo privilegio e addoloratissimo per amare fratelli che la storia ha decretato che siano "di serie b". Non vedrò sostanziali cambiamenti, ma Gino Strada ci ha insegnato: "uno alla volta". Senza risparmio.

L'esperienza del dolore

PAOLO MAGGI

DOCENTE UNIVERSITÀ LUIGI VANVITELLI

DIRETTORE U.O.C. MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI A.O. CASERTA

πάθει μάθος, scrive Eschilo nel coro dell'Agamennone: impara dal dolore.

Per i Greci il dolore è una grande fonte di insegnamento. Per Eschilo è anche qualcosa di più: è la strada ineludibile che bisogna percorrere per giungere alla conoscenza. Che fine ha fatto invece il dolore nella cultura moderna? L'esperienza del dolore è ancora considerata un'esperienza ineluttabile da affrontare, da attraversare, ma anche da interrogare e da cui trarre un prezioso insegnamento? Basta guardarsi attorno per accorgersi che il soffrire oggi è visto in tutt'altra maniera. L'osservatorio ideale per comprendere come è considerato il dolore nella nostra cultura è il mondo della medicina. La sofferenza in campo medico è qualcosa da negare, da reprimere con tutti i mezzi, fin dal suo primo, timido, apparire. Non parlerò in questa sede di quel dolore atroce, inconsolabile, senza fine né finalità, che accompagna gravi malattie come il cancro. Quel dolore deve essere lenito con tutte le nostre energie e tutti i mezzi a nostra disposizione, tanto sul piano fisico che su quello psichico. Parlo delle mille esperienze dolorose grandi e piccole che quotidianamente siamo chiamati ad affrontare. Non potrò mai dimenticare, molti anni fa, l'incontro con una giovane donna incinta alle ultime settimane di gravidanza che cercava ostinatamente da me un farmaco che non le facesse avvertire quei tipici doloretta che si intensificano progressivamente e che annunciano l'approssimarsi del lieto evento. Ebbi un bel dire per convincerla che quei dolori, tutto sommato sopportabili senza grande

impegno, non dovevano essere repressi, ma piuttosto vissuti con gioia, perché preannunziavano un'esperienza felice della vita. Senza parlare dei rischi che avrebbe fatto correre al feto ingurgitando farmaci. Sappiamo tutti che oggi è possibile per chiunque acquistare facilmente farmaci antidolorifici, i cosiddetti "farmaci da banco" senza il bisogno della prescrizione del medico. In molti Paesi occidentali questi prodotti possono essere comprati nei supermercati, aggirando anche il parere del farmacista. Questo è l'indizio più evidente di come è interpretato oggi il dolore: qualcosa da reprimere, sempre e comunque.



Senza fermarsi neanche un attimo a interrogarsi sul suo significato. Il dolore, non c'è dubbio, è un sintomo, come può esserlo una febbre, un giramento di testa, un colpo di tosse, uno starnuto e così via con mille altri esempi. Per la maggior parte di noi la parola sintomo ha una valenza assolutamente negativa, che colleghiamo a malattie più o meno gravi. Nella migliore delle ipotesi facciamo il conto di quante ore di lavoro, partite di tennis, cene con gli amici o appuntamenti galanti ci farà perdere quella cefalea o quell'influenza. Molti dimenticano che

nella sua accezione originale greca, *sumptoma* voleva innanzitutto dire evento fortuito, accidentale. In antico, non si conferiva a questo termine un valore in positivo o in negativo. Certo, un evento fortuito può essere una disgrazia. Ma anche un'opportunità. Per i medici il dolore è spesso un prezioso indizio. Il grande cardiologo americano Samuel A. Levine, quando visitava pazienti con un sospetto infarto, chiedeva loro di "mostrare con un dito" il punto dove avvertivano il dolore. Quando il paziente si toccava il petto con la punta del dito egli escludeva subito la diagnosi di infarto o di angina. Se invece di mostrare un punto preciso il paziente stringeva il pugno, o poggiava la mano aperta sul petto parlando al dottore di "tensione, pesantezza o pressione", la diagnosi di angina o infarto era più che probabile. Nell'antichità, la capacità di *leggere il dolore* era considerata una dote essenziale dell'arte medica, tanto che gli sciamani consideravano degno di curare una data malattia solo colui che ne aveva sofferto e che, dunque, ne aveva avuto un'esperienza diretta. Di questo resta anche traccia nella tradizione popolare del sud Italia, dove sopravvive il detto '*è meglio il patuto che il saputo*', che si potrebbe tradurre liberamente come 'sa più chi ha sofferto che chi ha studiato'. '*Tu non arrecherai dolore, tu fuggirai il dolore, tu imparerai dal dolore*' è scritto su tre lati della scacchiera magica descritta da Paolo Maurensig nel suo *La variante di Lunenburg*. In questa frase sono riassunti i tre precetti fondamentali dell'uomo di fronte alla sofferenza. Ma se è fin troppo evidente che si debba, nei limiti del possibile, evitare il dolore e soprattutto non lo si debba arrecare ad altri, ci chiediamo: come è possibile imparare dal dolore? '*In sé la parola è meno del pensiero, il pensiero è meno dell'esperienza*' scrive Platone nella VII lettera. Nessuno può negare che l'esperienza sia la forma più diretta di conoscenza.

Ciò che si apprende attraverso un'esperienza diretta resta scolpito per sempre nella nostra mente. E l'esperienza del dolore è la più intensa e profonda delle esperienze, non solo *quantitativamente*, ma anche *qualitativamente*. Cerchiamo di capirne il perché. Non è facile comunicare il proprio dolore. Nessuno potrà mai sostituirmi nella mia sofferenza, per quanto io la possa comunicare (sempre ammesso e non concesso che riesca a trovare qualcuno disposto a condividere i miei patimenti). Questa esperienza è incomunicabile, nella sua essenza, perché il dolore mi isola, traccia un solco netto fra me e il mondo esterno. Il dolore, lo sappiamo tutti, ci *limita*. Ma, oltre a limitarci, ci *delimita*, ci mette in contatto con la nostra finitudine, ci costringe a vedere i confini (ahimè, spesso angusti...) delle nostre capacità fisiche e mentali. E tuttavia, facendo questo, ci restituisce un'immagine netta e precisa del nostro io fisico, ma anche psichico. L'uomo è una strana creatura che, fra le altre sue stranezze, ha quella di non riuscire, da solo, a rappresentarsi la propria immagine. Noi ci vediamo e ci riconosciamo attraverso l'immagine di noi che gli altri ci rinviano. Gli altri sono il nostro specchio. Questa regola ha pochissime eccezioni. Forse una sola: l'esperienza del dolore. Facciamo un esempio banale: noi conviviamo con il nostro corpo per i primi decenni senza dare soverchia importanza alla sua efficienza e ai mille compiti che esso quotidianamente assolve. Ma superati i 35-40 anni le cose cambiano; così, al primo mal di schiena, ci accorgiamo per la prima volta quanti infiniti movimenti la nostra colonna dorsale ci consente di fare quotidianamente. E ce ne accorgiamo perché il dolore che ci *limita*, nello stesso tempo *delimita* la nostra colonna vertebrale. Per la prima volta nella nostra vita ci accorgiamo veramente di possedere quel distretto corporeo e la nostra mente è in grado

di raffigurarsene l'immagine. Lo stesso avviene con la nostra mente: l'esperienza del dolore, a un tempo, *limita, delimita* e configura l'immagine del nostro io a noi stessi in quel meraviglioso percorso interiore che è il percorso di individuazione. Il dolore non solo *limita e delimita*, ma ci aiuta a *spingerci oltre il limite*. Il dolore, sia esso fisico che psichico, spesso costituisce un ostacolo oggettivo, perché può diventare talmente insopportabile da impedirci di portare a termine i nostri progetti. A volte, il vero ostacolo è solo la paura di avvertire il dolore e di non poterlo sopportare. Eppure il dolore ci mette di fronte ad una sfida. Una sfida a cui è difficile sottrarsi: qual'è la nostra vera capacità di resistere al dolore? Questa domanda spinge l'atleta a tentare di segnare un nuovo record, sopportando la fatica e la sofferenza, ed è la stessa domanda che ciascuno di noi si pone e a cui tenta di dare una risposta nelle piccole e grandi sfide quotidiane che la vita ci impone. D'altronde sappiamo bene che la resistenza al dolore è assolutamente soggettiva: il santone indiano che passeggia sui tizzoni ardenti non sente meno dolore rispetto al maldestro cuoco improvvisato che si scotta toccando una pentola bollente: oltre i 45 gradi di temperatura

un oggetto diventa insopportabilmente caldo per entrambi, quello che cambia è la loro reazione al dolore. Le vie neurologiche del dolore sono complesse e solo parzialmente conosciute, quello che però sappiamo è che una serie di impulsi condizionanti a partenza da diverse aree del nostro sistema nervoso centrale e periferico hanno la capacità di modificare i segnali dolorifici che giungono al cervello dalla periferia del nostro corpo. In altre parole, la nostra mente ha il potere di intensificare o indebolire tali segnali. La nostra volontà ci consente di allenarci a sopportare il dolore. L'esperienza del dolore ci insegna anche a gestirlo. C'è chi poi prova a trarre ispirazione dal dolore. E anche in questo caso il dolore ci offre un'opportunità unica perché nel suo isolarci, limitarci, delimitarci e sfidarci, ci pone in una prospettiva completamente nuova, ci impone una visione di noi stessi e del mondo assolutamente diversa da quella che ci deriva dall'esistenza quotidiana. Riuscire ad esprimere, a far parlare il dolore produce spesso autentici capolavori: due esempi per tutti: l'*Urlo* di Edvard Munch e alcune tra le più belle poesie di Giacomo Leopardi.

L'iniziativa **Hats on 4 CPC**, promossa dall'International Children Palliative Care Network, promuove il diritto di accesso alle cure palliative pediatriche invita tutte le persone sensibili al tema a postare una foto sui propri canali social indossando un cappello per mostrare il proprio sostegno alle équipes di cure palliative pediatriche attive in tutto il mondo.



Buona Vita

TU SEI UNA MERAVIGLIA

Tu sei importante.

Tu sei unico.

Tu sei una meraviglia!

Il messaggio di Papa Francesco è un manifesto per risvegliarsi alla vita, sempre, a ogni età.

