



il caduceo

RIVISTA PERIODICA DI AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO E CULTURA MEDICA

Vol. 19, n° 1 - 2017



Pubblicazione a cura dell'U.S.I. Unione Sanitaria Internazionale S.p.A. - via Eschilo, 191 - Roma

il caduceo

Vol.19, n° 1 - 2017



Il Caduceo

Rivista di aggiornamento
scientifico e cultura medica

REGISTRAZIONE
AL TRIBUNALE DI ROMA
AUT. N° 196/99 DEL 27/04/1999

DIRETTORE RESPONSABILE
F. Barbati

DIRETTORE SCIENTIFICO
Co-EDITOR
B. Trinti

COORDINAMENTO EDITORIALE
S. Trinti

SEGRETARIA DI REDAZIONE
A. Cecchi

EDITORE
U.S.I. S.p.a.
Via Eschilo, 191 - Roma

STAMPA
Ti Printing S.r.l.
Via delle Case Rosse, 23
00131 Roma

FINITO DI STAMPARE
IL 20 MARZO 2017
TIRATURA: 10.000 COPIE

Foto di Copertina
Titolo opera: **Marija**
di **Lucrezia Cutrufo**
Olio su tela con cristalli - Ø 60 cm
2016

Rivista medica periodica a distribuzione gratuita,
edita a cura dell'U.S.I. (Unione Sanitaria
Internazionale) S.p.A.

Le pubblicazioni o ristampe degli articoli della
rivista devono essere autorizzate per iscritto
dall'editore.

Il contenuto degli articoli e degli inserti
pubblicitari de Il Caduceo sono redatte sotto la
responsabilità degli autori e degli inserzionisti.

 Associato USPI
Unione Stampa Periodica Italiana

Redazione:
Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma
Tel. 06.32.868.331
Fax 06.77.25.04.82
ilcaduceo@hotmail.com
www.usi.it


Unione Sanitaria Internazionale

SOMMARIO

2. Istruzioni agli Autori
3. Alimentazione e disbiosi intestinale – come mantenere sano il nostro “secondo cervello”
D. Tognozzi
7. Scelti dal Web: cibo e malattia
A. Speciani
9. Le competenze richieste nella Governance dei processi a rischio in Sanità: dal Clinical Risk Management al Risk Based Thinking
A. Cabrini
22. Predittività di un pattern di attaccamento disorganizzato nell'insorgenza di disturbi di tipo esternalizzante in età evolutiva
S. Lauria
24. Kinesio Taping: il cerotto degli sportivi e non solo
F. V. Torres, A. Gallo
26. Un caso clinico molto particolare di febbre "sine materia" ma cercando si trova...
L. Arciero
L'esame Urodinamico
T. Shestani
28. Il Soccorso Alpino
S. Del Bufalo
30. Nasce la prima Associazione Scientifica per la Sanità Digitale (ASSD)
F. Capuano
32. Lo Spazialismo dell'Anima
L. Cutrufo
34. Nuovi prodotti biostimolanti e revitalizzanti del viso
S. Dima

ISTRUZIONI AGLI AUTORI

Il Caduceo pubblica articoli originali, rapporti di gruppi di lavoro, presentazioni di casistica, note tecniche, lettere all'Editore, che abbiano come argomento le scienze mediche e biologiche ovvero opinioni pertinenti il campo biomedico.

Gli articoli vanno inviati alla redazione. Si accettano solo articoli non pubblicati, in tutto o in parte, in altri giornali. I testi debbono essere presentati in triplice copia dattiloscritti, con spaziatura doppia ed ampi margini laterali. Al testo scritto va accluso un CD registrato con programmi di Word processor IBM compatibili (Word 2003-2010). Ogni articolo deve essere preceduto da una prima pagina su cui vanno indicati: titolo del lavoro; nome e cognome degli Autori; denominazione dei reparti di appartenenza; titolo corrente; nome, indirizzo e numero telefonico dell'Autore responsabile dei rapporti con la rivista.

Previo accordo con la redazione si accettano anche articoli, con le caratteristiche su citate, inviati come allegati e-mail.

Gli articoli originali debbono essere di regola impostati seguendo uno schema costituito da:

- 1) SOMMARIO
- 2) INTRODUZIONE
- 3) MATERIALI E METODI
- 4) RISULTATI
- 5) DISCUSSIONE
- 6) EVENTUALI RINGRAZIAMENTI
- 7) BIBLIOGRAFIA

1. SOMMARIO. Non deve superare le 250 parole. Deve da solo poter esprimere il significato del lavoro: comprende una frase introduttiva, la presentazione della entità della casistica, i risultati fondamentali e un commento conclusivo. In calce al sommario debbono essere indicate le Parole chiave: da un minimo di tre a un massimo di sei.

2. INTRODUZIONE. Deve comprendere una breve ricapitolazione dell'argomento con richiami bibliografici essenziali, illustrando il punto da cui si è partiti per iniziare lo studio in oggetto. Deve chiarire in modo particolare lo "scopo dello studio".

3. MATERIALI E METODI. Deve comprendere una completa ma breve descrizione della casistica in esame e dei metodi usati per valutarla. Casistiche ampie e/o complesse possono giovare di presentazioni mediante una o più tabelle.

4. RISULTATI. Devono essere espressi in modo chiaro e conciso, senza interpretazioni e commenti, anche per essi possono essere utili una o più tabelle. L'iconografia a completamento della descrizione dei risultati deve essere chiara ed essenziale.

5. DISCUSSIONE. Deve interpretare e commentare i risultati, facendo riferimento alla letteratura esistente, specificando e spiegando eventuali discordanze con la stessa. Nei lavori di tipo clinico, sarà utile paragonare i risultati ottenuti con quanto dimo-

strabile con altre metodiche e presentare l'eventuale impatto dei risultati nella pratica quotidiana.

6. RINGRAZIAMENTI. Eventuali ringraziamenti e riconoscimenti debbono essere riportati su una pagina separata.

7. BIBLIOGRAFIA. Deve essere essenziale, ma completa ed aggiornata. Deve comprendere i soli Autori nominati nel lavoro, elencati in ordine di citazione. I titoli delle riviste vanno abbreviati attenendosi a quanto riportato nell'esempio:

Bosch FX, Munoz N. *The causal relation between HPV and cervical cancer.* J Clin Pathol 2002;55:244-65.

L'accuratezza della bibliografia è sotto la responsabilità degli Autori; le citazioni bibliografiche, inserite nel testo, vanno evidenziate con numerazione progressiva in apice: esempio citazione^[1].

Figure, immagini o foto

- formato TIFE, JPG, EPS o PDF
- risoluzione delle immagini/foto da 300dpi in su
- ordinate in modo progressivo e usando numeri arabi.

Tabelle

Devono essere ordinate in modo progressivo, usando numeri romani, con numerazione separata rispetto a quella delle illustrazioni, anch'esse vanno inviate in formato elettronico.

Didascalie

A corredo delle figure e delle tabelle, devono essere dattiloscritte, a parte, su uno o più fogli formato Word.

I lavori di Presentazione di Casistica devono essere più concisi e accompagnati da un breve sommario. È necessario peraltro mettere ben in evidenza lo scopo del lavoro e descrivere in modo accurato, ma non prolisso, il caso clinico. Si consiglia di non superare le dieci voci bibliografiche.

Ai manoscritti deve essere acclusa la seguente dichiarazione, firmata da tutti gli Autori: "Il (i) sotto-scritto (i) trasferisce (scono) il copyright concernente il presente articolo a: il Caduceo - Sede redazione - Via Machiavelli, 22 - 00185 Roma.

Egli (Essi) dichiara (no) che l'articolo, non è stato pubblicato in tutto o in parte e che non è presente nell'attesa di accettazione presso altre riviste".

N.B. Si invitano gli Autori, prima di inviare il manoscritto, ad una attenta rilettura dello stesso, sia per quanto riguarda la parte linguistica formale che quella dei contenuti, poiché la redazione, non riproponendo sempre la revisione delle bozze agli Autori, declina ogni responsabilità sulle modifiche interpretative apportate nella stesura definitiva del lavoro.

Alimentazione e disbiosi intestinale: come mantenere sano il nostro “secondo cervello”

Deborah Tognozzi

Biologa Nutrizionista
Specialista in Applicazioni Biotecnologiche
U.S.I. - unità locale Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22
U.S.I. - unità locale Serpentara - Via G. Pacchiarotti, 95



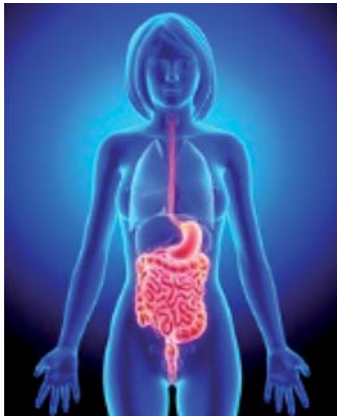
“Noi siamo quello che mangiamo” affermava il filosofo Ludwig Feuerbach, perché da sempre il cibo di cui ci nutriamo influenza sia il corpo sia i processi energetici, psicologici e spirituali; migliorare l'alimentazione può migliorare la qualità della nostra vita perché il cibo influenza non solo il fisico ma anche la coscienza e il modo di pensare.

Già Ippocrate, considerato il padre della medicina, aveva osservato la responsabilità dell'alimentazione per alcune malattie e come alcuni individui non tollerassero determinati alimenti che invece altri assumevano senza danni fino ad affermare: “Lascia che il cibo sia la tua medicina e che la tua medicina sia il cibo”.

Per questo è importante fare attenzione a ciò che viene ingerito, riflettendo sul fatto che quella sostanza diventerà parte di noi, influenzando il nostro benessere: se quella sostanza è conciliabile con il nostro organismo, ne trarremo beneficio, in caso contrario il nostro corpo ne resterà intossicato, e faticherà per neutralizzarne gli effetti negativi.

Tutto ha inizio nell'apparato digestivo

L'apparato digestivo, che nelle sue varie componenti possiamo immaginare come un lungo condotto che parte dalla bocca e arriva all'ano, è l'interfaccia più vasta con il mondo esterno ed è l'organo endocrino ed esocrino più grande del corpo umano. La funzione di assorbimento, determinata da una corretta digestione, è essenziale per il mantenimento in vita di tutti gli altri organi.



L'intestino è il vero responsabile

dell'assorbimento dei principi nutritivi, è l'organo più efficace nella disintossicazione, svolge funzioni immunitarie, sintetizza sostanze fondamentali come alcune vitamine e produce alcuni neurotrasmettitori secreti anche dal cervello.

L'apparato digerente è infatti rivestito da una rete di neuroni (cellule nervose) di così ampia portata che alcuni scienziati lo hanno chiamato “secondo cervello”. All'interno del nostro intestino è presente anche un organo soprannumerario fondamentale di cui ignoriamo quasi tutte le funzioni, senza il quale la vita però sarebbe impossibile: il *Microbiota intestinale*.

Il Microbiota

Con Microbiota si identifica la comunità eterogenea e numerosa composta all'incirca da 100 trilioni di batte-

ri che vive in perfetta simbiosi con noi e che colonizza il nostro apparato digestivo, dalla bocca all'orifizio anale, e in particolare nell'intestino colon e tenue.

Il Microbiota, che costituisce una tra le più interessanti rivelazioni della ricerca medica degli ultimi anni dopo che ne è stata intuita l'importanza e l'azione all'interno del nostro organismo, tuttora oggetto di intenso studio per approfondirne il ruolo, è un vero e proprio organismo con delle incredibili attività metaboliche e non, le cui alterazioni qualitative e quantitative hanno inevitabilmente ripercussioni sulla nostra salute.

Nel nostro intestino i batteri hanno trovato l'ambiente ideale in cui vivere: caldo, umido, senza ossigeno, buio e con cibo costante. In cambio, il Microbiota svolge delle precise funzioni metaboliche e immunologiche che dalla nascita in poi possono modificarsi in relazione al nostro stile di vita, stress, fumo, attività fisica, farmaci, cibo ingerito e da altri fattori ma soprattutto dall'alimentazione.

L'equilibrio del Microbiota, definito *Eubiosi*, è determinato da presenze batteriche che si autolimitano ma soprattutto che si confrontano con le altre specie viventi.

Da un punto di vista immunologico, il Microbiota e il nostro sistema immunologico intestinale crescono insieme imparando a tollerarsi a vicenda, condizione indispensabile giacché circa il 70% del sistema immunitario dell'uomo è localizzato nell'intestino. Alla funzione immunitaria si associa quella metabolica con regolazione dell'assorbimento di energia, la produzione di vitamine e la funzione protettiva della barriera intestinale.

La Disbiosi intestinale

L'alterazione della flora batterica umana, la cosiddetta *Disbiosi*, può causare conseguenze più o meno gravi.

D. Tognozzi

Alcuni batteri patogeni, per esempio, hanno la facoltà di innescare processi infiammatori locali che indeboliscono la barriera intestinale e ne aumentano la permeabilità – anche nei confronti del glutine.

Negli individui sani, quindi, la composizione del Microbiota intestinale è estremamente diversificata, con i ceppi batterici protettivi in quantità superiori rispetto a quelli potenzialmente dannosi. Tale composizione assicura una divisione efficiente e benefica delle attività che si svolgono nell'intestino. La perdita di questa diversificazione, unita alla comparsa di squilibri tra le proporzioni dei ceppi batterici, può avere gravi conseguenze.

Questa perdita di equilibrio, la Disbiosi, è associata a una vasta gamma di disturbi, tra cui la diarrea, la sindrome del colon irritabile (IBS) o malattia infiammatoria dell'intestino (IBD), il tumore del colon retto e alcune patologie epatiche e allergie, nonché malattie collegate all'alimentazione come obesità, diabete di tipo 2 o celiachia. Le composizioni alterate del Microbiota intestinale hanno effetti anche sul sistema nervoso centrale, perché intestino e cervello sono connessi da una moltitudine di percorsi di comunicazione utilizzati da trasmettitori e metaboliti batterici.

L'assunzione di farmaci è determinante per la Disbiosi intestinale; è stato infatti dimostrato che medicinali di varia natura ed origine come antinfiammatori, antibiotici, lassativi, cortisonici, distruggono milioni di

queste piccole cellule che l'evoluzione ha reso perfettamente compatibili con il nostro apparato gastrointestinale, con il rischio di essere colpiti da ulcere, polipi, adenomi, stitichezza, aerofagia, meteorismo, alitosi, spasmi e dolori intestinali.

Tra le cause esterne di Disbiosi, lo stress è il maggiore imputato: stress ambientali, inquinamento, rumore, stress chimico, stress da conservanti, stress da agenti infettivi, ma anche stress sociali e psichici, sono tutti fattori che portano al malfunzionamento del sistema immunitario.

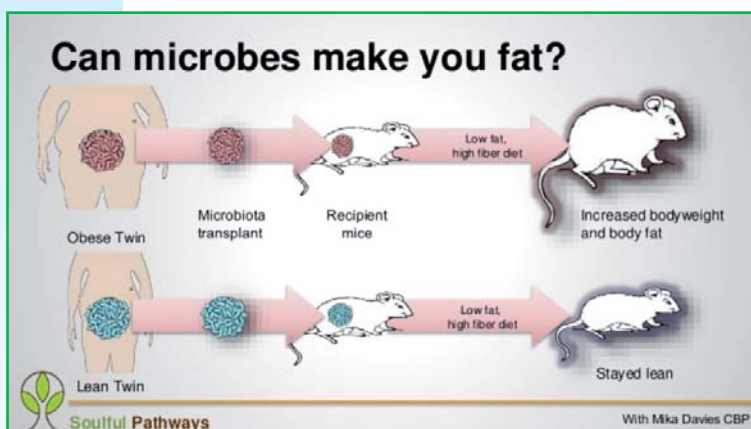
È quindi del tutto evidente l'importanza della valutazione dello stato di salute del Microbiota intestinale nell'analisi dello stato di salute dell'organismo ospite, e come, intervenendo sulla salute del Microbiota sia possibile influenzare la salute dell'organismo ospite.

Ad esempio, molti studi indicano chiaramente che la composizione del Microbiota delle persone grasse è differente da quello delle persone magre, anche se non è ancora chiaro se l'alterazione dell'uno sia la causa dell'altro o viceversa. Da sperimentazioni effettuate, è stato verificato che il trapianto del Microbiota di un animale grasso in uno magro fa sì che quest'ultimo diventi grasso e viceversa. È stato inoltre constatato che agendo sul Microbiota di un diabetico è possibile sorvegliarne la glicemia e l'insulino-resistenza. Attualmente è possibile diagnosticare la Disbiosi intestinale, senza necessariamente effettuare costosi test di intolleranza alimentare, attraverso un semplice test sulle urine, che consente di evidenziare l'eccesso o l'assenza di metaboliti derivati dalle attività metaboliche intestinali. Il Disbiosi test rileva la presenza nelle urine dell'indicano e dello scatolo, due metaboliti del triptofano. Il test è praticabile negli studi specializzati in medicina funzionale e permette di individuare l'entità qualitativa e quantitativa del dismicrobismo in atto e di monitorare nel tempo l'efficacia della terapia impostata: una sorta di check-up della corretta capacità funzionale del nostro apparato gastroenterico, con la possibilità di controllare l'andamento delle terapie fisiologiche e naturali in grado di ripristinarne la corretta funzionalità.

La terapia della Disbiosi intestinale prevede innanzitutto un cambiamento consapevole delle abitudini alimentari del soggetto: la corretta alimentazione risulta essere infatti una delle migliori terapie per il ripristino della Eubiosi intestinale, questo deve essere associato a terapie di disintossicazione e pulizia intestinale (rimozione - riparazione e ripopolazione) e drenaggio.

Alle persone che presentano questo problema è consigliato di ripulire l'intestino in maniera drastica, prima di colonizzare nuovamente il tratto intestinale con i fermenti lattici, cosicché la risposta risulti più rapida ed efficace.

È importante però non confondere alimentazione e nutrizione: questi due termini, spesso usati come sinonimi, hanno significati completamente diversi. Per *Alimentazione* si intende il mero riempimento del tubo digerente, mentre la *Nutrizione* è il processo di trasformazione dell'alimento ed il suo successivo assorbimento. Se un soggetto mangia cibi scadenti ed ha un sistema digestivo inefficiente la nutrizione ne risentirà fino alla compromissione dello stato di salute.



Alimentazione e disbiosi intestinale - come mantenere sano il nostro "secondo cervello"

Prebiotici e Probiotici

Appare evidente come il ruolo dell'alimentazione e dello stile di vita diventi cruciale: una dieta ben bilanciata favorisce la formazione e la manutenzione di una comunità microbica dove le diverse specie di batteri vivono in un sistema di "controllo e bilanciamento reciproco". Il raggiungimento di questo obiettivo include l'utilizzo di prebiotici e probiotici, due elementi ampiamente studiati nel campo del Microbiota intestinale.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i *probiotici* sono «organismi vivi che, somministrati in quantità adeguata, apportano un beneficio alla salute dell'ospite». Per definirsi "probiotico" un microrganismo deve essere sicuro per l'impiego nell'uomo ed essere in grado di raggiungere l'intestino in forma attiva e vitale, persistere e moltiplicarsi per colonizzare la mucosa e conferire un beneficio fisiologico specifico e dimostrato.

La colonizzazione intestinale da parte dei probiotici ha carattere temporaneo e termina alcuni giorni dopo la sospensione della loro assunzione.

I prebiotici, invece, sono sostanze di origine alimentare non digeribili che sono utilizzate come nutrimento dalla flora intestinale e che promuovono selettivamente la crescita e/o l'attività di uno o più batteri già presenti nel tratto intestinale (autoctoni) o assunti contestualmente al prebiotico.

La proliferazione selettiva di batteri salutari non comporta solo un miglioramento dell'assetto e dell'equilibrio della flora colica, ma stimola anche la produzione di sostanze come gli acidi grassi a catena corta (SCFA) che svolgono un ruolo fondamentale per assicurare il corretto apporto di nutrienti e la corretta funzionalità delle cellule intestinali, contribuendo a mantenere l'intestino in buona salute.

I principali prebiotici sono, per esempio, i frutto-oligosaccaridi (FOS), l'inulina, il lattulosio, gli oligosaccaridi della soia. Come tra noi esseri umani c'è chi prefe-

risce il dolce al salato, la pasta alla bistecca, così ogni ceppo batterico avrà un "cibo" preferito che gli permetterà di crescere meglio di altri. I prebiotici migliorano l'attività metabolica del Microbiota intestinale aumentando la produzione di acidi grassi a catena corta e la proliferazione di specie benefiche come il *Faecalibacterium* e l'*Akkermansia*.

L'uso congiunto di probiotici e prebiotici porta allo sviluppo di alimenti definiti "*simbiotici*".

La corretta alimentazione

Le strategie alimentari, attualmente testate in modo sistematico, aprono scenari promettenti. Cibi mirati all'aumento delle specie batteriche benefiche possono prevenire o migliorare le malattie collegate alla Disbiosi.

Una dieta sana regola, modifica e migliora la qualità del nostro microbioma intestinale che produce le vitamine importanti per mantenere il cervello sano oltre che conservare l'integrità del rivestimento intestinale che, se compromesso diventa permeabile aumentando l'infiammazione, caratteristica comune a tutti i disturbi cerebrali, dal morbo di Alzheimer alla sclerosi multipla (SM), passando per il morbo di Parkinson e l'autismo. Le nostre scelte alimentari hanno un effetto determinante sulla qualità dei batteri intestinali e conseguentemente sulla nostra salute.

Risulta fondamentale seguire un'alimentazione che mantenga un'infiammazione fisiologica, assumendo cibi integrali, crudi, non geneticamente modificati e possibilmente biologici, favorendo i cibi tradizionalmente fermentati e coltivati come i crauti, o il kimchi (piatto tradizionale coreano fatto di verdure fermentate con spezie), la kombucha (tè addolcito e fermentato), e gli alimenti ricchi di fibre prebiotiche come inulina, topinambur, aglio e tarassaco.

Usare con moderazione sale, carboidrati complessi raffinati, zuccheri e grassi raffinati, limitare il consumo di bevande gassate e zuccherate e cibi industriali. È dimostrato che in soggetti geneticamente predisposti, la dieta ricca in acidi grassi saturi è responsabile di significative alterazioni delle condizioni microambientali intestinali soprattutto in termini di caratteristiche fenotipiche del Microbiota.

