

2025

maggio - giugno - luglio - agosto

bollettino di *modena*

Bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena



- EDITORIALE DEL PRESIDENTE
- FOCUS: LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE È ANCORA UN CAPOSALDO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO? (L. CASOLARI, DON G. SEMPREBON, A. SIVELLI, N. D'AUTILIA)

ISSN 2035-0546

SOMMARIO

bollettino di modena

EDITORIALE	3
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	4
FOCUS	6
BIBLIOTECA	15
ARTE E DINTORNI	16
DIALETTO IN PILLOLE	19

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Carlo Curatola

Vice Presidente

Dr.ssa Laura Casari

Consigliere Segretario

Dr.ssa Letizia Angeli

Consigliere Tesoriere

Dr. Stefano Reggiani

Consiglieri

Dr. Andrea Bergomi, Dr.ssa Catia Carretti,

D.ssa Maria Teresa Donini, Dr. Stefano

Guicciardi, Dr. Salvatore Lucanto,

Dr.ssa Claudia Omarini, Dr. Giuseppe

Stefano Pezzuto, Dr. Alberto Pizzo,

Dr. Gabriele Romani, Dr.ssa Sara Roversi,

Dr. Vito Simonetti

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi, Dr. Mario Caliandro

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr.ssa Elena Bulgarelli

Componenti

Prof. Luca Giannetti, Dr.ssa Nenee Sene

Supplente

Dr. Domenico Lomonaco

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Vice presidente

Dr. Mario Caliandro

Dr.ssa Francesca Braghiroli (segretario),

Dr. Luca Cantoni, Dr. Vincenzo Malara,

Dr.ssa Alessandra Odorici

BOLLETTINO

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Collaborazione artistica

Dr. Lodovico Arginelli

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri di Modena

REALIZZAZIONE EDITORIALE

Eurocopia Servizi

Via Degli inventori, 11 – Modena

Tel +39 059 830 2312

www.eurocopia.it

Fotocomposizione

Donatella Testa – Modena

redvelvet.ortolani@gmail.com

In copertina: "L'Autore dentro lo spazio curvo" (Pelloni Romano).

CONTINUARE A COSTRUIRE INSIEME: LA POLITICA DEL FARE E LA TUTELA DELLA NOSTRA PREVIDENZA

Cari Colleghi,
ogni volta che ci ritroviamo in queste pagine per un aggiornamento condiviso, sento l'urgenza di rinnovare il senso di responsabilità che ci lega. Sono passati cinque anni da quando abbiamo scelto di improntare l'attività dell'Ordine a una *politica del fare*, che non si limitasse a dichiarazioni d'intenti, ma trovasse riscontro in progetti concreti, nella vicinanza quotidiana ai professionisti, nell'ascolto e nel dialogo con le istituzioni e con la cittadinanza.

Credo sia sotto gli occhi di tutti come questo approccio operativo abbia permesso di affrontare sfide complesse: dalla gestione dell'emergenza pandemica al sostegno psicologico per i colleghi più provati, dalle azioni sulle vittime di violenza alla tutela della dignità professionale alle iniziative di aggiornamento e formazione continua. L'acquisto della sede è sicuramente l'azione politica più caratterizzante di questi anni insieme ma sappiamo che non può essere motivo per gongolare eternamente. Roba da ignavi.

Il percorso non può e non deve arrestarsi: tutto il Consiglio sa che la fiducia conquistata si mantiene solo dimostrando coerenza e capacità di risposta, senza smettere di comunicare ciò che si fa e perché lo si fa.

In questo senso, la *socializzazione* della nostra attività non è un elemento accessorio, ma parte integrante della credibilità dell'Ordine. Informare, rendicontare e condividere le scelte è l'unico modo per costruire un senso di appartenenza autentico e duraturo.

L'aggiornamento informatico dei nostri sistemi operativi sarà una sfida silenziosa che darà strumenti aggiuntivi a questa necessità e garantirà nel breve/medio termine dei risultati che potremo tutti apprezzare.

Accanto a queste riflessioni, desidero cogliere l'occasione per informarvi della mia recente elezione nel Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM. È un incarico che accolgo con senso del dovere e che considero un'opportunità per rappresentare anche il nostro territorio in un momento storico in cui la previdenza di categoria richiede impegno, competenze e una visione prospettica.

L'ENPAM, come sapete, è un pilastro essenziale della nostra sicurezza presente e futura. È importante difenderne il ruolo, la solidità e la capacità di generare valore, contrastando le semplificazioni che talvolta tendono a ridurre la funzione a mero ente erogatore di pensioni. Oggi più che mai l'Ente di previdenza è anche un investitore responsabile, un presidio di welfare integrato e un interlocutore vigile che si prende cura del patrimonio previdenziale di tutti i medici e odontoiatri.

Con questo spirito di servizio, e con la determinazione che ci ha guidati finora, continueremo a lavorare per una professione che sappia conciliare identità, dignità e innovazione. Ringrazio ciascuno di voi per la partecipazione attiva alla vita ordinistica, per le sollecitazioni costruttive e per la fiducia che ci consente di portare avanti, insieme, una politica del fare che trova riscontro nei fatti e non soltanto nelle parole.

Un caro saluto,



Il Presidente
Carlo Curatola

CONSIGLIO DIRETTIVO

Mercoledì

25 marzo
2025

ore 21,00



Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Variazioni agli albi;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Delibere amministrative;
4. Varie ed eventuali.