Facendoci ispirare dalle 15 Regole, indicate dal Papa per una Buona Vita, possiamo assaporare a pieno la meraviglia che siamo e il gusto autentico di un'esistenza veramente vissuta.

Tu sei una meraviglia!; anche quando le preoccupazioni, la fatica, la malattia ti segnano il volto, ricorda che sei una luce che brilla nella notte.

Buona Vita!

È questo l'augurio più bello che possiamo farci gli uni agli altri.

Franciscus

La vita è il dono più grande.

Sogna e non stancarti mai di sognare.

Sogna un mondo che, se ancora non si vede, di certo arriverà. Gli uomini capaci di immaginazione hanno regalato all'umanità scoperte scientifiche e tecnologiche, hanno solcato gli oceani, hanno calcato terre che nessuno aveva calpestato mai. Coloro che hanno coltivato speranze sono quelli che hanno vinto la schiavitù e portato migliori condizioni di vita per tutti.

Se sbagli, rialzati. Non restare a terra, alzati, lasciati aiutare per tornare in piedi. Nulla è più umano che commettere errori ma gli errori non devono diventare una prigionia. È confortante sapere che possiamo sempre ricominciare; non rimanere ingabbiato nei tuoi sbagli!

Opera per la pace; non ascoltare chi sparge odio e divisioni.

Ama le persone, una ad una, e rispetta il cammino di tutti, perché ognuno ha la propria storia da raccontare, unica e insostituibile.

Sii responsabile di questo mondo e della vita di ogni uomo. Pensa che ogni ingiustizia contro un povero, contro una persona fragile, è una ferita aperta, e sminuisce la tua stessa dignità.

Lasciati sorprendere dall'amore; è questa la Buona Vita.

La gioia, quella gioia piena e concreta che ognuno cerca sin dalla nascita, sarà la naturale conseguenza. Non è una strada facile; le difficoltà dell'esistenza e il cinismo così pervasivo in questa epoca rendono tutto molto complesso ma la vita diventa bella quando si apre il cuore alla tenerezza e alla misericordia. Se ti colpisce l'amarrezza, credi nelle persone che operano per il bene.

Vivi, ama, sogna e non disperare mai.

PAPA FRANCESCO



La vita degli oggetti

ALBERTO VITO

RESPONSABILE PSICOLOGIA A.O DEI COLLI

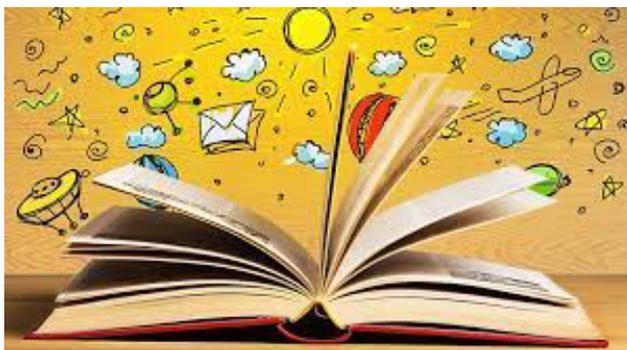
Gli oggetti, proprio come gli esseri umani, possono avere vita lunga. Talvolta molto lunga. Possono sopravvivere dopo la morte. Certo, è difficile stabilire quando un oggetto muore. Può passare da persona a persona, avere nel tempo utilizzi diversi, essere riciclato e trasformato. Comunque, gli oggetti, come i mobili, gli utensili, i capi di abbigliamento, hanno vita propria, in certe circostanze possono continuare a influenzare in modo potente la vita umana, attraverso incroci che stabilisce il caso, il destino o chissà chi.

Queste considerazioni mi sono state suscitate da un libro acquistato di recente. Per la precisione, da una dedica che contiene. Chi vive a Napoli sa che nel centro storico sopravvive la tradizione delle librerie che offrono a prezzo scontato libri già usati. Così, quando capito da quelle parti, compro sempre qualcosa dalle loro bancarelle.

Ma la storia di questo libro è particolare. Infatti, oltre che per il suo valore letterario, l'ho scelto per un particolare che mi ha subito incuriosito. Sfogliandolo, avevo notato la dedica autografa dell'autrice alla persona cui il libro era donato. Il bello è che non si tratta di un autore minore. Tutt'altro, si tratta di una delle maggiori scrittrici italiane. E anche la destinataria del regalo non era da meno...

La dedica, infatti, scritta con una grafia bella ed elegante, dice: "A *Linuccia Saba con il ricordo di Francesca Sanvitale*". Il libro è "Madre e figlia", in un'edizione Einaudi. Francesca Sanvitale, più volte finalista al Premio Strega, vincitrice del premio Viareggio opera prima, è autrice di molti programmi culturali Rai, le cui opere sono state tradotte in molti paesi. Altrettanto ricca la vita della ricevente, pittrice e letterata, figlia prediletta del grande poeta triestino Umberto.

Nella sua vita, ha avuto rapporti duraturi con personalità della cultura italiana del calibro di Carlo Levi, Eugenio Montale, lo psicoanalista Edoardo Weiss e il neuropsichiatra infantile Giovanni Bollea.



Ho iniziato subito a fare delle congetture. Come ci è finito questo libro sulle bancarelle napoletane? Da quanto tempo giaceva lì? Possibile che il libraio non avesse scorto la dedica e lo abbia venduto per pochi spiccioli? Mistero.

Preso dalla curiosità, ho fatto una piccola indagine su internet. Linuccia Saba è morta a Roma il 28 luglio del 1980. La dedica nel libro porta la data dell'8 maggio dello stesso anno. La destinataria avrà ricevuto il libro in tempo? Avrà avuto la possibilità di leggerlo? Le sarà piaciuto? Che rapporto esisteva tra la Sanvitale e lei? Erano amiche? E poi, il libro quanti giri ha fatto prima di finire a Port'Alba e dunque a me?

A partire dal libro diventato mio per caso, ho continuato a fantasticare. Penso davvero che la vita abbia regole e traiettorie di cui non sappiamo nulla. Se c'è un disegno, lo ignoriamo perché siamo troppo piccoli. Forse il nostro compito è esclusivamente trarre il meglio da ciò che abbiamo, a partire da noi stessi. E, per vivere più sereni, dobbiamo accontentarci di questo. Comunque non è poco.

Conflitti e aggressioni: come prevenirli

CARLO NEGRI
NAPOLILAB

La vita professionale di ciascuna persona ci fa spesso trovare di fronte a situazioni che provocano *rabbia* generando *conflitti*. In ambito sanitario, gli operatori sono vittima di una *rabbia sociale* perpetrata nei loro confronti da pazienti e familiari con atti di violenza, principalmente durante il primo soccorso e nei P.S., ma anche nei reparti e ambulatori, sia ospedalieri che territoriali e privati.

Il fenomeno rappresenta ormai una pratica tristemente diffusa e costante in tutto il Paese, al punto che la Legge 14 agosto 2020 n. 113, recante *'Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni'* ha istituito il 12 marzo la **Giornata nazionale di educazione e prevenzione contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari** e socio-sanitari con cadenza annuale, per diffondere e sensibilizzare la popolazione per una cultura di educazione, rispetto e di condanna di ogni tipologia di violenza verso gli operatori di questo comparto lavorativo. Stabilire il numero di episodi degenerati in violenza nei confronti dei sanitari ogni anno non è facile, in quanto molti eventi non vengono denunciati. L'INAIL, in un report pubblicato dalla Sovrintendenza sanitaria centrale quest'anno, il 12 marzo, ha elaborato un rapporto¹ che riferisce dei casi di infortunio denunciati e accertati positivamente nel quinquennio 2016-2020 nella Sanità e Assistenza Sociale sono più di 12.000, con una media di 2.500 ogni anno, codificati in base alla variabile Esaw/3 Deviazione '80 - sorpresa, violenza, aggressione, minaccia, ecc. Secondo la pubblicazione, il 46% degli infortuni è avvenuto nell'Assistenza sanitaria (ospedali, case di cura, studi medici), il 28% nei Servizi di assistenza sociale residenziale (case di riposo, strutture di assistenza infermieristica, centri di

accoglienza, ecc.) e il 26% nell'Assistenza sociale non residenziale.

Il 75% delle vittime di violenza è costituito da donne aggredite negli ospedali pubblici e nelle case di cura (64% dei casi); le professioni più colpite sono infermieri e tecnici della salute, gli educatori professionali impegnati nei servizi educativi e riabilitativi all'interno dei servizi sanitari o socio-educativi con minori, tossicodipendenti, alcolisti, carcerati, disabili, pazienti psichiatrici e anziani; Il 25% è costituito dagli OSS e il 15% dagli OSA

Sempre in base al rapporto, i medici rappresentano una percentuale minore, il 5% dei casi, ma va specificato che non rientrano in questa categoria, in quanto esenti dall'obbligo assicurativo, i medici di medicina generale e i liberi professionisti.

I luoghi più colpiti dalla violenza sono i Pronto soccorso (456 aggressioni all'anno), i reparti di degenza (400), gli ambulatori (320), gli SPDC (72) le terapie intensive (62), le aggressioni al 118 (41), quelle nell'assistenza domiciliare (37), nelle case di riposo (20) e nei penitenziari (11). Si registrano, inoltre, episodi classificati per il 60% da minacce, per il 20% da percosse, per il 10% da violenza a mano armata e per il 10% da atti di vandalismo.

A commettere violenza sono per il 49% i pazienti, per il 30% i familiari, per l'11% i parenti e per l'8% gli utenti in generale.

Tale fenomeno ha fatto sì che nella citata Legge 14 agosto 2020 n. 113, all'articolo 2, comma 1, è stata disposta l'istituzione presso il Ministero della salute dell'*Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie*.

In Campania. L'organizzazione no-profit *Nessuno tocchi Ippocrate*, presente sul social Facebook con più di 42.000 follower, ha registrato, dall'inizio dell'anno, 60 aggressioni contro il

personale socio-sanitario e i presidi ospedalieri, con l'ultimo registrato il 22 novembre a Villa Betania 2. In occasione della prima Giornata nazionale che si è svolta il 12 marzo scorso, la FP GGIL ha presentato il vademecum aggiornato 'Stop alle aggressioni al personale sanitario', un prontuario con consigli sulle norme comportamentali per il personale sanitario atto a prevenire episodi di violenza a loro carico.



