Bollettino Notiziario

anno LII - N° 8 agosto 2021

Pubblicazione mensile - Poste Italiane Spa - spedizione in abbonamento postale 70% - CN BO

IN QUESTO NUMERO

- **Lettera aperta al Presidente dell'Enpam,** Walter Palumbo, p. 5
- **No-vax, no-greenpass: "libertarismo indeterminista",** Francesco Domenico Capizzi, p. 11
- **L'uso dell'intestino in urologia,** Giuseppe Martorana, p. 13
- **I modelli fisici e matematici della coscienza,** Alessandro Mazzocchi, p. 16
- **Comportamento suicidario e malattia mentale, le possibili modalità di intervento del medico psichiatra**, Luca Cimino, p. 26

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
Direzione e amministrazione: via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna - Tel. 051.399745
ISSN 2281-4744 (*edizione a stampa*) - ISSN 2281-4825 (*edizione digitale*)

VILLA RANUZZI

via Casteldebole, 12
40132 Bologna
tel 051 613 76 11
fax 051 613 76 19
info@villaranuzzi.it
www.villaranuzzi.it

VILLA SERENA

Via Toscana, 219
40141 Bologna
tel 051 47 70 01
tel 051 48 11 94
info@villaserena-bo.it
www.villaserena-bo.it

Villa Ranuzzi e Villa Serena accolgono anziani non più autosufficienti mettendo a disposizione posti privati di Casa Protetta/RSA. Assistenza personalizzata con un servizio di animazione qualificato, fisioterapia in palestre attrezzate, presenza medica anche di notte e nei festivi. Tariffe differenziate. No lista d'attesa.

CONSORZIATE E ASSOCIATE CON

CERTIFICATE

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

COLIBRÌ
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

Anaste
ASSOCIAZIONE NAZIONALE STRUTTURE TERZA ETÀ

E.C.H.O.

Seguici su facebook

Bollettino Notiziario

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

DIRETTORE RESPONSABILE
Dott. Vittorio Lodi

CAPO REDATORE
Dott. Paolo Cernuschi

REDAZIONE
Abbati Dott. Pietro
Catellani Dott. Stefano
Cupardo Dott. Marco
Dugato Dott. Andrea
Fini Dott. Oscar
Gentili Dott. Andrea
Giordani Dott. Stefano
Lumia Dott. Salvatore
Manneschi Dott. Valdimaro
Pileri Prof. Stefano
Tonini Dott.ssa Valeria

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Pubblicazione mensile
Poste Italiane Spa - Spedizione in abbonamento postale 70% – CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa: Renografica - Bologna

Il Bollettino di LUGLIO 2021 è stato consegnato in posta il giorno 4/10/2021

Direzione, redazione e amministrazione:
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna
Tel. 051 399745
www.odmbologna.it

SOMMARIO

ANNO LII - AGOSTO 2021 N° 8

ARTICOLI

Pandemia e solitudine • 3
Giornata del Medico e dell'Odontoiatra • 4
Lettera aperta al Presidente dell'Enpam • 5
Il progetto "Lo Psicologo di Base" a Bologna: una collaborazione tra MMG e psicologo • 7
No-vax, no-greenpass: "libertarismo indeterminista" • 11
L'uso dell'intestino in urologia • 13
I modelli fisici e matematici della coscienza • 16
Associazione "Annarosa Andreoli" • 24
Comportamento suicidario e malattia mentale, le possibili modalità di intervento del medico psichiatra • 26

NOTIZIE • 31

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI • 31
MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ • 31

PICCOLI ANNUNCI • 32

In copertina:

Il Consulto, *Gerritsz van Brkelenkam* (1620-1668), Museo del Louvre Parigi.

Si comunica agli iscritti che sono disponibili le nuove credenziali per l'accesso all'area riservata EBSCO. Per richiederle inviare una mail alla Segreteria dell'Ordine segreteria@odmbologna.it

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Presidente
Dott. BAGNOLI LUIGI

Vice Presidente
Dott. PIZZA GIANCARLO

Segretario
Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Tesoriere
Dott. LODI VITTORIO

Consiglieri Medici
Dott. BONVICINI ANDREA
Dott. CUPARDO MARCO
Dott.ssa ESQUILINI ANNA
Prof. LIGUORI ROCCO
Dott. LUMIA SALVATORE
Dott. MASOTTI MASSIMO
Dott.ssa PIRAZZOLI ALESSANDRA
Prof. PRATI CARLO
Dott.ssa SCHLICH GIULIANA
Prof. TREVISANI FRANCO
Prof. ZAFFAGNINI STEFANO

Consiglieri Odontoiatri
Dott. BONDI CORRADO
Dott. RUBINI GIOVANNI

Commissione Albo Medici
Presidente: Dott. LUMIA SALVATORE
Vice Presidente: Dott. CUPARDO MARCO
Segretario: Dott.ssa ARCIERI MARGHERITA

Commissione Albo Odontoiatri
Presidente: Dott. CORRADO BONDI
Vice Presidente: Dott. RUBINI GIOVANNI
Segretario: Dott. AVANZINI GIAMPAOLO
Componenti: Dott. CICOGNANI SIMONCINI FRANCESCO
Dott. MEDI MASSIMILIANO

Collegio dei Revisori dei Conti
Presidente: Dott.ssa ELISA FABBRI
Componenti: Dott. ABBATE GUIDO GIUSEPPE
Dott. GIORDANI STEFANO
Supplente: Dott. ZATI ALESSANDRO

Pandemia e solitudine

Vittorio Lodi

A pandemia "addomesticata" si potranno meglio identificare e valutare i danni che questa ha causato su tanti piani del nostro vivere.
Indubbiamente la paura dell'altro, del vicino, visto come possibile untore sarà una paura difficile da scacciare. Basterà un innocuo colpo di tosse o un minimo starnuto per riaccendere questa paura e, quindi, per cercare di isolarsi dall'altro.
Isolamento e solitudine sono due fenomeni distinti, che possono essere strettamente correlati o, invece, rimanere del tutto indipendenti.
L'isolamento deriva da una condizione di mancanza oggettiva di contatti sociali, la solitudine è la sensazione soggettiva, anche del tutto indipendente dall'oggettività, di essere soli. Alcune persone possono essere fisicamente sole (isolamento), ma non sentirsi da soli, abbandonati dagli altri (solitudine). Al contrario c'è chi pur vivendo in mezzo ad altre persone si sente comunque solo, abbandonato.
La solitudine, anche "per chi sta in mezzo agli altri" può divenire una condizione cronica e invalidante, spesso associata a disturbi d'ansia e dell'umore.
Così, nella depressione i sintomi della solitudine possono causare un progressivo ritiro sociale fino ad un vero e proprio isolamento dagli altri, determinando una sorta di circolo vizioso, che si autoalimenta.
Isolamento e solitudine rappresentano fattori di rischio per la salute e per la mortalità alla pari dell'obesità, del fumo e della scarsa attività motoria (Holt-Lunstad, J., et al. Advancing social connection as a public health priority in the United States. American Psychologist. 2017;72(6), 517–530).
La solitudine, poi, costituisce uno specifico fattore di rischio per lo sviluppo di quadri patologici quali: depressione, ansia e fobie, disturbi del sonno, comportamenti di abuso (fumo, alcol, sostanze), ideazione e comportamenti suicidari.
Nel corso del XXII congresso nazionale della Società Italiana di NeuroPsicoFarmacologia, sono stati presentati dati che evidenziano come la mancanza di socialità, di contatto interumano, connessi al distanziamento fisico e alle quarantene imposte per il contenimento del contagio da SARS-Cov-2 possa avere effetti diretti sul funzionamento del cervello, e conseguenze negative sul benessere mentale. In un gruppo di volontari rimasti a digiuno per dieci ore o deprivati di qualunque contatto umano, reale o virtuale, per altrettanto tempo si è potuto evidenziare con la risonanza magnetica nucleare funzionale come in entrambi i casi si attivi la substantia nigra, area cerebrale coinvolta nel desiderio di cibo e anche di socialità. È stato riportato come in circa 600 mila dei 3 milioni di persone con depressione l'isolamento potrebbe essere il motivo scatenante o aggravante di una vera e propria condizione di disagio mentale.
Non è certo la prima volta nella storia che l'uomo si trova a fronteggiare una pandemia. Per citarne solo alcune: la Peste di Atene nel 400 a.C. (con forse 100.000 persone morte), la Peste nera del 1300 (con una stima di 50 milioni di morti), l'influenza spagnola del 1918-1919 (con una stima di morti di 50 milioni di persone), l'Influenza Asiatica del 1957-58 (con 1 milione di morti stimate), ancora l'Influenza di Hong Kong del 1968-1970 (con 1 milione di morti).
Ma l'attuale pandemia ci ha posto difronte ad una sorta di esperimento sociale anomalo e inedito, costituito dalla sospensione del tempo, della mobilità e dei contatti umani e sociali esterni alla propria abitazione. Tutti siamo stati colti da una sensazione di grande stupore e incredulità davanti al silenzio delle strade vuote. Sensazione che i media ci hanno trasmesso con ridondanza e in modo quasi ossessivo.
Alcuni studi condotti prima della pandemia riportavano che i pazienti oncologici, in una percentuale compresa fra il 32% e il 47%, si sentivano soli. Un sondaggio, effettuato a maggio 2020, evidenzia come per il 53% dei pazienti con diagnosi di cancro è stato possibile definire una condizione di sofferenza da solitudine (Christine Miaskowski et al. Loneliness and symptom burden in oncology patients during the COVID-19 pandemic. Cancer 2021; 127, 17:3246-3253).
Il Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio, Dipartimento di Salute Mentale della Asl Roma 1, ha condotto un'indagine mediante la somministrazione di un questionario ad oltre 400 persone nel corso delle ultime due settimane della Fase 1, quando la popolazione era sottoposta alle misure restrittive da oltre un mese. Le persone che hanno risposto volontariamente sono state in prevalenza donne (74%), con una età media di 41 anni e un titolo di studio superiore al diploma nel 66% dei casi, e il 95% degli intervistati aveva un'occupazione, e nella maggior parte dei casi il nucleo abitativo era formato da 2 o più persone. La maggior parte degli intervistati non ha subito conseguenze sul piano delle condizioni lavorative e di guadagno, ma ha lamentato come principali fattori stressanti la mancanza di relazione sociale con i propri parenti e conoscenti, lo stravolgimento delle attività quotidiane e un discomfort generato dalla situazione di isolamento obbligato. Il 99% delle persone ha manifestato condizioni di stress per l'isolamento.
Quando il SARS-CoV-2 sarà finalmente domato il medico sarà chiamato ad affrontare le conseguenze dell'isolamento e della paura e a curare la solitudine e per questa, sfortunatamente, non vi saranno vaccini.

Giornata del Medico e dell'Odontoiatra

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna in onore dei colleghi che hanno compiuto, nel 2021, il cinquantesimo di laurea, ha organizzato una cerimonia il

28 novembre 2021 alle ore 10.00
presso il SAVOIA HOTEL REGENCY,
Via del Pilastro, 2 - Bologna.

I Medici che hanno compiuto nel 2020 il 50° anno di Laurea verranno insigniti della

Medaglia d'Oro di Benemerenza.

I Colleghi che per oltre mezzo secolo hanno onorato la professione nei vari campi dell'attività medico-chirurgica sono:

1. ACCOLTI DOTT. ANDREA
2. ACCORSI DOTT.SSA ALMA
3. AMBROSETTO PROF. PAOLO
4. ANDREOLI DOTT. ALVARO
5. BACCARANI DOTT.SSA GIOVANNA
6. BALBONI DOTT. ALBERTO
7. BALDI DOTT. FABIO
8. BANDINI DOTT.SSA LORIANA
9. BARTOLUCCI DOTT.SSA MARA
10. BARUZZI PROF. AGOSTINO
11. BATTISTON DOTT. EDGARDO
12. BEDOSTI DOTT. MARCELLO
13. BERARDI DOTT.ROBERTO
14. BERTONCELLI DOTT. ROBERTO
15. BOARON DOTT. MAURIZIO
16. BONAZZI DOTT. ANTONIO
17. BONAZZI DOTT. PAOLO
18. BOSCHI DOTT.SSA MAURIZIA
19. BRACCIANI DOTT. MAURIZIO
20. BRIGHETTI DOTT. GAETANO
21. BUSACCHI PROF. PAOLO
22. CACCIARI PROF. ALFREDO
23. CACCIARI PROF. PAOLO
24. CALETTI PROF. GIANCARLO
25. CASOLINO DOTT. DELFO
26. CAVAZZINI DOTT.SSA MARIA GABRIELLA
27. CECCHI DOTT.SSA MARINA ANTONIETTA
28. CELSI DOTT. MARIO
29. CERBAI DOTT. ROBERTO
30. CHELI DOTT. PIETRO
31. CHIMIENTI DOTT. MICHELE
32. CICOGNANI PROF. ALBERTO
33. CIRIGNOTTA PROF. FABIO
34. COCCHI DOTT. MASSIMO
35. CONTE DOTT. ROBERTO
36. COSTA DOTT. FRANCESCO VITTORIO
37. CREMONINI DOTT. GIULIANO
38. DE PAOLIS DOTT. GUIDO
39. DE PATRE DOTT. POMPEO
40. DE SANTIS DOTT. PASQUALE MARIA
41. DELL'ERBA DOTT.SSA GRAZIA
42. DI CESARE DOTT. FRANCO
43. DI GIANDOMENICO DOTT. GAETANO
44. DIEGOLI DOTT. ALESSANDRO
45. DONINI DOTT. UGO
46. EMILIANI DOTT.SSA FRANCESCA
47. FARELLA DOTT. SAVERIO
48. FINI DOTT. MASSIMO
49. FORTI DOTT. ALBERTO
50. FURLO' DOTT. GIANCARLO
51. GAGLIANI DOTT.SSA GIULIANA
52. GALAVERNI DOTT. GIORGIO
53. GARAGNANI DOTT.SSA BRUNA
54. GARUTTI PROF.SSA CARLA
55. GELATI DOTT. GIANFRANCO
56. GERVASIO DOTT. MASSIMO
57. GIACOMINI DOTT.SSA CARMEN
58. GIANNINI PROF. SANDRO
59. GIARDINA DOTT. ANTONINO
60. GIOVANNINI PROF. ALFONSO
61. GNUDI DOTT. SAVERIO
62. GRASSIGLI DOTT. ALBERTO
63. GRAZIANO DOTT. ENRICO
64. INNAO DOTT. VINCENZO
65. IPPOLITO DOTT. FRANCO ANTONIO
66. LAGHI DOTT.SSA ANGELA
67. LAMACCHIA DOTT. FRANCESCO
68. LAMBERTINI DOTT. FRANCO
69. LAMMA DOTT. ANTONIO
70. LIPPARINI DOTT. MARIO
71. LOSINNO DOTT. FRANCESCO
72. MAGELLI DOTT. LEOPOLDO
73. MAGGI DOTT. GIOVANNI
74. MALINI PROF. PIERLUIGI
75. MARCHESINI REGGIANI DOTT. SSA CARLA
76. MARTONI DOTT. ANDREA
77. MASETTI CALZOLARI DOTT. ENRICO
78. MAURIZIO DOTT. GIORGIO
79. MAZZOLI DOTT. MASSIMO
80. MIGNANI PROF. STEFANO
81. MONDUZZI DOTT. GIANNI
82. MONTANARI DOTT. GIORGIO
83. MORRONE DOTT. BERNARDINO
84. MUSIANI DOTT. WILLIAM
85. NANNETTI DOTT.SSA ANNA
86. NATALI DOTT.SSA ANNA
87. NERI DOTT. FRANCO
88. PARLATO DOTT.SSA GIUSEPPINA
89. PERNICONE DOTT.SSA CLEMENTINA
90. PEZZOLI DOTT. ANDREA
91. PEZZOLI DOTT. ANTONIO
92. POGGIOPOLLINI PROF. GUIDO
93. PRINCIPE PROF. ALFONSO
94. RANUZZI DE' BIANCHI DOTT. VINCENZO
95. RONDINELLA DOTT. RENATO
96. SALPIETRO DOTT. VINCENZO
97. SCHIAVINA DOTT. MARIO
98. SCHIRATO DOTT. ROBERTO
99. SCOLARI PROF.SSA MARIA
100. SETTA DOTT.SSA MARIA CARLA
101. STALTERI DOTT. ANDREA
102. STELLA DOTT. STELIO
103. STROCCHI PROF.SSA PAOLA
104. TAFFACHE' DOTT. MOUSTAFA'
105. TARANTINI DOTT. PAOLO
106. TINTI DOTT.SSA STEFANIA
107. TOMASSETTI PROF.SSA PAOLA
108. TOMBA DOTT. ROBERTO
109. TOSTO DOTT. LUIGI
110. TRENTINI DOTT. MAURIZIO
111. TRUZZI DOTT. CORRADO
112. VIGNOLI DOTT. GIANCARLO
113. VIGNONI DOTT. ALESSANDRO
114. VILLA DOTT. CARLO
115. ZAMBONI GRUPPIONI PROF. GIOVANNI
116. ZIGIOTTI DOTT. GIAN LUIGI
117. ZUCCALA' DOTT. ALESSANDRO

I neo iscritti pronunceranno l'Impegno Professionale alla fine della Cerimonia.