Mercoledì

09 aprile
2025

ore 21,00



Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbali Consiglio 9.3.2025 e 25.3.2025;
2. Variazioni agli albi;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Delibere amministrative;
5. Varie ed eventuali.

Mercoledì

28 maggio
2025

ore 21,00



Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale Consiglio Direttivo 9.4.2025;
2. Variazioni agli albi;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Elezioni rinnovo organi istituzionali Enpam 2025-2029;
5. Commissione giovani medici: proposte (Pizzo, Sene);
6. Commissione contrasto alle mafie e alla corruzione CUP "Tavola rotonda Professioni, deontologia e legalità: report" (Bergomi);
7. Razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche (art. 20 del D.Lgs. n.175/2016) e censimento delle partecipazioni e dei rappresentanti in organi di governo di società ed enti (art. 17 del D.L. n. 90/2014) - Dati al 31/12/2023;
8. Avvio formazione nuovi gestionali La Traccia: aggiornamenti;
9. Delibere amministrative;
10. Varie ed eventuali.

Martedì

17 giugno
2025

ore 21,00



Si discute il seguente ordine del giorno:

5. Approvazione verbale Consiglio Direttivo 28.5.2025;
6. Variazioni agli albi;
7. Comunicazioni del Presidente;
8. Delibere amministrative;
9. Varie ed eventuali.

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

Martedì
22 aprile
2025
ore 21,00



Si discute il seguente ordine del giorno:

- 1-Approvazione verbale CAO del 09-03-2025;
- 2-Comunicazioni del Presidente;
- 3-Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
- 4- Aggiornamento culturale;
- 5-Opinamento parcelle odontoiatriche;
- 6- Varie ed eventuali.

Domenica
20 maggio
2025
ore 21,00



Si discute il seguente ordine del giorno:

- 1-Approvazione verbale Cao del 22/04/25;
- 2-Comunicazioni del Presidente;
- 3-Eventuale apertura e chiusura procedimenti disciplinari;
- 4-Aggiornamento culturale;
- 5-Opinamento parcelle odontoiatriche;
- 6-Varie ed eventual.



narcisismo, e ha il timore che il medico gli proponga diagnosi o terapie difficili da affrontare. La relazione medico-paziente è sempre stata di amore-odio. Il rapporto, che viene definito in psicologia 'transferale', perché trasferisce sul medico il modello che l'individuo aveva con le figure significative della sua vita (in primis, ovviamente coi i genitori), si instaura velocemente col medico. I buoni genitori hanno lasciato che il loro figlio li amasse, ma anche che, in alcune fasi, li odiasse, mentre i cattivi genitori non hanno amato o non hanno tollerato l'odio, rimandando al figlio un senso di colpa per non essere come loro lo volevano. Il medico, come un buon genitore, deve conoscere questi meccanismi e non soffrire se il paziente, in alcune situazioni, appare aggressivo, ingrato, petulante: insomma un rompiscatole. Ritengo che negli anni non siano modificate le dinamiche di fondo del rapporto del medico col paziente, mentre sono cambiate le sovrastrutture sociali e le modalità di esprimersi della relazione che ho definito di amore-odio. Nella nostra società tutte le figure autorevoli sono state soppiantate dall'idea individualista che la pubblicità imperversante ci trasmette. Ho calcolato che ogni ragazzo per arrivare a 18 anni ha subito (uso questo termine per dare l'idea della costrizione) un milione di spot pubblicitari tramite i cartelli stradali, le magliette degli amici, le vetrine, le televisioni, i cellulari, le sale d'attesa negli aeroporti, etc. Questo bombardamento veicola un messaggio di fondo comune: tu non sei felice, lo saresti se possedessi e acquistassi questo o quel prodotto. Indurre insoddisfazione e senso di inadeguatezza è l'elemento comune di tutto il battage pubblicitario che il giovane deve affrontare per divenire adulto (se qualcuno volesse approfondire può leggere il mio libro: *Intelligenza del desiderio*, edito da Aliberti). Non dobbiamo quindi meravigliarci se la società è fatta di persone insoddisfatte che, anche se ricevono una prestazione medica eccellente, hanno qualcosa da obiettare. Se poi si associa la diffusione e l'amplificazione, tramite i social, delle rimostranze nei confronti dei medici, l'idea di un rapporto medico-paziente difficoltoso risulta reale. Aggiungiamo a questi fattori la pletora degli avvocati ed ecco che la vita del medico diviene difficile. Appena iniziano a lavorare i giovani medici, come primo atto, stipulano un'assicurazione professionale, mentre ricordo che la mia generazione per anni non ci pensava (forse eravamo incoscienti). È quindi chiaro che i medici ora sono più diffidenti nei confronti del paziente. Non lo vedono più solo come una persona da curare, ma come una possibile fonte di richieste risarcitorie.

In sintesi, ritengo che il rapporto medico-paziente non sia mutato nella sua struttura di base, fatta di odio-amore, ma sia mutato il contesto e quindi le modalità in cui si deve lavorare. Questo cambiamento è certamente più faticoso e fonte di sofferenza per il medico che non si sente appagato, anche quando lavora al meglio delle sue possibilità.

D. Quale ritieni sia stato il ruolo della pandemia da Covid nel determinismo di una crisi relazionale medico-paziente? O questo evento così traumatico a livello globale ha svolto solo da accelerante un processo già avviato da tempo?