Cover Vademecum

Il vademecum riporta come fattori di rischio concorrenti agli atti di violenza:

- *l'aumento di pazienti con disturbi psichiatrici acuti e cronici dimessi dalle strutture ospedaliere e residenziali;*
- *la diffusione dell'abuso di alcol e droga;*
- *accesso senza restrizione di visitatori presso ospedali e strutture ambulatoriali;*
- *lunghe attese nelle zone di emergenza o nelle aree cliniche, con possibilità di favorire nei pazienti o accompagnatori uno stato di frustrazione per l'impossibilità di ottenere subito le prestazioni richieste;*
- *ridotto numero di personale durante alcuni momenti di maggiore attività (trasporto pazienti, visite, esami diagnostici);*
- *presenza di un solo operatore a contatto con il paziente durante visite, esami, trattamenti o gestione dell'assistenza in luoghi dislocati sul territorio ed isolati, quali i presidi territoriali di emergenza o continuità assistenziale, in assenza di*

- telefono o di altri mezzi di segnalazione e allarme;*
- *manca di formazione del personale nel riconoscimento e controllo dei comportamenti ostili e aggressivi;*
- *scarsa illuminazione delle aree di parcheggio e delle strutture.*

Quanto sopra indicato dipende dalla realtà della struttura, l'ubicazione, le dimensioni, il periodo della giornata, in quanto una significativa percentuale delle aggressioni avviene la sera e la notte.

Il documento evidenzia anche una serie di segnali che l'operatore sanitario deve riconoscere nell'interlocutore in quanto rappresentano una progressione nel comportamento ostile che, se non gestiti opportunamente, passano dalla minaccia all'aggressione fisica e, in *extrema ratio*, l'omicidio: si comincia con espressioni verbali aggressive e una gestualità accentuata, minacciosa, a spinte e contatto fisico, fino all'uso di armi.

Il vademecum richiama alle raccomandazioni ministeriali del 2007 da mettere in atto per la tutela della propria salute e di quella dei colleghi in tutti i luoghi di lavoro. Prosegue con suggerimenti sul comportamento da osservare in casi di conflitto con gli utenti e loro aggressività per favorirne una de-escalation, mitigare i toni con l'obiettivo di arrivare a un confronto civile:

- *presentati con nome e qualifica professionale;*
- *adotta un'espressione tranquilla ferma con un tono di voce basso, rivolgendoti direttamente all'utente chiamandolo per nome; se possibile mostrati interessato a capire quale sia il suo problema;*
- *guarda il paziente negli occhi ma senza fissarlo, ma alternando lo sguardo;*
- *usa un linguaggio semplice e facilmente comprensibile;*
- *cerca di rispondere all'esigenza immediata proposta dal paziente, senza spostare il discorso su altri temi;*
- *negozia con il paziente ponendolo di fronte a scelte alternative;*
- *cerca di corrispondere al codice preferenziale del paziente (geografico, politico, sportivo, alimentare, ecc.);*

cerca di far sedere il paziente sedendoti anche tu, così da avere un minor impatto della presenza fisica nella circostanza e quindi una probabile riduzione del comportamento aggressivo; se non vuole sedersi rimani in piedi anche tu;

- *posizionati a fianco del paziente con un asse di circa 30°: la superficie esposta a colpi è minore; inoltre, così comunichi più disponibilità al dialogo;*
- *modula la tua distanza dal paziente, mantieni sempre una distanza di sicurezza,*
- *evita atteggiamenti di postura chiusi che potrebbe essere interpretati come difensivi o aggressivi, (come stare a braccia conserte, muoverti rapidamente o avvicinarti troppo, puntare l'indice);*
- *non sorridere: il paziente, può interpretarlo come una presa in giro;*
- *non toccare il paziente, nelle persone agitate porta a fraintendere facilmente il contatto fisico come ostile o minaccioso quindi non invadere il suo spazio;*
- *non tenere le mani in tasca, mantenerle libere e pronte a proteggersi.*
- *non rispondere alle minacce con altre minacce;*
- *non dare ordini;*

A queste indicazioni seguono alcune tecniche di autodifesa in caso di aggressioni fisiche.

I brevi consigli comportamentali contenuti nel vademecum rappresentano una fusione di più tecniche di comunicazione, dalla verbale alla paraverbale alla non verbale, alla PNL, alla comunicazione assertiva ed empatica, che andrebbero usate in tutti i rapporti con pazienti e familiari, per ottenere un'alleanza terapeutica mirata a un efficace percorso di cura. Inoltre, l'instaurare una buona relazione aiuta a ridurre i conflitti e il contenzioso sanitario, entrambi dipendenti in gran parte dei casi da difetti di comunicazione e incomprensioni. Fra queste, analizziamo brevemente la comunicazione assertiva. Il termine assertività deriva dal latino *asserere* e indica la capacità di un individuo di esprimere le proprie emozioni e opinioni con efficacia senza prevaricare, offendere o aggredire l'interlocutore. Consiste nell'instaurare con gli altri un rapporto basato sul rispetto reciproco, essendo consapevoli delle proprie esigenze personali, manifestandole con chiarezza.

Nelle relazioni interpersonali adottiamo prevalentemente tre tipi di comportamento:

1) *Comunicazione aggressiva*: non rispettiamo i diritti dell'altro, è caratterizzata da aggressività verbale, incapacità di controllo delle proprie emozioni, negazione dell'aver torto non riconoscendo i propri errori e dalla supremazia nei confronti di chi ci sta intorno, per raggiungere i propri obiettivi o desideri. Il linguaggio del corpo denota un contatto visivo aggressivo e invadente, di sfida, con tendenza ad avvicinarsi invadendo lo spazio altrui, la voce è stridula e molto alta, si gesticola minacciosamente assumendo una postura spavalda e rigida;

2) *Comunicazione passiva*: si manifesta parlando poco di sé, dei propri desideri e obiettivi, calpestando le proprie emozioni senza dire le proprie opinioni o fare obiezioni, esprimendo rigidità e disagio. Si trasmette agli altri l'impressione di poter decidere al proprio posto, è collegata a una bassa autostima con tendenza a sminuirsi, a sentirsi inadeguati. Si tende a non guardare l'altro negli occhi, si assume una postura contratta, si usa un tono di voce basso e incerto, con gesti nervosi che tradiscono ansia;

3) *Comunicazione assertiva*: si attua ponendo attenzione a diversi fattori, assumendo una posizione eretta ma al contempo non rigida, rilassata, rispettando la distanza fisica dall'interlocutore, facilitando la comunicazione con l'uso di gesti esplicativi non minacciosi, parlando con un tono pacato, con voce modulata e mantenendo un contatto oculare con l'altro non invasivo.

L'assertività tende a trovare un punto di equilibrio fra i due comportamenti antitetici, aggressivo, che tende a calpestare gli altri e passivo, che tende invece a farsi calpestare, evitando così di incorrere in stili mirati al potere, rispettivamente vincere o perdere, e incomprensioni. Si analizza il problema oggettivo, cercando la soluzione migliore per risolverlo senza entrare in conflitto con l'altro, evitando di giudicare e di entrare in un'escalation aggressiva, ascoltando l'interlocutore sforzandosi a comprendere le sue ragioni.

La comunicazione assertiva è strettamente collegata all'empatia, alla comprensione di ciò che ci viene detto mostrando interesse, essendo vicini alle emozioni altrui, a ciò che l'interlocutore prova, esprimendo la propria volontà a risolvere un problema e aiutare.

Empatia e ascolto attivo sono indispensabili per conquistare la fiducia, comunicando che siamo interessati alla sua situazione e che può contare sul nostro supporto.

E' importante fornire all'altra persona informazioni per risolvere il suo problema senza svalutarlo, essere chiari e offrire possibili soluzioni, aspettando sempre un suo feedback, tenendo presente che non possiamo dare per scontato il fatto che questi sia a conoscenza dei concetti che esprimiamo, per cui bisogna spiegarli con calma, anche più volte, scegliendo le parole giuste, ponendo attenzione al messaggio di ritorno che ci darà.

Altrettanto importante, per una buona comunicazione, è usare un linguaggio chiaro, semplice, evitando parole comprensibili solo da pochi o esperti della materia. In medicina questo tema è spesso ignorato, e il medico di solito usa termini scientifici che il paziente e il caregiver non comprendono, rendendo la comunicazione poco efficace e il rapporto più complicato.

L'ascolto attivo, senza interrompere dopo pochi secondi l'interlocutore, comporta *il saper ascoltare*, mentre *l'assertività il saper comunicare*.

La comunicazione inefficace comporta il *conflitto*, spesso alimentato da pregiudizi e stereotipi che, come già visto, è caratterizzato dall'aggressività, da uno scontro verbale e fisico, e si basa sull'incomprensione, sul perdere di vista gli obiettivi rappresentando un fallimento per entrambi, con la fine del processo comunicativo.

Il modo migliore per gestire un conflitto interpersonale è prevenirlo: saper leggere ciò che sta succedendo ed evitare che una situazione potenzialmente ostile possa degenerare. Abbandonare il contatto visivo, cambiare improvvisamente il discorso, usare interazioni come

"è la sesta persona da stamattina che si lamenta di questa cosa..." comportano il pensare nell'altro che ci sia una mancanza di attenzione e considerazione provocando disagio, importante campanello d'allarme che ci consente di riconoscere l'esistenza di un conflitto.

E' necessario distinguere sempre la persona dal suo comportamento: la prima va comunque accettata, il secondo no.

Riassumendo, le componenti fondamentali della comunicazione assertiva sono il contatto oculare, la postura del corpo, la distanza e il contatto fisico, la gestualità, le espressioni facciali e il linguaggio del corpo, il tono e il volume della voce, l'ascolto attivo e la scelta delle parole. La giusta attenzione a questi elementi evita il conflitto e aiuta a costruire relazioni pacifiche e vantaggiose con gli altri, in particolare nel percorso di cura.

Riferimenti:

1. *I Fact Sheet della Sovrintendenza sanitaria* - www.inail.it
2. www.facebook.com/nessunotocchiippocrate/
3. *vademecum ed. 2022 FP CGIL Stop alle aggressioni al personale sanitario*

Una passeggiata verso ...l' immortalità dei Greci

RODOLFO HACHFELD

Erano quasi le sei di sera di fine novembre di qualche anno fa un'arietta fine di tramontana entrava dritta nei polmoni a parlarmi di purezza, lì sulla svettante terrazza di S. Martino sopra la città, quando squillò il telefonino, intralciando quella sensazione di libertà sopra Napoli.

