2025 I Mar I Apr
I 02 I Anno 2°

MIBES MAGAZINE

SEQEX®

PRMFACTORY
pensare salute

Epinutracell®



L'umanizzazione della cura

Compassionomics: La Forza Della Scienza Nell'Arte Della Medicina
Pavan, Cecchini, Grezzana

Il Metodo D.O.S.E.® per l'umanizzazione delle cure
Scognamiglio, Iovine

L'umanizzazione della cura: il ruolo della mindfulness, dell'ascolto empatico e della gentilezza amorevole nel miglioramento dei percorsi di guarigione
Matteoli

INDICE

MIBES MAGAZINE, n° 2, Anno II, 2025

pag. 3 Quando il personale sanitario non si sente persona - *Palma, Lanaro*

pag. 6 Umanizzazione della cura e biologia - *Chiera*

BENESSERE E SALUTE

pag. 13 Di cosa parliamo quando parliamo di umanizzare la cura? - *Zuppiroli*

pag. 18 Il Metodo D.O.S.E.® per l'umanizzazione delle cure - *Scognamiglio, Iovine*

pag. 24 L'umanizzazione della cura: il ruolo della mindfulness, dell'ascolto empatico e della gentilezza amorevole nel miglioramento dei percorsi di guarigione - *Matteoli*

pag. 30 La gentilezza come cura - *Palma*

TECNOLOGIA E RICERCA

pag. 35 *Compassionomics*: La Forza Della Scienza Nell'Arte Della Medicina - *Pavan, Cecchini, Grezzana*

pag. 39 Il Dialogo Bioelettrico: personalizzare i trattamenti di Ionorisonanza attraverso l'Angolo di Fase - *Greco*

SCIENZE UMANE

pag. 46 **Prendersi cura dell'uomo - *Tobia***

pag. 54 **La via della Poesia - *Grutt***

pag. 59 **Ritrovarsi dall'altra parte - *Di Filippo***

SCIENZA E DINTORNI

pag. 63 **Dalla cura al prendersi *umanamente* cura - *Fiorucci***

pag. 68 **Umanizzazione delle cure - *Oursana***

pag. 72 **Umanizzazione della cura: tra gentilezza, asimmetria e Slow Medicine - *Morello***

pag. 78 **La metodologia dei Gruppi Balint nell'umanizzazione delle cure e dell'assistenza - *Martellucci***

MIBES MAGAZINE - ISSN 3035 - 2010
Rivista Scientifica Online di Accademia MIBES
www.accademiamibes.it
Editore:
CMO Centro di Medicina Osteopatica di Andrea Corti e Nicola Barsotti s. n. c.
Via Ungheria 32 - 50126 Firenze (FI), Italia
Numero (cadenza bimestrale)
n° 2, Anno 2°, Marzo - Aprile 2025
Direttore e Responsabile Intellettuale
Diego Lanaro
Codirettore
Raffaele Giraldi
Grafica
Chiara Guarino
Redattori e Direttori Rubriche
Nicola Barsotti e Marco Chiera



Quando il personale sanitario non si sente persona

Anna Maria Palma, Diego Lanaro

In vista dell'imminente summit dedicato all'**umanizzazione della cura**, organizzato da Accademia Mibes per il 17 maggio p.v., abbiamo scelto per questo numero di Mibes Magazine di concentrarci sull'ampio tema della relazione terapeutica, del riconoscimento della persona malata e sana, della qualità ed efficacia di comunicazione tra medico e paziente. Un tema, questo, sempre più centrale nella pratica sanitaria moderna, che solleva tanti interrogativi.

Quando il personale sanitario non si sente persona

È questa la frase espressa come riflessione in un gruppo di ricerca e studio di professionisti della salute come risposta alla considerazione della mancanza di riconoscimento della persona malata. La frase diventa domanda, anzi domande, e anche legittime. "*Come può una persona che non si sente tale, riconoscere altre persone, che siano queste, colleghi, collaboratori? E che dire dei pazienti?*" La forbice dell'asimmetria si allarga.

Anzi è proprio con il *paziente* che la condizione del *personale non persona* potrebbe esercitare al meglio il suo ruolo. Già considerarlo paziente è un segnale di **attenzione**, di **umanizzazione**, di **gentilezza**; molto spesso viene ridotto a un corpo, peggio, a una parte del corpo, un femore, lo stomaco, un polmone. Ancora più facilmente lo si identifica come malato, più facilmente come numero di un letto.

La persona che non viene vista come tale, diventa spesso una patologia, una diagnosi. Nessun impegno a stabilire una relazione, un contatto. La **formazione**, il **contesto** certamente non sostengono il personale sanitario nel sentirsi, o, se vogliamo, riscoprirsi nello stato di persona.

Può succedere che a un certo punto qualcuno del personale sanitario entri in uno stato di affaticamento e prima che questa condizione degeneri in burn out, inizi a porsi delle domande e forse provi a cercare di cambiare qualcosa.

Se il mondo delle relazioni ha sempre una sua complessità, in quello delle relazioni attraversate dalla sofferenza la complessità si amplifica e diventa indispensabile cercare un equilibrio. Riconoscere e assumere questa complessità è comunque già un progresso, un atto di consapevolezza che permette di entrarvi e di elaborarla.

Ofman nel suo libro "**Le qualità autentiche**" afferma che qualunque persona occupi una posizione che la vede coinvolta in interazioni relazionali dovrebbe prendersi cura della propria motivazione e ispirazione. Più conosce se stesso, più sarà in grado di capire le persone con cui entra in contatto e riconoscere i loro bisogni e svolgere il suo ruolo in modo efficace perché riuscirà a riconoscere, per esperienza personale, che cosa è necessario per il miglioramento della relazione.

La sua responsabilità principale è occuparsi del proprio sviluppo, riconoscere le proprie fragilità perché in esse gli sarà possibile aprirsi all'ascolto profondo della persona che sta soffrendo.

È nella reciprocità di questo riconoscimento dello stato dell'altro che la cura si **impreziosisce dell'interesse e della curiosità del curante** e si crea uno stato di prossimità gentile. La gentilezza, infatti, comporta una connessione profonda e la consapevolezza che ciascuno esiste anche in relazione all'altro. Che sia questo nella posizione di medico o di paziente. Pur nel rispetto di una distanza di sicurezza relazionale, condizione indispensabile per consentire al professionista della salute di intervenire funzionalmente nella cura.

Conoscere se stesso significa conoscere i propri punti di forza e le aree di miglioramento, dare spazio a momenti di difficoltà e di fragilità dell'altro per averli riconosciuti in sé.

Da medico a paziente. Questa potrebbe essere la condizione che accelera

questo processo di consapevolizzazione. Trent'anni fa Goleman parlava di *Intelligenza emotiva*, introduceva così il tema delle emozioni che apriva e sottolineava il valore del *sentire*. Carlo Rinaldi nella sua opera "*Intelligenza sensibile. Costruire relazioni per generare energia*" ci propone una nuova strada, quella dell'intelligenza sensibile appunto.

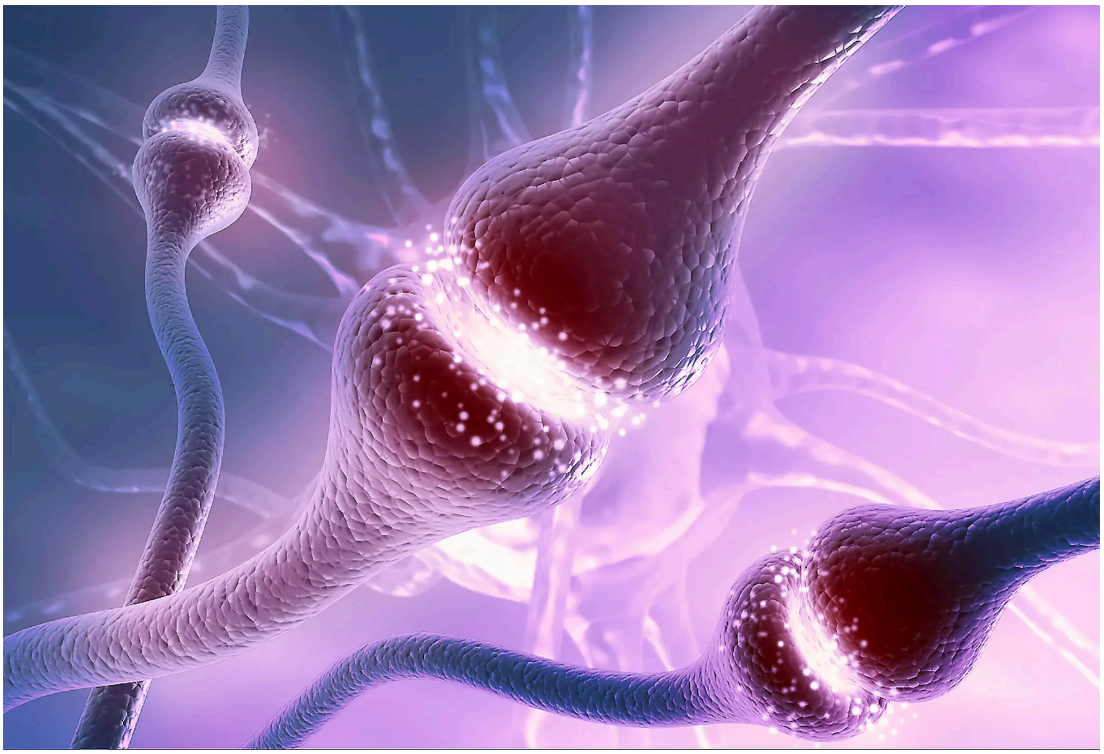
Con queste riflessioni apre il suo saggio:

"*Uno sviluppo che coinvolge tutti i sensi e ci permette di entrare in frequenza con gli altri, fuori dalla nostra scatola. Non è solo questione di comprendere ciò che l'altro prova a livello emotivo, ma di aprirsi a un «ascolto relazionale», di spostare l'ego e fare spazio all'eco, per creare nuove risonanze con i segnali più sottili: un movimento, un'espressione impercettibile, un tono di voce che tradisce il non detto. Questa forma di intelligenza va oltre l'empatia e raggiunge un livello più profondo di consapevolezza. Un'idea di intelligenza sensibile come via per generare energia e comprendere gli altri e l'universo che ci circonda*".

Gli studi del professor Rizzolati ci insegnano che l'empatia non è semplicemente capire l'altro, ma attivare quei **neuroni**, definiti appunto **specchio**, che permettono di provare le reazioni fisiologiche di quello stato.

Il cervello, come tutto il corpo e la biologia in generale, nella loro complessità, non smettono mai di stupirci. Come pedagogia e neuroscienze indicano ormai chiaramente che il bambino apprende più efficacemente in un ambiente sereno, accompagnato da emozioni di gioia e felicità, piuttosto che in un ambiente percepito come ostile e stressante, allo stesso modo gli studi confermano che anche il processo di guarigione è facilitato se accompagnato da **emozioni positive**, se la persona si sente realmente sostenuta, ascoltata, presa in carico dal terapeuta.

Buona Lettura



Evidenze Scientifiche dell'Umanizzazione della Cura: Impatto su Cervello, Neurotrasmettitori e Sistema Immunitario

Dott. ***Marco Chiera***

L'umanizzazione della cura rappresenta un approccio che pone al centro la persona, andando oltre la concezione puramente biomedicale della salute e considerando in maniera integrata aspetti fisici, psico-emotivi e sociali. Ogni intervento di cura diventa così un'opportunità per instaurare una relazione terapeutica solida e empatica, capace di riconoscere il valore intrinseco di ogni singolo individuo (Morsello, & al., 2017).

Il presente articolo esplora le evidenze scientifiche che dimostrano come una relazione terapeutica basata su empatia, riconoscimento della persona malata e sana, e una comunicazione efficace possano indurre modifiche misurabili a livello cerebrale, nella produzione di neurotrasmettitori e nella funzione del sistema immunitario.

Modifiche Cerebrali Indotte dall'Umanizzazione della Cura

L'impatto dell'empatia e del riconoscimento sull'attività cerebrale

La **deumanizzazione**, un processo in cui si nega la mente dell'altro, è stata associata a specifici pattern di attività cerebrale. Studi di neuroimaging hanno rivelato che la deumanizzazione è correlata all'attivazione del Task Positive Network (TPN), una rete coinvolta nel ragionamento logico-analitico tipico di compiti meccanici o

fisici, e alla contemporanea disattivazione del Default Mode Network (DMN), una rete implicata nel ragionamento sugli stati mentali propri e altrui. Questa attivazione del TPN suggerisce un possibile **spostamento cognitivo** verso una percezione del paziente come un oggetto o un problema da risolvere, piuttosto che come un individuo con emozioni e pensieri (Falvo, 2022).

Al contrario, l'**umanizzazione** della cura si manifesta a livello cerebrale con una forte attivazione del DMN e una deattivazione del TPN. Questa modulazione dell'attività cerebrale indica un maggiore coinvolgimento nei processi di cognizione sociale, consapevolezza di sé e comprensione delle prospettive altrui, elementi fondamentali per costruire empatia e una solida relazione terapeutica (Falvo, 2022).

L'elettroencefalogramma (EEG) ha rivelato che la soppressione del **ritmo μ**, un tipo di attività elettrica cerebrale, è un indicatore neurale dell'empatia dei caregiver nei confronti dei pazienti (Wang, & al., 2022). Studi hanno dimostrato differenze significative nella soppressione del ritmo μ in relazione allo stile di comunicazione medico-paziente, suggerendo che il modo in cui i medici comunicano può modulare le risposte empatiche dei caregiver, misurate attraverso l'EEG (Wang, & al., 2022). Questa scoperta sottolinea il potenziale dell'EEG come strumento per valutare obiettivamente l'impatto di interventi volti a migliorare l'empatia negli operatori sanitari.

L'importanza della relazione terapeutica

La relazione terapeutica, intesa come il legame affettivo e di fiducia tra paziente e operatore sanitario, emerge come un potente **predittore** dell'esito del trattamento. Una meta-analisi ha evidenziato come l'alleanza terapeutica sia fortemente correlata al successo della psicoterapia, suggerendo un principio più ampio valido anche per altri contesti sanitari (Carnevali, 2019). Un rapporto positivo e di fiducia tra paziente e operatore è fondamentale per favorire l'aderenza al trattamento e l'impegno del paziente nel proprio percorso di cura.

La qualità della comunicazione tra medico e paziente è strettamente connessa agli atteggiamenti sottostanti del medico. Medici che mostrano una **maggiore empatia** tendono a esprimere più preoccupazione e interesse per gli aspetti psicosociali dei loro pazienti (Derksen, & al., 2013). Questo approccio comunicativo, caratterizzato da ascolto attivo e attenzione alle esigenze del paziente, porta a uno scambio di informazioni più completo e a migliori risultati clinici (Derksen, & al., 2013). L'atteggiamento del medico, quindi, influenza direttamente la comunicazione e, di conseguenza, l'esperienza del paziente e

l'efficacia della cura.

Produzione di Neurotrasmettitori e Relazione Terapeutica

L'ossitocina, la dopamina e la serotonina sono neurotrasmettitori che svolgono ruoli cruciali nella regolazione dell'umore e nel mantenimento del benessere emotivo, tanto da essere spesso definiti *ormoni della felicità*. L'**ossitocina**, in particolare, è fondamentale per la formazione e il mantenimento del legame sociale, per l'instaurarsi della fiducia e per la promozione della connessione tra individui. La **dopamina** è un neurotrasmettitore associato al piacere e alla motivazione. La **serotonina** svolge un ruolo chiave nella regolazione dell'umore, del sonno e dell'appetito e livelli equilibrati di serotonina sono essenziali per il benessere emotivo (Babková, & Repiská, 2025).

Diversi studi hanno mostrato un miglioramento nella capacità di captazione della serotonina nel cervello di pazienti con disturbi depressivi a seguito di psicoterapia (Karlsson, 2011). Questo risultato suggerisce che un approccio terapeutico incentrato sul **benessere psicologico** può indurre cambiamenti misurabili a livello neurochimico, supportando l'ipotesi che anche l'umanizzazione della cura, che spesso incorpora elementi terapeutici, possa avere effetti simili.

È interessante notare che la psicoterapia, in generale, ha un impatto significativo sulle aree cerebrali coinvolte nel controllo dei pensieri e dei ricordi, come la corteccia frontale e temporale, al contrario dei **farmaci** che tendono ad influenzare maggiormente i livelli di neurotrasmettitori (Boccia, & al., 2016). Questa distinzione suggerisce che, mentre i farmaci agiscono direttamente sui percorsi neurochimici, l'umanizzazione della cura, attraverso il suo impatto sui pensieri, sulle emozioni e sulla relazione terapeutica, potrebbe indurre cambiamenti più **strutturali** o **funzionali** nelle regioni cerebrali coinvolte nell'elaborazione cognitiva ed emotiva di livello superiore.

È stata inoltre confermata la relazione tra disfunzioni della serotonina e la comparsa di comportamenti *auto-aggressivi* ed *etero-aggressivi* (Marazziti, 2004). Questa evidenza sottolinea l'importanza della serotonina nella regolazione dell'umore e del comportamento e suggerisce che una relazione terapeutica di supporto, influenzando potenzialmente i livelli di serotonina, potrebbe svolgere un ruolo nella gestione di tali comportamenti in pazienti vulnerabili.

Sebbene non vi siano molti studi che colleghino direttamente l'empatia terapeutica al rilascio di ossitocina, il ruolo consolidato dell'empatia nel promuovere

interazioni sociali positive e il noto legame tra tali interazioni e il rilascio di ossitocina (Babková, & Repiská, 2025) forniscono una solida base teorica per ipotizzare che una cura empatica possa influenzare la produzione di questo neurotrasmettitore, portando a una riduzione dello stress e a un aumento dei comportamenti prosociali nei pazienti. A conferma di questa ipotesi, uno studio randomizzato ha mostrato che una secrezione **sincrona** di ossitocina fra terapeuti e pazienti risulta un importante marcatore per la riuscita della psicoterapia in caso di depressione (Zilcha-Mano, & et al., 2021).

Impatto dell'Umanizzazione della Cura sul Sistema Immunitario

Lo stress psicologico è un fattore noto per la sua capacità di **disregolare** il sistema immunitario umano. Lo stress cronico, in particolare, può sopprimere la funzione immunitaria e contemporaneamente aumentare i livelli di infiammazione, con conseguenze negative a lungo termine sulla salute, aumentando la suscettibilità alle infezioni e contribuendo allo sviluppo di condizioni infiammatorie croniche (Morey, & al., 2015).

L'empatia e una comunicazione efficace tra operatori sanitari e pazienti hanno dimostrato di poter ridurre l'ansia e lo stress dei pazienti (Derksen, & al., 2013). Attraverso la creazione di un ambiente più supportivo e comprensivo, la **cura umanizzata** può agire così direttamente su un fattore chiave noto per influenzare negativamente il sistema immunitario.

Uno studio ha rilevato che una maggiore empatia da parte del medico è associata a migliori risultati clinici in pazienti affetti da diabete, inclusi livelli più ottimali di emoglobina glicata (HbA1c) e colesterolo LDL (Derksen, & al., 2013). Sebbene i meccanismi immunitari specifici non siano dettagliati, un migliore controllo metabolico è spesso correlato a effetti positivi sulla funzione immunitaria.

È interessante notare che anche il comune raffreddore è risultato avere una durata inferiore e una minore gravità nei casi in cui vi era una buona empatia tra medico e paziente, con cambiamenti significativi nei livelli di interleuchina-8 e neutrofili (Derksen, & al., 2013). Questo suggerisce che l'empatia può influenzare il decorso anche di infezioni acute modulando le risposte immunitarie, in particolare i livelli di citochine pro-infiammatorie come l'interleuchina-8 e i neutrofili.

Un'**assistenza infermieristica umanizzata** può ridurre l'ansia, la depressione e le complicanze postoperatorie come infezioni e sanguinamento (Liu, & al., 2023). Questo potrebbe essere attribuito a un miglioramento della funzione immunitaria e ad una mobilizzazione più precoce dei

pazienti (Liu, & al., 2023), suggerendo che la cura umanizzata può migliorare gli esiti chirurgici, possibilmente attraverso la riduzione dello stress e il potenziamento della risposta immunitaria.

Il benessere psicologico, promosso da un approccio di cura umanizzato, è associato a una minore prevalenza di disregolazione biologica, a una migliore variabilità della frequenza cardiaca (HRV), a una pressione sanguigna più bassa e a una riduzione dei marcatori di infiammazione (Hernandez, et al., 2018). Questo rafforza l'idea che stati psicologici positivi, favoriti dalla cura umanizzata, hanno effetti benefici su diversi sistemi fisiologici, incluso il sistema immunitario, come indicato dai ridotti livelli di marcatori infiammatori.



Sintesi e Implicazioni per la Pratica Clinica

Le evidenze scientifiche presentate in questo articolo dimostrano chiaramente come l'umanizzazione della cura, attraverso l'empatia, il riconoscimento del paziente e una comunicazione efficace, non sia semplicemente un approccio etico o filosofico, ma abbia un **impatto biologico** misurabile.

Le osservazioni riportate hanno importanti implicazioni per la pratica clinica. È fondamentale promuovere attivamente l'**empatia**, il **riconoscimento** del paziente come persona unica e una **comunicazione** chiara ed efficace nella formazione degli operatori sanitari e nell'organizzazione dei servizi. Investire nello sviluppo di competenze comunicative ed empatiche negli operatori sanitari può portare a una migliore esperienza del paziente, a una maggiore aderenza ai trattamenti e, in definitiva, a migliori risultati di salute.

