

giugno 2025

rivista semestrale di sanità

n. 0

eCampusSanità



eCampusSanità

06/2025

n. 0

rivista semestrale, digitale, open access



Direzione

Renata Vaiani, *Medico specialista in medicina interna ed ematologia, Direttore CeRFAS*

Vicedirezione

Raffaella De Nardi

Redazione

Silvia Patruno

Comitato scientifico

Valentina Belloni, *Responsabile Farmacista di struttura sociosanitaria, Docente Area Sanitaria Università eCampus*

Placido Bramanti, *Professore straordinario Università eCampus*

Venusia Covelli, *Dipartimento di Scienze Teoriche e Applicate, Università eCampus*

Giovanni Delpero, *Psicologo, psicoterapeuta sistemico relazionale, Docente Area Sanitaria Università eCampus*

Silvia Gandola, *Avvocata, Docente Area Sanitaria e Corsi di formazione manageriale Università eCampus, Formatrice Teatrale Certificata AEFT*

Grazia Menegotto, *Infermiere e coordinatore, esperta in sistemi di accreditamento di strutture sanitarie e di sistemi qualità, Docente Area Sanitaria Università eCampus*

Luca Pellegrin, *Case Manager infermieristico Life Cure, Coordinatore unità d'offerta c/dom Ars Medica Mondino HC, Docente Area Sanitaria Università eCampus*

Giovanni Rulli, *Medico specialista in Medicina del lavoro e in Igiene e Medicina preventiva, Docente Area Sanitaria Università eCampus*

Info e contatti

comitato.sanita@uniecampus.it

T. 0317942330

M. 3357566408

<https://ecm.uniecampus.it/>

La rivista è pubblicata on-line nel sito

<https://www.ecampusuniversitypress.it/riviste/>

Editore

eCampus University Press

Università eCampus

Via Isimbardi 10

22060 Novedrate (CO)

La rivista è disponibile gratuitamente online,
senza costi per lettori o autori

Sommario

EDITORIALE			
<i>Ritrovare l'orgoglio della professione sanitaria: una nuova voce per il futuro</i> di Renata Vaiani	5	<i>I Nep Trainer in sanità: innovazione e inclusione nell'apprendimento motorio</i> di Giuseppe Ignazio Iunior De Palo	18
<i>Biologi oggi: protagonisti del cambiamento</i> di Rudy Alexander Rossetto	7	<i>Case Manager infermieristico: il filo conduttore tra ospedale e territorio</i> di Luca Pellegrin	23
<i>La scienza tra le mani: dissezione anatomica su cadavere quale strumento formativo attraverso i secoli</i> di Alessandro Palazzolo	8	<i>Di cosa "parliamo" quando parliamo di organizzazione sanitaria?</i> di Giovanni Rulli	28
<i>La fisioterapia: una guida nel percorso di cura</i> di Matteo Fulginiti	10	<i>Le novità assicurative dopo il decreto attuativo della legge Gelli-Bianco</i> di Silvia Gandola e Gianluigi Sironi	31
<i>La Medicina Narrativa nel sistema sanitario attuale: elementi essenziali per un approccio integrato alla cura</i> di Venusia Covelli	12	<i>Le Cause dell'Aumento dei Disturbi Mentali L'Incremento delle Malattie Neurologiche</i> di Massimo Colombo	37
<i>L'Hirudoterapia tra passato e futuro: Un antico rimedio per la medicina moderna</i> di Laura Pulze e Nicolò Baranzini	16	<i>L'esperienza ospedaliera a domicilio: la composizione di un mosaico tra limiti e opportunità</i> TESI di Francesca Caracciolo	41

Ritrovare l'orgoglio della professione sanitaria: una nuova voce per il futuro



Prof.ssa Renata Vaiani
Direttore CeRFAS

In questi tempi difficili, in cui la sanità si trova spesso al centro del dibattito pubblico per le sue carenze, le sue sfide e le sue trasformazioni, emerge con forza la necessità di riscoprire l'orgoglio di essere operatori sanitari.

L'orgoglio di chi ogni giorno, tra difficoltà organizzative, sovraccarico di lavoro e un rapporto con la tecnologia sempre più pervasivo, continua a mettere il paziente al centro, ricordando che dietro ogni cartella clinica c'è una persona, un volto, una storia.

La medicina moderna è profondamente mutata. Oggi non esiste più la figura del medico o dell'infermiere che tutto sa e tutto può.

La complessità delle patologie, la mole crescente di dati, le continue innovazioni diagnostiche e terapeutiche hanno reso necessario un approccio interdisciplinare, in cui diversi specialisti e professionisti della salute collaborano per un obiettivo comune: il benessere del paziente.

Tuttavia, questo cambiamento, seppur inevitabile, ha portato con sé nuove difficoltà. Il rischio di perdere il contatto con la dimensione umana della cura è reale. La necessità di coordinarsi con team sempre più ampi e diversificati, il peso della burocrazia, l'introduzione dell'intelligenza artificiale e delle nuove tecnologie creano spesso una distanza tra chi opera e chi è assistito. Per questo motivo, oggi più che mai, è fondamentale riscoprire l'anima della nostra professione: la capacità di prendersi cura.

Il CeRFAS, Centro di Ricerca e Formazione Area Sanità, ha deciso di raccogliere questa sfida, dando vita a una rivista online informativa rivolta a tutto il personale sanitario. Un luogo virtuale in cui medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici, psicologi e tutte le figure che contribuiscono alla salute delle persone possano ritrovare uno spazio di condivisione, riflessione e crescita.

Perché una rivista?

Viviamo un'epoca in cui le informazioni circolano in modo frenetico, ma spesso restano frammentate e prive di un vero filo conduttore.

I professionisti sanitari, sommersi da protocolli, aggiornamenti e incombenze quotidiane, rischiano di perdere di vista il valore di una formazione continua che non sia solo tecnica, ma anche umana.

Questa rivista nasce per rispondere a questa esigenza: fornire uno strumento di aggiornamento rigoroso ma accessibile, uno spazio di confronto tra esperti, una finestra aperta sulla realtà della sanità vissuta dal suo interno.

L'obiettivo è duplice. Da un lato, offrire contenuti di qualità che permettano di restare aggiornati sulle nuove frontiere della medicina, sulle tecnologie emergenti, sulle prospettive di cura più innovative.

Dall'altro, dare voce alle esperienze di chi ogni giorno vive il mondo sanitario, mettendo al centro il racconto delle sfide, delle difficoltà, ma anche delle piccole grandi soddisfazioni che questa professione sa regalare.

Unire tecnologia e umanità

Uno dei pericoli più insidiosi della sanità contemporanea è la progressiva disumanizzazione delle cure. L'intelligenza artificiale, la telemedicina, la robotica, la digitalizzazione dei processi clinici sono strumenti straordinari, che hanno migliorato diagnosi e trattamenti, ma non possono sostituire il calore di una mano che rassicura, lo sguardo che trasmette empatia, la parola che conforta.

Una medicina esclusivamente tecnologica è una medicina sterile. La vera innovazione sta nell'integrazio-

ne tra sapere scientifico e competenza emotiva, tra precisione e sensibilità, tra progresso e umanità. Ecco perché questa rivista vuole porsi anche come promotrice di una nuova cultura della cura: una sanità avanzata, efficiente, ma che non dimentichi mai che ogni paziente è prima di tutto una persona.

La forza del lavoro interdisciplinare

Un altro pilastro della nostra iniziativa è la valorizzazione del lavoro di squadra. Nessun professionista sanitario, per quanto competente, può affrontare da solo le complessità della medicina moderna.

La collaborazione tra diverse figure è essenziale per garantire una presa in carico completa e integrata del paziente.

La frammentazione delle competenze, se non governata da una logica di cooperazione, rischia di trasformarsi in un ostacolo.

Troppo spesso le diverse specializzazioni faticano a comunicare tra loro, generando incomprensioni e ritardi nella gestione dei casi clinici.

Serve un cambio di mentalità, una maggiore apertura al confronto, una capacità di lavorare insieme per un fine comune.

Per questo, nella nostra rivista troveranno spazio contributi di professionisti di ogni settore della sanità, con l'obiettivo di costruire un ponte tra le diverse discipline, abbattendo barriere e favorendo un dialogo costruttivo.

Un invito alla comunità sanitaria

Questa rivista è pensata per tutti coloro che operano nel mondo della salute e che sentono il bisogno di riscoprire il valore del proprio lavoro.

È un invito a partecipare, a contribuire con esperienze, riflessioni, idee.

Perché la sanità non è fatta solo di protocolli e linee guida, ma anche di persone che ogni giorno dedicano la loro vita a prendersi cura degli altri.

Ritrovare l'orgoglio della professione sanitaria significa riscoprire la passione, la dedizione, la bellezza di un mestiere che, nonostante tutte le difficoltà, resta uno dei più nobili.

Significa saper affrontare i cambiamenti con spirito critico ma costruttivo, accogliere le innovazioni senza perdere il senso profondo della propria missione.

In un'epoca in cui la medicina sta evolvendo con una rapidità mai vista prima, abbiamo bisogno di tornare all'essenza della cura.

Perché la tecnologia è un mezzo, non un fine. Il vero progresso non è solo nei macchinari di ultima generazione o negli algoritmi più sofisticati, ma nel modo in cui sappiamo usarli per migliorare la vita delle persone.

Ecco perché questa iniziativa nasce: per offrire un punto di riferimento a tutti coloro che credono in una sanità moderna, efficace, ma profondamente umana. Perché la vera innovazione sta nella capacità di combinare conoscenza e cuore, scienza e empatia, tecnologia e umanità.

Siamo chiamati a costruire il futuro della sanità. Facciamolo insieme, con passione, con competenza, con orgoglio.

La nostra rivista «eCampuSanità» sarà semestrale e sempre interdisciplinare.

Biologi oggi: protagonisti del cambiamento



Rudy Alexander Rossetto

Presidente dell'Ordine dei Biologi della Lombardia

Cari colleghi, studenti e appassionati di Scienze biologiche,

è con profonda emozione e senso di responsabilità che mi rivolgo a voi in questa occasione speciale. In qualità di Presidente dell'Ordine dei Biologi della Lombardia, sono orgoglioso di rappresentare una comunità che va ben oltre la semplice pratica professionale: noi Biologi siamo custodi di una conoscenza che abbraccia la vita in tutte le sue forme, e il nostro operato è il fondamento su cui si costruisce il progresso della società.

L'Ordine dei Biologi della Lombardia, in qualità di ente pubblico non economico e organo sussidiario dello Stato, incarna il valore della tutela, della formazione e dell'integrità professionale. Siamo il punto di riferimento per ogni biologo, dalla prima esperienza universitaria alle più avanzate ricerche, e il nostro operato garantisce il rispetto di standard etici e scientifici imprescindibili in un mondo in continua evoluzione. La nostra missione è duplice: proteggere i diritti e la professionalità dei biologi e contribuire attivamente alla crescita della ricerca e della divulgazione scientifica, pilastri fondamentali per la salute e il benessere della collettività.

L'obbligo d'iscrizione all'Ordine non è una mera formalità burocratica, ma rappresenta il riconoscimento del valore della nostra categoria. Essere iscritti significa aderire a una comunità unita dalla passione per la conoscenza e dalla volontà di operare in modo etico e responsabile. È un impegno che ci connette, creando un tessuto di solidarietà e confronto costante, indispensabile per affrontare le sfide del nostro tempo. Questo obbligo assicura inoltre che ogni professionista, indipendentemente dal percorso scelto, lavori all'interno di un quadro normativo che tutela sia l'individuo che l'intera società.

In un'epoca in cui la scienza è chiamata a rispondere a questioni complesse e urgenti – dalla sostenibilità ambientale alle emergenze sanitarie – il ruolo dei biologi si

fa sempre più centrale. La nostra appartenenza a questa grande famiglia non solo ci offre strumenti e risorse per eccellere nel nostro lavoro, ma ci impone anche una responsabilità sociale e culturale. È un invito a non restare indifferenti di fronte alle problematiche globali, ma a impegnarsi con coraggio, innovazione e un profondo senso etico.

A voi, studenti e giovani professionisti, dico: il percorso che avete scelto è ricco di sfide e opportunità. L'Ordine dei Biologi della Lombardia è qui per sostenerVi, per guidarVi e per celebrare insieme ogni traguardo raggiunto. Siamo la voce della scienza, il simbolo della nostra identità e la forza che trasforma il sapere in un valore concreto per la società.

Insieme, costruiamo oggi il futuro di domani, un futuro in cui la passione per la vita e la dedizione alla verità scientifica continuano a fare la differenza.

Dott. Rudy Alexander Rossetto

La scienza tra le mani: dissezione anatomica su cadavere quale strumento formativo attraverso i secoli



Alessandro Palazzolo

Fisioterapista, osteopata esperto in preparazione atletica,
Docente Area Sanitaria Università eCampus

Nel corso dei secoli, non sono molte le pratiche scientifiche che hanno determinato un impatto così profondo quanto la dissezione anatomica. Una disciplina che, carica di valenze simboliche di ogni genere, ha generato un complesso sincretico tra scienza, filosofia, arte, religione ed etica umana.

La tangibilità, l'esplorazione e la vera e propria apertura dei corpi hanno da sempre rappresentato un forte impatto pratico ed emotivo per tutto ciò che si studia e che si "sente". Questo approccio scientifico e didattico, oggi largamente adottato, immerge le proprie radici nel passato; anni di tabù, nozioni conquistate ed acquisite. Una miscela tra evoluzione, rapporto con la morte, con la vita e con la conoscenza.

L'interesse per le strutture interne, fortemente attivato da ciò che si cela sotto la superficie, deriva da tempi antichissimi. Le prime prove documentate di pratica settoria risalgono al mondo greco-egizio del III secolo a.C., ad Alessandria d'Egitto. Medici quali Erofilo ed Erasistrato ottennero il permesso di sezionare cadaveri umani e perfino, secondo alcune fonti, eseguire vivisezioni su alcuni condannati a morte dell'epoca. Le loro prime fondamentali scoperte furono la distinzione tra nervi motori e nervi sensoriali e la descrizione dettagliata dell'encefalo; ben oltre quanto consentito dai mezzi dell'epoca. Successivamente, durante il periodo 129-201 d.C., Galeno, medico greco attivo a Roma, influenzò la medicina occidentale

attraverso le sue conoscenze anatomiche, basate principalmente su dissezioni animali e considerate indiscusse fino al Rinascimento.

L'autorità di Galeno si protrasse anche durante il medioevo nonostante alcune Università, in particolare quella di Bologna, proponessero dissezioni pubbliche, spesso in occasione di festività religiose e sotto specifica autorizzazione delle autorità ecclesiastiche.

Le lezioni di anatomia settoria si svolgevano grazie alla lettura di un "lector" delle opere di Galeno, mentre eseguiva la pratica un "sector" ed un "ostensor" indicava le componenti anatomiche.



Anathomia corporis humani redatto da Mondino de' Liuzzi nel 1316
https://archivio.fototeca-gilardi.com/item/it/1/8850/AUTOPSIA?utm_source

L'opera "*Anathomia corporis humani*" redatta dal medico Mondino de' Liuzzi nel 1316 è tuttora apprezzata quale primo manuale europeo di dissezione post-classico ed utilizzata per secoli nelle università. Nel rinascimento la dissezione compì un salto radicale verso l'avanguardia scientifica. Il medico fiammingo Andreas Vesalius (1514-1564), con la memorabile opera "*De humani corporis fabrica*" del 1543 sostenne l'importanza dell'osservazione diretta del corpo umano senza intermediari. Vesalio disseccò personalmente i cadaveri davanti ai suoi studenti mentre gli artisti della scuola veneziana ne descrissero graficamente le gesta, attraverso incredibili illustrazioni, creando un connubio esemplare tra scienza ed arte.

I primi teatri anatomici sorsero a Padova, Venezia, Parigi e Leiden laddove le dissezioni si trasformarono in eventi pubblici dal sapore puramente pedagogico laico.

È solo tra il XVII e il XIX secolo che la dissezione divenne parte integrante delle esperienze di studio delle facoltà di medicina europee, mentre, a causa dell'esiguo numero di corpi destinati all'indagine settoria, si svilupparono tecniche alternative, come i modelli anatomici in cera e, molto più tardi, la plastinazione, inventata da Gunther von Hagens nel XX secolo.

Grazie al progresso tecnologico, lo studio dell'anatomia umana può attualmente garantire sempre maggiore qualità. I raggi X, l'ecografia, la TC, la RM e la realtà virtuale, con tavoli digitali e modelli 3D, sono a disposizione con aggiornamenti sempre più realistici; l'esperienza settoria propone però qualcosa di davvero insostituibile, assicurando la possibilità non solo di osservare, ma anche di palpare e riconoscere le strutture costituenti i nostri apparati.



De humani corporis fabrica, redatto da Andreas Vesalius nel 1543
https://www.metmuseum.org/art/collection/search/358129?utm_source

Il pensiero che cerco di diffondere, riguardo a quanto siano determinanti le dissezioni anatomiche per la cultura scientifica, è contenuto nell'introduzione del libro *"Anatomia Fotografica"*, edito dalla casa Editrice PICCIN nel 2024 e frutto di anni di lavoro in sala settoria. Quanto ho personalmente redatto all'inizio del testo trasmette un concetto nel quale credo profondamente: "Non c'è misurazione conosciuta che renda giustizia a quanta magnificenza si possa ammirare. Oltre al nozionistico, che superficialmente emerge, il confronto che ne consegue tra studenti piuttosto che tra docenti e discenti è inestimabile.

Le emozioni che ne scaturiscono sono il fattore fondamentale che marchia a fuoco questa esperienza di studio davvero speciale".

Esperienza di studio che l'Università ECampus è orgogliosa di proporre ai propri studenti in qualità di Corso di Alta Specializzazione.

Bibliografia

BENEDINI CARLO, PATERNOSTRO FRANCESCO, *Anatomia Fotografica*, Padova, PICCIN Nuova Libreria, 2024.

CARLINO ALESSANDRO, *Books of the Body: Anatomical Ritual and Renaissance Learning*, Chicago, University of Chicago Press, 1999.

CUNNINGHAM ANDREW, *The Anatomical Renaissance: The Resurrection of the Anatomical Projects of the Ancients*, Aldershot, Ashgate, 1997.

GRMEK MIRKO DRAŽEN, *Storia del corpo umano*, Roma-Bari, Laterza, 1990.

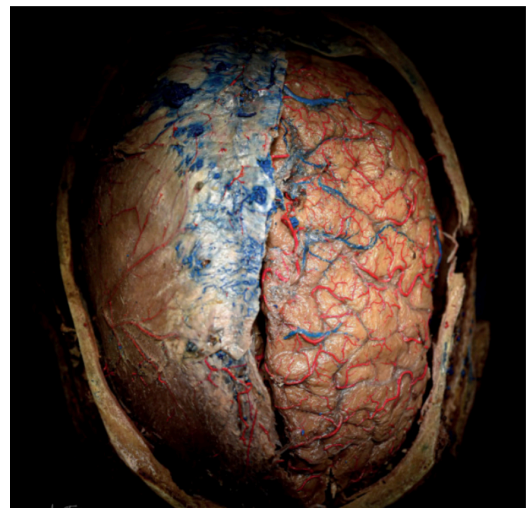
KEMP MARTIN, *Leonardo da Vinci: The Marvellous Works of Nature and Man*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

LAQUEUR THOMAS, *The Work of the Dead: A Cultural History of Mortal Remains*, Princeton, Princeton University Press, 2015.

O'MALLEY CHARLES DONALD, *Andreas Vesalius of Brussels, 1514-1564*, Berkeley, University of California Press, 1964.

PARK KATHARINE, *Secrets of Women: Gender, Generation, and the Origins of Human Dissection*, New York, Zone Books, 2006.

PORTER ROY, *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, London, HarperCollins, 1997.



Anatomia fotografica, C. Benedini e F. Paternostro, PICCIN Nuova Libreria 2024
https://www.piccin.it/it/anatomia-umana/2967-anatomia-fotografica/9788829934744.html?utm_source

RICHARDSON RUTH, *Death, Dissection and the Destitute*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

VON HAGENS GUNTHER, WHALLEY ANGELICA, *Body Worlds: The Anatomical Exhibition of Real Human Bodies*, Heidelberg, Institut für Plastination, 2002.

La fisioterapia: una guida nel percorso di cura



Matteo Fulginiti

Fisioterapista specializzato nella riabilitazione e riatletizzazione di pazienti ortopedici e sportivi
Docente Area Sanitaria Università eCampus

Fare il fisioterapista in Italia oggi, nel 2025, significa non solo conoscere a fondo muscoli, articolazioni e disfunzioni, ma anche saper leggere tra le righe dei silenzi, cogliere e, alle volte, sostenere la delusione nascosta in un movimento esitante o ancora accogliere rabbia e frustrazione; sentimenti che spesso non si riesce ad esprimere a parole. Si potrebbe paragonare il lavoro del fisioterapista a quello di un artigiano dove saper muovere e usare le proprie mani è solo la base di un lavoro ben più complesso, legato alla capacità di sapersi relazionare ed entrare in contatto con l'altro quasi, concedetemi il termine, come potrebbe fare uno psicologo. In una società che corre sempre di più, dove il risultato spesso sembra contare più del processo e il raggiungimento di nuovi obiettivi ogni giorno come stile di vita, essere fisioterapisti insegna ad avere pazienza, ad ascoltare davvero, a lavorare gomito a gomito con le fragilità e i bisogni altrui, senza mai dimenticare che, prima di tutto, ciò che abbiamo di fronte è una persona, con una propria storia, una testa piena di sogni, portatrice di ansie e, molto spesso, anche un sacco di paure.

Che si tratti dello studio o del campo, il rapporto che si costruisce va oltre la riabilitazione, il più delle volte ci si trova ad affrontare assieme un cammino comune, fatto di piccole conquiste, possibili ricadute, impagabili sorrisi e alle volte interminabili silenzi. Quando li vedi salire su un podio, o anche solo riuscire a fare un gesto che sembrava impossibile, capisci che il tuo lavoro non è solo una professione, ma qualcosa di più, è realmente la condivisione di una parte di vita che si intreccia con quella degli altri e che, ogni tanto, riesce a fare la differenza. Lo sport, per una persona con disabilità, non è quasi mai semplicemente una questione di risultati, di prestazione o un semplice passatempo; spesso, rappresenta una riscoperta del

proprio corpo, una rinegoziazione del proprio sé, l'affermazione di un proprio spazio di libertà; una vera e propria rivincita personale.

Il gesto atletico, dietro la sua apparente potenza o precisione, racchiude una storia fatta di dolore, ostinazione e rinascita. E chi lavora accanto a questi atleti, come fisioterapista, ha il privilegio di assistere a questo processo dall'interno, giorno dopo giorno. Nel mondo dello sport paralimpico, tutto questo si amplifica, gli atleti disabili non sono supereroi, come qualcuno ama etichettarli: sono persone che, ogni giorno, scelgono di non arrendersi, che lottano contro il dolore, la stanchezza quotidiana e la paura di non farcela o fallire. Accompagnarli nel loro percorso è sia un onore che una sfida, infatti è fondamentale possedere una tecnica solida, è vero, ma è altrettanto essenziale il cuore, l'intelligenza emotiva e una presenza attenta e costante.