'Pronto?'

'Ciao Rudi, sono Antonio ... senti ... mi trovo qui ai Vergini in un interrato ... è il vano di una tomba, penso del III a. C. ... É poco nota, non è un luogo aperto al pubblico Perché non mi raggiungi?'

Antonio è un burocrate, sognatore, esploratore, ricercatore. L' invito mi allettava. Risposi subito di sì e mi incamminai per quella discesa solitaria ingombra di detriti, immondizia e schegge di vetro che si godevano il panorama mozzafiato del Golfo e del Vesuvio, monumento alla pizza ed alla minaccia geologica incombente.

Non ero solo. Ero accompagnato dalla Luna Pandia, così i Greci chiamavano quella piena dal volto quasi umano, che esercitava su di me un fascino primordiale ed aveva il potere di proiettarmi con l'immaginazione in quell'epoca verso la quale ero diretto.

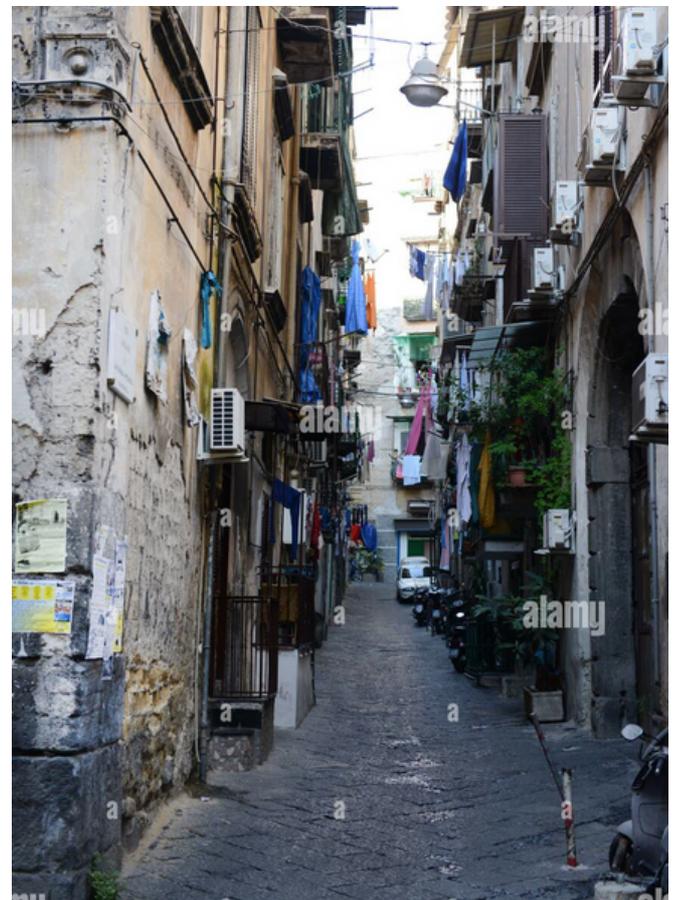
Dopo un quarto d'ora a passo veloce ero già affondato nei vicoli della Pignasecca; attraversai via Roma / via Toledo e, giunto al tempio dei Dioscuri, oggi Basilica di S. Paolo Maggiore, risalii per il vicolo dei Giganti, approdando finalmente a Porta S. Gennaro. Lì la densità del centro Storico tira il fiato: l'antico punto di attraversamento delle mura greche, dalle possenti pietre trasportate con i carri dalla cava a Poggioreale, sfocia nella larga via Fuori le Mura (via Forìa) ... ma è solo un attimo. Ricomincia dall'altro lato lo stretto intrecciarsi dei vicoli seicenteschi; siamo nella zona dei

Vergini, o meglio, della *Fratria dei Vergini o Eunostidi*, una delle associazioni di liberi cittadini, nate all'epoca della fondazione di Neapolis. Questa, in particolare, secondo Plutarco, dedicava la verginità dei loro membri al dio Eunosto. E siamo nel V sec. a.C.

La Luna Pandia continuava ad illuminare i miei passi. Continua a narrare Plutarco: *'Di tutti gli dei che appaiono nel Cielo, nessuno deve essere più venerato più che la luna, perché nessuno esercita un influsso più forte sulla vita umana'*.

Effettivamente avevo la sensazione che qualcosa stesse per succedere...

Antonio era lì, appoggiato ad un muro di un palazzo decadente ... eravamo nei pressi di Via S. Maria Antesaecula, il vicolo che dette i natali



nel 1898 a Totò. La luna era anche lì, illuminava uno di quei posti dove diresti *'Napoli ingoia il tempo'*, dove tocchi con mano questo senso di immortalità, dove passato e presente si mescolano incessantemente, e dove, secondo una sociologa tedesca innamorata, *'Napoli non ha bisogno di futuro'*...

Il mio amico mi indicò sorridendo una direzione, un vico che svoltava, perdendosi tra muri fatiscanti, fino a che, dopo non molto, ci fermammo davanti un cancello chiuso con catena e lucchetto.

Antonio aveva la chiave ed una pila. *'Faccio strada'*. Lo seguì ...

Scendemmo parecchi gradini di tufo umido, spettralmente illuminati dal chiarore della luce tascabile. Le pareti erano di terra compressa da secoli ... l'ambiente corrispondeva alle mie nozioni del posto ... è noto che, a più riprese, svariate frane e inondazioni, provenienti dai sovrastanti colli Aminei, colmassero la sottostante vallata suburbana, ricca di orti, vigneti e pini. Lì i Greci educavano i giovani, insegnavano tra l'altro filosofia pitagorica, ricca di formule geometriche, atte a misurare ed assegnare i terreni da coltivare, e seppellivano i morti.

Ero in quell'ambiente la pila illuminava uno spazio dall'intonaco molto chiaro, quadrato, con angoli che mi sembravano smussati; alle pareti ... nulla! solo un fregio, nemmeno tanto appariscente, appena sotto il soffitto, lungo i quattro lati, in alto. Guardando meglio, distinsi, in successione alternata, i frutti del melograno dipinto in rosso, ormai scurito, le pigne, dalle brattee aperte verso la sommità, in verde ormai annerito, ed i papaveri di un colore più rosso del melograno, ma anch'esso ormai scurito dal tempo. Insomma, un vano di una semplicità essenziale, con appena i tre frutti accennati lungo la linea ideale, al di sotto della copertura ...

Certo, vecchio di 2300 anni almeno, il vano aveva il suo fascino ... ma la prima impressione di vuoto, del nulla, faticava a scomparire ...

'E...e i morti?'

Antonio, un po' deluso dal mio visibile sconcerto, accennò vagamente con la mano un passaggio che si perdeva nel retro.

'Di là'... ma non compresi molto e non mi interessava. Stavo cominciando a capire.

E dunque ... la melagrana, la pigna, il papavero: tre simboli dell'immortalità, rappresentati più volte, il più in alto possibile, in una stanza spoglia, dove, al di sotto di questi tre affreschi, vi era il nulla; ed in questa stanza ancora nulla, con le spoglie altrove ... ed io che mi aspettavo chissà che cosa, magari il vaso di Medella, rinvenuto a Canosa di Puglia, con i vari colori della luna alata e del cielo, degli astri, dei cavalli anch'essi alati, delle torri ... La Luna Pandia che si riverberava nei riflessi che, in qualche curvilineo modo giungevano fino a me , sembrava sorridermi sorniona , suggerendomi di riflettere ... era ... era una stanza di transizione verso la morte!

Comprendi ed adeguati, altrimenti farai una misera fine! Aspirai dall'aria questo messaggio. Era evidente , in questo nulla , la subordinazione dell'idea artistica, di qualsivoglia figura, a quella religiosa. Il nulla è il linguaggio del mistero che, nascosto nella nudità delle pareti, desta molti più pensieri di quanti ne rappresenti.

Ogni conservazione della figura, del credo personale, dell'immagine antropomorfa è intenzionalmente evitata ... penso che sia conseguenza di una idea religiosa, e specialmente di quella pitagorica, fiorente in quel periodo, che considera il ritorno dell'anima individuale a quella del mondo, dove sopravvive la vera vita, cioè la vita cosmica dopo la morte apparente del corpo come verità e realtà.

Ed il punto di raggiungimento di questo processo è l'immortalità, rappresentata dalle tre figure ripetute, poste in alto, al di sopra di un vuoto, che può essere colmato soltanto dalla ricchezza di spirito dell'iniziato.

E, dunque, quella stanza simboleggiava l'iniziazione, a mio avviso, il nulla dell'assenza delle tentazioni a garanzia di una vita secondo le regole religiose ed il simbolo del punto di raccolta dei *mystès*, degli iniziati del credo orfico ed eleusino, dei molti frutti, dei molti rispetto ai pochi, a significare che la preghiera dei molti ha più forza per giungere alle orecchie della divinità, Mitra o Demetra od altra che dir si voglia.

In fondo, come oggi si usa, per far giungere tutti assieme la preghiera da Lourdes alla Madre di Dio. Una sensazione davvero avvolgente e bellissima.

Rimasi colpito dalla profondità silente che usciva sommessa in questo vano dalla notte dei tempi ... mi soffermai ancora sul significato dei frutti scelti a simbolo della fecondità, del ciclo della vita, dell'immortalità.

La melagrana, la pigna, il papavero hanno un particolare in comune: l'abbondanza dei semi, contenuta in ognuno di essi, a significare la continuità della vita, il ciclo inarrestabile di esso, la nostra continua trasformazione da corpo in terreno che accoglie il seme e che nasce ogni anno, quando, mitologicamente, Persefone, la figlia di Demetra, esce dagli Inferi e la vita torna a germogliare. Questa è la nostra immortalità, che è contenuta in ogni essere che ha vita, uomo, animale o pianta che sia.



É una immortalità diversa da quella eroica e monumentale, di quella di Zeus o di qualsiasi altra divinità, cui il pensiero corrente ci ha abituato. É l'immortalità del ciclo della vita, presente in ognuno di noi. Ed occorre avere l'umiltà serena di imparare questo messaggio...