Bibliografia

Babková, J., & Repiská, G. (2025). The Molecular Basis of Love. *International journal of molecular sciences*, 26(4), 1533. https://doi.org/10.3390/ijms26041533

Boccia, M., Piccardi, L., & Guariglia, P. (2016). How treatment affects the brain: meta-analysis evidence of neural substrates underpinning drug therapy and psychotherapy in major depression. *Brain imaging and behavior*, 10(2), 619–627. https://doi.org/10.1007/s11682-015-9429-x

Carnevali, V. (2019), Relazione terapeutica, alleanza e outcome: il ruolo del terapeuta alla luce della teoria dell'attaccamento e dei sistemi motivazionali interpersonali. *State of Mind*. https://www.stateofmind.it/2015/09/relazione-terapeutica-teoria-attaccamento/

Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *The British journal of general practice*, 63(606), e76–e84. https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814

Falvo, F. (2022). *Processi di deumanizzazione nei contesti medici*. Tesi del Corso di Laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle Relazioni Interpersonali, Università degli Studi di Padova
https://thesis.unipd.it/retrieve/fa35c70a-da15-44db-90a6-f12538e78ad6/Dal%20R%C3%AC_Teresa.pdf

Hernandez, R., Bassett, S. M., Boughton, S. W., Schuette, S. A., Shiu, E. W., & Moskowitz, J. T. (2018). Psychological Well-being and Physical Health: Associations, Mechanisms, and Future Directions. *Emotion review*, 10(1), 18–29. https://doi.org/10.1177/1754073917697824

Karlsson, H. (2011). How Psychotherapy Changes the Brain. *Psychiatric Times*, 28(8). https://www.psychiatrictimes.com/view/how-psychotherapy-changes-brain

Liu, L., Xiao, Y. H., & Zhou, X. H. (2023). Effects of humanized nursing care on negative emotions and complications in patients undergoing hysteromyoma surgery. *World journal of clinical cases*, 11(28), 6763–6773. https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i28.6763

Marazziti, D. (2004). Serotonina e psicopatologia. *Journal of Psychopathology*, 4. https://old.jpsychopathol.it/article/serotonina-e-psicopatologia/

Morey, J. N., Boggero, I. A., Scott, A. B., & Segerstrom, S. C. (2015). Current Directions in Stress and Human Immune Function. *Current opinion in psychology*, 5, 13–17. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.007

Morsello, B., Cilona, C., & Misale, F. (2017). *Medicina Narrativa. Temi, Esperienze e Riflessioni*. Roma TrE-Press: Roma.

Wang, X., Wang, R., Sheng, F., & Chen, L. (2022). The effects of empathy by caregivers on healthcare service satisfaction. *Frontiers in psychology*, 13, 912076. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.912076

Zilcha-Mano, S., Goldstein, P., Dolev-Amit, T., & Shamay-Tsoory, S. (2021). Oxytocin synchrony between patients and therapists as a mechanism underlying effective psychotherapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 89(1), 49–57. https://doi.org/10.1037/ccp0000619



https://www.promo.accademiamibes.it/summit-umanizzazione-della-cura/

ACCADEMIA MIBES PRESENTA IL SUMMIT:

UMANIZZAZIONE DELLA CURA

Parteciperanno

- **Renato Palma**
- **Enrico Morello**
- **Claudio Vagnini**
- **Giuseppe Pulito**
- **Paola Arcadi**
- **Chiara Matteoli**
- **Amal Oursana**
- **Alfredo Zuppiroli**
- **Franco Cracolici**
- **Giorgio Terziani**

Sabato
17 Maggio
2025

MIBES SUMMIT

GRATUITO!

SIPNEI
società italiana di psico - neuro endocrino - immunologia
Via Trionfale, 65 | 00195 Roma

Epinutracell®
Epigenetica Nutraceutica Ossigeno



Di cosa parliamo quando parliamo di "umanizzare" la cura?

Dott. ***Alfredo Zuppiroli*** *- Cardiologo, Direttore della Formazione di FILE, Fondazione Italiana di Leniterapia*[1]

Comincerei la mia riflessione con una domanda provocatoria: perché non si parla mai dell'esigenza di meccanizzare le ferrovie ed invece è sempre opportuno tornare sull'umanizzazione delle cure? Forse perché la cura rivolta agli esseri umani può non essere essa stessa *umana*, fino a diventare, in qualche caso, *dis-umana*.

"*Scrivere ricette è facile, ma è comprendersi con la gente per tutto il resto che è difficile*", scriveva Franz Kafka già nel 1919. Queste parole descrivono molto bene la (relativa) facilità di un qualunque atto tecnico e mettono in evidenza la problematicità della relazione tra i curanti e le persone in cura.

In tema di cura, termine unico nella lingua italiana, la lingua inglese presenta i due termini di *cure* e *care*. Il primo può essere facilmente assimilato alle cure tecniche e tecnologiche, all'attenzione rivolta alle malattie, mentre il secondo indica il **prendersi cura**, il farsi carico di uno sguardo che vada oltre i dati oggettivi e cerchi la relazione e la comunicazione più profonda possibile. Sempre la lingua inglese è più ricca di quella italiana per definire la **malattia**: se la *disease* è la malattia oggettiva, quella che si studia all'università - ad esempio, il cancro del polmone – è chiaro che di fronte a questa stessa patologia l'ingegner Bianchi vivrà un'esperienza molto diversa da quella della badante Svetlana per le differenti ricadute sia psicologiche (*illness*) che sociali (*sickness*) di una stessa *disease.*

[1] Già Primario Cardiologo. È stato Presidente della Commissione Regionale di Bioetica della Regione Toscana dal gennaio 2008 al giugno 2011 e dal gennaio 2019 all'aprile 2021 e Collaboratore dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana dal 2013 al 2021. Ha pubblicato numerosi articoli su riviste scientifiche cardiologiche sia internazionali che nazionali. Nel 2014 ha pubblicato "Le trame della cura" per Emmebi Edizioni, Firenze, nel 2016 "La vita viva" per Edizioni Polistampa, Firenze e nel 2023 "I gatti della signora Augusta ed altre storie slow di cura sobria e rispettosa" per Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

È il concetto invocato da William Osler alla fine del XIX secolo, quando in piena era positivista ci ricordava che: "*E' molto più importante sapere che tipo di paziente ha quella malattia, piuttosto che sapere che tipo di malattia ha quel paziente*" (Osler, 1892).

Fatta questa premessa, possiamo senz'altro inquadrare il tema dell'umanizzazione delle cure con la lente della **gentilezza**. Sgombriamo subito il campo da un possibile fraintendimento: non è delle buone maniere che raccomanda il *Galateo* che si tratta. Certo, il garbo, la cortesia, l'amabilità aiutano in una relazione di cura, ma la gentilezza indica *ben altra sostanza*. L'etimologia ci viene in soccorso, chiarendo bene cosa possa e debba significare l'essere gentili. Come nella lingua latina gli appartenenti alla stessa *gens* avevano dei reciproci doveri di assistenza e difesa, di tenere un **comportamento più fraterno** rispetto a quello tenuto con estranei di altre *gentes*, così nella lingua inglese la parola *kindness* ha le sue radici nell'antico *cynd*, che significa natura, famiglia, lignaggio, parentela. La gentilezza, dunque, implica il **riconoscimento** di appartenere alla stessa natura degli altri.

La cura deve allora rivestirsi di gentilezza, non certo per una questione cosmetica, di etichetta, ma di etica, per dare valore all'Altro, riconoscendone i diritti. I tempi, i modi e i luoghi della cura non possono dimenticare che la loro essenza si poggia sulla qualità della relazione tra l'ammalato ed i curanti. Questo rapporto non lo si onora con **pratiche esornative**, ma con l'attenzione all'importanza fondamentale della relazione, dell'interconnessione tra tutti i soggetti in gioco. Ecco che allora *gentilezza* in Medicina ed in Sanità vuol dire **riconoscere** e **rispettare** l'Altro da te, è la capacità di accogliere lo spazio, il tempo, il corpo dell'altro e le loro possibilità; è coraggio e capacità di reggere la differenza e sostenere la relazione senza imporre i propri tempi o le proprie idee. Pur essendo l'autonomia dei pazienti riconosciuta sia a livello giuridico che deontologico, nella prassi quotidiana si assiste spesso a **modalità violente** di cura, dove il paziente non è un alleato del curante ma è ridotto ad essere territorio di scontro fra i propri bisogni/desideri e gli strumenti di cura proposti/imposti. Anche il linguaggio fa spesso riferimento a metafore belliche ("*Il colesterolo è il killer del cuore*", "*Ecco la nuova arma contro il cancro*", "*Vinta la guerra contro la malattia x...*") che sottendono una visione oggettivata, reificata della malattia e della cura, dove si parla solo di quel corpo organico che la lingua tedesca chiama *körper*, mentre la persona resta sullo sfondo o addirittura negata nell'esperienza soggettiva del proprio corpo (in tedesco *leib*).

Invece, una **pratica nonviolenta** della cura ispirata alla gentilezza deve sapersi muovere all'incrocio fra i diritti

fondamentali di un essere umano ammalato: quello ad essere curato efficacemente secondo i canoni della scienza e dell'arte medica e quello ad essere **rispettato come persona**, espressione di una complessa integrazione bio-psico-socio-ambientale. E non cadiamo nell'equivoco di considerare questa postura integrata come un bell'auspicio che resta nel limbo delle buone intenzioni mentre la realtà quotidiana ci richiede un approccio pratico e pragmatico alla cura.

Si leggano in proposito le parole di David Sackett, il *padre* della Evidence Based Medicine (EBM), per capire subito che questa non è affatto alternativa alla Narrative Based Medicine ma anzi la comprende in sé stessa. Tre sono infatti le dimensioni costitutive della EBM e cioè:

- la conoscenza delle migliori prove di efficacia disponibili in letteratura;
- la qualità dell'equipe curante;
- l'importanza dei valori e dei desideri della persona malata: "*(...)il premuroso ed empatico riconoscimento delle difficili condizioni dei pazienti, dei loro diritti e delle loro preferenze nelle decisioni che riguardano la loro cura" è una componente essenziale di quella expertise dei curanti che, insieme all'"utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso della migliore letteratura scientifica.*" costituisce il fondamento della Evidence Based Medicine (Sackett et al, 1996).

Si comprende dunque come la relazione tra le persone ed i professionisti della cura richieda spazi e tempi dedicati all'ascolto ed alla comunicazione reciproca. Se questo elementare concetto è anche ribadito dalla legge - il comma 8 dell'articolo 1 della legge 219/2017 così recita: "*Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura*" - si deve purtroppo constatare che l'organizzazione sanitaria è tutta centrata sulla misura delle prestazioni secondo logiche produttivistiche e dunque è inevitabilmente portata a considerare il **tempo impiegato nella relazione**, senza un corrispondente prodotto misurabile, **uno spreco** invece che una risorsa.

Di questo passo avremo una Sanità sempre più spinta verso quella "McDonaldizzazione" della Medicina già da qualche anno paventata e denunciata sulle pagine di JAMA (Dorsey, Ritzer, 2016). Ne è stato un lucido testimone Tiziano Terzani, che ha affidato ad un libro il racconto della sua vita con la malattia:

"I miei medici tenevano conto esclusivamente dei fatti e non di quell'inafferrabile "altro" che poteva nascondersi dietro ai fatti, così come i cosiddetti "fatti" apparivano loro. Io ero un corpo, un corpo malato da guarire. E avevo un bel dire: ma io sono mente, sono anche spirito e certo sono un cumulo di storie, esperienze e sentimenti, di pensieri ed

emozioni che con la mia malattia hanno probabilmente avuto un sacco a che fare" (Terzani, 2010).

Tutto questo è particolarmente importante verso la fine della vita quando, per dirla con Seneca, è doveroso chiederci ***qualis vita, non quanta***. Dove l'essenza della cura si basa sulla valorizzazione della relazione tra curanti e curati senza gerarchie precostituite, nella consapevolezza della complessità di un rapporto che ha bisogno di un continuo scambio comunicativo. È sempre Tiziano Terzani che nello stesso libro ci illumina in proposito:

"*I medici possono essere dei buoni consiglieri, ma la decisione finale su che fare o non fare tocca al paziente, perché quella decisione, in ultima analisi, non è né scientifica né pratica. È esistenziale. E ad ognuno spetta di decidere come vuole ancora vivere*".

Oggi la tecnologia rende disponibili soluzioni terapeutiche che in una certa percentuale di pazienti consentono di ottenere benefici solo marginali in termini di allungamento della vita, a fronte di un peggioramento nella qualità della stessa: una qualità che non può essere valutata da altri che dal paziente stesso.

In sintesi, se la **malattia** è oggetto delle nostre tecniche diagnostiche e dei nostri trattamenti, il **malato** è soggetto di **esperienze**, necessariamente vissute e filtrate in modo unico ed irripetibile: nessuno è malato nello stesso modo di un altro, anche a parità di malattia, perché ognuno la vive a partire dal proprio contesto di vita, dove gli aspetti etici, psicologici, spirituali, sociali, ambientali, culturali, sia personali che della comunità di riferimento, non possono non incidere profondamente sulla modalità con cui quella malattia, per altri versi oggettivabile e classificabile, si traduce in realtà esistenziale.

Concluderei queste riflessioni con le parole di un grande *uomo universale* come Abraham Verghese, professore di medicina interna alla Stanford University ed eccellente romanziere:

"*Nella biomedicina occidentale la diagnosi implica il ridurre la molteplicità alla singolarità ma di conseguenza può crearsi una dicotomia tra malattia come biologia e malattia come cultura. Le nuove possibilità di conoscenza del paziente nella sua dimensione molecolare e genetica hanno paradossalmente allontanato i medici dalla comprensione che c'è un essere umano che soffre. La diagnosi non è l'obiettivo finale, che è piuttosto quello di riuscire a vedere la persona nella sua unicità, partendo dalla conoscenza dei suoi dati biografici per capire meglio la natura della malattia in questione, e di conseguenza poter utilizzare sia un trattamento individualizzato che l'arte del prendersi cura per portarle conforto*" (Amrapali, Verghese, 2021).

Bibliografia

Amrapali, M., & Verghese, A. (2021). *Diagnosis and the Illness experience. Ways of knowing*. *JAMA* 326, 1907-8

Dorsey, E.R., & Ritzer, G. (2016). The McDonaldization of Medicine. *JAMA Neurology, 73, 15-6*
Kafka, F. (2023). *Un medico di campagna*. Mondadori, Milano

Osler, W. (1892). Remark on specialism. *Boston Medical and Surgical Journal, 126, 457-9*

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal 312, 71-2.*

Terzani, T. (2010). *Un altro giro di giostra. Viaggio nel male e nel bene del nostro tempo.* Longanesi, Milano



D.O.S.E.

Dopamina Ossitocina Serotonina Endorfine

Il Metodo D.O.S.E.® per l'umanizzazione delle cure

Ambrogio Scognamiglio, *ideatore e formatore esperienziale del Metodo D.O.S.E.®, docente universitario presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico A. Gemelli*

Silvia Iovine, giornalista pubblicista, responsabile ufficio stampa D.O.S.E.®

"L'Energia di un sorriso, un abbraccio, una parola gentile, un orecchio in ascolto, un complimento sincero, anche il più piccolo atto di cura, ha il potenziale per trasformare una vita".

Il Metodo D.O.S.E.® è presente da anni in diversi progetti sull'umanizzazione delle cure per formare professionisti sanitari in grado di **allenare le proprie capacità empatiche e comunicative**, capaci di maggiore autocontrollo e ascolto attivo, consci dell'importanza di stimolare la produzione endogena dei neurotrasmettitori e neurormoni del benessere a vantaggio della qualità di vita propria e altrui, alimentando così un'assistenza centrata sulla persona.

Riuscire a padroneggiare la sfera emozionale individuale ed essere in grado di aiutare i pazienti nella gestione delle emozioni spiacevoli tipiche della vulnerabilità fisica (ansia, rabbia, depressione, angoscia, tristezza) costituisce una forma di **duplice prevenzione** professionista-paziente. Al fine di apportare un miglioramento significativo nell'umanizzazione delle cure, corsi di alfabetizzazione emozionale dovrebbero affiancare sempre il percorso accademico sanitario.

Il Metodo D.O.S.E.® trae fondamento da studi e ricerche scientifiche, fornisce strumenti pratici e teorici per attivare la C**himica del Benessere e del BuonUmore**. D.O.S.E.® è l'acronimo di Dopamina, Ossitocina, Serotonina e Endorfine, i quattro neurotrasmettitori e neurormoni che si attivano nel circolo sanguigno e nel sistema nervoso quando siamo in uno stato di benessere e intenzionalità. Gli ambiti di applicazione del Metodo si estendono dalla scuola all'università, dalla singola persona alle

aziende, dai professionisti della sanità ai pazienti.

Già presente in 14 corsi di laurea presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma, il Metodo D.O.S.E.® è materia d'insegnamento sulla chimica del benessere e del buonumore, elasticità empatica, scienza delle emozioni, comunicazione medico paziente, intelligenza emotiva in ambito sanitario e *Leggerismo®*.

Attraverso lezioni teoriche e pratiche basate sull'esclusiva sinergia di scienza e chimica del benessere e del buonumore, alfabetizzazione e intelligenza emotiva, il Metodo D.O.S.E.® fornisce ai professionisti sanitari strumenti utili per instaurare una **sana e proficua relazione di cura** con il paziente.

Alfabetizzazione Emotiva ed Elasticità Empatica

Oggi, non è più pensabile considerare adeguata una relazione di cura incapace di accogliere la sfera emotiva del paziente. Imparare a riconoscere le proprie emozioni e quelle dell'altro, sintonizzarsi sul reciproco vissuto emozionale, costituisce la base fondante di un'assistenza capace di alimentare la **soddisfazione dei pazienti** traducendosi in un rapporto di fiducia che aumenta la motivazione intrinseca di entrambe le parti implicate nel percorso di cura. L'empatia è una capacità potenzialmente allenabile nella relazione con l'altro.

Lo psicologo Martin Hoffman ha descritto tre tipi di empatia:

- empatia emotiva (capacità di sintonizzarsi con il vissuto emotivo dell'altro mantenendo la giusta distanza per poter essere d'aiuto);
- empatia cognitiva (capacità di comprendere razionalmente la prospettiva dell'altro);
- empatia motivazionale (motivazione che consente di agire per l'altro).

Per ***elasticità empatica*** intendiamo la capacità di definire, in modo autentico e protettivo per sé e per l'altro, la giusta distanza d'interazione, collaborazione e sostegno, che resta imprescindibilmente legata alla capacità di riconoscere, comprendere e navigare innanzitutto la propria sfera emotiva. In ambito sanitario l'elasticità empatica resterà sempre una risorsa fondamentale per entrare in connessione profonda con il paziente e con l'equipe medica, per facilitare la comprensione delle esigenze inespresse e aumentare la compliance terapeutica.

Comuni-Care

Saper Comunicare è già cura.

Ogni tipo di comunicazione innesca infatti **cambiamenti fisici ed emotivi** a livello cerebrale, stimola la produzione di ormoni e neurotrasmettitori che possono portare ad aprirci con fiducia alla conversazione oppure a chiuderci in preda ad uno stato d'ansia. Per entrare in sintonia con il vissuto emotivo del paziente e creare una relazione medico-paziente efficace, è fondamentale imparare a riconoscere i tre livelli essenziali di comunicazione:

- non verbale (distanza prossemica, postura, espressioni facciali, gestualità, contatto visivo e fisico);
- paraverbale (tono, volume, pause e ritmo della voce);
- verbale (parole).

Questi tre livelli sono indissolubilmente legati e reciprocamente influenzabili. Se uso una parola in grado di attivare il sistema serotoninergico e quindi di generare uno stato di benessere ma la condisco con un tono asettico o con lo sguardo attaccato al monitor del computer... il risultato sarà uguale a quello ottenuto esprimendo una frase spiacevole con tono gentile. Lo psicologo Marshall Rosenberg, padre della comunicazione non violenta, ha dichiarato: "*le parole possono essere finestre oppure muri*". Occorre prestare attenzione a *cosa* intendiamo dire e a *come* decidiamo di farlo.

Leggerismo®

Il Leggerismo®, è una corrente di pensiero e di azione che nasce dalla fusione di "*leggerezza*" e "*umorismo*". Il Metodo D.O.S.E.® insegna a praticare il Leggerismo® al fine di aumentare i livelli di Serotonina e quindi, di conseguenza, di BuonUmore. Pensiamo ad esempio agli innumerevoli benefici della terapia della risata. La ricerca dimostra che anche il solo atto di ridere innesca **cambiamenti chimici capaci di ridurre lo stress** e di aumentare la tolleranza al dolore. Trovare *un'ancora* di Leggerismo® all'interno di una relazione di cura che racchiude spesso molti lati spiacevoli, potrebbe essere una risorsa in più da calcolare all'interno delle innumerevoli capacità che rendono unica l'umanizzazione delle cure.

Bibliografia

Scognamiglio A., & Iovine S. (2024) Scienza delle emozioni e formazione esperienziale in ambito sanitario. *Aracne, 305-313*. https://doi.org/10.53136/979122181374622

Goleman, D. (2005). *Intelligenza Emotiva*. Rizzoli: Milano

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9(3), 185-211*. https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG

LeDoux J.E. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, *270*(6), 50–57. https://doi.org/10.1038/scientificamerican0694-50

LeDoux J.E. (1993). Emotional memory systems in the brain. *Behavioural brain research*, *58*(1-2), 69–79. https://doi.org/10.1016/0166-4328(93)90091-4

Brothers, L. (1989). A biological perspective on empathy. *The American journal of psychiatry*, *146*(1), 10–19. https://doi.org/10.1176/ajp.146.1.10

Levenson, R.W., & Ruef, A. M. (1992). Empathy: A physiological substrate. Journal of Personality and Social Psychology, 63(2), 234–246. https://doi.org 10.1037/0022-3514.63.2.234

Hoffman, Martin L. (1991). Empathy, social cognition, and moral action. In Kurtines, W.M., & Gewirtz, J. L. (1991). *Handbook of moral behavior and development*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum

Pert, C.B. (2000). *Molecole d'emozione*. Corbaccio: Milano

Breuning, L.G. (2016). *Habits of a happy brain. Retrain your brain to boost your Serotonin, Dopamine, Oxytocin, & Endorphin Levels*. AdamsMedia

Glaser, J.E. (2016). *Conversational Intelligence. How Great Leaders Build Trust and Get Extraordinary Results*. Taylor & Francis Inc.: London

Aaker, J, & Bagdonas, N. (2020). *Humour, Seriously. Why humour is a superpower at work and in life*. Penguin Business: London

Tse, M. M., Lo, A. P., Cheng, T. L., Chan, E. K., Chan, A. H., & Chung, H. S. (2010). Humor therapy: relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of aging research*, *2010*, 343574. https://doi.org/10.4061/2010/343574

Louie, D., Brook, K., & Frates, E. (2016). The Laughter Prescription: A Tool for Lifestyle Medicine. *American journal of lifestyle medicine*, *10*(4), 262–267. https://doi.org/10.1177/1559827614550279



EPIFIS® GOCCE

PRMFACTORY®
pensare **salute**



melatonina in estratto fluido di magnolia

L'ARMONIA *NEL* **SONNO**

LACTOSE FREE

GLUTEN FREE

1. FLESSIBILITÀ
in una goccia: 1 mg. di Melatonina, **25 mg.** di Magnolia.

2. SINERGIA
La **Melatonina** è in estratto fluido di Magnolia con attività Gabaergiche e antinfiammatorie.

3. PUREZZA
E' una soluzione idroalcolica con il **93%** di acqua e solo il **7%** di Alcol.

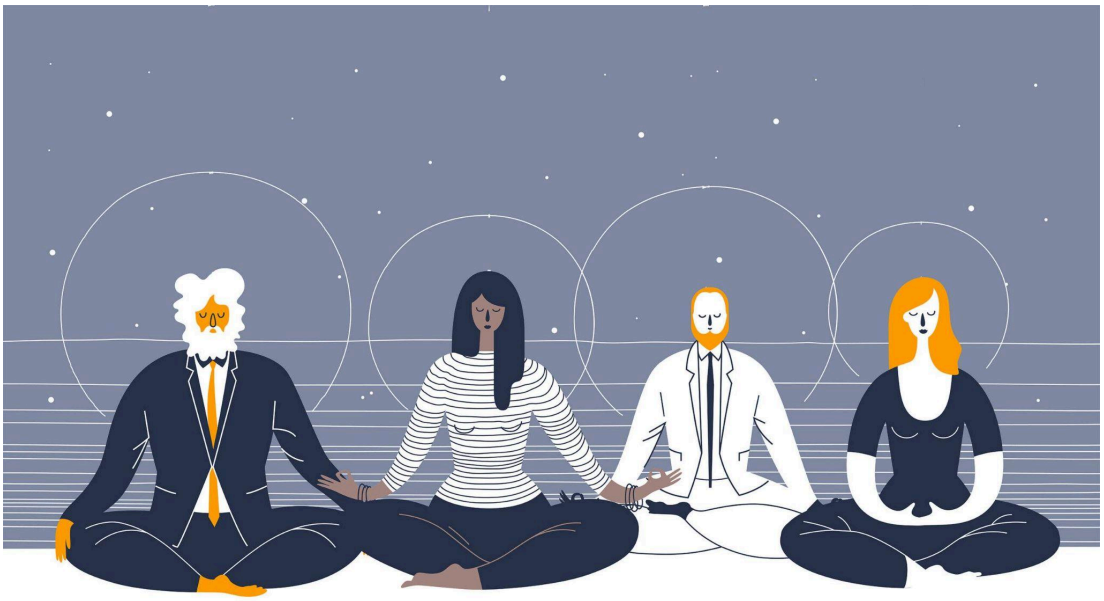
4. MULTITARGET
Nella gestione di patologie somatiche e psichiche.