Ricordo di tanti ragazzi passati per il mio studio dopo brutti infortuni o incidenti: determinati a lavorare sodo per raggiungere ogni giorno un nuovo obiettivo, ma pur sempre pieni di dubbi, tante paure e ansie legate al poter fallire o voler mollare. Alle volte, il silenzio pesa come un macigno, lunghe ore passate a migliorare l'equilibrio, la forza e la resistenza, ma non solo, si lavora anche sull'autostima e piano piano si costruisce un vero e proprio rapporto di fiducia. La seduta di fisioterapia diventa uno spazio in cui si può essere vulnerabili, ci si deve porre degli obiettivi sempre nuovi ed è previsto il fallimento, la frustrazione fa parte del gioco; il fisioterapista si trova a gestire un delicato equilibrio tra supporto fisico e supporto emotivo. Nasce quindi la vera alleanza terapeutica, quel rapporto con il proprio terapeuta che consente di superare insieme le difficoltà, accompagnando durante tutte le fasi del percorso di recupero, affron-

tando sia sfide fisiche che emotive, supportando a trecentosessanta gradi durante questi momenti.

La tecnica è, senza dubbio, uno strumento importante e fondamentale, è necessaria una formazione continua, aggiornamenti costanti e mantenere sempre in allenamento la capacità di adattamento. Tuttavia, la parte invisibile del nostro lavoro è quella che, spesso, fa la vera differenza, mi riferisco all'empatia, quella capacità di cogliere il momento in cui bisogna e si deve spingere un po' di più oppure capire quando è necessario rallentare e semplicemente esserci per supportare. A volte uno sguardo, un semplice gesto, sono il segnale che una pausa è necessaria, condividere un momento per lavorare su sé stessi, per rivedere il piano degli obiettivi, ritrovare la giusta motivazione e ripartire con nuova fiducia lungo il percorso di recupero.

Essere fisioterapista in questo contesto significa anche lavorare in team: medici, allenatori, psicologi e le famiglie, ognuno ha il proprio ruolo, e il fisioterapista diventa un collegamento, il collante tra le necessità dell'atleta e le risorse del team. Quando tutto funziona, quando tutti remano nella stessa direzione, per raggiungere gli stessi obiettivi condivisi; si creano le condizioni per raggiungere traguardi straordinari, molto spesso questi traguardi sono visibili e celebrati da tutti, ma altre volte si tratta semplicemente dei risultati di piccole conquiste quotidiane apparentemente invisibili, di costanti sfide legate alla vita di tutti i giorni. Non sempre ci sono i fotografi o le medaglie ad attenderci al traguardo, le vere vittorie, spesso, si celebrano in quel silenzio di cui vi parlavo prima, si viene trasportati in una dimensione dove il tempo sembra rallentare, si vivono interminabili attimi in apnea, momenti significativi come: il primo passo dopo un'operazione, vissuto da tutti, sempre con paura ed incertezza; quel determinato movimento recuperato dopo mesi di duro lavoro, una seduta dove per la prima volta ci si scorda del dolore; sono momenti piccoli all'apparenza, ma enormi per chi li vive. In tutti quei momenti, il fisioterapista è presente, pronto a fare da guida, se necessario da semplice supporto ma sicuramente da compagno di viaggio.

Fare il fisioterapista con atleti disabili, significa credere nel potenziale umano superando pregiudizi, andando oltre le diagnosi, superando sempre i limiti. Significa accompagnare verso la riscoperta del proprio corpo, della propria forza e, alle volte, della propria identità; ed è proprio in questo intreccio di tecnica, empatia ed umanità che questa professione trova il suo significato più profondo.

E mentre il lavoro con atleti disabili rappresenta una delle esperienze più intense e visibili, anche a livello

mediatico, non bisogna dimenticare che il fisioterapista opera quotidianamente anche in altri contesti, che molto spesso, finiscono decisamente meno sotto i riflettori, ma che al tempo stesso risultano altrettanto cruciali. Stiamo parlando di ospedali, di centri riabilitativi specializzati, delle RSA o di semplici studi privati; il fisioterapista si prende cura di problemi che toccano trasversalmente tutte le età: dai neonati prematuri agli anziani fragili, dalle persone che si stanno riprendono da interventi chirurgici a chi convive quotidianamente con malattie croniche o neurodegenerative. In questi ambienti, ogni giornata è fatta di incontri ma anche di piccole, o grandi, sfide: aiutare un anziano a ritrovare la propria autonomia dopo una caduta, sostenere un bambino con paralisi cerebrale nei suoi primi tentativi di equilibrio, accompagnare chi ha subito un ictus a recuperare il semplice gesto di portare un cucchiaino alla bocca. Il fisioterapista diventa una presenza costante, un tassello prezioso nel mosaico della cura, che richiede: tempo, tanta pazienza, essere disposti ad ascoltare e a collaborare con altri professionisti.

Ogni giorno, il fisioterapista costruisce un rapporto unico con ciascun paziente, mettendosi al servizio e al fianco di chi in quel momento ha bisogno, condividendo un percorso adattato alla storia e alle capacità di ogni individuo. Perché, alla fine, ogni corpo ha una storia da raccontare e il fisioterapista è lì proprio per ascoltarla, aiutando, sostenendo e condividendo assieme non il percorso di cura ma un pezzo, più o meno lungo, della propria vita.

La Medicina Narrativa nel sistema sanitario attuale: elementi essenziali per un approccio integrato alla cura



Venusia Covelli

Dipartimento di Scienze Teoriche e Applicate,
Università eCampus

Nel corso degli ultimi venticinque anni, la Medicina Narrativa (MN) in Italia ha progressivamente trovato spazio nei contesti di cura, affiancando gli operatori impegnati ogni giorno nella cura dei pazienti. Tuttavia, sebbene sia sempre più conosciuta e presente con attività di formazione e progetti di intervento, la sua diffusione non è tale da essere considerata parte integrante del nostro Sistema Sanitario Nazionale. La MN riporta il paziente e la relazione di cura al centro dell'attenzione, restituendo dignità all'esperienza della malattia portata dal paziente e accolta dall'operatore sanitario. Per questo, oggi, potrebbe rappresentare una possibile risposta concreta a bisogni evidenti ed emergenti del nostro Sistema Sanitario, appesantito da iperspecializzazione, centralità tecnologica e complesse logiche economiche. Vediamo come. La MN, così come definita da Rita Charon (2006), è una pratica clinica rafforzata dalla conoscenza, da parte del medico o dell'operatore sanitario, di sapere cosa fare con le storie dei propri pazienti:

“La Medicina narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie della malattia: aiuta medici, infermieri, operatori sociali e terapisti a migliorare l'efficacia di cura attraverso lo sviluppo della capacità di attenzione, riflessione, rappresentazione e affiliazione con i pazienti e i colleghi”.

Il merito di Rita Charon, internista e docente di medicina clinica alla Columbia University di New York, è stato quello d'istituzionalizzare e sistematizzare la MN come disciplina accademica autonoma e come pratica clinica strutturata. Ha fondato la MN come disciplina, con una metodologia, una prassi clinica, una cornice

educativa e un impianto teorico interdisciplinare. Nel 2001 ha fondato il “Program in Narrative Medicine” alla Facoltà di Medicina della Columbia University di New York, il primo programma formale al mondo su questo tema. Il programma ha formato e forma tuttora medici, infermieri, psicologi, umanisti, attraverso corsi e master, contribuendo alla diffusione internazionale dell'approccio (Charon, 2001).

Nello stesso periodo, nel contesto britannico, Trisha Greenhalgh, medico di base e accademica di riferimento per la medicina centrata sul paziente, e Brian Hurwitz, medico e docente di etica medica, hanno aperto la strada alla riflessione sul ruolo delle narrazioni in medicina. Pubblicano un articolo dal titolo *Narrative based medicine. Why study narrative?* (1999) all'interno del quale parlano di “narrative based medicine” con l'intento proprio di evidenziare le peculiarità di una medicina basata sulla narrazione rispetto alla “evidenced based medicine”, che sembrava aver dimenticato la relazione con il paziente e il suo vissuto in relazione alla malattia. Gli autori si soffermano anche sui motivi per i quali è utile analizzare le narrazioni dei pazienti. Nel colloquio diagnostico le narrazioni costituiscono la forma entro cui i pazienti sperimentano e descrivono il proprio malessere, incoraggiano l'empatia e favoriscono la comprensione tra medico e paziente. Permettono, inoltre, la costruzione di significati e forniscono utili indizi e classificazioni. Nel processo terapeutico le narrazioni incoraggiano un approccio globale al trattamento in quanto terapeutiche o palliative, e possono suggerire ulteriori opzioni terapeutiche. Nell'educazione del paziente e dei professionisti le narrazioni vengono ricordate molto più facilmente, sono radicate nell'esperienza e potenziano la riflessione. Infine, nella ricerca, le narrazioni costruiscono in-

terventi centrati sul paziente, sfidano le idee ricevute e generano nuove ipotesi.

I vantaggi della MN nella pratica clinica sono stati ampiamente documentati in letteratura. Polvani (2016) ha sintetizzato i principali vantaggi della MN, in parte sovrapponibili con quelli descritti e identificati da Greenhalgh e Hurwitz (1999). La MN consente di: migliorare la pratica clinica (Greenhalgh e Hurwitz, 1998; Hurwitz e Charon, 2013); permettere una diagnosi più approfondita (Good, 1999); sostenere le relazioni tra paziente, famiglia, medici e personale sanitario (Fins, Guest e Acres, 2000); favorire l'aderenza alla terapia (Vermeire, Hearnshaw e Van Royen, 2001); aiutare e consolidare le scelte cliniche (Gordon e Peruselli, 2001); migliorare la qualità reale e percepita del servizio (Giarelli et al., 2005); verificare e permettere un feedback ampio sull'aderenza e la funzionalità della terapia (Greenhalgh, Chowdhury e Wood, 2006); migliorare la strategia curativa (Zannini, 2008); ridurre la sofferenza (Cepeda et al., 2008); fornire materiale utile da analizzare per nuove strategie di cura (Engblom, Alexandersson e Rudebeck, 2009); creare benefici per i malati cronici e favorisce la formazione di comunità che aiutano il paziente a livello sociale e psicologico (Greenhalgh, 2009). A proposito dei benefici portati dalla pratica della MN, Zaharias (2018) afferma che essa è intrinsecamente terapeutica per il paziente (nel racconto e nell'atto di essere ascoltato); impedisce la disconnessione che potrebbe altrimenti verificarsi tra medico e paziente; promuove una comprensione più profonda del paziente e maggiore empatia; migliora il rapporto e rafforza la relazione medico-paziente; migliora le capacità di riflessione del medico (con rispetto sia al paziente che al medico); aumenta la consapevolezza e facilita la presa in carico del paziente.

In Italia, già negli anni '80 e '90, sono riscontrabili alcune pratiche che, seppur non etichettate come MN, richiamano alcuni fondamenti base, come il racconto di storie da parte di medici. A tale proposito, è opportuno ricordare i lavori di Eugenio Borgna (*I conflitti del conoscere*, 1988 e *Malinconia*, 1992) il quale ha sottolineato l'importanza dell'ascolto empatico con i pazienti. Anche lo psichiatra e scrittore Vittorino Andreoli, già alla guida del Dipartimento di Psichiatria dei servizi sanitari pubblici di Verona-Soave, racconta nei suoi lavori (*Camice matto*, 1995 e *I miei matti*, 2004) alcune storie di pazienti, insistendo sull'importanza della narrazione nella comprensione e nel trattamento della malattia mentale. Infine, ricordiamo Antonio Virzì che ha svolto un ruolo fondamentale nell'introduzione e nella diffusione della MN in Italia, specialmente nel campo della psichiatria, contribuendo sia alla pratica clinica che alla formazione e alla ricerca. Ha diretto l'Unità Operativa

Complessa (UOC) di Psichiatria di Ragusa, ha insegnato presso l'Università di Catania dal 1987 al 2012, tenendo corsi di Psichiatria, Psicologia e Scienze Umane. Dal 2009 al 2018 è stato presidente della Società Italiana di Medicina Narrativa (SIMeN), da lui fondata a Catania nel 2009, società che promuove la diffusione e l'applicazione della MN in ambito clinico e formativo. Non solo, nel 2004 la ASL 10 di Firenze introduce la MN nella pratica clinica, con un programma innovativo di MN coordinato da Stefania Polvani e definito NAME (NARrative based MEDicine). Questo rappresenta uno dei primi esempi strutturati di applicazione della MN in Italia, a cui seguiranno ulteriori progetti e applicazioni cliniche. Nel 2006 la Fondazione ISTUD avvia progetti strutturati di MN, diventando, ancora oggi, un punto di riferimento nazionale e internazionale nella formazione e ricerca in MN (inter alia Banfi et al., 2018; Tonini et al., 2021, Marini, 2016). Nel 2016 Cristina Cenci, antropologa e fondatrice della Digital Narrative Medicine (DNM), ha avuto un ruolo pionieristico nell'integrare la medicina narrativa con le tecnologie digitali in Italia, creando la prima piattaforma digitale progettata specificamente per l'applicazione della medicina narrativa nella pratica clinica (Cenci et al., 2020).

Inoltre, nel 2014 l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) pubblica le Linee di Indirizzo per l'utilizzo della MN in ambito clinico-assistenziale, riconoscendo ufficialmente la disciplina e fornendo raccomandazioni per la sua applicazione. Si tratta della prima Consensus Conference attraverso la quale un team di esperti chiamati dall'ISS ha sintetizzato e sistematizzato gli aspetti epistemologici, teorici, metodologici, applicativi della MN in Italia. Gli esperti hanno affrontato, dal punto di vista epistemologico ed ermeneutico, il problema di giungere a una definizione condivisa di MN. Rimandando alla lettura del testo completo (CNMR, 2014, p.15), la medicina basata sulla narrazione è stata definita nel modo seguente:

"1) una metodologia d'intervento clinico-assistenziale che considera la narrazione come uno strumento fondamentale di acquisizione e comprensione della pluralità di prospettive che intervengono nell'evento-malattia, finalizzata ad un'adeguata rilevazione della storia della malattia che, mediante la co-costruzione di una possibile trama alternativa, consenta la definizione e la realizzazione di un percorso di cura efficace, appropriato e condiviso (storia di cura); 2) uno strumento dal valore epidemiologico che può dare visibilità ai diritti violati, ai bisogni inevasi, integrare i dati quantitativi raccolti attraverso questionari su accessibilità ai servizi e qualità della cura e della vita; 3) un momento-politico come momento di presa di coscienza

e conquista-restituzione di diritti, in particolare del diritto ad avere voce, che può favorire situazioni di empowerment e promuovere una 'cultura di partecipazione e di diritto'; 4) una metodologia dal grande valore pedagogico per medici e sanitari, pazienti e caregiver: promuovere Medicina basata sulle Narrazioni implica costruire percorsi educativi e progetti che prevedano la partecipazione attiva di pazienti, familiari, associazioni e abbiano rilevanza in termini di salute pubblica".

Dal 2014 ad oggi, le esperienze di MN in Italia sono aumentate considerevolmente, così come testimoniato da una recente *scoping review* che ha voluto mappare e sintetizzare gli studi di MN in base agli aspetti teorici, alla pratica clinica e agli interventi di formazione (Palla et al., 2024). La revisione ha messo in luce ben 98 contributi italiani sul totale di 736 studi inclusi nell'analisi, a testimonianza delle numerose attività di ricerca e formazione realizzate nel nostro Paese. La ricerca nel campo della medicina narrativa è essenziale per unire la conoscenza scientifica con le esperienze personali dei pazienti. Questo approccio offre una visione che integra i dati e le statistiche con i dati esperienziali dei pazienti, restituendo alla medicina un aspetto più umano e coinvolgente (Covelli, 2017).

A fronte di questo, alcuni cambiamenti significativi avvenuti negli ultimi anni nel nostro sistema sanitario, giustificano e avvalorano la diffusione della MN nel contesto sanitario attuale. Abbiamo assistito gradualmente in Italia a un rapido invecchiamento della popolazione con un conseguente aumento di patologie croniche e degenerative (tra le tante, le malattie cardiovascolari, il diabete, la demenza ecc.) che richiedono una gestione complessa del paziente. La MN permette di comprendere meglio l'esperienza soggettiva del paziente cronico e di accompagnarlo lungo percorsi assistenziali lunghi, personalizzati e spesso non risolutivi. Inoltre, in termini di relazione medico-paziente, abbiamo assistito a un passaggio da un modello paternalistico a un approccio centrato sulla persona, che privilegia e valorizza l'autonomia decisionale del paziente. La MN sostiene il paradigma della "cura centrata sulla persona" attraverso l'ascolto, la comprensione empatica e la condivisione delle decisioni. Il contesto sanitario è cambiato molto anche in relazione all'introduzione massiccia della tecnologia digitale (tra cui il fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina ecc.) migliorando l'efficienza e l'efficacia della presa in carico di un paziente, a discapito talvolta del tempo relazionale tra medico e paziente. La MN contrasta il rischio di una medicina poco centrata sul paziente, restituendo voce e significato all'esperienza individuale della malattia. Infine, molti pazienti presentano diver-

se patologie contemporaneamente e sono seguiti da più specialisti, con percorsi di cura spesso frammentati tra ospedale e territorio. La narrazione potrebbe facilitare l'integrazione dei diversi punti di vista clinici e promuove una visione olistica della condizione di salute portata dal paziente, contribuendo alla costruzione di percorsi assistenziali coordinati.

La MN, quindi, non è un lusso o un'opzione "poetica", ma rappresenta una risposta concreta a bisogni reali del sistema sanitario contemporaneo. In un tempo segnato da iperspecializzazione, tecnocrazia e logiche economiche, essa riporta al centro la relazione, il significato e la dignità dell'esperienza umana della malattia.

Riferimenti bibliografici

PAOLO BANFI, ANTONIETTA CAPPUCCIO, MAURA LATELLA, LUIGI REALE, ELISA MUSCIANISI, MARIA GIULIA MARINI, *Narrative medicine to improve the management and quality of life of patients with COPD: the first experience applying parallel chart in Italy*, International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2018, pp. 287-297.

MELANIE SOLEDAD CEPEDA, CHARLES RICHARD CHAPMAN, NELCY MIRANDA, RICARDO SANCHEZ, CARLOS H. RODRIGUEZ, ANDRÉS ESTEBAN RESTREPO, LINA M. FERRER, RENE A. LINARES, DANIEL B. CARR, *Emotional disclosure through patient narrative may improve pain and well-being: results of a randomized controlled trial in patients with cancer pain*, Journal of Pain and Symptom Management, vol. 35, n. 6, 2008, pp. 623-631.

RITA CHARON, *Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust*, JAMA, vol. 286, n. 15, 2001, pp. 1987-1902.

RITA CHARON, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

CRISTINA CENCI, Oriano Mecarelli, *Digital narrative medicine for the personalization of epilepsy care pathways*, Epilepsy & Behavior, 2020, vol. 111, art. 107143.

CNMR (CENTRO NAZIONALE MALATTIE RARE), *Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*, Il Sole 24 Ore Sanità. I Quaderni di Medicina, n. 7, 24 febbraio – 2 marzo 2015, Allegato. Reperibile al link: http://www.iss.it/binary/cnmr4/cont/Relazioni_degli_esperti_All.ConferenzaDiConsenso_Medicina-Narrativa.pdf.

VENUSIA COVELLI, *Medicina Narrativa e Ricerca. Riflessioni teorico-metodologiche per la raccolta e l'analisi delle narrazioni*, Lecce, Libellula Edizioni, 2017.

JOSEPH J. FINS, REBECCA SCHWAGER GUEST, CATHLEEN A. ACRES, *Gaining insight into the care of hospitalized dying patients: an interpretative narrative analysis*, Journal of Pain and Symptom Management, vol. 29, n. 1, 2000, pp. 55-68.

GUIDO GIARELLI, BYRON J. GOOD, MARY JO DEL VECCHIO GOOD, MARIELLA MARTINI, CORRADO RUOZI, *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, Milano, Franco Angeli, 2005.

BYRON JOSEPH GOOD, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Milano, Edizioni di Comunità, 1999. Ed. orig.: *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, MA 1994.

DEBORAH GORDON, Carlo Peruselli, *Narrazione e fine della vita. Nuove possibilità per valutare la qualità della vita e della morte*, Milano, Franco Angeli, 2001.

TRISHA GREENHALGH, Brian Hurwitz, *Narrative based medicine. Why study narrative?* British Medical Journal, vol. 318, 1999, pp. 48-50.

TRISHA GREENHALGH, *Patient and public involvement in chronic illness: beyond the expert patient*, British Medical Journal, vol. 338, 2009.

TRISHA GREENHALGH, MU'MIN CHOWDHURY, GARY W. WOOD, *Story-based scales: development and validation of questionnaires to measure subjective health status and cultural adherence in British Bangladeshis with diabetes*, Psychological Health Medicine, vol. 11, n. 4, 2006, pp. 432-448.

TRISHA GREENHALGH, BRIAN HURWITZ, *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, London, BMJ Books, 1998.

BRIAN HURWITZ, RITA CHARON, *A Narrative Future for Healthcare*, The Lancet, vol. 381, 2013, pp. 1886-1887.

MARIA GIULIA MARINI, *Narrative Medicine. Bridging the Gap between Evidence-Based Care and Medical Humanities*, Cham, Springer, 2016.

ILARIA PALLA, GIUSEPPE TURCHETTI, STEFANIA POLVANI, *Narrative Medicine: theory, clinical practice and education – a scoping review*, BMC Health Services Research, vol. 24, n. 1, 2024, art. 1116.

STEFANIA POLVANI, *Cura alle Stelle. Manuale di salute narrativa*, Firenze, Emmebi Edizioni, 2016.

MARIA CLARA TONINI, ALESSANDRA FIORENCIS, ROSARIO IANNACCHERO, MAURO ZAMPOLINI, ANTONIETTA CAPPUCCIO, RAFFAELE RADDINO, ELISABETTA GRILLO, MARIA ALBANESE, GIANNI ALLAIS, MARCO ANDRÉ BASSANO, FILIPPO BRIGHINA, TERENCE CARBONI, FABIO FREDIANI, LICIA GRAZZI, CARMELA MASTRANDREA, FRANCA

MOSCHIANO, MARIA GABRIELLA POETA, ANGELO RANIERI, RENATO TURRINI, MARIA GIULIA MARINI, *Narrative Medicine to integrate patients' caregivers' and clinicians' migraine experiences: The DRONE multicentre project*, Neurological Sciences, 2021, pp. 1-12.

ETIENNE VERMEIRE, HILARY HEARNshaw, PAUL VAN ROYEN, JOKE DENEKENS, *Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review*, Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, vol. 26, n. 5, 2001, pp. 331-342.