Rodolfo Hachfeld, laureato in Economia ad indirizzo storico, è stato Direttore nella sede centrale della Citibank Italia. Felicamente pensionato, vive in Cilento dove coltiva la terra.

Ha vinto un premio di Poesia Internazionale a Napoli e recentemente ha pubblicato un tascabile, *Gli Agonisti*, lottatori di Panrazio, ambientato nella Napoli del II sec. a. C., editore Colonnese.

La Sanità nel Regno delle Due Sicilie

PAOLO CESARO

Il Regno delle Due Sicilie era fecondo e ricco; Francesco Saverio Nitti, nel libro *Scienza delle Finanze*, affermò che il 'Regno delle Due Sicilie aveva due volte più monete di tutti gli altri Stati della Penisola uniti assieme'. In quella florida condizione economica si iscrive bene la storia della medicina ai tempi dei Borbone, dei suoi primati e delle sue eccellenze.

La pubblica assistenza e la sicurezza sanitaria, prima strettamente legate alla carità delle opere pie, ebbero, nel Regno delle Due Sicilie, una attenzione ed uno sviluppo notevole, tanto da essere ai primi posti in Europa. Le iniziative sanitarie dei Borbone presentano alcuni aspetti tuttora presenti nell'odierna organizzazione sanitaria, a testimonianza della modernità dei Borbone.

I Borbone erano governanti illuminati; il loro modo di governare consentì al Regno di raggiungere, nell'Europa di allora, primati lusinghieri ed eccellenze in ambito economico, sanitario, della scuola e dei trasporti, per i quali era preso a modello da numerosi stati che ne apprezzavano gli aspetti politico-sociali.



Nell'ambito delle iniziative sanitarie si raggiunsero eccellenze invidiate da tutti. I Borbone emanarono leggi e regolamenti anche a vantaggio dei più poveri che potevano accedere alle cure necessarie. Organizzarono la sanità a carico dello Stato e garantirono ad ogni famiglia un alloggio; furono i primi a creare un ufficio vaccinazioni, stabilendo programmi obbligatori, e posero attenzione anche alla programmazione del numero dei medici nel Regno; nel 1860 nel territorio delle Due Sicilie operavano 9390 medici chirurghi per 9 milioni di abitanti contro i 7087 per i 13 milioni di abitanti del resto d'Italia.

Già nella metà del '700, Carlo di Borbone aveva realizzato una rete ospedaliera non solo come luogo di accoglienza caritatevole, ma anche per la cura delle malattie. A capo dell'Organizzazione Sanitaria pose il Medico Protonotario, incarico affidato negli anni '50

del 1700 a Francesco Buonocore, medico personale del re, che aveva *'il compito e l'autorità di visitare tutte le Spezierie di Medicine della Città, dei Borghi e Distretti, per il bene pubblico, con indicazione a destinare i sostituti alle visite delle altre Spezierie del nostro Regno'*. Buonocore era paragonabile all'attuale Ministro della Sanità ed aveva competenza nella gestione di tutti gli Ospedali del Regno e delle Farmacie.

La *Eccellentissima Deputazione di Salute* aveva compiti di prevenzione sulle malattie infettive e prevedeva l'isolamento a Nisida. Dopo la quarantena, a chi risultava sano veniva rilasciato *il passaporto di salute*, una sorta di Green Pass, che permetteva la libera circolazione a Napoli e in tutto il Regno.

Compito analogo a quello della *Deputazione di Salute* era svolto, per il personale di Marina, dall'**Ospedale delle Galere**, che aveva un suo Medico *Protonotario*. L'ospedale svolgeva attività chirurgica e disponeva di 100 post letto,

il 20% destinato ai marinai e l'80% ai galeotti feriti.

Nel 1743, Re Carlo fece attrezzare ad **Ospedale** un palazzo al **Borgo di Chiaia** e ne ricavò 80 posti letto.

L'**Ospedale della Cesarea**, con i suoi 60 posti letto, accoglieva gli ammalati acuti ed era fornito di pronto soccorso.

L'**Ospedale dei Santi Giuseppe e Lucia** era destinato ai ciechi *'che vengono istruiti nel leggere e nello scrivere, nella geografia a rilievo e nella musica vocale e strumentale'*.

L'**Ospedale di Santa Maria di Loreto** era l'Orfanotrofio-Conservatorio del Borgo Loreto, dove insegnavano Jommelli e Cimarosa; dopo la costruzione dell'*Albergo dei Poveri*, divenne anche ospedale ed arrivò a disporre di 437 posti letto. Eccelleva per la sala ortopedica, unica in tutto il Regno di Napoli e di Sicilia.

L'**Ospedale di Santa Maria della Fede** accoglieva le *'donne di mondo'*; annessa alla struttura vi era una sala per le urgenze.

L' ORGANIZZAZIONE SANITARIA AL TEMPO DI RE CARLO DI BORBONE

Alla metà del '700 Il Medico Protonotario **Francesco Buonocore** aveva competenza su tutti gli ospedali e le farmacie del Regno continentale

La *Eccellentissima Deputazione di Salute* aveva compiti di sorveglianza preventiva sulle malattie infettive

A Napoli funzionavano 9 ospedali, uno dei quali per la Marina militare.

<p>Ospedale delle Galere. Era destinato ai <i>marinai ed effettuava operazioni chirurgiche</i></p>	<p>Real Casa Santa degli Incurabili. Fu fondato nel 1519 dalla <i>Venerabile Maria Lorenza Longo</i>. Era l'ospedale più grande di Napoli con 1200 posti letto.</p>	<p>Real Casa dell' Annunziata. Carlo di Borbone lo fece ampliare dal Vanvitelli . <i>Curava i malati ed assisteva i bambini abbandonati</i></p>	<p>Ospedale dei Pellegrini e dei Convalescenti. Nacque dalla omonima Arciconfraternita. <i>Assisteva i pellegrini in arrivo a Napoli</i></p>	<p>Ospedale di S. Maria di Loreto. Era anche <i>orfanotrofio e Conservatorio musicale.</i> Contava 437 posti letto ed aveva una sala ortopedica.</p>
				

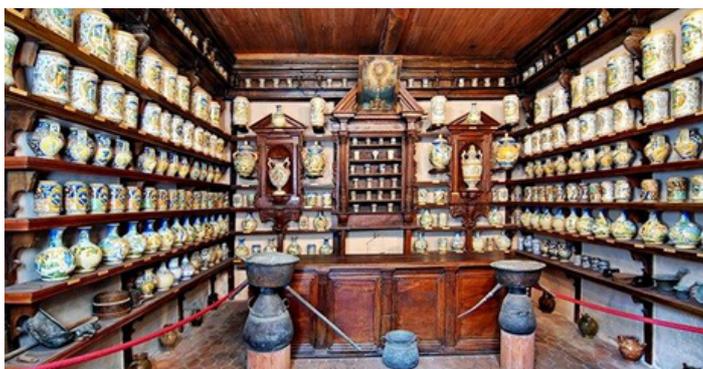
Infografica Salvatore Cuda

L'Ospedale dei Pellegrini e dei Convalescenti, assisteva i pellegrini in arrivo a Napoli; si trasformò presto in Ospedale, con una astanteria medica e chirurgica; fungeva anche da centro di isolamento per le malattie infettive.

La mission della **Real Casa dell'Annunziata** era la cura di febbricitanti e feriti ma anche il sostentamento, l'educazione e l'istruzione alle arti per le creature abbandonate o esposte alla famosa *ruota*.

Nato come ospizio nel 5° secolo, l'**Ospedale San Gennaro de' Poveri**, nel 1468 fu trasformato in Ospedale per gli appestati. Con Carlo di Borbone fu riconvertito nuovamente in ospizio, ovvero in *depots de mendicité* per vecchi e bambini in precarie condizioni di salute; successivamente divenne un centro per le malattie psichiatriche.

L'**Ospedale de' Poveri Real Casa Santa degli Incurabili** fu fondato nel 1519 grazie alla nobildonna Maria Lorenza Longo, dichiarata Venerabile dalla Chiesa. Era l'Ospedale più grande di Napoli con 1.200 posti letto; nel '700



fu dotato della *Farmacia Storica* che ancora custodisce 400 vasi maiolicati contenenti specialità medicinali, estratti di piante mediche e preparati galenici, confezionati dai *Potecari*, farmacisti il cui ruolo era di fondamentale importanza.

Le istituzioni e l'organizzazione sanitaria, in ogni epoca, rappresentano lo specchio fedele della società, dei suoi fermenti, dei suoi travagli culturali ed economici.

I Borbone governarono in un periodo fecondo per le conoscenze mediche: dall'empirismo e dalla osservazione si transitava alla medicina come professione.

Agli inizi del '700 si apre, in tutta l'Europa, il contenzioso tra le Istituzioni Universitarie, autoreferenziali, dogmatiche e conservatrici, che si rifacevano ad una scienza statica di stampo pseudoippocratico-galenico, e le consorterie di empirici, barbieri, girovaghi da fiera, che praticavano atti medici.

Nel Napoletano la proverbiale maggiore tendenza alla moderazione determinò minori tensioni tra queste categorie che esercitavano l'*ars medica*. L'intelligenza ed il rigore scientifico di medici dello stampo di Marco Aurelio Severino e Domenico Cotugno, consentì, rifacendosi al vero messaggio Ippocratico, di calmare le tensioni e delineare quella che sarebbe stata la futura professione medica; furono disciplinate le attività che si svolgevano negli ospedali, negli ospizi, nei centri di ricovero e nei centri contumaciali.

Gabriele Tedeschi, Enrico Granata, Antonio Cardarelli, Domenico Capozzi, Domenico Cirillo, solo per citarne alcuni, furono clinici valentissimi e, allo stesso tempo, acuti docenti.

Il controllo delle attività mediche fu affidato al *Collegio medico-cerusico*, con sede nel ProtoOspedale degli Incurabili di Napoli, che pose *observatio et ratio* quale caposaldo della Scuola Medica Napoletana.

Altra importante istituzione era la Scuola Medica Salernitana, nata nel 9° secolo, la più

importante in Europa.

Uno dei primi documenti riguardanti la sanità pubblica nel Regno delle Due Sicilie risale al 1749 allorché il Senato, a seguito della epidemia di peste che aveva colpito Messina, impose la creazione di Cordoni Sanitari Portuali di protezione.