R. Il Covid ha fatto emergere la nostra fragilità. Per un anno almeno ci siamo sentiti indifesi, di fronte ad un evento che travalicava le nostre capacità di controllo. Ciò ha determinato una profonda ferita al narcisismo collettivo che nutre la nostra società. Secondo i dettami del vissuto narcisistico dell'Occidente questa società è la più avanzata, quella che conosce e domina la natura in tutti i suoi aspetti. Il Covid ha fatto crollare il mito narcisistico. Come reazione, molte persone, non tollerando la frustrazione della perdita del mito dell'invincibilità della società moderna occidentale, si sono rifugiate in vissuti paranoidei. C'è sicuramente sotto un complotto, i poteri forti, una macchinazione per impiantare durante le vaccinazioni chip che ci controllano, etc. Si badi bene che, in questo modo, si vive male perché la colpa è dei cattivi che ci vogliono controllare, ma almeno rimane l'idea che la società in cui viviamo è talmente forte da poter dominare la natura. Quindi, fra le due opzioni, quella di sentirsi impotente, e quella persecutoria di continuare a credere all'onnipotenza dell'uomo occidentale, seppur cattivo, per molte persone è risultata meno angosciata la seconda. Questo meccanismo psicologico è stato pari pari trasferito sulla medicina. Di conseguenza, per una fetta rilevante della popolazione, non è accettabile pensare che la medicina

è fragile, che il medico fa quello che può. Preferisce ritenere che il medico onnipotente sia cattivo, che non voglia curarli, che sia un inetto, incapace di applicare la cura miracolosa o, addirittura, un prezzolato dalle case farmaceutiche per fare del male alle persone. Questo atteggiamento, che in termini psichiatrici si può definire paranoide (in nuce è simile ai meccanismi che innescano la vera e propria paranoia) ha contaminato la società, facendo esplodere la diffidenza, il contenzioso legale e la rabbia nei confronti delle istituzioni sanitarie che “non vogliono curarci”. Anche in questo caso per tante persone è preferibile ritenere che il medico sia ignorante o non voglia malevolmente curare, piuttosto che accettare che la medicina non è onnipotente e certe malattie non sono, al momento, affrontabili con successo.

Gli atteggiamenti di fede incrollabile verso l'idea che esista una cura, da qualche parte in America o presso gli sciamani, e che sia colpa del medico che non sa o non vuole applicare la medicina giusta sono sempre esistiti. Il Covid li ha slatentizzati a livello di diffusione sociale, tanto che ora, nel Paese guida dell'Occidente abbiamo un ministro della sanità propugnatore di queste ideologie.

D. Per la peculiarità della tua specializzazione ti trovi nella veste di curante di pazienti con problematiche psichiche. Quale è il vissuto della tua relazione professionale anche in merito alle eventuali carenze dei tuoi colleghi in tema di rapporti personali?

R. Il paziente che si rivolge allo psichiatra spesso ha dovuto affrontare una diatriba interiore molto complicata. Pensare di non essere padrone assoluto dei propri vissuti emotivi, intellettivi e relazionali è una grande ferita al proprio narcisismo. Essere bollato come “picchiato” dai familiari o amici che, dal momento in cui comunichi che ti fai curare dal “medico dei matti”, ti vedono diversamente da prima, è complicato. Lavoro da oltre quaranta anni, per cui ho vissuto un'evoluzione positiva. Ora, tanti giovani comunicano con orgoglio ai loro coetanei che si recano dallo psicologo. Fa “figo” affermare di essere dei novelli Giovani Werther (I dolori del giovane Werther, 1774; J. W. Goethe) attanagliati da dolori esistenziali. Da quello che mi confidano i ragazzi, con questo atteggiamento “si cucca” (si sa che molti ragazzi e soprattutto ragazze hanno la sindrome delle crocerossine).

Solitamente con lo psichiatra è relativamente facile instaurare una relazione significativa che noi definiamo transferale. All'inizio, il transfert e la relazione sono positive, di fiducia e gratitudine. Il rovescio della medaglia è che quando il paziente sta meglio desidera scrollarsi di dosso il legame con lo psichiatra, per cui non sempre sarà riconoscente per l'impegno che questi ha profuso. Si tratta di un meccanismo psicologico che tutti i medici dovrebbero conoscere, perché è fonte di grandi sofferenze per i sanitari che lo vivono. Se non si è preparati di fronte al paziente ingrato (quello che quando doveva essere operato ti vedeva come un Dio e ora ti snobba, che va da un collega o che, addirittura, si lamenta per piccoli effetti collaterali...) il medico si arrabbia. Ricordo il caso di un collega chirurgo sofferente perché un paziente che lui “aveva salvato”, operandolo e asportando una grave patologia era tornato a lamentarsi perché la ferita chirurgica aveva provocato un inestetismo. Non riusciva ad accettare quella che era un'evidente ingratitudine, che fa parte della normalità della relazione medico-paziente. Per questi vissuti psicologici, che sono ubiquitari, ritengo che il medico debba essere molto ben pagato. Il medico non può aspettarsi una professione di sole gratificazioni. Per poter accettare le brutture dell'essere umano, mischiate alle bellezze, deve avere una gratificazione esterna. Un tempo l'immagine sociale elevata e la deferenza verso la sua sapienza erano importanti. Ora, rimane solo il denaro che, in questo caso, non è vile, ma utile a svolgere bene la professione. Se vogliamo parlare di carenze psicologiche fra i medici ritengo che quelli “messi peggio” siano coloro che si vivono come prestatori d'opera. In certe branche mediche, ma soprattutto chirurgiche, quel tipo di intervento o quel tipo di esame divengono una routine in cui il medico eccelle. Compie in modo routinario decine o centinaia di interventi. Le situazioni di maggior rischio sono, paradossalmente, quelle dove l'intervento va “sempre” bene. Più ci si avvicina alla perfezione, tipo il 99,9% di risultati positivi, più il medico è a rischio perché, il malaugurato paziente che corrisponde allo 0,1%, sicuramente non accetterà di essere l'unico sfortunato, e si rivarrà contro il sanitario. I medici che