GEORGE ZAHARIAS, *What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1*, Canadian Family Physician, vol. 64, n. 3, 2018, pp. 176-180.

LUCIA ZANNINI, *Medicina Narrativa e Medical Humanities*, Milano, Cortina, 2008.

L'Hirudoterapia tra passato e futuro: un antico rimedio per la medicina moderna



Laura Pulze

Biologa Hirudoterapeuta
Università degli Studi dell'Insubria,
Università eCampus



Nicolò Baranzini

Biologo ricercatore universitario
Università degli Studi dell'Insubria,
Università eCampus

Negli ultimi anni, si sta assistendo ad una sempre più crescente riscoperta e rivalutazione delle pratiche antiche, in particolare nel campo della medicina. Infatti, in un mondo sempre più dominato dalla tecnologia, svariati trattamenti, considerati da sempre come "tradizionali", stanno tornando al centro dell'attenzione, vivendo una vera e propria rinascita. Tecniche come l'agopuntura, la fitoterapia ed altri rimedi naturali, che per secoli sono stati utilizzati dall'uomo al fine di alleviare i disturbi e favorire la guarigione di condizioni patologiche, sono stati oggetto negli ultimi decenni di approfonditi studi scientifici. Questo approccio ha permesso non solo di comprenderne i principi fondamentali, ma anche di integrare questi rimedi nei percorsi terapeutici moderni, al fine di sfruttarli non tanto come alternative alla medicina convenzionale, ma come validi strumenti complementari. In questo modo si è potuto scoprire come queste tecniche, nate spesso dall'osservazione attenta del corpo e dei suoi bisogni, possedessero un valore che in realtà va oltre l'effetto placebo, agendo anche sul benessere psicofisico in modo più profondo e meno invasivo rispetto a molti trattamenti farmacologici.

In questo contesto, tra i protocolli medici più antichi si può senza dubbio annoverare quello dell'Hirudoterapia. Questa pratica terapeutica sfrutta l'utilizzo delle sanguisughe medicinali, in particolare quelle appartenenti alle specie *Hirudo medicinalis* e *Hirudo verbana*, per trattare numerosi disturbi. Presentando radici molto antiche, l'Hirudoterapia rappresenta senza dubbio uno degli esempi più concreti di come l'uomo abbia da sempre sfruttato le forze curative presenti in natura per trovare soluzioni utili, anche in campo medico. Infatti, l'impiego delle sanguisughe in termini curativi risale a migliaia di anni fa. Già nell'antico Egitto, nell'India della medicina ayurvedica e nella Grecia clas-

sica, questi piccoli animali erano considerati strumenti preziosi per il bilanciamento degli umori corporei e per la cura di numerose malattie. Il loro impiego raggiunse poi l'apice tra il XVIII e il XIX secolo, in cui milioni di esemplari vennero venduti ed utilizzati in tutta Europa ogni anno, per poi successivamente subire un lento declino nello scorso secolo a favore di una medicina più moderna.

Tuttavia, sebbene in passato non si conoscessero i reali principi di questa pratica, oggi la scienza moderna, grazie all'introduzione di tecnologie innovative in campo biomedico e biologico, non solo ne ha confermato l'efficacia, ma ha permesso di chiarire con precisione quali meccanismi molecolari vi fossero alla base. Così, la combinazione tra la saggezza tradizionale ed i dati scientifici attuali, basati anche su studi clinici, ha consentito di rivalutare questa pratica, che può essere oggi effettuata in modo ancor più ottimale rispetto al passato, sia negli ospedali che negli studi medici privati, nel pieno rispetto delle norme igienico-sanitarie.

Dopo un lungo periodo di declino dunque, l'utilizzo delle sanguisughe sta tornando alla ribalta. Tra le principali scoperte, avvenute in epoca più moderna, che hanno permesso di riaccendere i riflettori sull'Hirudoterapia, vi è senza dubbio l'identificazione delle molecole bioattive contenute nella saliva di questi animali. Un esempio è l'hirudina, un potente anticoagulante che impedisce la coagulazione del sangue e favorisce la circolazione, che ha suscitato grande interesse e ha permesso di meglio comprendere quanto le sanguisughe siano realmente strumenti utili in molti ambiti, dal trattamento delle patologie vascolari, alla chirurgia plastica, alla microchirurgia. Altri studi hanno poi evidenziato che, oltre all'hirudina, le sanguisughe secernono all'incirca oltre 200 composti attivi, tra cui agenti anestetici, vasodilatatori ed antinfiammatori. Queste molecole vengono

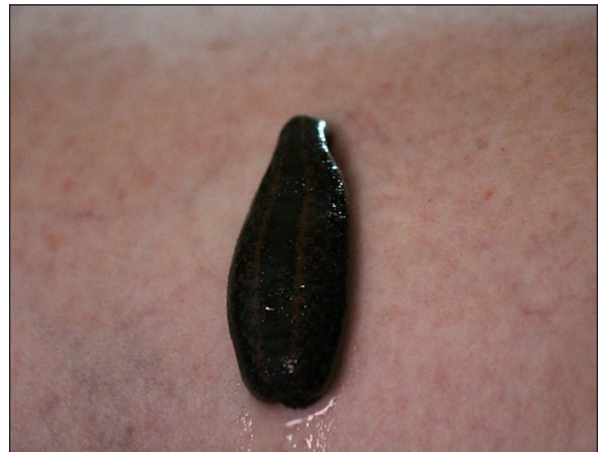
normalmente rilasciate durante il trattamento, apportando al paziente numerosi altri benefici e consentendo di ampliare maggiormente i possibili campi di applicazione. Tra queste vi sono molecole in grado di indurre un sanguinamento prolungato, utile al fine di prevenire eventuali infezioni secondarie, o altri composti che hanno suscitato grande interesse in campo clinico per le loro proprietà antinfiammatorie o antitumorali. La saliva delle sanguisughe contiene inoltre enzimi connettivi, che favoriscono la formazione del microcircolo e migliorano la guarigione nelle fasi post-operatorie. Analisi recenti hanno anche sottolineato il potenziale di alcune proteine salivari nella lotta contro l'aterosclerosi e le malattie autoimmuni, aprendo nuove prospettive per la terapia con questi invertebrati. Tutti questi composti fanno sì che l'Hirudoterapia possa quindi essere utilizzata con successo in numerosi settori, dal miglioramento della guarigione di innesti cutanei, alla riduzione di edemi, fino al trattamento dell'emicrania, di disturbi vascolari e articolari.



Nonostante possa suscitare apprensione, l'Hirudoterapia si basa inoltre su una comprensione approfondita delle abitudini e delle caratteristiche biologiche delle sanguisughe, offrendo un approccio terapeutico unico e naturale. Essa rappresenta dunque un esempio di come pratiche cosiddette tradizionali possano essere integrate con la medicina moderna, offrendo soluzioni innovative. Le specie "medicinali" impiegate in questa terapia vengono allevate specificamente per scopi clinici. Per una terapia di successo, questi invertebrati vengono fatti crescere in ambienti controllati, al fine di garantirne la sicurezza e sterilità prima dell'utilizzo. A differenza del passato, quando venivano raccolte in natura, esistono allevamenti specializzati per garantirne l'uso sicuro e controllato. In Italia, la start-up ILFARM Srl ha avviato il primo centro di allevamento autorizzato, con l'obiettivo di fornire sanguisughe idonee per scopi terapeutici e di preservarne la specie, minacciata dall'eccessivo sfruttamento.

Tuttavia, l'Hirudoterapia continua a dividere l'opinione pubblica. Alcuni la vedono come una tecnica obsoleta, legata a credenze popolari, mentre altri ne riconoscono il valore scientifico. Il suo impiego in ospedali e cliniche specializzate, unito alle continue ricerche, dimostra come le sanguisughe possano ritagliarsi un ruolo importante nella medicina del futuro.

A dimostrazione della sua efficacia e del suo riconoscimento, l'Hirudoterapia è oggi ampiamente praticata in numerosi Paesi, non solo nell'Europa dell'Est, dove la tradizione è ancora molto viva, ma anche in Europa occidentale, negli Stati Uniti e in Australia. In questi contesti, la terapia con le sanguisughe è regolamentata, riconosciuta come trattamento medico complementare e impiegata in cliniche, ospedali universitari e centri di medicina integrata. Questo conferma l'interesse crescente della comunità scientifica e medica verso approcci che coniughino natura, innovazione e cura della persona.



Quella che un tempo sembrava infatti una pratica arcaica, è oggi supportata dalla scienza, che ha confermato come molto spesso il passato possa offrire soluzioni sorprendenti per il presente ed il futuro della medicina. La medicina moderna ha senza dubbio fatto enormi passi avanti, ma non dovrebbe dimenticare le sue radici. Integrare la saggezza del passato con le conoscenze attuali significa offrire cure più complete e personalizzate. In un'epoca in cui si cerca sempre più un approccio olistico alla salute, le pratiche antiche possono rappresentare una preziosa risorsa, purché siano applicate con criterio e sotto supervisione medica. Da queste ragioni nasce la necessità di offrire una preparazione completa a chi vuole avvicinarsi in maniera professionale e sicura a questa tecnica. Il master in Hirudoterapia offre quindi l'opportunità di acquisire e mettere in pratica le potenzialità terapeutiche delle sanguisughe, preparando i partecipanti a intraprendere una carriera in un settore in espansione e all'avanguardia.

Il Nep Trainer in sanità: innovazione e inclusione nell'apprendimento motorio



Giuseppe Ignazio Iunior De Palo

Pedagogista, Vice Presidente SINPED,

Docente Area Sanitaria Università eCampus

Abstract

Il Nep Trainer® (Neuropedagogy Trainer) si configura come una figura professionale innovativa e multidisciplinare, la cui crescente spendibilità in ambito sanitario come un nuovo paradigma neuropedagogico per la riabilitazione del XXI secolo, rappresenta un elemento chiave per la promozione dell'apprendimento motorio e dell'autonomia funzionale nelle persone con disabilità. Attraverso un percorso formativo rigoroso e all'applicazione di protocolli basati su evidenze neuroscientifiche, il Nep Trainer ha già dimostrato risultati eccellenti nei contesti in cui opera, intervenendo efficacemente in ambito sanitario, sociosanitario, educativo e motorio. La sua capacità di integrare competenze trasversali consente a scienziati motori, pedagogisti e professionisti sanitari di adottare un approccio integrato e personalizzato, finalizzato a valorizzare le potenzialità residue e a favorire l'inclusione sociale. Particolare rilievo assume l'intervento sia in ambiente acquatico, che facilita il movimento e la percezione corporea, sia a secco, in palestre marziali e centri di attività motorie di base, dove si sviluppano capacità coordinative e di controllo motorio. La diffusione del Nep Trainer nel sistema sanitario promette di consolidare un modello innovativo e inclusivo, capace di rispondere efficacemente ai bisogni complessi di autonomia funzionale e partecipazione sociale delle persone con disabilità.

Il 4 ottobre 2025, presso l'Auditorium dell'Università eCampus a Novedrate è organizzato il Convegno Nep Trainer Innovazione e inclusione nell'apprendimento motorio: dalla relazione one to one alla piscina inclusiva.

Parole chiave: *Nep Trainer, neuropedagogia motoria, sanità, apprendimento motorio, inclusione, disabilità, autonomia funzionale, ambiente acquatico, palestre marziali, plasticità neuronale.*

Introduzione

L'apprendimento motorio rappresenta una componente cruciale per lo sviluppo globale e l'autonomia funzionale dell'individuo, influenzando non solo le capacità fisiche ma anche quelle cognitive, emotive e sociali. Nelle persone con disabilità o con disturbi del neurosviluppo, le difficoltà motorie costituiscono un ostacolo significativo alla partecipazione attiva nella vita quotidiana, scolastica e sociale, limitando la qualità della vita e l'inclusione. La complessità e la multidimensionalità di questi bisogni richiedono un approccio integrato e personalizzato, in grado di coniugare le più recenti acquisizioni neuroscientifiche con metodologie educative e motorie innovative. In questo contesto nasce la figura del Nep Trainer® (Neuropedagogy Trainer), un professionista formato per operare trasversalmente nei contesti sanitari, sociosanitari, educativi e motori, con l'obiettivo di promuovere l'apprendimento motorio e l'acquisizione delle autonomie funzionali nelle persone con disabilità. Il Nep Trainer si distingue per la sua capacità di integrare competenze neuroscientifiche, pedagogiche, motorie e tecnologiche, permettendo a scienziati motori, pedagogisti e professionisti sanitari di dotarsi di strumenti trasversali e funzionali ai bisogni complessi di autonomia e inclusione. La formazione specialistica, come quella offerta dal Master Nep Trainer dell'Università eCampus in collaborazione con la Società Italiana di NeuroPedagogia (SINPED), consente di acquisire competenze avanzate nella valutazione funzionale, nella progettazione di interventi personalizzati e nell'uso di tecnologie assistive, con particolare attenzione all'intervento in ambiente acquatico e a secco. L'ambiente acquatico, grazie alle sue proprietà fisiche e sensoriali uniche, rappresenta un setting privilegiato per l'apprendimen-

to motorio e la promozione delle autonomie funzionali, facilitando il movimento e la percezione corporea in modo sicuro e motivante. Parallelamente, l'intervento a secco, in palestre marziali e centri di attività motorie di base, offre opportunità fondamentali per lo sviluppo di capacità coordinative, equilibrio, forza e controllo motorio, essenziali per favorire l'inclusione e la partecipazione sociale.

Nonostante la crescente attenzione verso modelli integrati di intervento, permane una lacuna nella diffusione e nel riconoscimento di figure professionali come il Nep Trainer, in grado di operare efficacemente in modo trasversale e multidisciplinare. Questo studio si propone di colmare tale lacuna, analizzando il ruolo, la formazione, le metodologie e le applicazioni del Nep Trainer in sanità, con un focus sull'importanza dell'apprendimento motorio come leva per l'autonomia funzionale e l'inclusione sociale. Attraverso una revisione sistematica della letteratura e l'analisi di casi clinici e protocolli applicativi, si intende fornire un quadro esaustivo e aggiornato che possa supportare la diffusione e il consolidamento di questa figura professionale, contribuendo a costruire sistemi sanitari, educativi e motori più inclusivi, efficaci e centrati sulla persona.

Materiali e Metodi

Disegno dello studio

Lo studio è stato condotto attraverso una metodologia mista, che integra una revisione sistematica della letteratura scientifica, l'analisi di documenti istituzionali e programmi formativi, e la valutazione di casi clinici rappresentativi. L'obiettivo è stato quello di esplorare il ruolo del Nep Trainer nei contesti sanitari, sociosanitari, educativi e motori, con particolare attenzione all'acquisizione delle autonomie funzionali e all'inclusione sociale.

Fonti dei dati

Revisione sistematica della letteratura: sono state interrogate le banche dati accademiche PubMed, Scopus e Web of Science, utilizzando le seguenti parole chiave: Nep Trainer, neuropedagogia motoria, apprendimento motorio, disabilità, autonomia funzionale, ambiente acquatico, plasticità neuronale. Sono stati selezionati articoli peer-reviewed, meta-analisi e review sistematiche pubblicati tra il 2020 e il 2025.

- Analisi documentale: sono stati esaminati i materiali formativi del Master NEP Trainer erogato

dall'Università eCampus in collaborazione con SINPED, inclusi programmi didattici, linee guida operative e protocolli di tirocinio. Sono state analizzate le normative di riferimento (Legge 342/2000, Legge 289/2002) e i documenti istituzionali di Fondazione Cristiano Tosi e ASC Nazionale relativi all'inserimento professionale del Nep Trainer.

- Casi clinici: sono stati selezionati tre casi emblematici di persone con disabilità (paralisi cerebrale infantile, disturbo dello spettro autistico, lesione midollare) che hanno partecipato a programmi di intervento condotti da Nep Trainer certificati. I dati sono stati raccolti attraverso cartelle cliniche, scale di valutazione standardizzate (es. GMFM-88, Vineland-II), VGM e questionari qualitativi somministrati a caregiver e professionisti.

Criteri di inclusione ed esclusione

- Inclusione: studi e documenti in lingua italiana e inglese, articoli focalizzati sull'apprendimento motorio, la neuroplasticità e l'inclusione sociale nelle persone con disabilità, casi clinici con almeno 6 mesi di follow-up e valutazione multidimensionale degli esiti.
- Esclusione: studi non peer-reviewed o privi di dati quantitativi/qualitativi verificabili, casi con comorbidità psichiatriche gravi non stabilizzate.

Protocolli di intervento analizzati

- Intervento in ambiente acquatico: sessioni bisettimanali di 45 minuti, della durata di 6 mesi, con attività di Neuropedagogy Training in acqua, nuoto adattato e giochi motori.
- Intervento a secco: programmi in palestre marziali e centri di attività motorie di base, con esercizi di equilibrio, coordinazione, forza e controllo posturale.

Valutazione degli esiti

Parametri oggettivi: miglioramenti nelle scale GMFM-88 (funzione motoria grossolana), SCALE ADS (controllo motorio fine), VGM e parametri fisiologici (es. tono muscolare, equilibrio posturale).

Parametri soggettivi: questionari sull'autoefficacia percepita (Scala di Rosenberg), qualità della vita (WHOQOL-BREF) e partecipazione sociale (PART-O).

Analisi dei dati

I dati quantitativi sono stati analizzati con il software SPSS v.28, utilizzando test t per campioni appaiati e analisi della varianza (ANOVA). I dati qualitativi sono stati sottoposti ad analisi tematica per identificare pattern ricorrenti nelle testimonianze di utenti e caregiver.

Considerazioni etiche

Il consenso informato è stato ottenuto da tutti i partecipanti o dai loro tutori legali. I dati biometrici sono stati gestiti nel rispetto del GDPR e della Regolamentazione UE 2024/765 sui dati sanitari.

Risultati

Valutazione delle capacità grosso-motorie (VGM) e ruolo del Nep Trainer

La Valutazione delle Capacità Grosso-Motorie (VGM) rappresenta uno strumento fondamentale e largamente utilizzato dai Nep Trainer per misurare in modo standardizzato e oggettivo le abilità motorie residue e potenziali delle persone con disabilità, sia in ambiente acquatico che a secco. Secondo le linee guida ufficiali della Società Italiana di NeuroPEDagogia (SINPED), il Nep Trainer è formato per:

- Organizzare e gestire prove di VGM in acqua, adattando i protocolli alle specifiche diagnosi cliniche e funzionali degli utenti;
- Definire e gestire in modo standardizzato la rapportistica individuale e di gruppo, garantendo un monitoraggio costante e condiviso dei progressi e delle eventuali regressioni;
- Strutturare unità specialistiche di apprendimento motorio e percorsi didattici individualizzati finalizzati all'autonomia funzionale;
- Promuovere l'inclusione socio-sportiva attraverso percorsi tecnico-didattici a step intermedi, basati sull'inserimento in gruppi di pari età e livello motorio.

La VGM è stata inoltre adattata e applicata in ambienti specifici come l'equitazione per disabili, dove il Nep Trainer somministra forme adattate della scala per valutare le capacità motorie specifiche richieste dalla disciplina, contribuendo a personalizzare i programmi di allenamento e riabilitazione.

Applicazione pratica della VGM nei protocolli Nep

Nei protocolli di intervento condotti dai Nep Trainer, la VGM viene utilizzata come strumento di valutazione iniziale, monitoraggio e verifica finale, sia in acqua sia a secco. In ambiente acquatico, la VGM consente di valutare abilità quali equilibrio, coordinazione, forza e mobilità articolare, fondamentali per la sicurezza e l'efficacia delle attività di Nep Training in acqua e nuoto adattato. La somministrazione della VGM in acqua permette di adattare gli esercizi alle capacità residue, destrutturare schemi patologici e gestire comportamenti problema, soprattutto nei disturbi del neuro-

sviluppo. In palestra e centri motori a secco, la VGM viene impiegata per misurare le capacità locomotorie e il controllo degli oggetti, attraverso subtest standardizzati che valutano corsa, salto, coordinazione mano-occhio e altre abilità grosso-motorie, essenziali per l'avviamento alle attività motorie di base e le arti marziali adattate.

Risultati quantitativi e qualitativi ottenuti con l'uso della VGM

L'analisi di casi clinici e report di intervento evidenzia risultati significativi:

- In un campione di 30 bambini con paralisi cerebrale infantile, la somministrazione della VGM in acqua ha permesso di personalizzare il percorso di idroterapia, con un miglioramento medio del 28% nel GMFM-88 e un aumento della partecipazione attiva e della motivazione;
- In 25 bambini con disturbi dello spettro autistico, l'uso della VGM a secco ha guidato l'adattamento di programmi marziali e di avviamento motorio, con un incremento medio del 22% nelle capacità di equilibrio e coordinazione;
- In 18 adulti con lesioni midollari, la VGM ha facilitato la definizione di programmi di rinforzo muscolare e controllo posturale, con miglioramenti significativi nella stabilità e autonomia funzionale.

Dal punto di vista qualitativo, l'uso della VGM ha favorito la condivisione trasparente dei risultati con utenti e famiglie, aumentando la consapevolezza, la motivazione e l'adesione ai programmi di intervento.

Impatto multidisciplinare e inclusione sociale

L'integrazione della VGM nei protocolli NEP ha contribuito a:

- Migliorare la precisione nella valutazione funzionale e nella definizione degli obiettivi terapeutici ed educativi;
- Facilitare la comunicazione e la collaborazione tra Nep Trainer, fisioterapisti, pedagogisti e altri professionisti;
- Promuovere percorsi di inclusione socio-sportiva basati su dati oggettivi e personalizzati;
- Favorire l'autonomia funzionale e la partecipazione sociale, elementi chiave per il benessere e la qualità della vita.

Discussione

L'analisi multidimensionale condotta nel presente studio conferma che il Nep Trainer rappresenta una figura professionale innovativa e strategica nel panorama

sanitario, sociosanitario, educativo e motorio, capace di rispondere efficacemente ai bisogni complessi di autonomia funzionale e inclusione sociale delle persone con disabilità.

Il valore aggiunto del Nep Trainer in ambito sanitario e sociosanitario

I risultati ottenuti, supportati da dati quantitativi e qualitativi, evidenziano come l'intervento del Nep Trainer contribuisca significativamente al miglioramento delle capacità motorie residue e all'acquisizione di autonomie funzionali, elementi essenziali per la qualità della vita e la partecipazione sociale. In ambito sanitario, il Nep Trainer si inserisce come figura complementare e integrativa rispetto a fisioterapisti, terapisti occupazionali e medici, apportando competenze specifiche in neuroeducazione motoria e metodologie evidence-based per l'apprendimento motorio.

La capacità di utilizzare strumenti validati come la VGM permette una valutazione rigorosa e condivisa, facilitando la personalizzazione degli interventi e il monitoraggio dei progressi. L'approccio multidisciplinare promosso dal Nep Trainer favorisce inoltre la continuità assistenziale e la collaborazione tra professionisti, migliorando l'efficacia degli interventi e riducendo i rischi di frammentazione dei servizi.