Due anni dopo Carlo III promulgò la cosiddetta Prammatica con la quale le competenze sanitarie furono divise in due ambiti: quella per via mare, *Servizio Sanitario Esterno*, e quella per via terra, *Servizio Sanitario Interno*.

Nel 1817, Re Ferdinando I, *'volendo che in tutta la estensione de' nostri reali dominj, il servizio della pubblica salute sia regolato da principi e metodi uniformi al fine di uniformare il sistema sanitario in tutto il Regno delle due Sicilie'* emanò un decreto per confermare l'organizzazione di Carlo III.

Al vertice del **Sistema Sanitario** fu posto un Supremo Magistrato di Salute Pubblica, con funzioni deliberative, e una Soprintendenza con funzione esecutive, dipendenti del Ministero dell'Interno. Figure periferiche erano gli Intendenti delle Valli, competenti per le provincie, gli Ufficiali Comunali competenti per il Servizio Sanitario Interno e le Deputazioni di Salute per il Servizio Sanitario Esterno; le deputazioni erano divise in 4 classi in base all'importanza e i porti di Napoli, Palermo, Messina e Siracusa erano considerati di prima classe. Il Supremo Magistrato e la Soprintendenza erano affiancati dalla Facoltà Universitaria di Medicina, con docenti di Medicina, di Chimica e un architetto.

La **formazione universitaria** fu un fiore all'occhiello dei Borbone. Le Università di Salerno, Napoli e il Collegio Medico-Cerusico conferivano il titolo di Dottore in Medicina, riprendendo gli statuti degli insegnamenti delle università spagnole.

I medici esercitavano esentasse, pagando i

tributi solo all'atto della abilitazione all'esercizio professionale. Anche la medicina militare ebbe uno sviluppo notevole, visto l'uso delle nuove armi da fuoco. Ferdinando Palasciano organizzò l'assistenza sanitaria militare ed è considerato il precursore della Croce Rossa Internazionale.

Il Servizio Sanitario del Regno delle Due Sicilie era aperto a tutte le innovazioni, tanto che i medici inglesi si recavano a Napoli per capire come i medici del Regno operassero nei settori dell'urologia, dell'ostetricia, della oftalmologia, ponendo attenzione anche all'originale Grande Farmacia.

Il Regno ebbe il riconoscimento internazionale della sua organizzazione sanitaria, nel 1845, con il Congresso Internazionale degli Scienziati, a Napoli, che registrò la partecipazione di 1600 Scienziati da tutto il mondo. Il successo ufficializzò che i Borbone avevano costruito, nel mezzogiorno d'Italia, un Sistema Sanitario all'avanguardia nell'Europa dell'epoca.

Nel '700 le prime istituzioni assistenziali furono ospizi per poveri, reietti e abbandonati.

Palazzo Fuga, più noto come Reale Albergo dei Poveri, sorto a Napoli nel 1749, per volontà di Carlo III, rappresenta il sogno dell'utopia illuministica che vuole raggruppare i poveri, gli indigenti, al di fuori della città reale. Analoga, ma meno nota, istituzione era stata fondata a Palermo già nel 1746.

Nell'800 si arriva alla nascita della medicina specialistica e dell'ospedale inteso come luogo di cura secondo l'accezione moderna. Il Regno delle Due Sicilie vanta molti e importati primati nella Sanità.

Primati mondiali:

- Prima istituzione mondiale di una Commissione, la Giunta dei Veleni, per la gestione degli scarichi industriali.
- Leggi sulla raccolta differenziata dei rifiuti e sulla pulizia delle strade.
- Leggi igieniche per la prevenzione sanitaria e ambientale.
- Norme di polizia mortuaria.
- Leggi sulla tutela dei beni archeologici.
- Istituzione della prima Cattedra di Pediatria,
- Istituzione dell'*Ospizio marino* per la talassoterapia, il rachitismo e la tubercolosi.
- Prima descrizione della patologia oggi nota come sclerodermia (Prof. Carlo Curzio).
- Edizione del primo Manuale pratico di 'B.L.S.'.
- Fondazione della prima Speciale Farmacia Omeopatica Centrale (dott. R. Rubini)
- Primo sistema pensionistico, con ritenute del 2% sugli stipendi.

Primati italiani:

- Primo intervento di Vaccinoprofilassi Antivaiolosa (dott. Gatti)
- Primo Ospedale psichiatrico nazionale a Palermo a Santa Teresa ai Porrazzi.
- Prima Cattedra di psicoterapia a Palermo (prof. Giovanni Linguiti).
- Primo Ospedale Psichiatrico con annessa Cattedra di Psichiatria (Reale Morotrofo di Aversa).
- Primo Periodico psichiatrico (prof. Biagio Miraglia).
- Introduzione in Italia della Medicina Omeopatia (dott. F. Romano)
- Prima Clinica omeopatica (Ospedale della Trinità a Napoli e Ospedale Omeopatico della Cesaria).
- Prima Cattedra Italiana di Ostetricia e Osservazioni chirurgiche.

- Fondazione del primo Istituto Italiano per Sordomuti.
- Assistenza ai bambini abbandonati, capillarmente dislocata nei singoli Comuni
- Prime Leggi sanitarie di quarantena per evitare contagi, con isolamento a Nisida.
- Primi Interventi di Profilassi Antitubercolare su tutto il territorio.
- Leggi di San Leucio (prima assegnazione di case popolari in Italia, asili nido, indennità di malattia, assistenza sanitaria gratuita, assistenza agli anziani ed alle vedove, precisi orari di lavoro).
- Primo Orto botanico per la fitomedicina a Palermo.

Molto significativi alcuni dati statistici:

Nel Regno delle Due Sicilie si osservava la più bassa percentuale di mortalità infantile d'Italia.

Il Regno aveva la più alta percentuale di medici per abitanti in Italia.

Questo, e tanto altro ancora, caratterizzò la politica socio sanitaria ed assistenziale di una Dinastia illuminata; è un obbligo morale affermare che il termine borbonico inteso come sinonimo di oscurantismo, inefficienza, ottusità e malaffare non è corretto perché i Borbone perseguirono e realizzarono, in tutti i campi, obiettivi di convivenza tipicamente moderni. E tutto ciò ci rende orgogliosi di essere figli di questa terra!

BIBLIOGRAFIA

- H. Acton: *I Borboni di Napoli (1734 - 1825). Gli ultimi Borboni (1825 - 1861)*, 2 voll., Firenze, Giunti editore, 1997-1999
- F.S.Nitti: *Scienza delle Finanze*. Edizioni Piero 1903
- E. Cantarano, L. Carini: *Storia della Medicina e della Assistenza per le Professioni Sanitarie*, UniversItalia, Roma, 2013
- N. Forte: *Viaggio nella memoria persa del Regno delle Due Sicilie, i fatti ed i fattarielli*. Edizioni Imagaenaria, 2007
- G. Oliva: *Un regno che è stato grande. La storia negata dei Borboni di Napoli e Sicilia*, Mondadori 2012
- N. Spinosa: *I Borbone di Napoli*, Sorrento (NA), Franco Di Mauro, 2009
- V. Savica: *L'Organizzazione sanitaria al tempo delle Due Sicilie*. Accademia Peloritana dei Pericolanti, Messina, 2019

Vicino al mare il Centro di Cure Palliative Pediatriche

Un luogo davvero unico il Centro di Cure Palliative Pediatriche dell'Ospedale Bambino Gesù, realizzato a Passoscuro, nel comune di Fiumicino, uno spazio dedicato all'accoglienza di bambini e adolescenti con malattie rare, inguaribili, ad alta complessità assistenziale.

Immerso nel verde e a pochi passi dal mare, è stata inaugurato il 22 marzo; un edificio di 5 piani



ristrutturato grazie al contributo di piccoli e grandi donatori, attraverso la campagna 'Mi prendo cura di te', della Fondazione Bambino Gesù Onlus.

È il più grande in Italia, con 20 moduli abitativi già attivi e altri 10 in preparazione, ed è il primo nel Lazio, dove si stima che siano circa 1000 i bambini con malattie gravi ad alta complessità assistenziale, che necessitano di cure palliative.

Nei primi giorni sono stati accolti anche alcuni pazienti ucraini fuggiti dalla guerra con le loro famiglie, bambini con patologie molto gravi e che avevano bisogno di non interrompere le cure.

La struttura ospitava in precedenza un istituto religioso femminile dedito alla gestione di scuole, centri di accoglienza per minori e donne in difficoltà, case di riposo per anziani. I lavori di ristrutturazione, iniziati nel settembre 2021, hanno interessato sia la parte interna, dove le aule scolastiche hanno lasciato il posto ai moduli abitativi, sia la parte esterna, in cui è stato realizzato un grande parco-giardino, vero punto di forza del progetto, che arriva a ridosso del mare. Il percorso è accessibile da carrozzine e lettighe e sono presenti un'ampia area per gioco e sport e un agrumeto, luoghi pensati per l'accoglienza di tutto il nucleo familiare, compresi i fratelli dei bambini ricoverati.

'Si realizza un importante passo nell'assistenza a bambini più fragili. - ha affermato la Presidente del Bambino Gesù, Mariella Enoc - Il Centro vuole essere



uno spazio di accoglienza, simile a una grande casa, nel quale accompagnare i piccoli pazienti e aiutare i loro familiari ad assisterli nel modo migliore. Perché è sempre possibile curare, come dice Papa Francesco, anche quando non è possibile guarire'.



Il Centro è dedicato all'accoglienza di bambini e adolescenti con malattie rare, inguaribili, ad alta complessità assistenziale; garantisce la presa in carico del paziente e di tutto il nucleo familiare: non solo i genitori, infatti, ma anche i fratelli e le sorelle subiscono la situazione di malattia e il carico assistenziale. Il Centro assicura la cura e il controllo attento dei sintomi, primo fra tutti il dolore, e delle patologie concomitanti, garantisce una attenzione particolare all'alimentazione e ai problemi ad essa correlati e si prende cura anche dei bisogni psicologici, relazionali, spirituali, sociali, educativi.

In Italia sono circa 35.000 i minori che non possono tornare immediatamente a casa dopo il ricovero in ospedale perché necessitano di assistenza altamente specialistica o hanno bisogno che i loro genitori abbiano acquisito tutte le competenze necessarie per prendersi cura di loro a domicilio. Anche nella fase di assistenza domiciliare, il ricovero residenziale può rappresentare una soluzione temporanea in grado di fornire alla famiglia un periodo di sollievo o per permettere una revisione del piano assistenziale che necessiti di un monitoraggio più intenso.