Alcuni grassi sono invece molto importanti e benefici quindi nutrizionalmente utili come quelli che troviamo nell'olio extravergine di oliva, nella frutta secca, nel pesce e nell'avocado. Evitare o limitare cibi pro-infiammatori vuol dire anche limitare l'uso del glutine, glutammato monosodico, dolcificanti artificiali, succo di glucosio e sciroppo di mais. Inoltre in caso di Disbiosi è utile ridurre il consumo di carne nell'alimentazione, perché gli animali allevati assumono antibiotici che modificano il loro microbioma, promuovendo i batteri resistenti agli antibiotici.



Alimenti naturali fonte di Prebiotici

Conclusioni

Gli schemi nutritivi stabili per lunghi periodi influenzano e plasmano la composizione del Microbiota intestinale e le sue attività intestinali. Considerando quindi l'effetto che il Microbiota intestinale ha sulla nostra digestione e sulla salute dell'intestino in generale, sul sistema immunitario e persino sulle funzioni cerebrali è giusto dire che in larga parte "siamo quello che mangiamo".

L'impatto dell'alimentazione sul Microbiota intestinale è ormai ampiamente riconosciuto e potrebbe giustificare l'aumento dell'incidenza di patologie croniche, comprese quelle infiammatorie, osservato nell'ultimo mezzo secolo. Preservare la biodiversità all'interno dell'ecosistema microbico, in termini di componenti e funzioni, risulta quindi essere di fondamentale importanza per favorire condizioni di salute sia fisica che mentale.

Bibliografia

- Luciano Lozio - *Microbiota intestinale - preservare il corretto equilibrio dell'intestino* Tecniche Nuove.
- Alessandra Graziottin - *Microbiota intestinale e salute della donna: un universo da scoprire* - Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica - H. San Raffaele Resnati, Milano.
- Claudio Mazza - *I Sei Pilastri della Salute- Nutraceutica Fisiologica-* Nuova Ipsa Editore.
- Tsukumo et al. *Translational research into gut Microbiota: new horizons in obesity treatment*. 2009.
- Turnbaugh et al. *A core gut microbiome in obese and lean twins*. Nature 2009.
- Turnbaugh et al. *Microbial ecology: Human gut microbes associated with obesity* Nature 2006.
- Donaldson GP et al. *Gut biogeography of the bacterial Microbiota*, Nat Rev Microbiol. 2016.
- El Aidy S et al. *Microbiome to Brain: Unravelling the Multidirectional Axes of Communication*. Adv Exp Med Biol. 2016.
- Helwig et al. *Lactobacilli, bifidobacteria and E. coli nissle induce pro- and anti-inflammatory cytokines in peripheral blood mononuclear cells*. World J Gastroenterology, 2006.
- Hsiao EY et al. *Microbiota modulate behavioral and physiological abnormalities associated with neurodevelopmental disorders*. Cell. 2013.
- Koeth RA et al. *Intestinal Microbiota metabolism of L-carnitine, a nutrient in red meat, promotes atherosclerosis*. Nature Medicine. 2013.
- Lopetuso LR, Scaldaferrri F et al. *The therapeutic management of gut barrier leaking: the emerging role for mucosal barrier protectors*. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2015.
- Mohsin M. et al. *Probiotic Escherichia coli Nissle 1917 reduces growth, Shiga toxin expression, release and thus cytotoxicity of enterohemorrhagic Escherichia coli*. International Journal of Medical Microbiology 2015.
- Ottmann N et al. *The function of our Microbiota: who is out there and what do they do?* Front Cell Infect Microb. 2012.
- Ridaura VK et al. *Gut Microbiota from twins discordant for obesity modulate metabolism in mice*. Science, 2013.
- Sartor RB. *Microbial influences in inflammatory bowel diseases*. Gastroenterology 2008.
- Storm DW et al. *Editorial comment*. The Journal of Urology, 2013.
- Toh MC, Allen-Vercoe E. *The human gut Microbiota with reference to autism spectrum disorder: considering the whole as more than a sum of its parts*. Microb Ecol Health Dis. 2015.
- Wehkamp J et al. *NF-kappaB- and AP-1-mediated induction of human beta defensin-2 in intestinal epithelial cells by Escherichia coli Nissle 1917: a novel effect of a probiotic bacterium*. Infection and Immunity 2004.
- Zyrek AA et al. *Molecular mechanisms underlying the probiotic effects of Escherichia coli Nissle 1917 involve ZO-2 and PKCzeta redistribution resulting in tight junction and epithelial barrier repair*. Cellular Microbiology 2007.
- Wu GD & Lewis JD. *Analysis of the human gut microbiome and association with disease*. Clinical Gastroenterology Hepatology 2013, 11(7):774-777.
- Tremaroli V & Bäckhed F. *Functional interactions between the gut Microbiota and host metabolism*. Nature 2012, 489:242-249.
- Robles Alonso V & Guarner F. *Linking the gut Microbiota to human health*. British Journal of Nutrition 2013, 109:S21-S26.
- Molinari, Paschetta E, Cassader M, et al. *Probiotics, prebiotics, energy balance, and obesity – mechanistic insights and therapeutic implications*. Gastroenterology Clinics of North America 2012, 41(4): 843-854.
- Li H-t, Zhou YB & Liu JM. *The impact of cesarean section on offspring overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis*. International Journal of Obesity 2013, 37(7): 893-899.
- Bäckhed F, Fraser CM, Ringel Y, et al. *Defining a healthy human gut microbiome: current concepts, future directions, and clinical applications*. Cell Host Microbe 2012, 12(5):611-622.
- Fava F, Gitau R, Griffin BA, et al. *The type and quantity of dietary fat and carbohydrate alter faecal microbiome and short-chain fatty acid excretion in a metabolic syndrome 'at-risk' population*. International Journal of Obesity 2013, 37(2):216-223.
- Clarke SF, Murphy EF, Nilaweera K, et al. *The gut Microbiota and its relationship to diet and obesity*. Gut Microbes 2012, 3(3):186-202.
- Sanders ME, Guarner F, Guerrant R, et al. *An update on the use and investigation of probiotics in health and disease*. Gut 2013, 62(5):787-796.
- Weichselbaum E. *Probiotics and health: a review of the evidence*. Nutrition Bulletin 2009, 34:340-373.
- Hempel S, Newberry SJ, Maher AR, et al. *Probiotics for the prevention and treatment of antibiotic-associated diarrhea: a systematic review and meta-analysis*. Journal of the American Medical Association 2012, 307(18):1959-1969.

Un trono non è altro che un pezzo di legno rivestito di velluto.

Honorè De Balzac

La stretta relazione tra infiammazione da cibo e insorgenza della tiroidite di Hashimoto

Esiste una precisa relazione causale tra la presenza di BAFF (B Cell Activating Factor) e la induzione e il mantenimento di specifici disturbi tiroidei, in particolare della tiroidite di Hashimoto. Già nel 2012 Vannucchi⁽¹⁾ ha confermato l'importanza del BAFF nell'ipertiroidismo connesso alla malattia di Graves o alla malattia di Basedow, entrambe situazioni in cui autoimmunità e infiammazione si intrecciano a determinare il disturbo tiroideo. La relazione tra BAFF e alimentazione è stata definita da Lied⁽²⁾ fin dal 2010 e il BAFF è attivato in modo importante dall'assunzione eccessiva o ripetuta degli alimenti. Il BAFF rappresenta quindi uno dei segnali di allarme che l'organismo attiva di fronte a un'alimentazione scorretta. Per capire come il BAFF possa agire nel facilitare la comparsa di una malattia autoimmune si deve ricordare che, come dice il suo nome in inglese, determina la proliferazione e l'espansione delle cellule B, i linfociti che si occupano della produzione di anticorpi. Quando una cellula di tipo "B" è attivata da un autoantigene (per esempio un enzima della tiroide, quindi un pezzo "self"), la cellula attiva, di solito, un processo di "autodistruzione" che la porta a dissolversi (apoptosi) per evitare di produrre anticorpi contro una parte del proprio organismo. Alla presenza di una discreta quantità di BAFF, come avviene in caso di sistematica alimentazione scorretta, la cellula continua invece a proliferare e a espandersi, portando alla produzione di autoanticorpi che possono svolgere un'azione deleteria nell'equilibrio dell'organismo. Una cellula B attivata da autoantigeni, in presenza di elevati livelli di BAFF, anziché distruggersi, continua quindi a produrre autoanticorpi. Lavori del novembre 2015 di Campi e del gruppo di Beck-Pecoz⁽³⁾ hanno identificato il BAFF come induttore della Tiroidite di Hashimoto, e questi stessi risultati sono stati confermati nel novembre 2016 dal gruppo di endocrinologi di Taiwan guidati da Lin⁽⁴⁾ che ha evidenziato la stretta relazione tra tutti i tipi di tiroidite autoimmune e livelli aumentati di BAFF. C'è quindi una nuova strada per interferire anche sulle tiroiditi autoimmuni, attraverso una alimentazione personalizzata in senso antinfiammatorio che moduli efficacemente il livello di questa citochina.

1. Vannucchi G et al, *J Clin Endocrinol Metab*, May 2012, 97(5):E755-E759.
2. Lied GA et al, *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 Jul;32(1):66-73. Epub 2010 Mar 26).
3. Campi I et al, *Thyroid*. 2015 Sep;25(9):1043-9. Epub 2015 Aug 13.
4. Lin JD et al, *Clin Chim Acta*. 2016 Nov 1; Epub 2016 Sep 8.

L'artrite si cura nel piatto

Nonostante la mole di lavori scientifici che stanno confermando i legami tra alimentazione e le varie forme di artrite (Artrite reumatoide, Artrite reattiva, Artrite psoriasica) sono ancora poche le strutture che propongono specifici cambi alimentari per controllare dolore e infiammazione e aiutare chi ne soffre a recuperare il proprio stato di benessere in modo natu-

rale. Ci sono due aspetti che legano il cibo e l'infiammazione. Il primo dipende dalle citochine del sistema immunitario stimulate dall'ingestione di un cibo che genera una infiammazione alimentare. È legato all'innalzamento dei livelli di Baff, di Paf e di altre citochine, che come descritto da Chen⁽¹⁾ sono in grado di attivare una risposta autoimmune nell'organismo. Si tratta del meccanismo che molti identificavano con il nome ormai obsoleto e ascientifico di "intolleranze alimentari". Il secondo dipende invece dalle adipochine prodotte dalle cellule del tessuto adiposo come risposta alla particolare modalità alimentare, ad esempio dalla dominanza di assunzione di carboidrati rispetto alle proteine (con produzione di visfatina), dal digiuno prolungato (con produzione di resistina) e dal mancato rispetto del fisiologico timing alimentare (in assenza di prima colazione ad esempio la leptina non viene prodotta). Grazie a queste nuove conoscenze è possibile affrontare ogni caso di artrite, anche quando ci sia una forte componente autoimmune, partendo dallo studio dell'infiammazione da cibo, del *Profilo Alimentare personale* e impostando una proposta nutrizionale individualizzata adatta a ridurre i livelli di infiammazione locali e sistemici. Oltre al primo importante lavoro di Francisca Lago⁽²⁾, anche le ricerche di Conde⁽³⁾, pubblicate su *Discovery Medicine*, hanno considerato gli effetti di induzione dell'artrite legati alla scorretta distribuzione di proteine e carboidrati all'interno dei singoli pasti. La ricerca scientifica sta infatti confermando oggi il fondamentale impatto delle adipochine nella genesi dell'infiammazione articolare e dei fenomeni dolorosi che ne sono correlati. Il sistema alimentare che spesso consiglio ai nostri pazienti, a partire dalla ricca prima colazione, mira specificamente a controllare e orientare la produzione delle adipochine rilasciate dal tessuto adiposo, e a ridurre la produzione di Baff (B Cell Activating Factor) che, grazie agli studi di Lied⁽⁴⁾ spiega tutti i sintomi infiammatori che usualmente sono ascritti al cibo.

1. Chen M et al, *Cytokine Growth Factor Rev*. 2014 Jun;25(3):301-5. Epub 2013 Dec 24.
2. Lago F et al, *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2007; 3(12):716-724.
3. Conde J et al, *Discov Med*. 2013 Feb;15(81):73-83.
4. Lied GA et al, *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 Jul;32(1):66-73. Epub 2010 Mar 26.

Dieta Lemme: pericolosa e contraria alla scienza

Una delle diete oggi più "di moda" in Italia è proposta da Alberico Lemme, un laureato in farmacia che sembra non appartenere a nessun ordine professionale sanitario, sfuggendo così ad aspetti di responsabilità che sono invece propri degli operatori della salute.

Riporto e commento un elenco di affermazioni inopportune e in molti casi socialmente pericolose fatte da Lemme, spesso amplificate dalla sistematica partecipazione a talk-show televisivi di successo:

- **La frutta alimenta il tumore:** I dati sul rapporto tra frutta e il controllo del cancro (non la sua induzione) sono documentati dall'American Institute of



A. Speciani

Cancer Research e dalla World Cancer Research Fund. L'eccesso di frutta negli obesi può avere qualche correlazione con la malattia tumorale, ma in dosi equilibrate la frutta è altamente protettiva. Salvo che in rarissime occasioni, la frutta appare vietata nei suggerimenti nutrizionali di Lemme; peccato che quasi tutti i prodotti dolciari "dimagranti" in vendita nei suoi shop siano a base di fruttosio. Qualcosa non quadra.

- **La dieta Mediterranea nutre il tumore:** la relazione tra dieta Mediterranea e riduzione delle malattie degenerative è un dato acquisito e rivalutato scientificamente nel tempo anche in mesi recenti. Sentire parlare della dieta Mediterranea come della dieta più ingrassante conosciuta fa venire i brividi.
- **La chemioterapia non serve:** nonostante l'intenso dibattito sulla azione non sempre risolutiva della chemioterapia antitumorale, in moltissime forme tumorali la chemioterapia ha fatto e continua a fare la differenza tra sopravvivenza e morte. Messaggi di questo tipo sono falsi e negano la speranza ai malati e ai sani.
- **L'attività fisica non serve a nulla:** L'attività sportiva, sia di tipo aerobico prolungato, sia di tipo anaerobico ripetuto di breve durata, apre i canali del glucosio (GLUT4) e contribuisce sempre al miglioramento della sensibilità insulinica. Perché si perda massa grassa l'attività fisica va integrata da una corretta alimentazione, ma resta un documentato strumento di miglioramento delle risposte metaboliche e di prevenzione antitumorale. *I motivi di alcuni iniziali successi:*
- **Abolizione quasi totale dei carboidrati nella prima fase di dimagrimento.** Comunque camuffata, la prima fase di dimagrimento è proposta in modo apparentemente individualizzato (telefonata diretta con Lemme ogni due giorni) e richiede una dieta dissociata a base di quantità libere di proteine della carne o del pesce. Questi suggerimenti nutrizionali hanno caratteristiche simili alle diete iperproteiche di Dukan o di Atkins. È documentato che un carico esclusivo di proteine obbliga fegato e reni ad un eccessivo lavoro di disintossicazione che può rivelarsi pericoloso.
- **Apparente libertà alimentare** (il messaggio è di mangiare fino a 10 Kg di carne o di pesce in ogni singolo pasto). In realtà l'esperienza pratica insegna che dopo un paio di giorni di "eccessi", quando si può mangiare un solo componente alimentare, si riduce l'assunzione di cibo e complessivamente si arriva ad una riduzione delle calorie assunte, come in una dieta ipocalorica.
- **Uso mattutino della pasta.** Nella fase di dimagrimento, l'unica eccezione all'uso esclusivo di proteine è proposto dalla assunzione ritmata di quantità libere di pastasciutta cotta senza sale e condita con olio e peperoncino. Le prime ore dopo il risveglio sono quelle in cui ogni mammifero ha una capacità di metabolizzazione e di consumo più elevate. La quantità può essere libera (fino a 10 chili) ma per gli stessi motivi appena segnalati c'è una autolimitazione che ne riduce l'assunzione. Lo stimolo metabolico indotto dalla prima colazione è comunque uno dei pochi punti condivisibili, insieme alla eliminazione del saccarosio.

Punti controversi:

- Nella dieta è richiesto di *abolire completamente il sale* in qualsiasi sua forma, sia per la cottura sia per il condimento. Lavori recenti hanno confermato che se in genere è buona cosa ridurre il sale, soprattutto in soggetti ipertesi, per molte altre persone senza fattori di rischio ipertensivo, la eliminazione del sale può portare a danni peggiori del continuare ad usarlo. La risposta è individuale e non può essere assoluta.
- Si afferma che il *pomodoro* sia uno dei vegetali che *induce resistenza insulinica e genera ingrassamento*. Non esiste un solo lavoro scientifico che lo affermi, mentre molti lavori dicono esattamente il contrario, come quelli di Tsitsimpiku in cui proprio il pomodoro riduce in modo significativo i fattori di rischio della sindrome metabolica.
- La *rapida perdita di peso* che talvolta si ottiene con una dieta dissociata e iperproteica (solo 3 pasti su 24, nella prima fase, contengono carboidrati) porta ad una netta *riduzione del metabolismo* e ad un adattamento metabolico in riduzione che si mantiene poi per anni, come ha dimostrato Fothergill che ha visto la riduzione del metabolismo persistere anche per 6 anni dopo una veloce e rilevante perdita di peso, facilitando, nella quasi totalità delle persone valutate, il ritorno rapido al peso originale.
- Personalmente sostengo i benefici della onnivorità ma *l'abuso di carne* che viene suggerito è fortemente contrario ai fini del dimagrimento. Mozzaffarian ha documentato sul New England Journal of Medicine i risultati di 20 anni di valutazioni effettuate su oltre 120.000 persone sane, indicando tra i cibi che fanno ingrassare, oltre allo zucchero e alle bevande dolcificate, proprio l'abuso di carne rossa e di carni processate.
- Uno studio svizzero effettuato su 2400 persone ha documentato che una *motivazione* autonoma a raggiungere un obiettivo è determinante affinché le scelte di salute e l'aderenza a un programma siano mantenute nel tempo. Tenendo conto, come pubblicato da Courtney che persone con bassa autostima sono ad alto rischio per sintomi depressivi e disturbi del comportamento alimentare. Troop ha inoltre pubblicato i risultati di uno studio inglese che ha documentato una risposta anoressica o bulimica in relazione al tipo di senso di colpa e di vergogna indotto nelle persone con disturbi del comportamento alimentare. Esistono pertanto dati scientifici che obbligano a valutare con molta attenzione gli effetti di insulti o affermazioni degradanti usati in riferimento all'aspetto fisico anche se accettati in modo esplicito.

Una considerazione su responsabilità inaspettate

Nel caso in cui una persona con disturbi del comportamento alimentare, fragile e già afflitta da sensi di colpa o di vergogna, dovesse subire da chicchessia ingiurie umilianti o degradanti, (nonostante una accettazione espressa) ci sarebbe il documentato rischio di slatentizzare una grave crisi depressiva o crisi bulimiche o anoressiche.

Articoli di Attilio Speciani
(Allergologo e Immunologo)

Le competenze richieste nella Governance dei processi a rischio in Sanità: dal Clinical Risk Management al Risk Based Thinking

Alessia Cabrini

Specialista in Tecniche Sanitarie Diagnostiche (Laurea Magistrale)
U.O.C Microbiologia e Virologia Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova
Presidente Confederazione ANTEL Triveneto



Sommario

Nelle organizzazioni sanitarie si rileva sempre più la necessità di creare una “cultura sistemica” della sicurezza e di identificare una “competence trasversale” da estendere a tutte le componenti professionali responsabili, a vario titolo, della governance dei processi a rischio, vista la carenza nei sistemi sanitari della definizione di un “tronco comune” di competenze per gli stessi professionisti.

Lo scopo di questo studio è quello di analizzare l'evoluzione dei Sistemi di Gestione per la Qualità e del Rischio, sia da un punto di vista metodologico che normativo in ambito internazionale, europeo, nazionale e regionale, per identificare e standardizzare la “competence” trasversale, intesa come sommatoria delle conoscenze, competenze e attitudini, richiesta ai professionisti coinvolti nei processi a rischio, anche in previsione di una futura certificazione di tale “competence” a livello nazionale e regionale. Inoltre, considerato le nuove normative sull'argomento, si è ipotizzata la definizione di un modello di rappresentazione delle tre aree della “competence” del rischio utile ad un eventuale certificazione delle competenze professionali da parte della regione Veneto. È stata analizzata l'evoluzione della normativa e della letteratura Internazionale/UE, Nazionale e Regionale sulle tematiche della Qualità/Accreditamento e del Rischio a partire dal 1992 fino ad oggi. Sono stati identificati i determinanti della “competence”, applicando un modello trasversale che deriva dalla sommatoria delle Technical Skills e delle Non Technical Skills. È stata analizzata la documentazione disponibile sul tema della certificazione dei professionisti a livello internazionale, nazionale, regionale.

Dall'analisi della normativa e della letteratura ne consegue un percorso specifico di legislazione e di norme relative alla Qualità e al Rischio nelle sue varie declinazioni, che evidenzia una progressiva evoluzione della “competence” dei professionisti deputati alla governance del rischio (Clinical Risk Manager, Internal Auditor, Responsabile Servizio Prevenzione Protezione). Tale evoluzione si caratterizza per la progressiva convergenza nell'utilizzo di metodologie comuni sia per la mappatura dei processi che per l'analisi del rischio nei rispettivi ambiti di specificità: clinico, amministrativo – contabile, corruzione, operatore/ambiente. Il modello che ne deriva presuppone il raggruppamento dei professionisti nella cosiddetta “Famiglia professionale del Rischio”, che condividono la “competence” collegata al concetto del “Risk Based Thinking” ripreso dalla recentissima versione della norma ISO 9001:2015. Sviluppando questo approccio “sistemico” al rischio, si ottiene come risultato una matrice di competenze della “Famiglia del Rischio Professionale” che evidenzia la conoscenza e l'applicazione delle Technical Skills e delle non Technical Skills a seconda dei diversi processi e del contesto di pertinenza dei professionisti stessi.

Introduzione

Tra i determinanti della Clinical Governance^(1,2), la gestione del rischio clinico rappresenta uno dei “pilastri” che più si è sviluppato all'interno delle organizzazioni sanitarie, anche attraverso l'istituzione di funzioni dedicate come il “Clinical Risk Management”⁽³⁾. Negli ultimi anni, tuttavia, si è assistito ad una estensione delle attività di “Risk Management” dallo storico ambito clinico e della sicurezza ambiente/lavoratore⁽⁴⁾, verso l'area amministrativo-contabile⁽⁵⁾, introducendo la necessità di un approccio “sistemico” al rischio, finalizzato alla sua prevenzione nelle varie declinazioni. Anche la più recente normativa internazionale⁽⁶⁾ sottolinea la necessità di creare nelle organizzazioni una “cultura sistemica” e una “competence trasversale” della sicurezza che nei sistemi sanitari è stata inizialmente identificata nella Patient Safety, ma che, a tendere, dovrà estendersi a tutte le componenti professionali che, a diverso titolo, sono chiamate ad operare nei processi assistenziali identificati come a “rischio” sia primari che di supporto.