attuano prestazioni molto ripetitive, con ottimi risultati, tendono a sentirsi onnipotenti e perdono spesso capacità relazionali. Non si mettono nei panni del paziente perché, nel loro atto chirurgico o medico, non serve. Alla lunga, divengono macchine da lavoro e da soldi, scostanti rispetto alla relazione, che fa perdere loro tempo prezioso per "fare altri soldi". La gratificazione economica, che prima ho affermato essere importante, non può però essere sufficiente, per cui, a lungo andare, la sofferenza del medico emergerà.

D. Nel rispetto della dovuta privacy ti sei trovato ad affrontare casi di colleghi in burn out per motivazioni correlabili ad una difficoltà relazionale con i pazienti?

R. Negli ultimi anni, forse perché sono anziano e qualcuno penserà che sia saggio, vedo ogni anno una o due decine di colleghi che si rivolgono a me per difficoltà varie. In tutti emerge un disagio lavorativo, accanto ai vissuti personali e familiari. Negli ospedali, mi pare che sia diventata pratica comune lavorare tante ore in più di quelle che richiede il contratto di lavoro, avere un carico di lavoro molto intenso e avvertire la rabbia dei pazienti o dei parenti che non si sentono presi in cura in modo adeguato. Durante il Covid era drammatica la situazione che mi hanno raccontato, in cui dovevi scegliere a chi mettere o a chi togliere il respiratore. Anche ora è difficile decidere, visto che i posti letto sono pochi, che quel paziente può essere ricoverato e quello no. Si cerca di ovviare, lavorando tanto, con la sensazione di stare svuotando il mare con un bicchiere. Quando lo stato di tensione diviene intenso, sappiamo che esistono tre modalità di emersione della sofferenza: comportamentale, mentale o fisica. Il comportamento, espressione di sofferenza più diffuso fra i colleghi, è purtroppo l'uso di alcol e di farmaci autoprescritti. Solitamente, non si tratta di un abuso conclamato, ma di un uso eccessivo, soprattutto nei momenti liberi (per non pensare). Da un punto di vista mentale fra i medici, in base alla mia esperienza, prevale l'aspetto ossessivo, con un eccessivo scrupolo, pulizia esasperata o pensieri intrusivi di inadeguatezza. Il campo, però, più diffuso di sofferenza fra i sanitari ritengo sia quello psicosomatico, forse perché essendo medici è più psicologicamente accettabile. Inconsciamente il sanitario "preferisce" una bella sofferenza fisica a un disagio mentale, perché così nasconde, anche a se stesso, lo stato di malessere. Si sprecano, quindi, le dermatiti, le ipertensioni, le vertigini, forme asmatiche, colon disfunzionale, cistiti strane, oltre all'astenia e debolezza cronica. Confesso che curare i colleghi è complicato, perché sono spesso ipersensibili, vorrebbero risultati immediati e tendono ad attuare in campo farmacologico il "fai da te".

D. Secondo il tuo parere quali sono oggi le cause più rilevanti nella crisi della relazione tra medico e paziente?

R. Come ho prima argomentato non vedo una vera e propria crisi del rapporto medico-paziente, in quanto i meccanismi di fondo di tipo ambivalente rimangono uguali nei decenni. La crisi che vedo all'orizzonte è sociale in quanto la sanità, come noi l'abbiamo conosciuta, gratuita, fruibile per tutte le classi sociali sta scomparendo, per lasciare il posto a una sanità privata, in mano a forti gruppi economici. Il medico è schiacciato nel pubblico dalla carenza di risorse e nel privato dall'organizzazione, volta solo a far soldi. Trovare un equilibrio in cui, accanto a una giusta e utile gratificazione economica, vi sia in primo luogo il benessere del paziente risulterà sempre più arduo.

Per semplificare direi che vi sono due estremi della modalità di affrontare la professione, entrambi problematici. Da un lato, il medico "missionario" che si sente investito da un progetto e si dona completamente al lavoro, trascurando se stesso e, a volte, anche la sua famiglia. Si badi bene, non parlo del vero missionario che va nei paesi con problemi sanitari molto gravi (tra l'altro anche mio figlio dentista è andato per alcuni mesi in Guatemala a curare i denti gratuitamente), ma di chi in un contesto italiano, in cui non è necessaria l'opera missionaria, si sente investito di questo ruolo. Dall'altro lato, abbiamo la sua antitesi, costituita dal medico "macchina per far soldi" che vede nella professione solo un modo per affermarsi a livello sociale. Entrambi sono destinati ad andare incontro a una rilevante sofferenza. Il medico che si sente missionario