Lettera aperta al Presidente dell'Enpam

Riceviamo questa lettera in merito ad alcune note vicende che hanno interessato l'ENPAM, con l'intento di aprire un dibattito che possa fornire ulteriori elementi per portare ulteriore chiarezza su un argomento che interessa tanti Colleghi

Al Presidente dell'ENPAM,
Dottor Alberto OLIVETI
e p.c. Ai Presidenti degli Ordini dei Medici d'Italia
Agli iscritti ENPAM

Egregio Presidente Oliveti,
abbiamo letto l'editoriale a Sua firma pubblicato ultimamente su **il giornale della Previdenza** n. 4/2021 dal titolo "**La coerenza di un percorso**", e ci siamo sentiti nel dovere di fare alcune considerazioni ed alcuni commenti che saranno oggetto di alcune domande che, in coda a questa lettera, Le rivolgeremo e sulle quali, non dubitiamo, Lei sarà cosi gentile da fornirci lumi e delucidazioni.

Intanto i fatti accaduti:
1. L'ENPAM acquista, fra il 2005 e il 2008 titoli obbligazionari, rivelatisi successivamente ad elevato rischio, su indicazione di un esperto titolato che è anche membro del CdA dell'Ente (**Parodi Presidente, Oliveti componente del Comitato Esecutivo**).
2. Su questi investimenti non ci sono stati da parte del Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM valutazioni di rischio finanziario fino al maggio 2010 quando, anche su sollecitazione di alcuni Presidenti di Ordine, il Consiglio di Amministrazione dà mandato alla SRI Capital Adviser LdT con sede a Londra di valutare gli investimenti mobiliari dell'Ente e valutarne eventuali profili di rischio (**Parodi Presidente, Oliveti componente del Comitato Esecutivo**).
3. A dicembre 2010 l'ENPAM riceve ufficialmente il rapporto da parte di SRI Capital Adviser LdT che mette in luce le criticità e le anomalie rilevate dell'investimento oltre ad evidenziare la scarsa collaborazione da parte della struttura dell'ENTE (**Parodi Presidente, Oliveti Vice Presidente**).
4. Di tale rapporto non viene data alcuna comunicazione formale al Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM, nonostante esso lo avesse commissionato, ignorando le richieste in tal senso dei colleghi Giansalvo Sciacchitano e Bruno Di Lascio (**Parodi Presidente, Oliveti Vice Presidente).**
5. In data 25 maggio 2011, dopo aver preso visione del rapporto SRI, i dottori Sciacchitano (membro del CdA), Righetti, Pizza, Mazzeo-Cicchetti, Di Lascio e Cirino (membri del Consiglio Nazionale e Presidenti di Ordine) inviano un esposto alla Procura della Repubblica, alla Corte dei Conti, alla Commissione Parlamentare di Controllo sugli Enti previdenziali nel quale denunciano i fatti e le omissioni dell'Ente rispetto alla vicenda (**Parodi Presidente, Oliveti Vice Presidente**).
6. Nel 2014 viene richiesto il rinvio a giudizio di Dallocchio e di Zongoli per i reati contestati (truffa e illecito amministrativo) e la vicenda giudiziaria penale si conclude con la sentenza n° 15312 del 18.11.2018, con la quale il Tribunale di Roma viene dichiarato **"il non doversi procedere per prescrizione"** e nella quale il Giudice penale ha affermato come **"l'ampio compendio probatorio acquisito in dibattimento"** non consentiva di ritenere sussistenti i presupposti per un proscioglimento **"nel merito degli imputati Dallocchio e Zongoli"** e che **"non può in particolare escludersi la sussistenza dei reati di truffa addebitati ai convenuti."**
7. Solo nel 2014 l'ENPAM si costituisce parte civile nel procedimento (**Oliveti Presidente**).
8. In data 12 maggio 2021 viene emesso il provvedimento amministrativo della Corte dei Conti nei confronti di Dallocchio e Zongoli per il risarcimento nei confronti dell'Ente nel quale si afferma, tra l'altro, che **"circa il danno addebitabile ai convenuti, il Collegio ritiene che una percentuale, corrispondente al 40% dello stesso sia stato causato dal concorso di altri soggetti ...(omissis).. una percentuale del 10% dello stesso è da imputare ai componenti degli organi tecnici (Comitato investimenti) che avrebbero potuto chiedere maggiori informazioni sui titoli in que-**

stione, ed agli organi di controllo interno ... (omissis)... accolta parzialmente la domanda, con condanna dei convenuti in solido al 60% del danno richiesto in citazione, ammontante a complessivi euro 39.479.541,60 contestato ai convenuti".

Adesso su quanto detto le nostre considerazioni:

1. Lei Presidente dichiara nel suo editoriale di aver impartito, con la sua Presidenza, un cambio di rotta nella gestione dell'Ente: questa è una cosa del tutto normale che qualunque Presidente avrebbe fatto essendo questo un Suo dovere e non dovrebbe essere portata a titolo di merito né dovrebbe essere neppure comunicato dato che i medici sanno osservare. Apparrebbe cioè una excusatio non petita.

2. Non entriamo sulle questioni del bilancio attuale dell'ENPAM, risanato o meno: questione che compete ad altri visto che noi diamo per acquisito che tutto sia regolare, fino a prova contraria. Qui si discute il comportamento di allora, non quello di oggi.

3. Ci siamo permessi di far notare, fra parentesi nella elencazione fatta, le cariche istituzionali dell'Ente al momento dei fatti, solo per inquadrare storicamente lo stato istituzionale dell'ENPAM.

4. Abbiamo tralasciato di evidenziare il perché delle mancate collaborazioni nei confronti dell'attività di controllo di SRI nel corso della sua indagine che i colleghi G. Sciacchitano, G.M. Righetti, G. Pizza, E. Mazzeo-Cicchetti, B. Di Lascio, E. Cirino elencano nel loro esposto, **non senza sottolineare** che rispetto ad essi non è stata formalizzata alcuna querela per contestarne la veridicità.

5. Abbiamo infine voluto sottolineare le considerazioni della Corte dei Conti per evidenziare la molteplicità delle cause del danno, non tutte **direttamente** riconducibili ai condannati al risarcimento.

Questi sono i fatti salienti di questa vicenda intricata e dolorosa per l'ENPAM e ancor più dolorosa per i medici, che subiscono un danno materiale certo per le loro pensioni se il risarcimento non venisse compiuto cosa di cui dubitiamo alquanto.

Ed adesso Le rivolgiamo cinque semplici domande sulla vicenda attendendoci una Sua risposta:

1. Perché la Presidenza dell'ENPAM non ha verificato tempestivamente l'operato di Mangusta Risk (advisor dell'ENPAM a quel tempo) sulla mancata valutazione dei rischi correlati all'investimento di cui si tratta in questa vicenda, soprattutto dopo la ricezione del rapporto di SRI?

2. Come giustifica il riconoscimento della commissione di oltre il 9%, ben oltre i livelli di commissione di mercato dell'epoca e attuali, sull'acquisto dei titoli obbligazionari riconosciuta agli advisor?

3. Perché Lei non si è pubblicamente fatto parte attiva per portare a conoscenza del Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM il contenuto del rapporto di SRI Capital Adviser LdT sull'investimento in oggetto ricevuto a dicembre 2010?

4. Perché la Presidenza dell'ENPAM, venuta a conoscenza nel dicembre 2010 del rapporto di SRI Capital Adviser LdT non ha denunciato i fatti all'Autorità giudiziaria ma ha atteso che, sulla base dello stesso rapporto, la denuncia fosse fatta dai colleghi Sciacchitano, Righetti, Pizza, Mazzeo-Cicchetti, Di Lascio, Cirino.

5. Perché l'ENPAM si è costituito Parte Civile solo dopo il rinvio a giudizio degli imputati da parte dei magistrati, cioè dopo ben 3 anni?

Vede Presidente, noi non vogliamo innescare polemiche di sorta.

La verità, però, è che se i Colleghi denuncianti non avessero avuto il coraggio e la giusta determinazione di denunciare le irregolarità, oggi accertate dalla Corte dei Conti, e di tutelare l'ENPAM oggi quel possibile risarcimento a cui Lei fa riferimento non ci sarebbe. l merito dunque di questa vittoria non è Suo ma di questi medici coraggiosi ai quali noi di AMIRE facciamo i nostri complimenti. Noi vogliamo solo che l'ENPAM possa essere la nostra casa trasparente che si preoccupi **in primis** di dare pensioni dignitose a tutti i medici italiani. Noi siamo quelli che pensano che un solo mandato di governo dell'ENPAM, che dura 5 anni, sia insufficiente, ma che due mandati bastino e avanzino. Noi siamo quelli che pensano che coloro che si candidano ad aiutare i medici, attraverso l'ENPAM, ad avere garantite le proprie pensioni non debbano, per questo compito, prendere stipendi stratosferici.

Noi siamo innamorati della verità e della giustizia. Attendiamo fiduciosi le Sue risposte.

Chieti 2 ottobre 2021

Il Presidente di AMIRE Dr. Walter Palumbo

Il progetto "Lo Psicologo di Base" a Bologna: una collaborazione tra MMG e psicologo

Centro Studi e Ricerche in Terapia Psicosomatica APS

Il progetto "Lo Psicologo di Base" è stato pensato e realizzato dal **Centro Studi e Ricerche in Terapia Psicosomatica APS**, un'Associazione nata nel 2001 e composta da professionisti riunitisi intorno al comune interesse per la **salute psicosomatica**.

All'interno di questa realtà, l'incontro tra le diverse figure professionali, quali psicologi, psicoterapeuti e medici, sia di medicina generale che specialisti, ha permesso la condivisione di idee e riflessioni sulle connessioni tra l'aspetto somatico, emotivo e cognitivo delle malattie e dei disturbi psichici e somatici attraverso incontri formativi e discussioni di casi clinici e soprattutto attraverso la discussione in Gruppi Balint per Medici di Medicina Generale (MMG).

Ciò che ha portato alla nascita del progetto è stata la condivisione di alcuni casi clinici che i medici di base hanno presentato in Associazione. Pioneristici in tal senso sono stati alcuni MMG che si sono fatti portavoce presso i propri colleghi dell'importanza della figura dello psicologo nella medicina generale: la compianta Dott.ssa Maria Adele Sorrentino, MMG e consigliera, il Dott. Antonino Rappocciolo, MMG ed ex Vicepresidente dell'Associazione e il Dott. Gabriele Pellecchia, Presidente dell'Associazione fino ai primi mesi dell'anno corrente, e la Dott.ssa Sara Montanari, MMG. Da qui è emersa la necessità di riflettere insieme sulla richiesta di aiuto presentata dai pazienti di Cure Primarie, al di là dei loro sintomi: tale richiesta, infatti, è molto spesso inconciliabile con i tempi di lavoro del medico e, quando la sofferenza dei pazienti non trova riscontro in esami di indagine medica, risulta importante una lettura psicologica. **Lo Psicologo di Base** si inserisce proprio in questo scenario, con l'idea di offrire ai pazienti uno spazio in cui poter essere conosciuti, ascoltati e capiti da una figura professionale preposta a tale scopo e che collabori con il referente primario della salute generale del cittadino, il **Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta.**

L'idea è stata quella di attivare un'esperienza di sportello d'ascolto all'interno del sistema delle Cure Primarie, per rispondere ai bisogni delle persone sia dal punto di vista medico sia psicologico. L'obiettivo più generale è una presa in carico globale della persona, volta alla prevenzione e non solo alla cura.

Così nel 2015, nell'ambulatorio di via Parigi 15, è stato attivato il primo servizio dello Psicologo di Base. Nel 2016, il progetto ha ricevuto il prezioso contributo della **Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna** che ha permesso l'attivazione di altri sportelli nel territorio cittadino. Con il passare del tempo, grazie al supporto della Fondazione, al lavoro dei Soci e alla fondamentale partecipazione dei medici di medicina generale che hanno creduto nel progetto, il numero degli sportelli di psicologia di base è cresciuto. Questa è diventata l'occasione di mettere in pratica una condivisione, che era solo teorica, iniziando una collaborazione in cui lo psicologo avesse uno spazio all'interno dell'ambulatorio di medicina generale di gruppo.

A livello operativo, il progetto è volto alla **prevenzione primaria,** quindi focalizzato su interventi che riducono a monte i fattori di rischio legati ad una possibile psicopatologia. Tale tipologia di prevenzione consiste in una prima fase di consulenza psicologica, uno spazio di confronto tra lo psicologo ed il medico e due colloqui di follow up (monitoraggio) a distanza di un mese e tre mesi dalla consulenza per il monitoraggio della situazione clinica.

La consulenza psicologica prevede la possibilità per i cittadini di usufruire di colloqui gratuiti, svolti da professionisti psicologi che garantiscono la propria presenza per 2 ore a settimana in ciascuno degli sportelli. Le consulenze psicologiche possono essere rivolte agli adulti oppure ai

minori e alle loro famiglie: nel primo caso, il numero dei colloqui è pari a tre, mentre nel secondo caso i colloqui sono cinque, così da permettere una lettura del bisogno il più possibile completa, che coinvolga genitori e figli.