L'obiettivo dello studio è quello di analizzare l'evoluzione della normativa in ambito internazionale, europeo, nazionale e regionale, così da identificare le componenti trasversali della “competence” (Knowledge/Skills/Attitude)⁽⁷⁾ richieste ai professionisti sanitari e “non sanitari” responsabili a vario titolo all'interno delle organizzazioni, della governance dei processi a rischio (clinico, amministrativo-contabile, corruzione, operatore/ambiente). Tale definizione è anche l'attività preliminare richiesta dalla più recente normativa italiana in materia^(8,9) al fine di certificare la “competence” di tali professionisti. A tendere tale “competence” dovrà anche entrare a far parte dei requisiti richiesti per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie⁽¹⁰⁾, in cui l'identificazione dei processi a rischio, o delle attività a rischio all'interno dei processi, diventi una consuetudine degli operatori quale risultato di un pensiero basato sul rischio (Risk Based Thinking)⁽¹¹⁾ diffuso e condiviso all'interno delle organizzazioni, per assicurare una sempre più capillare prevenzione e sempre più strutturato controllo sistemico.

Materiali e Metodi

È stata analizzata la normativa internazionale, europea, nazionale e regionale degli ultimi 23 anni (1992 – 2015) sulle tematiche della Qualità/Accreditamento e del Rischio identificandone l'evoluzione e i relativi passaggi. Sono stati identificati i determinanti trasversali della "competence", intesa come sommatoria delle conoscenze, competenze e attitudini, che si identificano nelle cosiddette Technical Skills (conoscenze, competenze) e nelle Non Technical Skills (attitudini, abilità), richieste agli operatori coinvolti nella governance dei processi a rischio sia primari che di supporto in ambito sanitario. Tra le Technical Skills sono state analizzate le conoscenze sulla mappatura e rappresentazione dei processi, le tecniche specifiche di mappatura del rischio proattive (Fmea, Audit, Safety Walkaround), le tecniche di mappatura del rischio di tipo reattivo-retrospettivo (Root Analysis Cause, Ishikawa, Protocollo di Londra, Incident Reporting, Non Conformità nei SGQ, Trigger Tool) ed infine le tecniche intermedie tra quelle proattive e reattive (Focus Group, Briefing e Debriefing sulla sicurezza). L'analisi delle Non Technical Skills è stata effettuata rispetto alle dimensioni cognitive, contesto/dipendente, integrativa, relazionale, affettivo/morale, forma mentis con specifico riferimento alla Capability. In questo progetto di studio è stata anche analizzata la documentazione disponibile sul tema della certificazione dei professionisti a livello internazionale, nazionale, regionale e ipotizzata la progettazione di un modello regionale Veneto di individuazione della "competence" richiesta agli operatori che operano sulle tematiche del rischio, anche al fine di una certificazione in coerenza con gli standard della legislazione nazionale in materia.

Risultati

Di seguito vengono riportati i risultati dell'analisi della normativa internazionale/ UE, nazionale e regionale della Qualità e del Rischio.

Normativa Internazionale/ UE:

- *Norma ISO 17025:2005*⁽¹⁴⁾ esprime i requisiti gestionali e tecnici per la competenza dei laboratori di prova e di taratura.
- *Norma ISO 22870:2006*⁽¹²⁾, fornisce i requisiti specifici per la qualità e la competenza applicabili alle analisi decentrate (Point-of-care Testing) ed è destinata ad essere utilizzata in combinazione con la norma ISO 15189 relativa ai laboratori clinici.
- *Regolamento 765/CE/2008*⁽¹³⁾, pone norme in materia di accreditamento e vigilanza, e stabilisce la competenza degli organismi di valutazione/certificazione.
- *Norma ISO 9001:2008*⁽¹⁴⁾ specifica i requisiti dei sistemi di gestione per la qualità da utilizzarsi quando un'organizzazione vuole dimostrare la propria capacità a fornire prodotti che soddisfino i requisiti dei clienti.

- *Norma ISO 9004:2009*⁽¹⁴⁾, fornisce alle organizzazioni linee guida per aiutare a raggiungere il successo durevole attraverso l'approccio della gestione per la qualità.
- *Norma ISO 31000:2010*⁽¹⁴⁾, affronta il tema del Rischio, proponendo un modello di gestione e di integrazione dello stesso nei sistemi di gestione aziendale. Essa è applicabile a tutte le tipologie di Rischio (da quelli strategici a quelli operativi), e può essere utilizzata da imprese pubbliche o private, associazioni, gruppi o individui.
- *Direttiva 2011/24/UE*⁽¹³⁾, stabilisce che l'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie deve ottenere la conformità a norme internazionali.
- *Norma ISO 19011:2012*⁽¹⁴⁾, fornisce linee guida sugli audit dei sistemi di gestione.
- *ISO/IEC 17024:2012*⁽¹⁵⁾, È applicabile agli Organismi che effettuano la certificazione delle persone e si occupa della "Valutazione della conformità- Requisiti generali per organismi che eseguono la certificazione delle persone".
- *Norma ISO 15189:2013*⁽¹²⁾, stabilisce i requisiti generali e gli standard relativi alla qualità e alla competenza tecnica nei Laboratori clinici. I requisiti del sistema di gestione della ISO 15189 sono espressi in termini appropriati alle attività di un Laboratorio medico, sono in accordo con i principi della ISO 9001:2008 per i sistemi di gestione per la qualità, e risultano allineati ai pertinenti requisiti della norma stessa.
- *Norma ISO 9001:2015*⁽¹¹⁾, è una recente revisione della normativa ISO 9001:2008 che affronta il tema dell'analisi dei rischi nelle organizzazioni, stabilendo un approccio sistematico per considerare il rischio, assicurandone l'identificazione e il controllo in tutta la progettazione e l'uso di un sistema di gestione per la qualità. Il "Risk Based Thinking" deve essere considerato fin dall'inizio e in tutto il sistema, rendendo l'azione preventiva inerente alla attività di pianificazione, di funzionamento, di analisi e di valutazione, per assicurare l'identificazione e il controllo del rischio nei sistemi e nei processi.



Figura 1 - Modello di approccio sistematico al rischio previsto dalla norma ISO 9001:2015; nella progettazione e applicazione dei SGQ; nelle organizzazioni sanitarie.

Requisiti collegati ad organismi di Certificazione Internazionale

- *Joint Commission International (JCI)*⁽¹⁶⁾ Individua, quantifica e condivide le pratiche migliori nella qualità e sicurezza dei pazienti, fornendo leadership e assistenza alle organizzazioni sanitarie per migliorare le performance e gli esiti. Accreditata ISQua.
- *Accreditation Canada International (ACI)*⁽¹⁷⁾ Definisce gli standard specifici per ogni singola area aziendale di erogazione dei servizi, sia di carattere sanitario che amministrativo, fornendo alle organizzazioni elementi essenziali (pratiche obbligatorie) al fine di incrementare la sicurezza dei pazienti e minimizzare il rischio. Accreditata ISQua.
- *Australian Council on Healthcare Standard International (ACHSI)*⁽¹⁸⁾ principale organismo di accreditamento sanitario in Australia, con l'obiettivo di facilitare la capacità delle organizzazioni internazionali ad aumentare i livelli di qualità e sicurezza. Accreditata ISQua.
- *Haute Autorité de Santé (HAS)*⁽¹⁹⁾ produce raccomandazioni (linee guida di buone pratiche) e strumenti per facilitare il loro utilizzo da parte di professionisti del settore sanitario francese, con l'obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure.
- *National Accreditation Board for Hospital e Healthcare Provider (NABH)*⁽²⁰⁾ Ente Nazionale di accreditamento per gli ospedali e gli operatori sanitari in India, per istituire e gestire programmi di accreditamento per le organizzazioni sanitarie.
- *Quality Health New Zealand (QHNZ)*⁽²¹⁾ Organizzazione di accreditamento in Nuova Zelanda; gli Standard di qualità QHNZ sono basati su quelli utilizzati in Australia e in Canada.
- *Trent UK Accreditation (QHA)*⁽²¹⁾ è un'organizzazione britannica la cui missione è di fornire accreditamento alle organizzazioni sanitarie.
- *United Kingdom Accreditation Forum (UKAF)*⁽²¹⁾. È una rete di organismi di accreditamento sanitari con l'intenzione di condividere le esperienze e le buone pratiche in materia in accreditamento.
- *International Society for Quality in Health Care (ISQua)*⁽²¹⁾ Società Internazionale per la Qualità in Sanità, è un'organizzazione "ombrello" responsabile dell'accREDITamento di JCI, ACI, ACHSI, QHNZ.
- *International Accreditation Forum (IAF)*⁽²²⁾ Associazione mondiale degli organismi di valutazione della conformità di accreditamento nel campo dei sistemi di gestione, prodotti, servizi, personale. La sua funzione primaria è quella di sviluppare un unico programma mondiale di valutazione della conformità che riduce il rischio.

Normativa Nazionale:

- *Legge n. 502/92*⁽²³⁾ ha avviato il processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione delle strutture sanitarie ponendo le basi per una diversa articolazione della sanità pubblica, intesa principalmente come servizio al cittadino/utente; qualità delle prestazioni

ed efficienza sono i principi ispiratori del nuovo modello di sanità, unitamente ai criteri di efficacia degli interventi, appropriatezza ed economicità nell'uso delle risorse umane, tecniche e strutturali, tutti elementi indispensabili per una peculiare ed efficiente Clinical Governance.

- *D.lgs n.229 del 29 giugno 1999*⁽²³⁾ o meglio definito "Legge Bindi", o "Riforma Ter", che prevede l'attuazione di due principi fondamentali già affrontati dal D.lgs n.502 del 1992, ossia la regionalizzazione del SSN e l'aziendalizzazione delle UU.SS.LL, con particolare attenzione alla valorizzazione delle Regioni attraverso il rafforzamento del loro ruolo e autonomia in ambito sanitario, e al rafforzamento di competenze anche nell'ambito del rischio (Dipartimento di Prevenzione).
- Il Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231⁽²⁴⁾, recante "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell'art. 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300" ha introdotto per la prima volta nel nostro ordinamento la responsabilità in sede penale degli enti, che si aggiunge a quella della persona fisica che ha realizzato materialmente il fatto illecito. L'art. 6 del Decreto legislativo 231/2001 contempla tuttavia una forma di "esonero" da responsabilità dell'ente se si dimostra, in occasione di un procedimento penale per uno dei reati considerati, di aver adottato ed efficacemente attuato modelli di organizzazione, gestione e controllo idonei a prevenire la realizzazione degli illeciti penali considerati; un tema sul quale i Risk Manager devono essere coinvolti nell'ambito delle politiche aziendali per la gestione dei rischi.
- *Modello di Organizzazione e Gestione della Sicurezza (MOGS)* ai sensi del D.lgs 231/01.
- *Intesa Stato-Regioni 28 Luglio 2005*⁽¹²⁾, determina l'obbligo di AccREDITamento per i servizi di Laboratorio Antidoping, secondo la norma ISO 17025.
- *Raccomandazioni Ministeriali del Ministero della Salute (RM)*,⁽²⁵⁾ hanno lo scopo di offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni e procedure potenzialmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti; inoltre forniscono strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi, e promuovono l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema.
- *RM n. 8, novembre 2007* - Prevenzione atti di violenza a danno degli operatori sanitari⁽²⁵⁾.
- *RM n. 1, Marzo 2008* - Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL - ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio⁽²⁵⁾.
- *RM n. 2, Marzo 2008* - Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico⁽²⁵⁾.
- *RM n. 3, Marzo 2008* - Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura⁽²⁵⁾.
- *RM n. 4, Marzo 2008* - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale⁽²⁵⁾.
- *RM n. 5, Marzo 2008* - Prevenzione reazione trasfusionale da incompatibilità ABO⁽²⁵⁾.

A. Cabrini

- *RM n. 6, Marzo 2008* - Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto ⁽²⁵⁾.
- *RM n. 7, Marzo 2008* - Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia ⁽²⁵⁾.
- *D.lgs 9 aprile 2008 n. 81* ⁽⁴⁾ Il decreto legislativo, ha riformato, riunito e armonizzato, abrogandole, le disposizioni dettate da numerose precedenti normative in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro succedutesi nell'arco di quasi sessant'anni, al fine di adeguare il corpus normativo all'evolversi della tecnica e del sistema di organizzazione del lavoro. In particolare l'art. 28 del decreto definisce i termini per la valutazione dei rischi alla salute e alla sicurezza dei lavoratori.
- *SGSL è il sistema di gestione della sicurezza sul lavoro* ⁽²⁶⁾, ai sensi della legge italiana, indica un sistema organizzativo aziendale finalizzato a garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza cercando, attraverso la strutturazione e la gestione, di massimizzare i benefici minimizzando al contempo i costi. L'art. 30 del Decreto 81/08 – *modelli di organizzazione e di gestione* – al comma 4 stabilisce che "il modello organizzativo deve altresì prevedere un idoneo sistema di controllo sull'attuazione del medesimo modello e sul mantenimento nel tempo delle condizioni di idoneità delle misure adottate". L'attività dell'organo di controllo e di vigilanza diventa fondamentale per la puntuale ed efficiente applicazione del modello stesso e per la esimenza prevista dalla norme di cui al 231/2001.
- *RM n. 9, Aprile 2009* - Prevenzione eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali ⁽²⁵⁾.
- *Legge Nazionale n.85 del 30 Giugno 2009* ⁽¹³⁾, stabilisce l'obbligo di Accredimento per i servizi forensi di analisi del Dna, secondo la norma ISO 17025.
- *Legge nazionale n.88 del 7 Luglio 2009* ⁽¹³⁾, stabilisce l'obbligo di Accredimento per i servizi di laboratorio Sicurezza Alimentare, secondo la norma ISO 17025.
- *RM n. 10, Settembre 2009* – Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati ⁽²⁵⁾.
- *RM n. 11, Gennaio 2010* - Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto ⁽²⁵⁾.
- *RM n.12, Agosto 2010* - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike" ⁽²⁵⁾.
- *RM n.13, novembre 2011* - Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie ⁽²⁵⁾.
- *Patto della Salute 2010-2012 "Valorizzazioni di ruoli e competenze professionali" (Art.5)* ⁽²⁷⁾. Il Patto conviene sull'importanza di ridefinire ruoli, competenze e relazioni professionali "con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe", accantonando "una logica gerarchica" per "perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti". A questo scopo sono previste "sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo", al fine di migliorare l'efficienza del settore delle cure primarie (Quotidiano sanità.it Governo e Parlamento 16 Luglio 2014).
- *RM n.14, ottobre 2012* - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici ⁽²⁵⁾.
- *Intesa Stato-Regioni 20 Dicembre 2012* (13), approva un disciplinare sulla revisione dell'accreditamento, che deve ottenere la conformità a norme internazionali, garantire l'omogeneità tra le Regioni italiane, essere basato su verifiche esterne indipendenti. (<http://www.agenas.it/accreditamento>).
- *Legge 8 Novembre 2012 n.189 (Decreto Balduzzi)* ⁽²⁸⁾ Descrizione e contenimento del rischio attraverso Linee Guida e percorsi assistenziali (PDTA), con conseguente diminuzione del contenzioso e della medicina difensiva.
- *Legge 6.11.2012 n.190* ⁽²⁹⁾ disciplina le disposizioni per la prevenzione, repressione, corruzione e l'illegalità nella Pubblica Amministrazione, al fine di prevenire il Rischio amministrativo-contabile.
- *AGENAS* (30), ha promosso e recentemente realizzato, nell'ambito di una specifica ricerca, quattro manuali operativi, che declinano e puntualizzano i requisiti e le evidenze del citato Disciplinare per diverse tipologie di strutture. A risultato di tale ricerca, si conferma la specificità dei servizi Medicina di Laboratorio nell'ambito delle strutture sanitarie (ospedali residenziali ambulatori), a cui è dedicato uno specifico manuale. I contenuti dei manuali AGENAS sono riconducibili a quelli elaborati in ambito internazionale per i sistemi di gestione della qualità e per la competenza degli organismi di valutazione della conformità di cui al Regolamento (CE) n. 765/2008.
- *D.lgs n.13 del 16/01/2013* (8) "Definizione delle norme generali e dei livelli essenziali delle prestazioni per l'individuazione e validazione degli apprendimenti non formali e informali e degli standard minimi di servizio del sistema nazionale di certificazione delle competenze anche in funzione del riconoscimento in termini di crediti formativi in ambito europeo.
- *RM n.15, febbraio 2014* - Errata attribuzione del codice di triage nella Centrale Operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso ⁽²⁵⁾.
- *RM n. 16, aprile 2014* - Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita ⁽²⁵⁾.
- *RM n. 17, dicembre 2014* - La mancata Riconciliazione della terapia farmacologica può causare gravi danni ai pazienti ⁽²⁵⁾.
- *DM 2Aprile 2015, n.70* ⁽¹⁰⁾, regolamento recante definizione degli standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (GU n.127 del 4/6/2015).
- **Decreto 30/06/2015⁽⁹⁾, "Definizione di un quadro operativo per il riconoscimento a livello nazionale delle qualificazioni regionali e delle relative competenze, nell'ambito del Repertorio nazionale dei titoli di istruzione e formazione e delle qualificazioni professionali di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13"**

Normativa Regionale del Veneto

- *Legge Regionale n. 22 del 16 Agosto 2002*, ⁽³¹⁾ disciplina i processi di autorizzazione all'esercizio e accredi-

Le competenze richieste nella Governance dei processi a rischio in Sanità

tamento delle strutture sanitarie, attraverso la valutazione di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e funzionali, finalizzati al miglioramento continuo della qualità che consenta, prima in fase d'autorizzazione e poi d'accreditamento, di stimolare un processo d'apprendimento organizzativo continuo e di cambiamento orientato al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini.

- *DGRV n. 1831 del 11/07/08 - Modello organizzativo Regionale Veneto per la gestione della Sicurezza del Paziente* ⁽³⁾, che la Regione ha realizzato quale modello unitario nell'ottica di sviluppo e gestione della sicurezza, applicabile a tutte le Aziende sanitarie e socio-sanitarie pubbliche (secondo modalità organizzative ed operative individuate nei singoli atti aziendali) e alle strutture private accreditate nel territorio.
- *Legge Regionale 31 luglio 2009, n. 15 norme in materia di gestione stragiudiziale contenzioso sanitario* (32). La Regione Veneto, al fine di prevenire situazioni di contenzioso che possano coinvolgere gli operatori sanitari e migliorare il rapporto di fiducia con il servizio sanitario regionale, promuove l'utilizzo di modalità di composizione stragiudiziale delle controversie insorte in occasione dell'erogazione di prestazioni sanitarie. Inoltre, con questa legge viene riconosciuta l'importanza della formazione del personale sanitario, volta al rafforzamento della cultura della gestione del rischio clinico, nonché della prevenzione degli eventi dannosi anche al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e gli standard qualitativi delle cure in ambito sanitario.
- *DGVR n. 573/2011* ⁽³³⁾ modello regionale di gestione dei sinistri di responsabilità e professionale verso terzi in ambito sanitario e ospedaliero, da implementare nelle aziende sanitarie ed ospedaliere della Regione Veneto.
- *Progetto Bersaglio S. Anna di Pisa recepito in Veneto nel 2012* ⁽³⁴⁾, è un sistema di Valutazione e Valorizzazione della Performance delle Aziende Sanitarie che risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna regione modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance, che sono riassunte in *indicatori di sintesi*, rappresentati in forma grafica tramite un "*bersaglio*".
- *Piano Sanitario Regionale 2012-2016* ⁽³⁵⁾ approvato con la Legge 23 del 29 Giugno 2012, prevede i seguenti obiettivi: azioni per valorizzare le risorse umane, nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale (case management), valorizzare una visione imperniata sulla coesione sociale e sulla responsabilizzazione diffusa, guidando i percorsi e le risorse in una logica di sistema.
- *DGRV n. 2369/2011, DGRV n. 995/2012, DGRV n. 501/2013 e DGRV n. 777/2014* ⁽⁵⁾. *Sviluppo e Miglioramento del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende Sanitarie*. La Regione Veneto ha definito un percorso specifico al fine di affrontare e gestire le molteplici tipologie di rischio derivanti sia da fattori endogeni che esogeni alle Aziende, che devono essere conosciuti, analizzati, monitorati e gestiti in quanto, se trascurati o affrontati inadeguatamente, possono impattare sul grado di raggiungimento degli obiettivi istituzionali ovvero intaccare il patrimonio

aziendale. Lo sviluppo del controllo interno contribuisce, indirettamente, a migliorare l'efficacia delle misure per la prevenzione della corruzione. Il percorso è rivolto a:

- 1) Introdurre il management del rischio amministrativo-contabile nelle Aziende Sanitarie/Istituti della Regione;
 - 2) Sviluppare il Sistema di Controllo Interno come strumento per il contenimento del rischio amministrativo-contabile nell'organizzazione;
 - 3) Identificare l'Internal Audit quale struttura aziendale specificatamente deputata alla misurazione del rischio amministrativo contabile e alla valutazione di efficacia del Sistema di Controllo Interno;
 - 4) Identificare il processo come oggetto di valutazione del rischio amministrativo-contabile e delle performance aziendali;
 - 5) Migliorare le performance aziendali tramite il miglioramento delle performance dei processi. La Regione ha perciò identificato un elenco di 40 processi esposti a rischio amministrativo-contabile che gradualmente sono stati mappati da tutte le aziende venete.
- *DGVR 567 del 21 Aprile 2015 - "Gestione del rischio clinico, progetto "Carmina" requisiti di autovalutazione"* ⁽³⁶⁾. Con tale progetto, la Regione Veneto, intende intensificare l'azione di prevenzione del contenzioso, da operarsi in sinergia con le attività di gestione del rischio clinico, fornendo criteri e requisiti per l'implementazione e la valutazione dell'organizzazione aziendale conforme ai principi di Risk Management. Si propone, pertanto, che le aziende sanitarie si misurino non solo in termini amministrativo-contabili, ma anche in termini di efficacia e sicurezza del sistema organizzativo, secondo una logica di rete diffusa, in funzione proattiva e reattiva anche attraverso un sistema di autovalutazione.