5. QUALITÀ/COSTO
500 gocce in una boccetta.



15% di sconto **MIBES**. scrivi il codice: **MIBES15**

www.**prmfactory**.it
info@.**prmfactory**.it



L'umanizzazione della cura: il ruolo della mindfulness, dell'ascolto empatico e della gentilezza amorevole nel miglioramento dei percorsi di guarigione

*D.ssa **Chiara Matteoli** - Medico Chirurgo, Esperta in omeopatia e metodo Kousmine, Istruttrice Mindfulness*

L'umanizzazione delle cure rappresenta un approccio che pone al centro il paziente come individuo, riconoscendone la dignità, le esigenze emotive e psicologiche, oltre a quelle fisiche. Questo modello si contrappone a una visione puramente tecnica della medicina, promuovendo pratiche che favoriscono la relazione terapeutica e il benessere complessivo del paziente. Comprendere la verità dell'essere umano e quindi della sua salute significa **riconoscerne la complessità bio - psico - spirituale.**

La PNEI (psiconeuroendocrinoimmunologia) e la medicina dei sistemi ci parlano dell'organismo umano come di un sistema complesso e interconnesso dotato di meccanismi interni di "*crosstalking*": le cellule sono strutture biologiche che cooperano e si aiutano tra loro per mantenere in vita e in salute l'organismo umano di fronte agli stimoli che arrivano dall'ambiente, attivando comportamenti di **crescita - protezione -morte** essenziali per la sopravvivenza dell'organismo stesso.

In questa visione di complessità e interconnessione, tuttavia, diventa essenziale includere nella cura la dimensione *spirituale* come aspetto di una medicina umanizzata che ricerca il senso profondo della *cura*, la dimensione della malattia e della salute non come modelli dicotomici e separati ma come percorsi evolutivi interconnessi dell'essere umano e del suo cammino di vita. In questa ottica di *interconnessione* profonda possiamo come terapeuti riconoscere il valore di un approccio cosiddetto *integrato* che preveda appunto la connessione di competenze diverse oltre alla conoscenza dettagliata della farmacologia e della fisiologia umana.

L'umanizzazione della cura permette di arricchire un modello terapeutico basato sulla conoscenza del metodo scientifico e dei suoi protocolli con **strumenti** che possano supportare il percorso di guarigione del paziente, affinché possa definirsi il vero senso della cura proprio come guarigione profonda e non solo risoluzione biochimica, biologica della malattia. Questo aspetto diventa rilevante soprattutto dove la malattia diventa cronica o farmacologicamente incurabile. Per fare questo dobbiamo riconoscere una dimensione del *curare* che vada oltre il modello prescrittivo ma contempli anche la dimensione empatica e di relazione con il paziente, la conoscenza e il senso profondo del suo percorso di vita. Solo allora potremo parlare di una medicina innovativa e realmente centrata sulla cura, intesa come forma più alta di attenzione verso l'essere umano e le sue necessità.

Mindfulness e riduzione dello stress

Nell'ottica dei sistemi "interconnessi" la letteratura scientifica ci documenta la produzione di molecole prodotte durante gli stati meditativi e considerate potenti molecole di salute e regolatori del sistema immunitario. (Ngô, 13; Adelman, 2006; Gu, 2015, & al.; Bedford, 2012; Sipe, W.E., & Eisendrath, 2012; Carlson, & al., 2007; Ledesma D, & Kumano, 2009).

La **mindfulness** è la consapevolezza che emerge da una pratica che incoraggia l'attenzione intenzionale al momento presente, senza giudizio: attraverso questa pratica impariamo a sviluppare l'ascolto di noi stessi e dell'ambiente che ci circonda, ponendoci in una relazione di gentile amorevolezza e accoglienza. Essa attinge alla **pratica meditativa** della tradizione orientale **Vipassana** (che significa visione profonda) e consiste in una serie di protocolli utilizzati anche in ambito sanitario finalizzati alla gestione dello stress o in ambiti più specifici di quadri più complessi come la depressione, dove ne è stata documentata la validità a supporto delle pratiche mediche e psicologiche. (Ngô, 2013; Gu, & al., 2015; Kim, & al., 2013; Hempel, 2014; Hants, 2015; Sipe, & Eisendrath, 2012).

Studi scientifici hanno evidenziato come l'integrazione della mindfulness nell'assistenza sanitaria possa ridurre significativamente lo stress sia nei pazienti che negli operatori sanitari. In particolare, è stato osservato che la pratica della mindfulness può **diminuire i disturbi dell'umore e i pensieri negativi**, contribuendo a un miglioramento generale del benessere psico-fisico. (Ngô, 2013; Adelman, 2006; Gu, & al., 2015; Bedford, 2012). Recenti studi inoltre confermano l'efficacia della pratica meditativa nel dolore. (Astin, 2004).

La neurobiologia della meditazione suggerisce oggi come la pratica meditativa e la Mindfulness siano capaci di promuovere cambiamenti funzionali nel cervello mediante la neuroplasticità, ovvero la capacità del cervello di modificare la propria struttura in risposta all'esperienza. Hasenkamp in uno studio del 2012 conferma questa ipotesi e asserisce che questi cambiamenti della connettività funzionale siano duraturi nel tempo.

L'esperienza clinica, confortata dagli studi di letteratura scientifica, ci conferma come la malattia del paziente sia un processo multifattoriale dove l'elemento farmacologico puo' essere favorevolmente integrato dalle pratiche meditative migliorando i pattern psicologici e la resilienza alle terapie anche in ambito oncologico. (Carlson, & al., 2007; Ledesma, & al., 2009)

Oggi possiamo affermare che la cura del paziente non può esimersi da una **prospettiva eudaimonica** di guarigione, dove il benessere si esprime come la capacità di sviluppare la visione del proprio personale cammino di vita in relazione con lo scopo della nostra esistenza in relazione con gli altri e l'ambiente che ci circonda.

Come operatori sanitari non possiamo più esimerci dal considerare l'atto medico come portatore intrinseco di un processo di cura che passa anche attraverso le nostre parole, la nostra comunicazione non verbale, la nostra presenza compassionevole nel percorso di diagnosi e terapia.

Ascolto attivo ed empatia nella relazione terapeutica: la neurobiologia della relazione medico paziente

Per comprendere e indagare il ruolo di risorse umane come l'empatia e il linguaggio della comunicazione medico paziente nel processo di guarigione, molti studi hanno portato il focus sul ben noto **effetto placebo/nocebo**, dove il non trattamento farmacologico si accompagna ad effetti sul piano fisico del paziente non attribuibili al trattamento farmacologico ma ad una serie di altri fattori.

Negli ultimi 15 anni gli studi sull'effetto placebo si sono intensificati, anche grazie alla possibilità di identificare le aree del cervello coinvolte e i meccanismi psico-neuro-endocrino-immunologici che

regolano la relazione mente-corpo, fornendo un contributo importante nel trattamento del dolore e di molte patologie. C. W. Gay e Mark D. Bishop dell'Università della Florida hanno recentemente pubblicato un commento su PubMed relativo ai processi biologici che modulano la percezione del dolore nell'analgesia da placebo e nel suo opposto l'iperalgesia da nocebo, sottolineando come i meccanismi modulatori endogeni sono attribuibili ad una varietà di fattori: quelli correlati alla malattia, quelli specifici del trattamento e/o gli effetti contestuali.

Tra gli effetti contestuali rientrano i segni, simboli o le interazioni con il medico che convogliano informazioni al paziente creando in lui *aspettative* positive o negative capaci di interferire con la sintomatologia dolorosa riferita dal paziente nei casi di trattamento con placebo. Nello specifico vi sono evidenze ormai confermate che il sistema oppioide endogeno giochi un ruolo chiave nei meccanismi dell'effetto placebo, spiegando il meccanismo attraverso cui l'aspettativa di sollievo del paziente può alterare la sua esperienza di dolore e il suo stato emozionale.

Tutto questo si rivela estremamente importante per ottimizzare il contesto terapeutico arrivando a comprendere in che modo il linguaggio e la comunicazione non verbale, tanto quanto la comunicazione con il medico siano in grado di influenzare non solo lo stato emotivo del paziente ma anche le sue manifestazioni fisiche in risposta al trattamento. L'**ascolto attivo** e l'**empatia** sono componenti fondamentali dell'umanizzazione delle cure. Un atteggiamento empatico da parte degli operatori sanitari favorisce una comunicazione più efficace, aumentando la fiducia del paziente e la sua partecipazione diretta nel percorso di cura. Questo approccio non solo migliora l'esperienza del paziente, ma può anche influenzare positivamente gli esiti clinici, promuovendo una maggiore aderenza alle terapie e una riduzione dei sintomi.

Secondo il prof. Robert Buckman, oncologo canadese, l'essere ascoltato e il potersi esprimere con parole proprie e in termini di emozioni e sentimenti incrementa la soddisfazione del paziente rispetto alla visita medica, aumenta la percezione delle competenze del medico e favorisce la compliance terapeutica.

Quanto descritto dal prof. Buckman fa luce sull'importanza del rapporto medico paziente collocando al centro dell'agire del medico i bisogni e le esigenze della persona malata, costruendo interventi e progetti di cura personalizzati per ogni specifico paziente.

Dopo il momento dell'ascolto viene il momento delle parole, quelle che comunicano al paziente empatia ed accettazione. Le parole a volte troppo dure, inumane, non scelte, possono lacerare i pazienti già afflitti da malattia. È dunque necessario tornare a scegliere le **parole della cura**, parole che accolgono, parole di

comprensione e fiducia, parole utili per il sentire del paziente.

Entra in gioco la gentilezza amorevole che la pratica Mindfulness insegna a sviluppare, come risorsa umana capace di creare ponti di relazione importanti anche in situazioni difficili di malattia senza soluzione.

Non solo una relazione gentile in termini di educazione e buon senso ma, più in profondità, una sensibilità del cuore che nasce dalla consapevolezza della sofferenza della condizione umana che accomuna tutti gli esseri, nessuno escluso.

In uno studio pilota, **Cohen-Katz e altri**, hanno applicato la **Mindfulness** sui pazienti affetti da cancro e sugli infermieri che li assistevano, ed hanno riportato risultati importanti nella riduzione dello stress, dell'ansia e dell'emotività da parte di entrambe le figure, una maggiore empatia ed una diminuzione del burnout per gli infermieri favorendo un miglior rapporto coi propri assistiti, ed una qualità di vita più soddisfacente per entrambi. In ambito clinico i risultati hanno mostrato una riduzione significativa dello stress lavorativo e un miglioramento nella qualità delle interazioni con i pazienti. Inoltre, i pazienti hanno riferito di sentirsi più ascoltati e compresi, evidenziando un ambiente di cura più umano e accogliente.

Conclusioni

L'integrazione della mindfulness, dell'ascolto attivo e dell'empatia nella pratica clinica rappresenta una strategia efficace per l'umanizzazione delle cure. Questi elementi contribuiscono a creare un ambiente terapeutico più favorevole, migliorando sia l'esperienza del paziente che gli esiti clinici. Promuovere la **formazione degli operatori sanitari** in queste competenze può rappresentare un investimento significativo per un sistema sanitario più efficiente e un livello di cura più profondo dove sia il paziente che l' operatore sanitario possano riconoscersi sviluppando maggiormente le risorse umane utili nel percorso terapeutico.

Bibliografia

Ngô T. L. (2013). Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action [Review of the effects of mindfulness meditation on mental and physical health and its mechanisms of action]. *Sante mentale au Quebec*, *38*(2), 19–34. https://doi.org/10.7202/1023988ar

Adelman E. M. (2006). Mind-body intelligence: a new perspective integrating Eastern and Western healing traditions. *Holistic nursing practice*, *20*(3), 147–151. https://doi.org/10.1097/00004650-200605000-00009

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical psychology review*, *37*, 1–12. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006

Bedford F. L. (2012). A perception theory in mind-body medicine: guided imagery and mindful meditation as cross-modal adaptation. *Psychonomic bulletin & review*, *19*(1), 24–45. https://doi.org/10.3758/s13423-011-0166-x

Kim, Y. H., Kim, H. J., Ahn, S. D., Seo, Y. J., & Kim, S. H. (2013). Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complementary therapies in medicine*, *21*(4), 379–387. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.06.005

Hempel, S., Taylor, S. L., Marshall, N. J., Miake-Lye, I. M., Beroes, J. M., Shanman, R., Solloway, M. R., & Shekelle, P. G. (2014). *Evidence Map of Mindfulness*. Department of Veterans Affairs (US)

Williams, H., Simmons, L. A., & Tanabe, P. (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice: A Nonpharmacologic Approach to Health Promotion, Chronic Disease Management, and Symptom Control. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, *33*(3), 247–259. https://doi.org/10.1177/0898010115569349

Sipe, W. E., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *57*(2), 63–69. https://doi.org/10.1177/070674371205700202

Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, behavior, and immunity*, *21*(8), 1038–1049. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.04.002

Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-oncology*, *18*(6), 571–579. https://doi.org/10.1002/pon.1400

Astin J. A. (2004). Mind-body therapies for the management of pain. *The Clinical journal of pain*, *20*(1), 27–32. https://doi.org/10.1097/00002508-200401000-00006



La gentilezza come cura

Dott. ***Renato Palma****, medico e psicoterapeuta*

Prendersi cura di se stessi, avere una relazione non conflittuale con se stessi, rappresenta un impegno che troppo spesso non è facilitato, a cominciare dall'esperienza educativa. Ci sono cose che vanno fatte, non importa come, ci hanno fatto capire.

C'è sempre una competizione tra piacere e dovere. Anzi, spesso la fatica e la scomodità rappresentano un titolo di merito. Talora anche il sacrificio.

Per gli educatori, senza dubbio, l'**obiettivo è più importante della relazione** con se stessi e di conseguenza con loro. Sono consapevoli di questo e quando lo ritengono necessario sanno cosa fare per rimettere al loro posto i ragazzi. La stessa situazione si ripresenta, con le stesse modalità, nel mondo del lavoro.

Esiste un momento nella nostra vita nel quale il modello premio/punizione fa una pausa? Le vacanze, forse? Il riposo? Lo sport?

No, perché tutto fa parte dello stesso modello, nel quale quello che facciamo subisce le conseguenze e il **ritmo della educazione prima**, del **lavoro poi**. Gli sport, le vacanze, il riposo sono tempi marginali, pensati appunto per recuperare energie e tornare a essere bravi, efficienti e produttivi.

Poi arriva un momento in cui i **segnali di attenzione**, che abbiamo imparato a mettere a tacere con tantissimo impegno e talora paura, divengono un po' più forti, sempre un po' di più, finché non diventano prepotenti.

Il sistema biologico fonda il suo equilibrio su un'esperienza molto semplice. Emerge un segnale, viene percepito, ed evoca una risposta. Come ho detto tutto quello che ci viene richiesto di fare, fin da bambini, impone invece una svalutazione del segnale e, quando proprio necessario, un rinvio della risposta adeguata. Fa parte di una relazione gerarchica, nella quale esiste chi deve darci o negarci il consenso.

Posso mangiare in un orario diverso dalla ricreazione?

Posso andare al bagno?

L'organizzazione gerarchica continua per tutta la nostra vita. Meglio ancora se organizzata al nostro interno. Io che chiedo un consenso a me stesso e imparo anche a negarmelo, oppure a rinviarlo a quando avrò fatto le cose che devo, che sono più importanti.

Qualche anno fa ho fondato, con molti amici, un'associazione che ho chiamato ***Democrazia Affettiva***. Tra le molte caratteristiche della sua costituzione qui ne cito due.

La **prima**: *tutti hanno diritto a essere trattati da pari*. A prescindere dall'età. Anche i bambini hanno diritto a essere trattati da pari. Cioè la relazione con loro, come tutte le altre relazioni, non può essere inquinata dall'uso della forza. Che niente giustifica.

La **seconda**: nella democrazia affettiva si sostituisce l'identità di appartenenza con l'identità affettiva. Qual è la differenza? Nel primo caso, quando ti chiedono chi sei o cosa vuoi, la paura di essere escluso dal gruppo nel quale vivi ti impone di trovare una risposta che vada bene a chi ti ha fatto la domanda. A prescindere da quello che vorresti rispondere. Una evidente lesione della libertà di essere. Nel caso dell'identità affettiva posso invece rispondere quello che sento. Senza aver paura di essere disapprovato.

Torno alla situazione, non gradevole, che può mettere in crisi tutto quello che mi hanno insegnato, imposto e che alla fine ho imparato a impormi. Si tratta dell'esperienza della **malattia**.

Sia quella non grave, nella quale comunque occorre chiedere il consenso per prendersi il tempo di curarsi, che quella grave, nella quale è palese che non sono più in grado di rispondere alle aspettative e alle pretese di coloro che gerarchicamente esercitano il loro potere su di me. In questo caso **la cura di me richiede tutto il mio tempo**, un tempo qualitativamente diverso. E, soprattutto, richiede un aiuto dall'esterno.

È un cambiamento importante, perché in questo caso l'obiettivo non è la malattia, e la relativa cura che mi riconsegni

integro al sistema delle pretese sociali, preferibilmente senza aver imparato l'importanza del trovare il tempo di cambiare le abitudini e imparare a prendermi cura di me.

L'esperienza è diversa, ora l'obiettivo, il punto focale dell'attenzione è una persona che finalmente può sperare di sentirsi trattato come persona, perché ora si parla del malato, una definizione che porta con sé, scritta nella etichetta, la gravità della minorazione, della debolezza e la paura del rischio.

In questo mondo, che mai nessuno vorrebbe esplorare, diventa fondamentale la relazione tra chi patisce e la sua malattia, tra chi patisce e chi lo cura: il nome o la diagnosi diventano rilevanti solo se servono a guarire, cioè a superare il dolore e il terrore del sentirsi fuori dal gioco, fuori dalla vita.

Ed ecco il desiderio irrinunciabile, il bisogno non rinviabile e non contrattabile di sentirsi trattato da pari, con la gentilezza dovuta a tutti, ma soprattutto a coloro che hanno bisogno di cura. La parità è una condizione fondante in qualunque relazione. Ancora di più nella relazione di cura, la **relazione che cura**. Una relazione gentile, attenta, curiosa, disponibile, nella quale l'ascolto è acritico, e all'ascolto è dedicato tutto il tempo necessario: per il medico per sentirsi utile, per il paziente per sentirsi preso in cura. La gentilezza è la fonte dalla quale attinge e si nutre la fiducia. La fiducia che non sarà fatto niente senza il consenso di colui che soffre, che non ci sarà nessuna sfumatura di maltrattamento, nessun tentativo di far prendere decisioni con la minaccia del peggio. Con la paura che le scelte possono essere solo quelle che propone il medico. Che non esista alternativa.

Tutto quello che succede nella nostra vita vorremmo che fosse stato fatto e deciso insieme. Senza relazioni alto basso a giustificare effetti non desiderabili, che si manifestano nella relazione con se stessi. La potrebbe per questo diventare una occasione di esperimento, esperimento scientifico, di riflessione, per **cambiare un modo di approcciare la vita** che genera disagio.

Il tempo nel quale la malattia ci tiene lontani dalla vita che tutti considerano normale, anche se richiede incredibili dosi di adattamento, potrebbe diventare il tempo della riflessione. Una riflessione che ci pone al centro della nostra vita. Il medico può facilitare questo percorso. Può pensare a quanto può essere importante per lui farlo insieme alla persona di cui si prende cura. Prima di tutto con le parole, con la disponibilità a essere parte di quello che viene vissuto.

Può rendersi conto che la relazione è una porta che ruota intorno a tre cardini, che vanno accuditi. E i cardini sono la

generosità, la gratitudine e la capacità di immedesimarsi. E può, il medico, decidere di essere utile alla persona che soffre, mettendo a sua disposizione tutte le sue competenze che riguardano il mondo del prendersi cura. Un mondo che ha confini molto più larghi di quelli che decide la medicina.



SEQEX®

OGNI INDIVIDUO È UNICO

E SEQEX LO SA



grafichelongaronesi.it

IONORISONANZA SU MISURA

Personalizzazione dei trattamenti: benessere e cura calibrati sul paziente mediante test impedenziometrico.

Seqex è una tecnologia italiana brevettata in EU, progettata e realizzata interamente in Italia da S.I.S.T.E.M.I. srl

Via Delle Spone, 34
Cirè di Pergine (TN) Italia
T. +39 0461 830300
www.seqex.it

SCOPRI IL NOSTRO CALENDARIO CORSI:

COMPASSIONOMICS

COMPASSIONOMICS: LA FORZA DELLA SCIENZA NELL' ARTE DELLA MEDICINA

Chiara Pavan *- Medico UOC Geriatria*

Giorgia Cecchini *-Direttore UOC Geriatria; Segretario AMGe (Associazione Multidisciplinare di Geriatria)*

Matteo Grezzana *- Direttore Dipartimento Internistico Distretto 4 Azienda Ulss 9. Presidente AMGe (Associazione Multidisciplinare di Geriatria)*

L'empatia dei medici aiuta i pazienti a guarire? Possiamo misurare gli effetti della compassione sul benessere dei pazienti e degli operatori sanitari? La compassione è solo un encomiabile imperativo morale oppure è un intervento evidence-based? Una cura empatica ha degli effetti sul sistema sanitario?