Al termine dei colloqui, vi è lo scambio tra psicologo e medico, che nel rispetto della privacy dei pazienti, si confrontano su aspetti utili ad una presa in carico il più possibile completa.
Nell'ultimo periodo, sono stati introdotti due ulteriori colloqui a distanza di tempo dalla prima consulenza, rispettivamente ad un mese e a tre mesi. L'obiettivo è quello di offrire un maggior sostegno agli utenti che si rivolgono allo Psicologo di Base, soprattutto in questo momento di emergenza sanitaria e, contemporaneamente, di osservare eventuali miglioramenti delle problematiche portate durante la prima fase di consulenza oppure poter monitorare le situazioni più compromesse.
In alcuni casi, successivamente ai colloqui di consulenza psicologica e di follow up (prevenzione primaria), possono venire indicati percorsi di **prevenzione secondaria,** per intervenire in quelle situazioni in cui sia necessario un intervento di cura ma dove gli aspetti critici non siano ancora cronicizzati. Questi percorsi riguardano nello specifico: psicoterapia breve focale, gruppi psicoeducativi (mentalizzazione), gruppi di rilassamento (meditazione e training autogeno). Tali interventi, che possono essere individuali o di gruppo, prevedono 10 incontri a costi simbolici.
I pazienti possono accedere ai colloqui spontaneamente o su indicazione del medico. Come già sottolineato, di fondamentale importanza risulta la connessione con il medico di medicina generale, al quale è sempre riconosciuto il ruolo di riferimento primario per il paziente e per il quale il lavoro di consulenza psicologica deve risultare utile. Infatti, previo consenso del paziente, si opera un confronto alla fine dei colloqui per rispondere ad uno dei punti cardine che ha motivato questa esperienza: la cura deve rispondere alla complessità dell'individuo nei suoi aspetti psicologici e somatici e il lavoro dello psicologo sia in primo luogo utile al cittadino e al medico che di tale cittadino è il primo riferimento per la salute. In questo senso il fatto che lo sportello psicologico sia situato nell'ambulatorio medico, un luogo conosciuto e di riferimento per le persone, permette la prossimità, un'accessibilità più fluida e maggiore fiducia, minore diffidenza da parte dell'utenza.
Essenza di questo importante lavoro è la sinergia tra psicologo e medico, che comporta la responsabilità di fornire risposte appropriate a una domanda di salute complessa, in cui si esplori il significato di qualunque disturbo, fisico o mentale, presentato da qualunque paziente nel contesto della sua situazione relazionale, passata o presente, e nel contesto del suo ciclo di vita.
Attualmente, i numeri del progetto sono veramente importanti: **le medicine di gruppo coinvolte tra Bologna e Casalecchio di Reno sono 12** per un totale di circa **50 tra MMG e PLS partecipanti.**
Fino ad ora i risultati del progetto sono stati molto incoraggianti e sia i pazienti che gli psicologi e i MMG si sono detti soddisfatti al punto da auspicare la possibilità di aumentare il numero di colloqui offerti.
In questo momento di **emergenza sanitaria** soprattutto si è notato un aumento di richieste di aiuto psicologico. Tanti medici ci hanno chiesto consulenza e aiuto per i propri pazienti. Negli ambulatori si è passati da poche settimane di lista d'attesa ad un mese e oltre. I sintomi portati sono gli stessi di prima, ma amplificati e principalmente legati ad ansia, depressione, insonnia, disturbi psicosomatici, senso di solitudine amplificato dalla necessità dell'isolamento sociale imposto dalla pandemia. Quest'ultimo fattore sembra avere inciso in modo particolarmente significativo sugli adolescenti tra i quali sono aumentati i casi di autolesionismo, i disturbi del comportamento alimentare, le depressioni e gli abbandoni scolastici. Sui loro rendimenti scolastici la DAD [didattica a distanza] ha avuto effetti molto negativi.

La paura per un pericolo esterno e le incertezze per il futuro hanno portato gli operatori del progetto a definire un bisogno contingente legato alla necessità di calmarsi e di abbassare le soglie della tensione sia fisica che mentale. Sull'onda di queste esigenze, il **progetto specifico del 2021** è incentrato su **corsi di training autogeno e di meditazione**, intrapresi eventualmente dopo la prima consulenza. Si tratta infatti di due tecniche che favoriscono uno stato di rilassamento, permettendo una regolazione a più livelli e il potenziamento del sistema immunitario.
Si ritiene importante riportare un dato incoraggiante, ottenuto al termine dei percorsi di training autogeno attivati tra l'anno 2020 e il 2021. Attraverso la testistica che viene somministrata pre e post intervento ai partecipanti – in cui vengono misurati aspetti legati a sintomi ansiosi, alessitimici, depressivi, di disorientamento – emerge che i livelli delle suddette sintomatologie si mostrano alti prima dell'inizio del percorso, per poi ridursi nella quasi totalità dei casi in modo considerevole al termine. Questo dato sembra confermare l'efficacia di queste tipologie di interventi nel diminuire le soglie di ansia e gli stati di tensione che, soprattutto nel momento attuale, possono pervadere le persone e comprometterne il benessere sia fisico sia mentale.
In particolare, i test utilizzati sono la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale. G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, 1992) e il POMS (Profile of Mood States. McNair et al., 1971).

TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale. G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, 1992)	POMS (Profile of Mood States. McNair et al., 1971)
• 1) pre 58 - post 57	• 1) pre 288 - post 268
• 2) pre 51 - post 36	• 2) pre 307 - post 307
• 3) pre 55 - post 46	• 3) pre 295 - post 176
• 4) pre 58 - post 37	• 4) pre 221 - post 161
• 5) pre 38 - post 39	• 5) pre 243 - post 201
• 6) pre 48 - post 39	• 6) pre 220 - post 213
• 7) pre 34 - post 34	• 7) pre 290 - post 235

La TAS-20 valuta il costrutto dell'alessitimia, ovvero la difficoltà a riconoscere le componenti affettive proprie e altrui. Il test si compone di tre scale che misurano la difficoltà di identificare gli affetti e a distinguerli dalle sensazioni fisiche, la difficoltà nel descrivere gli affetti e lo stile cognitivo orientato verso la realtà esterna. Il POMS misura gli stati dell'umore attraverso sei fattori: tensione-ansia, depressione-avvilimento, aggressività-rabbia, vigore-attività, stanchezza-indolenza, confusione-sconcerto. Si mostra particolarmente utile per valutare le problematiche legate allo stress. Come è possibile vedere dalla tabella sopra riportata, il dato maggiormente significativo si evidenzia nell'innalzamento dell'umore (POMS) che i partecipanti hanno riportato durante il lockdown nazionale, ad un anno dall'inizio della pandemia, in zona rossa, in totale contrasto con i dati epidemiologici a disposizione.
In una prospettiva futura, vi è la speranza di poter diffondere il più possibile questo progetto, anche in zone della città più complesse da un punto di vista sociale, economico e demografico dove non è stato ancora possibile intervenire. L'obiettivo sempre in essere è la **sensibilizzazione della popolazione sull'importanza della salute mentale** e sul ruolo che la psicologia può giocare per prendersene cura, riducendo lo stigma nei confronti di tale disciplina e raggiungendo anche una maggiore considerazione della psicologia di base a livello istituzionale.
La salute psicologica, infatti, è parte della definizione stessa di salute così come definito dall'OMS: "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e in questo senso la psicologia di base costituisce un tassello fondamentale delle Cure Primarie.
Attualmente il progetto dello Psicologo di base vive grazie ai contributi di enti pubblici e privati che scelgono di scommettere su una salute mentale alla portata di tutti. Oltre alla Fondazione del Monte di Bologna e Ravenna che per prima e dal 2016 supporta l'attività dello Psicologo di Base, si ringraziano tutti i cittadini che annualmente devolvono il proprio 5 per mille alla nostra Associazione, il Gruppo Hera, i Servizi Ospedalieri, il Banco BPM, i proprietari degli ambulatori, che, nella maggior parte dei casi, mettono a disposizione del progetto gratuitamente i propri spazi, i medici di medicina generale che hanno aderito al progetto, per citarne solo alcuni: la Dott.ssa Francesca Adamo, il Dott. Alfonso Anania, la Dott.ssa Franca Cipollani, la Dott.ssa Elisabetta Costanzo, la Dott.ssa Tiziana De Amicis, la Dott.ssa Federica Di Conca, il Dott. Carlo Diquattro, la Dott.ssa Alessandra Foresti, il Dott. Roberto Galvani, la Dott.ssa Anna Maria Montemitro, il Dott. Patrizio Paonessa, il Dott. Pierpaolo Pirazzini, il Dott. Luigi Spin-

nato, e tanti altri. Ringraziamo inoltre i colleghi senior dell'Associazione, in particolare il Dott. Luigi Martelli, psicologo psicoterapeuta Presidente dell'Associazione, il Dott. Giampiero Raschi, medico psichiatra psicoterapeuta e Vicepresidente, e il Dott. Berardino Passarelli, medico psichiatra psicoterapeuta e consigliere, per il costante monitoraggio e la supervisione, ed infine gli operatori psicologi, che da anni lavorano insieme e collaborano, perseguendo un obiettivo comune: il sostegno, la cura ed il benessere delle persone.

Al fine di promuovere sul nostro territorio un approccio biopsicosociale, l'Associazione riproporrà per il prossimo anno 2022 l'attivazione di uno o più GRUPPI BALINT rivolta ai Medici di Medicina Generale iscritti all'Ordine dei Medici della Provincia di Bologna.

Partendo dalla constatazione che almeno un quarto od un terzo del lavoro del medico di medicina generale è fatto di psicoterapia pura e semplice, la preparazione medica attuale non fornisce al medico generico i mezzi necessari per un quarto del lavoro che svolge ogni giorno.

La proposta di Balint, tratta dal suo libro "Medico, Paziente e malattia" e dalla sua lunga pratica clinica, è quella di costruire esperienze di gruppi di lavoro che hanno come scopo quello di rendere i partecipanti del gruppo informati sugli aspetti psicologici dei propri pazienti, sulle modalità di proposta dei sintomi, consapevoli dei possibili fallimenti dei propri interventi, consapevoli delle proprie reazioni emotive e dei propri comportamenti, competenti nella relazione con il proprio paziente.

Il metodo, introdotto da Balint, deve possedere alcune caratteristiche: essere costituito solo da medici di medicina generale; il costo delle sessioni di gruppo essere a carico dei partecipanti; si incontrerà una volta alla settimana e per un periodo congruo di tempo; avvenire al di fuori dell'istituzione; il conduttore del gruppo deve essere uno specialista addestrato in maniera specifica allo scopo; la finalità è formativa (e non terapeutica); il clima all'interno del gruppo deve essere improntato alla spontaneità e all'assenza di giudizio; non ci dovranno essere rapporti gerarchici fra i componenti del gruppo.

Chi fosse interessato potrà contattare la segreteria dell'Associazione al numero 327/3691856 oppure seguire le novità sul nostro sito www.terapiapsicosomatica.it.

A.M.A.B. – Associazione Medici Agopuntori Bolognesi

Scuola Italo-Cinese di Agopuntura
Scuola accreditata dalla Regione Emilia-Romagna Determina n. 5050 del 05/04/2017

CORSO DI AGOPUNTURA E MEDICINA TRADIZIONALE CINESE

Il corso è patrocinato dalla FNOMCeO, dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna, dall'Azienda USL di Bologna e in collaborazione con l'Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino.

Sede: Bologna, Policlinico Sant'Orsola, Istituto di Ricerca e Cura dell'A.M.A.B.

Inizio corso: 15 gennaio 2022

Direzione Scuola: Dott. Carlo Maria Giovanardi e Dott. Umberto Mazzanti.

Durata: 3 anni, lezioni teorico-pratiche annuali che si svolgono in 9 weekend. Pratica clinica in aula e con tutor, tirocinio clinico pratico presso strutture pubbliche e la possibilità di stage presso ospedali e Università cinesi.

Titolo rilasciato: Attestato Italiano di Agopuntura dell'A.M.A.B. e della FISA (Federazione Italiana delle Società di Agopuntura). L'Attestato rilasciato dall'A.M.A.B., in quanto scuola accreditata (Determina n. 5050 del 05/04/2017), ha valore legale su tutto il territorio nazionale e ha la stessa valenza del "Diploma di Master Universitario in Agopuntura" in quanto entrambi ottemperano ai requisiti richiesti dall'Accordo Stato - Regioni del 7 febbraio 2013 e soddisfa i requisiti per l'iscrizione ai Registri degli Agopuntori istituiti presso gli Ordini dei Medici Chirurghi provinciali.

Destinatari: Laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatri.

ECM: la partecipazione al corso riconosce **"l'esonero dall'obbligo di formazione continua"** per i tre anni di frequenza.

Quota: € 1.980,00; € 1.380,00 per il primo anno ai neo laureati (anni 2019-2020-2021).

Segreteria organizzativa: tel. 3409553985, segreteriascuola@amabonline.it, www.amabonline.it

No-vax, no-greenpass: "libertarismo indeterminista"

Francesco Domenico Capizzi*

Tutti gli esseri umani nascono liberi ed uguali in dignità e diritti, stabilisce il primo articolo della Dichiarazione universale dei diritti umani del 10 dicembre del 1948. Anche di commettere errori, in buona fede, s'intende? Sì, perché, continua l'articolo, tutti gli esseri umani sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza, e perché l'articolo 21 della nostra Costituzione stabilisce che tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione. Da aggiungere il postulato cartesiano del libero arbitrio, inteso come diritto al dubbio e alla ricerca della verità da parte di ogni essere umano.

Dunque, una società di liberi pensatori! Anche se vengono commesse e sostenute involontarie distorsioni interpretative della realtà ed errori nelle azioni, a parte le facinorose, che meritano rispetto ed ascolto in nome dei vincoli irrinunciabili della solidarietà e della tolleranza che sorreggono l'intera vita civile.

Il movimento composito, non univoco e piuttosto frastagliato nelle proposizioni e nei modi di agire, dei no-vax e dei no-green-pass sembra appartenere ad una sorta di libertarismo indeterminista per la tendenza mostrata a valorizzare singoli elementi critici dell'evento pandemico e a contrastare le misure cautelative adottate, dall'uso del passaporto verde alla vaccinazione.

La questione va affrontata e possibilmente risolta pacificamente, evitando ostilità e lacerazioni nel già fragile tessuto sociale ed istituzionale, proponendo di esaminare e discutere insieme i dati disponibili:

– A causa della pandemia sono decedute nel Mondo ben oltre 4 milioni (accertati) di persone nel mondo. La cifra, in realtà, potrebbe essere molto più alta a causa di inefficienze ed errori nel metodo nosologico adottato;

– La variante Delta si è diffusa in ogni parte del pianeta anche se il numero dei vaccinati ha superato il miliardo, comunque racchiuso entro il coefficiente inaccettabile di 1:8 rispetto all'intera popolazione mondiale. Soltanto il 4% degli africani, ad esempio, ha ricevuto finora la prima dose di vaccino (fonte: Goalkeepers report foundation, settembre 2021);

– Ogni infezione acquisita può generare nuove varianti che tenderebbero a diffondersi in ogni angolo del globo e, a loro volta, produrrebbero nuove varianti ancor più penetranti e a maggior rischio di complicanze e mortalità:

– Appare logico che, per ragioni umanitarie ed epidemiologiche, le Nazioni del benessere dispongano la fornitura a Nazioni povere di strumenti e materiali per combattere il virus e la sua trasmissione;

– Al momento, e neppure in un prossimo orizzonte, non esistono terapie anti-Covid alternative al vaccino, il quale non copre totalmente, e in permanenza, dall'infezione: è necessario affiancarvi misure prudenziali ben note e organizzarsi per la somministrazione della terza dose;

– antivirali, clorochina, idrossiclorochina e trasfusioni di plasma immunizzato non hanno fornito risultati apprezzabili sul piano clinico;

– Dovremo, nel futuro prossimo, aspettarci nuove pandemie con conseguenze nefaste se, con rapidità estrema, non si provvederà a risanare l'ambiente ed a prevenire le malattie cronico-degenerative e neoplastiche, in crescita costante e con effetti aggravanti in ogni pandemia e infezione;

– Il livello di protezione da vaccino anti-Covid in termini di astensione da ricoveri ospedalieri è attestato all'86% dei casi complessivi, il risultato non si è ridotto con la variante Delta e mai è stato inferiore al 79,8-89% di protezione negli ultra 65enni (fonte: *Androkronos*, 2021);

– I deceduti per Covid-19 risultano il 16,6 volte in meno fra i vaccinati mentre gli infettati fra i non vaccinati ammontano a 11,1 volte in più rispetto al gruppo dei vaccinati (fonte: *Androkronos*, 2021);

– A partire dal febbraio scorso il 98.7% dei deceduti non era stato vaccinato oppure aveva ricevuto soltanto la prima dose (fonte: *ISTAT, settembre* 2021);

– Governo e Parlamento non hanno ritenuto finora di dovere varare una legge che stabilisca l'obbli-

go vaccinale, in forza del *II° comma dell'art. 32 della nostra Costituzione*, confidando sul senso di responsabilità di ogni cittadino e optando per il passaporto verde, per quanto approssimativo e contraddittorio possa essere in alcuni punti, allo scopo di contrastare il propagarsi dell'infezione, ridurre il tasso di ospedalizzazione e di decessi pur permettendo maggiore libertà di circolazione e sviluppo delle attività socio-culturali e produttive. Si tratta di una restrizione delle libertà? E, allora, che dire dell'obbligo vaccinale per i bimbi, della "scuola dell'obbligo", della normativa riguardante casco e cinture di sicurezza?