Definizione di "Competence"

In accordo con Epstein ⁽⁷⁾ i determinanti della "competence" che riprendono la storica definizione di sapere-saper fare - saper essere sono rappresentati da:

- 1) *Knowledge = Conoscenza (sapere);*
- 2) *Skills = Competenza (saper fare);*
- 3) *Attitude = Attitudine (saper essere).*

I tre determinanti della "Competence" vengono a loro volta specificati da sette dimensioni:

- 1) *Cognitive (cognitiva),* 2) *Technical (tecnica),* 3) *Context (contesto/dipendente)* 4) *Integrative (integrativa),* 5) *Relationship (relazionale),* 6) *Affective/Moral (affettivo/morale),* 7) *Habits Of Mind (forma mentis)*

Dall'incrocio tra determinanti e dimensioni della "competence" in ambito del rischio, risulta la matrice delle competenze, attitudini e conoscenze "trasversali" richieste, agli operatori coinvolti nei processi a rischio sia primari che di supporto, quali ad esempio le figure specifiche del "*Clinical Risk Manager*", "*Internal Auditor*" e "*RSPP*" che si identificano rispettivamente nel contesto aziendale del processo clinico-organizzativo, amministrativo-contabile, ambientale e pro-

fessionale per gli operatori. Tali professionisti sono raggruppati nella cosiddetta "Famiglia professionale del Rischio" e condividono la "competence" collegata al "Risk Based Thinking" (Fig.2), ripreso dalla recentissima versione della norma ISO 9001:2015 ⁽⁶⁾.



Figura 2 - In evidenza il modello di "competence" trasversale dei professionisti della "Famiglia del Rischio Professionale" basato sul "Risk Based Thinking".

Il modello applicato in questo studio prevede l'individuazione della "competence" trasversale richiesta a tutti gli operatori, che si identifica principalmente nella sommaria delle *Technical Skills* (conoscenze, competenze) ⁽³⁷⁾ e delle *Non Technical Skills* (attitudini, abilità) ⁽³⁸⁾.

Technical Skills. Sono fondamentali le conoscenze sulla mappatura e rappresentazione dei processi ⁽³⁹⁾ e l'applicazione di sei fasi successive:

- 1) Identificazione dei Processi Aziendali;
- 2) Identificazione dei Processi a rischio all'interno della "mappa" generale dei processi e/o delle attività a rischio all'interno degli altri processi;
- 3) Analisi dei processi a rischio;
- 4) Rappresentazione grafica dei processi a rischio;
- 5) Identificazione delle Responsabilità;
- 6) Applicazione delle Tecniche di mappatura dei Rischi.



Figura 3. Ciclo di applicazione delle sei fasi successive per la gestione dei rischi nei processi aziendali (*Technical Skills*).

La definizione dei processi nei vari ambiti aziendali (mappatura dei processi) e la relativa analisi rappresentano un ottimo punto di partenza per identificare i cosiddetti "processi critici e prioritari", nell'ambito dei processi assistenziali sia primari che di supporto. Questa attività è generalmente deputata ai sistemi di gestione per la qualità, con l'obiettivo di identificare "ex ante" i rischi di processo attraverso tecniche specifiche di mappatura del rischio definite come proattive.

Tecniche di mappatura del Rischio Proattive:

• FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) – FMECA (*Failure Mode and Effect Criticality Analysis*).

Sono metodi molto utilizzati per identificare le vulnerabilità dei processi "ex ante". L'obiettivo del loro utilizzo nei sistemi sanitari è quello di evitare gli eventi avversi che potrebbero causare danni ai pazienti, ai familiari, agli operatori. ⁽⁴⁰⁾ In particolare la FMEA è un metodo per esaminare un processo, prospetticamente, con l'ottica di evidenziarne le possibili vulnerabilità e quindi ridisegnarlo. Si basa sull'analisi sistematica di un processo, eseguita da un gruppo multidisciplinare, per identificare le modalità del possibile insuccesso di un processo, il perché, gli effetti che ne potrebbero conseguire e cosa potrebbe rendere più sicuro il processo. L'applicazione del metodo prevede in primo luogo l'identificazione di un responsabile che organizza un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da operatori ed esperti. La prima fase, istruttoria, prevede l'analisi della letteratura, la raccolta della documentazione ed eventuali interviste agli operatori. Segue la seconda fase di analisi durante la quale il processo viene scomposto in macroattività, ogni macroattività viene analizzata sulla base dei singoli compiti da portare a termine, e per ogni singolo compito vengono individuati i possibili errori definiti "modi di errore". Si valuta, quantitativamente, la probabilità di errore (P) e, qualitativamente, la gravità delle sue conseguenze (G). Per effettuare la "stima del rischio", si analizzano le modalità di accadimento di errore o guasto (*failure mode*) e i loro effetti (*failure effect*). Si tratta pertanto di una analisi di tipo qualitativo e quantitativo. L'analisi dell'intero processo comporta dunque l'identificazione delle aree con priorità di intervento e si articola nei seguenti 4 punti:

1. Scomposizione del processo in fasi con l'elaborazione di un diagramma di flusso o flow chart;
2. Definizione del "che cosa potrebbe non funzionare" (*failure mode*);
3. Definizione del "perché" potrebbe accadere l'insufficienza" (*failure causes*);
4. Definizione dei possibili effetti (*failure effects*).

A ciascuna fase si assegna un numero di priorità di rischio (RPN) o indice di priorità di rischio (IPR) con un diverso punteggio da 1 a 10.

L'applicazione di questa tecnica è ampia e può essere impiegata prima di introdurre nuovi processi, per modificare processi esistenti, per utilizzare in altri conte-

Le competenze richieste nella Governance dei processi a rischio in Sanità

sti processi già consolidati ed infine per prevenire il ripetersi di un evento già occorso.

La maggior limitazione di questa tecnica di analisi è che le insufficienze vengono trattate come se fossero unità singole ed analizzate staticamente, mentre in sanità gli eventi avversi sono il risultato di molteplici insufficienze e di condizioni spesso correlate fra loro.

• **Audit:** metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte⁽⁴²⁾. Consente di identificare eventi e rischi percepiti. In base alla tipologia di problematica esaminata si può classificare l'audit in:

- *Audit economico-gestionale.* Valuta l'appropriatezza e l'efficienza della pianificazione, della gestione delle risorse e delle modalità di spesa delle aziende (es. modalità di acquisizione dei farmaci, definizione e controllo dei ricoveri in strutture convenvenzionate etc.)
- *Audit organizzativo.* Valuta i processi e gli standard organizzativi di supporto all'attività sanitaria che, ovviamente, in una struttura sanitaria hanno rilevanza anche in riferimento agli esiti del processo assistenziale stesso (es. sistema informativo, valutazione dei carichi di lavoro, procedure organizzative finalizzate alla acquisizione e assistenza delle tecnologie; tempi e modalità di acquisizione dei farmaci).
- *Audit della qualità.* È uno strumento per la sorveglianza del sistema di gestione della qualità. È un esame sistematico ed indipendente mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito e se quanto stabilito viene effettuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.
- *Audit clinico.* È rivolto al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, poiché permette di verificare l'appropriatezza, l'efficacia, la qualità della performance clinica. Metodologicamente l'audit clinico consiste in un ciclo della qualità che si può schematicamente articolare in 4 fasi: 1) preparazione, 2) attuazione, 3) azioni di miglioramento, 4) valutazione dei risultati

• **Safety Walkarounds.** È una visita che un gruppo di professionisti può effettuare presso le unità operative di un'azienda sanitaria, nel corso della quale, affiancato da personale della stessa, percorre corridoi e stanze, intervista alcune delle persone incontrate (dirigenti, operatori, pazienti, famigliari, volontari) e raccoglie informazioni su condizioni ritenute dagli intervistati fattori di rischio⁽⁴¹⁾.

Le funzioni che sono invece identificate come responsabili della gestione del rischio aziendale utilizzano principalmente tecniche di mappatura del rischio di tipo reattivo-retrospettivo

Tecniche di mappatura del Rischio Reattive – Retrospettive:

• **Root Analysis Cause (RCA).** È uno strumento per il miglioramento della qualità, che aiuta gli individui e le organizzazioni ad identificare le cause e i fattori contribuenti correlati ad un evento avverso e sulla base dei risultati possono essere sviluppati progetti di miglioramento⁽⁴⁰⁾. La RCA è un'analisi retrospettiva che consente di comprendere cosa, come e perché è accaduto un evento. Essa può essere applicata in tutti gli ambiti sanitari: ospedali per acuti, area della emergenza, riabilitazione, malattie mentali, ospedalizzazione a domicilio e nelle varie articolazioni delle cure extra ospedaliere. Requisiti della RCA sono:

- la costituzione di un gruppo interdisciplinare in cui devono essere inseriti esperti in materia;
- la partecipazione di coloro che sono stati coinvolti nell'evento;
- l'imparzialità nell'evidenziare potenziali conflitti di interesse;

Ulteriori requisiti che garantiscono accuratezza e credibilità della RCA sono: la partecipazione della direzione e di tutti coloro che sono maggiormente interessati nel processo e nel sistema e la riservatezza, ovvero le informazioni di cui si viene a conoscenza devono essere "protette", non divulgate, con livelli di protezione dei dati stabiliti a priori. La modalità con cui si svolge una RCA presuppone di indagare aree quali la comunicazione, la formazione ed esperienza del personale, il carico e la programmazione del lavoro. Il processo della RCA si svolge con un approccio coordinato in due fasi successive:

I fase: un numero ristretto di operatori raccoglie le informazioni necessarie per la comprensione iniziale dell'evento, effettua la descrizione cronologica e quindi riferisce al gruppo di lavoro. Il gruppo di lavoro deve fare un sopralluogo nella sede dell'incidente, rivedere le procedure e le modalità organizzative in uso le quali devono essere disponibili durante tutti gli incontri del gruppo di lavoro. L'acquisizione delle procedure aiuta a stabilire quali siano gli standard a cui tende l'organizzazione. Bisogna inoltre raccogliere informazioni anche attraverso interviste agli operatori per aggiungere elementi rilevanti per l'analisi; le interviste devono essere eseguite prima possibile rispetto al verificarsi dell'incidente per evitare problemi di memoria. Infatti un'intervista tempestiva aumenta la probabilità di ottenere una sequenza degli eventi il più accurata possibile.

II fase: analisi e confronto all'interno del gruppo, in cui devono essere messi in evidenza tutti i fattori che hanno contribuito all'evento avverso, partendo dall'identificazione dei fattori contribuenti prossimi all'evento. Un aspetto importante del processo è capire come i vari fattori contribuenti siano correlati l'uno all'altro. Vengono utilizzati a tal fine alcuni diagrammi, quali quello di Ishikawa e il diagramma ad albero, per visualizzare graficamente le relazioni; questi diagrammi sono chiamati di causa-effetto o diagrammi dei fattori contribuenti.

• **Ishikawa.** È definito anche “*diagramma a spina di pesce*” poiché assomiglia allo scheletro di un pesce in cui la spina principale rappresenta l’evento avverso e le altre spine rappresentano le cause e i fattori contribuenti ⁽⁴⁰⁾. Tale strumento serve ad identificare gli ambiti causali di un fenomeno-effetto, specificare le ipotetiche cause, identificare ed ordinare diversi livelli causali rappresentandoli in maniera visivamente intuitiva. Una volta scelto un problema (effetto) lo si scrive sulla destra di un foglio/tabellone e si traccia una linea orizzontale fino al punto del problema (lisca principale). Vengono poi tracciate le linee oblique alla principale che costituiscono i riferimenti degli ambiti-nessi di fattori causali. In testa a ciascuna lisca vengono identificate le tipologie di cause (Classi). Le classi tradizionalmente citate sono: struttura, attrezzature, metodi, risorse umane. A seconda della complessità del problema in analisi, per ciascun ambito possono essere identificate cause di primo, secondo (sub-causa), terzo livello, selezionando poi le cause più importanti.

• **Protocollo di Londra.** Il protocollo illustra un processo di “investigazione” e analisi degli incidenti sviluppato nel contesto della ricerca, il quale è stato adattato all’utilizzo pratico da parte dei risk manager e di tutti coloro che sono coinvolti nell’analisi di eventi avversi. Questo approccio è stato affinato ed aggiornato, alla luce dell’esperienza e della ricerca nell’ambito dell’identificazione degli eventi avversi sia nel contesto ospedaliero sia in quello esterno. L’obiettivo di questo protocollo è di assicurare un’indagine e un’analisi completa e comprensiva degli eventi avversi ⁽⁴³⁾, oltrepassando l’usuale identificazione del “difetto” e andando oltre al concetto di “colpa”.

• **Incident Reporting (IR).** Consiste nella segnalazione spontanea e volontaria degli eventi avversi e dei “quasi eventi” e dei problemi organizzativi tramite un’apposita scheda di segnalazione ⁽⁴⁰⁾. L’obiettivo dell’IR è di incrementare la sicurezza del paziente identificando le carenze nel sistema. Il numero delle segnalazioni varia in riferimento al numero effettivo degli eventi, essendo influenzato dalla capacità dell’operatore di riconoscere l’evento e dalla volontà di renderlo pubblico”. La segnalazione deve essere sicura senza conseguenze negative per chi segnala e deve avere una risposta come feedback che si traduce in raccomandazioni per il miglioramento. È importante che in ottica di sistema si colleghi agli altri dati di rilevazione come, ad esempio, le Non Conformità.

• **Non Conformità (NC).** Si tratta del non soddisfacimento da parte del sistema qualità di un requisito richiesto, cioè il mancato riconoscimento di un requisito, che è l’esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente ⁽⁴⁴⁾. Lo scopo dell’analisi delle Non Conformità è quello di quantificare e classificare le diverse tipologie di non conformità, evidenziare le aree aziendali, i prodotti e le attività ritenuti più critici, confrontare la situazione rispetto agli obiettivi posti. Tutte le non conformità

devono essere registrate sull’apposito modulo “Rapporto di non conformità” da parte del personale che le rileva e interviene nella soluzione del problema. La registrazione può essere effettuata anche su supporti informatici, attuate come segnalazioni da parte del personale operativo, per intervenire poi in seguito con azioni correttive e di miglioramento dei processi. Il trattamento consiste nella definizione e attuazione della soluzione puntuale necessaria per risolvere la non conformità individuata. Segue poi la verifica della soluzione che è costituita dal controllo che la soluzione adottata abbia riportato il servizio/prodotto alla conformità desiderata. Inoltre le NC vengono anche rilevate dai valutatori nel corso delle visite ispettive per i processi certificati ISO e a seconda della loro rilevanza possono comportare il mancato rilascio della certificazione di qualità oppure il suo ritiro.

• **Trigger Tool.** È un metodo per identificare e misurare l’andamento nel tempo degli eventi avversi dell’ospedale. La metodologia del Trigger Tool si basa su una revisione retrospettiva di un campione casuale di cartelle cliniche dell’ospedale, finalizzata all’individuazione di “indicatori di evento” o “campanelli d’allarme”, ovvero indizi di possibili eventi avversi occorsi durante il ricovero del paziente. Tali “campanelli di allarme”, ben rintracciabili nell’attività quotidiana, sono successivamente utilizzati come “trigger” per evidenziare situazioni cliniche specifiche ad alta probabilità di avvenire avversi che una volta individuate alimentano i processi di audit. In questo modo si eliminano le problematiche connesse alla segnalazione dell’errore da parte dei professionisti poiché si innesca un meccanismo “automatico” che intercetta le situazioni a maggior rischio. Ovviamente l’introduzione del “Trigger Tool” non elimina il ricorso alla segnalazione di eventi avversi su temi non vigilati dal Trigger Tool stesso.

Tecniche intermedie tra le proattive e le reattive

• **Focus Group** È una metodologia tipica della ricerca sociale, da anni introdotta anche in sanità, che serve per identificare tutti gli aspetti di un problema partendo dalle esperienze e dalle percezioni delle persone che sono entrate in contatto con il problema stesso. Quindi, possono essere effettuati sia con singole figure professionali che con l’équipe, con i pazienti, i familiari e con altri stakeholder ⁽⁴⁰⁾. La discussione, della durata di circa un’ora e mezza, deve essere condotta da un moderatore preparato. Il gruppo deve essere composto da un numero di persone che varia da 8 a 12. L’efficacia del focus group dipende dalle domande formulate che devono essere aperte e consentire il confronto e la massima interazione. Durante la discussione è possibile far emergere eventi avversi o quasi eventi, insufficienze latenti, nonché gli elementi essenziali che concorrono a determinare la cultura locale della sicurezza, utili per individuare le strategie più efficaci da introdurre nello specifico contesto.

Le competenze richieste nella Governance dei processi a rischio in Sanità

• **Briefing sulla sicurezza.** (Riunione per la sicurezza). È uno strumento semplice e facile da usare per assicurare una cultura ed un approccio condiviso alla sicurezza del paziente. È un metodo che consente di creare un ambiente in cui la sicurezza del paziente viene vista come una priorità, in un clima che stimoli la condivisione di informazioni circa le situazioni, effettive o potenziali, di rischio ⁽⁴⁰⁾ Consiste in un breve confronto, una discussione colloquiale, ma strutturata, riguardante i potenziali rischi per il paziente presenti nella unità operativa. In termini quantitativi permette una facile misurazione del raggiungimento di obiettivi di sicurezza. Il briefing sulla sicurezza non deve essere punitivo, può fare riferimento ad una lista di problemi di sicurezza, deve essere di facile uso, di facile applicabilità e utilizzabile per tutti i problemi riguardanti la sicurezza del paziente. La conduzione della riunione richiede la scelta di un moderatore capace di spiegare le motivazioni e gli obiettivi. Il briefing può essere effettuato all'inizio del turno, raccogliendo, per un massimo di 5 minuti, tutti gli operatori che si occupano della cura del paziente. Si parte con la rilevazione di problemi, dati, osservazioni (in caso di assenza di situazioni specifiche si può fare riferimento a problemi potenziali). Alla fine del turno va effettuato un debriefing (altra brevissima riunione), con lo scopo di indagare se si sono verificate delle situazioni potenzialmente rischiose nel corso delle attività o se vi sono domande da parte dei pazienti o dei familiari. L'introduzione del metodo va adattata alle esigenze dell'unità operativa, garantendo comunque regolarità, continuità e risposta ai problemi che emergono. La ricaduta immediata è la maggior responsabilizzazione nei comportamenti individuali, la maggior attenzione verso la sicurezza dei pazienti, il miglioramento del clima lavorativo, il potenziamento del "lavoro di squadra".

Non Technical Skills

Si identificano quali abilità cognitive e relazionali che vanno oltre la conoscenza e la "competence" e si inseriscono nella determinante "attitudine". In particolare esse si riferiscono a sei delle sette dimensioni citate da Epstein (cognitiva, contesto/dipendente, integrativa, relazionale, affettivo/morale, forma mentis) Tali dimensioni comprendono infatti la visione multidimensionale dei problemi, la capacità di integrazione con le altre professioni sanitarie, la capacità di adattamento ai cambiamenti di ruolo e le competenze richieste dall'innovazione organizzativa (Capability)⁽⁴⁵⁾, la capacità di integrare le competenze specialistiche, le capacità comunicative e le capacità organizzative.

In particolare tutti gli operatori, dovrebbero "ispirarsi" ai sei domini di abilità (Fig.4) promossi dal progetto di studio canadese "The Safety Competencies"⁽⁴⁶⁾. Tali domini infatti, pur partendo dal contesto clinico della "Patient Safety", ben si prestano ad essere estesi a tut-

Domain 1 Culture of Patient Safety	Domain 2 Work in teams
Domain 3 Communicate Effectively	Domain 4 Manage Safety Risk
Domain 5 Optimize Human Factors	Domain 6 Recognize Adverse event

Figura 4. - I sei domini di abilità del progetto canadese "The Safety Competencies".

te le aree del rischio in ambito sanitario e correlano con le 7 dimensioni citate da Epstein:

- 1) creare una cultura della sicurezza;
- 2) lavorare in Team;
- 3) comunicare efficacemente;
- 4) utilizzare strategie di sicurezza per migliorare la pratica professionale;
- 5) gestire i fattori umani ed i processi cognitivi;
- 6) gestire le situazioni ad alto rischio e gli eventi avversi.

Certificazione Professionale

Considerata l'importanza della prevenzione del rischio sia in tema di sicurezza per i pazienti, che per gli operatori e l'organizzazione, è evidente l'importanza di identificare una "Core - Competence" trasversale per tutti i professionisti sanitari che dovrebbe con il tempo essere certificata, anche in adempimento della recente normativa internazionale e nazionale nell'ambito della certificazione dei professionisti ^(8,9). La *Certificazione Professionale*, infatti, è una designazione guadagnata da una persona per assicurare la qualificazione per svolgere un lavoro o un'attività. Tuttavia il rapido evolvere delle conoscenze scientifiche, delle tecnologie, dei modelli organizzativi e gestionali, impone che la documentazione del possesso dei requisiti correlati alla propria professionalità sia un processo dinamico. Tale attività di "Certification and revalidation"⁽⁴⁷⁾, in ambito *Internazionale* è codificata e misurata, rispetto a standard dichiarati e condivisi con i professionisti, attraverso l'attività affidata a sistemi esterni di valutazione, cioè ad un ente terzo, a sua volta certificato per svolgere tale attività ⁽⁴⁸⁾. Attualmente l'attività di certificazione della "Competence" è su base volontaria sia a livello europeo che mondiale ed è governata da Board indipendenti di seguito elencati:

A. Cabrini

- *American Board of Medical Specialties;*
- *Royal Australian and New Zealand College of Radiologists;*
- *American College of Emergency Physicians;*
- *Royal Australasian College of Physicians;*
- *Fellowship of the Royal College of Surgeons;*
- *Membership of the College of Emergency Medicine;*
- *Joint Commission on Allied Health Personnel in Ophthalmology;*
- *American Registry for Diagnostic Medical Sonography.*

Scenario Italiano

A livello Nazionale fino ad oggi, la certificazione della "competence" è stata su base volontaria e affidata alle società scientifiche, agli ordini professionali, a strutture private (es. Fondazioni). Tale certificazione non ha però valore legale né può essere utilizzata a livello internazionale in quanto ratificata da istituzioni non riconosciute da ACCREDIA, unico ente di accreditamento designato dallo Stato nel 2009 per valutare la competenza degli organismi di certificazione, compreso la valutazione delle competenze del personale, in aderenza agli standard ISO/IEC17024. Il conseguimento di tale accreditamento assicura la validità delle certificazioni sui mercati internazionali. Tuttavia a partire dal 2013, con il D.lgs n.13, anche l'Italia ha iniziato ad affrontare il tema del riconoscimento e valorizzazione delle competenze dei professionisti nell'ambito delle politiche pubbliche di istruzione, formazione, lavoro, competitività, cittadinanza attiva e del Welfare. In particolare l'obiettivo di tale norma è stato quello di promuovere la crescita e la valorizzazione del patrimonio culturale e professionale acquisito dalla persona nella sua storia di vita, studio e lavoro, garantendone il riconoscimento, la trasparenza e la spendibilità attraverso la definizione di norme generali e i livelli essenziali delle prestazioni per l'individuazione e validazione degli apprendimenti non formali e informali e gli standard minimi di servizio del sistema nazionale di certificazione delle competenze. Nel giugno 2015, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, ha dedicato uno specifico decreto che in coerenza con le norme generali e gli standard minimi, di cui al D.lgs n.13 del 2013, definisce un quadro operativo per il riconoscimento a livello nazionale delle qualificazioni regionali e delle relative competenze.