A queste domande da più di un decennio stanno cercando di rispondere Stephen Trzeciak e Anthony J. Mazzarelli che lavorano alla *Cooper University Health Care and Cooper Medical School of Rowan University, Camden, NJ, USA.* Parliamo di uno specialista in medicina d'urgenza titolare di cattedra universitaria che ha pubblicato sul New England Journal of Medicine (Trzeciak) e di un medico attualmente Co - President della Cooper University Health Care con esperienza in bioetica, patient safety e gestione della qualità (Mazzarelli).

Il loro lavoro – come impone il metodo scientifico - è partito dall'analisi della letteratura esistente (Trzeciak, Roberts, Mazzarelli, 2017): molteplici studi osservazionali hanno associato una cura **compassionevole** ad **esiti positivi** sui pazienti, sugli operatori sanitari e sugli indicatori di efficienza organizzativa. La natura esclusivamente osservazionale e non sperimentale dei dati permette di valutare solo nessi di associazione senza nessuna inferenza causale: i lavori sono tuttavia tanti e si susseguono in un arco temporale di oltre 50 anni.

Si va dalla **riduzione del dolore post operatorio** nei pazienti che ricevevano rassicurazioni ed istruzioni verbali (Egbert, & al., 1964) all'**associazione tra i livelli di empatia** dei medici ed il **controllo metabolico** nei pazienti diabetici (Hojat & al.,2011). Uno studio prospettico di coorte su pazienti ricoverati in Pronto Soccorso per emergenze con instabilità cardiorespiratoria evidenziava una ridotta incidenza di disturbo da stress post traumatico ad un mese dalla dimissione se i malati avevano percepito l'empatia degli operatori sanitari (Moss, & al., 2019). Esercitare la *compassionate care* fa bene anche a chi cura, in particolare in termini di riduzione del cosiddetto burnout: studi sperimentali e teoretici in ambito sanitario suggeriscono lo stretto legame tra burnout ed empatia, tanto da definirlo come una *patologia della relazione di cura* (Thirioux, & al., 2016).

Contrariamente alla visione classica in cui la connessione umana ed emozionale tra operatori ed assistiti è un fattore di stress, oggi vi sono evidenze che l'empatia contrasti il burnout sanitario aumentando soddisfazione, benessere organizzativo e resilienza degli operatori (Lamothe, & al., 2014). Una cura compassionevole ha effetti positivi anche sull'**utilizzo delle risorse sanitarie**: un solido rapporto medico-paziente eviterà il ricorso ad esami ed accertamenti inappropriati solo per timore di ripercussioni legali, migliorerà l'aderenza terapeutica e l'accesso alle cure. La riduzione del burnout comporterà inoltre minor assenteismo e turnover tra il personale (Barsade, & al., 2014).

Basta l'empatia per ottenere tutti questi effetti benefici? Da sola **non è sufficiente** perché rappresenta unicamente un'esperienza emozionale. L'empatia manca di quell'autentico desiderio di fornire aiuto che caratterizza la **compassione**: non solo una risposta emozionale ma anche un'azione concreta che si espliciti in una relazione di aiuto. La scienza della compassione applicata alla cura diventa allora **compassionomics** superando il dualismo tra arte e scienza che ha caratterizzato anche in tempi recenti la pratica medica.

Questa nuova entità nosologica coniata da Stephen Trzeciak e Anthony J. Mazzarelli dà il titolo al loro libro pubblicato nel 2019 di cui purtroppo non esiste la traduzione in italiano: "*Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence That Caring Makes a Difference*" nel 2019 (Trzeciak, & Mazzarelli, 2019). La stampa ed il pubblico lo accolgono con favore, si parla di *compassionomics* come di un farmaco rivoluzionario, si apre il *business case* della gentilezza e della compassione.

La **realtà quotidiana** tuttavia è un'altra: la cura compassionevole spesso manca nei nostri sistemi sanitari, nell'insegnamento durante la formazione,

nel clima organizzativo interno di molti reparti. I motivi sono tanti, il più frequentemente addotto è la mancanza di tempo. In realtà per un breve messaggio di supporto al paziente servono solo 40 secondi in più: in uno studio condotto nel 1999 alla Johns Hopkins University questo è stato il tempo necessario a ridurre l'ansia in un campione di pazienti affette da tumore alla mammella (Fogarty, & al.,1999). Servono sicuramente studi clinici dal disegno sperimentale rigoroso per poter portare a pieno la *compassionate care* nel dominio dell'*evidence based medicine*. Ci sono già tuttavia voci autorevoli che affermano come la gentilezza **debba entrare a pieno diritto** nei programmi di leadership sanitaria (Klaber, & al.,2024) posto che senza di essa è difficile immaginare lo sviluppo di un sistema di cura più inclusivo ed equo, di maggiore qualità ed efficienza.

Nell'attesa che i decisori cambino i percorsi chi lavora in corsia cosa può fare? Stephen Trzeciak ha risposto così: "*La cura compassionevole è esattamente come qualsiasi altra cosa in medicina. Ci devi mettere impegno. Devi crederci. Ti devi esercitare a farlo*".

Bibliografia

Trzeciak, S., Roberts, B. W., & Mazzarelli, A. J. (2017). Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. *Medical hypotheses*, *107*, 92–97. https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.08.015

Egbert, L. D., Battit, G. E., Welch, C. E., & Bartlett, M. K. (1964). Reduction Of Postoperative Pain By Encouragement And Instruction Of Patients. A Study Of Doctor-Patient Rapport. *The New England journal of medicine*, *270*, 825–827. https://doi.org/10.1056/NEJM196404162701606

Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, *86*(3), 359–364. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1

Moss, J., Roberts, M. B., Shea, L., Jones, C. W., Kilgannon, H., Edmondson, D. E., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Healthcare provider compassion is associated with lower PTSD symptoms among patients with life-threatening medical emergencies: a prospective cohort study. *Intensive care medicine*, *45*(6), 815–822. https://doi.org/10.1007/s00134-019-05601-5

Thirioux, B., Birault, F., & Jaafari, N. (2016). Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. Frontiers in psychology, 7, 763. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00763

Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC family practice*, *15*, 15. https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-15

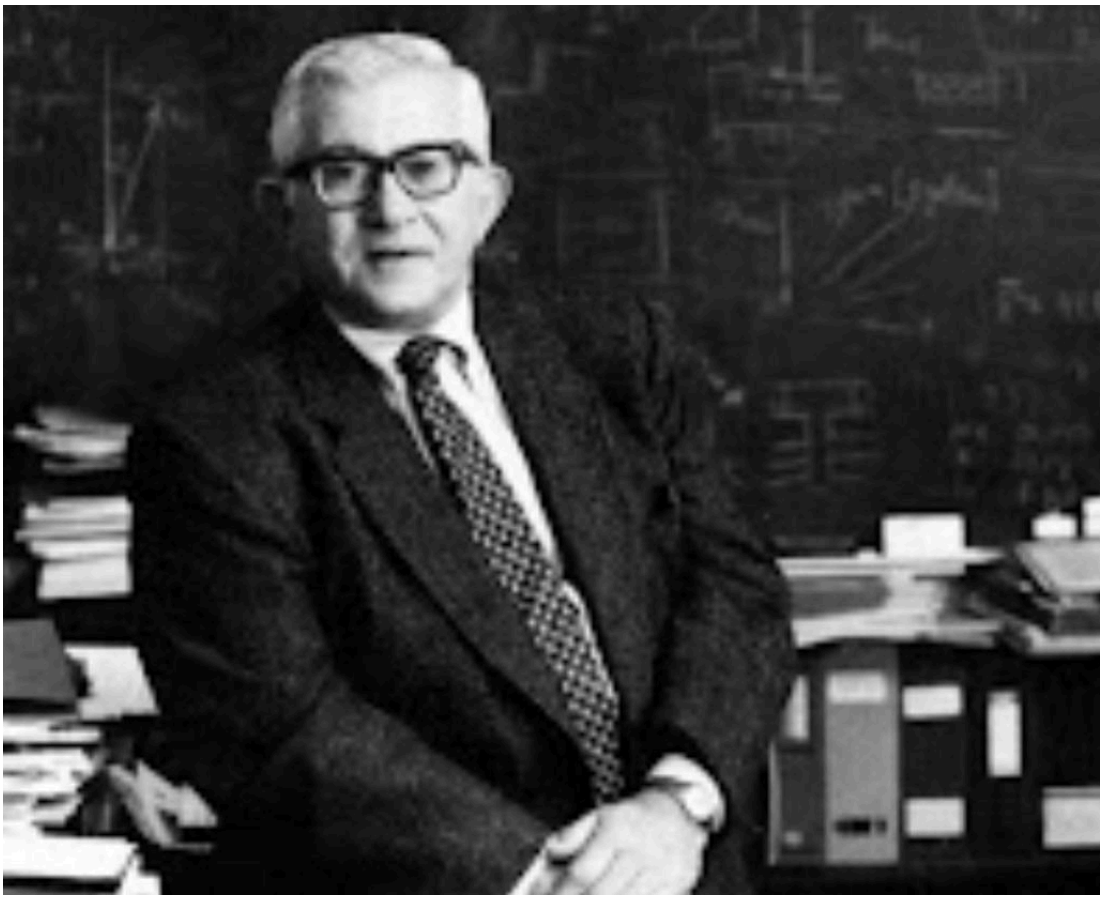
Barsade, S. G., & O'Neill, O. A. (2014). What's Love Got to Do with It? A Longitudinal Study of the Culture of Companionate Love and Employee and Client Outcomes in a Long-term Care Setting. Administrative Science Quarterly, 59(4), 551-598. https://doi.org/10.1177/0001839214538636

Trzeciak S, Mazzarelli A (2019). *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence That Caring Makes a Difference*. Studer Gr ISBN-13978-1622181063

Fogarty, L. A., Curbow, B. A., Wingard, J. R., McDonnell, K., & Somerfield, M. R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety?. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology, 17(1), 371–379. https://doi.org/10.1200/JCO.1999.17.1.371

Klaber, R., Mountford, J., & Allwood, D. (2024). Kindness in healthcare: why it matters and why BMJ Leader will focus on it. BMJ leader, 8(1), 1–2. https://doi.org/10.1136/leader-2024-000991





Il Dialogo Bioelettrico: personalizzare i trattamenti di Ionorisonanza attraverso l'Angolo di Fase

*Dott. **Greco Alessandro**, MD - Esperto in agopuntura e MTC*

Background

Nel nostro precedente articolo su MIBES Magazine (Mibes Magazine, 01.2025. Ionorisonanza ciclotronica simile: un framework unificante per le interazioni elettromagnetiche nei sistemi biologici), abbiamo esplorato il fenomeno della ionorisonanza ciclotronica simile (ICR-like) e il suo impatto sui sistemi biologici (Bawin, & al., 1978; Blackman, & al., 1985). Ora desideriamo approfondire uno degli aspetti cruciali emersi da tale ricerca: le **proprietà elettriche delle membrane cellulari** e come queste possano essere utilizzate, attraverso la bioimpedenziometria, per personalizzare i trattamenti con campi elettromagnetici a bassa frequenza (ELF-EMF).

Le membrane cellulari

È ormai da ritenersi un dato di fatto che le membrane cellulari rappresentino un'interfaccia altamente specializzata dove fisica e biochimica si integrano in modo sofisticato (Liboff, 1985; Hodgkin, & Huxley, 1952). Particolarmente significative sono le proprietà elettriche della membrana cellulare. La sua **elevata resistività**, unita a

una capacitanza di circa 1 µF/cm² (micro-Farad per centimetro quadrato) - un valore sorprendentemente costante attraverso tutte le cellule dei mammiferi - conferisce alla membrana caratteristiche peculiari dal punto di vista bioelettrico (Liboff, 2009). Queste proprietà permettono la generazione e il mantenimento di un intenso campo elettrico transmembrana nell'ordine di 10^7^ V/m (Volt su metro), una magnitudine straordinaria che modula l'attività cellulare (Liboff, 2009).

Un aspetto fondamentale, come sottolineato da Liboff (Liboff, 2009), è che "*la membrana cellulare è costantemente in un ambiente elettrico e può essere dunque influenzata da variazioni di quest'ultimo*". Nel suo lavoro "*Electric Polarization and the Viability of Living Systems: Ion Cyclotron Resonance-Like Interactions*", l'autore presenta un framework teorico in cui lo stato di benessere dell'organismo è intrinsecamente legato al mantenimento di specifici pattern di **polarizzazione elettrica** dei tessuti e delle membrane cellulari (Liboff, 2009).

L'importanza di questa concettualizzazione diventa evidente quando consideriamo che i cambiamenti nell'impedenza bioelettrica dell'intero corpo umano possono essere significativamente alterati durante l'esposizione a combinazioni di campi magnetici in condizione di ICR. Come riportato da Liboff, il dispositivo SEQEX®, utilizzato per applicazioni terapeutiche, misura l'impedenza totale del corpo durante l'applicazione di campi magnetici ICR, rilevando cambiamenti significativi dell'impedenza in condizioni di risonanza (Liboff, 2009). Particolarmente interessante è l'osservazione che tali trattamenti sembrano ridurre il carico di radicali liberi nell'organismo, suggerendo un possibile meccanismo d'azione a livello cellulare e subcellulare (si ritornerà su questo in un futuro articolo).

Nel contesto della membrana cellulare, l'effetto ICR-like si manifesta attraverso una modulazione dell'attività dei canali ionici voltaggio-dipendenti (cfr. Mibes Magazine, 01.2025). Quando una membrana è esposta a un campo elettromagnetico appropriato, si verifica un **incremento della permeabilità selettiva** agli specifici ioni di ICR, che, sommandosi a un aumento della velocità media della corrente ionica, porta a un aumento del flusso transmembrana (Liboff, 2009).

Bioimpedenziometria

La bioimpedenziometria (BIA) è una metodologia diagnostica non invasiva che misura la resistenza elettrica dei tessuti biologici al passaggio di una corrente alternata a bassa intensità. Questa tecnica si basa sul principio che i diversi tessuti corporei presentano caratteristiche elettriche differenti, fornendo **informazioni sulla composizione corporea** e lo stato di idratazione di un individuo.

Dal punto di vista fisico, l'impedenza (Z) rappresenta l'opposizione che un materiale offre al passaggio di una corrente elettrica quando viene applicata una differenza di potenziale. Nei sistemi biologici, l'impedenza è data dalla combinazione di due componenti:

- **Resistenza (R)**: rappresenta l'opposizione al flusso di corrente attraverso le soluzioni elettrolitiche intra ed extracellulari; I tessuti magri, ricchi di acqua ed elettroliti, sono buoni conduttori e offrono bassa resistenza, mentre il tessuto adiposo, povero di acqua, offre alta resistenza (Martinsen, & Grimnes, 2011). La resistenza è quindi inversamente proporzionale alla quantità di acqua corporea totale.
- **Reattanza capacitiva (Xc)**: rappresenta l'opposizione al flusso di corrente causata dalle membrane cellulari, che agiscono come condensatori biologici. La reattanza è correlata all'integrità delle membrane cellulari e alla massa cellulare corporea (BCM) (De Lorenzo, 1997). Una reattanza più elevata indica generalmente una maggiore BCM e una migliore integrità delle membrane cellulari.

L'impedenza, di cui non ci occuperemo in questo articolo, viene espressa come un numero complesso:

$$Z = R + jXc$$

Dove j è l'unità immaginaria ($\sqrt{-1}$).

Un parametro fondamentale, e di nostro interesse, derivato dall'impedenza è l'angolo di fase (φ), definito come:

$$\varphi = \arctan\ arctan\ \frac{Xc}{R}$$

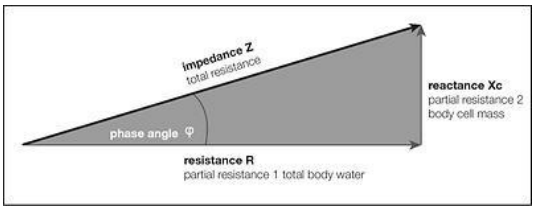


Figura 1 rappresentazione geometrica di valori ottenuti mediante BIA

φ è considerato un indicatore della salute cellulare e dell'integrità delle membrane (Baumgartner, & al., 1988). Valori più elevati di φ sono associati a membrane cellulari integre e a una maggiore BCM, mentre valori più bassi possono indicare malnutrizione, catabolismo o compromissione dell'integrità cellulare (Norman, & al., 2012).

Come indicato nel grafico tratto dal lavoro di Mullie, & al. (Mullie, & al., 2018) di seguito, la distribuzione di φ ci può permettere di comprendere la condizione generale del paziente: valori inferiori ai 5° sono da considerarsi come indicatori di fragilità (per patologia o malnutrizione) del paziente.

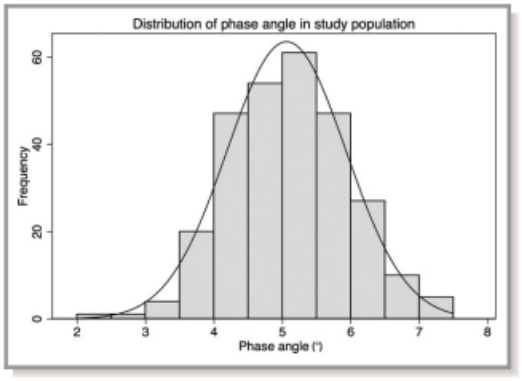


Figure 2. Distribution of phase angle in study population. The mean phase angle in our study population was 5.1±0.9°, with a lower tertile of 4.5° and an upper tertile of 5.4°.

Figura 2: grafico tratto da Mullie & al. (Mullie, & al., 2018)

Sebbene la gaussiana riproduca un valore di distribuzione in cui appare nella norma un valore compreso tra 5° e 4° per φ, è importante contestualizzare il grafico ricordando che lo stato infiammatorio subclinico della popolazione generale, che per fisiologico effetto legato anche allo stress ossidativo abbassa φ, induce un valore distribuito più basso. Laddove quindi un valore di 7° è da considerarsi ottimale, lo stato di salute generale della popolazione e il suo invecchiamento, inducono a indicare erroneamente valori inferiori di φ come indici di riferimento.

Angolo di fase, infiammazione e stress ossidativo

Recenti evidenze scientifiche hanno notato una significativa correlazione tra valori ridotti di angolo di fase e la presenza di **infiammazione cronica e stress ossidativo**. Durante i processi infiammatori, le specie reattive dell'ossigeno causano danni alle membrane cellulari e alterano l'equilibrio dei fluidi tra gli spazi intracellulari ed extracellulari. Questo squilibrio influenza l'effetto capacitivo delle membrane e, di conseguenza, l'angolo di fase (Liboff, 2009).

Un'importante revisione sistematica pubblicata da da Silva et al. (2021) ha evidenziato che φ può essere considerato un marker affidabile per lo s**creening delle anomalie infiammatorie** e ossidative (da Silva, & al., 2022). In questa review sono riportate sia correlazioni negative tra marcatori infiammatori (PCR, TNF-α, IL-1β, IL-6) e φ, che correlazioni con impatto positivo (IL-10, albumina).

Da un punto di vista elettrico, il lavoro di da Silva & al. (da Silva, & al., 2022). conferma l'argomentazione di Liboff (Liboff, 2009) circa l'importanza del danno alla membrana cellulare causato dall'infiammazione e stress ossidativo, generante una riduzione della Xc. Simultaneamente si osserva una riduzione della R a causa dell'aumento dell'acqua extracellulare. Poiché l'angolo di fase rappresenta il rapporto tra Xc e R, e i valori di Xc diminuiscono in misura maggiore rispetto a quelli di R, l'infiammazione causa una diminuzione di φ (Adey, 1980).

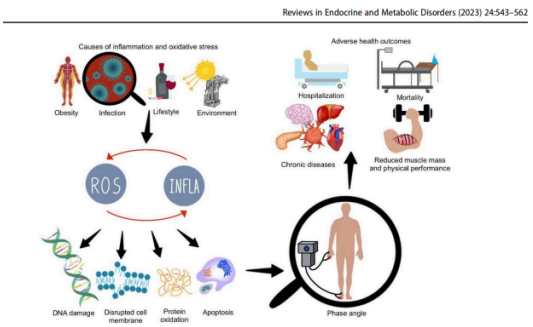


Figura 3: figura tratta da da Silva, & al (da Silva, & al., 2022)

L'uso della BIA per la personalizzazione del trattamento di ionorisonanza

Dai capitoli precedenti si evince come le variazioni di *salute* delle membrane cellulari (e della matrice extracellulare di conseguenza) generino una modificazione della BIA. È quindi possibile e utile utilizzare questo strumento come mezzo guida per ottimizzare il trattamento di ionorisonanza, coerentemente con quanto affermato da Liboff (Liboff, 2009) e citato nel capitolo sulle membrane cellulari.

Liboff stesso cita nel suo lavoro l'uso della BIA da parte dei dispositivi che sfruttano il fenomeno della ionorisonanza (SEQEX®); grazie al test di personalizzazione, il dispositivo è in grado di testare in maniera automatica frequenze, forme d'onda e intensità e, mediante un algoritmo appositamente cesellato, sfruttare le variazioni di φ per indicare le **combinazioni ottimali per il trattamento** del paziente.

Quest'applicazione permette socraticamente di effettuare il trattamento con potenziale maggior efficacia, poiché **shifta l'approccio sul paziente** da uno di tipo statistico a uno di tipo adattativo, riconoscendo l'unicità biologica e fisiologica di ciascun individuo. Questa personalizzazione del trattamento sposa il concetto di medicina di precisione, dove i trattamenti vengono calibrati sulle caratteristiche specifiche del paziente, piuttosto che applicare protocolli generalizzati. Data la complessità dei sistemi biologici e la variabilità interindividuale, un approccio che tiene conto della risposta specifica dell'individuo ha, in linea teorica, maggiori probabilità di successo terapeutico.

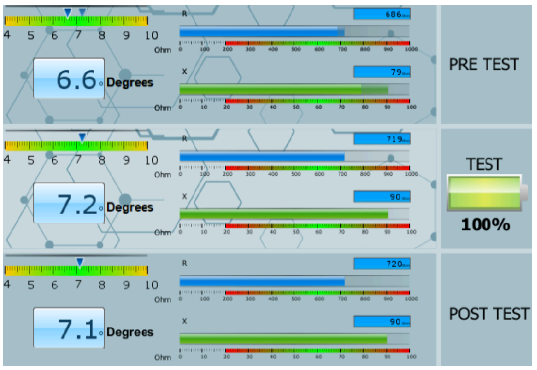


Figura 4: immagine tratta da un test di personalizzazione con dispositivi SEQEX®. Notare come durante il test il corpo reagisca apportando già una variazione di φ.