– Sono 41 milioni – pari al 69,3% della popolazione complessiva – gli italiani che hanno completato il ciclo vaccinale, cifra ben lontana dalla cosiddetta *immunità di gregge* sulla quale si è creato un malinteso: il 75% dei vaccinati è il valore minimo possibile per garantire un inizio apprezzabile, sul piano epidemiologico, di immunità su grandi numeri di popolazione, ma la reale immunità si realizza con l'approssimarsi al 100% degli immunizzati attivi (infezione contratta) e passivi (vaccini);

– Non esiste un solo farmaco né un solo atto medico e chirurgico, diagnostico e terapeutico, che non comporti la possibilità di un certo tasso di eventi avversi, anche gravi e letali; la stessa evenienza esiste per le vaccinazioni, su cui è necessario sempre fare chiarezza, ma risulta incomparabile il confronto fra efficacia dei vaccini e importanza di eventi avversi e fra no-vaccini e tassi di malattia da Covid e relativi complicanze e decessi;

– In Italia sono 14 i decessi risultati correlati alla vaccinazione, vale a dire un caso ogni 5 milioni di dosi somministrate (fonte: *AIFA, settembre 2021*);

– L'emergenza socio-sanitaria ha prodotto fratture e squilibri nella vita quotidiana e nella percezione del futuro in singoli cittadini, famiglie e in ogni forma di aggregazione sociale, ma, nello stesso tempo, ha stimolato la necessità di ricostruire una quotidianità ed un futuro per molto tempo percepiti come annebbiati ed incerti. Le vaccinazioni e l'uso del passaporto verde rappresentano davvero il baricentro per il superamento della pandemia e delle sue conseguenze socio-sanitarie.

** Già docente di Chirurgia generale nell'Università di Bologna e direttore delle Chirurgie generali degli Ospedali Bellaria e Maggiore di Bologna*

VILLA BARUZZIANA

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO NEUROPSICHIATRICO

Direttore Sanitario: Dott. Franco Neri
Medico Chirurgo
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, Psicologia Medica

Bologna - via dell'Osservanza, 19

Centralino:
tel. 051 580395

Reparti degenza:
- Residenza trattamento intensivo donne
- Residenza trattamento intensivo uomini
- Servizio psichiatrico ospedaliero intensivo
- Psichiatria generale e riabilitazione

Ambulatori Cup:
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia
- Neurologia

Amministrazione:
tel. 051 338454-41

Ufficio Prenotazione Ricoveri:
tel. 051 6440324 - fax 051 580315

Monitoraggio cardiorespiratorio
Studio apnee notturne e russamenti
Tel. 051.338475
neurologia@villabaruzziana.it

e-mail: direzione@villabaruzziana.it

L'uso dell'intestino in urologia

Giuseppe Martorana

È stato un caso che durante il lockdown abbia trovato alcuni disegni del mio maestro, il prof. Giuliani, focalizzati **sull'uso dell'intestino in urologia**, (derivazioni urinarie dopo cistectomia e sostituzione dell'uretere con ansa ileale)

... il disegno a matita era per lui un modo spontaneo di completare e dare vita alla descrizione, specie quando si trattava di tecniche chirurgiche che in quel momento rappresentavano una novità.

Il periodo in cui i disegni furono eseguiti è da collocare a metà/fine anni Ottanta, fase storica importante perché di fatto ha segnato il passaggio dalle derivazioni tradizionali alle derivazioni più moderne.

Per la prima volta si cominciò a parlare di detubularizzazione, riconfigurazione, nipple, ecc.

Quello fu un lungo percorso, segnato da successi e da molti insuccessi, nel corso del quale furono poste le basi per la ricostruzione della neovescica dopo cistectomia (asportazione della vescica).

I pazienti, obbligati fino ad allora a tenere "il sacchetto", hanno prima cominciato ad usufruire delle tasche continenti, cateterizzabili e poi cominciato ad urinare attraverso l'uretra, quindi per vie naturali.

Un risultato **epocale** se è vero che ancora oggi, dopo quasi 40 anni, i principi di allora vengono regolarmente applicati sia in chirurgia tradizionale che in quella robotica.

Queste grandi innovazioni tecniche provocarono grande fibrillazione e subbuglio nel mondo urologico: si trattava di abbandonare ciò che per ogni centro e per ognuno degli urologi era lo standard e di acquisire e metabolizzare i nuovi principi; bisognava inoltre scegliere la soluzione la più adatta alla propria storia chirurgica ed accettare e "reggere" infine le inevitabili complicanze che soprattutto nelle prime esperienze erano inevitabili!

Passato lo "sbigottimento" iniziale, quando si cominciò a prendere confidenza, prevalsero **le mode**, venivano cioè adottate quelle soluzioni presentate nei vari congressi internazionali che per il razionale, la casistica ed i risultati venivano adottate *tout court*.

Non solo! si assistette addirittura ad una fase di protagonismo chirurgico, nel senso che ogni scuola/centro di rilievo, al pari di quanto succedeva negli USA e in Europa, del resto, voleva lasciare un segno distintivo di originalità, un timbro, dando cioè a quella neovescica o il nome della propria città, quello della scuola di appartenenza oppure, più frequentemente, quello dell'autore...!

«La Scuola Romana», fondata e capeggiata dal prof. Bracci, dopo che aveva avuto un ruolo di leadership, era come se avesse subìto il contraccolpo più forte!

Paradossale, se si pensa alla grande dimestichezza che i suoi allievi avevano nell'uso dell'intestino nelle derivazioni urinarie. Eppure per la scuola romana non fu cosa facile abbandonare la vescica rettale, dopo che l'aveva rilanciata e divulgata in Italia ed in Europa.

Fu come se avesse smarrito alcune «certezze» ... e costretta a cercare altre vie...

Dai disegni di Giuliani traspare proprio il "disagio" di quel momento ... ma anche la caparbietà che era proprio del suo carattere! Infatti, anziché scegliere "quella soluzione" perché di moda o perché ritenuta la più semplice da realizzare, a differenza di quanto praticato dalla maggior parte degli urologi, Giuliani le ha volute provare e riprovare tutte prima di arrivare alla soluzione definitiva.

Ovviamente con lo svantaggio di non avere la casistica numerosa di chi sin dall'inizio, aveva deciso di adottare una sola tecnica.

Personalmente un'esperienza intensa, a diretto contatto pressoché quotidiano con il mio maestro; ricordo come al ritorno dai

meeting sull'argomento, si discuteva e si ridiscuteva ... e poi in sala operatoria, si provavano le varie soluzioni. Con lui che, senza pudore ed imbarazzo, in modo trasparente, era sempre disposto a mettersi in gioco e ad imparare ... insomma come un leader, un vero caposcuola!!

Mi è venuto quasi facile ricostruire le fasi storiche di quelle innovazioni rappresentate dai disegni, non ho dovuto fare degli approfondimenti particolari sulla storia delle derivazioni urinarie (forse non ne sarei stato capace). Ricordando bene l'evoluzione del pensiero urologico e la sequenza cronologica di quegli anni sono andato "a colpo sicuro" a cercare i vari riferimenti bibliografici per poi riportarli nel booklet che di fatto rispecchia quello che abbiamo vissuto "a casa nostra" in quel periodo: dalle derivazioni sovra vescicali continenti tipo Kock a quelle più semplici, tipo Mainz, dalle derivazioni ortotopiche per urethram prima con il colon (Goldwasser e Reddy) poi con l'ileo (Camey II, Hautmann, Studer).

Ovviamente quando cominciai ad abbozzare la trama di ciò che avrei scritto non ho potuto fare a meno di curiosare "da dove eravamo partiti" e cosi mi sono divertito a ricostruire le tappe della scuola cosiddetta "romana" e riconsiderare la figura del caposcuola, il prof. Bracci!

Cose in parte note, in verità, ma questa volta "toccate con mano" dalla lettura degli Atti!

Quando Bracci risultò vincitore al primo concorso a cattedra di urologia (alla fine degli anni Cinquanti), trasferì "per osmosi" alla nuova disciplina che aveva deciso di abbracciare, tutte le sue già note capacità di chirurgo generale.

A quel punto cominciò una nuova epoca per l'urologia italiana.

L'urologia da una disciplina a prevalente vocazione endoscopica e, se vogliamo, internistica, diventa una disciplina prettamente chirurgica.

Cominciano a nascere i reparti veri e propri autonomi e cominciò "lo sdoganamento" dalla chirurgia generale presso i cui reparti fino ad allora afferivano le sezioni di urologia.

L'urologia diventa una disciplina autonoma anche da un punto di vista accademico e cominciano a nascere le prime cattedre universitarie.

Per la prima volta l'urologo cominciava a "maneggiare" l'intestino.

La prima grande conquista (oggi fa quasi sorridere) fu quella di abbandonare la strada che comportava la commistione feci/urine sviluppando il concetto di serbatoio urinario e creando la vescica rettale.

Ma i disegni riguardano anche la sostituzione dell'uretere. Due storie diverse perché mentre l'uso dell'intestino dopo cistectomia continua ad essere una soluzione attuale, quella della sostituzione è diventata obsoleta e solo un riferimento storico.

Fino agli Settanta-Ottanta rappresentava una soluzione sofisticata, utile (seppur ardita) e unica alternativa alla nefrectomia di fronte ad una estese perdite di sostanza ureterale.

Oggi giorno non si sono più le indicazioni.

Non esistono più le estese perdite di sostanza ureterale secondarie alla chirurgia per calcolosi (che non viene più praticata), alle complicanze di certa chirurgia allargata ginecologica (i ginecologi sono diventai più bravi), alle stenosi post-radioterapia (prima che arrivasse l'acceleratore lineare), alle malformazioni congenite (che i chirurghi pediatri trattano in modo conservativo).

Rimane comunque, anche quella, una bella pagina di storia dell'urologia che i giovani dovrebbero conoscere.

In fondo i destinatari principali del libretto sono proprio loro.

Conoscere la storia dei nostri maestri, le scuole urologiche da loro fondate, chi tra i successori ha perpetuato il loro pensiero e le loro opere ... aiuta senz'altro a comprendere meglio le tappe, lunghe e faticose, attraverso cui si è giunti allo stato dell'arte, non solo delle derivazioni urinarie ma anche dell'urologia moderna, nel suo complesso.

Il volume L'uso dell'intestino in urologia. Ricostruzione storica attraverso i disegni di Luciano Giuliani, *di Giuseppe Martorana è pubblicato dalla Bononia University Press.*

Certificato

UNI EN ISO 9001:2015
REG. N. 8540

SANTA VIOLA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

Ricoveri privati tempestivi senza lista d'attesa

L'Ospedale Santa Viola
è consorziato e associato con:

COLIBRÌ® E PLURIBUS UNUM CONSORZIO OSPEDALIERO

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

Uehp European Union of Private Hospitals

Ricoveri ospedalieri

Post acuzie

Riabilitazione

Pazienti affetti da disordini della coscienza

Ricerca e formazione

SANTA VIOLA
Presidio Ospedaliero Accreditato
via della Ferriera, 10,
Bologna 40133
t. 051 38 38 24
info@santaviola.it
www.santaviola.it

Seguici su facebook

Autor. Sanitaria N. PG 196321 del 14.05.2018

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

I modelli fisici e matematici della coscienza

Parte prima: aspetti filosofici ed epistemologici

Alessandro Mazzocchi

Molto tempo fa domandai a un collega più anziano, decano della psichiatria italiana e psicoanalista di gran vaglia, quale offusca struttura potesse mai celarsi dietro i diversi comparti della psiche (conscio, preconscio, subconscio e inconscio). Egli mi rispose, senza mezzi termini e con la sua solita pungente ironia, che la psiche era semplicemente spazzatura, sudiciume. Anzi, utilizzò un altro vocabolo di estrazione popolare, che, in questa sede, preferisco omettere. È chiaro che dinnanzi a un'affermazione così *tranchant* diventava superfluo elucubrare sulla fine composizione della mente, della coscienza o del Sé. Io cercai invano di ribattere che mi riferivo all'eventuale struttura subatomica della psiche e non al suo funzionamento dinamico e macroscopico, ma lui agitò una mano intimandomi di tacere. E così feci. Dal suo punto di vista, quello psicoanalitico, il colendissimo collega non aveva tutti i torti: nell'inconscio finiscono davvero scorie mentali d'ogni tipo, non radioattive come quelle nucleari, ma parimenti pericolose e che, in linea di massima, è meglio non rimestare. La psicoanalisi (1895), invece, è proprio una disciplina sorta col preciso intento di far riemergere dai fondali dell'inconscio questi scarti della reminiscenza, che altrimenti potrebbero rivelarsi nelle azioni umane, commissive e omissive, in maniera del tutto inattesa con pericoli vari. Purtuttavia, se non vogliamo considerare la mente come un materiale di rifiuto del cervello (un po' come le urine per i reni o gli escrementi per l'apparato gastroenterico), allora è consentito porsi quella domanda un po' peregrina sulle sue fondamenta strutturali. Psico-struttura fisica, appunto, e non funzionale o "dinamica". La psiche, e *in primis* la coscienza, è senz'altro il frutto ultimo dell'incessante attività elettrica e biochimica della *neocortex*, ciò è ampiamente dimostrato anche dalle moderne tecniche di *Neuroimaging*, ma da lì a decretarne con certezza granitica la struttura barionica, già nota per la materia in generale, ce ne passa. D'altra parte, la sua ipotetica struttura infinitesima ha ingolosito, nel corso dei lustri passati, fisici, logici e matematici insigni, a dimostrazione dell'enorme difficoltà ad assegnargli una forma certa e ben definita. Si suppone, ([1,2]) per esempio, che la mente appartenga in qualche modo a un dominio ancora ignoto ("superluminare", superluminale o ultraluce) e sia composta di ipotetiche particelle ultraveloci come i tachioni, similmente a quanto aveva previsto, a proposito degli psiconi, il neurofisiologo premio Nobel Sir John Eccles (1963). Questi suggerisce, nei suoi lavori più discussi ([3]), una visione ontologica della coscienza, in cui il regno del mentale (comprendente il Mondo 2, psicologico, e il più astratto Mondo 3) e quello della materia nervosa, rappresentata dai dendroni (Mondo 1), potrebbero appartenere a domini irriducibili e indipendenti. Il problema è come possa allora avvenire l'interfacciamento fra questi mondi apparentemente così lontani. Egli, assieme al fisico tedesco Friedrich Beck (1927-2008), propose una soluzione del dilemma, elaborando un modello quantistico della mente, in cui sarebbero proprio gli ipotetici psiconi, quindi la parte più "incorporea" del cervello, a mediare fra i due regni, attraverso la regolazione, fra l'altro, dell'esocitosi cellulare. Gli psiconi, e altre unità quantistiche affini (come gli "psitroni" immaginati dal matematico Dobbs negli anni Sessanta), ricorrono nei modelli fisico-matematici della coscienza, che si richiamano a quello di Eccles: trattasi di particelle caratterizzate da proprietà molto particolari, quali una velocità superiore a quella della luce, una massa a riposo immaginaria e caratteristiche fisiche di "campo" più che di singola particella. Questi "campi tachionici", in associazione all'effetto *tunneling* quantistico (un effetto quanto-meccanico che consente transizioni di fasi impossibili nella meccanica classica), potrebbero suffragare il supposto (da Eccles) meccani-

smo d'azione degli psiconi, non solo per quanto concerne il summenzionato processo biochimico dell'esocitosi, ma anche per le attività più alte della coscienza, intenzionalità compresa ([1,2]).