Per quanto riguarda gli ambiti dell'Accreditamento istituzionale, le Regioni italiane nelle proprie autonomie, hanno fissato criteri quantitativi di fabbisogno del personale senza entrare nello specifico dei livelli di "competence" professionale richiesta per l'esercizio delle attività. In questo ambito ad esempio nel Veneto, la normativa vigente sui processi di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie ⁽³¹⁾, ha definito in maniera esaustiva i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi necessari per l'erogazione delle attività sanitarie, mentre per quanto attiene agli aspetti legati alla "competence" professionale, gli standard regionali si sono limitati alla valutazione di macro-categorie, di seguito elencate:

- 1) numerosità del personale rispetto al volume e alla tipologia delle attività svolte;
- 2) possesso dei titoli richiesti dalla norma vigente;
- 3) modalità di inserimento e tutoring del neoassunto;
- 4) programmazione annuale della formazione e relativa documentazione.

Fa eccezione l'Emilia Romagna che, a partire dal 2008, ha cominciato a prevedere requisiti relativi all'adeguatezza delle competenze professionali necessarie, limitandosi, per ora, alla sola determinante relativa agli Skills e configurano quattro livelli di "competence" definiti secondo l'ordine metodologico progressivo seguente: *Livello I*: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico; *Livello II*: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico; *Livello III*: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione; *Livello IV*: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico.

La stessa Regione Emilia Romagna ha, inoltre, previsto che per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture semplici, deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

Ipotesi Modello regionale certificazione della "competence"

Considerato il vuoto normativo sull'argomento della "Competence" professionale, la Regione Veneto potrebbe definire un modello regionale di certificazione delle competenze professionali, individuando un ente terzo quale organismo titolato per mandato istituzionale a sviluppare tale sistema. L'inserimento, anche nell'ambito della normativa regionale LR 22/2002, degli standard di accreditamento professionale, già riconosciuti ed implementati in alcune regioni italiane (es. Emilia Romagna), potrebbe rappresentare la fase conclusiva di un processo di riconoscimento e valorizzazione del personale coinvolto nelle diverse attività di Risk Management all'interno delle organizzazioni sanitarie, che, attraverso l'acquisizione della "competence" richiesta faccia del Risk Based Thinking il nuovo paradigma dell'assistenza.

Discussione

Dall'analisi della normativa e della letteratura Internazionale/UE, Nazionale e Regionale riguardante il tema della "competence" degli operatori, appartenenti alla cosiddetta "Famiglia del Rischio Professionale", sono stati determinati gli elementi "trasversali" per costruire il modello di seguito proposto che enuclea la matrice delle conoscenze, competenze, attitudini trasversali richieste ai professionisti del rischio (Fig.5), che dovranno entrare a far parte della formazione ed eventuale certificazione. Si auspica una sua possibile applicazione a partire ad esempio dalla Regione Veneto anche in ottemperanza della recente normativa italiana che definisce un quadro operativo per il riconoscimento a livello nazionale delle qualificazioni regionali e delle relative competenze.

Le competenze richieste nella Governance dei processi a rischio in Sanità

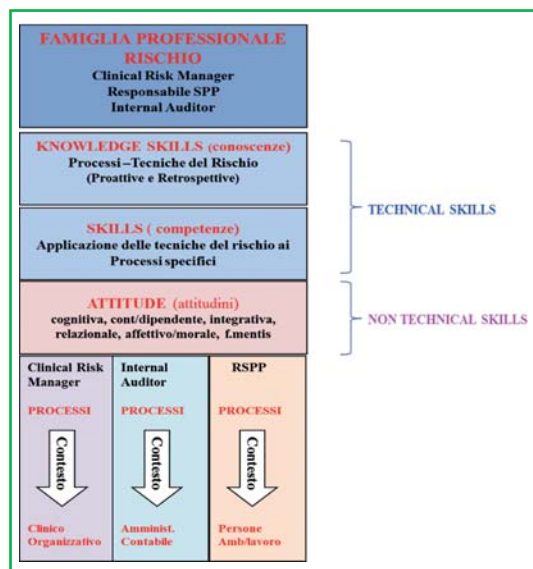


Figura 5. Modello matrice competenze della "Famiglia del Rischio Professionale" che evidenzia l'applicazione delle Technical Skills e non Technical Skills a seconda dei diversi processi e del contesto di pertinenza dei professionisti.

Conclusioni

Il percorso evolutivo delle norme relative alla Qualità e al Rischio nelle sue varie declinazioni (clinico, amministrativo-contabile, corruzione, operatore/ambiente), sottolineano una progressiva crescita della "competence" richiesta ai professionisti che operano nei diversi processi sanitari sia primari che di supporto. È auspicabile che tale "competence" trasversale, una volta individuata e validata, in un prossimo futuro possa essere anche certificata secondo standard nazionali ed internazionali così come richiesto dalla recente normativa nazionale in materia. Questo percorso porterebbe a valorizzare in maniera effettiva il contributo del personale sanitario ai processi di miglioramento e prevenzione del Rischio, considerati elementi essenziali per una sanità di qualità sicura ed economicamente sostenibile, in grado di competere sugli scenari internazionali anche in termini di mobilità del personale stesso. Il modello di studio proposto ha identificato gli elementi costitutivi del cosiddetto "Risk Based Thinking" che rappresentano la "competence" trasversale richiesta alle figure professionali deputate, a vario titolo, alla governance del rischio attribuendole alle categorie delle *Technical Skills* e *Non Technical Skills* che dovranno poi essere applicate ai processi specifici di competenza (clinico, amministrativo-contabile, corruzione, operatore/ambiente).

Bibliografia

1. The Department of Health. The New NHS modern dependable A first Class Service, 1988.
2. Scally G, Donaldson L.J. BMJ 1998; 317: 61-65.
3. Deliberazione della Giunta Regionale n. 1831 del 01 luglio 2008 - www.regione.veneto.it.
4. D.lgs 9 aprile 2008 n. 81 - Testo unico sulla sicurezza sul lavoro. *Gazzetta Ufficiale* n. 101 del 30 Aprile 2008.
5. Sviluppo e Miglioramento del Sistema di Controllo Interno nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto, www.regione.veneto.it.
6. ISO 9001:2015 "Specifies requirements for a quality management system" - www.iso.org.
7. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing Professional competence, JAMA 2002; 287:226-234.
8. D.lgs n.13 del 16/01/2013 - <http://www.gazzettaufficiale.it/atto>.
9. D.M 30 Giugno 2015 - *G.U ufficiale della Repubblica Italiana/atto* - www.gu.ufficiale.it.
10. D.M 2 Aprile 2015, n.70 - *G.U ufficiale della Repubblica Italiana/atto* - www.gu.ufficiale.it.
11. La nuova norma ISO 9001:2015 revisione 2015 e la gestione dei rischi aziendali - www.organizzazione-mondiale.net/le-novita-della-norma-iso-9001:2015.
12. www.agenas.it/accreditamento/manuali/proposta-modello-accreditamento-Laboratori.pdf.
13. www.agenas.it/accreditamento/supporto-all-implementation-dei-programmi-di-accreditamento-regionali.
14. "Quality management systems - Requirements" - ISO Standard - www.iso.org.
15. "Valutazione della conformità-Requisiti generali per organismi che eseguono la certificazione delle persone" - www.accredia.it/news.
16. <http://it.jointcommissioninternational.org>.
17. "Accreditation Canada" - www.accreditation.ca - standard di qualità - ulls20.verona.it.
18. "Australian Council on Healthcare Standard International" - www.achs.org.au/achs-international.
19. "Haute Autorité de Santé" - www.has-sante.it.
20. "National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers" - www.nabh.co.
21. https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_international_healthcare_accreditation_organization.
22. "International Accreditation Forum - IAF" - www.iaf.nu.
23. Battigaglia, Buscemi, Antongiovanni "La legislazione sanitaria dalle origini al D.lgs n.229 del 29 giugno 1999" - Franco Angeli, Milano, 2012.
24. Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 - *Gazzetta Ufficiale* n. 140 del 19 giugno 2001.
25. Ministero della Salute, Documento "Le Raccomandazioni" - Governo Clinico e Sicurezza, 2007.
26. Sistemi di Gestione Sicurezza Lavoro - SGSL - www.infn.it.
27. Patto per la Salute - La sintesi del novo testo. www.quotidianosanità.it.
28. Battigaglia Antongiovanni, Buscemi, Veltri "Il Decreto Balduzzi - La Governance in Sanità", Artell - Latina anno 2012.
29. Legge 6.11.2012 n.190-G.U /atto n.265 del 13-11-2012 - www.gu.ufficiale.it.
30. www.agenas.it/aree-tematiche/qualità/accreditamento/governance-nazionale.
31. I quaderni dell'ARSS del Veneto, Venezia 2007.
32. Legge Regionale 31 luglio 2009, n. 15 - Progetti di Legge e proposte - www.consiglioveneto.it.
33. DGVR n. 573/2011 - BUR n.59 del 09/08/2011 - www.regione.veneto.it.
34. Progetto Bersaglio S. Anna di Pisa- Scuola Superiore S'Anna di Studi Universitari e di Perfezionamento - www.ssup.it.
35. Legge Regionale n.23 del 29 giugno 2012 www.regione.veneto.it.

36. DGVR n. 567 del 21 aprile 2015 - BUR n. 47 del 12/05/2015 - www.regione.veneto.it.
37. Boldrini E, Ghisa G. Competenza, compétence, competence, kompetenz. Alcuni spunti sul concetto di competenza a partire da un approccio linguistico. In: Competenze e loro valutazione in ambito formativo, Quaderno ICeF 12, Lugano: Istituto Formazione e Comunicazione, 2006.
38. Flin R, Maran N. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Quality Saf Health Care* 2004; 13: 80-84.
39. "Raggiungere i risultati con la gestione per processi", Franco Angeli, anno 2000.
40. Manuale per la formazione sulla sicurezza dei pazienti e gestione del rischio- Ministero della Salute, Gennaio 2012.
41. Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori, Ministero della Salute, Gennaio 2012.
42. "L'AUDIT CLINICO", governo clinico e sicurezza dei pazienti - Ministero della Salute, Maggio 2011.
43. Sally Taylor-Admas & Charles Vincent. Analisi sistemica degli eventi avversi-il Protocollo di Londra (The London Protocol), Ente Ospedaliero Cantonale, Ticino. Gennaio 2008.
44. Documentazione qualità ISO 2008- Istruzione Operativa Gestione Non Conformità - rev 03 del 30.09.2013 www.intranet.sanita.padova.it.
45. Graber ML, Watcher RM, Cassel CK, "Bringing diagnosis into the Quality and Safety equations", *Jama* 2012; 308:1211-12.
46. "The Safety Competencies"- First Edition 2009- Canadian Patient Safety Institute - CPSI.
47. *BMJ* 2010; 341doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.C4687> (Publishd 03 September 2010).
48. Cassel CK, Leatherman S, Black C et al "Physicians' assessment and competence: USA and UK" - *Lancet* 2006; 368:1557-9.

L'elaborazione del lutto



Federico Della Rocca

Psicologo clinico, Psicoterapeuta
Responsabile del servizio di Psicologia Clinica e Psiconcologia
presso la Casa di Cura Marco Polo - USI - Roma

Lutto, attaccamento e perdita

In ambito psicologico con il termine "lutto" si intende qualunque situazione in cui una persona esperisce una sensazione di perdita importante. Ciò significa che il lutto non si verifica soltanto come conseguenza della perdita di una persona cara, ma anche in seguito ad eventi quali ad esempio la perdita del lavoro, o di una condizione sociale, o il trasferimento in un altro luogo in cui vivere. In questa sede tuttavia sarà presa in considerazione la reazione psicologica tipica di un essere umano di fronte alla morte di una persona importante sul piano affettivo, nonostante le sensazioni che si provano in questo frangente possano essere estese, con diversi gradi di intensità, anche ad altri eventi di perdita come quelli sopra riportati.

Per poter comprendere pienamente il significato di perdita di una persona cara è necessario fare riferimento al concetto di "attaccamento", così come descritto per la prima volta dal celebre Psicologo inglese John Bowlby negli anni settanta del secolo scorso. Col termine "attaccamento" si fa riferimento a un bisogno primario dell'essere umano, sganciato dal bisogno di nutrimento, che deriva dalla necessità di salvezza e sicurezza, e che fin dall'inizio della nostra vita indirizza l'attenzione verso pochi individui significativi sul piano emotivo e affettivo, e con i quali viene creato un rapporto unico, inscindibile e duraturo. In generale il legame di attaccamento si sviluppa nei confronti di genitori, fratelli e sorelle e parenti stretti che sono sta-

ti in contatto col bambino in modo significativo. Ne consegue che il lutto è quindi definibile come quella serie di comportamenti e sensazioni che si sviluppano in seguito alla perdita di una persona significativa. L'elaborazione del lutto rappresenta, dal canto suo, il lavoro svolto dal nostro apparato psichico per riuscire a superare la fase luttuosa, che comporta in sé una alterazione di norma transitoria del normale funzionamento psicologico dell'individuo.

Reazione psicologica al Lutto

La reazione all'evento luttuoso è sicuramente qualcosa di estremamente soggettivo, ma è possibile identificare degli elementi invariati che la caratterizzano per ogni essere umano.

La prima risposta all'evento luttuoso può essere definita come una sensazione di *stordimento*, o *torpore*, un momento in cui si fatica a mantenere la consapevolezza di ciò che è avvenuto. Questa fase può durare da qualche ora a circa una settimana, e può essere accompagnata da intensi attacchi di angoscia o collera molto intensi.

La fase successiva è quella dello *struggimento* e può durare mesi. Si tende a una ricerca dolorosa e infruttuosa della persona scomparsa, si prova un senso di rabbia impotente e il pensiero è costantemente e intensamente rivolto alla persona che non c'è più. Spesso si prova un senso di forte inquietudine con la ten-

denza a muoversi incessantemente esplorando l'ambiente circostante.

Subentra poi la fase cosiddetta della *disperazione*, in cui la consapevolezza profonda di quanto avvenuto porta allo sviluppo di uno stato depressivo caratterizzato da tristezza, chiusura in sé, apatia e a volte senso di inutilità.

Nello stadio conclusivo, se il processo di elaborazione del lutto svolge con successo la sua funzione, è possibile entrare nella fase della *riorganizzazione* della propria esistenza, un momento in cui si riesce a sviluppare un senso di accettazione della nuova realtà, si verifica una riapertura verso il mondo esterno e un accomodamento alla nuova situazione. Come se qualcosa che è avvenuto al nostro interno fosse giunto a compimento e ci lasciasse nuovamente disponibili le risorse psichiche per volgere la nostra attenzione al di fuori da noi stessi.

Lutto patologico o complicato

Prima che l'elaborazione del lutto venisse sottoposta a indagine psicoanalitica si tendeva a pensare in maniera semplicistica che il superamento del lutto fosse soltanto un processo di graduale attenuazione del dolore suscitato dalla morte di una persona amata. Successivamente, soprattutto grazie ai primi studi di Freud, si comprese che l'elaborazione del lutto è in realtà un processo interiore articolato e complesso, che può concludersi con il superamento del lutto ma anche purtroppo con una sorta di insuccesso, come dimostrato dall'osservazione clinica dei cosiddetti lutti patologici, ossia condizioni psicologiche disfunzionali, innescate dall'evento luttuoso, ma che non arrivano a risoluzione completa, producendo un'alterazione più o meno marcata e persistente del funzionamento psichico del soggetto coinvolto. Si parla in questi casi di "lutto complicato", e quando si verifica tendenzialmente necessita di un intervento psicoterapeutico. Spesso la sintomatologia del lutto complicato può manifestarsi anche a distanza di molto tempo dalla perdita, in occasione di ricorrenze e anniversari, e ciò può portare a una sottovalutazione del problema, con conseguenze a volte anche gravi.

Esistono dei fattori che possono facilitare l'insorgenza di un lutto complicato e che dipendono in sostanza dalle condizioni preesistenti all'evento luttuoso. Ad esempio, un soggetto con antecedenti di sofferenza psicologica, come sindromi depressive o tendenza ad abuso di sostanze, può andare incontro a un lutto complicato, soprattutto se manifesta abitudine alla repressione delle proprie emozioni, difficoltà nell'espressione dei propri sentimenti o se non possiede particolari risorse e supporto sociale rappresentati da amici, familiari, servizi sociali.

La sintomatologia del lutto complicato è estremamente variabile e può includere: depressione, ansia, disturbi del comportamento alimentare, disturbi psicosomatici, incapacità a riprendere in mano la propria vita a causa di alterazioni del funzionamento sociale e

lavorativo. Senso di rabbia e di colpa cronici possono manifestarsi e mantenersi per lunghi periodi causando marcato disagio.

Psicodinamica del Lutto complicato

Il lutto rappresenta un evento estremamente doloroso e in alcuni casi può caratterizzarsi come un vero e proprio evento traumatico. Ciò dipenderà dall'intensità dell'evento (ad esempio si può distinguere fra una morte prevedibile e una morte improvvisa e violenta) e dalle capacità psichiche che un individuo possiede per rispondervi adeguatamente. Dal punto di vista dell'economia psichica il trauma è caratterizzato da un eccesso di eccitazione nervosa che prevarica la tolleranza del soggetto e la sua capacità di dominare ed elaborare tali eccitazioni. Questa condizione pone la psiche in una modalità di emergenza: essa tende a ricreare l'evento traumatico attraverso i sogni o mediante immagini e ricordi intrusivi inerenti il trauma. Produce una sorta di "coazione a ripetere", rivive artificialmente il momento traumatico come per cercare di dominarlo, di risolverlo, di gestirlo e domarlo. Quando tale sforzo non porta i suoi frutti, la ripetizione del trauma rappresenta una tortura dolorosa che ripropone se stessa all'infinito. Un po' come il famoso sogno, estremamente comune, in cui ripetiamo l'esame di maturità: è un modo per ricreare un evento vissuto al limite del traumatico con il fine (stavolta!) di gestirne gli aspetti fobici-ansiosi. Come ben noto, purtroppo questo meccanismo spesso non funziona e finisce col porre la nostra mente in una condizione di stallo. È in questo momento che si rende necessario un intervento psicoterapeutico volto a favorire e agevolare l'elaborazione del lutto, attraverso uno sforzo finalizzato a creare nessi, collegamenti, associazioni fra elementi caratterizzanti l'esperienza traumatica. In questo modo la psiche può attuare gradualmente un processo di "digestione" di quel materiale psichico traumatico, una sintesi e un'integrazione nella propria tessitura di quegli elementi talmente dolorosi da rimanere quasi avulsi dalla propria struttura mentale. L'efficacia della cura consiste nella capacità di istituire legami associativi fra contenuti traumatici che consentono a loro volta la liquidazione del trauma, rimasto bloccato e isolato fino a quel momento come una sorta di "corpo estraneo" non raggiungibile dall'elaborazione. Ciò spiega l'importanza di poter avere al più presto la possibilità di parlare dell'evento traumatico con altre persone, di avere una sorta di "contenitore" che raccolga le nostre angosce e ce le restituisca rielaborate, depurate, alleggerite, proprio perché condivise. Solo in questo modo gli elementi traumatici del lutto potranno essere integrati nella nostra esperienza personale, assorbiti in modo soddisfacente e ridefiniti al punto tale da non creare perturbazioni eccessive. L'evento luttuoso diventa così un elemento più accettabile e accessibile, spianando la via alla riorganizzazione della propria esistenza e al raggiungimento di un nuovo equilibrio.

Predittività di un pattern di attaccamento disorganizzato nell'insorgenza di disturbi di tipo esternalizzante in età evolutiva



Sabina Lauria

Specialista in Neuropsichiatria Infantile

Introduzione

Il comportamento problematico e le condotte aggressive in età evolutiva costituiscono oggetto di notevole interesse considerato che sono decisamente in netto aumento. Attualmente, diversi studi mostrano, infatti, l'aumentata incidenza di comportamenti antisociali nelle aree metropolitane per i quali è necessario, spesso, l'intervento dei servizi sociali e delle autorità giudiziarie. La presenza di un disturbo del comportamento può causare problemi di integrazione e di inserimento sociale con conseguenze sia a breve che a lungo termine. Infatti, il bambino sarà costretto a sperimentare il disagio determinato dal comportamento dei pari che tenderanno ad emarginarlo ed isolarlo, alimentando in lui le condotte aggressive e innescando così un circolo vizioso che, nel tempo, produrrà delle conseguenze sul piano cognitivo, relazionale ed emozionale.

Disturbi del comportamento e pattern di attaccamento

La genesi dei disturbi del comportamento è multifattoriale e, in atto, ancora oggetto di studio. Se, infatti alcuni disturbi quali l'ADHD hanno sicuramente una base neurobiologica, altri possono rappresentare modalità reattive a situazioni di profondo disagio emotivo, che sottendono dinamiche complesse e degne di approfondimento. A questo proposito, la modalità dell'attaccamento sembrerebbe correlare alla comparsa di disturbi comportamentali dell'età evolutiva. Sono stati identificati, tre pattern organizzati di attaccamento: sicuro, insicuro-evitante, insicuro-resistente e un pattern disorganizzato. Un attaccamento sicuro permetterebbe un attaccamento adeguato all'ambiente e fornirebbe una "base sicura" permettendo un'esplorazione dell'ambiente più appropriata, mentre modelli disfunzionali o atipici determinerebbero un adattamento difficile ed inadeguato. L'attaccamento è il primo legame che il bambino instaura e quindi il prototipo di tutte le successive relazioni sociali che il bambino stabilirà, influenzando significativamente tutte le dimensioni dello sviluppo psico-affettivo e non solo. Lo studio di Fonagy (1999) mostra come un caregiver con una elevata capacità riflessiva permetta un attaccamento sicuro il quale, a sua volta, promuove e facilita lo sviluppo di una teoria della mente. Se il bambino viene privato della possibilità di sperimentare un senso di protezione e di sicurezza interno svilupperà, di conseguenza, una ridotta capacità di risposta emozionale e relazionale inficiando, così, le competenze sul piano sociale. La teoria dell'attaccamento sostiene che le prime esperienze di attaccamento fatte dal bambino vengano racchiuse in particolari strutture della memoria implicita denominate MOI, Internal Working Models ossia Modelli Operativi

Interni. I MOI contengono la rappresentazione del sé, della figura di attaccamento e per estensione degli altri e guidano il legame di attaccamento. I modelli operativi si costruiscono come frutto dell'interiorizzazione di un vissuto nel corso dello sviluppo del bambino, permettono la relazione con la realtà e la costruzione di aspettative ed opinioni. In questo modo già nelle prime fasi di vita, quando ancora non sono state raggiunte le competenze verbali, il bambino può accedere ad una coerente organizzazione emozionale e ad un pattern di azioni che lo guidano nelle relazioni con l'ambiente. Il modello mentale sulla figura di attaccamento (caregiver) si formerà in base al pattern di attaccamento. Quindi, seppur innato, il comportamento di attaccamento, per azione di diversi MOI, si struttura in funzione dell'esperienza vissuta e pianificato secondo i pattern messi in atto (sicuro, evitante, resistente disorganizzato). La presenza di MOI in quanto strutture con significato esperienziale diverso derivanti da emozioni di paura, aggressione, conforto possono compromettere lo sviluppo di un sé coerente e integrato rendendo difficile la costruzione coerente delle esperienze di attaccamento.