Conclusioni

La BIA rappresenta un efficace strumento di personalizzazione dei trattamenti di ionorisonanza. Misurando l'impedenza corporea durante l'esposizione ai campi elettromagnetici, è possibile rilevare le specifiche combinazioni di frequenza e intensità che producono i maggiori cambiamenti nell'angolo di fase

individuale. Questo approccio adattativo permette di identificare i parametri ottimali per ciascun paziente, superando i limiti dei protocolli standardizzati e incrementando potenzialmente l'efficacia terapeutica attraverso un trattamento calibrato sulle caratteristiche biologiche uniche del soggetto.

Bibliografia

Bawin, S. M., Adey, W. R., & Sabbot, I. M. (1978). Ionic factors in release of 45Ca2+ from chicken cerebral tissue by electromagnetic fields. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *75*(12), 6314–6318. https://doi.org/10.1073/pnas.75.12.6314

Adey, W.R. (1980) Frequency and Power Windowing in Tissue Interactions with Weak Electromagnetic Fields. Proceedings of International Electrical Engineering, 68, 119-125. http://dx.doi.org/10.1109/PROC.1980.11591

Blackman, C. F., Benane, S. G., Elder, J. A., House, D. E., Lampe, J. A., & Faulk, J. M. (1980). Induction of calcium-ion efflux from brain tissue by radiofrequency radiation: effect of sample number and modulation frequency on the power-density window. *Bioelectromagnetics*, *1*(1), 35–43. https://doi.org/10.1002/bem.2250010104

Blackman, C. F., Benane, S. G., Rabinowitz, J. R., House, D. E., & Joines, W. T. (1985). A role for the magnetic field in the radiation-induced efflux of calcium ions from brain tissue in vitro. *Bioelectromagnetics*, *6*(4), 327–337. https://doi.org/10.1002/bem.2250060402

Liboff, A.R. (1985). Geomagnetic cyclotron resonance in living cells. *Journal of Biological Physicss **13**, 99–102. https://doi.org/10.1007/BF01878387*

Hodgkin, A. L., & Huxley, A. F. (1952). A quantitative description of membrane current and its application to conduction and excitation in nerve. *The Journal of physiology*, *117*(4), 500–544. https://doi.org/10.1113/jphysiol.1952.sp004764

Liboff A. R. (2009). Electric polarization and the viability of living systems: ion cyclotron resonance-like interactions. *Electromagnetic biology and medicine*, *28*(2), 124–134. https://doi.org/10.1080/15368370902729293

Martinsen, O.G., & Grimnes, S. (2011). Bioimpedance and Bioelectricity Basics. Academic Press: Waltham, MA

La rivoluzione Epigenetica - Il DNA non è il tuo destino

Tecnologia S-DRIVE

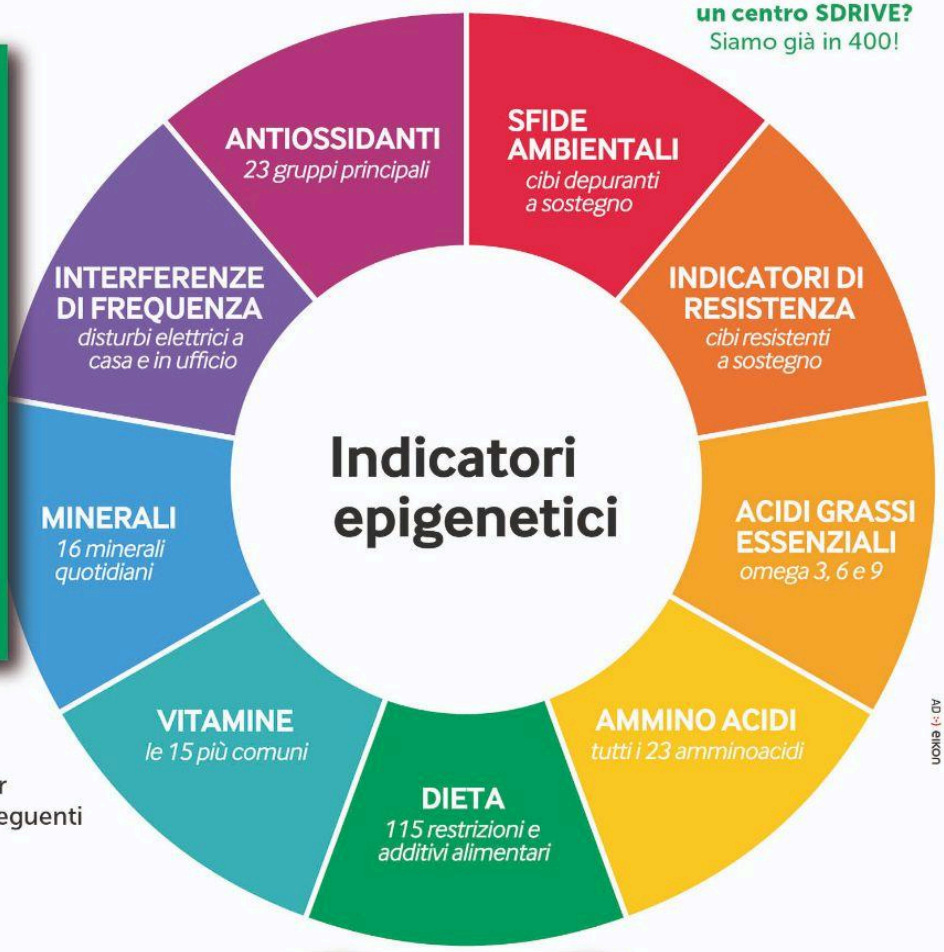
Al servizio del professionista

Il report personalizzato sugli indicatori epigenetici per i seguenti fattori:

Vuoi diventare un centro SDRIVE?
Siamo già in 400!

Il report include:

- 9 categorie nutrizionali, comprendenti più di 800 singoli elementi d'influenza.
- Influenze ambientali. Un elenco di alimenti da evitare per 90 giorni.
- Un elenco di additivi alimentari da evitare. Informazioni aggiuntive sui più comuni.
- Un piano di benessere da 90 giorni, comprendente fattori quali: nutrienti, idratazione e stile di vita.
- Un elenco di alimenti per migliorare o integrare la propria dieta.
- Sezioni di autovalutazione che aiutano a monitorare i progressi compiuti.



Il test S-Drive

Vengono mappati oltre 800 indicatori chiave per creare un report personalizzato contenente le seguenti informazioni:

- Le 16 vitamine
- I 16 minerali
- 3 gruppi di acidi grassi essenziali
- 13 gruppi di antiossidanti
- 23 tipi di amminoacidi
- Tossine - sostanze chimiche, radiazioni, metalli tossici
- Microbiologia - batteri, funghi, muffe/spore, parassiti, virus
- 14 principali categorie di EMF&ELF (campi elettromagnetici)
- Cibi e additivi alimentari - quali cibi e additivi evitare

Insieme al piano di ottimizzazione per 90 giorni.



Epinutracell®
Epigenetica Nutraceutica Ossigeno

Epinutracell Srl La Spezia
www.cellfood.it
info@epinutracell.it

CELL WELLBEING ITALIA
www.sdriveitalia.it



AD by ENKON



Prendersi cura dell'uomo

***Marcello Tobia**, teologo*

Dividere la persona in due parti, spirito e carne, è quantomeno un arbitrio, sebbene lo si faccia spesso con superficialità. Quali i confini delle due componenti, quale il punto di contatto? Forse un qualcosa come la **ghiandola pineale** di Cartesio? Ma anche in questo caso sarebbe impossibile una netta separazione se da quella dipendono gli inevitabili rapporti fra spirito/mente e corpo. La tradizione biblica non ha mai separato quello che qui semplicemente potremmo definire la dimensione spirituale della persona da quella corporea, materiale.

Sia nell'Antico che nel Nuovo Testamento le guarigioni miracolose non sono mai fini a se stesse ma sempre dirette alla restaurazione di un **armonico rapporto** con Dio. La guarigione è solo l'elemento di passaggio per la vera salute, che è quella che conta su tutto. Peraltro, alla fede si può accedere anche senza una guarigione, anzi, al contrario, attraverso il dolore, sia fisico che morale. Ma questo è un altro discorso.

Due esperienze tra fede e medicina

In questo breve articolo ho pensato di presentare due spiritualità molto diverse fra loro, sia nel tempo, sia nello spazio, sia come confessione. Anche se entrambe appartengono alla fede cristiana: protestante la prima, cattolica la seconda e, più specificamente, monastica. Due teologie che però, con tutti i loro limiti, sono accomunate dalla positiva **visione della corporeità**, intesa come dono di Dio, inevitabile strumento di comunicazione con gli uomini e la divinità stessa, ponte fra la creazione e la soprannaturalità. E dunque, la tutela della corporeità che è forma della

nostra vita.

Gli Avventisti del settimo giorno

Il nome di questo gruppo protestante americano deriva da due elementi che lo connotano immediatamente e lo distinguono facilmente da tutti gli altri gruppi evangelici[1]. Anzitutto l'idea che il tempo della fine del mondo sia vicino. In secondo luogo, il ritorno alla festività del sabato, secondo la tradizione ebraica, invece della domenica[2]. Quello sarebbe per gli avventisti il *vero* settimo giorno in cui ricordarsi di Dio e della sua benevolenza. C'è ancora da precisare qualcosa a proposito del primo elemento connotativo del gruppo. Gli avventisti nacquero in un momento storico particolarmente importante nella storia religiosa degli Stati Uniti d'America. Si tratta della convinzione, estremamente diffusa a seguito di una interpretazione piuttosto particolare ed eccentrica di alcune profezie del **veterotestamentario** libro di **Daniele** (Dan 9,20ss), che la fine del mondo sarebbe avvenuta intorno al 1843 (poi precisata al 22 ottobre 1844). In quell'occasione si attendeva perciò anche il ritorno di Cristo sulla terra per il giudizio finale. Data la smentita dei fatti, seguì un periodo di grande delusione e sfiducia nei confronti della possibilità di predizione offerta dalla Bibbia. Gli avventisti non si scoraggiarono, però, e non cambiarono affatto né il loro nome né quello della loro rivista, "*Advent Review and Sabbath Herald*"[3], parlando genericamente di **ultimi tempi**, in riferimento all'epoca presente. Il pragmatismo americano di molti gruppi non è estraneo alla maniera di intendere il messaggio religioso non solo di questo, ma di molti altri movimenti, nati in quella cultura da scismi quando non da vere e proprie derive del Protestantesimo di matrice europea. Per molti, si tratta di una salvezza anzitutto politica: ne siamo testimoni in questo periodo in cui si inneggia al ritorno ad un suprematismo mondiale degli USA che godrebbe dell'*endorsement* di Gesù Cristo. Per altri, come gli avventisti, la salvezza dell'uomo portata dalla religione e quindi dalla fede è piuttosto intesa come **salvezza della totalità dell'individuo**, anima e corpo. In questo caso, dalla religione si possono dedurre anche principi e regole per il benessere e la salute del corpo.

Il corpo[4], che San Paolo definisce "*Tempio dello Spirito Santo*" (I Cor. 6,19), diviene perciò oggetto di attenzione primaria e di cura. In tal modo la preoccupazione per il corpo diviene un vero e proprio pilastro della dottrina cristiana. La correttezza nell'alimentazione, la cura nel prevenire le malattie, uno stile di vita sano, il rifiuto di tutto ciò che possa danneggiare o diminuire le capacità del fisico e della mente diventano **pilastri** dell'insegnamento cristiano. A partire dalle sostanze più semplici, come il caffè o il tè, per non parlare dell'alcol o del tabacco. Su questi

[1] Tengo qui a far chiarezza sui termini, che per esperienza trovo spessissimo confusi quando non equivocati. "Evangelico" e "Riformato" sono due sinonimi del termine "Protestante". Si trovano per lo più affiancati al termine "Chiesa" per indicare appunto l'edificio di culto di una comunità protestante: "Chiesa Evangelica", "Chiesa Riformata". Ma non solo, come in questo caso.

[2] E' il caso di fare una precisazione molto banale ma altrettanto necessaria, in quanto è ancora diffusissimo quel che solo con benevolenza si può definire un equivoco. Il riposo domenicale è retaggio del Cristianesimo in quanto si celebra la resurrezione di Gesù e non ha nulla a che fare con lo "shabbat" il mitico "riposo" di Dio al termine dei sei giorni di creazione, giorno anche della liberazione dalla schiavitù di Egitto.

[3] L'ostinazione nel voler dedurre dalla Bibbia - specialmente dall'Antico Testamento, ricco di letteratura visionaria ed apocalittica e perciò spesso connotato da un utilizzo simbolico dei numeri - la data della fine del mondo non cessò. Un certo Charles Taze Russell trovò in questi antichi scritti, coniugati con cifre e numeri dell'attualità economica e politica del tempo, pane per i suoi denti. Dapprima stabilì che la fine sarebbe avvenuta nel 1914, poi nel 1918. Alla sua morte (1916), il successore, J. F. Rutherford, la spostò ancora di qualche anno, nel 1925, poi da altri fu procrastinata nel 1975. Il gruppo di seguaci da essi convinti ricevette dal fondatore Russell il nome di Associazione Studenti Biblici e dal successore Rutherford quello di Testimoni di Geova. Anche questi, delusi evidentemente dal prosieguo della storia, indifferente ad ogni profezia sulla sua fine, recentemente hanno smesso di calcolare la data della fine, limtandosi, come già gli avventisti, loro padri, a considerare questi tempi, come gli ultimi prima della fine. Per i Testimoni di Geova, a differenza degli avventisti, la salvezza è di tipo squisitamente politico: Gesù Cristo avvierà una nuova storia dell'umanità, sotto un unico stato, del cui governo egli sarà il capo.

temi gli avventisti sono stati dei veri pionieri, accertando che l'allontanamento dal vizio comportasse un cambiamento di abitudini di vita e proponendo programmi di disintossicazione attraverso tecniche di dinamica di gruppo. L'astensione dall'alcol e dal fumo rappresentano ancor oggi due condizioni *sine qua non* per l'accesso alla comunità. Il vegetarianesimo è caldamente consigliato, in quanto nel mito di creazione della Genesi si racconta che, antecedentemente al peccato Dio avesse permesso solo la nutrizione con vegetali. Le carni non sono del tutto vietate, comunque; basta attenersi ad alcune regole nei libri del Levitico e Deuteronomio (Lev 11; Deut 14).

È importante sottolineare come le regole alimentari per la salute **non** abbiano qui necessariamente una **base scientifica**. La sicurezza della bontà di queste regole deriva dalla loro origine divina; questa è la garanzia su cui non si possono avere dubbi Ma in questo contesto non è ciò che ci importa. Quel che invece conta è la visione dell'uomo che vi soggiace. L'uomo è **corpo-spirito**, o meglio uno spirito incarnato, la cui caratteristica principale, la corporeità, gli permette la vita in tutte le sue forme: la relazione con gli altri, con il creato, con Dio stesso. La **corporeità** è un **elemento positivo**, salvato da Dio come l'anima, se mi si permette questa terminologia un po' usurata. Siamo distanti da quella considerazione dualistica platonica dell'uomo per cui l'elemento corporale altro non è che un ostacolo alla liberazione e alla salvezza del principio spirituale, l'anima. Dio salva l'uomo e perciò la sua corporeità. E per questo suggerisce consigli per vivere cristianamente, cioè in salute. Compito del cristiano è dunque vivere in salute. In che modo? Attraverso la **Bibbia** ma non solo: anche attraverso le direttive ottenute attraverso visioni e rivelazioni private alla fondatrice del movimento: Ellen White.

Per la verità, i **fondatori** di questo ***movimento*** furono i coniugi **Ellen e James White**. Il loro profondo interesse e la loro dedizione alla cura del corpo e alla tutela della salute dipese molto anche da eventi particolarmente dolorosi come una grave malattia, forse difterite, che colpì i loro due figli, dei quali uno solo si salvò e dalla paralisi dello stesso James White. In conseguenza di questi fatti, Ellen raccolse le sue riflessioni e descrisse le sue visioni in un volume dal titolo "*Health, or How to live*" (1865) e l'anno successivo fondò il primo mensile avventista dal titolo "*Health Reformer*". Lo stesso anno venne aperto a **Battle Creek**, Michigan, il *Western Health Reform Institute*. Nel 1875 il dottor John H. Kellogg[5] divenne parte dello staff, e nel 1876 ne divenne il direttore. Nel 1877 l'istituto cambiò nome e divenne il **Medical and Surgical Sanitarium**, chiamato comunemente Battle Creek Sanitarium.

Grazie alla fantasiosa e spregiudicata guida di Kellogg, il Sanitarium

[4] Traduzione non del tutto appropriata, sebbene non errata, del termine greco σωμα.

[5] Il nome Kellogg è per noi legato ai cornflakes, al burro di arachidi e al latte di soia, che portano il suo nome, ma fu un celebre medico a quel tempo ed un abile chirurgo. Purtroppo, poco a poco, il suo impegno per la salute e la bellezza del corpo si trasformò in una forma di eugenetica che privilegiava una tipologia somatica rispetto alle altre, assumendo in questo modo i connotati di una dottrina razzista bianca.

conobbe un grande successo e divenne noto in tutti gli Stati Uniti e oltre[6]. Alla fine del XIX secolo il Sanitarium aveva uno staff composto da oltre 900 medici, infermieri e altro personale. Il Sanitarium fu il primo di una lunga serie di istituzioni mediche. Oggi la Chiesa Avventista gestisce in tutto il mondo centinaia fra ospedali, cliniche e altre istituzioni sociosanitarie[7].

Ildegarda di Bingen

Il XII secolo presenta un gran numero di filosofi e teologi benedettini e cistercensi, il più alto di tutto il medioevo. Una ricchezza enorme per l'umanità in un periodo storico troppo spesso incautamente percepito come buio ed arretrato. Fra questi spicca *Ildegarda di Bingen*. Nata il 28 marzo 1098 in Germania, a Bermersheim vor der Höhe, presto entrata in monastero, diede prova di profonda spiritualità, intelligenza e saggezza. Adulta, fondò il monastero di Rupertsberg, a Bingen, di cui divenne badessa. Fu una delle **donne più importanti** del Medioevo. Mistica e visionaria, la sua cultura ed i suoi interessi furono smisurati: fu scrittrice, musicista, poetessa, esperta di medicina ed erboristeria ed infine filosofa e teologa.

Nel 2012 papa Benedetto XVI la dichiarò **Dottore della Chiesa**. La sua figura ancor oggi non cessa di affascinare e molte sue opere di tipo scientifico e naturalistico sono state riscoperte e studiate. Fautore della riscoperta di Ildegarda dal punto di vista scientifico e terapeutico fu il dott. Gottfried Hertzka, che a Bodman, sul lago di Costanza, costruì una clinica che applica i criteri e i rimedi della monaca per la cura delle malattie. Con successo, dato che in seguito nacquero in tutta Europa ed anche nel mondo centri di medicina alternativa ildegardiana[8].

Da sempre i monaci, ed in particolare i benedettini, hanno intrattenuto un rapporto privilegiato con la **natura**. Anzitutto scegliendo i luoghi nei quali costruire i monasteri, veri e propri microcosmi immersi nel creato, dono di Dio. Ma anche perché dalla natura sempre ricavarono conoscenze che permisero loro di distillare **rimedi** alle afflizioni del corpo e delizie per **rallegrare** l'animo umano. Non solo: dallo studio delle leggi della fisica riuscirono ad edificare ciò che ancor oggi stupisce per bellezza e potenza del gioco delle forze, cioè gli splendidi monasteri e le cattedrali che ancor oggi costellano l'Europa. Questo, per precisare ulteriormente quel che ancora per molti non è chiaro, e cioè che la religione cristiana - e, potremmo aggiungere, in genere le religioni - non solo non pone ostacoli alla ricerca scientifica, ma ne è la **ragione stessa**. Come Galileo, il fondatore della scienza moderna, sempre sostenne[9]. Ildegarda si inserisce perfettamente in questa tradizione che cerca nella natura, in quanto dono amorevole di Dio, tutto ciò di cui l'uomo ha

[6] Una grottesca parodia dei metodi di Kellog la troviamo del film di Alan parker "Morti di salute", 1994.

[7] In Italia, la rivista "Vita e salute" è dal 1952 l'organo di divulgazione del messaggio avventista.

[8] Il miglior testo in circolazione in italiano su questo tema, contenente informazioni ed indirizzi di case produttrici di farmaci di questa farmacopea e centri di medicina ildegardiana: Gottfried Hertzka, Winghard Strehlow, Manuale della medicina di Santa Ildegarda, Arthesia, Bolzano 1992. Scaricabile gratuitamente in: https://www.agrobuti.it/foto/filosofi/manuale-salute-santa-ildegarda.pdf. Inoltre, al San Raffaele di Milano la dott.ssa Christiane Ernst-Paregger cura seguendo le indicazioni della farmacopea ildegardiana. Nell'ottobre 2023 si è tenuto un convegno a Nalles, (BZ),

[9] Cfr M. Tobia, Scienza, etica, religione, in: Mibes n.6 nov/dic 2024, pp. 16-22.

bisogno non solo sul piano della nutrizione, ma su quello della cura delle malattie. Ma va oltre: nel corretto rapporto corpo natura, cioè attraverso quel che potrebbe apparire come una semplice questione biologica e chimica, si deve arrivare ad un **riequilibrio psichico e spirituale** di cui l'essere umano necessita per vivere in armonia con Dio. E questo, per Ildegarda, è in fondo lo scopo primario della ricerca.

Le sue conoscenze nel campo di quella che potremmo definire genericamente medicina naturale non dipendevano soltanto dalla tradizione benedettina cui ella apparteneva, ma - come nel caso di Ellen White, sette secoli dopo - da una serie di visioni e rivelazioni divine/soprannaturali. Qui scienza e religione avevano uno stretto legame da cui oggi ci siamo giustamente evoluti ma che in questo contesto ci interessa dal punto di vista dell'antropologia che gli soggiace. La convinzione cioè che non possono esserci verità contrastanti, come non può esserci contrasto fra **benessere fisico e pace spirituale**.

La considerazione dell'individuo umano è profondamente olistica, per cui non si tratta tanto o solo di curare il corpo, ma con esso o attraverso di esso la mente stessa e, sia pure indirettamente, lo spirito della persona: l'anima, potremmo dire. Una visione forse ingenua, che confonde ciò che in campo religioso si definisce genericamente *salvezz*" (e che inoltre varia da cultura a cultura) con la guarigione dalla malattia, con il benessere del corpo: dimensioni in realtà ben distinte. Ma comunque una **considerazione della persona** che forse oggi dovremmo recuperare, per temperare un certo materialismo meccanicista che per troppo tempo ha considerato il corpo come una macchina del tutto separata dalla psiche, concentrando la cura della malattia solo sulla biologia e poco o nulla sulle relazioni fra questa e l'interiorità della persona.