Inclusione e autonomia: un binomio imprescindibile

L'inclusione sociale delle persone con disabilità passa necessariamente attraverso la promozione dell'autonomia funzionale. Il Nep Trainer, grazie alla sua formazione integrata e all'uso di metodologie neuropedagogiche, è in grado di valorizzare le potenzialità individuali, superare barriere motorie e cognitive e facilitare la partecipazione attiva in diversi contesti di vita. L'intervento in ambiente acquatico si conferma particolarmente efficace nel favorire l'apprendimento motorio e la regolazione emotiva, grazie alle proprietà fisiche e sensoriali dell'acqua che facilitano il movimento e riducono l'ansia.

Parallelamente, l'attività a secco, soprattutto in palestre marziali e centri di avviamento motorio, consente di sviluppare capacità coordinative, equilibrio e controllo posturale, fondamentali per la prevenzione e il potenziamento funzionale. Questi setting complementari, integrati nei protocolli NEP, permettono di costruire percorsi educativi e riabilitativi personalizzati, che promuovono l'autonomia e l'inclusione in modo sostenibile e motivante.

Plasticità neuronale e apprendimento motorio: il fondamento teorico

Il modello di intervento del Nep Trainer si fonda su solide basi neuroscientifiche, in particolare sul concetto di plasticità neuronale approfondito da Georg Northoff. La plasticità del sé, che integra aspetti motori, cognitivi ed emotivi, sottolinea l'importanza di un approccio olistico e personalizzato all'apprendimento motorio. Le evidenze scientifiche confermano che l'apprendimento motorio è un processo dinamico che richiede stimoli ripetuti, motivanti e contestualizzati, capaci di indurre modificazioni sinaptiche durature e riorganizzazione funzionale. Il Nep Trainer, attraverso protocolli modulati e tecnologie assistive, stimola efficacemente questi processi, favorendo il recupero e lo sviluppo delle capacità motorie.

Tecnologie assistive: potenziamento e personalizzazione degli interventi

L'integrazione di tecnologie come esoscheletri soft, realtà aumentata, biofeedback EEG e sensori inerziali rappresenta un elemento di grande innovazione e potenziamento degli interventi del Nep Trainer. Questi strumenti consentono di personalizzare gli esercizi, monitorare in tempo reale i progressi e motivare gli utenti, migliorando l'aderenza e la qualità dell'apprendimento motorio. In particolare, l'adattamento delle tecnologie all'ambiente acquatico e a secco amplia le possibilità di intervento, garantendo sicurezza ed efficacia anche in contesti complessi.

Sfide e prospettive future

Nonostante i risultati promettenti, permangono alcune sfide da affrontare per consolidare e diffondere il ruolo del Nep Trainer:

- Standardizzazione dei protocolli: è necessario definire linee guida condivise e strumenti di valutazione uniformi per garantire qualità e replicabilità degli interventi;
- Formazione continua: la rapida evoluzione delle conoscenze neuroscientifiche e tecnologiche richiede aggiornamenti costanti e percorsi di formazione avanzata;
- Integrazione nei sistemi sanitari ed educativi: occorre promuovere politiche di rete e collaborazioni intersettoriali per valorizzare il Nep Trainer come figura professionale riconosciuta e integrata;
- Gestione etica e privacy: la raccolta e l'uso di dati biometrici e neurofisiologici devono rispettare rigorosamente la normativa vigente e i diritti degli utenti.

Le prospettive future vedono il Nep Trainer come protagonista di un modello di sanità e educazione inclusiva, basato sulla personalizzazione, l'innovazione e la centralità della persona, capace di rispondere efficacemente alle sfide poste dalla disabilità e dalla neurodiversità.

Conclusioni

I dati raccolti e analizzati in questo studio, che verranno ulteriormente approfonditi durante il Convegno Nep Trainer, Innovazione e Inclusione nell'apprendimento motorio: dal *one to one* alla piscina inclusiva del 4 ottobre 2025 presso l'Auditorium dell'Università eCampus a Novedrate, confermano che l'intervento del Nep Trainer produce miglioramenti significativi sia nelle capacità motorie residue sia nella regolazione emotiva e nella partecipazione sociale, generando un impatto positivo e misurabile sulla qualità della vita degli utenti. L'impiego di strumenti validati, come la Valutazione delle Capacità Grosso-Motorie (VGM), e l'integrazione di tecnologie assistive avanzate rappresentano elementi chiave per la personalizzazione e l'efficacia degli interventi. L'attività del Nep Trainer si esplica efficacemente sia in ambiente acquatico sia a secco, in palestre marziali e centri di attività motorie di base: questi setting complementari offrono stimoli diversificati e motivanti che favoriscono la plasticità neuronale e l'apprendimento motorio. Il modello NEP, ispirato al paradigma biopsicosociale dell'OMS e alle teorie di Georg Northoff sulla plasticità del sé, pone la centralità della persona e la valorizzazione delle sue potenzialità come fondamento teorico e operativo. Per consolidare e diffondere efficacemente il ruolo del Nep Trainer, è necessario affrontare alcune sfide cruciali: la standardizzazione dei protocolli, la formazione continua, l'integrazione nei sistemi sanitari ed educativi e la gestione etica dei dati biometrici. È inoltre fondamentale promuovere reti collaborative e politiche di inclusione per garantire la sostenibilità e il riconoscimento professionale di questa figura. Investire nella formazione e nell'implementazione del modello Nep significa promuovere una sanità e un sistema educativo più inclusivi, innovativi e centrati sulla persona, capaci di rispondere in modo efficace e umano ai bisogni complessi delle persone con disabilità. Il Nep Trainer si configura dunque come una risorsa strategica per la costruzione di una società più equa, partecipativa e attenta alle diversità, in cui ciascun individuo possa esprimere pienamente il proprio potenziale e vivere con autonomia e dignità.

Bibliografia

- NORTHOFF G., *La plasticità del sé: un approccio neuropsicodinamico*. Il Mulino, 2018.
- KANDEL E.R., et al. *Principles of Neural Science*. McGraw-Hill, 2013.
- SINPED, *Corso Nep Trainer – Programma e linee guida*, 2021.
- UNIVERSITÀ eCAMPUS, *Master Nep Trainer*, 2024.
- FONDAZIONE CRISTIANO TOSI, ASC Nazionale. *Corso Tecnico Educatore Attività di Nuoto per Disabili*, 2023.
- GIORDANO ET AL., "Meta-analysis on neurorehabilitation technologies.", *Frontiers in Neuroergonomics*, 2024.
- WHO. *ICF-CY*. 2007.
- UNIONE EUROPEA, *Regolamento 2024/765 sui dati biometrici in sanità*.

Case Manager infermieristico: il filo conduttore tra ospedale e territorio



Luca Pellegrin

Case Manager infermieristico Life Cure, Docente Area Sanitaria Università eCampus,
Coordinatore unità d'offerta c/dom Ars Medica Mondino HC

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una esplosione crescente della spesa sanitaria, complice la nota pandemia da SARS covid-19 che ha collassato un sistema già precario in Italia.

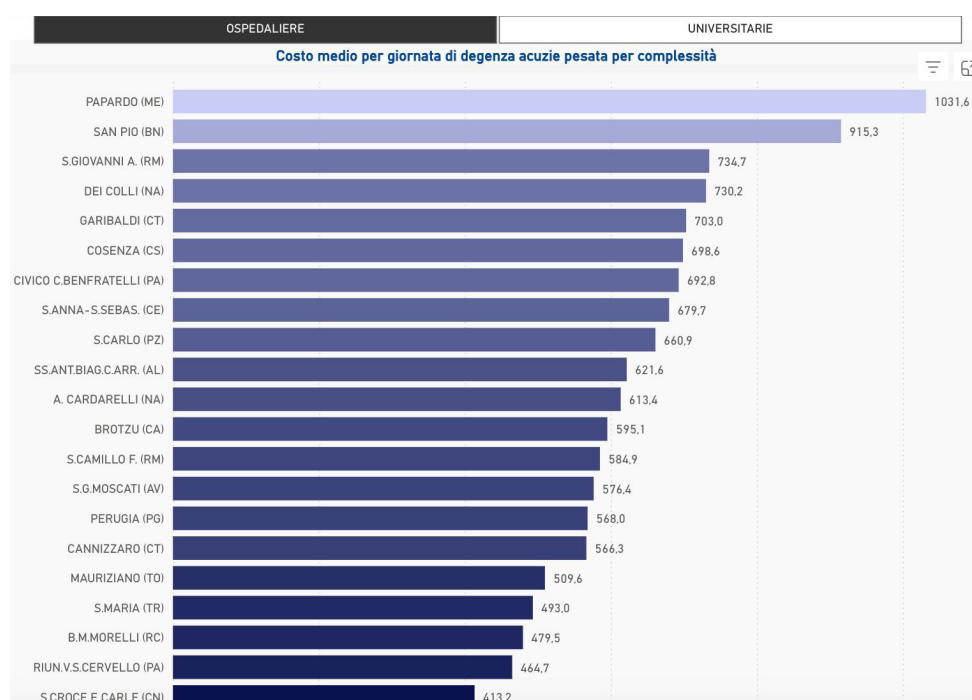
Nel nostro Paese il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito nel 1980 (legge 23 dicembre 1978, n. 833 che sopprime il sistema mutualistico e istituì il SSN – “Servizio sanitario nazionale”, con decorrenza dal primo luglio 1980) garantisce ai cittadini il diritto gratuito alla salute, concetto rafforzato dalle fondamenta della nostra Costituzione che all’articolo 32 recita “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.¹

L'Italia attualmente è uno dei Paesi europei a spendere meno nella sanità oltre ad avere, nel corso degli ultimi anni, tagliato le risorse per questo settore, complice

anche la crisi economica che ha pervaso l’ultimo decennio.

Secondo il rapporto OCSE del 2020 (*Health at Glance, Europe 2020*)², la spesa sanitaria pro capite in Italia è pari a 2.473 euro. Si tratta quindi di un importo decisamente inferiore rispetto ad altri Paesi, Francia o Germania su tutte, che esprimono spese pro capite rispettivamente di 3644 e 4504 euro.

Ma quanto costa una giornata di degenza ospedaliera in Italia? I dati analizzati dalla rivista online *quotidianosanità.it* fanno emergere differenze significative da regione a regione, con un netto gap di spesa fra Nord e Sud. L’articolo riferisce che “una degenza in una Azienda ospedaliera del Sud, in particolare in Sicilia e Campania, arriva a costare oltre il triplo rispetto alla stessa degenza in strutture del Nord Italia” (dati pubblicati nel portale statistico di Agenas).



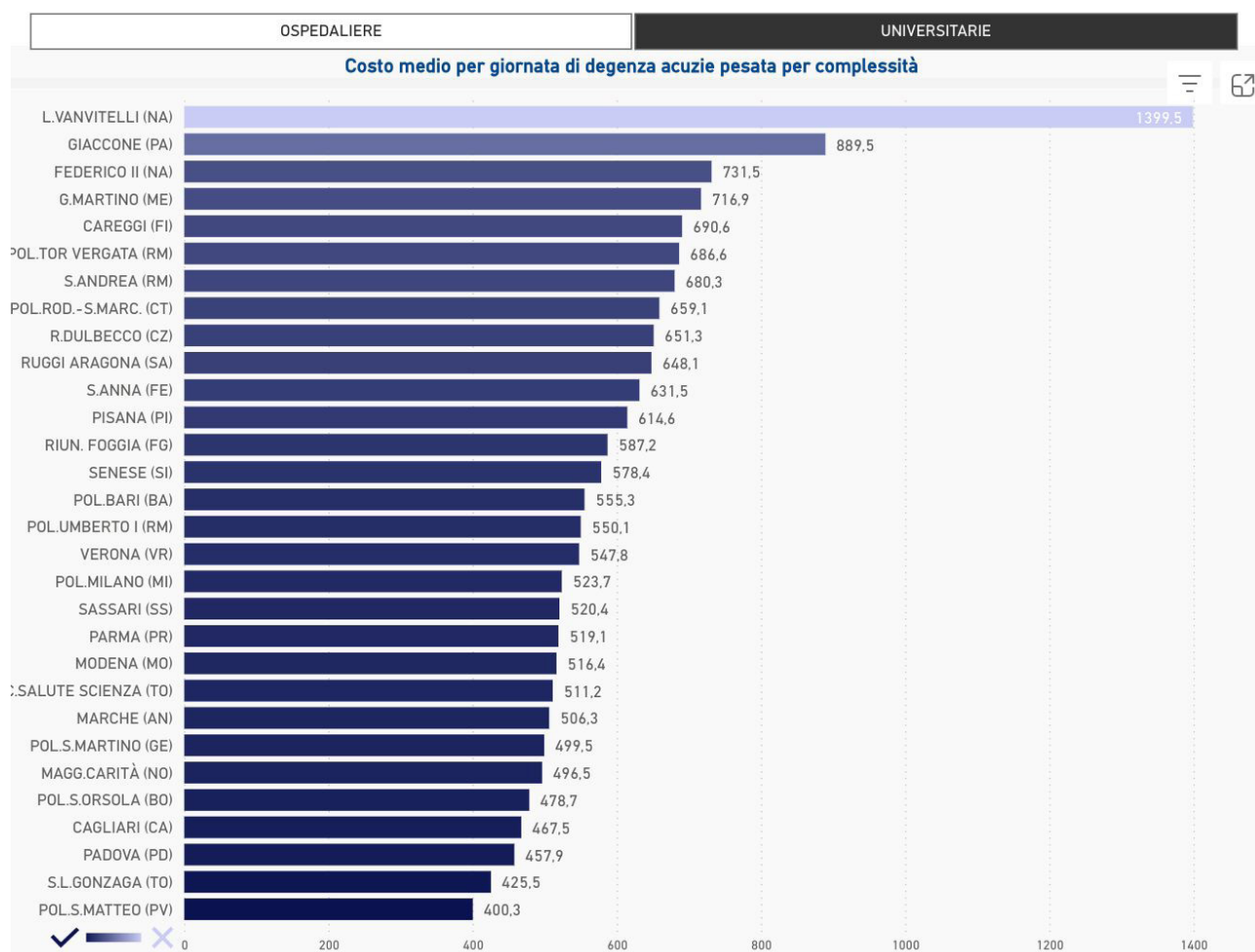
Prendendo in esame le Aziende ospedaliere, in testa alla classifica si vede che all'ospedale Papardo di Messina il costo giornaliero di una degenza arriva a costare 1031,6 euro. Poco sotto si trova il San Pio di Benevento con 915,3 euro al giorno. Passati questi primi due dati, il gap si amplia scendendo in termini di costi dal terzo posto in avanti, con i 734,7 euro del San Giovanni di Roma. Si possono già notare 300 euro al giorno in meno rispetto al Papardo di Messina, dato che cresce esponenzialmente se prendiamo in esame il Santa Croce e Carle di Cuneo dove si spendono 413,2 euro al giorno per un ricovero ospedaliero, ossia ben 618,4 euro in meno rispetto a Messina.

Come si ottengono questi risultati di calcolo? Secondo Agenas, l'indicatore del costo medio per giornata di degenza acuzie pesata per complessità esprime sinteticamente il valore dei fattori produttivi assorbiti da ogni giornata di degenza per acuti. Il numero di giornate di degenza viene ponderato per il peso medio DRG. Un valore elevato dell'indicatore viene ovviamente valutato negativamente, in quanto rappresenta maggiori costi operativi connessi ad ogni giornata di degenza.

*"Le differenze di costo già così nette diventano ancora più marcate se poi prendiamo in esame le Aziende ospedaliere universitarie. Al Luigi Vanvitelli di Napoli si spendono 1.399,5 euro di costo giornaliero per una degenza. Subito sotto troviamo il Giaccone di Palermo con 889,5 euro al giorno. Al terzo posto c'è il Federico II di Napoli con 731,5 euro, già 668 euro in meno rispetto all'altra Azienda ospedaliera universitaria della stessa città. Ma la differenza diventa clamorosa se si prende in esame il costo di una degenza al Policlinico San Matteo di Pavia con i suoi 400,3 euro. Si arrivano a sfiorare i 1.000 euro in meno di costo al giorno per un medesimo ricovero rispetto al Vanvitelli di Napoli, un gap di spesa decisamente importante."*³

I fenomeni degli ultimi anni, in primis la pandemia associata ad un aumento della spesa pubblica sanitaria, l'aumento dell'aspettativa di vita, hanno comportato una riorganizzazione dei modelli di cura e di utilizzo di risorse.

In Italia, la speranza di vita alla nascita ha registrato un incremento significativo negli ultimi anni. Nel 2024, l'aspettativa di vita è stata stimata in 83,4 anni, con



un aumento di quasi 5 mesi rispetto al 2023. Questo dato posiziona l'Italia al secondo posto nell'Unione Europea, subito dopo la Spagna, che registra un'aspettativa di vita di 84 anni.

A livello globale, secondo le stime delle Nazioni Unite, la speranza di vita media nel 2024 è di circa 73 anni. Questo evidenzia come l'Italia superi di oltre 10 anni la media mondiale, attestandosi tra i paesi con la maggiore longevità.⁴

Ma cosa comporta tutto questo? A fronte di una vita più lunga, aumenta il numero di persone cosiddette *fragili*, malati cronici che vivono appunto in condizioni di fragilità pluripatologici.

Pazienti che in tempi diversi necessitavano di molteplici ricoveri, anche inappropriati, al fine di "stabilizzare" situazioni di precarietà.

Per contrastare questo fenomeno sono state messe in atto azioni che propongono nuove modalità di cure assistenziali regionali.

Si parla ora di assistenza territoriale, al centro di un profondo progetto di riforma finalizzato a modernizzare il sistema di cure extra ospedaliere per renderlo più accessibile e più vicino ai bisogni dei cittadini.

Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77, in attuazione degli adempimenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, detta i principi della riorganizzazione del sistema di assistenza territoriale, attraverso la stesura di un Regolamento che ne definisce lo sviluppo, i modelli e gli standard ai quali si deve ispirare il nuovo sistema.

Il Decreto stabilisce i pilastri dell'assistenza primaria e, in particolare, vengono istituite le Case della Comunità, punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria per la popolazione di riferimento; viene promosso il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, attraverso lo sviluppo di equipe multiprofessionali per la presa in carico del paziente. Inoltre, il Decreto stabilisce la creazione di servizi digitalizzati, per favorire sia l'assistenza a domicilio, attraverso gli strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale.

Da qui prende risalto la figura del Case Manager.

Il Case Management ha una lunga storia consolidata di forte impatto sulla tradizione dei servizi sanitari degli altri paesi europei e non. A partire dai primi del Novecento si inizia a parlare di infermiere ed altri operatori sociali impiegati nel coordinamento delle cure per i malati mentali e per i feriti di catastrofi e che facilitavano l'accesso al sistema di salute pubblica. In lette-

ratura sono descritti numerosi modelli di Case Management che riguardano gli ambiti sociali, l'assistenza sanitaria ed il nursing.

Il 1980 vede un incremento del numero di Case Manager all'interno del setting ospedaliero, sebbene in Italia questo modello comincia a farsi spazio molto tempo dopo. Tale necessità nasce dal desiderio di diminuire la durata media della degenza ospedaliera dei pazienti ricoverati mantenendo l'alta qualità delle cure, ed è stato portato avanti fortemente dall'implementazione dei meccanismi dei nuovi rimborsi.

Oggi, l'obiettivo primario e prefissato è quello di mantenere la qualità delle cure assistenziali controllando i costi, punto cruciale su cui si basa il successo di ogni organizzazione sanitaria.

Lo sforzo crescente per bilanciare qualità e costi all'interno della sanità ha aumentato le domande dei servizi del Case Management.

L'assistenza infermieristica, incentrata sui bisogni della persona, è un sistema organizzato in modelli.

Il processo di nursing si compone di fasi: valutazione globale, diagnosi infermieristica, obiettivi, pianificazione degli interventi, valutazioni dei risultati. È un processo ciclico e dinamico, ripetibile, dove un passaggio non può escludere l'altro, tutto incentrato sul malato nell'ottica del *problem solving*.

Un modello è dunque un costrutto ragionato che si ottiene dall'analisi e dalla deduzione di denominatori comuni fra elementi emersi nella pratica reale. Elaborare un modello assistenziale significa creare un linguaggio condiviso per creare le fasi e gestire l'organizzazione di un determinato processo di assistenza che sia il più indicato per il setting di cura in questione.

Il Case Manager è un professionista che facilita la connessione tra i vari passaggi di un percorso di assistenza socio-sanitaria, aumentando l'efficienza del servizio, e lo fa servendosi di un approccio che si basa su tre assi: la persona, il percorso assistenziale e i servizi, garantendo una risposta efficace alle esigenze dell'utente.

Le competenze del Case Manager prevedono un'ottima abilità comunicativa, capacità gestionale e organizzativa e di problem solving, oltre alle conoscenze dei vari setting di cura.

L'infermiere Case Manager è il professionista che provvede all'assegnazione e al coordinamento dei servizi socio-sanitari destinati alla gestione clinica di un determinato target di utenti. Si occupa della creazione di un particolare processo assistenziale studiato sul singolo paziente che viene seguito in tutte le fasi,

dall'ammissione alla dimissione, applicabile in vari contesti.

Il modello del Case Management nasce dalle basi gettate dal primary nursing, tipologia di assistenza basata sulla valutazione olistica del paziente al fine di sviluppare un'assistenza personalizzata incentrata sui bisogni del paziente, bypassando il concetto di assistenza standardizzata per esecuzione di compiti.

Il Case Manager quindi si inserisce nel contesto di applicabilità della metodologia del Case Management: prevede la presa in carico del paziente e della sua famiglia attraverso percorsi assistenziali più o meno complessi, ottenuti da una valutazione della complessità assistenziale, per agevolare il rientro al domicilio, l'inserimento presso strutture sanitarie di lungodegenza e/o riabilitazione, o per la prosecuzione delle cure in ambito domiciliare. Di conseguenza il Case Manager assume la gestione del caso, diventandone il titolare oltre che la figura di riferimento per il paziente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali, con la responsabilità a suo carico di presentare e spiegare il processo assistenziale e le fasi che lo compongono ai protagonisti coinvolti, garantendo e coordinando l'applicazione del processo, oltre che individuando e contribuendo a superare le eventuali criticità che emergono.

Per sviluppare al meglio una presa in carico del malato il Case Manager deve possedere competenze cliniche, manageriali e finanziarie.

Dal punto di vista clinico è necessario identificare e accertare i bisogni reali e potenziali del malato e della famiglia, valutando le condizioni fisiche e psicosociali dell'assistito. In collaborazione con il team multidisciplinare, sviluppa un piano assistenziale mirato in risposta ai bisogni compromessi del paziente in carico. Le capacità manageriali del professionista permettono di elaborare un piano a medio/lungo termine, monitorando l'andamento già nel breve periodo, in modo da garantire una stabilità duratura all'assistito in fase di dimissione.

Se teniamo conto del discorso introduttivo riguardo alla spesa sanitaria, il Case Manager deve possedere qualità tali da considerare l'aspetto economico nell'assegnazione delle risorse, al fine di ottimizzare il percorso di cura evitando sprechi e prestazioni inadeguate.