Il DSM-5 individua dei disturbi che insorgerebbero a seguito di una marcata trascuratezza e di esperienze traumatiche che avrebbero luogo già nei primi mesi di vita: Il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento (RAD, Reactive Attachment Disorder) caratterizzato da una sintomatologia internalizzante, depressiva e il Disturbo da Impegno Sociale Disinibito (DSED, Disinhibited Social Engagement Disorder) caratterizzato invece da disinibizione e comportamento esternalizzante. Entrambi i disturbi insorgono a seguito di un accudimento inadeguato da parte del caregiver durante l'infanzia, ad eventi traumatici ed abusi (neglect) ed alla impossibilità di instaurare con il caregiver un pattern di attaccamento appropriato. I comportamenti disini-

Predittività di un pattern di attaccamento disorganizzato nell'insorgenza di disturbi...

biti possono mantenersi per tutta l'infanzia e l'adolescenza compromettendo le relazioni sociali con i coetanei che appaiono sostanzialmente connotati da conflitti. Il disturbo esternalizzante appare più frequente rispetto a quello internalizzante, più difficile da trattare, soprattutto se coesiste con un disturbo di tipo internalizzante. In bambini istituzionalizzati a seguito di una collocazione in contesti in cui miglioravano i pattern di accudimento si è messo in evidenza una buona risposta al cambiamento con riduzione significativa della sintomatologia del RAD, mentre tale miglioramento sintomatologico non si otteneva in bambini con DSED o coesistenza di entrambi i disturbi. Le esperienze negative si riflettono nelle capacità empatiche di questi bambini che appaiono poco inclini al sorriso. Inoltre, i sentimenti oscillano tra tristezza, ansia, timore e irritabilità. Il ritiro e la tendenza all'isolamento diventano barriere protettive in risposta al vissuto doloroso. D'altra parte, sembrerebbe che la correlazione tra attaccamento insicuro e rischio patologico dipenderebbe dalla compromissione della maturazione di aree cerebrali preposte a funzioni cognitive superiori, che non beneficerebbero dello sviluppo del pattern di comunicazione che si organizza nelle prime fasi di vita. La presenza di un disturbo del comportamento internalizzante e/o esternalizzante già nei primi anni di vita predispone il bambino allo sviluppo di disturbi del comportamento più strutturati che in età adolescenziale possono evolvere in un disturbo della condotta. Questi ragazzi possono essere più inclini all'aggressività ed alla violenza, rifiutano le regole sociali non riconoscendo l'autorità, possono mettere in atto condotte antisociali, vandaliche e di bullismo. D'altra parte possono sviluppare sentimenti di autosvalutazione, tristezza profonda, completa sfiducia con una ripercussione significativa sull'autostima e le capacità cognitivo-relazionali. Le capacità meta-cognitive possono inficiare la capacità di comprendere gli stati d'animo altrui apparendo così poco empatici. Conflitti interni e una immaturità della sfera emozionale possono innescare comportamenti disinnibiti, impulsivi e poco pianificati.

Conclusioni

Nell'ambito dei fattori di rischio per l'insorgenza di un disturbo del comportamento è stata rilevata una associazione tra una modalità di attaccamento inappropriata ed una sintomatologia di tipo esternalizzante. Sono maggiormente predisposte a mettere in atto un pattern di attaccamento altamente disorganizzato, predittivo di un possibile disturbo del comportamento, le famiglie in cui le madri possono presentare una psicopatologia, depressione, madri alcoliste, famiglie economicamente e culturalmente svantaggiate, genitori aggressivi. Infatti, trascuratezza e abbandono non permetterebbero lo sviluppo di un corretto processo di attaccamento favorendo contenuti disorganizzati che agirebbero da fattori di rischio per l'insorgenza di una sintomatologia esternalizzante. Al con-

trario, lo sviluppo di un attaccamento di tipo sicuro agirebbe da fattore protettivo permettendo una buona organizzazione dei modelli comportamentali. Infatti, l'attaccamento sicuro assume un ruolo di predittore positivo della capacità cognitiva, della comprensione e della comunicazione. Alla luce di queste evidenze, sembra opportuno sottolineare il bisogno e l'importanza della prevenzione, dell'eventuale diagnosi e della messa in atto di interventi precoci e mirati al sostegno delle famiglie a rischio al fine di ridurre l'insorgenza di disturbi comportamentali reattivi che possono insorgere già nei primi anni di vita e permanere anche in età adolescenziale, dando luogo a fenomeni di condotta aggressiva ed antisociale.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington.
2. Fonagy P. (1999) *Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders*. Treatment of Personality disorders pp53-68 Springer.
3. Fonagy P., *Attaccamento sicuro e insicuro*. KOS, 1996, 129 (giugno): 26-32.
4. Gerber A. *The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1996; 64, 22-31.
5. Ingoglia S., Inguglia C., Lo Coco A. *Relazione tra comportamento problematico ed altre dimensioni dell'adattamento psicosociale in adolescenza*. Poster presentato al XVI Congresso Nazionale AIP della Sezione di Psicologia della Sviluppo. Bellaria - Rimini. Settembre 2002.
6. Kennedy R., Mattoon G., Target M. & IRCCS E. Medea, Bosis E. *Indagine sulla prevalenza dei disturbi mentali in un campione di preadolescenti*. Progetto Prisma, Resp. Dr. M. Molteni. Lecco
7. Jonkman C.S., Oosterman M., Schuengel C., Bolle E.A., Boer F., Lindauer R.J. (2014) *Disturbances in attachment: inhibited and dishinibited symptoms in foster children*. Child and Adolescent Psychiatry and mental health, 8:21.
8. Lalli N., *Diagnosipsicodinamica*. 2005 su web: www.nicolalalli.it
9. Liotti G. *Il nucleo del disturbo borderline di personalità: un'ipotesi integrativa*. Psicoterapia 16:30-42. Roma.
10. Sperry L., Carlson J., Sauerheber J.D., E Sperry J. (2015). *Psychopathology and psychotherapy: DSM-5 Diagnosis, Case Conceptualization and treatment*. Third edition. New York:Taylor & Francis.
11. Zeanah C.H., Gleason M.M. (2010) *Reactive attachment disorder: a review for DSM-5*. Washington, D.C. APA.
12. Milone A., Paziente A., Canepa G., Grassi C, Campioni L. *Dalla coppia ai disturbi della condotta del bambino*. Istituto di Neuropsichiatria Infantile Stella Maris del Calabrone (Pisa).
13. Tonci E. Tomada G., Papucci E. *Insuccesso scolastico e comportamento antisociale nell'adolescenza: uno studio longitudinale*. Dipartimento di Psicologia, Università di Firenze. XX Congresso Nazionale della Sezione di Psicologia dello Sviluppo, 2006.

KINESIO TAPING: il cerotto degli sportivi e non solo

Florinda Valdivia Torres, *Alessandro Gallo

Specialista in medicina fisica e riabilitativa

U.S.I. Prati - Via V. Orsini, 18

U.S.I. Policlinico - Viale R. Margherita, 279

*Terapista della riabilitazione

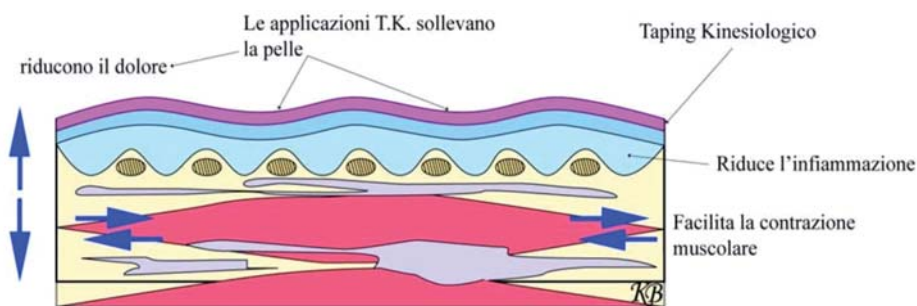
U.S.I. Prati - Via V. Orsini, 18



Introduzione

Il **Kinesio Tape** può essere definito come un *bendaggio adesivo elastico con effetto terapeutico bio-meccanico* elaborato e sviluppato dal Dr. Kenzo Kase in Giappone più di 35 anni fa. Si tratta di una tecnica non invasiva e non farmacologica che si basa sull'attivazione dei sistemi neurologici e circolatori. Questo metodo e le sue molteplici tecniche applicative, si fondano sul movimento (kinesio): ai muscoli infatti non viene attribuito solamente il compito di muovere il corpo, ma anche il controllo della circolazione dei fluidi venosi e linfatici e la funzione propriocettiva.

La vera diffusione di questa tecnica fu in occasione delle olimpiadi di Seul tenutesi nel 1988, quando atleti giapponesi si mostrarono al pubblico ricoperti dai bendaggi. Soltanto alla fine degli anni '90 si è affermata a livello mondiale, prima negli USA e poi in Europa. La sua divulgazione in Italia si ebbe con l'australiano David Blow nel 1999 e poi con l'allora fisioterapista della nazionale italiana di pattinaggio a rotelle, Rosario Bellia. Inizialmente usata solo da atleti e sportivi, oggi viene utilizzata da un'ampia percentuale di popolazione mondiale.



Cos'è?

Il taping elastico è un cerotto che, applicato in maniera specifica sulle fasce muscolari, si propone di riattivare il sistema analgesico endogeno (effetto antidolorifico) e di ristabilire il corretto equilibrio funzionale. È un nastro elastico composto da fibre di cotone, ha lo stesso spessore della pelle, e possiede specifiche caratteristiche in termini di elasticità, tensione e ritorno elastico. La parte adesiva è ricoperta da una colla acrilica, priva di lattice, che gli consente di rimanere applicato sulla pelle per 2-3 giorni consecutivi resistendo a movimenti vigorosi,



sudore ed immersione in acqua. Può venire rimosso sotto la doccia e non provoca irritazione della pelle, per tale motivo può essere indossato dalla maggior parte delle persone, dai bambini agli anziani.

A cosa serve?

È comunemente usato per:

- Ridurre il dolore;
- Drenare il gonfiore;
- Migliorare la postura;
- Migliorare la funzionalità;
- Facilitare un precoce ritorno all'attività o lo sport;
- Migliorare la performance sportiva.

Come agisce?

Quando una membrana elastica (il tape) viene applicata ad un altro materiale elastico (la pelle) spesso il risultato è la formazione di una serie di grinze su entrambe le superfici.

Questo determina il sollevamento della pelle dai tessuti sottostanti con conseguente decompressione

Kinesio taping: il cerotto degli sportivi e non solo

dello spazio sottocutaneo. Questo spazio contiene molte strutture importanti quali terminazioni nervose, vasi sanguigni e vasi linfatici. La decompressione promuove una serie di conseguenze, tra cui:

- un aumento del flusso sanguigno, permettendo così una rapida rimozione dei prodotti di scarto della lesione e delle sostanze che generano il dolore;
- un miglioramento del flusso linfatico, che comporta un importante effetto antiedemigeno;
- una riduzione della pressione sulle terminazioni nervose nocicettive (che rilevano il dolore), con conseguente effetto antidolorifico.



Il tape ha proprietà elastiche longitudinali simili a quelle della pelle, dei muscoli e del tessuto connettivo, e applicato con tensione moderata/lieve contribuisce alla stabilizzazione dell'articolazione attraverso feedback propriocettivi.

Campi di utilizzo

La tecnica di applicazione del taping elastico trova la sua massima applicazione come coadiuvante di attività professionali in ambito sanitario, parasanitario, rieducativo e sportivo.

Il taping elastico è usato con varie tecniche nello sport, prima durante e dopo il gesto atletico. Prima e durante per preparare e preservare i tessuti che saranno maggiormente reclutati nella prestazione, dopo per defaticarli.

Nelle terapie manuali e fisioterapiche, il taping elastico rappresenta la componente aggiuntiva alle tecniche specifiche utilizzate nella normale professione. Questa pratica può aumentare gli effetti delle terapie e prolungare la durata delle correzioni effettuate.

Nella posturologia, le applicazioni di taping elastico prolungano lo stimolo che è stato attivato dalle specifiche sedute di rieducazione posturale. Questo metodo non va inteso come vincolo alla posizione ideale ma come feedback neurologico per stimolare le naturali risorse dell'organismo.

Nelle patologie circolatorie ha la funzione di favorire il drenaggio dei liquidi in eccesso, attivando una notevole risposta linfodrenante. Questo principio può essere utilizzato in tutte quelle situazioni in cui si genera un edema (di tipo traumatico o altro) e nelle con-

tusioni per velocizzare il processo di redistribuzione dell'ematoma.

Nelle patologie vertebrali e rachialgie, l'applicazione del taping elastico può diminuire l'ipertono muscolare attraverso la decompressione degli strati tissutali; se necessario può avere un buon effetto stabilizzante. L'efficacia del tape è influenzata dalla correttezza della sua applicazione: posizione, forma e direzione di trazione svolgono un ruolo fondamentale per la sua funzione.



Controindicazioni

Solo tre sono le controindicazioni assolute:

- Cute irritata o lesionata (lesioni cutanee, dermatiti, patologie dermatologiche)
- Allergia accertata alla colla
- Nevi

In ogni caso zone lesionate o nevi possono essere evitati variando la direzione delle traiettorie.

Per concludere...

Il taping elastico non è dunque una terapia ma una tecnica aggiuntiva in grado di aiutare e supportare la fisiologica risposta dell'apparato muscolo-tendineo nel ripristino della sua funzione. È il valore aggiunto che permette di aumentare l'efficacia e la durata degli effetti dei trattamenti, preventivi o terapeutici, effettuati dall'operatore.

Bibliografia

- Cho H-y, Kim E-H, Kim J, Yoon YW. *Kinesio Taping Improves Pain, Range of Motion, and Proprioception in Older Patients with Knee Osteoarthritis*. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2015; 94 (3):192-200.
- González-Iglesias J, Fernández-de-las-Peñas C, Cleland J, Huijbregts P, Gutiérrez-Vega MD *Short-Term Effects of Cervical Kinesio Taping on Pain and Cervical Range of Motion in Patients With Acute Whiplash Injury: A Randomized Clinical Trial*. J Orthop Sports Phys Ther. 2009; 39 (7):515-521.
- Williams S, Whatman C, Hume PA, Sheerin K. *Kinesio taping in treatment and prevention of sports injuries: a meta-analysis of the evidence for its effectiveness*. Sports Med. 2012; 42 (2):153-64.

Un caso clinico molto particolare di febbre "sine materia" ma cercando si trova...

Luigi Arciero

Specialista in Medicina Interna

G. C. di anni cinquanta, coniugata, due figli, senza precedenti anamnestici di rilievo.

La storia clinica di questa paziente ha inizio nell'aprile del 2016 con una febricola 37,5° - 37,7° in concomitanza con un episodio di di-stress neuropsichico. Dopo circa un mese, siamo quindi agli inizi di giugno, comparsa di febbre elevata, con picchi notturni fino a 39,5° - 40°, con brividi squassanti e lieve remissione diurna. Visto che l'episodio febbrile persistente era accompagnato da grave compromissione delle condizioni generali, si procedeva a sottoporre la paziente ad una serie di accertamenti volti a evidenziare l'eventuale eziopatogenesi della sindrome febbrile. Le analisi riguardanti l'infettivologia e l'immunologia risultarono tutte negative; altrettanto dicasi per un esame ecografico dell'addome completo ed un Rx del torace. Il 18 giugno, per il persistere della febbre elevata, veniva ricoverata in reparto ospedaliero di malattie infettive, dove veniva sottoposta ad ulteriori accertamenti: sierologia TORC, EBV, CMV, HIV, W-W, W-F, assetto immunitario, markers tumorali, ormoni tiroidei, test IGRA, EGDS, RSCS, tampone faringeo, urino coltura, biopsia osteo-midollare negativa per fatti linfoproliferativi, TAC total-body. Inutile dire che non fu possibile trovare la benché minima traccia sulla responsabilità eziopatogenetica della febbre. L'11 di luglio, dopo quaranta giorni, si assistette alla remissione completa e spontanea della febbre. Il 28 luglio viene dimessa dall'ospedale, dopo un congruo periodo apiretico. La paziente parte per un giusto periodo di riposo. Sic-

come prima o poi le vacanze finiscono, al suo rientro a Roma, il 10 settembre, trascorse 48 ore, comparsa di febbre elevata, 39,5° - 40°, notturna con brivido squassante, del tutto sovrapponibile al primo episodio. La valutazione clinica complessiva mi portava, prima di chiudere la pratica con la comoda diagnosi di "febbre sine materia", a pensare che potesse esserci una componente depressiva reattiva. Abbiamo quindi iniziato un trattamento antidepressivo con escitalopram (Entact), che dopo 48 ore, portava a completa remissione della febbre, che, a tutt'oggi (dopo circa cinque mesi) non si è più manifestata. A margine della storia clinica di G. C., si fa notare che quello stress segnalato all'inizio della sindrome febbrile, consisteva in una improvvisa perdita della sua attività lavorativa, in quanto forzatamente dimissionaria dalla società di famiglia con conseguente grave stato di prostrazione. Il rientro a casa, dopo la vacanza estiva è gravato pesantemente dal fatto che l'azienda e l'abitazione siano contigue. In conclusione ritengo che questo caso sia di grande rilevanza, in quanto scientificamente non è prevedibile una sindrome febbrile da stress; ma la negatività di tutte le ricerche eseguite prima e durante il ricovero ospedaliero ci portano ad escludere qualsiasi altra opportunità eziopatogenetica.

Recenti ricerche giapponesi hanno individuato in una specifica regione ipotalamica (postero-mediale) l'area che in modo univoco riguarda il controllo della febbre da stress. La ricerca è dell'università di Kyoto, gruppo diretto da Kazuhiro Nakamura.

L'esame urodinamico. Brevi cenni



Teuta Shestani

Specialista in Urologia, Andrologia e Medicina della Sessualità

U.S.I. Piazza Vittorio - Via Machiavelli, 22

U.S.I. Borghesiana - Via Casilina, 1838

U.S.I. Prati - Via V. Orsini, 18

Che cosa è l'esame urodinamico?

È un esame composto da diversi test che mostrano come funziona la vescica. I test sono:

- *Uroflussometria che valuta la velocità del flusso ed il residuo post-minzionale;*
- *La cistomanometria che valuta la sensibilità vescicale, lo stimolo minzionale, la capacità vescicale, la compliance e la funzione detrusoriale (muscolo vescicale);*
- *Lo studio pressione/flusso che misura la pressione detrusoriale durante la fase minzionale e serve per indicare le condizioni ostruttive o le situazioni di ipo-contrattilità detrusoriale;*
- *Video-urodinamica;*
- *Urodinamica con EMG;*
- *VLPP.*

A cosa serve?

Per valutare la causa dei seguenti sintomi e suggerire il trattamento migliore per i seguenti casi:

- *perdita di urine durante la tosse, sforzi, risate o esercizio fisico;*
- *improvviso desiderio minzionale oppure urgenza minzionale;*
- *alzarsi frequentemente la notte per urinare;*
- *difficoltà allo svuotamento vescicale;*
- *infezioni urinarie ricorrenti;*
- *valutazione in pazienti affetti da malattie neurologiche (sclerosi multipla, traumi vertebro-midollari, morbo di Parkinson ecc);*
- *controllo e valutazione dei risultati delle terapie;*
- *valutazione prima e dopo un intervento chirurgico.*



Ci sono alternative?

Non tutti i pazienti con sintomi vescicali necessitano dell'esame urodinamico. Se il trattamento conservativo, come ad esempio il modificare l'introito dei liquidi o lo svolgere esercizi o terapie, fallisce allora l'esame urodinamico è il modo migliore per valutare in maniera appropriata la funzionalità vescicale e trovare la strategia migliore ad ogni particolare problema.

È necessario bere un litro d'acqua un'ora prima dell'esame per presentarsi a vescica piena. Non bisogna urinare un'ora prima dell'esame. L'esame non richiede dieta o digiuno. Non è richiesta l'anestesia, tuttavia, per l'inserimento dei cateteri, si utilizza un gel anestetico locale che serve anche per lubrificare. Viene consigliato un antibiotico il giorno prima dell'esame e per il giorno successivo. Il paziente deve riferire i farmaci che sta assumendo. È utile compilare un diario minzionale per almeno tre giorni (due dei quali lavorativi) precedenti all'esame. In tale diario si deve registrare l'ora nella quale si urina, il volume urinato ed anche segnare se c'è un episodio di fuga di urine o urgenza di correre per urinare. Le urine possono essere raccolte ogni volta in un contenitore enumerato per scrivere esattamente il volume minzionale. Questo permette di capire la diuresi nelle 24 ore, i volumi vuotati per ciascuna minzione, le sensazioni di urgenza, il numero delle minzioni in un contesto abituale del paziente.

Quale preparazione è richiesta?