Dopo questo preambolo, che anticipa uno fra i tanti modelli della coscienza, nel presente articolo, diviso forzatamente in due parti, si esamineranno, in rapida rassegna, le più importanti rappresentazioni fisico-matematiche della mente, con un riguardo particolare a quelle quantistiche. Queste ultime sono germogliate nel terreno fecondo della meccanica quantistica (MQ), valicando spesso la fisica stessa e la scienza in generale per approdare, come si chiarirà meglio in chiusura, nel regno della speculazione filosofica, oppure in quello più insidioso ancora della metafisica. Come a dire: le premesse da cui nascono in principio questi modelli sono buone, poggiando su solide basi fisiche e matematiche, ma le conclusioni finali lo sono assai meno, deviando pericolosamente e arbitrariamente dalle prime. Ecco allora che, in quel momento, finiscono per deragliare dai binari della scienza e, così facendo, diventano più intriganti da un punto di vista filosofico, ontologico ed epistemico. Quindi, cambiano d'improvviso prospettiva e rischiano di farla cambiare anche a coloro che si avvicinano ad essi per la prima volta. Se non si vuole correre questo pericolo, bisogna conservare ben saldo e lucido il pensiero critico maturo, al fine di non scadere in una sorta di "minorità". Insomma, è necessario tenere presente il celebre motto kantiano, che suona anche come un pubblico invito: *sapere aude*. Immanuel Kant (1724-1804) è considerato uno dei massimi pensatori occidentali, in quanto anticipatore di gran parte della filosofia a lui successiva, quella del Novecento in particolare, tutta affaccendata a dibattere i temi spinosi della gnoseologia e dell'epistemologia, venuti alla ribalta, proprio il secolo scorso, a seguito dei travolgenti progressi teorici e tecnologici delle scienze fisiche e biologiche. L'intento principale di Kant era quello di stabilire le condizioni entro cui una conoscenza potesse essere ritenuta valida, sia nel campo delle scienze della natura, sia in quello più tradizionale, in filosofia, della metafisica e dell'etica. Il celebre filosofo prussiano, oltre due secoli fa, aveva così distinto il fenomeno, che concerne l'esperienza spaziale assoluta, quindi euclidea (divenuta successivamente spazio-temporale, e non più euclidea con la relatività generale), dal noumeno, la cosa in sé, priva di valore empirico, e sul quale pretendeva, a torto, di fare luce la vituperata metafisica. Invece, le scienze per Kant sono attendibili proprio perché adeguate ad acclarare i fenomeni della natura, grazie all'attività organizzatrice dell'intelletto umano. Essi, dunque, sono "appercepibili" e si conformano a quelle che il filosofo chiamava "forme pure dell'intuizione, gli *a-priori*". Il noumeno invece non lo è, in quanto oggetto trascendentale, concetto caro non solo a Kant, ma anche ai filosofi idealisti tedeschi, come Schelling e Fichte, in riferimento a ciò che esiste "in sé e per sé". Come si vedrà tra poco, il pensiero di Kant, con i suoi concetti di categorie, di forme sensibili dell'intuizione e degli opposti fenomeno/noumeno, ha influenzato in passato, e continua a farlo tutt'oggi, sia gli studi di neurobiologia animale improntati a un obbligato riduzionismo/innatismo, sia alcune recenti ipotesi della fisica sub-particellare teorica, che potrebbe definirsi, a voler essere generosi, "di frontiera". Kant, dunque, viene chiamato in causa sia dai biologi, attraverso studi che si rifanno proprio al suo illustre nome, sia dagli epistemologi moderni, oltreché dai fisici.

In biologia, per esempio, con l'etologo Konrad Lorenz (1903-1989), l'a-priori kantiano diventa ineluttabilmente sinonimo di innatismo e le categorie kantiane vengono a quel punto intese solo come "a-posteriori", in quanto le conoscenze transitano nel patrimonio genetico a seguito della pressione evolutiva ambientale. Lo stesso Kurt Friedrich Gödel (1906-1978), uno dei più grandi logici mai esistiti, secondo forse soltanto ad Aristotele e a von Leibniz (1646-1716), autore di un saggio importante su Kant ([4]), non è ancora chiaro se interpretasse il concetto di "a-priori" nei termini di puro innatismo, come fanno i biologi, o invece nei termini più formali di possibilità epistemiche, alla maniera dei filosofi. Forse, anche per Gödel si dovrebbe comunque parlare di una conoscenza a posteriori, nel modo di Lorenz ([4]). Sulla falsariga già tracciata dagli etologi e dagli psicobiologi nel secolo scorso, con gli studi del cosiddetto *Kantian Research Program* (*sic!*), precorsi dalle ricerche sugli animali dello psico-fisiologo Premio Nobel John O'Keefe (https://www.treccani.it/enciclopedia/john-o-keefe/) e dello psicologo Lynn Nadel, si è appurata l'esistenza di cellule particolari all'interno dell'ippocampo limbico, la cui attività dipende dalla posizione assunta dall'animale nello spazio ([5,6,7]). Spazio, tempo (e numero) vengono a rap-

Certificato

UNI EN ISO
9001:2015
REG. N. 8540

VILLA BELLOMBRA
RIABILITAZIONE ROBOTICA

Riabilitazione intensiva
con tecnologia robotica
LOKOMAT PRO®
e ARMEO POWER®
per il recupero degli arti inferiori e superiori

L'Ospedale Villa Bellombra è consorziato e associato con:

COLIBRÌ®
E PLURIBUS UNUM
CONSORZIO OSPEDALIERO

European Union of Private Hospitals

VILLA BELLOMBRA
PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO

via Bellombra 24
40136 Bologna
tel 051.58.20.95
info@villabellombra.it
www.villabellombra.it

Seguici su facebook

Direttore Sanitario
Dott. Vincenzo Pedone
Specialista in Geriatria, Medicina Interna, Cardiologia, Pneumologia e Dietologia

sandrostefanelli.com

Aut.San. N. PG 121388 del 13.05.10 © foto: Hocoma, Switzerland

presentare, per questi autori, le intuizioni kantiane primarie innate, alla stessa maniera dei programmi installati nei calcolatori all'atto della prima configurazione software. Il senso della numerosità e la capacità di differenziare due grandezze (legge di Weber) precedono l'intelligenza matematica, sono innati e comuni a tutti gli animali, dagli insetti all'uomo ([5,7]). Così come la percezione delle grandezze spaziali. Nessun animale potrebbe sopravvivere senza la percezione degli spazi e la valutazione numerica ([ibid.]). Basti pensare alla numerosità ordinata di un branco o di uno stormo. Gli studi già menzionati hanno consentito di individuare le cosiddette *grid cells*, ovvero cellule "griglia", che consentono di mappare, appunto, tutti gli spostamenti dell'animale nell'ambiente. Esse, già attive alla nascita, sono indovate nelle aree para-ippocampali, e costituiscono una rete neuronale che muta in relazione agli spostamenti dell'animale nel suo *habitat* ([5,6,7]). Si consolida così l'idea che tali strutture spazio-temporali, innate e imprescindibili, siano davvero fondamentali per ogni nostra esperienza conoscitiva nel mondo, assumendo quella natura trascendentale che s'accorda bene con le tesi kantiane. Lo confermerebbero anche alcuni studi su pazienti macrolesionati nell'emisfero destro – area in cui proprio l'ippocampo controlla l'apprendimento spaziale – e che, in conseguenza di ciò, palesano alterazioni cognitive nella percezione dello spazio ([7]). Meno entusiastica è la teoria avanzata dal filosofo Karl Popper (1902-1994) ([8]), il quale ritiene che sia kantianamente vero che «ogni conoscenza percettiva presuppone una conoscenza a priori». Però, l'*a-priori* di Popper esprime una conoscenza soltanto ipotetica e relativa, mai assoluta. Ad esempio, per Popper, il nostro primo approccio percettivo e intuitivo con le geometrie dello spazio ci fa congetturare che siano euclidee, ma l'universo relativistico rimette tutto in discussione e la sua natura euclidea diventa solo un'ipotesi fra le altre. La nostra conoscenza *a priori* quindi, per Popper, non è sempre valida a priori, "*non a priori necessaria, non apodittica*... ([8])", perché le ipotesi che facciamo possono disparire come pallide larve al tocco gelido della realtà. Realtà rappresentata dai "falsificatori". Del resto, i limiti della conoscenza sono ben chiari anche all'ultimo Kant dell'*Opus postumum*, i frammenti filosofici usciti tardivamente, dopo le sue opere più note, raccolti e curati in Italia da Vittorio Mathieu. *Opus Postumum* fu l'ultimo lavoro del grande filosofo prussiano, morto nel 1804. Raccoglie i manoscritti disorganici degli ultimi anni di vita, in vista di un'ultima *summa*, che purtroppo non vide mai la luce. Sebbene gli sforzi per pubblicare il manoscritto siano stati fatti fin dal 1882, esso è rimasto inedito fino al 1938, quando spuntò un'edizione tedesca dello stampato. In essa, come ci ricorda Mathieu nella prefazione al testo di Luzi ([9]), un Kant particolarmente scettico e dubbioso considera l'esperienza conoscitiva un "asintoto", quindi, come tale, un qualcosa che si avvicina indefinitamente all'oggetto sensibile senza mai raggiungerlo. Proprio da lì parte Popper per costruire la sua teoria scettica della conoscenza (relatività delle ipotesi). Ovviamente non conosceremo mai il pensiero di Kant sulle nuove problematiche filosofiche dischiuse dalla relatività generale di Einstein prima e dalla MQ poi. Anche Gödel ([4]), nel suo saggio su Kant poc'anzi citato, precisa che lo spazio kantiano assoluto è quello euclideo, mentre la relatività generale prevede uno spazio non euclideo. Ciò in accordo con le successive puntualizzazioni di Popper. Quindi l'intuizione epistemica implica una particolare geometria euclidea dello spazio, che però la fisica cosmologica moderna mette in dubbio. Lo spazio assoluto di Kant non è certo quello a 4 dimensioni di Minkowski (3+1 dimensioni: x,y,z,t), né tantomeno quello ipotizzato negli anni Venti da Kaluza-Klein, che incuriosì lo stesso Einstein, e che ne prevedeva addirittura 5 (3 spaziali, di cui una giocoforza arrotolata su sé stessa, e una temporale). Per non parlare poi della Teoria delle Stringhe, che presuppone decine di dimensioni nascoste. Nascoste così bene, che non le vedremo mai! L'importante, però, è non appropriarsi dei complessi problemi teorici della fisica moderna per giustificare le ipotesi pseudoscientifiche più strampalate, pronunciando alla bisogna le paroline magiche "quanto" o "stringa", per darvi una parvenza di scientificità. Molte delle teorie quantistiche della coscienza, in effetti, vanno ben oltre il fenomeno kantiano per approdare ontologicamente alla sostanza aristotelica, sinolo di materia e forma, o financo al noumeno kantiano, quindi al nucleo dell'essere. In questa prima parte accenneremo, quale secondo modello fisico della coscienza (il primo è quello di Eccles già ricordato), allo studio di Penrose e di Hameroff, poi rivisitato dallo stesso Hameroff assieme al medico indiano Chopra (lo stesso che ha proposto la controversa teoria della "guarigione quantica"), e che

trascende il fenomeno, calandosi dentro la *substantia*, alla ricerca dell'essenza. Effettivamente, i modelli fisico-matematici della coscienza, in particolare quelli quantistici, prevedono un ordine nascosto, "implicato", le cosiddette "variabili nascoste", potenziali misteriosi che guidano le particelle, e quindi si fondano sull'ipotesi gnoseologico-metafisica di oggetti in sé. Questi ultimi esisterebbero indipendentemente dal soggetto percipiente. Esse sono relative a proprietà del sistema non osservabili. Così, mentre la neurobiologia moderna, come prima abbiamo visto, cerca nel cervello le basi anatomiche e fisiologiche delle categorie kantiane e del suo spazio assoluto, la fisica quantistica dissolve le antiche certezze fenomeniche, disintegra spazio e confini, disvelando, con lo studio sub-microscopico e particellare, contenuti impliciti, strutture stocastiche e addirittura paradossali. Ciò avviene, beninteso, a scale microscopiche, nell'ordine di quella di Planck (10^{-35} metri) o ancora meno. Da un punto di vista filosofico, oggigiorno viene dunque ammessa dalla stessa fisica una realtà in sé, che non corrisponde a quanto percepito dall'Io-penso, all'intuizione pura del soggetto percipiente. Una realtà trascendentale, appunto. L'introduzione di queste variabili velate e imponderabili si rende peraltro necessaria, come ci ricorda Luzi nel suo testo ([9]), per "annullare l'inevitabile dispersione dei sistemi quantistici". Ogni teoria a variabili nascoste è peraltro soggetta a due importanti limitazioni, che l'autrice ci ricorda: la non località come comprovato dai lavori di Bell e la contestualità come dimostrato dal teorema di Kochen e Specker ([ibid.]). Tali teorie, secondo l'Autrice, proprio per queste condizioni di non località e di contestualità che le contraddistinguono, fanno sorgere importanti suggestioni ontologiche, oltreché epistemologiche: ipotesi olistiche di non separabilità degli oggetti fisici, e ipotesi ontologico-realiste di molti mondi, da sempre ignote alla meccanica classica ([ibid.]). L'ipotesi di Penrose e Hameroff appartiene proprio al primo gruppo (quello olistico, diciamo così), mentre, per esempio, quella di Everett III sul "multiverso", presa in esame in un precedente articolo al quale si rimanda ([10]), è ben rappresentativa del secondo gruppo, più ontologico e realista. In linea di massima, le teorie quantistiche della mente oltrepassano il "trascendentale" di Kant e della Scolastica, scivolando in maniera inesorabile nel trascendente. Come avviene nel caso del suggestivo modello di Hameroff. Nell'articolo testé menzionato ([10]), si è accennato al modello della coscienza proposto qualche anno fa dal fisico premio Nobel 2020 Roger Penrose, assieme all'anestesista americano Stuart Hameroff ([11,12]). In breve, questi Autori pensano che la nascita della coscienza possa avvenire all'interno del citoscheletro dei neuroni, attraverso il collasso "orchestrato" delle diverse equazioni d'onda rappresentative, in tutte le loro declinazioni probabilistiche possibili, dei costituenti macromolecolari dei microtubuli neuronali (le tubuline α e β) e quindi dei diversi momenti della coscienza stessa. In estrema sintesi, la gravità quantistica (= relatività generale + MQ alla scala di Planck) genererebbe ciò che Penrose chiama Orch-OR (ORCHestrated Objective Reduction: riduzione obiettiva e orchestrata delle funzioni d'onda), e questo processo sarebbe in grado di chiarire la genesi dell'autocoscienza, giocando un ruolo fondamentale nel funzionamento del cervello, attraverso un flusso quantistico coerente nei microtubuli. La coscienza sorgerebbe allora all'interno delle cellule neuronali, e non quale conseguenza dell'attività chimica ed elettrica fra i neuroni. Questa è la novità meno controversa della teoria. In effetti, sebbene formulato in modo formalmente corretto dal punto di vista matematico, tale modello non ha trovato, almeno fino ad oggi, alcun riscontro sperimentale, ricevendo invece numerose critiche da parte degli addetti ai lavori: per la stragrande maggioranza dei neuroscienziati, non è sostenuto da prove soddisfacenti ([13,14]). Già il fisico e cosmologo Max Tegmark nel 1999 aveva affrontato il problema della coerenza quantistica del cervello, concludendo che esso è semplicemente troppo grande e troppo caldo per essere proposto come un congegno quantistico, affibbiando un primo duro colpo alla teoria. Hameroff, poi, sconfinando pericolosamente nella pseudoscienza, o addirittura nella metafisica, ha azzardato la stravagante e seducente ipotesi che, al momento della morte, le diverse equazioni d'onda della coscienza, concentrate nei condensati di Fröhlich, oltrepassino la finitudine della materia cerebrale in disfacimento (morte biologica) per disperdersi nella coscienza dell'universo. Uno studio del 2009 ([14]) ha però scardinato le fondamenta di tale ipotesi estrema, evidenziando che per formare questi discussi condensati di Fröhlich, coerenti e unificati, sarebbero necessarie energie inimmaginabili (addirittura cento milioni di gradi Kelvin), incompatibili coi sistemi biologici noti.