Nelle aziende ospedaliere il modello del Case Management presenta dei limiti di applicabilità riconducibili alla scarsità di personale sanitario, nello specifico infermieristico, con competenze specialistiche. I turni di lavoro stressanti, l'incubo costante del *burn out*, la standardizzazione delle cure nei reparti di degenza per

contrastare la carenza di personale, si ripercuotono sul corretto sviluppo dei percorsi assistenziali personalizzati; la conseguenza è che la continuità assistenziale ospedale-territorio risulti inefficace o del tutto inesistente.

Spesso quelle che vengono definite "dimissioni protette" vengono meno alle loro funzioni di proteggere l'assistito per garantire una dimissione serena e stabile al domicilio; la valutazione approssimativa e superficiale, la mancata analisi del contesto abitativo, la corretta designazione di un care giver referente in grado di sopportare il carico assistenziale, portano alla luce difficoltà gestionali che la famiglia e l'assistito non sono in grado di sopperire.

Il vero intervento del Case Manager, a mio avviso, risulta determinante proprio in questa fase.

Le mancanze prodotte in fase di dimissione possono essere arginate da un'attenta valutazione del Case Manager in collaborazione multidisciplinare con il distretto ATS di riferimento (Agenzia di tutela della salute), il MMG (Medico di medicina generale), gli IFEC (Infermieri di famiglia e comunità).

Il ruolo cruciale del professionista si sviluppa già dalla prima fase, ovvero quella che comporta la presa in carico dell'assistito.

Il primo colloquio Infermiere-paziente-famiglia è fondamentale per tracciare le basi del percorso assistenziale al fine di comprendere come garantire il mantenimento del massimo livello di autonomia residua possibile, coinvolgendo la famiglia che sarà elemento indispensabile per l'espletamento delle necessità assistenziali.

Il contesto abitativo e le sue condizioni, la presenza di barriere architettoniche interne o esterne, sono requisiti di estrema importanza che non possono essere visibilmente valutabili da un Case Manager ospedaliero, limitando così una corretta analisi del caso.

Un altro elemento determinante per la bontà delle cure risiede nella valutazione del gruppo famiglia e nella designazione del care giver più appropriato. Questo è un altro punto debole nella valutazione pre-dimissione, elemento trascurato che invece dovrebbe essere coinvolto come primo attore al pari del paziente.

Un care giver in salute, presente e capace di acquisire competenze attraverso un'educazione sanitaria mirata, diventa indispensabile per l'assistito oltre che facilitare l'applicazione del piano assistenziale e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Per un'attenta valutazione del care giver sono disponibili strumenti poco utilizzati ma molto utili per comprendere quanto il familiare possa essere collaborativo e fare un'eventuale previsione sulla capacità di tollerare il "burden" inteso come peso dell'assistenza.

La valutazione attraverso queste scale è multidimensionale, includono la sfera fisica, la capacità di soddisfare i bisogni dell'altro, l'abilità nel prestare assistenza al proprio familiare, ma anche le dimensioni psicologica ed emotiva, i bisogni e la capacità di adattamento del caregiver stesso. Fra le più utilizzate si possono citare la scala Zarit Carer Burden Interview (ZBI Chattat et al., 2011) Montgomery-Borgatta Caregiver Burden Scale (MB-CBS 1989) o la Caregiver Burden Inventory.

L'infermiere Case Manager che opera nel setting di cura domiciliare ha quindi una visione globale del caso in questione, con la possibilità di valutare più elementi contemporaneamente e avere sotto controllo costante l'andamento del percorso assistenziale del malato in carico, intervenendo tempestivamente in caso di variazioni delle condizioni psico fisiche dell'assistito ma anche del care giver o del contesto abitativo; l'interazione costante col il team multidisciplinare garantisce quindi la prosecuzione ottimale dell'assistenza.

I cambiamenti della programmazione sanitaria nel corso del tempo hanno comportato la necessità di inserire nelle organizzazioni sanitarie figure specialistiche capaci di guidare la presa in carico totale dell'assistito indipendentemente dal setting in cui si esercita. Il riconoscimento e la valorizzazione della professione infermieristica sono la base sul quale continuare a costruire un pilastro portante nella cura del malato. Specializzare i professionisti è da considerare l'upgrade necessario per migliorare ulteriormente la capacità di assistere e rendere più efficaci le cure.

L'università è sensibile a tale richiesta, proponendo percorsi specialistici mirati alla formazione di questa figura infermieristica. Il master specialistico Case Manager fornisce elementi utili per formare professionisti consapevoli, permettendo loro di acquisire competenze fondamentali da applicare in tutto il percorso di presa in carico dell'assistito e della famiglia.

È ormai noto come l'implementazione consolidata di questa figura specializzata sia indispensabile in ambito sanitario, evidenziando come l'applicabilità del Case Manager, soprattutto territoriale, sia un fulcro indispensabile di connessione tra i vari setting di cura.

Note:

1. La Costituzione: Parte I Diritti e doveri dei cittadini, Titolo II, Rapporti etico-sociali, articolo 32. <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=32.,-non%20per%20disposizione%20di%20legge>.

2. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

3. Al Sud una giornata di degenza ospedaliera arriva a costare fino al triplo rispetto al Nord, Rodriguez G. https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126188

4. In Italia l'aspettativa di vita è stata stimata in 83,4 anni. Ma possiamo calcolare quando moriremo? Il sole 24 ore. <https://www.infodata.ilssole24ore.com/2025/04/01/in-italia-laspettativa-di-vita-e-stata-stimata-in-834-anni-ma-possiamo-calcolare-quando-moiremo/>

Di cosa “parliamo” quando parliamo di *organizzazione sanitaria*?



Giovanni Rulli

Medico specialista in Medicina del lavoro e in Igiene e Medicina preventiva
Docente Area Sanitaria Università eCampus

Perché ho intitolato con questa domanda il mio primo contributo alla rivista, parafrasando il famoso titolo *What We Talk About When We Talk About Love*? di un racconto e omonimo libro raccolta di racconti di Raymond Carver? Il motivo penso sia piuttosto chiaro: in tantissimi parliamo di *organizzazione sanitaria* quando abbiamo l'obiettivo di descrivere e interpretare la realtà di strutture e processi sanitari, sia a un livello macroscopico (un sistema sanitario nazionale, ad esempio) sia a un livello più piccolo (come un ospedale o un presidio territoriale). Siamo tuttavia certi di intendere e avere in mente la stessa cosa quando utilizziamo la parola *organizzazione*? Ma soprattutto: siamo certi di avere un medesimo punto di vista sull'*organizzazione*, cioè di interpretare e scambiare in modo commensurabile informazioni e opinioni su questo fenomeno?

Che cosa si intende quindi, anzitutto, per *organizzazione*, sia in generale sia sanitaria o socio sanitaria? Esistono differenti modi di intendere il termine, cioè differenti significati e concezioni di esso. È preferibile conoscere tali significati e concezioni, per non dare per scontata, cioè priva di alternative, alcuna strutturazione (configurazione) esistente, in particolare quando ci confrontiamo con sistemi o servizi sanitari nazionali o regionali. In effetti l'origine di ogni strutturazione di sistema o servizio sanitario va riconosciuta in precise scelte, consapevoli o inconsapevoli, anche storicamente determinate. Vedremo più avanti inoltre in che cosa consiste la differenza tra i concetti di *servizi* e di *sistemi* sanitari.

Anzitutto va detto che esistono *due significati ampiamente condivisi di organizzazione*, cui si possono ascrivere sostanzialmente tutte le definizioni possibili correnti: il primo è quello di *insieme organizzato*, cioè elementi che si combinano tra loro (persone, luoghi, “Enti”, “strutture”, ecc.), mentre il secondo è quello di

attività di organizzare, cioè azioni sinergiche (coordinamento di persone, di attività, ecc.). Di fronte alla domanda: “Cosa intendo per *organizzazione*?”, le risposte possibili (per esperienza in almeno tre decenni di attività didattica) sono riconducibili alle due definizioni sopra riportate. In entrambi i casi sono riconoscibili due aspetti comuni: il primo è quello della sinergia, il secondo quello della finalità; in entrambi i significati sono cruciali gli aspetti di coordinamento, controllo e volontà di raggiungere uno scopo, un obiettivo, un fine (non raggiungibili senza l'*organizzazione*, al di fuori dell'*organizzazione*).

Quali invece sono le *concezioni* alternative, cioè i modi possibili di “interpretare” l'*organizzazione*?

Anzitutto vi è la *concezione OGGETTIVISTA*, secondo cui il Sistema è preordinato, e preordinante rispetto agli Attori (soggetti agenti). In essa si sviluppano nel tempo due logiche.

Una è la *logica oggettivista meccanicista*, che presuppone la guida di una razionalità oggettiva e un coordinamento rigido delle attività rivolte alla massimizzazione del rendimento (efficacia ed efficienza), in cui vi è un unico ottimo modo di coordinamento (*one best way*), in cui le devianze non sono ammesse e in cui la struttura formale stabile è ben rappresentata, appunto, dalla *macchina*.

L'altra è la *logica oggettivista organicista*, in cui l'idea guida è la *funzionalità* del sistema: ogni parte contribuisce al suo mantenimento, alla sua omeostasi, alla conservazione della sua struttura formale, qui ben rappresentata dall'*organismo*. Il programma non è rigido e la flessibilità, la possibilità di trovare soluzioni alternative è incentivata e valorizzata, se utile per la migliore corrispondenza ai requisiti funzionali di adattabilità e di integrazione per il raggiungimento degli obiettivi.

Poi vi è una seconda concezione secondo cui è l'interazione tra gli attori (soggetti agenti), che determina la "configurazione" del Sistema, quindi *sono gli Attori (soggetti agenti) ad essere preordinanti il Sistema*. Questa concezione SOGGETTIVISTA, comportando l'imprevedibilità delle relazioni in una tendenziale soggettiva opposizione al sistema, privilegia il fine individuale o del gruppo "agonista", coincidente con la capacità di esprimere libertà in senso lato, connotata dal costrutto culturale prescelto, fino a posture invero più o meno arbitrarie o velleitarie.

Infine vi è una "terza via", la concezione processuale della realtà sociale (logica dell'AGIRE ORGANIZZATIVO), dove l'organizzazione è vista come processo, progettabile, di decisioni e azioni razionalmente orientate verso scopi e da valori, ove la razionalità è intenzionale e limitata, non oggettiva o soggettiva (si persegue un obiettivo ma si è consapevoli di non conoscere tutte le alternative possibili di azione, di coordinamento e di controllo). In questo modo di vedere non vi è opposizione tra "soggetti" e "sistema", mentre la mutevolezza di luoghi, modi, relazioni e forme di coordinamento in cui si sviluppano le azioni umane, frutto di continue scelte, è considerata un elemento ineludibile e non un limite. In questa logica si auspicano soluzioni soddisfacenti (congruenti agli scopi) di coordinamento e controllo, non tanto il perfetto funzionamento o l'omeostasi o la prevalenza dei valori soggettivi.

Va notato, ancora, che queste concezioni e logiche non sono "modelli" di organizzazione, ma modi di vedere l'organizzazione. Non di meno, nel momento in cui viene adottato un modo di vedere (analizzare) l'organizzazione in fase progettuale o in itinere di Sistemi o Servizi Sanitari, ecco che questi ultimi risentiranno in modo decisivo della prospettiva prescelta, del punto di vista adottato. Queste differenti concezioni, questi differenti modi di vedere la realtà hanno infatti implicazioni rilevanti sul modo di vedere la salute, la prevenzione e l'organizzazione e la progettazione di Sistemi Sanitari. Ciascuno di questi punti di vista in qualche modo configura importanti e distintive conseguenze su una serie di *elementi fondanti i Sistemi/Servizi sanitari e i loro "valori" interni*: la concezione di *salute e benessere*, gli obiettivi di *prevenzione*, i *determinanti e la valutazione dei rischi per la salute*, il rapporto più opportuno tra *ospedale e territorio* e tra *pubblico e privato* (anche in ragione del percorso che, in un quarantennio, ha portato alla regionalizzazione, all'aziendalizzazione, alla privatizzazione e alla finanziarizzazione della Sanità). Questo apparirà in modo più chiaro, in un prossimo contributo alla Rivista, quando si svilupperà la declinazione distintiva di questi elementi/valori

nell'ambito delle tre concezioni (soggettivista, oggettivista e dell'agire organizzativo).

Veniamo ora al tema della differenza tra *sistemi* e *servizi* sanitari. Ogni volta che si ha a che fare con la declinazione operativa di prevenzione, cura e terapia, con il benessere (anche sociale), ci si confronta con questi due termini, spesso utilizzati come avessero lo stesso significato, mentre non è esattamente così.

Con il termine *servizi (sanitari, socio-sanitari)* si intende, in senso proprio, l'insieme di ciò che configura un'offerta, anche articolata, di prestazioni. Un esempio può essere quello di un servizio sanitario aziendale (di cui fanno parte prestazioni di medicina preventiva di comunità quali quelle vaccinali, o visite di medicina del lavoro, ecc.) oppure di un servizio di prevenzione oncologica (costituito da attività di reclutamento, di diagnostica di screening, di indirizzo in caso di positività, ecc.). Pur essendo eventualmente ispirati a medesimi principi di fondo, estesi a molteplici servizi offerti, questi ultimi non hanno per forza un carattere di omogeneità e interconnessione strutturati. Fa eccezione a questa interpretazione proprio la definizione di Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (istituito con la Legge n. 833 del 23 dicembre 1978) "... costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio." Il SSN è infatti, più che un Servizio, un vero e proprio Sistema, ispirato ai principi della Costituzione repubblicana.

Il secondo, appunto, è quello di *sistemi (sanitari, socio-sanitari)*. Con questo termine si intende invece, sempre in senso proprio, un insieme strutturato, omogeneo e interconnesso di azioni, persone, prestazioni, rivolto ad una presa in carico che si presume altresì sia ispirata a una certa "visione" del mondo. In effetti l'uso del termine "sistema" non configura una specifica qualità dello stesso, in quanto esso viene utilizzato, legittimamente, all'interno di molteplici logiche (visioni del mondo), anche in aperto contrasto tra di loro. Questo apparirà in modo più chiaro, in un prossimo contributo alla Rivista, quando si proporrà un confronto tra gli aspetti teorici (definizioni, alternative possibili) dell'organizzazione e le differenti conseguenze pratiche nella costruzione dei Sistemi Socio Sanitari (nazionale, regionali).

In conclusione, ferma restando la cautela da porre nel non confondere *punti di vista* con *modelli*, occorre acquisire consapevolezza, da parte di tutti gli operatori

della Sanità (non solo quelli cui sono affidati compiti di progettazione e management), dell'importanza di riconoscere quali implicazioni di carattere pratico ed etico accompagnano differenti scelte di organizzazione di sistemi sanitari, sia a livello nazionale sia a livello locale (regionale). Teniamo peraltro conto del fatto che le situazioni reali sono spessissimo frutto di miscugli e mediazioni tra prospettive, con risultati spesso fallimentari sia per la coesistenza di obiettivi tra loro incongruenti ("figli" di logiche contrastanti) sia per l'utilizzo di mezzi (normativi, di organizzazione dei rapporti tra territorio e ospedale, ecc. ecc.) inadatti al raggiungimento degli obiettivi dichiarati (mezzi adeguati in una logica ma scelti per raggiungere obiettivi previsti nell'ambito prospettico di una logica differente e addirittura opposta).

Per essere in grado di comprendere la realtà delle scelte in atto, evolutive, nei sistemi sanitari, nell'organizzazione sanitaria in un certo momento storico e nel futuro, occorre di necessità considerare, analiticamente, le ricadute che ciascuna concezione di organizzazione, che ciascun modo di vedere la realtà, hanno sulle forme possibili, concrete, della salute e del benessere, e quindi sulla qualità di vita dei cittadini.

Non di meno assumono differenti significati all'interno delle tre concezioni di organizzazione alcuni aspetti considerati nella sfera più operativa della "managerialità", quali il *controllo di gestione* e la *strutturazione dei bilanci*, il *miglioramento continuo delle qualità* e la *valutazione dei risultati* (esiti sanitari). Anche questi temi, le scelte possibili di sviluppo di questi elementi portanti del *management* sanitario, saranno trattati in prossimi contributi.

zazione dedicati a Bruno Maggi, Roma, Carocci Editore, Biblioteca di Testi e Studi, 2023, pp. 131-149.

GIOVANNI RULLI, ANGELO SALENTO, *Una discussione per il Servizio Sanitario Nazionale*, in G. RULLI, A. SALENTO (Eds.), *Problemi organizzativi e prospettive del sistema sanitario in Italia*, Bologna, TAO Digital Library, 2023, pp. 1-10.

Lettere consigliate

BRUNO MAGGI, *Razionalità e benessere. Studio interdisciplinare dell'organizzazione*, Milano, Etas Libri, 1984/1990.

BRUNO MAGGI, *De l'agir organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage*, Bologna, TAO Digital Library, 2016. (vedere in particolare il "Livre I - Les fondements de la théorie").

GIOVANNI RULLI, BRUNO MAGGI, *Well-being, Prevention, Risk / Benessere, Prevenzione, Rischio / Bien-être, Prévention, Risque / Bienestar, Prevención, Riesgo / Bem-estar, Prevenção, Risco / Wohlbefinden, Vorbeugung, Risiko*, Bologna, TAO Digital Library, 2018.

GIOVANNI RULLI, *L'interpretazione del rapporto tra lavoro e salute*, in *Un'altra via. Scritti su agire sociale e organiz-*

Le novità assicurative dopo il decreto attuativo della legge Gelli-Bianco



Silvia Gandola

Avvocata, Docente Area Sanitaria e Corsi di formazione manageriali Università eCampus



Gianluigi Sironi

Avvocato, Data protection officer, Docente Area Sanitaria Università eCampus

L'entrata in vigore del decreto ministeriale 15 dicembre 2023 n. 232 costituisce il primo e più importante provvedimento di attuazione della legge 28 marzo 2017 n. 24 (Gelli-Bianco).

Non è l'unico: sono ancora attesi tre decreti ministeriali che dovranno: 1) identificare le competenze di vigilanza e controllo dell'IVASS sulle imprese assicuratrici; 2) gestire i flussi informativi tra i Centri regionali del rischio clinico, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche, al fine di migliorare la raccolta, l'analisi e la condivisione delle informazioni relative al rischio clinico; 3) istituire il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, destinato a intervenire in caso di insufficienza del massimale assicurato o di insolvenza della compagnia.¹

Il decreto 232/2023 fissa i requisiti minimi delle polizze obbligatorie per strutture sanitarie, sociosanitarie e professionisti, ma lascia aperti numerosi dubbi interpretativi e questioni operative. In questo articolo, si illustrano i principali contenuti e criticità.

Il contesto

Uno dei motivi che hanno condotto alla emanazione della Gelli Bianco può essere rinvenuto nella difficoltà ad assicurare la responsabilità civile in ambito sanitario, difficoltà amplificata da circostanze che hanno mostrato i limiti di un mercato assicurativo non adeguatamente solido, con ripercussioni sulle strutture sanitarie.

Significativo, a questo proposito, il caso di una compagnia assicuratrice genovese (Il Faro), che aveva raccolto numerosi contratti di aziende ospedaliere. Le politiche tariffarie di questa compagnia, lo sfavorevole rapporto premi/risarcimenti (connesso anche alla in-

certa liquidazione dei danni, molto variabile da Tribunale a Tribunale), l'aumento del contenzioso in tema di responsabilità professionale, ed una gestione amministrativa con gravi irregolarità contabili, ne aveva provocato la messa in liquidazione coatta nel 2011.

La messa in liquidazione provocò una crisi delle strutture sanitarie coinvolte, rimaste prive della garanzia assicurativa: non esisteva un Fondo di Garanzia, che potesse provvedere al pagamento dei risarcimenti in caso di insolvenza della propria assicurazione, come avviene invece nel ramo auto.

Di qui la scelta contenuta nella Gelli Bianco di rendere obbligatoria l'assicurazione, con una importante distinzione: alle strutture è consentito fare ricorso alle "misure analoghe", rispetto alle quali il decreto ministeriale ha finalmente stabilito modalità e criteri di applicazione. I singoli professionisti, invece, hanno un obbligo assicurativo senza alternativa. L'unica distinzione va operata tra medici interni alla struttura e medici libero professionisti. Solo per i secondi l'assicurazione obbligatoria deve coprire integralmente il danno, mentre per i medici interni la garanzia assicurativa obbligatoria riguarda la responsabilità nei confronti della struttura che, dopo aver risarcito la vittima di un errore commesso dal medico, abbia intenzione di agire in rivalsa in caso di errore dovuto a dolo o colpa grave.

I contenuti del decreto

Il provvedimento ministeriale si articola su tre livelli:

- 1) requisiti minimi di garanzia delle strutture e dei sanitari;
- 2) condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure;
- 3) norme transitorie

Requisiti minimi di garanzia delle strutture e dei sanitari

Il decreto prevede che il contratto sia stipulato unicamente con la clausola *claims made*. Come noto, questo tipo di modello contrattuale prevede che siano coperte dalla polizza assicurativa le richieste di risarcimento danni presentate per la prima volta durante la vigenza della polizza, anche se collegati a fatti commessi in precedenza alla stipulazione del contratto.

Si tratta di una formula assicurativa importata dal mondo anglosassone, originariamente non disciplinata dalla nostra legislazione.

Il modello assicurativo italiano, invece, è sempre stato basato sul principio della cosiddetta *loss occurrence*. Si tratta di un modello nel quale vengono coperte dalla polizza assicurativa le richieste di risarcimento per fatti commessi durante la vigenza del contratto assicurativo. Per molto tempo si è discusso della validità dei contratti assicurativi con clausole *claims made*. In molte sentenze, anche della Cassazione, la validità di queste clausole è stata negata.

Dopo un lungo dibattito giurisprudenziale, anche la Cassazione, nel 2018, ha riconosciuto che le clausole *claims made* erano ammissibili e valide, sebbene a determinate condizioni.²

Secondo questo ultimo orientamento della Cassazione, l'assicuratore è tenuto a proporre la forma alternativa di assicurazione classica, prevista dal Codice civile, e il contratto con clausola *claims made* non sia idoneo a soddisfare le esigenze assicurative del cliente.

Il decreto attuativo della Gelli bianco non raccoglie queste indicazioni, e prevede che il contratto assicu-

rativo della responsabilità civile in ambito sanitario sia stipulato unicamente con la formula *claims made*.

In relazione alla durata della garanzia assicurativa, è stata rilevata³ una diversità tra il testo della legge Gelli Bianco, secondo cui la garanzia assicurativa copre "gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza" e quanto invece indicato nel decreto Ministeriale "il contratto coprirà la responsabilità dell'assicurato per le richieste di risarcimento presentare per la prima volta nel periodo di vigenza della polizza e riferita a fatti generatori della responsabilità verificatesi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto".