…

L'alimentazione ed un corretto stile di vita stanno alla base della salute e della felicità. Perciò, Ildegarda fornisce indicazioni molto chiare di tipo **dietetico**. Sui cibi e le bevande, sulle loro combinazioni e quantità, sulla loro cottura, sulle conseguenze della loro assunzione, se giusta o scorretta. Curare significava ottenere una armonia delle parti, potremmo dire così, in cui corpo e spirito, raggiungessero e permanessero in un perfetto equilibrio[10].

Il digiuno è visto come una panacea sia fisica che spirituale: addirittura, ella è convinta che il digiuno possa portare alla fede colui che non crede. Da una indagine somatica si risaliva all'organo malfunzionante, ma da qui anche al disagio spirituale ed emotivo che questo poteva implicare o causare. Individuare il

[10] Recentemente queste correlazioni sono state accertate nel campo della psico-neuro-immunologia, ad esempio nello studio della relazione tra microbiota intestinale e psiche: la psicobiotica. Per questo motivo si è anche pensato di sostituire l'aggettivo *psicosomatico* con *somatopsichico*.

malfunzionamento del corpo significava fornire una diagnosi sulla condizione psichica e spirituale della persona.

Nella sua opera "*Cause e cure delle infermità*" (Sellerio, Palermo, 2019), nulla è tralasciato: ogni organo è esaminato e **collegato** ad un **sentimento** o **tipicità caratteriale**, ed ogni tipo di disagio o malattia, anche quelle di tipo psichico, viene considerata con grande attenzione e spesso collegata a disagi spirituali. Si parla anche di **malattie genetiche**, o più semplicemente si sa già che certe malattie sono eredità genitoriali. I **rimedi** sono i più diversi e oserei dire **fantasiosi**, come il grasso dell'orso per la ricrescita dei capelli, ma ci sono anche coincidenze straordinarie, come ad esempio una terapia del dolore che si trova solo nell'antica tradizione sino-giapponese: la **moxibustione**. Una terapia del calore che non ha riscontri secondo i criteri di sostenibilità della medicina moderna, come molte altre terapie e rimedi appartenenti a tradizioni antiche e quelle della stessa Ildegarda. Ma a noi questo non interessa, anzitutto perché non siamo qui per dare giudizi in quanto incompetenti ed in secondo luogo perché non è intento di questo articolo stabilire la validità di questa o quell'altra farmacopea, quanto di presentare una visione dell'uomo e del mondo di tipo olistico, da sempre presente nella tradizione cristiana.

La figura del medico e la sua etica

La pratica medica si confonde, fin dagli albori delle civiltà, con la pratica rituale o magica. Medico e sacerdote o sciamano erano un'unica figura. In entrambi i casi, infatti, si trattava di operare una salvezza da una qualche tipologia di male. Molto spesso, in verità, ciò che consideriamo oggi in maniera distinta, cioè la malattia ed il peccato, non erano che un'**unica realtà**. La malattia altro non era che la dimensione visibile, concreta, della potenza distruttiva del male commesso. Anche la guarigione, perciò, doveva contenere entrambi gli aspetti: quello materiale, finalizzato alla guarigione dalla malattia e quello spirituale, la restaurazione del giusto rapporto con Dio e le sue leggi. L'operazione si svolgeva ovviamente in una cornice rituale. Il terzo libro del Pentateuco, il libro del Levitico, dedicato ai sacerdoti - i leviti, appunto - è un grande manuale di questo tipo.

Un'aura sacerdotale pervade ancor ad oggi la figura del medico, quantomeno per una buona porzione della popolazione. Sia perché egli ha il potere di guarire, sia perché ha conoscenze superiori alle nostre, sia perché molto spesso le medicine, le terapie e ancor di più le operazioni che egli pratica hanno il sapore di riti. E credo sia un fatto che la scelta della professione medica assomigli non poco ad una vera e propria **vocazione**. Che, cioè, sia mossa anzitutto dal desiderio di migliorare la condizione

umana: sia dal punto di vista delle singole persone che della società e, in ultimo, dell'umanità tutta, soprattutto se parliamo del settore della ricerca. Insomma, una vera e propria forma di salvezza, di lotta contro la sofferenza e la morte. Difficile che si scelga questa professione per la sola ragione di un lauto guadagno (se mai fosse possibile, oggi).

La salute inoltre è un valore non solo individuale, ma anche **sociale**, in quanto sta a fondamento della possibilità della convivenza tra le persone. La **salute è un bene pubblico**[11]. Questo pone immediatamente il problema cruciale della **eticità** di un sistema sanitario privatizzato piuttosto che pubblico. Questione che qui ovviamente non possiamo approfondire, ma neppure ignorare. Non per nulla il Cristianesimo ha sempre considerato la cura del malato come uno dei compiti principali del credente, tutti afferenti all'etica sociale[12]. E questa attenzione al malato non si è limitata soltanto alla lotta alla malattia, ma ha sempre avuto come scopo quello di accompagnare il malato nella sofferenza (cfr. il sacramento dell'Unzione) e anche fino alla morte, in un percorso in cui il compito precipuo doveva essere quello di **mantenere viva la fede** del sofferente affinché la vita continuasse ad avere un significato nonostante il dolore.

Non per nulla, nella storia occidentale cristiana, furono i monaci ed i religiosi in generale ad occuparsi della cura delle malattie, o meglio degli ammalati. Vi furono inoltre confraternite dedite alla cura dei malati e alle loro famiglie in caso di morte, nell'accudimento e nella sepoltura dei cadaveri, specie se morti a causa di malattie infettive. In epoca rinascimentale e barocca furono creati due ordini religiosi con la finalità dell'assistenza e della cura dei malati, considerati sul piano della fede come immagini del Cristo sofferente. Si tratta dell'ordine dei **Camilliani**, ad opera di Camillo De Lellis (1550-1614) e dei cosiddetti **Fatebenefratelli**, ad opera di Giovanni di Dio (1495-1550). Entrambi questi ordini religiosi esistono ancor oggi ed i loro frati si occupano di anziani e malati a tempo pieno.

Dunque, la relazione medico-paziente non solo esclude recisamente ciò che Ivan Illič descriveva nel suo famoso testo "Nemesi medica" (1976), cioè un rapporto burocratizzato, spersonalizzato e di sudditanza fra medico e paziente, ma implica una relazione di profonda fiducia non solo dovuta alle qualità personali del medico, ma agli obblighi a cui è tenuto. Fra questi:

- la **non discriminazione fra persone da curare**. Bene sottolineano da sempre questa garanzia umanitaria quelle organizzazioni come Medici Senza Frontiere, Emergency, Cuamm ed altre forse meno conosciute ma altrettanto

[11] La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (Costituzione italiana, art. 35).

[12] Le famose sette opere di misericordia, rappresentate anche nell'arte figurativa (di cui la più famosa è la tela di Caravaggio), che richiamano le azioni sulla base delle quali Dio giudicherà gli uomini (cfr Mt 25, 35-44): dar da mangiare agli affamati, dar da bere agli assetati, vestire gli ignudi, alloggiare i pellegrini, visitare gli infermi, visitare i carcerati, seppellire i morti.

impegnate ed eticamente connotate, per le quali il malato o meglio il ferito, in situazioni di guerra, non è selezionato in base alla sua appartenenza culturale, politica, religiosa, bensì è considerato anzitutto una persona umana che ha necessità di essere curata.

- il medico è tenuto alla **segretezza delle informazioni** sulle condizioni del paziente - se da queste non dipende un grave rischio della salute pubblica - e ad una informazione responsabile e chiara al malato delle sue condizioni e delle opportunità di cura che gli si prospettano.
- per tener fede a quella segretezza che garantisca la possibilità di cura del malato ed alla sua dignità di persona umana, il medico potrà anche entrare in conflitto con leggi che, al contrario, ne ledono la dignità o ne impediscono la cura. Un esempio: l'art. 45, comma 1 lettera t) del ddl sicurezza (C2180) del 2009, che prevedeva l'obbligo per il personale sanitario di denuncia all'autorità giudiziaria degli immigrati cosiddetti clandestini. Legge a cui ha disobbedito fortunatamente la stragrande maggioranza dei medici[13].



[13] Una forma di obiezione di coscienza intesa come tutela e difesa della vita fin dal suo nascere e quindi contraria alla pratica dell'aborto non terapeutico è oggi al centro di una forte polemica. Ma preferiamo non impegnarci su questo tema non solo perché ci porterebbe molto lontano sul piano filosofico, etico e teologico nella valutazione del valore del feto, ma perché collaterale alla nostra trattazione.



LA VIA DELLA POESIA

Ricerca ed esperienze sulla forza trasformativa della parola poetica

***Valerio Grutt**, poeta, artista, avventuriero, ricercatore anarchico dello spirito*

Non ho scelto la poesia. Me la sono ritrovata. Le altre cose crollavano o restavano per poco, lei rimaneva. Ho pubblicato libri, affinato il modo di leggere versi in pubblico, cercato forme che aiutassero gli altri ad incontrarla, a fare l'esperienza della poesia. Dopo la realizzazione di progetti in ambito sanitario, i laboratori e le performance in contesti difficili e inusuali, ho compreso che può essere una vera via di **conoscenza**, di **trasformazione**, di **guarigione**. Per chi la scrive e per chi la legge.

Affinché questo avvenga però dobbiamo risolvere un problema, una questione nata sui banchi di scuola: il problema del significato ovvero l'attenzione che diamo al messaggio, il cercare a tutti i costi un senso. L'ossessione per questo significato ci allontana dall'esperienza della poesia. Analisi del testo, versione in prosa, sono tentativi di **afferrare l'inafferrabile**. Ci occorre un allenamento al sentire, a metterci in ascolto della voce nascosta, del suono segreto del mondo. In questo la poesia può aiutarci se invece di cercare di capirla a tutti i costi ci abbandoniamo al suo canto. E anche quando crediamo di capirla, ne cogliamo tutto il significato, dobbiamo essere coscienti che se è poesia vera, il suo vero senso non si esaurisce mai nel messaggio. Se superiamo in noi questi limiti culturali, andiamo oltre il pensiero razionale, possiamo comprendere che il vero senso della poesia è indicibile, contenuto nella musica del verso, nella composizione, il vero senso giunge a noi per

altre vie, comunica direttamente con le cellule. È l'**energia che contiene**, che riesce a canalizzare, la pura sostanza della vita che l'arte sempre chiama e raduna. In ambito terapeutico è questa la forza che agisce, portando vita lì dove qualcosa si era fermato.

Ma pur volendo rimanere confinati nell'ambito psicologico, è importante comprendere che la poesia non è consolazione, non è una distrazione, anzi ci chiama all'attenzione permettendoci di scendere nel nostro abisso, ci mette faccia a faccia con i mostri, nei territori dell'inafferrabile, è una torcia che illumina le profondità, uno strumento per conoscere l'invisibile, costruire ponti tra i mondi.

La poesia agisce dentro di noi, attraverso la musica e il simbolo, fa cantare il nostro mondo, inferiore e superiore, conosce la lingua dell'inconscio. Ma affinché agisca dobbiamo essere appunto capaci di **aprire le porte giuste** e permettere a queste parole di andare a lavorare in noi, richiamare l'anima dalle profondità per accoglierla tra le macerie, qui nel cuore del disastro, tra i perduti, per ricostruire, ritrovare il filo d'oro della nostra vita.

Ho **scritto** durante la malattia di mia madre, mentre la notte non le dava tregua e le tenevo la mano. Ho **scritto** per esplorare il mistero della morte, dare risposta a domande che non avevano risposta. Ho **visto**, durante un corso che conducevo all'Ospedale Sant'Orsola, una ragazza dare nome per la prima volta al proprio male con i versi, operatori sanitari mettere in un testo cose impossibili da dire in altro modo, persone in lacrime dopo un reading, con il volto rischiarato di uno svelamento, una liberazione. Ho **visto** tutto questo cosa ha mosso, cosa ha creato: un senso di comunità, una vicinanza, la voglia di andare avanti, fare, vivere, costruire.

Guarire può voler dire anche questo, può voler dire essere, essere finalmente se stessi, e la poesia può sostenerci in questa ricerca, aiutandoci a trovare la nostra voce, guidandoci ad accettarne la fragilità e la forza, darci la possibilità di comprendere che è tutto più vasto di ciò che vediamo, tocchiamo, pensiamo, tutto più grande e pieno di possibilità.

È possibile avvicinarsi a questo approccio attraverso:

- Corsi, laboratori di poesia, in cui si prova a leggere ed ascoltare in maniera più consapevole, a scrivere facendosi trovare dalle parole, a lasciarsi scrivere dal mondo, da ciò che chiede voce.
- Partecipando a performance esperienziali e installazioni, iniziative, occasioni per far crollare i propri muri, uscire dal consueto e lasciarsi guidare da qualcosa che non conosciamo ma di cui riconosciamo la verità.

Personalmente, in collaborazione con associazioni, fondazioni, altri artisti, mi occupo da anni di cercare e realizzare modi per permettere a chi lo desidera o a chi ne è anche semplicemente incuriosito, di fare l'esperienza trasformativa della poesia e i risultati sono davvero sorprendenti.

Tutta la poesia che abita i secoli, dai classici ai contemporanei, ha in sé questa forza e questa possibilità, tocca a noi coglierla affinché l'incontro con il testo non sia solo un esercizio estetico ma un evento capace di farci compiere un passo in più verso l'essenza del tutto, l'amore che ci muove, la nostra vita.

Voglio che tu sappia
che non sei qui per caso
e che capiterà sempre più spesso
di salutare le persone che ami
alla stazione, di non rivederle
per settimane o mesi
Le vedrai cadere
nella voragine dei giorni
e ti verrà da piangere e maledire,
da spaccare le vetrine.
Ma le distanze sono ponti
non possono dividere noi
che abbiamo raccolto la luce
dal pozzo degli occhi, abbiamo
visitato il tronco rotto della notte.
Voglio che tu sappia
che non sei sola mai
e che in ogni centimetro di vuoto
si muove una moltitudine
ed ogni sorriso viene
- ricordatelo, mi raccomando -
dalla riserva segreta del bene.
Sappi che ci sarà da domandarsi
il senso di tutto, che alla fine
non ci sarà una vera fine
e capirai che l'amore
era l'unica domanda buona,
l'unica risposta giusta.

Valerio Grutt

Dammi tue notizie e un bacio a tutti (Interno Poesia, 2018)


GENÈVE

Menopausa in Armonia

Ciclo di Webinar



Organizzato da **La Grande Via** in collaborazione con **Accademia Mibes**, pensato per accompagnare le donne in questo importante momento di transizione.

Con l'esperienza e la guida di professioniste come la **Dott.ssa Sara Farnetti, la Dott.ssa Mariella Lo Noce e la Dott.ssa Francesca Rizzoli**, il percorso offre strumenti naturali, strategie di benessere, alimentazione, movimento e consapevolezza per vivere la menopausa con energia e serenità.

Utilizza il codice: am-magazine-10



Longevità e Salute

Franco Berrino

Longevità e Salute è un percorso formativo guidato dal Prof. Franco Berrino, per scoprire come alimentazione, stile di vita, spiritualità e connessione con la natura possano sostenere una vita lunga e in salute.

Un viaggio tra scienza e consapevolezza, dedicato a chi vuole vivere meglio e più a lungo in armonia con il proprio corpo e la propria anima.

Utilizza il codice: am-magazine-10

Un corpo sotto il comportamento: modello cooperativo integrato nei disordini del neurosviluppo

Cristina Panisi



Un corso dedicato alla comprensione dei disordini del neurosviluppo da una prospettiva neurofunzionale e corporea.
Pensato per professionisti che lavorano con bambini e ragazzi, fornisce strumenti per valutare e trattare le radici corporee di comportamenti disfunzionali, con un approccio integrato e concreto.

Utilizza il codice: am-magazine-10

Scopri tutta la nostra Offerta Formativa su **www.accademiamibes.it**



Ritrovarsi dall'altra parte

*Dott.ssa **Chiara Di Filippo**, medico specialista in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare*

Università degli Studi di Firenze

Sono un medico, specialista in cardiologia e sono stata *dall'altra parte*. Si dice che i medici siano i pazienti peggiori e forse non è così lontano dalla realtà. O forse la verità è che essere pazienti non piace a nessuno.

Da un anno ho scoperto di avere una patologia cronica che a fasi alterne condiziona più o meno intensamente la mia quotidianità e da ultimo mi ha costretta ad accettare, controvoglia, un breve ricovero in ospedale. Cambiare prospettiva e davvero indossare i panni di chi ha bisogno di cura.

Dopo una prima fase di rifiuto, come accade in risposta alla maggior parte delle esperienze emotivamente forti, ho trovato qualcosa da raccontare. Credo che sul podio delle cose più difficili da sopportare, a più alto fabbisogno di pazienza, vi siano le **attese**. Soprattutto se hai dolore, soprattutto se è notte e sei stanco, se sei seduto su una sedia, soprattutto se l'attesa non ha un tempo definito, se non puoi vedere il viso di chi prima o poi si occuperà di te. Soprattutto se non sai quale sia il problema. Soprattutto se non sei un medico ed a stare in un ospedale non sei abituato.

Nella *mia attesa* interminabile e forzata, in quella sala del pronto soccorso, all'una di notte, ho cercato di continuare a vestire i panni *comodi*, quelli usuali da medico. Ho iniziato a guardare chi avevo intorno e mi sono accorta che la sala, oltre la sofferenza del sintomo specifico di

ognuno, era piena dello smarrimento di chi ha bisogno di una parola in più. Una ragazza accanto a me piangeva, era spaventata dal non aver capito perché fosse lì, quali risposte immaginare, quali esami stesse aspettando. Abbiamo iniziato a parlare e mentre l'ascoltavo, la sua espressione ha cominciato a cambiare, un **accenno meno sofferente**, meno disperata. Una risata liberatoria, un po' stonata per il contesto, si è aggiunta alla nostra conversazione. Mi piace pensare che si sia sentita meno sola nel dolore. E spiegando quel che potevo, l'attesa è diventata più facile anche per me. L'aria nella sala un pizzico meno tesa e qualcun altro ha avuto voglia di unirsi nello scambio di pensieri.

> Io ero costretta lì e di tempo ne avevo tanto. Purtroppo non è lo stesso per chi lì ci lavora.

Il ritmo di chi assiste in ospedale, ed ancor più in pronto soccorso, è frenetico, il **tempo** è sempre troppo poco. Non aggiungo nulla di nuovo ricordando che ormai il personale medico ed infermieristico non ha i **numeri adeguati**. Che i livelli di stress e di insoddisfazione e gli standard di cura richiesti non aiutano chi lavora a farlo serenamente. Che il malcontento generale, la medicina difensiva, la corsa all'efficienza, hanno reso sempre più lontani medici e pazienti. Come se a volte ci si dimenticasse di essere dalla stessa parte, componenti della stessa squadra, con lo stesso obiettivo di affrontare la patologia.

L'efficienza spesso rende chi deve **garantirla**, molto attento a **dimostrarla**. Se sei un medico e devi provare di essere competente, di essere all'altezza, magari anche nel confronto con un collega, puoi correre il rischio di dimenticare di avere un paziente davanti; iniziare ad elencare termini tecnici meno comprensibili, previsioni di complicanze, opzioni terapeutiche poco desiderabili, dimenticando che ogni parola, ogni non detto, ogni commento tra colleghi guardando un esame, comporta una reazione emotiva immediata in chi hai davanti. Dimostrare di saper gestire la malattia può farci **dimenticare la persona** che dobbiamo curare.

Ora ho ben chiara la sensazione di invisibilità dietro riflettori che vedono solo sezioni di me in bianco e nero. **Riflettori** competenti, professionali, con proprietà di linguaggio e impeccabile talento nell'elencare complicanze e rischi terapeutici. **Riflettori** con priorità che non potevano includere tutti i bisogni che avevo in quel momento. **Bisogno** di rassicurazione, di connessione umana, bisogno di sentirmi accolta. **Bisogni** che neanche io chiedevo. Perché spaventata, in imbarazzo e dolorante ero fortemente concentrata a nascondermi, concentrata a dimostrare di non aver bisogno di vestire i panni di paziente. Volevo solo tornare a casa il prima possibile, lontana da riflettori abbaglianti.

Non deve essere facile essere medico di un medico che si ritrova paziente.

Dopo la dimissione, ho vissuto un mese difficile. Un mese pensando ossessivamente agli aspetti negativi della mia condizione, a tutti i possibili sintomi, a tutte le possibili complicanze. Mi sono convinta di essere *danneggiata* senza soluzione, di dovermi rassegnare alla prospettiva di un intervento sicuramente non risolutivo e potenzialmente peggiorativo e demolitivo. Un mese con la paura costante della vulnerabilità a cui non ero preparata, con l'aggravante di conoscere qualche possibile complicanza in più che era stata tralasciata. Un mese in cui la malattia era diventata una compagna oppressiva, ingombrante, esclusiva. Un mese in cui ho pensato di percorrere scelte di vita differenti, lasciando **decidere alla mia condizione**. Un mese in cui la mia malattia era diventata più importante di me. Sulla scia di quanto avevo vissuto nel ricovero, io stessa ho continuato l'approccio del medico che ascolta la malattia e non ha tempo per il resto.

Ma per fortuna qualche volta il tempo è più lento.

Sono tornata ad un controllo programmato, trovando un approccio di cura che non mi aspettavo, e di cui ancora non mi ero resa conto di aver bisogno. Questa volta l'agenda delle visite aveva previsto il tempo per una comunicazione senza fretta, fatta di sorrisi rassicuranti, contatto empatico e spazio di elaborazione del problema. Riflettori più ampi e con luce più soffusa che ti autorizza a sentirti **presa in carico**" Non sono guarita, il quadro mi è molto più chiaro di prima ed ogni elemento noto è stato ricordato ed elencato. Ma in un clima più accogliente l'imbarazzo non ha trovato posto e mi ha sorpreso la possibilità di tornare a **sperare in una buona notizia**. L'intervento è solo in pausa, ma avere un attimo di respiro, che sollievo!

In questa corsa alla cura della malattia ci vorrebbe lo spazio per un pit-stop di cura della persona.

E se è vero che il tempo è sempre troppo poco, è anche vero che spesso tendiamo a non cercarlo. Ho sempre dato peso all'empatia, all'importanza di un dialogo con il paziente, ma vedere in prima persona quanto anche la più piccola attenzione possa essere di aiuto, ha reso tutto più concreto. Quando si corre, quel tipo di relazione con il paziente passa inevitabilmente in secondo piano.Da medici dovremmo ricordarci che il tempo per una parola in più va trovato. Da pazienti dovremmo ricordarci che questo tempo è difficile da conquistare in alcuni contesti, e gli va dato valore.