prevaricante di un paternalismo imperante ma è cambiato l'approccio in chi ascolta, che percepisce il professionista non più come chi ha la soluzione del problema da offrire o comunque quello che conosce l'argomento in questione: il parere del dottore non è più da seguire ma è una opinione che si può approfondire, confutare, rifiutare o accettare perché come paziente si hanno altre risorse alternative: le indicazioni di Internet, l'approfondimento dell'intelligenza artificiale, l'esperienza degli amici e parenti etc. Si entra nell'ambulatorio con già delle informazioni, dei "sentito dire", delle pagine stampate dei siti on-line visitati e questo imposta già l'incontro con dei pre-giudizi e pre-concetti. Non c'è più la consapevolezza che ciò che dice il medico, nel suo ambito, bisogna ascoltarlo e metterlo in pratica all'interno di una impeccabile *compliance*, ma, diventa un parere tra i pareri raccolti. Non dico fosse bene il paternalismo ma, certamente oggi, le nuove generazioni non danno un peso vincolante alle parole del professionista a cui affidano la loro salute. Questo porta a relativizzare la relazione che non diventa importante e fondamentale per la tua vita ma diventa una tappa tra le tante possibili. Questo fa del medico un prestatore d'opera, non uno che entra nella vita del paziente ma un formulatore di un parere, cancellando l'imprescindibile empatia che ci deve essere in un rapporto di cura. Se da una parte, quindi, il paziente dovrebbe costruire un legame diverso con il medico e non soltanto vederlo come qualcuno che ti fa qualcosa, o offre un parere, d'altra parte, è doveroso che il medico si sforzi a concretizzare ciò che venne formulato dalla Harvard Medical School nei termini di "medicina narrativa", ovvero, la capacità di ascoltare i racconti del paziente, afferrarne e onorarne il significato, personalizzando l'agire che supera la prestazione d'opera. Se non ci abituiamo ad essere pazienti e operatori sanitari che si mettono in gioco al di là delle informazioni o delle azioni inerenti ad una visita ambulatoriale, si corre veramente il rischio di quello che Michael Balint, psicologo ungherese, scrisse in relazione al medico: " il farmaco più usato in medicina è proprio il medico" significando che, come un farmaco, anche il medico ha degli effetti collaterali funzionali e l'effetto collaterale più grave è non costruire un'empatia con il paziente che già incontra il professionista con superficialità e titubanza.

D. Visto il tuo consolidato vissuto tra la gente quale grado pensi che sia stato raggiunto di credenza vs conoscenza nella società intesa come aggregato di uomini e donne sia sane che malate?

R. Se con credenza si intende quel bagaglio di fede autentica in Dio o di attenzione verso un mondo esoterico e un po' magico, credo che questa sensibilità nell'uomo sia rimasta, anche se, dai più negata e nascosta. È indubitabile che, quando si toccano i temi della salute che mettono a dura prova l'esistenza, l'uomo esibisca tutto ciò che ha a disposizione, anche con un'evidente sincretismo: dalla fede in Dio al cornetto da sfregare con le dita al momento opportuno. Questo, però, rimane sempre un mondo occultato ai più, un mondo che non si deve far vedere a nessuno. La conoscenza che deriva, invece, da un approccio scientifico è dai più considerata ma deve avere ben precise caratteristiche: una conoscenza che mi aiuti subito, che sia efficace e a basso prezzo. Se questo non si raggiunge, allora, si interpreta la scienza come quel sapere occulto in mano a pochi, valido solo per sperimentare sulla pelle dei più deboli, un percorso inefficace e utile solo a far guadagnare a ditte farmaceutiche e ad altri rapaci senza scrupoli. Occorre, quindi, spendere più tempo e risorse per fare un'opera di acculturamento popolare, spiegando come funziona la conoscenza scientifica in relazione alla cura della persona e anche il giusto bilanciamento tra Fede e ragione.

D. Nella tua veste di sacerdote ti trovi anche a gestire le situazioni di maggior criticità, per esempio le fasi del fine vita, sia a casa delle persone che in ospedale. Di quali aspetti specifici si connota la relazione medico paziente in quelle circostanze particolari della vita?

R. Più che gli aspetti specifici mi preme sottolineare cosa desidera il paziente e il parente dall'operatore sanitario in quel delicato contesto: si desidera la franchezza e la sincerità nel comunicare, modi e parole attente, rispettose e delicate. Secondariamente, l'esserci. È apprezzato che chi è a letto e chi gli sta intorno percepisca interesse dal sanitario, soprattutto nel dare tempo, realizzando così: "il tempo dell'ascolto è tempo di cura".

l'avvocato) non ha un'adeguata preparazione considerato anche che in entrambe le professioni (continuo a riferirmi anche alla mia) vengono richieste conoscenze specialistiche che non tutti hanno.

D. Quale ritieni sia stato il ruolo della pandemia da Covid nel determinismo di una crisi relazionale medico – paziente? O questo evento così traumatico a livello globale ha svolto solo da accelerante un processo già avviato da tempo?

R. Ti rispondo da cittadino. Non credo che la pandemia da Covid abbia avuto un ruolo determinante. Ribadisco che un ruolo determinante nel mutamento del rapporto professionale lo ha avuto internet e la possibilità di informarsi facilmente e quindi di giungere dal medico così come dall'avvocato già informato o meglio ritenendo di essere già informato. Il professionista ha nel tempo perso l'autorevolezza forse anche a causa di un decadimento della professionalità.

D. Secondo il tuo parere di professionista in ambito giudiziario quali sono oggi le cause più rilevanti nella crisi della relazione tra medico e paziente?