La legge, in pratica, subordina la copertura assicurativa pregressa alla denuncia di sinistro fatta dall'assicurato: il decreto, invece, la subordina alla richiesta di risarcimento presentata dal danneggiato. La previsione del decreto appare illegittima per violazione della legge. Anche perché, anche se il decreto non dice nulla al riguardo, la responsabilità dell'assicurato-struttura sanitaria per fatti commessi prima della stipula del contratto sarà ovviamente garantita dall'assicuratore a condizione che, al momento della stipula, essi fossero ignorati senza colpa grave da parte dell'assicurato.

Quanto alla durata della copertura, ricordiamo che il decreto prevede una durata retroattiva decennale, e una copertura postuma per ulteriori dieci anni, ma solo in caso di cessazione dell'attività professionale.

I massimali minimi di garanzia sono riportati in tabella.

Articolo Gelli Bianco – contraente – tipo di responsabilità	Soggetti coinvolti	Per sinistro	Per anno
Art. 10, comma 1 Contraente e assicurato: struttura Responsabilità: contrattuale	Ambulatori esterni	Euro 1.000.000,00	Euro 3.000.000,00
	Ambulatori interni a istituti di ricovero e cura	Euro 2.000.000,00	Euro 6.000.000,00
	Strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesilogica e parto		
	Strutture sociosanitarie, residenziali e semi residenziali		
	Strutture che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesilogica e parto.	Euro 5.000.000,00	Euro 15.000.000,00
Art. 10, comma 2 Contraente: struttura Assicurati: esercenti di cui la struttura si avvale Responsabilità: extracontrattuale	Esercenti la professione sanitaria che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesilogica e parto	Euro 1.000.000,00	Euro 3.000.000,00
	Esercenti la professione sanitaria che svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesilogica e parto	Euro 2.000.000,00	Euro 6.000.000,00
Art. 10, comma 3 Contraente ed assicurato: esercente la professione sanitaria. Responsabilità: per tutte le azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei suoi confronti a (art. 9, commi 5 e 6 della legge). Azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore.	Esercenti la professione sanitaria per la rivalsa esercitabile dalla struttura privata o responsabilità amministrativa esercitabile dalla struttura pubblica (dolo o colpa grave)	Triplo della RAL	Triplo della RAL

Nell'ipotesi in cui le parti indichino nel contratto un massimale più elevato per sinistro (quindi superiore al minimo di legge) è da chiedersi se il valore del massimale aggregato per anno debba essere multiplo di quell'indicazione pattizia ovvero se resta fermo il minimo di legge.

Il decreto si presta al riguardo a diverse letture posto che non fissa numericamente il valore dell'aggregato, come invece previsto per quello (minimo) per sinistro. Qualche dubbio è posto, inoltre, dalla qualificazione dell'attività chirurgica che scrimina, e non poco, il valore del massimale minimo.

Di principio la distinzione potrebbe ricalcare quella tra attività ambulatoriale limitata all'esecuzione di prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative e anche ambulatoriali, ma che contemplano però la possibilità di effettuare enti chirurgici o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive in anestesia topica, locale, loco-regionale.

Non è però chiaro se sia sufficiente l'abilitazione per i piccoli interventi con chirurgia locale per qualificare l'attività chirurgica ai fini della normativa regolamentare, oppure, come sembrerebbe più coerente con lo scopo della norma debba intendersi un'attività in ogni caso mai ambulatoriale e che, preveda comunque una sedazione profonda.

Il decreto non prevede alcunché in relazione al regime delle esclusioni che riguardano l'oggetto della copertura assicurativa.

Ciò significa, in concreto, che si è scelto di lasciare libertà alle Compagnie di delimitare l'oggetto della copertura, e magari escludendo qualche ipotesi di maggiore rischio, contraddicendo così lo spirito complessivo della Gelli Bianco.

Una regolamentazione delle esclusioni sarebbe stata auspicabile, per imbrigliare le compagnie, al fine di evitare che la prassi possa vanificare lo spirito della legge. Tanto anche al fine di consentire all'operatore sanitario di confrontare prezzi e coperture, nell'ottica auspicata dal contratto base in materia di r.c. auto.⁴

Allo stesso modo, il decreto non prevede alcuna regolamentazione degli strumenti tecnici (franchigie scoperti) cui le compagnie fanno ricorso per mettere un tetto ai risarcimenti da erogare agli assicurati.

Ancora, in relazione all'oggetto della garanzia assicurativa, il decreto introduce un meccanismo di variazione del premio, collegato al verificarsi di sinistri.

Una certa tutela per gli assicurati si rinviene invece nella norma che prevede, in caso di responsabilità solidale dell'assicurato, che la garanzia abbia ad oggetto l'intero obbligo di risarcimento, salva la surrogazione nel diritto di regresso nei confronti dei condebitori.

La norma mira verosimilmente a proibire le clausole (diffuse nella prassi) che limitano la copertura della responsabilità civile del professionista alla sola *"quota parte"* nel caso in cui questi sia tenuto in solido con altri soggetti.

Nella responsabilità in solido, infatti, il singolo debitore può essere chiamato a pagare l'intero.

Quanto alla determinazione del premio, viene introdotto un meccanismo analogo al bonus malus nell'assicurazione auto.

Ancora in relazione all'oggetto della garanzia assicurativa, il decreto introduce un meccanismo di variazione del premio, collegato al verificarsi di sinistri.

Il meccanismo, evidentemente, dovrebbe incentivare comportamenti virtuosi delle strutture per limitare i rischi di sinistro.

La norma specifica che la variazione deve avere *"specifico riferimento alla tipologia e al numero di sinistri chiusi con accoglimento della richiesta"*, lasciando, in sostanza, un margine di manovra alle compagnie nell'attribuire un peso relativo al numero dei sinistri o alle tipologie.

La formula utilizzata nel decreto non è così chiara, tenendo conto che non esiste una definizione di tipologia di sinistro, né si fa cenno a cosa debba intendersi per accoglimento della richiesta o quale peso debba avere nel ricalcolo del premio.

Una ulteriore innovazione è costituita dalla inclusione, tra gli elementi da considerare ai fini della variazione in diminuzione del premio assicurativo, *"delle azioni intraprese per la gestione del rischio e di analisi sistemica degli incidenti"*.

Va tuttavia considerato che la norma non precisa come questi elementi possano incidere nel variare il premio, tanto più che le variazioni devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione di parametri adottati per la definizione del premio stesso, anche tenuto conto del fabbisogno finanziario delle imprese di assicurazione.⁵

Condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure

Come anticipato, la struttura sanitaria è autorizzata a fare ricorso alle cosiddette *"analoghe misure"* anziché sottoscrivere una polizza assicurativa.

Non è una vera forma di assicurazione perché il rischio non viene trasferito ad altro soggetto, e la struttura stessa che accantona le somme necessarie a pagare eventuali risarcimenti.

La struttura può fare ricorso a forme di "autoassicurazione" totale o anche parziale (parte del rischio ritenuto in proprio e parte trasferito ad un assicuratore). In qualsiasi caso, il ricorso alle misure analoghe deve essere preceduto da una delibera approvata dai vertici aziendali, in cui siano specificate le modalità di funzionamento e le motivazioni della scelta.

Le misure analoghe prevedono la costituzione di due fondi: il primo, a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio, che possono dar luogo a richieste di risarcimento. Il secondo, a copertura dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione.

Ogni anno deve essere verificata la congruità dei fondi, che dovrà essere certificata da un revisore legale ovvero dal collegio sindacale con un giudizio di adeguatezza. Si tratta di un modello duttile, senza parametri fissi, che impone all'organo di revisione o di controllo una valutazione al pari della compagnia assicurativa.

Il primo fondo: a) tiene conto della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura ed è sufficiente a far fronte, nel continuo, al costo atteso per i rischi in corso al termine dell'esercizio; b) è utilizzato esclusivamente per il risarcimento danni derivante dalle prestazioni sanitarie erogate.

Le somme da accantonare annualmente sono stabilite dalla Funzione per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri.

L'applicazione di queste norme non sarà sicuramente facile, tenuto conto che le strutture non posseggono né il *know how*, né l'esperienza, né i mezzi e gli strumenti (per esempio uffici statistici-attuariali, dati storici dei sinistri e degli importi liquidati, casistiche complete, capacità di elaborazione e di proiezione dei dati) delle imprese di assicurazione.⁶

Con l'utilizzo di misure alternative, la gestione dei sinistri è affidata al Comitato Valutazione Sinistri, proprio o in convenzione, previa individuazione del ruolo e delle funzioni con apposito regolamento.

Il decreto, purtroppo, non chiarisce se l'istituzione del Comitato è obbligatoria o facoltativa.

Nel caso la struttura decida di fare ricorso in parte alle misure analoghe ed in parte all'assicurazione, il decreto impone alle parti di *"disciplinare, in particolare, i criteri e le modalità di gestione coordinata, liquidazione e istruzione del sinistro, nonché di valutazione del danno da risarcire"*, attraverso protocolli di gestione, obbligatori e inseriti in polizza, che garantiscano il massimo coordinamento tra l'assicuratore e la struttura, nei processi liquidativi, anche ai fini di una formulazione condivisa dell'offerta, a tutela dei terzi danneggiati.

Nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione alla struttura che si sia autoassicurata (in tutto o in parte), in precedenza, il decreto stabilisce che l'operatività della copertura è limitata alle richieste di risarcimento pervenute per la prima volta a partire dalla decorrenza del periodo di vigenza della polizza e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi in tale periodo e nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo.

Per quanto non compreso nella copertura prestata dall'assicuratore e fino alla chiusura dei sinistri aperti, la struttura è tenuta alla copertura di quanto garantito in assunzione diretta del rischio e di questo si tiene conto.

La struttura è, inoltre, obbligata ad istituire al suo interno la funzione per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri. Si tratta, in buona sostanza, di un comitato composto da diverse figure, che dovrebbe avere le competenze necessarie a stabilire, oltre alla fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura, gli importi da destinare ai fondi.

Il decreto individua alcune competenze minime che la struttura deve garantire, e queste sono la medicina legale, il perito o loss adjuster, la competenza giuridica legale nell'ufficio che si occupa della gestione sinistri, la gestione del rischio o risk management.

Come la funzione per il governo dei rischi debba essere inserita o strutturata all'interno dell'organizzazione o tra gli uffici non è invece chiarito. Il decreto si limita a stabilire che le competenze possono essere interne o esterne, con ciò aprendo all'outsourcing o alle consulenze, salvo inserire la specificazione della necessaria connessione con l'ufficio di gestione sinistri attraverso una figura con competenze legali.

Il regime transitorio

Qualche difficoltà interpretativa è collegata anche al regime transitorio. In proposito, va segnalato che l'articolo 18 del decreto prevede che:

"Entro 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto... gli assicuratori adeguano i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi di cui al presente decreto nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia. Le polizze pluriennali aggiudicate nell'ambito di bandi pubblici, ove non liberamente rinegoziabili tra le parti, restano in vigore fino alla scadenza naturale del contratto e comunque non oltre 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto. Le strutture sanitarie adeguano le misure organizzative e finanziarie previste al Titolo III (N.d.a. Gli adempimenti collegati alle misure

analoghe) entro 24 mesi dall'entrata in vigore del presente decreto."

L'interpretazione più semplice della normativa transitoria, collegata a esigenze di semplificazione dell'operatività porta a ritenere che l'articolo 18 abbia inteso semplicemente posticipare di 24 mesi l'applicazione del decreto.

Questa lettura non pare ammissibile.⁷ Se il legislatore avesse voluto posticipare di ventiquattro mesi l'integrale l'applicazione del decreto, sarebbe stato sufficiente prevedere che "il decreto e tutte le sue disposizioni entrano in vigore il 16 Marzo 2026".

Al contrario, l'articolo 18 differenzia tra contratti ordinari, polizza assegnate a bando o analoghe misure. Analizziamo per prima cosa le misure analoghe. L'articolo 18 assegna alle strutture sanitarie un termine di ventiquattro mesi per adeguare i propri assetti alle misure organizzative e finanziarie (la costituzione dei due fondi di riserva e l'allestimento delle funzioni per il governo del rischio assicurativo e valutazione di sinistri). Si può concludere, quindi, che le strutture sanitarie che intendano non affidarsi interamente al mercato assicurativo dispongono di due anni, cioè fino al 16 Marzo 2026, per mettersi in regola. Quanto alle polizze assicurative, occorre distinguere a seconda che si tratti o meno di polizze aggiudicate nell'ambito di bandi pubblici.

Per queste ultime, l'articolo 18, comma tre, stabilisce che ove non liberamente negoziabili tra le parti, restano in vigore fino alla scadenza naturale del contratto, e non oltre ventiquattro mesi dall'entrata in vigore del decreto. Se rinegoziabili, invece, dovranno essere adeguate prima, mentre tutte le nuove polizze aggiudicate a bando dovranno essere conformi alle previsioni del decreto.

Venendo ora agli altri contratti assicurativi, va ricordato che l'articolo 18, comma due, dispone che *"entro 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto, fermo restando quanto previsto all'articolo tre, comma 8, gli assicuratori adeguano i contratti di assicurazione in conformità ai requisiti minimi di cui al presente decreto"*.

La prima lettura di questa disposizione lasciar intendere che il periodo transitorio è applicabile solo ai contratti poliennali oggi in corso di validità. Quei contratti possono essere mantenuti in vita alle condizioni attuali, al massimo per un biennio, termine concesso alle imprese per adeguarle nuova normativa, decorso al quale dovranno essere necessariamente conformi alla stessa.

I contratti di nuova stipulazione, invece, dovrebbero nascere già adeguati al regolamento.

La tesi alternativa, secondo la quale si potrebbe attendere sino al 16 marzo 2026 per stipulare polizze conformi alla normativa, è stata criticata da autorevole dottrina.⁸

Ciò, sebbene tale interpretazione possa trovare qualche appiglio in alcune disposizioni, tra cui quelle sul bonus malus e sull'obbligo di inserire in polizza appositi protocolli di gestione condivisa dei sinistri, anche fini della formulazione dell'offerta danneggiato.

Questa interpretazione non appare convincente: la norma parla espressamente di "adeguare i contratti", lasciando intendere un rapporto contrattuale già esistente, stipulato in base alle condizioni liberamente concordate dalle parti prima dell'entrata in vigore del decreto ministeriale. Un contratto di nuova stipulazione non dovrebbe invece affatto adeguarsi ad alcunché, ma semplicemente essere predisposto in conformità a tali prescrizioni.

D'altra parte, se si fosse voluto davvero riferire all'adeguamento dei prodotti a catalogo, a quelli il regolatore avrebbe dovuto mirare, potendo stabilire espressamente che soltanto a far data dalla scadenza di ventiquattro mesi tutti i contratti di nuova vecchia generazione avrebbero dovuto essere conformi alla normativa vigente, ma ciò non è stato detto.

Conclusioni

Il decreto rappresenta sicuramente un importante momento di attuazione di principi espressi da una legge emanata ormai otto anni fa. Da questo punto di vista, va certamente salutata con favore, perché consente una maggiore attuazione di principi di sicurezza delle cure e di tutela del paziente. Vanno comunque evidenziate alcune criticità che sono state sollevate da diversi commentatori.

Anzitutto, all'obbligo assicurativo, non corrisponde alcun obbligo a contrarre da parte delle compagnie. Resta, quindi, aperto, il tema della concreta possibilità di trasferire effettivamente alle assicurazioni il rischio derivante dalla responsabilità civile in ambito sanitario. Il ricorso alle analoghe misure, in questo contesto, potrebbe essere quindi il frutto di una scelta tutt'altro che libera da parte della struttura.

Per poter raggiungere concretamente gli obiettivi della legge è necessario che siano chiari anche i presupposti operativi. Si tratta di riconoscere centralità alle informazioni sui rischi, in tutte le fasi del processo di gestione: la raccolta, la sistematizzazione, l'analisi, l'uso prospettico, l'uso prognostico e la valorizzazione contrattuale e strategica. Il regolamento fissa alcuni elementi importanti richiamando l'attenzione soprat-

tutto delle strutture sul nesso tra prevenzione e garanzia finanziaria. Tuttavia, quello che ancora manca al sistema è uno sforzo maggiore in direzione del chiarimento delle tipologie di informazioni da raccogliere e del modo di rappresentarle.

Note

- 1 <https://www.chiarini.com/legge-gelli-Bianco/>
- 2 Da ultimo Cass., SS.UU., 24 settembre 2018, n. 22437.
- 3 Ponzanelli, 2024.
- 4 Santoro, 2025.
- 5 Hazan, Martini, Rodolfi, 2024.
- 6 Ponzanelli, 2024.
- 7 Hazan, Martini, Rodolfi, 2024.
- 8 Hazan, Martini, Rodolfi, 2024.

Bibliografia generale

ALBINA CANDIAN, *Ultima tappa (per ora) nella saga delle claims made*, *Foro italiano*, 2018, I, 3519.

GABRIELE CHIARINI, *La legge Gelli-Bianco: sintesi e stato dell'arte*, 30 aprile 2022 (Ultimo Aggiornamento 24 aprile 2025), <https://www.chiarini.com/legge-gelli-Bianco/>

CASS., SS.UU., 24 settembre 2018, n. 22437, in *Foro italiano*, 2018, I, 3015, con nota di Alessandro Palmieri - Roberto Pardolesi, *Claims made nel post-diritto*.

LUCA DE NICOLA, *Clausole claims made: sono tipiche e lecite, ma di tutto si può abusare*, *Foro italiano*, 2018, I 3033.

MARIA GAGLIARDI, *La responsabilità sanitaria obbligatoriamente assicurata e la sicurezza delle cure: molte conferme e qualche occasione mancata a seguito del Decreto 232/2023*, *Danno e responsabilità*, n. 6/2024.

MAURIZIO HAZAN, FILIPPO MARTINI, MARCO RODOLFI, *Il decreto attuativo della legge Gelli Bianco*, Milano, Giuffrè, 2024.

GIULIO PONZANELLI, *Assicurazioni e responsabilità medica: un breve commento sul D.M. 15 dicembre 2023, n. 232*, in *Danno e responsabilità*, n. 4/2024.

PASQUALE SANTORO, *Il primo decreto attuativo dell'obbligo assicurativo*, in *Danno e Responsabilità*, n. 1/2025.

BRUNO TASSONE, *Le clausole claims made di nuovo al vaglio delle sezioni unite: tanti punti oscuri e due proposte*, *Foro italiano*, 2018, I. 3524.

Salute mentale e Neuroscienze: un'analisi dell'aumento dei disturbi psicologici



Massimo Colombo

Psicologo esperto in Neuropsicologia e Psicosessuologia clinica, Segretario Associazione Nazionale Psicologi in Farmacia ANPIF, Docente Area Sanitaria Università eCampus

Negli ultimi anni, in particolare dopo la pandemia di Covid-19, si è osservato un aumento significativo dei disturbi psicologici tra gli italiani di ogni età e classe sociale. Secondo l'ANSA, nel 2024 oltre 16 milioni di italiani soffrono di disturbi psicologici di media e grave entità, registrando un incremento del 6% rispetto al 2022. Ansia e depressione si confermano tra le problematiche più diffuse.

Un'indagine pubblicata da "Il Fatto Quotidiano" nel febbraio 2024 sottolinea che negli ultimi tre anni i disturbi mentali sono aumentati del 28%. Emi Bondi, presidente della Società Italiana di Psichiatria, evidenzia che la prevalenza delle patologie psichiatriche potrebbe presto superare quella delle malattie cardiovascolari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha lanciato un allarme globale in merito, rilevando che i sintomi depressivi sono quintuplicati, colpendo una persona su tre.

Le Cause dell'Aumento dei Disturbi Mentali

Le cause principali di questa crescita includono:

- Lo shock pandemico, che ha lasciato un impatto duraturo sulla salute mentale;
- L'incertezza globale e la paura legate ai conflitti internazionali;
- L'aumento del disagio economico e sociale, aggravato da una società sempre più competitiva e tecnologicamente avanzata.

Questi fattori richiedono uno sforzo adattivo considerevole, aumentando i livelli di stress e contribuendo all'insorgenza di patologie psichiche.

L'Incremento delle Malattie Neurologiche

Parallelamente all'aumento dei disturbi mentali, vi è una crescita preoccupante delle malattie neurodege-

nerative come l'Alzheimer. Il Rapporto mondiale 2024 della London School of Economics and Political Science, redatto da Alzheimer's Disease International, stima che le patologie neurodegenerative supereranno quota 3 milioni entro il 2050.

Secondo la Società Italiana di Neurologia (SIN), tra il 1990 e il 2021 i disturbi neurologici sono diventati la principale causa di disabilità e la seconda causa di morte a livello globale, con nove milioni di decessi all'anno.

Tra le patologie più diffuse troviamo:

- Ictus (stroke)
- Demenze
- Cefalee croniche
- Epilessie
- Malattie genetiche e rare

In Italia, il progressivo invecchiamento della popolazione sta favorendo un incremento delle malattie neurologiche e mentali correlate all'età.

L'Importanza della Psicologia Clinica e della Neuropsicologia

Secondo studi epidemiologici, un italiano su cinque soffre di almeno un disturbo psichico, con ansia e depressione tra le condizioni più comuni. Questa percentuale è superiore alla media europea e dimostra la crescente necessità di professionisti specializzati nel trattamento della salute mentale.

Gli operatori sanitari direttamente coinvolti in questa emergenza includono:

- Psicologi e neuropsicologi
- Psichiatri e neurologi
- Medici di medicina generale e infermieri

A causa dell'aumento delle richieste di supporto psicologico, molte istituzioni universitarie, tra cui eCampus

e CeRFAS, stanno promuovendo Master Universitari, corsi di aggiornamento e percorsi di formazione avanzata per specializzare ulteriormente i professionisti del settore. Questi percorsi formativi mirano non solo a fornire competenze cliniche approfondite, ma anche a integrare approcci innovativi e multidisciplinari nella gestione della salute mentale.

I programmi includono moduli sulla psicoterapia cognitivo-comportamentale, la neuropsicologia applicata, le tecniche di intervento basate sulla mindfulness e l'uso di nuove tecnologie come la realtà virtuale e la stimolazione magnetica transcranica. L'obiettivo è formare esperti capaci di affrontare le sfide della salute mentale moderna, fornendo strumenti efficaci per la diagnosi, la prevenzione e il trattamento dei disturbi psicologici.

Queste iniziative rappresentano un passo fondamentale per rispondere alla crescente domanda di professionisti altamente qualificati e per garantire un'assistenza più mirata e personalizzata ai pazienti.

Nuovi Modelli di Cura: Dal Medico al Paziente

La visione della clinica sta cambiando. Il celebre film "Patch Adams" ci insegna che curare una persona è più importante che curare solo una malattia. Questa filosofia è condivisa da Ippocrate, il quale sosteneva che "è più importante sapere che tipo di persona abbia una malattia, che sapere che tipo di malattia abbia una persona."