Quindi le temperature previste dal funzionamento di questi arditi modelli risulterebbero o troppo alte o troppo basse per la biochimica del cervello umano. Comunque sia, Hameroff, assistito dal medico indiano Chopra (2012), non si è dato per vinto ed è andato avanti ([12]). Secondo questi due Autori, infatti, evidenze recenti dimostrerebbero un'attività cerebrale di "fine vita" (attività delta da 0,1 a 3.9 hertz, in tracciati *post-mortem*, in assenza di flusso cerebrale), di soggetti clinicamente morti, supportando l'idea di una base quantistica della coscienza, che potrebbe esistere indipendentemente dall'anatomo-fisiologia umana, nei diversi piani scalari dello spazio-tempo. Hameroff, quindi, basandosi proprio sul modello Orch-OR di Penrose, ha cercato un'ipotesi plausibile volta a sostenere il concetto pseudo-scientifico di un'anima quantistica (*quantum soul*). L'Autore ci rammenta che il concetto di coscienza fuori del corpo è presente in tutte le tradizioni religiose, oltre che in para-scienza (ben note in Parapsicologia le esperienze di premorte, extracorporee, NDE/OBE), ma viene accuratamente eluso da quella convenzionale a causa di un'apparente assenza di spiegazione razionale. E, si dovrebbe aggiungere, a causa dell'inapplicabilità del noto principio popperiano di falsificabilità. Purtuttavia, vengono citati da Hameroff e Chopra un paio di controversi studi ([15,16,17]) riguardanti una casistica, peraltro limitatissima (10 casi in totale), nella quale tracciati EEG di dubbia interpretazione, dopo la morte cardiaca, documenterebbero un'attività elettrica di "fine vita" prolungata e incompatibile con l'assenza di flusso ematico nei tessuti cerebrali. Ciò dimostrerebbe, secondo loro, che qualcosa di misterioso avviene nel cervello dopo la morte, come, per esempio, l'abbandono dello stesso da parte degli improbabili condensati di Fröhlich, per destinazioni ignote! Altri casi consimili sono stati segnalati da Norton et al. in uno studio canadese del 2017 ([18]). Altri ancora non riguardano l'uomo, bensì i ratti con studi pre- e post-decapitazione! ([19]). Ovviamente, sorci a parte, non sapremo mai che cosa sia successo realmente nei cervelli di quei pazienti poi deceduti, dal momento che nessuno dei malcapitati è tornato indietro dall'aldilà per chiarircelo (dunque: verificabilità e falsificabilità impossibili!). Siccome, però, esistono spiegazioni non del tutto convincenti, ma più raziocinanti, di questi curiosi fenomeni *post-morten* (circolo ematico refluo residuo, depolarizzazioni diffuse e persistenti, accumulo anomalo di cationi trans-membrana, come il potassio, attività elettrica da apoptosi cellulare, artefatti tecnici, sia fisiologici che d'altra origine, segnali esterni confusivi, ecc.), le conclusioni degli autori, seppur caute, sconfinano inequivocabilmente nella più marchiana pseudoscienza, nel momento in cui riconoscono una plausibilità scientifica all'idea di un'anima quantica. Gli stessi Autori, in effetti, ammettono, nella premessa del libro – "*The 'quantum soul': a scientific hypothesis exploring frontiers of the mind-brain*" ([12]) – che Roger Penrose ha poi preso avvedutamente le distanze dal loro audace lavoro. Come era facile prevedere. Anche gli altri modelli fisico-matematici della coscienza, che andremo ad esaminare nella seconda parte dell'articolo, come relaziona dettagliatamente Vannini nel suo interessante lavoro ([20]), sono inficiati da importanti criticità, che finiscono per collocarli nel vasto calderone della pseudoscienza o ai limitari della scienza stessa. Sono infatti incompatibili innanzitutto con il criterio popperiano della falsificabilità quelli che si rifanno all'interpretazione classica di Copenaghen della MQ (come quelli di Penrose e di Hameroff), oppure quelli che pongono la coscienza in domini non esplorabili con le attuali tecnologie, in quanto al di sotto della scala di Planck (ad es., il modello di Bohm sull'ordine implicato o implicito); altri, pur avendo contribuito alla realizzazione di importanti applicazioni in campo fisico (come i superconduttori e i moderni computer) sono chiaramente incompatibili con le caratteristiche dei sistemi biologici (come il modello di Fröhlich) ([ibid]). Sir John Eccles ([3]) e Karl Popper ([8]), alla metà del secolo scorso, proposero una tripartizione del mondo in tre regni: il mondo 1, costituito dalle realtà fisiche, naturali o artificiali, il mondo 2, quello psicologico, interiore, e infine il Mondo 3 o delle idee, dei concetti filosofi, artistici e scientifici esternalizzati, idee di platonica memoria (*ὑπερουράνιος*, il mondo delle idee), anche se lo stesso Popper ([8]) precisò più volte che il suo Mondo 3 non aveva alcunché di trascendente, essendo un prodotto della mente umana. Purtuttavia, per quello che ci interessa in questa sede, è importante notare come alcuni modelli quantistici della coscienza prevedano una netta ripartizione fra il dominio delle cose reali e quello delle idee, congetturando forme di comunicazione e di "osmosi" fra gli stessi. Per esempio, come già anticipato, gli psiconi ipotizzati da Eccles (o gli psitroni di Adrian Dobbs), potrebbero costituire un

tramite fra il mondo delle idee, del mentale e quello delle realtà materiali concrete (i dendroni). Secondo alcuni studi teorici molto recenti, gli psiconi potrebbero essere assimilati ai tachioni, ipotetiche particelle, che compaiono nella teoria delle stringhe, con massa a riposo immaginaria ([1,2]). Del resto, se sono ipotetici i secondi, figuriamoci i primi! Molto in generale, comunque, si tratta di modelli che inducono senz'altro suggestioni ontologiche e metafisiche di grande fascino, ma che hanno ben poco a che fare con la fisica sperimentale, e "sperimentabile" in futuro. Spesso si tratta di modelli impeccabili, ed eleganti formalmente, almeno da un punto di vista matematico; come si sa, però, la matematica è un linguaggio, il codice linguistico della Natura. Non sappiamo se creato dall'uomo, come vorrebbero Pitagora, Galilei, e lo stesso Penrose, o indipendente da lui. Forse è innato in tutti gli animali, come abbiamo visto, il suo grezzo precursore, che analizza le moltitudini: l'organo o senso della numerosità ([7]). Quello che sappiamo è che, con il codice linguistico della matematica, con le equazioni differenziali in particolare, si possono enunciare tante curiosità bizzarre, difficili da accettare, e che nella realtà fenomenica di tutti i giorni non incontreremo mai. Fu proprio Galileo a stabilire che in fisica, rispetto a quanto avviene in matematica, i "principi primi" devono essere sempre ottenuti dall'esperienza e dalla verifica sperimentale. Ad esempio, per verificare l'esistenza di strutture nell'ordine della scala di Planck (10^{-35} metri) come le stringhe, occorrerebbero concentrazioni di energia incompatibili con gli strumenti tecnologici attuali e prossimi venturi. I fisici Ellis & Silk, in un noto fondo su *Nature* (2014), hanno preso una posizione davvero molto netta contro i modelli troppo speculativi della fisica teoretica, che la sperimentazione potrebbe non riuscire a provare o falsificare in via definitiva (tra questi, la teoria delle stringhe e del multiverso), definendoli addirittura pseudoscientifici ([21]). Si pensi, nell'ambito della teoria bosonica delle stringhe, alla raffinata equazione di Poljakov ([22]), attribuita forse per errore al matematico russo Aleksandr Markovič Poljakov. Essa rappresenta e dimostra matematicamente un universo a 26 dimensioni attorcigliate su sé stesse, in aperta contraddizione con quanto osserviamo e percepiamo (o "appercepiamo") oggi, e che probabilmente non vedremo mai, nemmeno in un futuro molto lontano.

Bibliografia essenziale

1) Caligiuri L.M., Musha T., Superluminal Photons Tnneling through Brain Microtubules Modeled as Metamaterials and Quantum Computetion. Advanced Engineering Materials and Modeling, Wiley, 2016;
2) Caligiuri L.M., Mente, cervello e fisica quantistica. Scienza e conoscenza. 01/2017, n.59, pp 11-15;
3) Eccles J.C., A Unitary hypothesis of Mind-Brain Interaction in the Cerebral Cortex. Proc. R. Soc. Lond. B, vol.240, 1990, pp 433-455, tradotto in: Eccles J.C., Come l'Io controlla il suo cervello, Rizzoli, Milano, 1994;
4) Gödel K., (1946/1949), "Alcune osservazioni sulla relazione tra la teoria della relatività e la filosofia kantiana", in Gödel K., (1995), Scritti scelti, Bollati-Boringhieri, Milano. In: https://arete.unimarconi.it/wp-content/uploads/2017/05/ARETE-Volume-2-2017-16 La_teoria_della_relativita_e-l_eredita_kantiana.pdf
5) Butterworth B, C.R. Gallistel, Vallortigara G, The origins of numerical abilities, Philosophical Transactions Royal Society B. February 16, 2018.
6) G. Vallortigara, La mente che scodinzola. Storie di animali e di cervelli, Milano, Mondadori, 2011;
7) Dehaene S, Brannon EM. Space, time, and number: a Kantian research program. Trends Cogn Sci. 2010 Dec;14(12):517-9. doi: 10.1016/j.tics.2010.09.009. Epub 2010 Oct 25.
8) Popper KR, *Logica della ricerca e società aperta*, Antologia a cura di D. Antiseri, La Scuola, Brescia, 1989, pag. 18;
9) Luzi P, A priori kantiano e meccanica quantistica, Soc. Editrice Il Ponte Vecchio, Cesena 2003;
10) Mazzocchi A., L'equazione impossibile della coscienza, Bollettino-notiziario ODM Bologna, n. 2, febbraio 2021;
11) Hameroff S., Penrose R., *Consciousness in the universe: A review of the 'Orch OR' theory*. Physics of Life Reviews, 2014, 11, 1, 39-78.
12) Hameroff S., Chopra D., The "quantum soul": A scientific hypothesis Exploring Frontiers of the Mind-Brain Relationship, Springer, New York, 2012, 79-93.
13) https://bogardiner.wordpress.com/2012/11/18/6-physicists-speak-on-quantum-quackery/
14) https://www.lescienze.it/news/2009/03/11/news/vita_dura_per_la_coscienza_quantistica-575911/.
15) Auyong, DB et al (2010). Processed electroencephalogram during donation after cardiac death. *Anesthesia and Analgesia May 1; 110(5), 1428-1432.*
16) Chawla, LS et al (2009). Surges of electroencephalogram activity at the time of death: A case series. *Journal of Palliative Medicine, Dec 12(12), 1095-1100.*
17) Vrselja Z. et al, 2019. Restoration of brain circulation and cellular functions hours post-mortem. Nature. 568, 336–343 https://www.nature.com/articles/s41586-019-1099-1
18) Norton N. et al, 2017. Electroencephalographic Recordings During Withdrawal of Life-Sustaining Therapy Until 30 Minutes After Declaration of Death. Can J Neurol Sci. 44(2):139-145. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28231862
19) Van Rijn C.M. et al, 2011. Decapitation in Rats: Latency to Unconsciousness and the 'Wave of Death'. PLoS One. 6(1): e16514. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3029360/
20) Vannini A, Modelli quantistici della coscienza, Sintropy, 2007, pag. 29-48;
21) https://www.nature.com/articles/516321a
22) https://it.wikipedia.org/wiki/Azione_di_Poljakov.

CLINICADOMICILIO

Eseguiamo radiografie ed ecografie a domicilio a Bologna e provincia

Per le radiografie è obbligatoria la prescrizione del medico

SEMPLICE E VELOCE SENZA LISTA D'ATTESA
SCEGLI IL GIORNO E IL LUOGO PER IL TUO ESAME. AL RESTO CI PENSIAMO NOI

INFO E PRENOTAZIONI
Prenota on-line sul sito clinicadomicilio.it o chiama il numero 800100670 oppure scrivi a info@clinicadomicilio.it
Tutti i giorni, festivi compresi, dalle 8:00 alle 22:00.

Il servizio è attivabile su tutta la provincia di Bologna.

REFERTO GARANTITO IN SOLE **24** ORE

NUMERO VERDE - 800100670

800100670 clinicadomicilio.it clinica domicilio

CONSORZIATA COLIBRÌ

CERTIFICATA ACCREDIA kiwa certified

Aut.San. PG.N. 25139/2017

Associazione "Annarosa Andreoli"

Un intervento di prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare nella popolazione pediatrica (9-11 aa)

Francesco Mauro

L'Associazione Annarosa Andreoli, fondata nel 2003, si propone di continuare l'opera della Dott. ssa Andreoli, indirizzata alla fascia d'età giovanile-adolescenziale, laddove più facilmente si manifestano quei disagi che sfociano in atteggiamenti comportamentali devianti.
Nata per intervenire nel campo dei Disturbi sul Comportamento Alimentare (DCA), intende però ampliare la propria azione anche in altri ambiti del mondo giovanile (relazioni, cyber bullismo, dipendenze, social e altro) che negli ultimi anni si sono manifestati in modo preminente.
L'aiuto si estende anche al nucleo familiare ritenendo che la famiglia sia punto nodale nell'intervento terapeutico, garantendone così il mantenimento nel tempo.
Dal 2005 l'Associazione Andreoli ha istituito Borse di Studio (euro 120.000) destinate a Sanitari attivi in Ricerca e Assistenza in ambito giovanile e in contributi, indirizzati a famiglie con difficoltà economiche per sostenere i costi di interventi terapeutici mirati. Inoltre, il Pronto Soccorso Pediatrico dell'Ospedale Sant'Orsola di Bologna ha ricevuto il contributo di euro 40.000 per il miglioramento dell'emergenza sanitaria.
Questo per ricordare una persona, Annarosa Andreoli, che ha speso vita e professione a sostegno di una fascia d'età che, nel viaggio verso l'età adulta, potrà contare su un aiuto fattivo, sia medico che psicologico.

Direttivo: Dott. Vittorio Foschi, Presidente Onorario; Comm. Francesco Mauro, Presidente; Renata Morresi, Vice Presidente; Raffaele Mongiorgi, Consigliere.
Collegio Sindacale: Dott. Nicola Masci; Antonio Ucci; Monica Marisaldi.
Comitato Scientifico: Dott. Mauro Voza; Dott. Davide Foschi; Dott. Stefano Dambruoso, Sostituto procuratore presso la Procura di Bologna.
Collaboratori: Prof. Berardino Vaira (Professore Ordinario di Medicina Interna Università di Bologna); Prof. Arrigo Francesco Giuseppe Cicero (Professore associato Scienze Tecniche Dietetiche Applicate Università di Bologna); Dott. Valdimaro Manneschi (Medico Militare); Dott. Francesco Rizzardi (Dir. Medico di Psichiatria - già DSM AUSL Bologna); Dott.ssa Annalisa Versari (Psicoterapeuta); Dott.ssa Valentina Francia (Psicoterapeuta); Prof. Marco Biagi (Ricercatore e Docente presso Università degli Studi di Siena).