R. Sta scomparendo la figura di riferimento: il medico di base, quello di medicina generale che aveva un rapporto di conoscenza del paziente e del nucleo familiare, che era sempre disponibile e reperibile e che godeva della fiducia del paziente. Oggi il paziente si reca direttamente dallo specialista o al Ps o alla guardia medica, incontrando medici che non conosce e che non lo conoscono e spesso non si instaura quel rapporto di fiducia che è il presupposto del rapporto professionale.

D. Quali strategie – dal tuo punto di vista “esterno” – si possono mettere in campo con efficacia per migliorare questa situazione?

R. Temo che sia un fenomeno quello della diffidenza verso il professionista inarrestabile. Oltre a quanto detto prima, il vero problema sono le carenze del Servizio sanitario che non è più in grado di far fronte alle richieste dei pazienti. Il personale sanitario è numericamente inadeguato e lavora sempre in emergenza e si trova a dover affrontare le proteste dei pazienti diventando il capro espiatorio delle carenze del Servizio sanitario. Tanto per continuare il confronto con la mia professione: le carenze di organico della magistratura e del personale ausiliario sono la principale causa dei lunghi tempi dei procedimenti giudiziari, delle disfunzioni della giustizia e della sfiducia dei cittadini del sistema giudiziario.

D. Nel rispetto della dovuta privacy ti sei trovato ad affrontare casi di colleghi in burn out per motivazioni correlabili ad una difficoltà relazionale con i pazienti e che hanno portato a procedimenti giudiziari?

R. Assistendo medici indagati ho percepito spesso lo stress dei sanitari che svolgono la professione in strutture nelle quali sono sottoposti a turni massacranti e devono far fronte ad un numero di richieste sproporzionate e si trovano spesso ingiustamente accusati di negligenza o imperizia. È anche vero che spesso le denunce di malpractice dipendono da incomprensioni con pazienti e parenti. La denuncia ed i tempi dei procedimenti giudiziari certamente provocano nel medico che ritiene di aver fatto il proprio dovere ulteriore stress e sfiducia nel “Sistema”.

D. Per ultimo ti pongo una domanda particolarmente centrata sulla tua esperienza personale di penalista: i medici che sono soggetti ad un procedimento giudiziario sia penale che civile sono consci della rilevanza di costruire e mantenere una buona relazione con il cittadino quale garanzia indispensabile per esercitare con una maggiore serenità la propria professione?

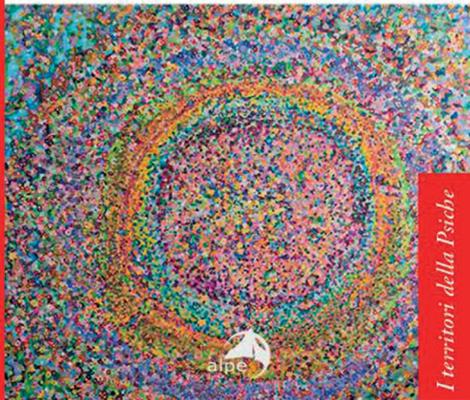
R. Non tutti. Ritengo di poter affermare, per esperienza professionale, che una buona relazione con il paziente, che non vuol dire solo informazioni preventive esaustive e spiegazioni adeguate del trattamento

Maria Moscara - Giorgio Mattei

Un tempo "piccolo"?

*La consulenza psichiatrica
a orientamento psicoanalitico*

Prefazione di *Rita Corsa*



UN TEMPO "PICCOLO"?

**LA CONSULENZA PSICHIATRICA A ORIENTAMENTO
PSICOANALITICO**

di Maria Moscara e Giorgio Mattei

"Il libro di Maria Moscara e Giorgio Mattei propone un recupero del discorso tra discipline affini, che possono intersecarsi per migliorare il servizio prestato all'individuo malato e, più in generale, alla sofferenza umana che invade le corsie ospedaliere e i vari luoghi di cura".

Dalla Prefazione di Rita Corsa



A cura di Lodovico Arginelli

PELLONI ROMANO

Nacque a Carpi (Modena) nel 1931 e morì il 07 dicembre 2020.

In un incontro con il Lions Club Carpi Host, è stato illustrato il patrimonio artistico realizzato dal Pelloni.

È stato insegnante d'arte nelle scuole medie.

Ricorda quel giorno Romano, che a favore della sua voglia di fare Arte, hanno contribuito alcuni maestri delle Belle Arti di Modena, che lo hanno educato a conoscere le tecniche del mestiere: **l'acquerellista Arcangelo Salvarani**, che gli insegnò a dipingere ad affresco ed a realizzare vetrate.

il prof BENITO BOCCOLARI, CERAMISTA, che gli insegnò a **SBOZZARE UN MASSO DI PIETRA VICENTINA, per rifare uno dei leoni della Porta dei Principi del Duomo di Modena**, (andato distrutto dalle bombe della seconda guerra mondiale; **LO SCULTORE MARINO QUARTIERI**, che lo obbligava a disegnare centinaia di figure durante le vacanze estive; **L'ARCHITETTO DOMENICO CHINI**, che gli chiese di aiutarlo nel disegnare il salone della sede centrale della Cassa di Risparmio di Carpi.

Ma Pelloni è stato anche l'inventore del cosiddetto **"SPAZIO CURVO"**:

Pelloni racconta che gli insegnanti dell'Istituto Venturi, facevano conoscere agli allievi le correnti artistiche contemporanee e li accompagnavano a visitare le prime Biennali di Venezia.