Tra gli obiettivi c'è quello di garantire la migliore

qualità di vita nelle fasi terminali di malattia; in questo senso concretizza quell'attenzione al diritto



delle cure per tutti i pazienti, anche quando non c'è una speranza di guarigione, espressa nella Carta dei Diritti del Bambino Inguaribile, redatta nel 2018 in seguito alle controverse e dolorose vicende dei piccoli Charlie Gard e Alfie Evans.

Il Centro è inserito nella rete regionale di cure palliative pediatriche. Lavora in stretta collaborazione con le strutture territoriali, assicurando il collegamento tra gli ospedali dove i pazienti sono ricoverati e l'assistenza domiciliare delle Asl e i pediatri di famiglia. Un Centro di cure palliative, infatti, non è una lungodegenza. L'obiettivo è far tornare il più possibile



il paziente a casa, ma in condizioni di sicurezza.

A questo fine il Centro assicura la corretta formazione dei caregiver e intende costituire un punto di riferimento per il personale medico e infermieristico del territorio coinvolto nell'assistenza domiciliare. Il coordinamento tra i vari attori dell'assistenza permetterà alle famiglie, una volta tornate a casa, di non sentirsi sole nella cura del proprio familiare e permetterà di ridurre molti accessi ai Pronto Soccorso in presenza di un sintomo preoccupante che il genitore non è in grado di gestire.

'In questi tempi così drammatici segnati dalla guerra alle porte dell'Europa – ha concluso Mariella Enoc –

noi continuiamo ad investire sulla cura dei bambini, quelli più fragili, i cosiddetti inguaribili, che però continuano ad aver bisogno di cura, insieme con le loro famiglie. È il paradosso di questo nostro mondo: c'è chi tira le bombe sui bambini, e chi fa di tutto per salvarli con il meglio della cura, della ricerca, e per accompagnarli con umanità. Grazie a quanti continuano a credere in questa nostra missione'.

Tanti i quesiti che pone l'assistenza al bambino malato terminale.

'Dobbiamo dire al nostro bambino che dovrà morire?'

Questa è una delle questioni più angoscianti con cui sono alle prese i genitori di un figlio affetto da una malattia incurabile.

La sofferenza che attanaglia i genitori e le difficoltà degli operatori sanitari nella relazione con il bambino, fa sì che il dialogo e l'ascolto sui temi più angoscianti sia spesso negato e rimosso. È meno doloroso pensare che i bambini non siano in grado di essere consapevoli della malattia e della morte, col risultato di lasciarli spesso soli con le loro riflessioni e paure.

Così, nel rapporto con i bambini con diagnosi infauste capita frequentemente che vi sia assenza di dialogo, mascherata da risposte evasive e inappropriate o vere e proprie bugie. Comunicazioni imbarazzate e contraddittorie degli adulti creano ansie e angosce nel bambino, che li vede perdere di credibilità; la menzogna, poi, non gli permette di dare continuità ai cambiamenti che gli si verificano attorno.

Sulla base degli studi scientifici condotti sui bambini, i loro genitori e il personale sanitario, i ricercatori e le organizzazioni professionali consigliano ai genitori di comunicare in modo chiaro e trasparente circa la prognosi della malattia.

I bambini malati terminali sembrerebbero trarre beneficio dalla possibilità di parlare apertamente della loro morte, evitando l'impotenza e la frustrazione di messaggi incongruenti. La morte vera, per un bambino sofferente, può essere rappresentata dall'assenza, cioè dall'esperienza di solitudine e di abbandono in cui viene lasciato da un adulto incapace di essere *insieme* con lui.

Il bisogno del bambino è di essere sostenuto nella paura; non preso in giro da bugie o ingannevoli moine ma accompagnato da spiegazioni comprensibili e veritiere. Una comunicazione non chiara genera sentimenti di solitudine o fantasie distruttive.

Suicidio medicalmente assistito, Stefano rivendica la sua scelta di scegliere!

Ha 49 anni Stefano; è costretto su una sedia a rotelle da quando aveva 15 anni ed è collegato ad un ventilatore meccanico 24 ore al giorno, con la paura di annegare per un sorso d'acqua; è affetto da una grave forma di distrofia muscolare, una patologia neuromuscolare che induce una degenerazione progressiva dei muscoli fino alla paralisi generale.

Intrappolato sulla sua sedia a rotelle, continua a lavorare con l'Ospedale Basano sui problemi dell'assistenza medica e si batte per i suoi diritti; recentemente ha ottenuto il via libera, da parte dell'USL, per il suicidio assistito.

In un suo scritto Stefano ha rimarcato la positività della decisione della Usl. Il suo augurio è che non vengano a crearsi disagi o conflitti e che una volta che deciderà di attivare la procedura non incontri ostacoli.

**Non vado in Svizzera,
voglio morire nel mio paese!**

Credo - ha concluso - che sia fondamentale e importante parlare direttamente con le persone come me che vivono ogni giorno nella sofferenza non solo fisica, e cercare di capire perché una persona arriva a fare scelte che non sono affatto facili. Io non voglio obbligare nessuno a fare questa scelta e nessuno mai verrà obbligato, ma voglio che nessuno mi obblighi a vivere nella sofferenza quando io non posso più sopportarla. Il mio diritto sul fine vita non reca danno o male a nessuno; io rispetto le opinioni dei politici che sono contrari, ma il politico è al servizio del popolo e il popolo italiano si è già espresso; la popolazione è d'accordo su una legge sul fine vita'.

Stefano non ha ancora deciso quando lasciarsi andare. *'Non voglio morire adesso - dice - ma voglio avere il diritto di morire non appena sento*



che è giunto il momento. Sono su una sedia a rotelle da quando avevo 15 anni e vivo legato ad un respiratore. Quando mi sveglio la mattina, so che posso soffocare bevendo cibo e acqua. Qualche anno fa avevo deciso di andare in Svizzera, dove l'eutanasia è già regolamentata; oggi penso di poter ottenere la mia morte anche rimanendo qui, perché In Italia si può praticare il suicidio assistito da un medico'.

Federico Carbon, identificato come Mario fino alla sua morte, è stato il primo italiano a chiedere e ad avere accesso a un suicidio medicalmente assistito, in attuazione della delibera della Corte Costituzionale n. 242/2019 dopo il caso Cappato Antoniani.

L'accesso agli aiuti al suicidio è arrivato a quasi due anni dalla richiesta iniziale all'Asur, e dopo una lunga battaglia giudiziaria.

Visual thinking strategies: nuovi orizzonti per le cure palliative

V. FERRARA, R. VECCHI, G. ZUCCHINI, G. BOROTTO

Le Visual Thinking Strategies, ovvero le Strategie di Pensiero Visuale (VTS), sono una metodologia formativa sviluppata negli Stati Uniti a partire dagli anni '80 dalla psicologa cognitivista Abigail Housen e dall'educatore museale Philip Yenawine. Si tratta di un metodo di apprendimento che si avvale della discussione di un gruppo di partecipanti davanti ad un'opera d'arte con la guida di un facilitatore. La letteratura scientifica ha dimostrato che tale approccio strutturato ha la facoltà di sviluppare nei partecipanti soft skills, che si traducono in un incremento delle abilità cognitive, delle capacità analitiche e comunicative. Tale metodo è stato applicato in Italia a partire dal 2014, grazie al lavoro pionieristico di Vincenza Ferrara, il cui ambito di ricerca è sempre stato rappresentato dall'uso del Patrimonio Culturale come strumento di apprendimento, di inclusione sociale e di promozione del benessere che ha pertanto utilizzato l'Arte visiva come possibile veicolo per studi interdisciplinari anche nel settore della formazione medica e sanitaria. L'Arte, viene ufficialmente riconosciuta come strumento utile per la formazione nelle professioni sanitarie al pari di altre scienze umane già applicate in questo settore, nell'ottica dell'approccio bio-psico-sociale che pone al centro del processo di cura il paziente nella sua unicità, realizzando l'approccio delle Medical Humanities. L'opera d'arte nella sua essenza è un testo aperto a molteplici livelli di lettura e le informazioni che offre possono essere correlate fra loro anche se con diverso significato ed essere rappresentate come nodi concettuali di un ipertesto che si configura

mentre si mette in atto la percezione, attraverso l'individuazione di nuovi dettagli e quindi con l'elaborazione di nuovi contenuti a partire dai significati attribuiti. Le opere artistiche rappresentano gli stati d'animo, le dinamiche relazionali, le emozioni che possono essere riconosciute, espresse e apprese durante l'esercizio. Le attività di gruppo proposte in seguito



Jan Steen, 1661-1662, - La visita del Dottore,
Victoria and Albert Museum, Londra

all'osservazione di un'opera d'arte diventano una preziosa risorsa, capace di migliorare l'approccio con l'Altro, di conseguenza con la persona malata, i suoi familiari e parallelamente con l'equipe di lavoro, il pensiero critico, l'attitudine al problem solving, l'elasticità mentale, la limitazione dello stress, l'empatia, l'ascolto attivo e la tolleranza all'ambiguità. Quest'ultima è stata recentemente descritta come una caratteristica della personalità

per cui le situazioni nuove, complesse o insolubili sono percepite come fonti di minaccia. Considerato che il settore della medicina e dell'assistenza



Victor Brauner, Il surrealista (Le Surréaliste), gennaio 1947, Collezione Peggy

sanitaria è caratterizzato da continue innovazioni e situazioni diverse, diventa di estrema importanza facilitare lo sviluppo o il miglioramento di tale capacità nel personale medico e sanitario. Nel 2019 le Visual Thinking Strategies entrano nell'ambito delle cure palliative grazie all'instaurarsi di una collaborazione con Roberta Vecchi, psicologa che opera da molti anni accanto ai malati, adulti e minori, impegnati ad affrontare importanti e gravose malattie e impegnati il più delle volte ad attraversare il sottile segmento che separa la vita dalla morte. Questo incontro ha dato luogo ad una collaborazione sfociata in una serie di eventi formativi accreditati e divulgativi ed è ancora attiva e in continua evoluzione.