I disturbi alimentari solitamente esordiscono in età adolescenziale, tuttavia negli ultimi anni si sta sempre più assistendo ad esordi precoci, durante l'infanzia e la prima adolescenza.
Studi epidemiologici registrano un incidenza di questa problematiche nel 25-45%dei bambini. Inoltre molti autori hanno evidenziato una correlazione tra insorgenza di disturbi infantili dell'alimentazione e successive difficoltà in età adulta.
Nel riferirsi a questa giovane popolazione Bryant-Waugh e Piepenstock (Bryant-Waugh, R. (2010). Feeding and eating disorder in childhood. Int J Eat Disord 2010;43:98-111) propongono di utilizzare i termini di *feeling disorders* (anziché *eating disorder*) ossia disturbi della nutrizione dove il disturbo viene inserito all'interno di una cornice relazionale.
Come indicato dalla Consensus Conference del 2012 il primo livello di prevenzione, quello al quale noi facciamo riferimento è la prevenzione primaria (ossia tutte quelle attività dirette a evitare che una malattia insorga).
Da un punto di vista metodologico il modello di intervento è quello dei fattori non specifici di vulnerabilità (Non-Specific Vulnerability-Stressor-Model, NSVS). Il modello NSVS è diretto a contrastare fattori di rischio aspecifici e a potenziare fattori generali di protezione, ovvero abilità o *life-*

skills individuali e sociali (World Health Organisation - WHO, 2005).
Questo progetto ha come obiettivo primario quello di effettuare un intervento di prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare nella popolazione pediatrica (9-11 aa). Gli incontri sono rivolti agli studenti di IV e V della scuola primaria e scuola secondaria di primo grado.
Gli incontri vengono pensati da due prospettive, entrambe di tipo educativo: da un lato un approccio medico, dall'altro un approccio psicologico.
Il numero degli incontri potrà essere concordati con il corpo docente in base alle loro esigenze ed alla loro disponibilità, così come la durata (1-2 ore). I lavori si apriranno con un incontro rivolto ai genitori ed insegnanti. L'obiettivo da un lato è quello di conoscerci e comprendere le esigenze delle famiglie e della scuola, dall'altro quello di cominciare a comprendere sia i segnali tipici del Dca nell'infanzia sia sottolineare quali comportamenti (e parole) sono favorenti un buon approccio con il cibo.

Progetto di educazione alimentare (dr. Voza)
– Le risorse alimentari: fra qualche anno basteranno per tutta la popolazione mondiale?
– Rispetto dell'acqua.
– Rispetto del cibo:
• consumo adeguato alle proprie esigenze;
• appropriata conservazione;
• attenzione alla scadenza.
– Mangiare per crescere:
• Io e il cibo: come il cibo viaggia nel mio corpo;
• Scoperta ai sapori: come il sapore stimola il mio rapporto con il cibo;
• Come i componenti del cibo si trasformeranno nei componenti del mio corpo;
• Come un'alimentazione non corretta può pregiudicare il futuro della mia vita: Il sale; Lo zucchero; L'olio; Pane & pasta; I latticini (latte, burro, formaggi); La carne; Verdura e frutta; I semi.
– Quali sono le modalità di una corretta alimentazione?
• Colazione del mattino: istruzioni per l'uso;
• Pranzo;
• Merenda;
• Cena;
• Il pasto fuori pasto.

Cosa faranno i bambini:
– ad ogni incontro didattico verranno fornite schede per valutare l'apprendimento
– a fine ciclo un'aula didattica di " finta cucina":
• qual è il mio programma alimentare per la mia giornata.

Cosa faranno i Genitori:
– questionario
• quanto l'alimentazione quotidiana è congruente alle richieste alimentari per l'età;
• quanto il percorso didattico può aver cambiato (in parte o in toto) le abitudini alimentari della famiglia;
• quanto il controllo sullo spreco alimentare può influenzare l'economia domestica.

Le emozioni e il cibo (dr.ssa Francia)
Gli incontri con la psicologa saranno 4 (salvo diverse necessità della scuola):
1. Nel primo incontro l'obiettivo è di introdurre l'idea che cibo ed emozioni sono collegate, soffermandoci sul fatto che le emozioni mangiano, e ci fanno mangiare, cose diverse.
– Creiamo una carta d'identità che raccolga le caratteristiche fisiche dei bambini, i loro interessi, hobby e punti di forza. Cosa gli piace mangiare e cosa non gli piace.
– EMOZIONI. Si prendono in esame le emozioni primarie: rabbia, paura, tristezza, gioia, sorpresa, disprezzo e disgusto. A seguito si chiede ai bambini quali altre emozioni conoscono? Anche per le emozioni si crea una carta identità.
2. Il secondo incontro ha come obiettivo quello di aumentare la consapevolezza delle sensazioni fisiche (es. la fame) e delle emozioni iniziando a connettere emozioni-corpo-cibo. Lavoriamo in gruppi.
– Cominciamo a capire dove sentiamo le emozioni, nella pancia, nel petto, nella testa. Creiamo delle sagome e disegnato dove sentiamo le emozioni nel corpo
– Via alle parole: cosa faccio quando mi sento... (triste, arrabbiato, felice), cosa potrei fare?
3. Il terzo incontro vuole creare un collegamento tra ciò che mangiamo e ciò che proviamo
– cosa mangiano le emozioni?
– cosa mangio io quando provo quelle emozioni?
4. Il quarto incontro ha una funzione di controllo e chiusura dei lavori. Viene effettuato con i bambini e si lascia a loro la possibilità di portare temi (anche diversi ma utili per loro) e verificare cosa hanno appreso.
Il progetto non prevede costi per le scuole.

Comportamento suicidario e malattia mentale, le possibili modalità di intervento del medico psichiatra

Luca Cimino*

Abbiamo ricevuto da un Collega una comunicazione nella quale segnala all'Ordine un problema posto da una sua assistita che gli ha proposto una richiesta finalizzata all'intento dichiarato di poter accedere al cosiddetto "circuito della buona morte" in un Paese estero. Sostanzialmente ricattando il Collega in quanto se non avesse fatto quanto richiesto la paziente avrebbe proceduto "in proprio" ad attuare il comportamento suicidario. Nella sua segnalazione il Collega ci rappresenta le difficoltà che una simile richiesta pone al terapeuta ma anche il rischio che a fronte di una tale richiesta il medico possa trovarsi da solo, tra etica, legge e procedure.
Abbiamo, pertanto, rivolto il quesito alla Commissione sulla responsabilità medica in ambito psichiatrico, che ci ha risposto attraverso un chiaro ed esaustivo documento, a firma del Dottor Luca Cimino, Coordinatore della Commissione. Documento che, vista l'importanza del problema, riteniamo opportuno proporre all'attenzione di tutti i Colleghi del nostro Ordine.

Riteniamo utile, ai fini della richiesta in esame, premettere innanzitutto come dal punto di vista clinico e forense[1] il rapporto fra comportamento suicidario e malattia mentale rappresenta un fenomeno complesso e variegato che consegue all'azione contestuale di svariati elementi che affondano nella storia personale dell'individuo, nella qualità delle sue relazioni fondamentali, nel suo livello di integrazione sociale, ecc.: il suicidio ha pertanto natura multifattoriale e la letteratura risulta concorde nel riconoscere i molteplici fattori di natura biologica, psichiatrica, psicologica, sociale, culturale, circostanziale che si embricano e si intrecciano variamente tra loro nella sua genesi (*recognition of multicausality*). Ilsuicidio, quindi, è da ritenersi un evento multideterminato, generato non da una sola e diretta variabile, ma da diverse variabili che interagendo ed integrandosi tra loro in uno stesso individuo, in modo dinamico nel tempo, rappresentano una "costellazione" di fattori tra cuiè anche da annoverare il disturbo psichico (c.d. "dimensione suicidaria"): per questi motivi il comportamento suicidario viene quindi a configurarsi come una "sindrome transnosografica" che dipende da fattori di rischio genetici/ambientali specifici e distinti da quelli comuni alle singole psicopatologie e corrispondente ad un profilo sintomatico che nonè esclusivo di alcun disturbo mentale. Pertanto, per quanto concerne la relazione tra suicidio e disturbo psichico, si rileva che la malattia psichiatrica non costituisce causa unica e diretta del suicidio, essendo per l'appunto, il suicidio un evento multideterminato: ne deriva che il disturbo psichico, quando presente, pur rappresentando una tra le molteplici variabili che possono aumentare il rischio suicidario (fattore di rischio), può non essere in nesso causale con la dinamica del suicidio stesso; infatti, la maggior parte delle persone con disturbi psichici non ha comportamenti suicidari e non tutte le persone che si suicidano hanno un disturbo psichico, così che sotto il profilo forense deve essere considerato uno tra i tanti fattori di rischio suicidario da valutare nel singolo caso clinico ed in specifici contesti bio-psico-sociali. Il disturbo psichico rappresenta, inoltre, sul piano statistico, un rischio suicidario differenziato in relazione alla diagnosi psichiatrica; ad esempio è segnalato come più frequente nella depressione, nell'abuso di sostanze, nel disturbo di personalità *borderline*ed in relazione alla evoluzione clinica della specifica diagnosi: nei disturbi dell'umore, per esempio, sembra essere più frequente nella fase depressiva. Es-

[1] Vasapollo D., Cimino L., *La responsabilità professionale dello psichiatra fra esigenze di cura ed istanze sociali*. Giuffrè Francis Lefebre, Milano, 2021.

sendo, quindi, il suicidio un evento multideterminato, la sua valutazione deve essere multiassiale (*multiaxial diagnosis*) e gli interventi per la sua prevenzione, anche nel singolo caso clinico, debbono essere di tipo multistrategico (*multicomponent interventions*); in pratica questo significa che l'intervento dello psichiatra sulla diagnosi e sulla terapia del disturbo psichico e sui provvedimenti cautelativi di prevenzione è da considerare, sotto il profilo clinico e forense, solo uno tra i molti altri interventi possibili (sanitari, economici, educativi, psicosociali di accesso alle cure ed al trattamento nelle situazioni di crisi, riduzione dello stigma, etc.) di competenza non strettamente psichiatrica. Alla luce di tali osservazioni appare pertanto un ragionamento semplicistico, riduttivo ed errato sotto il profilo clinico e forense, creare correlazioni lineari ed univoche fra il disturbo mentale inquadrato in una specifica dimensione diagnostica categoriale ed il suicidio, in quanto non rispettoso non solo della multideterminatezza eziologica del fenomeno suicidario, ma anche della realtà dei molteplici approcci clinici (diversi dalla diagnosi categoriale) che sono presenti ed operanti (indipendentemente dal loro valore forense) nella pratica psichiatrica.

Quanto sopra riportato risulta una premessa necessaria in relazione al significato da attribuire alle diverse forme di richiesta di morte relativamente, in modo particolare – al di là delle posizioni culturali, politiche o di principio relative a questa particolare tematica – alla capacità di una persona di formulare in modo valido una richiesta di morte, sulla base degli stessi criteri della validità del consenso informato a qualunque atto medico. Questo assume un particolare rilievo nel caso del c.d. "suicidio assistito" con cui si intende l'atto che consiste nel fornire i mezzi e il contesto necessari a una persona per togliersi la vita. Legale in molte nazioni, in Svizzera è consentito anche a cittadini stranieri, alimentando così il cosiddetto "turismo del suicidio"[2]. Infatti, sebbene in Italia la Corte costituzionale il 25 settembre 2019 – prevedendo una deroga all'applicazione dell'art. 580 del Codice Penale – abbia espresso un parere rispetto alla sua illegittimità costituzionale rendendo non punibile chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, tuttavia, pur in presenza di una posizione deontologica che si è uniformata a quanto previsto dalla sent. 242/19[3], mancano tutt'ora regole precise che permettano di attuare tale indirizzo, tanto che recentemente il ministro della Salute ha sottolineato la necessità di "*superare i problemi che rischiano di ostacolare l'attuazione della sentenza della Consulta o di produrre una sua applicazione non omogenea nei diversi territori*"[4]. In Svizzera, invece, l'assistenza al suicidio è ammessa dall'articolo 115 del Codice penale e regolamentata da precise regole. In questo Paese il suicidio assistito è un fenomeno che riguarda principalmente le persone con più di 55 anni (soprattutto la fascia d'età tra 75 e 85 anni), prevalentemente donne e in cui si rileva una crescita sia del tasso di suicidi che di quello dei suicidi assistiti con l'avanzare dell'età, osservandosi in particolare che se fino a 65 anni i suicidi superano i suicidi assistiti, dopo i 65 anni la tendenza si inverte e sono i suicidi assistiti a prevalere. Oltre a malattie neoplastiche e neurologiche disabilitanti, anche la depressione è stata accettata come malattia che rende possibile il suicidio, previa però la valutazione da parte di un medico della capacità di discernimento della persona che desidera ricorrere al suicidio

[2] Bersani G., Rinaldi R., Iannitelli A., *Il suicidio assistito degli italiani in Svizzera e il silenzio della psichiatria*. Riv Psichiatr 2018; 53(4): 173-176.

[3] A seguito della riportata sentenza della Corte costituzionale il Consiglio della Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), integrando il Codice deontologico che, all'articolo 17, riportava che il medico, anche su richiesta del paziente, non deve attuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte, ha affermato, quale parte integrante del predetto articolo, che "la libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare".

[4] Eutanasia, Speranza: "Urgente un intervento legislativo. Ma nell'attesa le Asl garantiscano il suicidio assistito". In: *https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/08/12/eutanasia-speranza-urgente-lintervento-legislativo-ma-nellattesa-le-asl- garantiscano-il-suicidio-assistito/6289846/*

assistito. Questo impone considerazioni cliniche ed etiche profonde, poiché la depressione è unanimemente riconosciuta come una malattia per lo più curabile e perché essa nelle sue forme più gravi, quali quelle in cui domina l'ideazione suicidaria, può compromettere la capacità del paziente di esprimere un consenso valido a qualunque atto medico, incluso naturalmente il suicidio assistito; a ciò si aggiunge il fatto che anche la presenza di una malattia somatica grave e invalidante, fonte di intensa e cronica sofferenza, comporta il rischio molto elevato di insorgenza di condizioni depressive non riconosciute, in grado a loro volta di influenzare negativamente la capacità di esprimere un valido consenso. A riguardo è necessario puntualizzare che se da un lato particolarmente rilevante è l'associazione tra un grave quadro di depressione e il rischio di suicidio, dall'altro è però altrettanto vero che l'ideazione suicidaria che accompagna la depressione regredisce spesso in modo completo insieme alla depressione stessa con la messa in atto di idonei trattamenti terapeutici. Infatti anche il concetto di "depressione resistente"[5] appare spesso legato a variesituazioni contingenti (trattamento non ottimale in termini di dosaggio e durata, fattori metabolici, scarsa *compliance* del paziente, presenza di comorbidità somatiche o psichiatriche, diagnosi impropria del sottotipo clinico di depressione)[6] responsabili di una mancata o insufficiente risposta ai trattamenti praticati rispetto al singolo caso interessato, tanto che oltre il 60% dei casi che vengono descritti come tali risultano meglio inquadrabili come "pseudoresistenza" o "resistenza relativa"[7]. D'altro lato, il sentimento dell'incurabilità e della mancanza di prospettive future costituisce parte integrante del quadro psicopatologico del soggetto depresso e viene nella realtà clinica unanimemente considerato un elemento a favore dell'effettuazione delle terapie, non della rinunzia ad esse. La speranza, spesso assente o estremamente affievolita nelle persone depresse, possiede di per sé una valenza terapeutica intrinseca e la condivisione della rinunzia a essa, implicita nell'accettazione della richiesta di morte, contribuisce a togliere al malato un'importante potenzialità di recupero del perduto slancio vitale. Ricordiamo infatti che nelle persone affette da disturbi psichici, la volontà di morire e di suicidarsi è spesso espressione o sintomo della loro malattia. Proprio perché la suicidalità può essere un sintomo diretto di malattia psichica, le persone con tendenze suicide e affette da disturbi psichici, presentando un quadro clinico complesso, vanno aiutate innanzitutto con trattamenti integrati multidisciplinari, psichiatrici e di sostegno psicosociale[8]. Per questi motivi le Raccomandazioni della CNE (Commissione Nazionale di Etica) della Confederazione Elvetica sull'assistenza al suicidio – approvate in occasione della seduta del 27 aprile 2005– riportano all'art 6 (Malattie psichiche)[9]: "Nelle persone affette da disturbi psichici, lavolontà di morire e di suicidarsi è spesso espressione o sintomo della loro malattia. Pertanto, le persone a rischio di suicidio, affette da disturbi psichici isolati o associati a patologie somatiche, necessitano in primo luogo di un trattamento psichiatrico e psicoterapeutico. Se il desiderio di farla finita è espressione di disagio psichico, l'assistenza al suicidio va negata. Le ricerche sul suicidio sono unanimi nel sostenere che una malattia psichica accresce notevolmente il rischio di suicidio. Proprio perché la suicidalità può

[5] Fra le varie definizioni di depressione resistente, che non è una categoria omogenea, una delle più diffuse è quella proposta dalla European Union's Committee for Human Proprietary Medicinal Products (CHMP)che definisce un paziente resistente quando due trattamenti consecutivi con due antidepressivi di differenti classi utilizzati per un sufficiente periodo di tempo a una dose adeguata non producono un effetto accettabile. Peraltro, tale definizione, secondo le ultime evidenze, è in via di revisione, riducendosi la soglia per definire resistenza alla mancata risposta a un solo antidepressivo sperimentato che esiti in ridotta efficacia terapeutica.