Erano mondi nuovi, quelli di Picasso, Matisse, De Chirico, Moore, El Greco (che allungava le figure conferendovi una spiritualità quasi medioevale).

Fu allora, negli anni '60-'70, dopo i primi allunghi, che cominciò a riflettere sulla "Teoria dello spazio curvo".

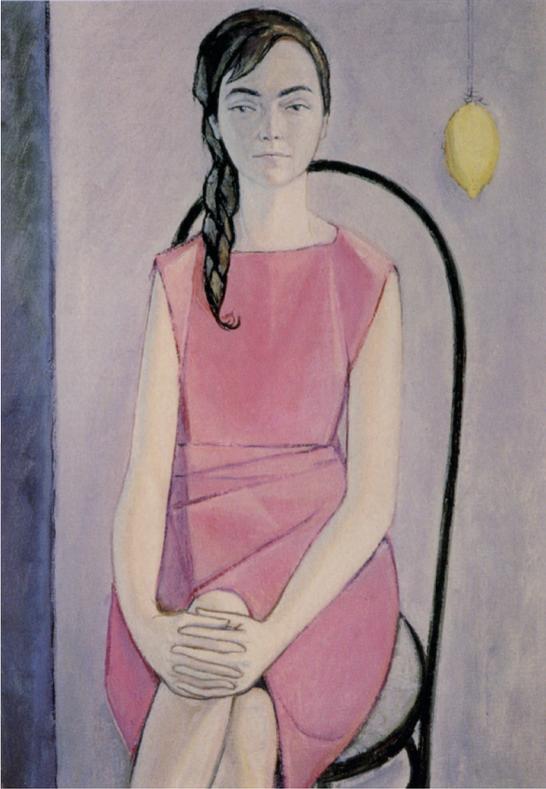
Quindi, e queste sono sue parole: "Così avviai una ricerca che mi coinvolse, in occasione della mia prima personale del 1978.

Per un nuovo spazio figurativo, parlai del superamento del registro cubico rinascimentale e del conseguente quadro.

Perché noi viviamo costantemente, disse, entro strutture cubiche, dai primi remoti percorsi rettilinei tracciati dall'uomo nell'attività agricola, alla struttura abitativa umana.

Sentiamo come un bisogno, il ritorno, ad un ritmo di vita libero, più vicino alla natura, alla ricerca delle radici del nostro rapporto primordiale con lo spazio.





La prima proposta è quindi quella di creare un registro circolare, su cui immaginare la rappresentazione delle cose.

Ma Pelloni è diventato anche famoso per aver realizzato la grande statua in bronzo, del "Curato del Mondo": il giovane Sacerdote polacco KAROL WOJTYLA, posta nella piazza di NIEGOWIC, vicino a Cracovia, così come per le decine di vetrate istoriate, collocate in Chiese carpigiane, in Italia ed all'estero.

Ha incontrato più volte Papa Wojtyla, in occasione della presentazione delle opere che ricordano tre momenti della sua vita pastorale.

La prima a Carpi (Mo), nel giugno del 1988, prima tappa del viaggio apostolico del Papa nell'Emilia; la seconda, la sera dello stesso giorno nella cripta del Duomo di Modena, dove il Papa, dopo una preghiera davanti al Taberna-

colo, accese la lampada della stele di bronzo, che ricorda l'evento.

La terza, per la presentazione nel 1999, nel Cortile del Largo delle Campanie, in Vaticano, della statua di bronzo di Karol Wojtyla.

È considerato un artista figurativo che si esprime in vari campi, creando sculture in ceramica, marmo e bronzo, realizzando cicli pittorici ad affresco e vetrate per Chiese e palazzi.

Ha lavorato tra l'altro a Roma, al Museo del Palazzo della Cancelleria, al Museo Nazionale dell'Arma dei Carabinieri, a Bologna, al Cimitero Monumentale e all'Antoniano, a Modena, all'Accademia Militare ed in molte Chiese, fra cui il Duomo, in Sant'Agnesa; poi ancora, in San Giovanni Bosco e nei Santuari di Fiorano (Mo) e Serramazzone (Mo).

A Padova, Pelloni, ha lavorato nella Chiesa di San Girolamo ed a Verona ha creato cicli di vetrate in numerose Chiese.

Ha creato e disegnato una quarantina di medaglie commemorative di vari personaggi italiani, o per eventi storici, in gran parte coniate e diffusi dalla Johnson di Milano.

Ricordo inoltre i pannelli della Via Crucis della Chiesa di Casa e Famiglia a Modena, di San Bernardino e del Corpus Domini a Carpi e le vetrate della Chiesa della Madonna Pellegrina a Modena.



ARTE E DINTORNI

Ha raramente esposto, preferendo lavorare per commissioni.

Alcune sue personali: Sala Gialla di Carpi (Mo) (1991, 1996, 1999), alla Chiesa di San Giovanni, sempre a Carpi, (1991), alla Chiesa del Voto di Modena, (2000), a I Trinitari di Roma, (1991), ed al polivalente di Serramazzone (Mo), (2000).

L'attività di ceramista, come già detto, è solo uno, dei tanti modi di fare Arte per Romano Pelloni, allievo di Boccasini al Venturi di Modena; infatti lo vediamo emergere anche nella scultura, nella pittura e nella grafica.