È necessario bere un litro d'acqua un'ora prima dell'esame per presentarsi a vescica piena. Non bisogna urinare un'ora prima dell'esame. L'esame non richiede dieta o digiuno. Non è richiesta l'anestesia, tuttavia, per l'inserimento dei cateteri, si utilizza un gel anestetico locale che serve anche per lubrificare. Viene consigliato un antibiotico il giorno prima dell'esame e per il giorno successivo. Il paziente deve riferire i farmaci che sta assumendo. È utile compilare un diario minzionale per almeno tre giorni (due dei quali lavorativi) precedenti all'esame. In tale diario si deve registrare l'ora nella quale si urina, il volume urinato ed anche segnare se c'è un episodio di fuga di urine o urgenza di correre per urinare. Le urine possono essere raccolte ogni volta in un contenitore enumerato per scrivere esattamente il volume minzionale. Questo permette di capire la diuresi nelle 24 ore, i volumi vuotati per ciascuna minzione, le sensazioni di urgenza, il numero delle minzioni in un contesto abituale del paziente.

Come si svolge l'esame?

Si accoglie il/la paziente in ambulatorio. Dopo aver raccolto un'accurata anamnesi generale, urologica, neurologica e/o uro-ginecologica, si spiega al paziente la procedura. Si esegue una visita urologica. Per le donne si esegue una visita uro-ginecologica in clino ed ortostatismo a vescica preferibilmente piena, eseguendo manovre di provocazione (colpi di tosse e manovre di ponzamento), per valutare il grado di prolasso uterino ed eventuali fughe di urina.

Si esegue una accurata disinfezione dei genitali esterni e del meato uretrale. Si inserisce poi un piccolo catetere; questi per evitarne il dislocamento, è fissato con un cerotto di carta: alla coscia per le pazienti di sesso femminile mentre per i pazienti maschi si fissa a livello penieno e sovra-pubico. Il catetere serve a riempire la vescica con acqua, per registrarne durante l'esame, le pressioni. Successivamente si procede al

posizionamento del catetere rettale a palloncino per registrare le pressioni addominali.

Da ultimo si collegano i due cateteri rispettivamente al trasduttore della pressione vescicale ed al trasduttore della pressione addominale.

L'esame inizia riempiendo la vescica con soluzione fisiologica sterile e visionando sul computer i tracciati. Il paziente deve riferire tutte le sensazioni che prova in vescica durante la fase di riempimento come il primo stimolo ad urinare, stimolo più forte e stimolo impellente. Quando il paziente sente desiderio forte di urinare viene sospeso il riempimento e si invita il paziente ad urinare avendo sempre inseriti i cateteri che servono per la registrazione. Successivamente si esegue di nuovo la valutazione del residuo post-minzionale ed infine si rimuovono i cateteri. L'esame viene refertato subito dopo.

Il medico durante l'esame mantiene sempre un contatto verbale con il paziente per registrare le sue sensazioni, ma senza togliere la sua privacy. L'esame dura circa 30-40 minuti.

Ci sono rischi?

Anche se eseguite con perizia e diligenza le prove urodinamiche possono a volte dar luogo a cistiti, prostatiti, ematuria od infezioni delle vie urinarie. Tutto ciò è facilmente trattabile: occorre bere un poco di più per 1-2 giorni per eliminare i batteri e/o assumere antibiotici. In ogni caso è opportuno contattare sempre il medico in caso di disturbi.

Quando l'esame non si può eseguire?

In caso di mestruazioni, di infezioni urinarie in atto e quando i pazienti sono poco rispondenti perché l'esame necessita di completa partecipazione e collaborazione del paziente.

Per i pazienti che portano il catetere vescicale a permanenza

Se il paziente è portatore di catetere vescicale a permanenza dovrebbe chiudere il catetere almeno un'ora prima dell'esame. Il catetere verrà rimosso e il paziente inizierà le prove urodinamiche. Alla fine dell'esame in base al giudizio del medico verrà inserito un nuovo catetere vescicale a permanenza.



Sabrina Del Bufalo

Responsabile Reparto Radioterapia Oncologica
Casa di Cura Marco Polo

Mercoledì 18 gennaio ore 11.30 vengo contattata da alcuni genitori della scuola di mio figlio, notevolmente agitati, che a seguito della scossa di terremoto avvenuta a Monreale, sono preoccupati perché i ragazzi sono stati fatti scendere in giardino e c'è la probabilità di una evacuazione della scuola. Mentre sono per le scale della nostra struttura cercando di capire a distanza cosa sta accadendo ed organizzare chi può andare a prendere mio figlio, sento al telefono qualcuno che sta organizzando i soccorsi... quelli veri: il Dott. Davide Conte.

Chi è Davide Conte? È un giovane oncologo arrivato nella nostra struttura nel 2012. Affianca al lavoro di oncologo l'attività di soccorritore alpino dal 2007. Ne approfitto per fargli alcune domande.



Davide, ci racconti qualcosa sul soccorso alpino

Il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (CNSAS), di cui faccio parte, è un servizio di pubblica utilità del *Club Alpino Italiano* (CAI) e struttura operativa del Servizio nazionale di *Protezione Civile*. Le nostre finalità sono il soccorso nel territorio montano, nell'ambiente ipogeo e nelle zone impervie, la prevenzione e la vigilanza degli infortuni nelle attività svolte in questi ambienti e il soccorso in caso di calamità, in cooperazione con le altre strutture della Protezione Civile.

Ad oggi oltre 7500 tecnici, formati al soccorso tecnico-sanitario in ambiente impervio, fanno parte di questa organizzazione su tutto il territorio nazionale. Tra questi più di 700 sono i medici e gli infermieri che prestano la loro opera di volontariato durante l'attività di soccorso e di formazione.

Anche nella regione Lazio esiste un servizio di Soccorso Alpino e Speleologico del CNSAS con circa 200 operatori tra Tecnici di Soccorso Alpino, Tecnici di Soccorso Speleologico, Cinofili, Medici ed infermieri.

Tutti gli operatori del CNSAS sono reclutati tra coloro che per passione o per lavoro praticano l'alpinismo o la speleologia, e che dispongono di un bagaglio di esperienza in queste attività necessario a muoversi in sicurezza su questi terreni particolari.

Gli interventi di soccorso in montagna o in grotta ad opera del CNSAS sono all'ordine del giorno sul territorio nazionale con un numero complessivo superiore a 5000 negli ultimi anni. In più i nostri operatori sono intervenuti durante diverse calamità naturali in soc-

corso alle popolazioni colpite; ultime in ordine di tempo sono il sisma di Amatrice e l'emergenza neve in Abruzzo con la valanga di Rigopiano.

Quando nasce la passione per la montagna?

Da che ho memoria sono affascinato dai territori selvaggi e dai luoghi dove la natura si mostra in tutta la sua magnificenza. Le terre alte ne sono un chiaro esempio, posti dove non contano le logiche dell'ambiente urbano, dove bisogna rimettersi in discussione con umiltà in un mondo che ha regole da rispettare e leggi da imparare ma, prima di tutto, una bellezza che difficilmente lascia indifferenti. Volendo individuare il momento in cui ho realizzato di sentire questo grande amore per la montagna fu quando mio Nonno mi portò a sette anni su Monte Trocchio, un colle impervio che sovrasta il posto in cui sono cresciuto; da lì su mi era più facile sognare.



Cosa ti ha fatto decidere di diventare membro del soccorso alpino?

Il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (CNSAS) è una delle poche organizzazioni di Soccorso Alpino che recluta medici ed infermieri per offrire soccorso tecnico-sanitario. Entrando in questa organizzazione ho avuto la possibilità di condensare le due grandi passioni della mia vita, la montagna e la medicina. In più l'opportunità di arricchire il mio bagaglio culturale sia nella attività alpinistiche che nella medicina d'emergenza ha facilitato di molto la mia decisione.

Cosa si prova a salvare vite?

È una domanda dalla risposta molto difficile, soprattutto pensando che molti lettori di questa rivista sono medici ed infermieri che con il loro lavoro salvano vite umane o ne migliorano la qualità. Il più delle volte è un qualcosa che si fa inconsapevolmente, non sempre ci si rende conto che anche soccorrere un escursionista con un banale trauma della caviglia in certi ambienti e con certe condizioni equivale a salvare una vita.



Consigliaresti ai giovani medici di intraprendere questo percorso?

Certamente, così come lo consiglio agli infermieri. Ma chi vuole diventare un soccorritore alpino o speleologico deve prima di tutto diventare un alpinista o uno speleologo. Per entrambi queste attività serve molto impegno e molta passione.

Che tipo di corsi bisogna frequentare per diventare soccorritore alpino?

Il CNSAS recluta i propri operatori tra alpinisti o speleologi già formati e, attraverso un percorso di formazione interno, ne fa soccorritori alpini e soccorritori speleo. Ai neofiti che volessero approcciare la pratica dell'alpinismo o della speleologia consiglio di farsi accompagnare da guide alpine o da guide speleologi-



che nelle prime esperienze e frequentare i corsi che diverse sezioni CAI organizzano.

Molte persone quando assistono ad un evento eccezionale come un terremoto vogliono aiutare, quale è l'aiuto migliore per non intralciare i soccorsi?

Prima di tutto non bisogna improvvisarsi soccorritori, si rischia di mettere a repentaglio la propria vita e quella degli altri, e ascoltare le raccomandazioni delle autorità che indicano le modalità con cui si possono aiutare le popolazioni colpite. Medici ed infermieri invece dovrebbero mettersi a disposizione delle autorità competenti per prestare i primi soccorsi nelle calamità che interessano i loro territori.

Invece ai giovani che vanno a fare escursioni in montagna cosa consigli per la loro sicurezza?

Come dicevo prima la montagna ha regole da rispettare e leggi da imparare, prima di entrare in quell'ambiente bisogna prepararsi fisicamente, culturalmente e mentalmente. Conoscere la cartografia è fondamentale già nella fase di programmazione di una escursione e anche un moderno GPS non può sostituire questa conoscenza. Valutare le condizioni meteo e portare attrezzatura e indumenti adeguati a queste. In fine l'esistenza di organizzazioni di soccorso come il CNSAS non deve indurci ad affrontare sottogamba le attività in montagna con la falsa convinzione che "male che vada qualcuno mi verrà a prendere"; ogni attività di soccorso ha rischi non eliminabili che troppo spesso hanno causato il ferimento o la morte degli stessi soccorritori. Con le giuste premesse la frequentazione della montagna può senz'altro essere un'esperienza di crescita e arricchimento personale.

Si ringrazia il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (CNSAS) per le immagini.

Nasce la prima Associazione Scientifica per la Sanità Digitale (ASSD)



Fernando Capuano

TSLB
U.S.I. Prati - Via V. Orsini, 18

È nata la prima "Associazione Scientifica per la Sanità Digitale", in sigla "ASSD", costituita - Soci Fondatori - da ALTASIT - Associazione Italiana Tecnici Amministratori di Sistemi Informatici e Telemedicina, CID - Comitato Infermieri Dirigenti, CONAPS - Coordinamento Nazionale Associazioni Professioni Sanitarie, TSRM - Federazione Nazionale Collegi Professionali Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, nonché il Dott. Fernando Capuano (TSLB della USI di Roma) in proprio e l'Ing. Gregorio Cosentino in proprio.



Con il termine Sanità Digitale si indica l'applicazione all'area medica e a quella della assistenza socio/sanitaria dell'*Information and Communication Technology ICT*. La ASSD si configura come apartitica, apolitica e aconfessionale, non ha scopo di lucro e non può distribuire utili agli Enti/Soci fondatori.

Sono scopi dell'Associazione:

- promuovere il costante aggiornamento dei Soci e quindi svolgere attività finalizzate ad adeguare le conoscenze professionali ed a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti dei Soci stessi al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alle prestazioni sanitarie erogate;
- supportare i professionisti della salute nell'avvio e nel perfezionamento di percorsi di sanità digitale e di innovazione delle modalità di cura, approfondendo gli aspetti non soltanto tecnologici, ma anche di appropriatezza della cura, organizzativi, sociali e psicologici connessi all'utilizzo delle tecnologie ICT nei processi di cura, diagnosi, prevenzione e telemonitoraggio;
- promuovere la cultura della sanità elettronica, con programmi di formazione specifici da attuarsi sia nell'ambito del corso di studi universitari e master universitari, sia all'interno della Educazione Continua in Medicina ECM, il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale;
- promuovere lo sviluppo di una cultura della misura, secondo l'approccio HTA Health Technology Assessment.
- nello svolgere le sue attività, l'Associazione, per il raggiungimento dei suoi fini sociali, intende: sostenere la formazione professionale di elevata qualità organizzando convegni, conferenze, simposi, corsi di aggiornamento, corsi formativi, autonomamente o in collaborazione con altre Associazioni, Società Scientifiche, Istituzioni, Enti Ospedalieri, Università, ecc.;
- sostenere la formazione professionale di elevata

qualità organizzando, proponendo ed erogando attività formative riconosciute con programmi annuali per l'ottenimento dei crediti formativi "ECM"; le attività ECM saranno finanziate attraverso l'autofinanziamento e i contributi dei Soci e/o enti pubblici e privati, ivi compresi contributi delle industrie farmaceutiche e di dispositivi medici, nel rispetto dei criteri e dei limiti stabiliti dalla Commissione nazionale per la formazione continua;

- sviluppare l'*Osservatorio sulle Competenze Digitali in Sanità*, coinvolgendo Associazioni mediche di settore, professionisti della Sanità, ordini professionali, Università e istituzioni interessate al tema;
- elaborare, proporre e sostenere atti d'indirizzo nazionali (Conferenza Permanente Stato Regioni, Ministero della Salute, MIUR) vincolanti e verificabili sui progetti formativi dedicati al personale socio-sanitario, che devono interessare anche l'obbligo formativo ECM e che nel dossier formativo del professionista della salute deve prevedere una parte obbligatoria relativa alla sanità digitale;
- operare per introdurre nella valutazione della performance delle Direzioni Generali l'indicatore del grado di digitalizzazione delle strutture ospedaliere, universitarie e di ricerca e il grado di soddisfazione e di miglioramento della fruizione delle prestazioni socio-sanitarie che il cittadino-utente ha percepito con gli strumenti e soluzioni e-health adottate;
- favorire gli scambi e l'integrazione culturali con altre Associazioni ed Enti nazionali e internazionali che perseguono analoghi scopi;
- svolgere attività di collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le istituzioni sanitarie pubbliche per la elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici e la promozione dell'innovazione e della qualità dell'assistenza;
- attingere ai finanziamenti europei in collaborazione con Istituzioni pubbliche o private Nazionali e/o Regionali e/o Europee.

Su proposta dei Soci Fondatori, fanno parte del Direttivo dell'Associazione i dottori Iuri Dotta, Bruno Cavaliere, Antonio Bortone, Alessandro Beux, Fernando Capuano e l'ingegnere Gregorio Cosentino. Su propo-

Nasce la prima Associazione Scientifica per la Sanità Digitale

sta del Direttivo, assume l'incarico di Presidente l'ing. Gregorio Cosentino.

I bisogni di competenze digitali nelle attività primarie della organizzazione sanitaria: negli ultimi anni abbiamo assistito ad un cambiamento di ruolo delle tecnologie ICT nella organizzazione sanitaria: da tecnologie che operano prevalentemente nelle attività di supporto alla gestione dei processi sanitari con attenzione soprattutto agli aspetti amministrativi e di controllo della gestione, le piattaforme tecnologiche entrano sempre di più a far parte delle attività nei percorsi di diagnosi e cura, in cui devono integrare le informazioni e i dati che vengono prodotti da attrezzature e tecnologie sanitarie di analisi, diagnosi e supporto terapeutico. Il bisogno implicito a cui bisogna trovare soluzioni è quello della rilevantissima dotazione di apparecchiature digitalizzate utilizzate nei percorsi sanitari che rilevano, analizzano ed elaborano risposte a supporto dell'attività del medico e delle Professioni Sanitarie ma sono isolate nell'ambito dei vari compiti da eseguire in un percorso di diagnosi e cura. Il cittadino e utente dei servizi sanitari è sempre più digital con una diffusione impressionante di terminali digitali. Secondo Assinform (dati 2016) il 65% dei cittadini (che vuole dire circa 40 milioni) è dotato di smartphone a cui si sommano circa 10 milioni di tablet con 30 milioni di account attivi sui social media e di questi il 70% circa sui terminali mobili. Come attori in questo insieme constatiamo come cambiano di conseguenza le nostre abitudini non solo nel tempo libero, ma anche sul lavoro, nei rapporti personali e nei comportamenti di acquisto (e-commerce). Noi, cittadini digitalizzati, che facciamo parte di quel 65% sopra indicato (in possesso del terminale) ci orientiamo e agiamo nelle nostre scelte di consumo, di relazione sociale e professionale diversamente da come agivamo in assenza dei nostri terminali.

In particolare per quanto riguarda *l'evoluzione della domanda di servizi sanitari* possiamo mettere in evidenza da una parte l'accezione sempre più estesa del bisogno di "salute", a cui corrispondono aspettative crescenti (meno code, meno viaggi, meno disponibilità ad accettare la "discrezionalità" del professionista, meno tempo a disposizione), ma dall'altra comportamenti *come pazienti sempre più consapevoli dei diritti di controllo dei nostri dati clinici, sempre più "informati" e "connessi"* oltre che attivamente alla ricerca di opzioni di accesso diretto ad informazioni sanitarie autorevoli, personalizzate ed immediatamente utilizzabili. Senza dimenticare che tendiamo a cercare prima le informazioni che riguardano il nostro eventuale stato di malessere o malattia, cercando di capire eventuali terapie raccomandate piuttosto che scambiando opinioni con gli altri partecipanti alle comunità di cui entriamo a far parte e che hanno qualche esperienza dello stesso tipo; cerchiamo farmaci entrando direttamente sul sito della casa farmaceutica o nella comunità associata, per valutarne l'affidabilità. Possiamo affermare che con le tracce digitali lasciate da noi utenti digitalizzati disegniamo una impronta su cui fornitori attenti e attrezzati possono delineare abitudini, bisogni e orientamenti di acquisto differenziati per tipologia di utenza e potenziale di interesse, che rappre-

sentano il "valore" del beneficio da cui come utenti possiamo essere attratti. Il paradosso è invece che l'organizzazione sanitaria erogatrice del servizio spesso non ha ancora messo a punto la soluzione digitalizzata oppure mette a disposizione una soluzione con un valore non corrispondente alle attese: nella migliore delle ipotesi ci vengono messi a disposizione servizi digitalizzati, ma ancora senza sufficiente "intelligenza" per riconoscere le caratteristiche del contesto in cui sono utilizzati, il tipo di utenza specifica a cui dovrebbero conformarsi piuttosto che la autovalutazione del livello prestazionale e gli eventuali allarmi o richieste di intervento in caso di caduta qualitativa delle prestazioni stesse. La domanda emergente è: ma non è che la platea dei percettori di servizi sanitari sia più attrezzata di quanto i fornitori degli stessi servizi ritengano? Non sarebbe il caso di valutare come accelerare la produzione e diffusione di "servizi sanitari digitalizzati"?

Mi sembra infine importante considerare anche un approccio sistematico al patient empowerment: l'auto potenziamento del paziente nell'uso dei bio sensori, device e in generale di alcune funzioni d'uso dei dati e delle informazioni sanitarie accessibili via web rinforzano in modo rilevante la capacità del paziente di interagire con il personale sanitario aumentando anche la sua capacità di seguire e controllare il decorso delle terapie di diagnosi e cura (con una migliore adesione alla stessa). Vi è la necessità di sviluppare nuovi modelli e metodologie per misurare, monitorare e migliorare il livello di possesso delle competenze digitali nel personale sanitario e allinearle alle opportunità di utilizzo da parte dei pazienti digitalizzati.



È nata una nuova forma espressiva dello Spazialismo: lo "Spazialismo dell'Anima"

Lo Spazialismo dell'Anima nasce dalla confluenza di due filoni della mia vita: uno spirituale e l'altro pittorico, entrambi sin dall'infanzia presenti in percorsi paralleli, poi sorprendentemente convergenti in quello che io ho definito "Spazialismo dell'Anima". Sono un medico, non un tecnico dell'arte; ciò che mi interessa, nella mia arte, è dare un messaggio, che è il vero denominatore comune delle mie opere. L'origine di questo messaggio ha precise radici nelle Sacre Scritture. Le mie opere nascono, infatti, da riflessioni spirituali. È difficile esprimere esattamente ciò che si vede con gli occhi dell'anima, quelle immaginazioni senza immagini che sono, come le ho definite in una specie di sottotitolo allo Spazialismo dell'Anima, "visioni spirituali". È complicato tirar fuori dall'anima emozioni in un modo tale da renderle oggettivamente comprensibili. L'arte figurativa esprime i concetti esplicitamente, attraverso, appunto, figure. Affinché sia esattamente compresa per ciò che vuole dire, però, necessita di un terreno comune, all'artista e all'osservatore, in cui potersi incontrare; occorre cioè avere un vissuto comune di ciò che si intende raffigurare, per poter così interpretare allo stesso modo il soggetto dipinto. Io ho vissuto l'inizio di questo mio filone dell'arte informale, cioè la scoperta in me di questa possibilità di espressione, come una grande liberazione dall'immagine, attraverso la trasmissione del colore, delle emozioni e della spiritualità direttamente dall'anima alla tela, senza il filtro dell'immagine, e senza che, quindi, occorra incontrarsi ad un certo punto, in un terreno comune esterno, fuori dall'anima di ciascuno. Ho voluto presentare ufficialmente lo Spazialismo dell'Anima il 2 Febbraio perché è il giorno della Candelora. Nome derivato da "candelorum", genitivo plurale latino, "delle candele"; la Candelora è la Festa delle Candele, cioè della Luce. La Chiesa in questo giorno commemora la Presentazione di Gesù al Tempio e, più anticamente, commemorava anche la Purificazione di Maria. Sono passati quaranta giorni dal Natale di Gesù, una quaresima di Purificazione, per cui questa Festa chiude le festività natalizie e proietta verso la Pasqua con l'offerta del piccolo Gesù al Tempio. Alcuni versetti delle Sacre Scritture ci aiutano ad ambientarci meglio nella dimensione trascendente di queste opere. Già leggendo Giovanni, nel suo Prologo, siamo aiutati a comprendere il senso che accomuna tutte le opere dello Spazialismo dell'Anima. Infatti in Gv 1,4-5 leggiamo: "In lui era la vita e la vita era la luce degli uomini; la luce splende nelle tenebre e le tenebre non l'hanno vinta". Ed al versetto 9: "Veniva nel mondo la luce vera, quella che illumina ogni uomo". Già si comprende l'origine del significato dei cristalli presenti in tutte le mie opere, della luce e dell'orientamento per contemplarla. Ma, ancora più compiutamente, è nel Vangelo del giorno della Candelora, il racconto di Simeone e della Presentazione di Gesù al Tempio, che lo Spazialismo dell'Anima trova le sue fondamenta. Il significato di queste opere si innesta direttamente principalmente in due espressioni dell'evangelista Luca in questo racconto. Luca dice: (Lc 2,25-35) "... luce per illuminare le genti... e a Maria... disse... anche a te una spada trafiggerà l'anima".