Ecco, non dico nulla di nuovo, perché essere *dall'altra parte* è difficile per entrambi, medico e paziente.





Dalla cura… al prendersi "umanamente" cura

Dott.ssa ***Stefania Fiorucci*** - *Educatrice* professionale, Tutor *specializzata in DSA*

È più importante sapere che tipo di persona abbia una malattia,

che sapere che tipo di malattia abbia una persona.

IPPOCRATE

Cura

È solo questione di diagnosi clinica e trattamenti medici? Parola inflazionata. Vuol dire ascoltare i dolori delle persone ma anche *con-dividerne* in modo attento i bisogni, significa r-*accogliere* le loro lacrime così come accoglierle con un sorriso lungo i sentieri tortuosi della vita. La cura designa il decorso di una malattia (fisica o psichica) ma attesta pure un percorso di amore per la vita, anche quando si affronta la morte (fisica o spirituale). Di sicuro la presa in *cura*, di fronte a un soggetto che narra il proprio disagio, non può prescindere dall'*empatia* che è la capacità di *sentire con* l'altro rimanendo se stessi: non vuol dire essere emotivamente coinvolti ma compartecipare, è il situarsi *dentro* il sentire pur ponendosi alla distanza giusta dall'altrui problema. Chi è l'uomo che sta dietro al suo *mal-essere*?

Sala d'aspetto. Paziente, utente, caso, numero prenotazione, cognome. Quanti e quali altri epiteti si usano nei confronti di chi ha bisogno di una cura? Eppure sarebbe buona prassi **sentirsi chiamare anche per nome**. Dopo aver trascorso minuti ed ore nell'attesa del

proprio turno, ciò non potrebbe forse restituire una sorta di *umanizzazione* a qualsiasi struttura sanitaria, o meglio, proprio a quel luogo delle cure dove si è sostati? I nomi di persona sono quelli che distinguono un essere umano dagli altri, dotandolo di una personalità. Il nome è una parte essenziale dell'identità di una persona poiché aiuta ad essere conosciuti, ovvero considerati unici all'interno della comunità esistenziale.

"*Il nome, anagramma di nemo, non ti fa essere Nessuno proprio perché sei Qualcuno a cui quel nome appartiene. Il nome ti è "proprio", è proprio "tuo"! Nome che è l'essenza di un essere (umano) e quasi una sorta di specchio verbale destinato a riflettere quel viso, chiamandolo all'esistenza*" (Fiorucci, 2007).

È importante avere tale *attenzione* nominale per il **ben-essere** del paziente nella sua interezza, perché è "*un uomo in carne e ossa, con nome e cognome, con un volto e uno sguardo*" (Gennari, Kaiser, 2000). Dunque solo una visione olistica può restituire dignità umana rendendo più vicina alle persone la *cura* per ciò che attiene all'uomo e alle questioni dell'uomo. Non è semplice esistenza biologica ma vita umana, se si guarda dentro l'"umano".

Umanamente

L'uomo è un essere complesso, cioè intrecciato con più dimensioni, in cui l'incontro tra la dimensione razionale e quella affettiva è già uno scontro.

"*I sentimenti e le emozioni valgono come "radici", come elementi poggianti della vita del soggetto, della sua vita di relazione come della sua vita interiore*" (Cambi, 1996)

così quando affiorano portano alla luce l'umanità dell'uomo. Vivere è provare emozioni, che sono elementi fondamentali della nostra esistenza, alla quale danno colore anche se, nella civiltà occidentale impostata sul primato della ragione, sono considerate con sospetto.

Siamo umanamente portati a stare accanto all'uomo sofferente in modo da **con-solare**, ovvero essere con il solo quando la malattia ha tracciato un solco profondo nella sua esistenza. Attendere il decorso di una malattia richiede *pazienza*, cioè l'arte di saper soffrire nell'attesa anche quando il tempo, in un luogo di disagio come può essere l'ospedale, sembra dilatarsi rendendo im-pazienti e il pensiero è coattivamente rivolto a quella situazione di dolore percepita come un momento che non avrà mai fine. Eppure c'è anche un **dolore di vita** esemplificato dall'immagine della partoriente, perché nei dolori del parto la sofferenza si trasforma in gioia di fronte alla nascita di un altro essere umano.

La sofferenza **sussume il dolore umano in differenti forme del patire** (Natoli, 1986) poiché la sua esperienza è

vissuta in maniera del tutto peculiare nell'intimo di ciascun uomo. Le forme dell'umano patire si esprimono attraverso segni fisici, facilmente riconoscibili nell'alterazione del corpo, che poi l'uomo afflitto interiorizza in dolore spirituale e morale ma l'esperienza contemporanea si inscrive sempre più entro la dimensione scientifico-tecnologica nella convinzione che l'uomo, invece di comprendere, possa dominare se non addirittura rimuovere il dolore.

Infatti, la tecnica della società moderna è capace non solo di controllare, attraverso procedure terapeutiche, la soglia del dolore ma anche di garantire il bisogno umano di salvezza riducendolo alla tutela della salute di un corpo ormai medicalizzato. La vita è segnata dalla sofferenza: "*Essa è tristezza e sconforto che conducono il dolore umano al limite della sopportabilità*" (Gennari, 2006). Si può **soffrire per una malattia** che colpisce il corpo o l'anima, per il distacco dalle persone che si amano, per la difficoltà di vivere avendo perso il senso profondo di se stessi. Il folle sembra avere lo sguardo perso nel vuoto, eppure è solo sprofondato in un'altra dimensione da cui stenta a riemergere perché si è chiuso dentro il suo mondo interiore alienandosi dal mondo circostante.

Gli stessi parametri scientifici, che classificano i sintomi patologici, sono il frutto di convenzioni sociali e spesso attraverso il loro uso ci si limita a diagnosticare, spiegare invece di comprendere, interpretare. Quanto è triste la dipartita per un anziano che la vive già nella sofferenza della propria solitudine. **Come ridare dignità umana al morire?**

"*Solo nell'ambito di un'educazione permanente aperta alla dimensione della possibilità si può dare quella riappropriazione della vita mortale che sola può consentire l'assunzione della morte vitale*" (Malavasi, 1985), integrandola nella consapevole progettazione dell'esistenza.

La vita è in relazione al dolore legato alla morte: vivere vuol dire anche soffrire per una persona cara defunta e si può morire *dentro* quella sofferenza pur continuando a vivere. L'uomo, grazie ai risultati innovativi raggiunti, sarà sempre più in grado di far fronte ai propri bisogni quotidiani ma le aberranti applicazioni del sapere scientifico diventano strumento di morte qualora non siano **limitate dal principio vitale** di umanità. Si fa risalire la genesi dell'uomo all'ominizzazione ma l'umanizzazione che l'accompagna non può prescindere da un principio spirituale. Così avviene nell'uomo la cui essenza, nell'esistenza, si sostanzia **di natura**, quale principio di vita per l'uomo, **di tradizione**, quale deposito della storia umana e **di cultura**, che vive di quanto crea l'uomo (Kaiser, 1998).

Prendersi cura

Per imparare a lavorare in qualità di *Tutor* con i ragazzi BES (DSA, ADHD, 104, Spettro Autismo) "*auspichiamo che le persone che decidono di occuparsi di altri esseri umani abbiano una minima alfabetizzazione di se stessi*" (AA.vv., 2021) in modo da essere consapevoli di quale tipo di *relazioni* costruiranno con tali soggetti in difficoltà, intrecciando una storia di legami di fiducia e sovente anche di amicizia. Dal bisogno e/o disagio altrui si impara il senso del *sacrificio* che è sì la fatica di *prendersi cura* di qualcuno ma è anche qualcosa di **sacro** se fatto con amore. La problematicità di tale relazione risiede nella responsabilità di cura dell'altro-da-sé poiché ci si trova di fronte ad un altro essere umano con un suo vissuto e quando la fragilità di quell'esistenza stenta a parlare si interpella la pazienza, cioè l'arte di **saper aspettare** lasciando spazio al silenzio per il tempo dell'ascolto.

Soltanto in questo modo potrà scaturire quella fiducia nell'*es-porsi*, indispensabile per l'instaurarsi di un dialogo che sia davvero formativo per porsi in relazione autentica con l'altro. Dall'anamnesi alla diagnosi fino alla terapia, mettendo in atto una cura per il soggetto che si sostanzia di una cultura della cura in quanto essa "*non si riduce alla risoluzione di un sintomo, un disagio, una malattia, bensì diviene* ***pre-occupazione*** *per l'esistenza di un altro essere*" (Sola, 2024). La terapia "*...significava una* cura *intesa come un* servizio *reso agli dèi durante i rituali del culto. Il termine è poi venuto designando il* trattamento medico *inteso come un servizio rivolto verso gli uomini. […] Ma questo* servire *va inteso come l'opera del prendersi cura di un soggetto da parte di un altro soggetto*" (Sola, 2008).

Fragile, maneggiare con cura

Mai come nell'odierna società moderna la fragilità è vista con sospetto. Eppure, paradossalmente, la debolezza è la forza dell'uomo. Così se il vetro è fragile è altrettanto resistente all'urto da poter essere inciso solo dal diamante. E sui frammenti di vita, come su quelli di un vetro infranto, permane ancora il **debole riflesso di un uomo** intero. Esseri umani, sempre pronti a spezzarsi a causa della fragilità costitutiva della struttura umana. Avvengono nella vita di ogni uomo momenti di rottura che determinano uno scuotimento interiore e l'avvicinarsi a ciò che è fragile richiede sempre una certa delicatezza d'animo, poiché il corpo trema di fronte all'impetuosità di parole pronunciate senza la minima attenzione per il dolore altrui che vena la vita fragile frantumandola.

Un uomo dalla personalità ben strutturata è capace, tuttavia, di resistere accettando comunque la sua fragilità quale **espressione strutturale** della condizione umana.

"*La resilienza è dunque una disposizione formativa attraverso cui ritornare al proprio assetto originario dopo un'esperienza di de-formazione*" (*ibidem,* 62). ***Kintsugi*** è l'antica arte giapponese di restauro delle ceramiche frantumate riparando le linee di rottura con l'oro: la saggezza orientale lascia visibili imperfezioni e fragilità perché insegna ad accettare se stessi trasformando le ferite fisiche ed emotive in qualcosa di più bello e prezioso. Insegna a curare ma anzitutto a *prendersi cura* delle ferite dell'anima.

Bibliografia

Bianco, C., & al. (2021). Le Storie di Educere. Imparare a lavorare con i ragazzi BES (DSA, ADHD…). Educere: Genova

Cambi, F. (1996). *Mente e affetti nell'educazione contemporanea*. Armando: Roma

Fiorucci, S. (2007). *Pensieri su Alice*. Aracne: Roma

Gennari, M. (2006). *Trattato di Pedagogia Generale*. Bompiani: Milano

Gennari, M., & Kaiser, A. (2000). *Prolegomeni alla Pedagogia Generale*. Bompiani: Milano

Kaiser, A. (1998). *Gnoseologia dell'educazione. 1. Lo statuto antropologico dell'essere spirituale*. La Scuola: Brescia

Malavasi, P. (1985). *Per una pedagogia della morte*. Cappelli: Bologna

Natoli, S. (1986). *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*. Feltrinelli, Milano

Sola, G. (2008). *Introduzione alla Pedagogia Clinica*. Il Melangolo: Genova

Sola, G. (2024). *Trattato di Pedagogia Clinica*. Il Melangolo: Genova



Umanizzazione delle cure

*D.tt.ssa **Amal Oursana** medico e agopuntrice*

Nell'ultimo decennio la sanità pubblica e la medicina territoriale vedono un **cambiamento generazionale**, involvendo in un sistema che suscita negli assistiti la sensazione di essere lasciati a se stessi, abbandonati a cure che tendono ad avere sempre più intermediari tecnologici.

In questo clima di sfiducia in cui il contatto umano sembra sempre più lontano, in parte generato dalla crisi economica e politica e in parte conseguenza dell'ultima pandemia, nascono riflessioni importanti da parte degli addetti ai lavori che hanno scelto di curare adottando l'ascolto nel modo di relazionarsi ai propri assistiti.

La speranza è quella di vedere che il **problema venga affrontato a monte**, nei luoghi di formazione medica, nelle università, e di non lasciare che si ingigantisca come spesso accade creando un vuoto e una mancata risposta alla popolazione. Poiché la scienza non considera misurabili le emozioni, allora va da sé che non ci si preoccupi nemmeno di prendere in considerazione che esiste un aspetto importante in grado di incidere sulla prognosi del paziente: la **gentilezza** e l'umanità nella cura. Sarà la classe medica che si troverà sola a comunicare, quando occorre, diagnosi infauste ai pazienti.

Purtroppo, nella loro formazione manca un percorso di presa di coscienza di

una comunicazione empatica e non violenta e la possibilità di avere un supporto umano. Nella cattiva formazione non viene considerata la possibilità di proteggere i giovani medici verso l'**eccesso di empatia**, ovvero quelle situazioni in cui l'umano che si trova dietro il camice bianco assuma su di sé troppo peso del vissuto emozionale del paziente disperato. Temi come il dolore, la malattia cronica, la morte, la preparazione alla morte non vengono contemplati, né affrontati. Come se fossero lontani da questo mestiere, come ci fosse solo la vita e la guerra alla malattia che ne rappresenta la minaccia.

Per avere una medicina umanizzata credo fermamente che si debbano **rivedere i luoghi di formazione**. È da qui che si possono edificare i principi di una cura basata sull'ascolto e sulla prevenzione.Il tema potrebbe essere reso ancora più ampio: alla base c'è infatti il **rapporto tra umanità e natura**, un ponte rotto da tempo in modo sempre più drastico specie con l'avvento dell'ingegneria genetica.

Se nella relazione tra umanità e natura non è stabilita la giusta comunicazione e interazione, non sarà possibile ritrovare l'armonia delle cure, poiché l'essere umano ha bisogno prima di tutto di stabilire una pace interiore e ritrovare il proprio centro a contatto con la natura. Dovrà ristabilire il ponte con essa.

Ci troviamo di fronte a una **dimensione esistenziale**: sentirsi parte della natura, parte del micro nel macrocosmo, il riconoscimento che tutto è parte di un unico insieme, dove gli elementi sono interconnessi e non separati. Ecco, quando abbandoniamo la visione dell'Io, egocentrica e separatista ed entriamo in una visione ecologica del **Noi** che è più profonda e comunitaria, allora anche la malattia non sarà più un nemico, ma un messaggio. La natura non sarà più ostile, ma di sostegno per trovare uno o più rimedi.

Questo messaggio fu già lanciato nel lontano medioevo da San Francesco d'Assisi nel *Cantico delle creature*, testo fondamentale non solo da un punto di vista spirituale ma anche scientifico. Nel cantico delle creature c'è una completezza cosmica con la natura in un tempo in cui la natura era molto ostile all'uomo. Pensiamo solo alle cavallette che distruggevano i raccolti; e San Francesco contrappone a tali calamità una poetica mistica di tipo cosmica. Dà voce a un canto che ha sentito, in cui a cantare è la madre terra, come un organismo vivente che parla con la forza del Noi e non con quella dell'Io. Questo dovrebbe farci riflettere sulla differenza tra l'approccio ecologista moderno che ha paura che la Terra possa essere danneggiata dall'inquinamento perché minaccia la salute e l'ecologismo più profondo che vede invece l'**inquinamento come una profanazione del creato**. Questo discorso etico riguarda tutti noi umani. Siamo tutti chiamati a scegliere dove stare.

Le cure potrebbero essere supportate nel territorio connettendo le esperienze dei pazienti e creando ***cerchi di ascolto***, anche in modo creativo *nella* e *con la* natura. La natura fornisce un supporto insostituibile, specie durante la convalescenza. La vista del verde è capace di attivare la rigenerazione della forza vitale. Veriditas, secondo Ildegarda di Bingen significa "*Energia Verde Vitale*" associata da Ildegarda alla forza vitale della natura, immessa in tutti i suoi regni dal soffio divino. Tale forza è percepibile a tutti i livelli, visibili e invisibili ovunque si manifesti.

Ci rendiamo conto che c'è bisogno di essere ascoltati anche dopo la guarigione, perché è questo **creare la storia** che aiuta a dare un senso e a cicatrizzare la nostra esperienza. Questa è una fase molto delicata e importante. La mente deve darsi un'interpretazione dell'accaduto. Abbiamo bisogno di dare un senso, non possiamo farne a meno. Se questo sostegno non c'è, spesso potrebbero prendere il sopravvento la depressione, il vittimismo, e l'isolamento.

Le malattie croniche e quelle aggressive come le patologie oncologiche talvolta generano un cambiamento drastico della vita quotidiana. Pensiamo ai soggetti affetti da insufficienza renale cronica che entrano in dialisi, e che dovranno affrontare la vita ad una velocità diversa, avranno una diversa capacità di essere autonomi.

Nella prima fase della malattia, quella in cui ancora siamo in presenza del sintomo e ci interroghiamo sulla sua natura ovvero sulla diagnosi. Il dialogo è molto importante e l'unico dialogo efficace con il paziente è quello **in cui viene attivata la fase del preconscio**. Quando i miei pazienti sono esposti al trattamento con agopuntura che svolge il lavoro di riarmonizzazione del Qi, ovvero dell'energia, si presenta un'ottima occasione per entrare in contatto con la parte più profonda del paziente.

Poiché l'agopuntura induce sempre un **effetto di rilassamento**, che ci aiuta a lasciare andare le tensioni per ripartire con una rinnovata energia, ho osservato che questa opportunità non andrebbe lasciata sfuggire. Gli aghi ci aiutano ad aprire una finestra in quello che è lo spazio interiore, lo spazio dell'immaginazione. Favoriscono cioè lo spostamento dell'attenzione dall'emisfero sinistro, con cui ragioniamo la maggior parte del tempo, all'emisfero destro che rappresenta la nostra parte più onirica e unitaria.

Dopo un rilassamento guidato ad entrare in contatto con il proprio respiro, il paziente lascia andare le tensioni e comincia ad entrare in **contatto con la sua profondità**, qui incontriamo il bambino interiore, visualizziamo il sintomo e gli diamo un'immagine, una collocazione fisica, lo trasformiamo, o semplicemente ci mettiamo in ascolto.

Talvolta con taluni pazienti restii all'agopuntura, lavoro con l'**ipnosi taoista**, che è un trattamento di digitopressione che

si esegue secondo uno studio molto antico che senza la parola arriva a portare il paziente nello stato preconscio dove la mente può assestare le informazioni traumatiche.

Ad ogni modo è necessario guidare questi percorsi interiori, poiché il medico potrebbe essere uno specchio limpido che riflette ciò che non vediamo, che da soli è difficile cogliere. Lavorare sulla dimensione interiore è fondamentale, significa andare alla radice del problema poiché è la parte più sottile, il mentale. Il mentale è la parte con cui interpretiamo la realtà e spesso possiamo interpretarla negativamente, avere dei loop per cui ci sembra di ricevere lo stesso risultato nonostante i nostri sforzi.

Ecco, l'ascolto interiore è lasciarsi aiutare a interpretare gli eventi da un altro punto di vista, **spostarsi per vedere con altri occhi**, in un certo senso elevarsi. Elevarsi non potrà mai avvenire se non **con la natura**. Poiché ne siamo parte, possiamo partire da noi stessi, dalla natura che ci abita ed umanizzare i nostri intenti, i nostri pensieri, coltivare la forza vitale che è in noi, e avere attenzione e rispetto verso ciò che introduciamo nel corpo per nutrirci.

Per concludere credo che per entrare in un'ottica umana della cura, occorra cambiare visione e relazione con la natura. Una visione che ci permetta di fare il passaggio dalla dimensione finita dell'Io alla dimensione cosmica del Noi, diventando più umani.



Umanizzazione della cura: tra gentilezza, asimmetria e Slow Medicine

*Dott. **Enrico Morello** - Ematologo, Medico oncologo – Centro trapianti di midollo osseo per adulti*

Introduzione

Il concetto di **umanizzazione della cura** si configura come una risposta alla crescente meccanizzazione, al ricorso acritico a indagini strumentali e alla logica di efficienza che, in molti casi, trasforma il percorso terapeutico in un *pazientificio* – dove la velocità e il volume prevalgono sulla qualità del rapporto umano. In tale contesto, la gentilezza e l'ascolto attivo rappresentano strumenti fondamentali per superare l'asimmetria intrinseca alla relazione medico-paziente, una disuguaglianza in cui il potere e le conoscenze tecniche dell'operatore possono, se non temperati da un approccio empatico, tradursi in una cura disumanizzata.

L'ispirazione, che spazia dal celebre *come è umano lei* di Fantozzi (Villaggio, 1971), espressione della massima asimmetria derivata dall'abuso di potere, fino alle riflessioni nate dall'associazione Slow Medicine ETS (Bonaldi, 2015), apre la strada a un modello di cura basato su sobrietà, rispetto ed equità.

L'asimmetria della cura e il ruolo della gentilezza

Il rapporto tra professionista sanitario e paziente è caratterizzato da una naturale **asimmetria** (Surbone, 2003; Fontanella, 2011): mentre il primo detiene le competenze tecniche e il potere decisionale, il secondo si trova in una condizione di vulnerabilità, ma comunque

detiene la conoscenza del proprio corpo e del proprio vissuto. Una presa di coscienza critica di tale asimmetria è il primo passo per "umanizzare" il percorso di cura. L'approccio basato sulla gentilezza – intesa non come mera cortesia, ma come pratica concreta di empatia, ascolto attivo e comunicazione trasparente – può abbattere le barriere gerarchiche e instaurare una relazione basata sulla fiducia reciproca. Come suggerito da molti autori (cfr. Derksen, 2013), "*mettersi nei panni dell'altro*" e adottare il principio di non fare agli altri ciò che non si vorrebbe subire, sono elementi chiave per rafforzare il legame umano, rendendo il processo terapeutico un cammino condiviso e partecipato.

In questo contesto quindi, la gentilezza intesa come ***kindness in healthcare*** è un atto intenzionale e consapevole che crea un ambiente di cura basato sulla sicurezza emotiva, sulla fiducia e sulla dignità del paziente, promuovendo un'assistenza più efficace e umana (Ballatt 2011). Essere gentili non significa solo mostrare cortesia (Fryburg, 2023), ma implica un ascolto autentico, un'empatia proattiva e un'attenzione personalizzata ai bisogni fisici ed emotivi del paziente, contribuendo così al benessere psicologico e alla qualità delle cure (Berry, 2017; Espanoli, 2023).