Le sue opere, si fanno racconto di intimità e di momenti di riflessione e di raccoglimento, toccando spesso la sfera del Pensiero religioso, come in "Figlio, Fratello, Padre", dove il Papa Giovanni Paolo II, sostituisce l'Apostolo Giovanni, per rappresentare, come Figlio di Dio, fratello di Cristo e padre di tutta l'intera umanità.

Ricordo inoltre: "Madonna in gloria" e Apollo e Dafne.

Pelloni ha un linguaggio tutto suo, essenziale e vigoroso, anche in campo pittorico, soprattutto nella ritrattistica: sono dipinti che, tradotti in termini cromatici e compositivi, rivelano una raggiunta maturità ed una intensa vibrazione lirica.

Altre sue opere:

"Eva e fontana dello scalpellino", pietra serena, Fanano (Mo), 2001

Medaglia centenaria della "Società ginnastica, La Patria Carpi (Mo), 1979

Medaglia commemorativa "Consorteria dell'aceto balsamico tradizionale".

Ares Marte, dentro lo spazio. Dentro lo spazio curvo

"La destinazione comune dei beni VI", dentro lo spazio curvo.

"Deterioramento della qualità della vita IV", dentro lo spazio curvo.

"L'Autore dentro lo spazio curvo"

"5 Perdonare le offese", dentro lo spazio curvo.

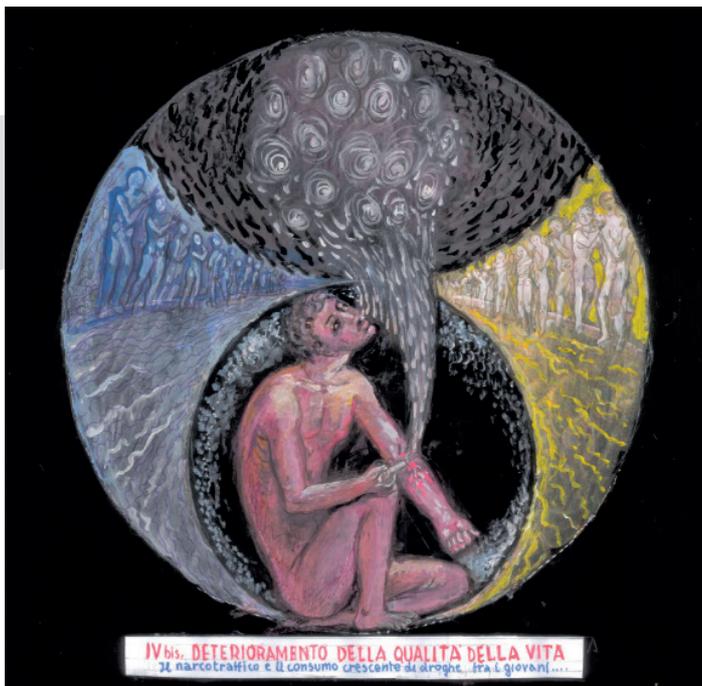
"Ritratto di donna "

"San Pio da Pietralcina", 2002, terracotta, Chiesa di San Francesco d'Assisi, Carpi (Mo).

"Crocifissione", 1969, ceramica, XII stazione della Via Crucis del Santuario di Serramazzone (Mo).

"Dentro lo spazio curvo: Vestire gli ignudi"

"Autoritratto", 2007, olio su tela, cm. 28x28.



A cura di Lodovico Arginelli

Come sempre ci risentiamo, anzi ci rileggiamo.

Son finiti, per ovvii motivi, i bei tempi, quando il bollettino era mensile e cartaceo.

Pazienza, io continuo a scrivere il mio "dialetto in medicina e non", con lo stesso entusiasmo di prima, sperando di fare cosa sempre gradita.

Riprendiamo in parte la mia specialità "Dermatologia e venerologia", con:

Al **pél** (il pelo), e non al **pèl** (il palo).

Questo, per sottolineare quanto siano importanti gli accenti acuti e gravi nel nostro dialetto modenese ed in generale in tutti i dialetti.

"A-n gh'avér di pé l sóvra la léngua", (non avere dei peli sopra alla lingua). Dire senza problemi, ciò che si pensa.

"Avér al còr cun tant éd pé l", (avere il cuore con tanto di pelo).

Essere, praticamente insensibili a ciò che ci circonda.

"Avér dal pé l in dal cul", (avere del pelo nel di dietro).

Detto volgare, per chiarire che quel tale sa il fatto proprio.

"Avér dal pé l in dal stàmmegh", (avere del pelo nello stomaco).

Non avere nessun scrupolo in determinate azioni, a volte, anche non lecite.

"Ciapèr al pé l (plèin)", (prendere il pelo "piccolo pelo").

Lambire la palla. Voce nel gioco del biliardo.

"Còme cavèr un pé l da un véc", (come togliere un pelo da un vecchio).

Si dice di un'azione poco importante, un'inezia, della quale, non si accorge nessuno. Infatti il pelo dell'anziano è più sottile, bianco e fragile.

"Drizèr al pé l", (raddrizzare il pelo). Dimostrare rabbia o paura. Quando l'espressione è usata in tono ingiuntivo, "Mè a-t drézz al pé l", (io ti raddrizzo il pelo), ha valore di minaccia: "Ti metto a posto io!!!".

"Èser dal stàss pé l", (essere dello stesso pelo).

Si dice di persone che si assomigliano molto.

"Èser éd pémm pé l", (essere di primo pelo).

Significa: giovane ed inesperto.