[6] Luchini F. et al., *Depressione resistente al trattamento: stato dell'arte. Parte I. Nosografia e clinica*. Riv Psichiatr 2014;49(5):207-216.

[7] Gibino S, Serretti A., *Farmacoterapia della depressione resistente*. In: Girardi P., Brugnoli R. (a cura di). *Manuale di farmacoterapia psichiatrica*, Pacini Editore, Pisa, 2012.

[8] Ministero della Salute, Definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità. Accordo Conferenza Unificata 13 novembre 2014.

[9] Il suicidio assistito negli istituti per persone bisognose d'assistenza. documento di riferimento, versione riveduta 2018. Adottato il 12 marzo 2013 dalla direzione di CURAVIVA Svizzera. Modificato nel novembre 2018 e approvato il 12 dicembre 2018 dalla direzione di CURAVIVA Svizzera.

essere un sintomo diretto di malattia psichica, le persone con tendenze suicide e affette da disturbi psichici vanno aiutate innanzitutto con trattamenti psichiatrici e sostegno psicosociale. Le persone in crisi suicidale necessitano più che mai di comprensione ed empatia, di qualcuno che li ascolti, e che capisca che il bisogno di farla finita non ha motivazioni ben definite. Le malattie psichiche compromettono la qualità della vita, ma non la vita stessa e spesso la loro prognosi è aperta. Dunque, in queste situazioni il suicidio assistito va generalmente escluso. Una condizione necessaria anche se non sufficiente per derogare a questa norma è il manifestarsi di intenzioni suicide, che non sono espressione o sintomo della malattia psichica e che si manifestano per esempio nell'intervallo asintomatico di una malattia che fino a quel momento aveva avuto un decorso cronico. (Per «espressione» della malattia s'intende un nesso diretto tra la volontà di suicidio e la malattia psichica e non per esempio il fatto di soffrire di una situazione di vita che può essere influenzata da una malattia). Considerato che gli istituti psichiatrici sono tenuti a trattare le malattie psichiche e le loro conseguenze – come la suicidalità – i suicidi assistiti non devono avvenire in tali strutture».

Sulla base delle osservazioni sopra riportate appare pertanto evidente come davanti alla richiesta di morte di una persona affetta da un disturbo psichico, il primo obiettivo è quello di aiutare il malato nel recupero, nella misura possibile, della libertà di scelta, che sovente risulta compromessa dalla stessa natura depressiva della malattia o dalla reazione depressiva alla malattia, mediante tutti gli interventi e i trattamenti potenzialmente utili. La riduzione della sofferenza psicopatologica dovrebbe rappresentare una condizione essenziale per il malato per una possibile riconsiderazione della sua richiesta, una volta influenzata in misura minore dalla sofferenza mentale, in una capacità quindi di esprimere un consenso più valido in rapporto al recupero della libertà della sua espressione[10]. Il recupero della libertà di scelta, compromessa dalla sofferenza, dovrebbe rappresentare un obiettivo primario di ogni terapia, tale da rimettere il paziente in condizioni di esercitare in modo valido la propria autodeterminazione rispetto alla richiesta o meno di fine vita. Infatti in tutti i casi in cui esista una sofferenza mentale grave e riconosciuta come tale esiste in modo logico e inequivocabile il rischio di una riduzione della capacità di esprimere un consenso valido all'"atto medico" del suicidio assistito. Per gli stessi criteri clinici per cui a un paziente psichiatrico viene in molte situazioni riconosciuta una capacità grandemente o del tutto scemata di esprimere o rifiutare un consenso a un atto medico, tanto da potere essere legalmente sottoposto a trattamenti anche contro la sua volontà, dovrebbe essere attentamente considerata la possibilità che la condizione psicopatologica, sia di natura depressiva che di altra natura, a causa della quale un soggetto richiede il suicidio assistito, sia di per sé di gravità tale, confermata dalla richiesta stessa del suicidio, da influire negativamente sulla capacità di esprimere in modo valido il consenso ad esso[11].

Facendo riferimento al caso specifico preme peraltro evidenziare come il Collega definisce la sua paziente come una "grave caratteropatica", elemento questo che rende ancora più stingente quanto sopra riportato in merito alla relazione esistente fra natura ed entità della patologia psichica e significato della richiesta di morte alimentata da una "dimensione suicidaria" caratterizzata non solo dalla presenza di un disturbo psichiatrico nosograficamente identificabile, ma anche da un carico di emozioni negative e contrastati, ostilità accentuata, polarizzazione ideativa (pensiero dicotomico), alterazione della capacità di giudizio che contribuiscono in maniera spesso determinante nel generare e mantenere in questa tipologia di pazienti il convincimento di risolvere/evitare i propri problemi attraverso il suicidio[12]. In merito preme infatti evidenziare come la dimensione "suicidialità" rappresenta una "specificità comportamentale" tipica dei Disturbi Gravi di Personalità (DGP)[13], espressione di

[10] Loc cit sub 2.

[11] Ibidem.

[12] Pompili M., Serafino G., *Prevenzione farmacologica del suicidio*. In: Loc cit sub 5.

[13] Regione Emilia-Romagna, Linee di indirizzo per il trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità. Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche Salute Carceri, 2013.

una modalità comportamentale disadattativa e disfunzionale a fattori stressanti interpersonali indicativa di inadeguate capacità di *coping* e di *mastery*. che necessitano di interventi terapeutici specifici, integrati e multidisciplinari.
Calando pertanto le osservazioni sopra riportate nel caso in esame riteniamo utile evidenziare i seguenti punti:

- Nelle persone affette da disturbi psichici, la volontà di morire e di suicidarsi è spessoespressione e sintomo del loro disturbo psichiatrico. La riduzione della sofferenza psicopatologica dovrebbe rappresentare una condizione essenziale per il malato per una possibile riconsiderazione della sua richiesta, una volta influenzata in misura minore dalla sofferenza mentale, in una capacità quindi di esprimere un consenso più valido in rapporto al recupero della libertà della sua espressione. Per questo motivo, se il desiderio di farla finita è espressione di un disagio psichico, l'assistenza al suicidio viene negata anche in Svizzera. Pertanto, le persone a rischio di suicidio affette da disturbi psichici necessitano, in primo luogo, di un trattamento specifico integrato e multidisciplinare, facente capo ad un'équipe di riferimento soprattutto in caso di DGP, con un livello di intensità e frequenza adeguato al caso specifico e interessante non solo il paziente, ma anche i familiari attraverso la formalizzazione di un progetto di cura. Nel caso il paziente tenda a sottrarsi al percorso di cura o a interrompere il trattamento, aspetto frequente nei DGP, l'atteggiamento del sanitariodeve essere improntato a «un'attitudine proattiva, di non attesa, nei confronti del paziente, intervenendo sulla sua motivazione al trattamento, ricercando il consenso alla cura, ma anche, se necessario, obbligandolo alle cure. (...)»[14].
- Premettendo che il medico non può certificare una condizione di "depressione irreversibile" per il fatto che tale definizione non corrisponde a nessun disturbo mentale nosograficamente definito (DSM, ICD), né trova alcun fondamento psicopatologico, preme in merito ricordare che il sanitario che abbia la consapevolezza dell'inidoneità delle richieste del paziente non può dare corso alle stesse assecondando i "desiderata" del richiedente (Tribunale di Genova Sezione II, Sent. del 05/05/2008), in quanto essi possono essere profondamente sbagliati provenendo da un soggetto che non solo non ha adeguate conoscenze specifiche, ma in quanto alimentate anche da una capacità di *insight* e di giudizio distorte dallo stesso disturbo psichico di cui è portatore. Questi aspetti fanno sì che nella certificazione in psichiatria[15] il medico debba tener conto della possibilità di emettere certificati non solo su richiesta, ma soprattutto nell'interesse del paziente attraverso una valutazione clinico-psicopatologica rigorosa. In tal modo, ottemperando anche agli obblighi deontologici (art. 24 CDM), la certificazione redatta dallo specialista psichiatra dovrà contenere informazioni dettagliate sulla patologia psichiatrica riscontrata, sulla sua gravità, sugli aspetti psicopatologici e funzionali, sulla terapia prescritta e attuata dal paziente, sul suo grado di *insight* e sulle motivazioni per cui viene richiesto il certificato relativamente alla loro congruità o meno. Il complesso delle informazioni (anamnestiche, cliniche, documentali) oggetto del certificato dovrà raffigurare un quadro completo del caso che sia oggettivo ed esplicitato nella sua parte conclusiva diagnostica adeguata a codificazioni nosologiche univoche, chiare e scientificamente acclarate, informando debitamente il richiedente del valore e significato della certificazione. Sarà inoltre necessario rendere partecipe il paziente del motivo per cui non possono essere assecondate specifiche richieste incongrue, cercando di fare in modo, per quanto possibile, che la richiesta di certificazione possa avere un "valore trasformativo" all'interno della dinamica relazionale medico-paziente, in termini soprattutto motivazionali al trattamento di un quadro psicopatologico rispetto al quale, come nel caso specifico, le stesse motivazioni che sostengono la richiesta del certificato da parte del paziente ne rappresentano una evidente espressione fenomenica.

Bologna, lì 30/09/2021

*Dott. Luca Cimino
Coordinatore Commissione sulla responsabilità medica in ambito psichiatrico

[14] Loc. cit sub 11, pag. 24.

[15] Cfr: Cimino L. et al., La certificazione in psichiatria. In: Vasapollo D., Cimino L., La responsabilità professionale dello psichiatra fra esigenze di cura ed istanze sociali. Giuffrè Francis Lefevre, Milano, 2021.

MEDICI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Aggiornato al 1° ottobre 2021

BALDESSARI MARGHERITA	348/71.37.485	MURARIU IOANNA ADINA	348/91.48.155
BORDINI MILA	327/79.65.143	TARI' ELENA MARIA	349/45.39.030
BREIDY ROSINE	333/49.39.507	TUGNOLI MATILDE	339/48.99.888
BRIGANTI GIOVANNI LEONARDO	340/05.21.109	VAIOLI VANESSA	334/87.50.572
CIUBINE VALERIO	349/56.77.923	VALTORTA ALESSANDRO	347/16.43.919

***

MEDICI SPECIALISTI DISPONIBILI PER ATTIVITÀ

Cognome - Nome	Specializzazione/Annotazioni	Telefono
BERNARDI CHIARA	Pediatria	340/55.23.379
CARDELICCHIO RODOLFO	Ortopedia e Traumatologia	335/62.20.145
DONATI UMBERTO	Ortopedia e Traumatologia Chirurgia della Mano Medicina Legale e Assicurazioni	347/88.53.126
MELEGA ANDREA	Formazione Medicina Generale	327/04.98.097

COLIBRÌ®

Ai Colli

PRESIDIO OSPEDALIERO ACCREDITATO PSICHIATRICO

Aut. San. P.G. n. 58841 del 10/03/2008

Consorzio Ospedaliero Colibrì

Direttore Sanitario e Primario: ***Dott. Paolo Baroncini***

Medico Chirurgo specialista in Psichiatria e in Psicologia Medica - Psicoterapeuta

Reparti di degenza

- Residenza Trattamento Intensivo
- Residenza Trattamento Intensivo Specialistico (Dipendenze Patologiche)
- Psichiatria generale
- Riabilitazione Psichiatrica

Ambulatori

- Psichiatria generale
- Dipendenze Patologiche
- Psicogeriatria
- Psicologia Clinica

per informazioni: tel 051 581073 – fax 051 6448061

Sito internet: ***www.aicolli.com*** E-mail: ***casadicura@aicolli.com***

40136 Bologna - Via San Mamolo, 158

In palazzo storico di Piazza dei Martiri (Bologna) munito di ascensore e servizio di portierato sono disponibili 2 stanze libere da arredo in studio medico condiviso con collega odontoiatra. Canone richiesto euro 500,00 incluse spese condominiali. Cell. 349/4914773. No odontoiatra.

Affitto a colleghi studio medico viale Pietramellara - Bologna. Piano primo con ascensore luminoso. Tre ampie camere, corridoio, bagno. Ottimo strato, ristrutturato con impianti a norma. Euro 1.100/mese + spese cond.li. Tel. 051/440376 - 348/8126096.

Vendo riunito Eurodent isotron in buone condizioni, lampada nuova Faro, tappezzeria azzurra cambiata pochi anni, pochissimi difetti. 2.000 euro. Tel. 051/242301 o 339/92587136.

Si ricerca Medico per collaborazione con Guardia Medica Privata per Bologna e zone limitrofe. Se interessati contattare il numero 051/224466 o inviare curriculum a info@newhelp.it / segreteria3@bernasconi.pro. L'orario di segreteria è il seguente: dal lunedì al giovedì dalle 8:30 alle 16:00 e il venerdì dalle 8,30 alle 12,30.

Nuovo poliambulatorio mette a disposizione STUDI MEDICI e SALA CHIRURGICA per day-surgery. I locali sono dotati di impianto di climatizzazione autonomo e Wi-Fi. Situato in una zona della città in posizione intermedia tra la stazione centrale e la fiera, con ampia possibilità di parcheggio circostante. Alta visibilità con vetrine in affaccio diretto su strada principale. Ambiente aperto e stimolante con possibilità di instaurare proficui scambi interdisciplinari. Volendo servizio di segreteria. Scrivere a info@sorimed.com o telefonare al dott. Alessandro Nobili 3313178721.

Sono il dottor Alessandro Nobili, direttore sanitario di un nuovo Poliambulatorio multispecialistico a Bologna, gestito esclusivamente da medici ed odontoiatri: cerchiamo Odontoiatra per collaborazione igiene, conservativa, endodonzia, chirurgia orale. Ambiente di lavoro aperto e stimolante. Offriamo possibilità di crescita professionale e di diventare partner. Essendo intenzionati ad investire su questa figura, chiediamo residenza nella provincia di Bologna. Scrivere info@soridente.it o Telefonare 3313178721.

Norme editoriali

L'editoriale e il dossier saranno pubblicati su richiesta dell'editore.

Articoli: formato word, times new roman 12, spazio singolo, giustificato, sono graditi gli articoli a carattere sanitario e a rilevanza locale. Gli articoli a carattere scientifico saranno inviati a referee nazionali scelti dalla redazione. Ogni articolo non dovrà superare di norma le 16.000 battute e contenere massimo 3 immagini in bianco e nero.

Notizie: testo dattiloscritto di massimo 4.000 battute

Congressi/convegni/seminari (da inviare almeno due mesi prima del loro svolgimento)
Sono graditi prevalentemente quelli a carattere locali.
Esempio: titolo, obiettivo (max 250 battute), sede e data del convegno, informazioni (nominativi, telefoni, e-mail)

Annunci: testo di massimo 500 battute

CONCESSIONARIO PER LA PUBBLICITÀ: RENOGRAFICA SRL
13 via Seragnoli - 40138 Bologna - telefono 051 6026111 - fax 051 6026150

DA OGNI INCONTRO GENERIAMO VALORE

Siamo nati azienda e **siamo diventati un gruppo**, sappiamo cosa vuol dire essere piccoli e stiamo imparando a essere grandi. Cresciamo con i nostri clienti e tracciamo insieme **nuove strade da percorrere**, sviluppando **packaging per l'healthcare nati dal dialogo**.

www.renogroup.eu

RENOGROUP
La forma del cambiamento