Le più recenti scoperte scientifiche sottolineano l'importanza di un approccio multidisciplinare alla cura, in cui il paziente è al centro e non solo la patologia. La necessità di integrare le competenze psicologiche nelle diverse professioni sanitarie è sempre più evidente, sia per migliorare la qualità della vita del paziente sia per rendere più efficace il trattamento.

Il Ruolo dello Psicologo di Base e delle Farmacie

Un esempio dell'evoluzione della psicologia clinica è rappresentato dalla figura emergente dello *Psicologo di base*, che sta entrando a far parte del sistema sanitario nazionale accanto ai medici di famiglia. Anche le farmacie stanno assumendo un ruolo sempre più centrale nella sanità territoriale, diventando presidi sanitari di supporto alla comunità.

Dal 2004, grazie all'Associazione Nazionale Psicologi in Farmacia (ANPIF), si è consolidata la figura dello *Psicologo in Farmacia*, che fornisce un primo aiuto psico-

logico direttamente sul territorio, facilitando l'accesso alle cure per molti pazienti.

Tecnologie Innovative e Strumenti Clinici

L'innovazione tecnologica sta rivoluzionando il settore della salute mentale. Tra gli strumenti più avanzati troviamo:

- **Biofeedback e Neurofeedback:** Il biofeedback è una tecnica che consente di monitorare e regolare le funzioni fisiologiche del corpo, come la frequenza cardiaca, la tensione muscolare e l'attività cerebrale, attraverso strumenti elettronici. Il neurofeedback, una sua variante avanzata, si focalizza sulla regolazione dell'attività cerebrale, utilizzato in particolare per il trattamento di disturbi come l'ansia, il deficit di attenzione e l'epilessia.
- **Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS):** La TMS è una tecnica non invasiva che utilizza campi magnetici per stimolare specifiche aree cerebrali. È particolarmente efficace nel trattamento della depressione resistente ai farmaci, dei disturbi d'ansia e del dolore neuropatico. Studi recenti ne hanno evidenziato l'efficacia anche nella riabilitazione post-ictus e nel trattamento di alcune forme di schizofrenia.
- **Stimolazione Transcranica a Corrente Continua (tDCS):** La tDCS sfrutta l'applicazione di una lieve corrente elettrica diretta sul cuoio capelluto per modulare l'attività neuronale. Viene utilizzata nella riabilitazione motoria post-ictus, nel trattamento del dolore cronico e per migliorare le capacità cognitive, come memoria e apprendimento.
- **Tecniche di rilassamento e ipnosi clinica:** Le tecniche di rilassamento, come la respirazione diaframmatica, la mindfulness e il training autogeno, sono strumenti fondamentali per la gestione dello stress e dei disturbi psicosomatici. L'ipnosi clinica, invece, è impiegata per il trattamento di dolore cronico, fobie e disturbi d'ansia, attraverso l'induzione di uno stato di trance controllata che permette un migliore accesso alle risorse mentali del paziente.
- **Terapie basate sulla Realtà Virtuale (VR):** Le *terapie immersive* basate sulla realtà virtuale stanno rivoluzionando il trattamento dei disturbi psicologici. La VR viene utilizzata per la *terapia dell'esposizione* nei disturbi fobici e post-traumatici, per la riabilitazione cognitiva e motoria nei pazienti con deficit neurologici e persino per il potenziamento delle competenze sociali nei soggetti con autismo.

Queste tecnologie sono utilizzate sia da psicologi clinici sia da altri professionisti sanitari, per migliorare l'efficacia dei trattamenti e fornire nuove soluzioni terapeutiche.

Solo attraverso un impegno congiunto tra istituzioni, professionisti e comunità sarà possibile costruire un sistema sanitario più efficiente, umano e resiliente di fronte alle sfide del futuro.

Conclusioni

La psicologia clinica e la neuropsicologia sono oggi più che mai centrali nel panorama sanitario. Queste discipline giocano un ruolo cruciale non solo nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi mentali, ma anche nella prevenzione e nella promozione del benessere psicologico.

Lo studio della psicologia, integrato con le neuroscienze e le tecnologie avanzate, rappresenta un'opportunità fondamentale per migliorare la salute mentale e la qualità della vita delle persone, offrendo nuove strategie terapeutiche e strumenti diagnostici più precisi. L'approccio multidisciplinare tra psicologia, neurologia e psichiatria permette di affrontare con maggiore efficacia le patologie complesse, favorendo una presa in carico globale del paziente. Inoltre, l'integrazione delle tecnologie digitali, come l'intelligenza artificiale e la realtà virtuale, sta rivoluzionando il modo in cui si comprendono e trattano i disturbi psicologici, rendendo le terapie più accessibili e personalizzate.

L'umanizzazione della cura è la chiave per un sistema sanitario più efficace e inclusivo, in cui il benessere del paziente diventa la priorità assoluta. Un approccio centrato sulla persona non solo migliora l'esperienza del paziente, ma aumenta anche l'efficacia delle cure e la soddisfazione dei professionisti sanitari.

Per affrontare le sfide future, è essenziale investire nella formazione dei professionisti della salute mentale e nell'innovazione delle terapie, garantendo un supporto adeguato a chi ne ha bisogno. L'educazione continua e l'aggiornamento scientifico sono strumenti fondamentali per gli operatori sanitari, permettendo loro di integrare nuove metodologie terapeutiche e approcci interdisciplinari nel proprio lavoro quotidiano.

Inoltre, è necessario promuovere politiche sanitarie che incentivino la prevenzione e l'accesso equo alle cure per tutti i cittadini, riducendo il divario tra i vari livelli di assistenza. L'integrazione tra medicina tradizionale e nuove tecnologie, come la telemedicina e le applicazioni di intelligenza artificiale, rappresenta un'opportunità per ottimizzare i servizi sanitari e personalizzare i trattamenti in base alle esigenze individuali dei pazienti.



Francesca Caracciolo

Master Infermiere di Famiglia e Comunità

tesi

L'esperienza ospedaliera a domicilio: la composizione di un mosaico tra limiti e opportunità



Christian Schloe, *Secret Entrance*

Prefazione

Ci sono tesi che parlano di procedure, numeri, diagnosi. E poi ci sono tesi come questa, che parlano di persone, che raccontano il cuore invisibile della cura, quello che batte nei gesti minimi, nelle soglie attraversate in punta di piedi, negli sguardi che cercano la casa dentro ogni stanza, ospedaliera o domestica che sia.

Francesca Caracciolo ci accompagna in un percorso che ha la grazia della poesia e la forza del pensiero critico. Il suo sguardo attraversa il mondo della sanità con la delicatezza di chi ha scelto una professione che non può essere solo mestiere. E ci ricorda che essere sanitari non è solo sapere cosa fare, ma come farlo, ma soprattutto perché farlo.

Tra i versi di Ghali, Jovanotti e Niccolò Fabi, intrecciati con riferimenti filosofici e letterari, si snoda un'esplorazione profonda dei concetti di casa, accoglienza, umanità. Il domicilio, in questa narrazione, non è solo un contesto di cura: è un territorio sacro dove il paziente si spoglia delle difese e offre al professionista l'onore – e la responsabilità – di entrare.

C'è un rispetto antico in queste pagine, come se ogni visita, ogni gesto, fosse una piccola cerimonia. Come se ogni fiocco di neve – come dice Candiani – portasse con sé un mondo irripetibile. E la tesi lo conferma: non esiste un solo modo giusto per prendersi cura, ma esiste sempre una giusta intenzione per farlo.

In un tempo in cui la sanità sembra talvolta smarrire il suo volto umano tra budget e indicatori, questa tesi è un atto di resistenza affettiva. È la voce di chi crede ancora che la relazione sia la prima medicina, e che un sorriso, un ascolto vero, un rallentare intenzionale, possano cambiare la traiettoria di una giornata, o persino di una vita.

Leggerla non significa solo conoscere un'esperienza professionale, ma entrare in un pensiero vivo, che interpella, interroga, smuove. È un invito a ricordare che ogni paziente è anche una storia, un mondo, una casa.

E allora sì, possiamo dirlo: questa non è solo una tesi. È una carezza alla complessità. È un gesto gentile nella burrasca della routine. È un promemoria potente di ciò che ogni sanitario, nel profondo, sa: che prendersi cura è prima di tutto un atto d'amore.

Dott.ssa Renata Vaiani, Direttore CeRFAS

Introduzione

Che cosa significa per un infermiere dell'ospedale il domicilio? Che cosa si intende per casa? Quale è l'origine di questa parola così utilizzata? Quali sono gli inciampi in cui si può incorrere se non si presta attenzione al proprio operato?

Quali sono i limiti e le opportunità, che, come un bagaglio, si portano i professionisti nella comunità dove andranno a lavorare?

Le domande sono molte, e sicuramente le risposte rimarranno incompiute, perché (fortunatamente), le risposte sono sempre in divenire, e conviene evitare di ritenerle fatte e finite. Con questo piccolo studio provo ad analizzare le potenzialità dell'infermiere ospedaliero espresse in un contesto nuovo come quello della comunità, ricco di stimoli ambientali, fisici e personali. Situazioni sempre nuove, che si incontrano col professionista, un lavoratore del tutto umano, che si riconosce negli entusiasmi che una professione così bella naturalmente richiama, ma anche nelle difficoltà, senza sottrarsi all'impegno che, un ruolo come questo, richiede ogni giorno.

Ecco un tentativo di scrittura nato per riflettere, per porsi in una condizione di vigile ascolto e attenzione. Un'attenzione sacra rivolta al prossimo, al come vive l'altro da noi. Un'esperienza quella del domicilio che può essere vissuta come un dono. Il paziente regala sempre qualcosa di sé. Rispetto all'ospedale il paziente a domicilio ci fa una concessione in più: ci apre le porte della sua casa.

Saremo in grado di meritarcì questa grazia?

“Casa mia, casa tua”

Casa mia - Ghali

Il prato è verde, più verde, più verde – Sempre più verde (sempre più verde)
Il cielo è blu, blu, blu – Molto più blu (ancora più blu)
Ma che ci fai qui da queste parti – Quanto resti e quando parti
Ci sarà tempo dai per salutarci – Non mi dire che ho fatto tardi
Siamo tutti zombie col telefono in mano – Sogni che si perdono in mare
Figli di un deserto lontano – Zitti non ne posso parlare
Ai miei figli cosa dirò – Benvenuti nel Truman show
Non mi chiedere come sto- Vorrei andare via però
La strada non porta a casa – Se la tua casa non sai qual è
Ma il prato è verde, più verde, più verde – Sempre più verde (sempre più verde)
Il cielo è blu, blu, blu – Molto più blu (ancora più blu)
Non mi sento tanto bene – Però – Sto già meglio se mi fai vedere
Il mondo come lo vedi tu – Non mi serve un’astronave, lo so
Casa mia, – Casa tua, – Che differenza c’è? Non c’è – Ma qual è casa mia
Ma qual è casa tua – Ma qual è casa mia – Dal cielo è uguale, giuro
Mi manca la mia zona – Mi manca il mio quartiere – Adesso c’è una sparatoria
Baby scappa via dal dancefloor – Sempre stessa storia – Di alzare un polverone non mi va
Ma, come fate a dire che qui è tutto normale – Per tracciare un confine
Con linee immaginarie bombardate un ospedale – Per un pezzo di terra o per un pezzo di pane –
Non c’è mai pace – Ma il prato è verde, più verde, più verde
Sempre più verde (sempre più verde) – Il cielo è blu, blu, blu – Molto più blu (ancora più blu)
Non mi sento tanto bene – Però – Sto già meglio se mi fai vedere – Il mondo come lo vedi tu
Non mi serve un’astronave, lo so – Casa mia, – Casa tua,
Che differenza c’è? Non c’è – Ma qual è casa mia – Ma qual è casa tua
Ma qual è casa mia – Dal cielo è uguale, giuro¹

Ghali, nella sua canzone, parla di tantissime cose, e lo fa attraverso la parola “casa”. Casa intesa come nucleo intimo, familiare, come dimora e come bandiera. Casa come territorio, luogo di nascita, di crescita e di sviluppo, ma anche di morte. In casa mia come a casa tua avvengono fatti, eventi, ed è tra quelle mura che spesso si sviluppa la vita, tingendosi di ricordi, che sembrano essere tanto diversi gli uni dagli altri ma che si accordano sotto un unico ed universale aspetto: la nostra ahimè, irrinunciabile umanità, come un requisito al momento indispensabile, e sottolineiamo per il momento, visto che l’A.I. sta facendo passi da gigante, ed i primi impianti cerebrali di microchip sono in corso.

Fino a quando potremmo parlare di umanità? Forse fino a quando potremo aprire le porte della nostra casa all’altro. Quando la bandiera, potrà essere mostrata con orgoglio per raccontare la propria storia, e non per esibire conquiste, o delimitare spazi e confini.

1. *Casa mia* – Ghali – Testo di G. Amdouni – D. Petrella – M. Zocca. Ed. Jimmy/Universal Music Publishing Ricordi/Garage Days/ Eclectic Music Publishing/Music Union – Milano – Napoli – Milano.

L'etimologia di casa, come parola latina, ci rimanda al termine capanna, nella sua estrema semplicità. E non parliamo di una casa di prestigio, ma di una vera e propria capanna, vissuta e trasformata, secondo le esigenze del nucleo familiare che lo abita, e che cresce nutrito di valori e identità.

Attraverso questo modesto focolare, trascorrono le esistenze che si intrecciano nei “prati sempre più verdi e nei cieli sempre più blu”.

Ma cosa succede se “non mi sento tanto bene?”

Mi rivolgo al medico di famiglia, o vado in Pronto Soccorso.

In base alla questione sanitaria affrontata, la persona sarà curata in ospedale oppure a domicilio.

Gli operatori ospedalieri accolgono il paziente nella corsia di riferimento. O di appartenenza. Sono frequenti in effetti le espressioni “Nel mio reparto”, “Nella nostra unità operativa”. Naturalmente l'identità di ciascuno oltre che al proprio essere, alla propria unicità, è strettamente configurabile anche nei luoghi frequentati che fanno da sfondo alle nostre vite. Le ore lavorative sono tante, e di solito a quelle, sono dedicate le ore di maggiore lucidità mentale. Così anche quei luoghi, quelli del proprio lavoro, quelli della propria occupazione, della propria passione, rappresentano una parte di sé. Con il rischio, nemmeno troppo lontano, di confondere quello spazio come il nostro spazio. A maggior ragione se gli anni trascorsi in quella specifica unità operativa sono molti. Ragione per cui, con molta probabilità si rischia di considerare quel luogo come un luogo personale e non pubblico. Il che può portare a numerose conseguenze. Se nella propria abitazione vige l'armonia e il rispetto, questi saranno naturalmente trasferiti nel modello casa-ospedale. Ma se, nella propria abitazione, vige il disordine e la noncuranza, facilmente il vivere un reparto come proprio, non aiuterà proprio nessuno. Naturalmente non possiamo impedire che la frequentazione assidua di un determinato luogo generi un certo attaccamento, ma possiamo sicuramente allenare la nostra attenzione ad evitare che il senso naturale di appartenenza, si trasformi in possesso. Ricordando che la cosa pubblica va arricchita e personalizzata per il bene del paziente, puntando sul principio di giustizia ed equità, non solo perché espressioni del codice deontologico, ma perché rappresentano alcuni tra i valori assoluti della migliore civiltà umana.

A domicilio sono i pazienti che mi accolgono. E quella è casa loro. Sono la professionista che entra piano in punta di piedi in una “Corsia-famiglia” che mi accoglie. La situazione, mi ricorda quanta delicatezza occorre quando si varca una soglia diversa dalla propria.

Quella accoglienza è del tutto speciale, si aprono le porte al professionista, colei/colui pronti ad offrire cure, soluzioni e sostegno. E questa speciale accoglienza mi fa riflettere sulle modalità con le quali si accoglie in ospedale. E se in mezzo alle tante discussioni sui mancati finanziamenti alla sanità pubblica, iniziassimo a parlare della base, ovvero della mancata accoglienza?

A casa, si genera una possibilità in termini di privacy e tempo di cura di qualità. In corsia, la marea di richieste su più fronti, (colleghi, parenti, pazienti), generano un rapporto caotico con la materia prima, primaria e fondamentale con la quale si lavora: la persona.

Questa situazione legata alle crescenti domande di ospedalizzazione, cui corrispondono sempre meno fondi, ha portato il professionista ad essere sempre più veloce ed efficiente, attraverso molteplici strumenti di valutazione che servono ad effettuare le valutazioni nel minor tempo possibile, lasciando però al professionista e al suo buon cuore la possibilità, nel tempo estremamente piccolo e residuo di donare raggi di umanità, a chi altro non chiede.

In questo bisogna sottolineare, che i professionisti ospedalieri, diventano degli esperti nell'ottimizzazione di un sorriso e di una carezza, e conoscono il valore di ogni secondo a disposizione. D'altro canto, è proprio la mancanza di occasioni per esprimere il proprio lato umano che in ospedale, e nel mondo, genera una frustrazione dal peso rilevante.

"La casa dov'è?"

Questa è la mia casa - Jovanotti

Voglio andare a casa – La casa dov'è?

La casa è dove posso stare in pace – lo voglio andare a casa

La casa dov'è? – La casa è dove posso stare in pace

lo voglio andare a casa – La casa dov'è?

La casa è dove posso stare in pace con te – In pace con te

Jovanotti ci interroga: la casa dov'è? La casa qual è? E perché è così importante?

Che la cura avvenga in ospedale oppure a domicilio, sembra essere chiara una cosa in entrambi gli ambiti: sentirsi a casa fa piacere in tutte e due le situazioni. E questo tipo di sensazione così avvolgente, va garantita alla persona. In ospedale cercare di personalizzare il supporto, significa riconoscere un individuo come unico, nonostante la routine spesso asettica ospedaliera, che tende ad uniformare le strutture. Di certo l'infermiere ospedaliero quando si dedica alla personalizzazione di un ambiente fa molta fatica, poiché spesso mancano gli strumenti, o sono davvero scarsi, ma allena l'ingegno per poter garantire una permanenza speciale e magari favorire il recupero attraverso il colloquio con i parenti di un indispensabile corredo costituito dagli oggetti più cari del malato.

Allo stesso modo, è possibile generare bellezza a domicilio. Infatti, è necessario rendere ancora più casa un domicilio bruscamente scosso da notizie sconcertanti, proteggendo il focolare e tutte quelle sensazioni di benessere che hanno governato il nucleo familiare fino a quel momento. Per intenderci: per far casa non è mai troppo tardi. Perché ciò che spesso si sottovaluta è il comfort, detto all'italiana il benessere, l'agio. Sentirsi a proprio agio, permette sia al corpo che alla mente di trovarsi bene e di sentirsi comodi. Favorire la comodità arricchisce qualsiasi essere umano; resta il fatto che per la persona malata e fragile, bisogna agire in fretta: l'agio non può essere considerato una possibilità ed essere preso sottogamba, ma deve essere raggiunto con un certo grado di certezza e tempestività, nel rispetto dell'essere umano e della sua malattia.

Questa disposizione di spirito così grande, e così accogliente, permette al paziente e ai suoi familiari di focalizzarsi sulla sua guarigione, o su una morte dignitosa. Non è forse vero, che casa è anche il luogo dove "tanti garbugli" si risolvono insieme?

Per molti, ma non per tutti. C'è chi vive la casa come una prigionia.

C'è chi casa non la vuole e la rifugge. In questo caso sarebbe come far casa a caso. Non è il caso. Conviene non forzare, meglio diversificare le proposte, e tenersi alcune considerazioni per sé, prima di agire.

La casa ha tanti significati, ed ognuno di noi ne ha uno speciale da attribuire a questo termine. Ogni cosa che ci vive intorno, che possiamo osservare, toccare e anche solo ammirare ci parla. Ogni parola è diversa. I significati, ci aiutano a decodificare la maggior parte delle cose che ci circondano, ma ciò che non dobbiamo mai dimenticare è che l'esistenza di ciascuno ha un vero e proprio vocabolario ignoto al resto del mondo, perché denso di pagine di vita che lui-lei soli hanno vissuto, attraversato e trascorso.

E allora la casa, dov'è? Dove si trova? Lo scarabeo di Wittgenstein ci può aiutare ad orientarci in questo mondo complesso, ognuno ha una scatola uguale agli altri. A tutti viene detto che nelle scatole c'è uno scarabeo. Singolarmente i partecipanti aprono la scatola, nessuno può vedere il contenuto di

un altro, ma tutti possono descrivere agli altri a parole l'oggetto in questione. C'è chi trova un fiore, chi un sasso, chi una briciola. Questi soggetti chiameranno scarabeo tre oggetti differenti, che proveranno a descrivere agli altri. Sono tutti scarabei, ma sono tutti diversi.

Ecco la questione. Parliamo tutti di casa. Ma la casa è costituita da un immaginario segreto fatto da vite tutte diverse e da desideri, sogni e aspettative che ci distinguono gli uni dagli altri, rendendoci irripetibili e straordinari nella nostra umanità.

Possiamo anche affermare, che se per ciascuno i significati sono diversi, è anche vero che per ognuno di noi, gli stessi significati, nel corso del tempo e delle esperienze, si trasformano. Siamo esseri dinamici, in continua evoluzione.

Come se ne esce? Noi essere umani, abbiamo grandi capacità: la parola e l'ascolto. Grazie ad un prezioso equilibrio tra l'eloquio ed il silenzio, l'altro sarà sempre più vicino e così i suoi bisogni più semplici emergeranno insieme ai suoi desideri più profondi.

Christian Bobin richiama molti di noi, a far spazio all'armonia in mezzo a tanto caos attraverso una frase molto efficace: "Noi non abitiamo delle regioni. Noi non abitiamo nemmeno la terra. Il cuore di coloro che amiamo è la nostra vera casa".

E allora viene spontaneo chiedersi: Ma come facciamo ad essere tanto diversi e tanto uguali nello stesso tempo?

Non è forse una palese verità, quella che una casa è costituita principalmente dall'anima delle persone che la abitano? Dai loro respiri, dai loro pensieri, dal loro modo di essere? Quanto spazio occupano le emozioni invisibili, ed è sempre spazio di qualità?

Quando portiamo la nostra professione in una stanza di ospedale, oppure a domicilio, non è sempre facile chiedersi con quale faccia, con quale umore, con quale intenzione entriamo nel mondo dell'altro. Eppure, è un esercizio molto utile che serve per calibrare la modalità con la quale entriamo in contatto con i pazienti, con il mondo della fragilità.

Perché anche noi professionisti siamo partecipi e diretti creatori, per il tempo che abbiamo a disposizione, di quell'aria, di quell'atmosfera, che può alleggerirsi, rimanere uguale, oppure appesantirsi ancora di più. Anche se il tempo è poco: quasi impercettibile in corsia e più palpabile a domicilio, in ogni caso, dovremmo renderci conto che in entrambi gli ambiti, possiamo donare un valore inestimabile.