La prima forma collaborativa si è espressa nella realizzazione di un capitolo posto all'interno del libro *'Siamo Anime e Corpi. Altri orizzonti per le cure palliative'* a cura di Roberta Vecchi e Oscar Corli, Direttore dell'Unità di Ricerca nel Dolore e Cure Palliative del Dipartimento di Oncologia dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS di Milano, dal titolo *'L'arte visiva tra Medical Humanities e Cure Palliative'*.

Successivamente, nel periodo fra marzo e aprile 2021 è stato realizzato il primo Seminario sperimentale nazionale Visual Thinking Strategies da remoto per operatori in cure palliative dell'area giuliana. A tal fine sono stati selezionati 14 partecipanti che operano presso l'Hospice triestino che hanno manifestato il loro interesse tra cui un medico, due operatori socio sanitari, tre psicologhe e otto volontari non sanitari. A giugno 2021 si è tenuto un Laboratorio sulle Visual Thinking Strategies all'interno



Remedios Vario, Bordare el manto terrestre (1961)

dell'evento congressuale *'Siamo Anime e Corpi'* realizzatosi presso la Casa di Cura Pineta del Carso di Duino Aurisina, laddove si voleva declinare il valore delle Medical Humanities nell'ambito della clinica. Questo evento ricalcava in qualche modo la struttura stessa del libro succitato rendendolo

quindi non solo elemento cartaceo ma strumento interattivo e di confronto. A giugno 2022 è stato realizzato un Laboratorio esperienziale Visual Thinking Strategies dal nome 'Arte strumento per apprendere' destinato agli studenti del Corso di Laurea Infermieristica del Dipartimento universitario clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute di Trieste. Le risposte descrittive delle opere artistiche visionate, risultato dell'applicazione scritta del metodo Visual Thinking Strategies, hanno permesso di evidenziare il valore del processo che viene stimolato nei partecipanti.

È stato previsto un pre-test e un post-test per valutare il miglioramento da parte dei partecipanti di alcune competenze (problem solving, pensiero critico, osservazione, comunicazione, ecc.) attraverso una griglia di valutazione validata (VTSKILL). Sono state raccolte anche le narrazioni espresse dai partecipanti; queste sono state sottoposte ad analisi qualitativa da un medico ed uno psicologo al fine di conoscere gli esiti dell'esperienza.

I risultati delle predette esercitazioni hanno agevolato la realizzazione di un Laboratorio Visual



Si riportano alcune delle narrazioni, quali risposte alle sollecitazioni, espresse degli studenti del Corso di Laurea Infermieristica del Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute di Trieste che hanno partecipato al laboratorio giugno 2022.

**Ritieni che i Punti di Forza nel suo complesso siano superiori ai punti di debolezza
Sì 100% e in particolare**

Ampliando le conoscenze si allarga la visione e si possono avere più risorse

Riesco ad inquadrare i punti fondamentali e a integrare le mancanze con il gruppo

L'ho trovata una esperienza formativa

Metodo innovativo che nessuno aveva fatto notare prima; Fa riflettere

Un modo diverso di approccio al malato

**Consigliaresti a un collega di partecipare a questo tipo di percorso didattico.
(Sì 96.2%) Perché'**

Da sicuramente una visione diversa rispetto a quella che ci viene proposta solitamente o che abbiamo, non tanto nei confronti dei pazienti quanto dei colleghi e altri operatori

E' utile; ti fa aprire gli occhi e ti fa andare oltre le apparenze

E' stato un laboratorio molto coinvolgente che mette alla prova ognuno di noi, stimola la fantasia e la voglia di osservare

E' un'opportunità di crescita personale oltre che professionale

Potenzia le capacità di osservazione nella clinica

Aiuta a comprendere meglio l'importanza di lavorare in gruppo

Commenti (attese, proposte migliorative, spiegazioni valutative, altro)

Formare piccoli gruppi – massimo 5 persone

Aumenterei l'osservazione di immagini sanitarie rispetto alle altre come il video finale

Diffondere questo tipo di corsi nell'azienda

Dovrebbero assolutamente farlo anche i medici, In particolare studenti di medicina, giovani specializzandi

Questo tipo di corsi sarebbe da ripetere ogni anno per i lavoratori perché tendono a dimenticare l'empatia e la necessità di fermarsi a riflettere

Come ti sei sentito durante le sessioni di Visual thinking strategy

E' stato un laboratorio diverso dal solito, Molto efficace, utile e molto coinvolgente, Lo consiglierei a tutte le persone che lavorano in sanità e non solo

Mi sono sentita a mio agio, collaborante, ma non sempre ascoltata

Creativo, al massimo delle mie potenzialità collaborative

Coinvolto, bella l'integrazione con i docenti in un ruolo genitoriale

Mi è molto piaciuto; è stato molto rilassante; i nostri giudizi sulle opere erano sempre presi in considerazione in senso positivo

Tranquilla di esprimere la mia opinione e i miei punti di vista

Thinking Strategies per i sanitari in Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche, per introdurre la metodologia, organizzato da Federazione Cure Palliative in seno al XXIX al Congresso della Società Italiana di Cure Palliative tenutosi a Riccione, condotto da Vincenza Ferrara e da Gianluca Borotto, Responsabile dell'Hospice Pineta del Carso. Il laboratorio ha previsto un numero massimo di 25 partecipanti al fine di garantire un'accurata attuazione del metodo e un confronto proficuo fra i sanitari e i volontari operanti nei differenti nodi della rete di Cure Palliative. I partecipanti hanno espresso apprezzamento positivo nei confronti delle attività e delle finalità delle Visual Thinking Strategies declinabili a tutto tondo nell'ambito delle cure del fine vita. Ad oggi si può affermare, grazie all'esperienza clinica e alla formazione dell'asse Roma-Trieste costituito dagli enti precedentemente citati, che le Visual Thinking Strategies si configurano come uno strumento non più solo sperimentato ma standardizzato in medicina e soprattutto nelle Cure Palliative. I risultati sono stati oltre modo positivi e il fatto che tali eventi siano stati realizzati nel periodo pandemico ha contribuito ad aumentare la consapevolezza di quanto le arti, in questo caso l'Arte visiva, possa essere un valido e potente strumento in

grado di migliorare le capacità di cura e abbattere barriere geografiche e linguistiche, poiché l'Arte parla il linguaggio universale delle emozioni e creare aree di confort per limitare lo stress.

BIBLIOGRAFIA

- Bolwerk A, Mack-Andrick J, Lang FR, Dörfler A, Maihöfner C. How art changes your brain: differential effects of visual art production and cognitive art evaluation on functional brain connectivity. *PLoS One*. 2014 Jul 1;9(7):e101035
- Corli Oscar, Vecchi Roberta Siamo Anime e Corpi. Altri orizzonti per le cure palliative Ed. Battello Stampatore, 2020
- Ferrara V., De Santis S., Melchiori FM. Art for improving skills in medical education: the validation of a scale for measuring the Visual Thinking Strategies method. *La clinica Terapeutica*, [S.l.], 2020; 171(3); 253- 59. 3.
- Ferrara V. L'arte come strumento per la formazione in area medica e sanitaria, 2020, Ed. Aracne
- Ferrara V., D'Egidio V., Miceli F., La Torre G., Consorti F.: Visual thinking strategy (VTS) and art production to improve training and prevent burnout among health care students: protocol of a field trial. *Senses Sci* 2018; 5 (4)635-640
- Mangione S, Chakraborti C, Staltari G, Harrison R, Tunkel AR, Liou KT, Cerceo E, Voeller M., Bedwell WL, Fletcher K, Kahn MJ. Medical Students' Exposure to the Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced Burnout: A Multinational Study. *J GenInternMed*. 2018 May;33(5):628-634

Le foto riportate nel testo sono, a titolo esemplificativo, alcune opere d'arte presentate nei differenti Laboratori. Sono state mostrate ai partecipanti secondo una specifica metodologia e generano interazioni che sviluppano definite competenze personali, proiettabili nell'ambito operativo e non solo.

Vicenza Ferrara Direttrice Laboratorio di Arte e Medical Humanities, Facoltà Farmacia e Medicina, Università La Sapienza Roma.

Roberta Vecchi Psicologa, Psicoterapeuta Hospice Casa di Cura Pineta del Carso, Responsabile Centro di Formazione Cure Palliative e Cure Palliative Pediatriche F. Visintin Duino Aurisina, Trieste, Membro Consiglio Nazionale Federazione Cure Palliative

Giada Zucchini Psicologa, collaboratrice Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Ferrara, Associazione Amici Hospice Pineta del Carso, Duino Aurisina Trieste.

Gianluca Borotto Medico Palliativista, Dirigente Hospice Casa di Cura Pineta del Carso, Responsabile Scuola di Formazione CP e CPP "F. Visintin", Duino Aurisina, Trieste.

I' vulésse truvà pace

Eduardo De filippo

*Io vulésse truvà pace;
ma na pace senza mòrte.
Una, 'mmiez'a tanta pòrte,
s'arapésse pè campà!*

*S'arapésse na matina,
na matina 'e primavèra,
e arrivasse fin'â séra
sènza dî: "nzerràte llà!"*

*Sènza sèntere cchiù 'a gènte
ca te dice: "io faccio...,io dico",
sènza sèntere l'amico
ca te vène a cunziglià.*

*Sènza sèntere 'a famiglia
ca te dice: "Ma c'hê fatto?"
Sènza scénnere cchiù a patto
cu 'a cusciénza e 'a dignità.*

*Sènza lèggere 'o giornale...
'a nutizia impressionante,
ch'è nu guaio pè tutte quante
e nun tiéne che ce fà.*

*Sènza sèntere 'o duttóre
ca te spiéga a malatia...
'a ricetta in farmacia...
l'onorario c'hê 'a pavà.*

*Sènza sèntere stu còre
ca te parla 'e Cuncettina,
Rita, Brigida, Nannina...
Chésta sî...Chéll'ata no.*

*Pecchè, insómma, si vuò
pace e nun sèntere cchiù
niénte, hê 'a sperà ca
sulamènte vén'a mòrte a
te piglià?*

*Io vulésse truvà pace
ma na pace senza mòrte.
Una, 'mmiez'a tanta pòrte
s'arapésse pè campà!*

*S'arapésse na matina,
na matin'e primavèra,
e arrivasse fin'â séra
sènza dî: "nzerràte llà!"*