La gentilezza nei professionisti sanitari non è solo una virtù individuale, ma un valore sistemico che, se integrato nella cultura organizzativa, riduce lo stress, migliora la collaborazione all'interno del team multidisciplinare e favorisce un'assistenza centrata sulla persona (Fryburg 2022; Campling 2015).

Slow Medicine: un paradigma alternativo

Negli ultimi decenni si è sviluppato il concetto di slow medicine, che propone un approccio alla cura basato sulla riflessione, sul tempo e sulla centralità del paziente (Bert, 2012). La slow medicine, con la sua rete di professionisti e cittadini e con i suoi progetti **Storie Slow** e **Choosing Wisely Italy**, si contrappone alla logica *industriale* del sistema sanitario, criticando la tendenza a ridurre i tempi di visita e ad applicare processi standardizzati a scapito di un'adeguata valutazione del singolo caso (Bobbio, 2024), basandosi comunque sulle prove di evidenza scientifica, ma anche sulle preferenze e sul rispetto della inviolabilità dei diritti del paziente. In questo modello, l'appropriatezza prescrittiva e terapeutica assume quindi un ruolo centrale, permettendo di valorizzare l'ascolto attivo e la personalizzazione del percorso di cura.

Una maggiore attenzione ai tempi e ai processi di comunicazione – come, ad esempio, attraverso l'adozione del protocollo SPIKES (Baile, 2000) per la comunicazione di diagnosi critiche, o l'adozione di metodologie di medicina narrativa (Charon, 2001) nella cronicità – contribuisce a **ridurre il rischio di**

fraintendimenti, a preservare la dignità del paziente, a condividere il percorso di cura a migliorare l'adesione alla terapia e di conseguenza a ridurre i contenziosi legali.

Formazione e cultura relazionale negli ambienti sanitari

La trasformazione dei contesti di cura richiede un impegno formativo costante. Nei percorsi universitari e nei corsi di aggiornamento, è fondamentale integrare discipline che promuovano competenze relazionali ed empatiche (Cunico, 2012). Purtroppo, la **formazione** in questo ambito risulta spesso **frammentata** e **dipendente** dall'**approccio individuale** dei docenti, spingendo molti operatori ad apprendere *per osmosi*. Un curriculum che includa elementi di comunicazione empatica, role-playing e simulazioni pratiche può rafforzare la capacità dei professionisti di instaurare un dialogo autentico con i pazienti, contribuendo a superare l'inerzia di modelli paternalistici e burocratici. L'introduzione della medicina narrativa e dei progetti di Slow Medicine ETS (www.slowmedicine.it) come Buongiornoiosono, che promuove la cultura del dialogo del professionista sanitario fin dal primo approccio con il paziente o il cittadino che si rivolge ad una struttura di cura, possono essere quindi elementi fondamentali di questo curriculum formativo soprattutto per le nuove generazioni.

Gentilezza e prevenzione del burnout

Un ambiente di cura improntato alla gentilezza non riguarda esclusivamente la qualità dell'assistenza offerta, ma ha ripercussioni positive anche sul benessere degli operatori. La pressione costante, le lunghe ore di lavoro e le situazioni emotivamente difficili rappresentano fattori di rischio per il **burnout**.

Un approccio che valorizza il dialogo, il rispetto reciproco e la condivisione di momenti di riflessione – come testimoniano percorsi di psicoterapia e momenti di de-escalation emotiva – può contribuire a mitigare gli effetti dello stress e a preservare l'equilibrio psicologico del personale sanitario. In questo senso, la gentilezza diventa una leva per favorire una cultura del lavoro più sostenibile e meno orientata alla mera efficienza. Il tema viene affrontato e sviluppato con proposte di soluzioni alternative anche da Victor Montori nel testo: ***Why we revolt*** (Montori, 2020).

Why we revolt, Victor Montori, The patient revolution

Victor Montori, in *Why We Revolt*, propone una "*rivoluzione dei pazienti*" contro l'industrializzazione della medicina, per riportare al centro la cura *attenta e gentile*. Sostiene che il sistema sanitario moderno, dominato dall'efficienza e dal

profitto, disumanizza pazienti e medici, trasformandoli in ingranaggi di un processo produttivo. Montori invita a **ricostruire la relazione** medico-paziente su fiducia, ascolto e rispetto, **personalizzando** i percorsi di cura in base ai bisogni unici di ciascun individuo. La decisione condivisa diventa essenziale, così come la creazione di spazi accoglienti e tempi di cura adeguati. La tecnologia deve servire le persone, non sostituire l'incontro umano. Infine, il benessere del personale sanitario è fondamentale per evitare il burnout e sostenere una medicina compassionevole, guidata da valori etici piuttosto che da obiettivi economici.

Tecnologie e umanizzazione: un equilibrio difficile

L'avvento delle nuove tecnologie, come la telemedicina e l'intelligenza artificiale, ha aperto scenari innovativi nella pratica clinica. Tuttavia, se da un lato strumenti come i chatbot possono essere percepiti come gentili nella loro capacità di fornire informazioni in modo rapido e diretto (Aggarwal, 2023), dall'altro vi è il rischio che la crescente digitalizzazione contribuisca a una maggiore deresponsabilizzazione dei professionisti e ad una ulteriore omologazione di procedure e trattamenti indifferenziati.

L'equilibrio tra l'innovazione tecnologica e la necessità di mantenere un contatto umano autentico rappresenta una sfida cruciale: l'adozione delle tecnologie deve essere orientata a supportare, e non a sostituire, il valore intrinseco della relazione di cura.

Conclusioni

L'umanizzazione della cura si configura come una sfida multidimensionale, che richiede l'integrazione di principi di gentilezza, slow medicine e formazione empatica all'interno di sistemi sanitari sempre più complessi. Superare l'inerzia di modelli industriali significa restituire al percorso terapeutico la sua dimensione umana, valorizzando il dialogo, l'ascolto e il rispetto reciproco.

In un'epoca in cui le tecnologie e la logica dell'efficienza rischiano di allontanare l'attenzione dall'essenza della cura, un ritorno ai principi della sobrietà, della condivisione e della partecipazione diventa imprescindibile per garantire non solo migliori esiti terapeutici, ma anche il benessere globale di pazienti e operatori

Bibliografia

Villaggio, P. (1971).Fantozzi. Rizzoli: Milano

Bonaldi, A., & Vernero, S. (2015). Slow medicine: un nuovo paradigma in medicina. *Recenti progressi in medicina, 106 2, 85-91.* https://doi.org/10.1701/1790.19492

Surbone, A., & Lowenstein, J. (2003). Exploring Asymmetry in the Relationship between Patients and Physicians. *The Journal of Clinical Ethics, 14, 183 - 188*. https://doi.org/10.1086/JCE200314305

Fontanella L. (2011). *La comunicazione diseguale. Ricordi di ospedale e riflessioni linguistiche.* Il Pensiero Scientifico: Roma

Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners, 63 606, e76-84*. https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814

Ballatt, J., & Campling, P. (2011). *Intelligent kindness reforming the culture of healthcare (1ª ed.)*. RCPsych Publications

Fryburg, D. A. (2023). Kindness isn't just about being nice: The value proposition of kindness as viewed through the lens of incivility in the healthcare workplace. *Behavioral Sciences*, *13*(6), *457*. https://doi.org/10.3390/bs13060457

Berry, L.L., Danaher, T.S., Chapman, R.A., & Awdish, R.L.A. (2017). Role of kindness in cancer care. *Journal of Oncology Practice, 13(11), 744–750*. https://doi.org/10.1200/JOP.2017.026195

Espanoli, L., & Zedda, F. (2023). *La gentilezza nelle relazioni di cura*. ED Editrice Dapero: Castel S. Giovanni (Pc).

Fryburg, D.A. (2022). Kindness as a stress reduction–health promotion intervention: A review of the psychobiology of caring. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *16*(1), *89–100.* https://doi.org/10.1177/1559827620988268

Campling, P. (2015). Reforming the culture of healthcare: The case for intelligent kindness. *BJPsych Bulletin*, *39(1), 1-5.* https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047449

Bobbio, M., Chiarlo, M., Arcadi, P., & Kidd, E. (2024). Practising Less is More: An Exploration of What it Means to See "This Patient" Not a "Patient Like This". *Journal of bioethical inquiry*,

10.1007/s11673-024-10378-4. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s11673-024-10378-4

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The oncologist*, *5*(4), 302–311. https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302

Charon R. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, *286*(15), 1897–1902. https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897

Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. M. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of clinical nursing*, *21*(13-14), 2016–2025. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x

Montori, V. (2018). *Why we revolt 2nd edition*. Mayo Clinic Press: Rochester (MN)

Aggarwal, A., Tam, C. C., Wu, D., Li, X., & Qiao, S. (2023). Artificial Intelligence-Based Chatbots for Promoting Health Behavioral Changes: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, *25*, e40789. https://doi.org/10.2196/40789





La metodologia dei Gruppi Balint nell'umanizzazione delle cure e dell'assistenza

Dott. ***Pietro Mario Martellucci****, psicologo, psicoterapeuta, conduttore di Gruppi Balint Presidente Istituto Formazione Psicosomatica "Massimo Rosselli" – Firenze*

Premessa

Il modello biopsicosociale, mantiene il suo valore ermeneutico laddove si proponga una formazione psicosomatica dei medici di Medicina Generale, dei medici specialisti, degli psicologi clinici e per le altre figure professionali coinvolte nelle pratiche della cura e dell'assistenza. Definiamo queste molteplici professioni all'interno del costrutto di *curanti*. Si tratta di un modello adeguato a comprendere il paziente all'interno del suo **mondo della vita** (*lebenswelt*), ovvero nella sua dimensione umana. Ascolto attento, comprensione emotiva, rispetto, eticità nei comportamenti, divengono ingredienti essenziali di una relazione che possa diventare di per sé terapeutica.

Ma è la relazione stessa che sembra talvolta inabissarsi, per le criticità che hanno investito in particolare la figura del medico, per la complessità della domanda di cura che talvolta non viene accolta e compresa. L'insofferenza ed il cinismo, la stanchezza e l'esaurimento delle energie motivazionali del medico stesso, pervade allora la pratica professionale. Nasce una conflittualità e conseguentemente una perdita di fiducia e di stima per il medico; per il paziente la speranza di essere curato adeguatamente.

Sempre più i *curanti* si pongono domande altrimenti insolite nella loro enorme semplicità: di cosa avrei bisogno io se mi trovassi nella condizione umana di essere quel paziente; come vorrei essere

trattato; come vorrei essere aiutato a trovare la strada giusta per essere curato, che cosa mi rassicurerebbe rispetto a ciò che mi procura sofferenza, ansia, paura e angoscia per il futuro. Sull'esperienza del medico, scrive D. Ofri (2018):

"*Sento cose che il paziente non mi dice e dice cose che io non sento. Dico cose che l'altro non sente e sente cose che io non dico*".

Nella relazione del medico con il paziente, si creano dei conflitti per il diverso punto di vista, intorno alle decisioni cliniche, con sempre maggior frequenza.

La formazione psicosomatica

"*Che la malattia abbia il senso di condurre chi ne è colpito al significato della propria esistenza, sarà da intendere come ciò che la medicina naturalistica ha impedito completamente di riconoscere*" (Weizsacker, 1990)

Il valore della formazione psicosomatica nell'era tecnologica investe le pratiche professionali della medicina, delle istituzioni ospedaliere ed universitarie, dei servizi sanitari delle Aziende territoriali e dei differenti professionisti sanitari e sociali che entrano in relazione con il paziente, esercitando la loro arte e la loro scienza di assistenza e di cura. Curare le sofferenze attraverso la relazione, significa **ricercare il modo migliore per avvicinarsi al paziente**, attraverso l'attenzione, l'ascolto, l'empatia e la comprensione emotiva del vissuto di malattia. La prospettiva psicosomatica nella formazione, implica di andare oltre la formulazione di una diagnosi sintomatica, verso una più profonda conoscenza ed una comprensione del paziente, all'interno di una diagnosi globale ed esistenziale (Clyne, 1975; Rosselli, 2021; Martellucci, Rosselli, 2017; Polenzani, Martellucci, 2020).

La relazione con il paziente e la sua malattia pone questioni che investono l'intera area delle cure. Significa dover valutare come e quanto i fattori di natura psicologica, emotiva, affettiva, sociale, stiano intervenendo nelle pratiche professionali (Engels, 1977). Per fare questo è necessario "*entrare in un processo di cambiamento che coinvolga la dialettica psicosomatica intrapsichica personale del curante*" (Rosselli, 1984). Questa implica l'irrinunciabile presenza del paziente e del curante come persone, in un rapporto umano, pur asimmetrico, del quale si occupano reciprocamente, mettendo in gioco ognuno le proprie risorse.

I Gruppi Balint (GB)

"*Ogni azione formativa che voglia essere trasformativa deve avere necessariamente l'effetto di una rassicurazione che comunica direttamente con il mondo interno, essendo capace di*

estendere almeno in parte le possibilità personali" (Gallese, Morelli, 2024)

I GB costituiscono un metodo consolidato di **formazione del medico**, alla relazione con il paziente ed i suoi familiari, con gli scopi di comprendere in profondità la natura e le vicissitudini della relazione di cura, di assistenza e di aiuto. Una metodologia che ha accompagnato i decenni di cambiamenti di paradigma riferiti alle pratiche cliniche delle professioni sanitarie. L'attenzione attuale si è concentrata sulla complessità, che caratterizza l'esperienza della relazione e della comunicazione tra i *curanti*, i loro pazienti ed i contesti sanitari di riferimento (Balint, 2014; Luban-Plozza, Pozzi, 1986; Minervino, 2007; Parietti, Minervino, 1997), rendendo più reale possibile il legame con il proprio quotidiano professionale. Sostiene M. Heidegger (1927) che dobbiamo lavorare al fine di acquisire la consapevolezza di essere in relazione, che "*l'essere dell'esserci si rivela già come cura*" e che la relazione si nutre di empatia.

Eppure è sempre meno considerato il ruolo, lo spessore e la natura profondamente relazionale dei pazienti come soggetti, la possibilità di essere presi in carico come tali e di venire curati seriamente. All'interno di certe relazioni, avviene che si perdano pezzi interi del paziente, del suo corpo, della sua mente, del suo mondo della vita, sottraendo la dimensione umana dell'essere persona ai principi universali del curare; "*senza protezione siamo in balia di una corpo nudo, svuotato di senso e di linguaggio*" (Byung-Chul Han, 2021).

Un aspetto innovativo del contesto nel quale il GB si trova a essere attuato, dopo la pandemia da Covid, è quello di **svolgersi online**, anziché nella tradizionale presenza dei partecipanti disposti in circolo. Il gruppo, eterocentrato, continuativo, con un massimo di 12 partecipanti, per un tempo non inferiore alle 2 ore, con il conduttore di formazione psicodinamica (Parietti, Minervino, 1997), si costituisce in uno specifico spazio dove sia possibile incontrarsi con le proprie difficoltà e con le proprie risorse. Le regole del lavoro formativo sono suggerite dal conduttore.

Chi chiede di partecipare ad un GB conosce non necessariamente le proprie motivazioni più profonde. Alcuni partecipanti le scoprono man mano che il lavoro formativo procede, aderendo ai processi maieutici della narrazione. L'impatto della modalità online, quando è il contesto all'interno del quale il gruppo lavora, ha richiesto un certo adattamento dei processi della comunicazione che regolano la pratica formativa. Il partecipante si presenta nel suo ambiente, prestato provvisoriamente all'incontro. Entra nella rete delle relazioni con il gruppo e si trova immerso in una sorta di

multivocalità, generatrice di contenuti pertinenti all'esposizione ed elaborazione del caso. Il lavoro formativo si concentra sulla presentazione del *caso*, ovvero un'esperienza relazionale di cura o di assistenza che abbia posto di fronte a specifiche o complesse esigenze. Alcune richieste rivolte al medico hanno avuto la proprietà di **spiazzarlo**, di sorprenderlo, di lasciarlo senza certezze e senza parole. Situazioni che lo hanno messo in crisi, per non essere immediatamente comprensibili, come crediamo invece, erroneamente, che debba succedere e che valga per tutti i pazienti.

Il *caso* viene **ricostruito senza cartelle cliniche** o altri documenti che possano attestare l'oggettività dei dati riferiti. Il *curante* presenta infatti ciò che quella persona come paziente e come persona, ha suscitato in lui o in lei, all'interno dei processi della comunicazione, consapevolmente o inconsapevolmente instaurata. Un ruolo particolare l'assume la voce, nelle sue **componenti prosodiche** (Mancia, 2004) e le espressioni cenestesiche del volto. Possiamo riconoscere come il gruppo dei partecipanti cominci a costituirsi ed a vivere a partire da quel *caso* presentato. Si amplia lo spazio necessario per estendere le possibilità di osservare, ascoltare, comprendere l'orizzonte dei fattori coinvolti nella sofferenza, comprese le implicazioni emozionali che conducono ogni partecipante a richiamare alla memoria i *casi* simili che ha incontrato nella propria vita professionale e che si sono intrecciati nella propria vita personale. Subentra la necessità di interrogarsi su quanto viene riferito, sia sul versante del paziente sia sul versante del curante (Trenkel, 2003; Allaman, & al., 2013).

Il silenzio che nel gruppo viene a crearsi, favorisce fenomeni di *rêverie* (Ogden, 2003) ravvisabili in alcuni partecipanti del gruppo. Prevalentemente medici e psicologi, man mano che presentano il caso nella sua essenzialità, **espongono se stessi**, compiendo un primo passo, già di per sé formativo, nell'esserci senza paura e senza subire giudizi. Il lavoro del gruppo permette di osservare e di ascoltare, con una modalità profondamente **maieutica**, il livello profondo dei significati. Le emozioni ed i sentimenti che vivono di relazione, aprono le porte per loro natura ad una nuova consapevolezza personale e professionale (Yalom, Leszcz, 2005), offrendo un contributo importante al benessere e alla qualità della vita.

Conclusioni

La formazione psicosomatica sembra proporre il proprio paradigma come base filosofica di un **nuovo umanesimo** riferito al curare ed al prendersi cura; introducendosi sapientemente nella cultura delle professioni dei *curanti*, pur consapevoli dei tempi difficili che stiamo

attraversando. Unisco due testimonianze che provengono da medici durante un percorso avanzato di GB, che possano aiutarci a comprendere quanto accade.

In una di queste si dichiara:

"*Mentre vi ascolto scopro che quello che mi sta accadendo adesso … è come se sentissi che c'è bisogno di un maggiore impegno a guardare la persona che ho davanti ed è una grandissima soddisfazione, ed anche se non va benissimo, ma va meglio sicuramente, è una lezione che posso apprendere e la professione diventa un canale di crescita personale. Siamo tecnici professionisti, ma anche persone*".

La formazione psicosomatica si coltiva laddove, in un contesto appropriato, i terapeuti ed i loro pazienti si parlano e si ascoltano alla ricerca di una comune risonanza, all'interno della propria *weltaschauung*. Come individui si muovono alla ricerca dell'estensione delle proprie capacità e possibilità di placare il bisogno di rassicurazione e di fiducia in se stessi. Crediamo che l'identità di chi cura, quella di *sentirsi curanti*, si venga a determinare nella relazione con i propri pazienti. In una seconda testimonianza si dichiara:

"*Ho un sogno: vorrei che con questo gruppo costituissimo un poliambulatorio e rimanere a lavorare insieme per i prossimi anni; una stanza per il "professore" e continuare a parlare insieme dei nostri pazienti!"*

Bibliografia

Allamani A., & Martellucci P.M., Rosselli M., Santini M. G., Sarti M. G., Suman A. (2013). *I Gruppi Balint. Paziente, professionista, malattia*. ETS: Pisa

Balint, M. (2014). *Medico, paziente e malattia*. Trad. it. di C. Ranchetti. Fioriti: Roma

Han, B. H. (2021). *La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite*. Traduzione italiana di S. Aglan-Buttazzi. Einaudi: Torino

Clyne, M.B. (1975). *La diagnosi.* In: Balint, E., & Norell, J.S. (1975). (Eds.) *Sei minuti per il paziente. Interazioni nella pratica medica generica*. Traduzione italiana di A. Novelletto. Guaraldi: Rimini-Firenze

Gallese, V., & Morelli, U. (2024). *Cosa significa essere umani? Corpo, cervello e relazione per vivere nel presente*. Raffaello Cortina: Milano

Luban-Plozza, B., & Pozzi, U. (1986) *I gruppi Balint. Un metodo di formazione alla relazione*. Piccin, Padova

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, *196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Mancia, M. (2004). *Memoria implicita e inconscio non rimosso. Il loro ruolo nella creatività, nel transfert e nel sogno*. In: Mancia, M. (Eds). *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*, 50-68. Bollati Boringhieri: Torino

Heidegger, M. (1927). *Essere e Tempo*. Trad. it. di P. Chiodi. Longanesi: Milano

Martellucci, P.M., & Rosselli, M. (2017). *La medicina della persona*. In Crocellà, M. (2017). *Salute e Territorio, 212, 31-34*

Ofri, D. (2018). *Cosa dice il malato, cosa sente il medico*. Trad. It. di L. Melosi. Il Pensiero Scientifico: Roma

Ogden, T.H. (2003). *Conversazioni al confine del sogno*, Trad. It. di I. Perrotti. Astrolabio: Roma

Minervino, A. (2007). Intervista ad L. Ancona. In Di Prima, C., Erba, S. (2007). *Il Ruolo Terapeutico, 104, 7-24*. Feltrinelli: Roma

Parietti, P., & Minervino, A. (1997). I Gruppi Balint. In Antonelli F., Biondi M. (Eds.) (1997). Consensus Statement. In *Medicina psicosomatica e Formazione psicologica del medico*. Pozzi: Roma

Polenzani, L., & Martellucci, P.M. (2020). Prendersi cura dei curanti in tempo di coronavirus. *Il Cesalpino, Monografia, Pandemia e Covid 19, 51, 17-20*

Rosselli, M. (2021). *I nuovi paradigmi della psicologia. Il cammino della psicosintesi, Storia, attualità, sviluppi*. L'uomo: Firenze

Rosselli, M., & Alamanni, A. (Eds.) (1984). *La formazione Psicosomatica*. Cattedra di Igiene Mentale: Messina

Sapir, M. (1975). *La formazione psicologica del medico. Da Balint ad oggi*. Trad. It. di Bianchi, M. Etas Libri: Milano

Trenkel, A. (2003). "L'Esprit Balint" dans le changement de decor. *Prospettive di Psicologia, 1, 48-52*

Weizsäcker, V. von. (1990). *Filosofia della medicina*. Trad. It. di L. Bottani e G. Massazza. Guerini e Associati: Milano

Yalom, I.D., Leszcz, M. (2005). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Trad. It. di R. Carrera, A. Ravazzolo. Bollati Boringhieri: Torino