“Le chiavi di casa”

Le chiavi di casa – Niccolò Fabi

La tua risata è vita – E luce tra le persiane – Regalo di genetica – E domenica di sole
Il caso non è un caso se si ripete – Ogni volta
Così ogni volta ancora io – Ti prenderò – Mano nella mano – Per non perdersi
O restando indietro ad osservarti – Di nascosto
Io ti metto sul piatto – Tutto ciò che conosco – Uno spartito soltanto – Per improvvisare
Un’osteria fuori porta – Con un solo coperto – Fuori una moto che aspetta
Per poi continuare – E una storia per far vivere un incanto – Una chiave per aprirsi dall’interno –
E poi disegno sopra un foglio – col compasso – Un cerchio che ha lo spazio messo a tua disposizione
E protezione – E poi lo strappo – Perché il tuo posto è il centro
Padrone del tuo tempo – Padrone di te stesso – E se sapessi che un pericolo
È un pericolo per davvero – Saprei più precisamente – Quale scivolo evitarti
Tu prenditi i tuoi rischi – Tanto amandosi raddoppiano per forza le ragioni
Per cui possono ferirti – Stai attento alle correnti – E non scordarti – Le chiavi di casa²

Questa canzone, che introduce il capitolo, sembra una lettera di un paziente dedicata a quella persona, a quel professionista che porta la sua risata come segno distintivo nella divisa e che insieme al suo sapere, alla tecnica e alla sua professionalità, è LUCE TRA LE PERSIANE. Persiane di casa, o persiane immaginarie per esempio: quelle di una porta che separa una camera da una corsia.

Quali sono le chiavi di casa, ovvero gli strumenti che l’infermiere può adottare a domicilio o in corsia, per meglio assistere e per meglio accogliere?

“Il caso non è caso se si ripete ogni volta”. Questo per ricordare che anche un sorriso portato ogni giorno sul luogo di lavoro, non è un caso se si ripete ogni volta.

Un sorriso che se donato costantemente richiede una fatica notevole, più di qualsiasi tecnica infermieristica che, una volta appresa responsabilmente, avviene in automatico; un atteggiamento solare che fa parte di una valigia invisibile di attrezzi indispensabili che ogni persona può procurarsi, e che può portare con sé giorno per giorno, indipendentemente dalle tempeste emotive che possono abbattersi sul nostro vivere. E quando parliamo di strumenti, il sorriso, è uno tra quelli. Di uso non facile, ma che si può imparare, osservare e col tempo farlo proprio.

Uno studio di Nicholas Coles, ricercatore della Stanford University dimostra che il sorriso si può forzare, perché poi possa via via essere sempre più naturale attraverso l’impiego di tre gruppi: il primo forzava il sorriso con una penna tra i denti, il secondo attraverso l’imitazione di attori che sorridevano, il terzo, doveva muovere gli angoli della bocca verso le orecchie e sollevare le guance usando i muscoli del volto.

Tutto questo a dimostrazione che il buon umore deriva dal vivere esperienze positive. Esperienze rosee che possono naturalmente scarseggiare in alcuni periodi; e allora, niente paura, il sorriso si può indurre, e provare un imprevedibile piacere.

2. Testo e musica di Niccolò Fabi.

“Restando indietro ad osservarti di nascosto”

Rimane un utile consiglio per la professione.

Come i quadri che si vedono meglio nella loro interezza, soltanto allontanandosi un po'. Lo stesso vale per il professionista, invitato a creare una piccola distanza, necessaria per osservare prima, raccogliere i dati poi, e nel frattempo riflettere su quanto accaduto.

Fare un passo indietro per andare avanti con più consapevolezza.

Restare indietro, e avere a che fare col tempo: in un mondo tutto di fretta, ed il mondo sanitario non è escluso da questa folle corsa, questa modalità, consente di fare il punto e, non solo sul paziente come abbiamo visto precedentemente, ma anche su di noi. Che si tratti di corsia o di domicilio, rallentare non è più un consiglio, ma un vero e proprio salvavita per il paziente, perché ha a che fare con un infermiere più consapevole.

Allo stesso modo un infermiere che rallenta, è un infermiere che si salva dal burnout a cui quotidianamente è esposto.

E se il fattore tempo risulta sfavorevole in ambito ospedaliero rispetto a quello domiciliare, ricordiamoci che siamo sempre noi i padroni del nostro tempo e come professionisti sanitari, abbiamo la responsabilità e la facoltà di gestirlo: allargandolo o accorciandolo, a seconda della situazione e del contesto. Riappropriarci dei tempi giusti, giusti per il paziente e giusti per noi è una sfida difficile, considerati i pesanti tagli alla sanità. Ma occorre tenere sempre in mente questo ideale, per battere nuovi sentieri di best-practice, respiro, salute e giustizia.

“E una storia per far vivere un incanto Una chiave per aprirsi dall'interno”.

Un incanto si vive attraverso una storia. A volte siamo noi la storia, e i pazienti ce la leggono addosso, come se fossimo fatti da mille pagine svolazzanti che parlano anche se non lo vogliamo. In altri momenti invece siamo noi che portiamo racconti, aneddoti o semplicemente fatti che abbiamo scoperto al mattino prima di entrare in ospedale o in una casa, e proviamo a condividerli con cura e come meglio possiamo. Quelle storie, quelle vicende che portiamo, non sono 'Altro' da noi, ma siamo noi. Gabriel Garcia Marquez, non si sbagliava quando diceva nella sua autobiografia “La vita non è quella che si è vissuta, ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla”. E allora, comprendiamo bene, che le storie che raccontiamo e sottolineo anche quelle che ci raccontiamo, assumono un valore fondamentale nel rapporto comunicativo, e in quello più intimo e segreto con la nostra persona.

Come si fa, viene nuovamente da chiedersi.

Considerato che non esistono soluzioni definitive né rimedi efficaci per ogni situazione, ancoriamoci per un secondo al Talmud, il testo delle grandi tradizioni giudaiche, per sostare su un passo di notevole spessore, che non offre vie d'uscita definitive, ma un'evoluzione, questo sì, nel nostro modo di esistere e di stare al mondo.

“Sta attento ai tuoi pensieri, perché diventano parole. Sta attento alle tue parole perché diventano le tue azioni. Sta attento alle tue azioni, perché diventano le tue abitudini.

Sta attento alle tue abitudini perché diventano il tuo carattere. Sta attento al tuo carattere perché diventa il tuo destino.”

Sarebbe bello interiorizzare questi versi dentro di noi per farli diventare carne della nostra carne, anzi no: cervello del nostro cervello. Perché si tratta di riflettere, e di mantenere una vigilanza costante sul nostro pensiero e di conseguenza sulle nostre parole. Che non sono più solo le nostre dal momento in cui entrano in circolo, ma diventano le parole di tutti, di coloro che ascoltano e interagiscono. E fanno parte del tutto, poiché appartengono anche all'aria, agli alberi e alla strada che le accoglie.

Accarezzare la complessità: conclusioni mai concluse Nevicano gli anni – Chandra Livia Candiani

Nevicano gli anni
la schiena trascina bauli
di fiocchi di neve
eppure ogni giornata
è un capolavoro in sé compiuto
che tace. Molte cose la poesia
ignora di me. Molte cose
io ignoro della poesia.
Come stranieri venuti
da luoghi lontani
reciprocamente ci stupiamo
dei nostri modi di stare al mondo.³

Nevicano gli anni, e quel candido poggarsi lieve per divenire parte del tutto incanta: non esiste un fiocco di neve uguale all'altro, ed un tempo uguale ad un altro. Questa splendida poesia ci riporta alla bellezza della complessità, che da qui, dalla nostra finitudine riusciamo soltanto ad indovinare. Una complessità tutta da immaginare e da credere, con occhi curiosi, con uno spirito di ricerca vivace, autentico.

Come si fa a ritrovare quello stato di sorpresa, che, come un guizzo, solleva la vita, quello che le dona senso, aprendola ad infiniti significati possibili?

Un piccolo suggerimento ci arriva dalla poesia appena letta di Chandra Candiani.

“Come stranieri venuti da luoghi lontani”.

E che fosse proprio questo il punto?

Non è forse vero che in terra straniera, o durante un viaggio, i dettagli fotografati con i nostri occhi sono molteplici, e la nostra memoria sembra un'altra rispetto alla vita di tutti i giorni: pronta ad incanalare qualsiasi tipo di informazione?

Sentirsi in terra straniera sempre, perché quel fuoco, quello del rovelto ardente, possa rimanere sempre acceso, e spingerci ad essere migliori per gli altri, e non di meno per noi stessi. Un fuoco pronto ad attivarci e a trovare soluzioni sempre nuove. Che si lavori in corsia o a domicilio, non importa. L'importante è che si sia sempre curiosi e a completa disposizione della nostra anima e del nostro intelletto, questo sì, poiché non chiedono altro: essere risvegliati dal torpore in cui la routine che appiattisce lo scorrere delle stagioni ci vorrebbe far credere che i giorni siano uguali agli altri; e invece no. Sono e siamo come fiocchi di neve. Uno diverso dall'altro.

Che si arrivi dal domicilio o dalla corsia ospedaliera la cooperazione e lo scambio di competenze tra professionisti, non potrà che arricchire il gruppo dando luogo a sua volta, ad una forma complessa più matura ed evoluta e preparata ad affrontare nuovi confronti, ed eventi che inevitabilmente la vita

3. Testo di Chandra Livia Candiani.

pone sul cammino di tutti. Non esiste un luogo più semplice di un altro in cui operare, come non esistono formule magiche per sentirsi sempre pronti e sempre all'altezza.

L'ospedale possiede delle risorse che il domicilio non ha e viceversa.

Sul territorio, le possibilità di riflettere senza troppa pressione in un ambiente che ne facilita il processo è di fatto un valore aggiunto. In ospedale, il supporto di numerosi specialisti e colleghi e la disponibilità 24H su 24 di strutture e apparecchiature, rendono il lavoro multidisciplinare interessante, benché spesso svolto sull'onda di ritmi caotici e debilitanti.

Ma se ad essere la priorità è la persona fragile, è certo che l'assistenza 5.0 del futuro sarà tutta a domicilio, e avanzerà in un tripudio di personalizzazione, telemedicina e telenursing. E già che ci siamo, presumo anche teleoss giustamente.

“Reciprocamente ci stupiamo dei nostri modi di stare al mondo”. E questo stupore, nasce dallo scambio, dalla relazione con l'altro e dalla capacità di saper trasmettere, (un'arte anch'essa) in grado di sostenere in prima istanza il singolo e la famiglia, in tutti quelli che sono i bisogni espliciti, e quelli sottaciuti; secondariamente in maniera così incredibile si assiste ad un processo evolutivo, che consiste nel poter tastare con mano uno o più cambiamenti nello stile di vita del paziente.

La nostra professione in qualsiasi ambito venga esercitata, necessita di Passeurs, ovvero di traghettatori, che siano in grado di stimolare la curiosità, la ricerca, la verità; persone che costruiscano incessantemente ponti intergenerazionali e culturali. Passeurs che ci spingano verso l'autentico, che ci suggeriscano i percorsi da intraprendere senza farsi maestri, senza cercare consensi. Persone che educano, ovvero conducono fuori, e che ci dimostrino come la trasmissione, in qualunque forma essa avvenga, sia una grande eredità, un valore che va avanti da millenni e che dobbiamo continuare a proteggere ma non in una teca o sottovuoto: il significato che si apre all'aria ed è esposto alle correnti profuma le esistenze, e le trasforma in un testo dove i titoli diventano solo nostri.

E allora Ghali ci perdoni se “Casa mia casa tua” diventa “Fai come se fossi a casa tua”. Jovanotti invece, possa sorriderci mentre diciamo che “Questa è la mia casa ed è dove sei tu”; e infine, Niccolò Fabi possa comprenderci se gli diciamo che “Perdere le chiavi di casa di tanto in tanto fa bene”.

Ospedale e domicilio continueranno ad essere legati e a parlarsi, perché interdipendenti; ciò che rende davvero speciale la nostra professione credo sia l'intenzione. Ovvero la propensione e la volontà di sostenere, ascoltare, risolvere e ampliare quotidianamente dei cammini di senso. Cammini in cui inevitabilmente siamo coinvolti, perché di frequente, diventiamo passo, dove la marcia non è possibile, e sentiero quando la vista è offuscata dal troppo dolore.

Bibliografia

- LYTTA BASSET, *Dal non senso alla gioia*, Magnano, Qiqajon, 2017.
- CHRISTIAN BOBIN, *Noi non abitiamo regioni*, Otranto, Anima Mundi, 2018.
- EUGENIO BORGNA, *La fragilità che è in noi*, Torino, Einaudi, 2014.
- CHANDRA CANDIANI, *Pane del bosco*, Torino, Einaudi, 2023.
- WALTER CARD, *Kasper, La sfida della misericordia*, Magnano, Qiqajon, 2015.
- LIA CELI, ANDREA SANTANGELO, *Mai stati meglio, guarire da ogni malanno con la storia*, Milano, Utet, 2014.
- MARTIN COHEN, *Lo Scarabeo di Wittgstein*, Roma, Carocci, 2006.
- DUCCIO DEMETRIO, *Autoanalisi per non pazienti*, Milano, Raffaello Cortina, 2003.
- ANNE DUFOURMANTELLE, *La potenza della dolcezza*, Milano, Vita e Pensiero, 2022.
- EMMANUEL FAURE, *Sinfonia dell'umiltà*, Magnano, Qiqajon 2021.
- GABRIEL GARCÍA MÀRQUEZ, *Vivere per raccontarla*, Milano, Mondadori, 2004.
- LUIGINA MORTARI, *La sapienza del cuore*, Milano, Raffaello Cortina, 2017.
- KARL POPPER, *Le fonti della conoscenza e dell'ignoranza*, Bologna, Il Mulino, 2000.
- ROBERTA SALA, *Etica e bioetica per l'infermiere*, Roma, Carocci, 2005.
- NATHALIE SARTHOU-LAJUS, *L'arte di trasmettere*, Magnano, Qiqajon, 2018.

Discografia

- GHALI, *Casa mia*, Warner Music Italy, 2024.
- JOVANOTTI, *Questa è la mia casa*, Universal Music Italia, 1997.
- NICCOLÒ FABI, *Le chiavi di casa*, Universal Music Group, 2016.



H I C E T N U N C

eCAMPUS
UNIVERSITÀ

S A P E R E A U D E

AREA SANITARIA UNIVERSITÀ eCAMPUS

1. MASTER A.A 2025/26:

▪ GESTIONALE E DELL'INNOVAZIONE

- Aspetti giuridici, medico legali e relazionali della professione sanitaria; I livello
- Aspetti giuridici, medico legali e relazionali della professione sanitaria; II livello
- Case manager; I livello
- Esperto in salute, sicurezza e ambiente nei luoghi di lavoro pubblici e privati – HSE manager; I livello
- Esperto in salute, sicurezza e ambiente nei luoghi di lavoro pubblici e privati – HSE manager; II livello
- Gestione dell'area socio educativa e socio sanitaria; I livello
- Gestione dell'area socio educativa e socio sanitaria; II livello
- Gestione e coordinamento dell'area socio sanitaria; I livello
- Il professionista sanitario nell'attività forense: perizia, consulenza tecnica d'ufficio (CTU) e consulenza di parte; I livello
- Infermiere di famiglia e comunità; I livello
- L'ostetrica di comunità; I livello
- Management per il coordinamento delle professioni sanitarie; I livello
- Management per la direzione di struttura complessa; II livello
- Management per la gestione di organizzazioni sanitarie; II livello
- Manager 4.0 in sanità; I livello
- Risk management e total quality management in sanità; II livello
- Risk management in sanità; I livello
- Sanità digitale e telemedicina; I livello
- Master in Gestione, Coordinamento e Innovazione dei Servizi per la Disabilità; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE

▪ CURA E ASSISTENZA IN SANITÀ

- Assistenza in pneumologia e nella riabilitazione respiratoria; I livello
- Assistenza infermieristica in terapia intensiva; I livello
- Operatore sanitario specializzato nell'assistenza cardiovascolare; I livello
- L'infermiere specializzato nell'emergenza-urgenza sanitaria territoriale e ospedaliera; II livello
- Formazione infermieristica di ambito psichiatrico; I livello
- Gestione delle cure palliative e della terapia del dolore; I livello

Università eCampus - Decreto MIUR 30 gennaio 2006

Novedrate (Co) 22060, Via Isimbardi 10 Tel. 031 79421; **Torino** 10128, C.so Duca degli Abruzzi 3 Tel. 011 5622967;
Padova 35131, Galleria Berchet 4 Tel. 049 659293; **Firenze** 50129, Via S. Gallo 103 Tel. 055 4620062; **Roma** 00182, Via Matera 18 Tel. 06 69940111; **Napoli** 80133, Via Campodisola 16 Tel. 081 4203121; **Bari** 70124, Piazza Giulio Cesare 13 Tel. 080 5574545; **Reggio Calabria** 89100, Via Cavour 12 Tel. 0965 895224; **Palermo** 90139, Via Principe di Belmonte 105 Tel. 091 583046; **Cagliari** 09125, V.le Regina Margherita 30 Tel. 070 650443; **Catania** 95129, V.le Africa 170/A Tel. 095 7462175
C. Fiscale 90027520130; www.uniecampus.it ; info@uniecampus.it



H I C E T N U N C

eCAMPUS
UNIVERSITÀ

S A P E R E A U D E

- Gestione multidisciplinare delle lesioni cutanee: dalle lesioni semplici alle lesioni non-healing; I livello
 - Il piede diabetico; I livello
 - La gestione delle infezioni acquisite in comunità; I livello
 - La medicina estetica; I livello
 - La medicina estetica; II livello
 - L'infermiere in neonatologia; I livello
 - Medicina estetica e anti aging; II livello
 - Nutrizione clinica e applicata; II livello
 - Nutrizione e dietologia; I livello
 - Esperto in accessi vascolari; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE
 - Chirurgia orale e implantologia; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE
 - Medicina Estetica e Armonizzazione del volto per odontoiatri; II livello – NUOVA ATTIVAZIONE
 - Master infermiere di sala operatoria; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE
 - Master disturbi del sonno; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE
- RIABILITATIVA E MOTORIA
- Biomeccanica e interferenze neurofisiologiche alla postura; I livello
 - Nep trainer – specialista della neuroeducazione e dell'apprendimento motorio nella disabilità e nella neurotropicità; I livello
 - Osteopatia; I livello
 - Fisioterapia e riabilitazione nei disturbi muscoloscheletrici;
 - Scienze motorie in sanità; I livello
 - Esperto in disabilità e sport terapia; I livello
 - Valutazione motoria e posturale; I livello
- AREA PSICO-SOCIALE
- Sanità 4.0: esperto nella gestione dello spettro autistico; I livello
 - Disturbi del comportamento alimentare; I livello
 - Gestione della violenza in ambito sociale, sanitario ed educativo; I livello
 - Gestione della violenza in ambito sociale, sanitario ed educativo; II livello
 - Lo psicologo di comunità; I livello
 - Esperto in psicogeriatrica; I livello
 - Arteterapia; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE
 - Esperto in Medicina Narrativa e ricerca narrativa nella pratica clinica: tecniche, strumenti e ambiti di applicazione; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE

Università eCampus - Decreto MIUR 30 gennaio 2006

Novedrate (Co) 22060, Via Isimbardi 10 Tel. 031 79421; **Torino** 10128, C.so Duca degli Abruzzi 3 Tel. 011 5622967;
Padova 35131, Galleria Berchet 4 Tel. 049 659293; **Firenze** 50129, Via S. Gallo 103 Tel. 055 4620062; **Roma** 00182, Via Matera 18 Tel. 06 69940111; **Napoli** 80133, Via Campodisola 16 Tel. 081 4203121; **Bari** 70124, Piazza Giulio Cesare 13 Tel. 080 5574545; **Reggio Calabria** 89100, Via Cavour 12 Tel. 0965 895224; **Palermo** 90139, Via Principe di Belmonte 105 Tel. 091 583046; **Cagliari** 09125, V.le Regina Margherita 30 Tel. 070 650443; Catania 95129, V.le Africa 170/A Tel. 095 7462175
C. Fiscale 90027520130; www.uniecampus.it ; info@uniecampus.it



H I C E T N U N C

eCAMPUS
UNIVERSITÀ

S A P E R E A U D E

▪ AREA MEDICINA INTEGRATIVA

- Il benessere globale: medicina alternativa come supporto alla medicina tradizionale; I livello
- Hirudoterapia; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE
- Fitoterapia clinica; II livello – NUOVA ATTIVAZIONE
- Fitoterapia generale e clinica; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE
- Etnomedicina; I livello – NUOVA ATTIVAZIONE

2. CORSI DI PERFEZIONAMENTO A.A 2025/26:

- Approcci integrati e pratiche cliniche per l'autismo: formazione per operatori sanitari
- Esperto in salute, sicurezza e ambiente nei luoghi di lavoro pubblici e privati – HSE manager – NUOVA ATTIVAZIONE

3. CORSI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE A.A 2025/26:

- Alta specializzazione in cinestetica applicata in sala operatoria
- Alta specializzazione Fisioterapista Ortokinetic
- Alta Specializzazione Dissezione anatomica su cadavere
- Progetto Tutorship 10.0 per l'esame di Stato: "Biologia avanzata: dalla teoria alla pratica"

4. ECM: PIANO 2025:

- Profili di responsabilità civile e penale in ambito sanitario – II edizione – 10 ECM
- Disturbi del comportamento alimentare e mindful eating – 10 ECM
- Intelligenza artificiale, telemedicina e metaverso – II edizione – 10 ECM
- Gestione di situazioni lavorative critiche, stress e burnout – II edizione – 10 ECM
- Umanizzazione delle cure – II edizione – 10 ECM
- Fragilità e violenza – 10 ECM
- Modelli e tecniche comportamentali nell'autismo – 10 ECM
- Convegno NEP Trainer, innovazione e inclusione nell'apprendimento motorio: dalla relazione one to one alla piscina inclusiva – 6 ECM

5. FORMAZIONE MANAGERIALE:

- Corso per Dirigente di Struttura Complessa in collaborazione con Polis Lombardia
- Corso Rivalidazione Manageriale in collaborazione con Polis Lombardia

Università eCampus - Decreto MIUR 30 gennaio 2006

Novedrate (Co) 22060, Via Isimbardi 10 Tel. 031 79421; **Torino** 10128, C.so Duca degli Abruzzi 3 Tel. 011 5622967;
Padova 35131, Galleria Berchet 4 Tel. 049 659293; **Firenze** 50129, Via S. Gallo 103 Tel. 055 4620062; **Roma** 00182, Via Matera 18 Tel. 06 69940111; **Napoli** 80133, Via Campodisola 16 Tel. 081 4203121; **Bari** 70124, Piazza Giulio Cesare 13 Tel. 080 5574545; **Reggio Calabria** 89100, Via Cavour 12 Tel. 0965 895224; **Palermo** 90139, Via Principe di Belmonte 105 Tel. 091 583046; **Cagliari** 09125, V.le Regina Margherita 30 Tel. 070 650443; **Catania** 95129, V.le Africa 170/A Tel. 095 7462175
C. Fiscale 90027520130; www.uniecampus.it ; info@uniecampus.it