Lucrezia Cutrufo è la fondatrice, ideatrice e teorizzatrice, dello "Spazialismo dell'Anima". Vive a Roma, dove si è laureata in Medicina e Chirurgia all'Università Cattolica del Sacro Cuore. È nata nella settecentesca e barocca Noto, nella Sicilia Orientale. Sua maestra di pittura è stata la madre. Ha iniziato a dipingere in giovane età. Partendo dall'acquarello, ha attraversato sperimentazioni di altre tecniche, matita, carboncino, tempera, fino all'olio. Sua è la "Sedia Velka", oggetto d'arte

decorata a tempera e smalti, pubblicizzata su riviste internazionali di architettura ("AD") e su quotidiani di informazione nazionali ("Il Tempo"), nata nel 2005 e presentata nel 2015 a Milano all'EXPO' Universale. Ha partecipato in Sicilia a Concorsi Nazionali di Pittura Estemporanea (1980 e 1981), ricevendo attestati di riconoscimento. Ha esposto a Siena nel 2001 in una mostra personale; a Certaldo nel 2002 nella Rassegna Annuale Collettiva di Pittura nella Casa di Boccaccio; a Roma nell'Aprile 2015 nella Mostra internazionale d'arte "Spiritualità e Pace", recensita dalla rubrica televisiva "Arte24" di Rete Oro; a Roma nel Gennaio 2016 nella mostra "Il Volto", organizzata in collaborazione con Radio Vaticana per il Giubileo Straordinario della Misericordia; a Roma nel Maggio 2016 nella mostra per il "Premio Merli", organizzata per il Giubileo Straordinario della Misericordia, per cui ha ricevuto il riconoscimento di "Custode del Creato". Il viraggio all'arte informale avviene nel Giugno 2016, ed è vissuto come grande liberazione dall'immagine per dare spazio alle emozioni dello spirito in modo diretto, dall'anima alla tela. Nel Luglio 2016 fonda la corrente dello "Spazialismo dell'Anima", di cui è intensa ed entusiasta teorizzatrice, nel solco della propria formazione spirituale maturata in ambiente cattolico.

La prima mostra dello Spazialismo dell'Anima è una personale dell'Artista fondatrice, in cui vengono presentate per la prima volta le sue opere informali, a Roma presso il Vaticano nella Galleria La Pigna, voluta da Paolo VI, dal 2 al 4 Febbraio 2017. Altre mostre in programma: Successivamente ha esposto a Berlino dall'11 al 28 Febbraio 2017; a Parigi dal 15 al 25 Febbraio 2017, dove ha ricevuto la targa di merito "Gran Prix Paris Saint Germain de Pres" per il Manifesto dello Spazialismo dell'Anima; a Roma dal 25 Marzo al 22 Aprile 2017, nel Complesso del Vittoriano, "Altare della Patria", all'Esposizione Triennale di Arti Visive 2017, in cui l'opera presentata dall'Artista è stata scelta per la copertina del Catalogo Unico della Mostra (Mondadori)

Lo Spazialismo, appunto, dell'Anima si inserisce tra le correnti nate all'interno del movimento spazialista dell'arte informale fondato da Lucio Fontana negli anni '40 con almeno cinque "manifesti" in successione, con cui si arriva quindi agli anni '50. Lo Spazialismo nacque sulla scia delle ultime scoperte scientifiche di quel tempo, cioè l'elettrone, che era l'infinitamente piccolo, per quell'epoca, e anche sulla scia del sogno dell'uomo di andare sulla Luna, quindi dell'infinitamente grande (curiosamente, la nascita dello Spazialismo dell'Anima è segnata astrofisicamente dalla scoperta di sette lontanissimi pianeti che già ipotizziamo di raggiungere!). Lo Spazialismo vuole evocare proprio l'infinitamente piccolo e l'infinitamente grande in senso spaziale anche nell'arte, cercando di introdurre nella pittura una terza dimensione. Ecco perché Fontana taglia le tele, per introdurre una terza dimensione, quasi a far diventare la pittura scultura, cioè tridimensionale. Tutto questo, però, se pure esprime un anelito dell'uomo, ha una impostazione prettamente materialista, e, in senso strettamente pittorico, diremmo "materica", cioè in alcune opere spazialiste il colore è dato in maniera molto pesante, molto spesso, proprio per creare una terza dimensione, oppure si utilizzano materiali molto corposi invece della tela.

Nella mia arte la terza dimensione è sviluppata con i cristalli. Ma ho voluto dare alle mie opere anche una quarta dimensione, che è la dimensione trascendente. Proviamo ad immaginare di vedere

È nata una nuova forma espressiva dello Spazialismo: lo "Spazialismo dell'Anima"

sulla tela due scansioni sovrapposte: una è la stesura del colore, l'altra è la disposizione dei cristalli. Non sempre coincidono. Infatti, la stesura del colore attiene alla dimensione umana del tema dell'opera, mentre la disposizione dei cristalli attiene alla sua dimensione spirituale, che esprime, appunto, una dimensione trascendente.

È questa la novità dello Spazialismo dell'Anima, che lo stacca dalla tradizione spazialista per fargli acquisire la propria specificità, che è incardinata sulle Sacre Scritture e trova espressione nella realtà spirituale di uomini e donne, Santi o no, creati da Dio, quindi, a Sua impronta.

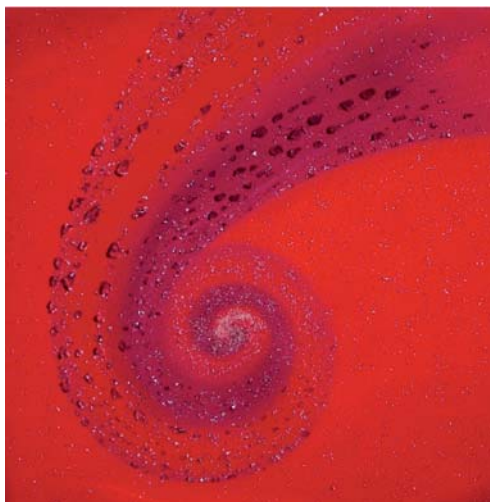
Lucrezia Cutrufo

Il titolo di quest'opera è "L'Amor che move il sole e l'altre stelle"... perché è vero, l'Amore muove tutto. Il sottotitolo è "Spirito Santo", che è l'Amore.

Il movimento del colore rosso, nei due rossi centrali differenti, esprime due tipi di amore: l'amore umano (il rosso più aranciato), e l'Amore divino, cioè lo Spirito Santo (il rosso rubino). Sembrano, questi, due fuochi, diciamo, indipendenti, perché infatti il vortice fa "girare" differenzialmente i cristalli; invece, sono strettamente embricati, sono tutt'uno, li accomuna un unico vortice, perché l'amore umano non può esistere senza l'Amore divino, cioè l'amore non è mai soltanto umano, se no è un altro sentimento o è un insieme di altri sentimenti.

Quest'opera riassume il senso, per me, dell'amore, che coniuga sempre e indissolubilmente l'Amore di Dio anche nelle relazioni umane, o nelle relazioni d'amore, sentimentali. È sempre così. Illuminante esempio in questo senso è il Cantico dei Cantici, un cantico bellissimo che è stato inserito nella Bibbia, come libro della Bibbia, ma esisteva come cantico d'amore fra lo Sposo e la Sposa. In realtà in questo amore la Chiesa ha visto sempre l'unione indissolubile di Cristo e la Chiesa, quindi anche nel Cantico dei Cantici (che potrebbe essere un ulteriore sottotitolo di quest'opera) c'è una unione, una commistione di amore umano e Amore divino, sono embricati, e non si può scindere l'uno dall'altro.

L'amore umano e l'Amore divino, insieme, sono immersi in un altro rosso, un terzo rosso, che è l'Amore di Dio, che non si può neanche questo scindere dallo Spirito Santo, perché è Dio, è la Trinità. In un'icona bizantina, che raffigura la Santissima Trinità, in slavo antico è scritto: "Ho conosciuto il Padre dalle Sacre Scritture, il Figlio dalla lunga frequentazione con l'uomo, lo Spirito Santo dalla storia della mia vita". In effetti, lo Spirito Santo muove tutto, muove la Vita.



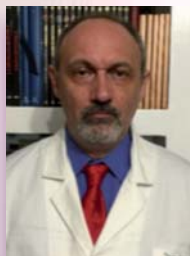
"L'Amor che move il sole e l'altre stelle"
(X Canto del Paradiso, dalla Commedia di Dante)



"Signore Tu mi scruti e mi conosci"
(Sal 138,1)

È l'inizio del Salmo 138, versetto 1, che continua: "...Tu sai quando mi corico e mi alzo...", e ancora dopo dice: "...non è ancora sulla mia bocca la parola e già Tu Signore la conosci tutta...". Penso che un'esperienza comune a tutti noi sia che, a volte, neanche terminiamo di esprimere qualcosa e già ci troviamo o esauditi o compresi nei fatti che poi si verificano. Credo che quest'esperienza, se facciamo attenzione, l'abbiamo avuta tutti, chi più e chi meno consapevolmente; però è interessante averla, perché ci fa sentire che la nostra vita è preziosa, e il nostro cuore veramente compreso da Dio, e amato.

Il sottotitolo è "Santa Teresa d'Avila", perché Santa Teresa diceva che quando una stanza è buia non vedi lo sporco che c'è; basta che entri solo un raggio della Luce di Dio per cominciare a vedere tutta la polvere, tutto il pulviscolo che c'è dentro di noi, che c'è nella stanza ma che è anche nella stanza della nostra anima. È stato detto, vedendo quest'opera, che il fascio di luce sembra quello che, nella pittura sacra, viene a sottolineare un miracolo. Ed effettivamente, è un miracolo ogni volta che ciascuno di noi riesce a vedere dentro di sé quello che c'è.



NUOVI PRODOTTI BIOSTIMOLANTI E REVITALIZZANTI DEL VISO

Stefan Dima

Responsabile Reparto di Medicina Estetica U.S.I.

Il concetto di biorivitalizzazione consiste in un trattamento anti aging che utilizza prodotti biocompatibili e riassorbibili per riattivare le condizioni fisiologiche della pelle.

I prodotti bioristrutturanti riattivano il metabolismo ed il turnover cellulare stimolando la produzione di nuovo collagene con un miglioramento di elasticità, morbidezza ed idratazione. Nello stesso tempo i prodotti biorivitalizzanti hanno un effetto anti ossidante proteggendo la pelle dai radicali liberi.

L'azione idratante dei trattamenti biorivitalizzanti favorisce il richiamo di acqua nei tessuti, invece l'azione ristrutturante stimola la produzione di collagene, elastina ed acido ialuronico.

Per tanti anni per la rivitalizzazione del viso sono stati utilizzati dei prodotti a base di Acido Ialuronico non cross linkato. Questi prodotti, come la RESTYLANE VITAL oppure JUVEDERM HYDRATE continuano ad avere un ruolo importante nel trattamento estetico di rivitalizzazione del viso, collo, décolleté e delle mani.

La IBSA ha realizzato dei prodotti che agiscono contro l'invecchiamento cutaneo e che contengono minerali, aminoacidi, e vitamine, come VISCODERM SKINKO' oppure VISCODERM SKINKO' E.

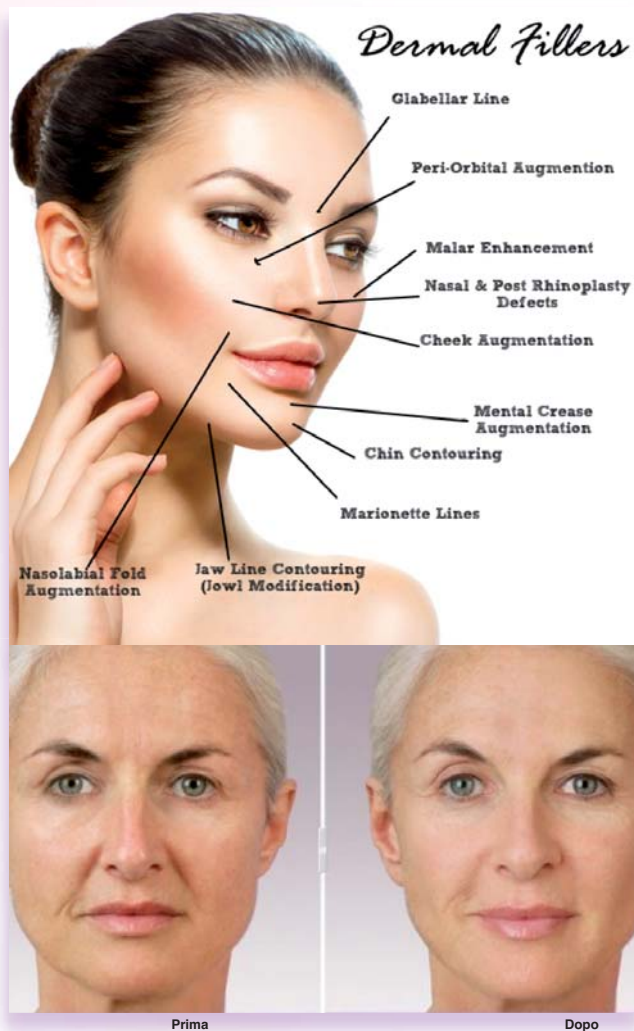
Sempre nella gamma dei prodotti IBSA, composti da acidi ialuronici di basso ed alto peso molecolare sono: PROFHILO adatto per biorimodellamento del viso ed ALIAXIN che utilizza acidi ialuronici a diverso peso molecolare Cross-linkati, utilizzato per dare volume e bilanciamento ed equilibrio al viso.

TEOSYAL PURESENSE REDENSITY [I] ha una formula esclusiva contenendo 15 mg/g di acido ialuronico non cross-linkato per una idratazione ottimale, complesso Dermo-Ristrutturante contenendo tre potenti anti ossidanti, due minerali, una vitamina ed otto aminoacidi per una protezione efficace della pelle e la sua ridensificazione, lidocaina con effetto anestetico per maggiore confort del paziente durante il trattamento.

TEOSYAL PURESENSE REDENSITY [III] EYES è un gel innovativo pensato per il trattamento del contorno occhi per una correzione naturale e duratura, contenendo una formula di un mix di acido ialuronico cross-linkato con acido ialuronico non cross-linkato (15 mg/g), otto aminoacidi, tre anti ossidanti, due minerali, una vitamina e lidocaina.

JUVEDERM VOLITE è il primo trattamento iniettabile con acido ialuronico cross-linkato a tecnologia Vycross avendo una miscela brevettata di acido ialuronico ad alto e basso peso molecolare cross-linkata per resistere più a lungo nel derma.

Tutti i prodotti elencati hanno delle caratteristiche ognuna tra loro diverse, quindi la scelta del dispositivo medico migliore spetta al medico dopo un'accurata visita estetica consentendo al paziente di avere i migliori risultati in termini di: compattezza, elasticità, luminosità, turgore della pelle, con la diminuzione delle rughe sottili e di contrastare e prevenire l'invecchiamento cutaneo.



Reparto di Medicina Estetica - USI
Tel. 06 - 32868.288 - 32868.1
Cell. 337 - 738696

e-mail: medestetica@usi.it

Siamo a Gerusalemme, lei soffre per le conseguenze di un grave attentato di cui è stata vittima dieci anni prima. Lui è un medico del dolore molto bravo. Da ragazzi erano stati fidanzati, poi lui l'aveva abbandonata, si ritrovano senza volerlo dopo tanti anni. Una grande storia d'amore.

“Nozze di rame... Forse” con l'amichevole regia di Enrico Vanzina

Un matrimonio in bilico dopo dieci anni - alla vigilia delle nozze di rame appunto - per colpa di un prete che prete non era. Un altro sacerdote che cerca di metterci una buona parola, anche se non richiesta. E poi un avvocato forse troppo zelante, gli immancabili amici e vicini di casa che non lesinano consigli a volte fuori luogo, un eccentrico tecnico dell'ascensore.

Ecco “Nozze di rame... Forse”, una divertente commedia degli equivoci nella quale recita una compagnia d'eccezione: gli “Incerti del mestiere”, solo avvocati con la passione del teatro, che quindi di cavilli e diritto matrimoniale certo se ne intendono. A dirigere la squadra, la mano sapiente di un regista come Enrico Vanzina, che per la prima volta ed eccezionalmente per questo spettacolo abbandona il grande schermo e si misura col brivido del palcoscenico. Il tutto a titolo d'amicizia. A firmare la piece, Tiziano Lepone, autore dei testi oltre che attore protagonista nei panni di Gino, marito tifosissimo della Roma, a quanto pare non troppo deluso nello scoprire che il suo matrimonio con Adele - la brillante Barbara Mecucci - rischia di non avere più alcun valore. In scena anche Aldo Minghelli, consigliere dell'Ordine degli Avvocati di Roma, il simpatico padre Ampelio; Marco Di Lotti, avvocato nella vita e nella parte, Alessandro Coccoli e Cristina Cristilli, i vicini di casa; infine Giuseppe Rombolà, l'ascensorista. A condire il tutto, la romanissima passione per il calcio e la brillante radiocronaca di due voci che i tifosi della capitale conoscono perfettamente: Patrick vom Bruck e Carlo Zampa!

L'appuntamento con “Nozze di Rame... Forse” è a Roma e dove altrimenti?

- dal 23 al 26 marzo 2017 al **Teatro Ambra Garbatella**, P.zza Giovanni Da Triora n. 15, info: 06.81. 17.39.00 - 392.533.14.21;
- dal 11 al 28 maggio 2017 al **Teatro San Luigi Guanella**, Via Girolamo Savonarola n. 36, nel quartiere Prati, info 392.533.14.21.



Sinossi

Cosa accadrebbe se alla vigilia dell'anniversario del decimo anno di matrimonio, due coniugi venissero a scoprire che il prete che ha celebrato il loro matrimonio, in realtà non era un prete? È quanto accade a Gino e Adele, i quali, alla vigilia della cena organizzata per festeggiare le nozze di rame (10 anni di matrimonio), vengono sopraffatti da una notizia sconvolgente: si sono “bevuti” Don Alfio, sacerdote che alcuni anni prima aveva sposato la coppia. Dopo un primo momento nel quale i due coniugi rimangono sbigottiti, inizia una diversa conflittuale interpretazione della nuova realtà: per il marito nasce la convinzione di essere tornato celibe, libero e quindi semplice convivente, per la moglie, invece, il matrimonio resta valido e la realtà non cambia. Il tutto viene condito dai preziosi consigli di una coppia di amici che abita al piano di sopra, di un prete “casualmente” in visita per la benedizione della casa, di un avvocato impiccione che abita al primo piano e di un eccentrico operaio intervenuto a riparare l'ascensore. Sullo sfondo il nuovo acquisto della Roma, Bucio, attaccante del Botswana, e la lotta dei mariti per la riconferma del proprio abbonamento allo stadio...

Buon divertimento!

TORNA A GRANDE RICHIESTA LA COMMEDIA PIÙ FORTE DEL CAMPIONATO

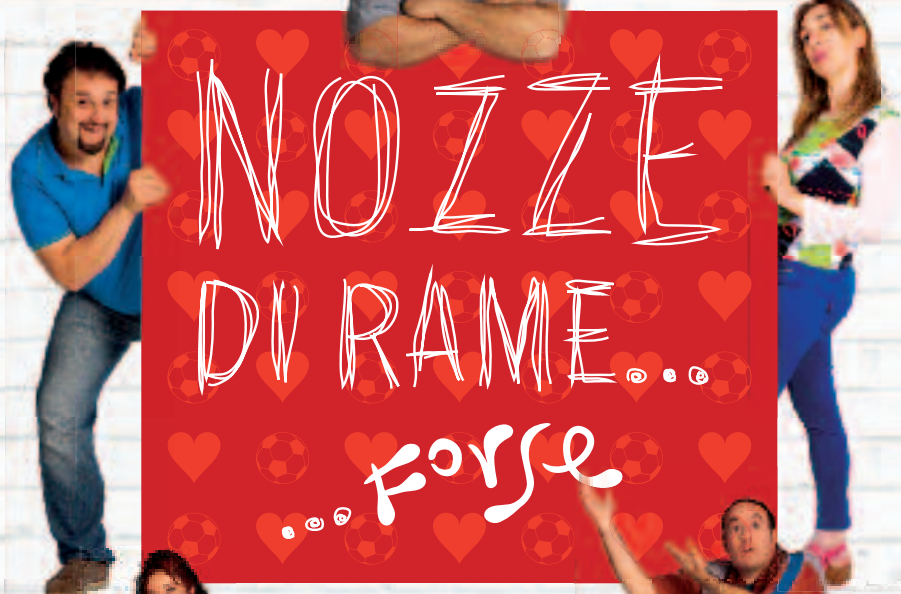
GLI INCERTI DEL MESTIERE
presentano

UNA COMMEDIA DI
TIZIANO LEPONE



AMBRA
TEATRO ALLA GARBATELLA

23 - 26 MARZO 2017
TEATRO AMBRA ALLA GARBATELLA



CON L'AMICHEVOLE REGIA DI
ENRICO VANZINA

CON L'APPASSIONATA RADIOCRONACA DI
PATRICK VOM BRUCK
E **CARLO ZAMPA**



PERSONAGGI E INTERPRETI:

GINO	TIZIANO LEPONE
ADELE	BARBARA MECUCCI
PINO	ALESSANDRO COCCOLI
RACHELE	CRISTINA CRISTILLI
PADRE AMPELIO	ALDO MINGHELLI
AVVOCATO	MARCO DI LOTTI
ASCENSORISTA	GIUSEPPE ROMBOLA



AUTO REGIA	MARCO DI LOTTI
SCENOGRAFIA	ERIKA LAURITA
GRAFICA	CLAUDIO SPURI
FOTOGRAFIA	MARCO PICISTRELLI
FOTOGRAFO DI SCENA	THOMAS STALLETTI
ASSISTENTE DI SCENA	IVAN ANTONAZZO
TECNICO DELLE LUCI	MARIO DE CARLI
COLLABORATRICE	KATIA IUNCO

PRODUTTORE ESECUTIVO
MARCO SANGUINETTI

TEATRO AMBRA ALLA GARBATELLA - PIAZZA GIOVANNI DA TRIORA, 15 - DA GIOVEDÌ A SABATO ORE 21 - DOMENICA ORE 17.30

INFO E PRENOTAZIONI: 392.533.14.21 - 392.693.45.68 - TEATRO: 06.81.17.39.00

NOZZE DI RAME... FORSE - UFFICIO STAMPA: incertidelmestiere@gmail.com - 331.148.56.13

