



LA VOCE DEL DSM

Notizie e progetti del Dipartimento di Salute Mentale - Supplemento all'house organ aziendale, gennaio 2012 Anno II numero 1

L'INFERNO DELLA CONCORDIA UN TRAUMA PSICOLOGICO



L'inferno della Concordia ha colpiti tutti. Noi abbiamo voluto dedicare a questo dramma un numero speciale grazie a un significativo contributo firmato dai colleghi Vito Tummino e Isabel Fernandez che hanno analizzato il fatto con occhi particolari. E soprattutto raccogliendo la testimonianza di una sopravvissuta che tornata a Como ha partecipato a una seduta.

SOMMARIO

L'inferno della Concordia

Effetti psicologici
in caso di evento traumatico

Le reazioni psicologiche

La testimonianza

di VITO TUMMINO*
e ISABEL FERNANDEZ**

Di fronte all'isola del Giglio si è consumata un'esperienza traumatica, la notte di venerdì 13 gennaio, per 4.228 persone che erano a bordo della nave da crociera Costa Concordia. La grande nave è andata a sbattere sugli scogli e centinaia di persone hanno dovuto salvarsi con le scialuppe di salvataggio e i mezzi di soccorso sopraggiunti. Il bilancio ufficiale provvisorio al termine è di 15 morti e 21 dispersi; decine i feriti. La nave è adagiata di fronte all'isola per più della metà sott'acqua. Le persone tratte in salvo o soccorse sono state accolte dalla popolazione locale. Le operazioni di soccorso sono state effettuate nella notte e le ricerche dei dispersi sono proseguite ininterrottamente. "Sembrava il Titanic" è la frase che si rincorreva fra i superstiti. Lo sconvolgimento in una spensierata serata di vacanza arriva all'ora di cena, quando le circa 4.229 persone a bordo della nave erano a tavola ai ristoranti o avevano appena terminato il pasto: uno scossone e il tempo di capire che qualcosa di grave sta accadendo e l'invito poco dopo ad indossare i salvagente e avviarsi ai ponti di riunione, «per precauzione». Nel salone ristorante e al teatro inizia il fuggi fuggi, qualche bambino piange, altri urlano. Poi il comandante annuncia che c'è stato un guasto al sistema del generatore elettrico e che stanno già lavorando per aggiustarlo in fretta. Ma non tutti sono tranquilli dopo la rassicurazione del comandante e ci si accorge che la nave comincia a inclinarsi, «anormale per un guasto elettrico», e i bicchieri non stanno più dritti sul tavolo. Tutti attendono altre comunicazioni. Quando poi arriva l'invito a indossare i salvagente e avviarsi sul ponte, davanti alle scialuppe tutto cambia. «Solo una misura preventiva» - rassicura qualcuno dell'equipaggio, secondo i testimoni - ma sulla Concordia, su cui viaggiano numerose famiglie con bambini, comincia a seminarsi una certa apprensione. A un certo punto, si ode il segnale di abbandonare la nave, 7 squilli brevi e uno lungo, si calano le scialuppe e l'allarme aumenta. Alla fine si diffonde la notizia che la nave si è incagliata e che sta imbarcando acqua. Qualche spintone per salire sulle scialuppe sovraffollate, pianti

e grida. «Scene da Titanic» e anche tra i viaggiatori della Concordia è chiaro che la nave aveva urtato qualcosa, altro che guasto elettrico. Durante l'evacuazione alcuni passeggeri si sono buttati in acqua, qualcuno forse vi si è lanciato mentre la Concordia si inclinava sempre più, e ha dovuto affrontare il freddo del mare e della notte. Sul luogo della tragedia sono intervenuti la Guardia di finanza, la Capitaneria di porto, i vigili del fuoco con i sommozzatori, i militari del Quarto Stormo. Tutte le altre forze dell'ordine e sono stati messi a disposizione mezzi navali per il trasporto dei superstiti. Una «tragedia che sconvolge».



La Compagnia Costa Crociere spiega così l'incidente avvenuto nella notte a Costa Concordia: «Il primo pensiero - si legge in una nota diffusa dalla compagnia genovese - va alle vittime: vogliamo esprimere il nostro cordoglio e la nostra vicinanza ai loro familiari e amici». Costa Crociere «collaborerà con la massima disponibilità con le autorità competenti per verificare le cause» dell'incidente. «Le procedure di emergenza per evacuare la nave - aggiunge Costa - sono scattate immediatamente», ma «l'inclinazione che ha assunto progressivamente la nave ha reso le operazioni estremamente difficoltose. In questo momento - sottolinea ancora la compagnia genovese - tutti i nostri sforzi sono concentrati nelle ultime operazioni di emergenza, oltre che nell'offrire assistenza agli ospiti e all'equipaggio che erano a bordo della nave per farli rientrare al più presto a casa».

EFFETTI PSICOLOGICI IN CASO DI EVENTO TRAUMATICO

Il trauma è definito come un evento vissuto al di fuori della norma (estremo, violento,

lesivo) che minaccia o ferisce l'integrità fisica e/o psichica di un singolo o di un gruppo di persone (DSM-IV). Come reazione immediata all'evento traumatico, il nostro corpo e la nostra psiche reagiscono mettendo in atto meccanismi di autoconservazione. Di frequente infatti, la percezione del pericolo scatena come di riflesso la secrezione di ormoni stressori dalla corteccia cerebrale alle strutture ipotalamo-ipofisarie. L'ipotalamo, in seguito alla percezione della paura, lancia nel corpo impulsi che fanno scattare una reazione globale. Avviene l'emissione di adrenalina, l'accelerazione cardiaca, la redistribuzione vascolare a vantaggio dei muscoli. A questa prima risposta, immediata e breve, ne segue una seconda costituita da scariche ormonali che permettono di assicurare il ricambio energetico necessario al proseguimento delle attività fisiche. La percezione del dolore diminuisce, l'individuo traumatizzato è fisicamente pronto alla fuga o alla lotta, cioè in massima allerta. Un altro comportamento automatico usato per fronteggiare la paura è la catalessi, in conseguenza della quale chi è minacciato rimane assolutamente immobile e insensibile agli stimoli sensoriali. Come ogni emozione, la paura può provocare effetti contrastanti a seconda degli individui e delle circostanze, a volte persino alterne nella stessa persona: accelerazione rapida delle pulsazioni cardiache o un loro rallentamento, una respirazione troppo rapida o troppo lenta....

A livello psicologico, contemporaneamente, la concentrazione si focalizza verso l'esterno e le emozioni vengono "staccate" dall'evento. Terminato l'evento traumatico, queste reazioni non cessano improvvisamente: l'agitazione somatica, la dissociazione delle emozioni e i ricordi ricorrenti intrusivi tendono a diminuire di frequenza e intensità nell'arco di un mese. Se durano più a lungo, si attribuiscono ad una sindrome post-traumatica (Post Traumatic Stress Disorder, PTSD). Spesso vi si associano strategie e comportamenti di evitamento per ridurre la comparsa di ricordi intrusivi ricorrenti che riportano in tutta attualità la sintomatologia di una reazione acuta. Subentrano disturbi psicosomatici o somatoformi che vanno a colpire gli organi più deboli, molto spesso si manifestano disturbi del sonno e irritabilità.

Ansietà, nervosismo, attacchi di panico e depressione possono esserne la conseguenza. Con la persistenza di questa sintomatologia è facile l'abuso di tranquillanti o di alcool; inoltre, con il tempo è possibile notare un deterioramento nell'ambito lavorativo e sociale.

COSA E' SUCCESSO SULLA COSTA CONCORDIA?



In questi giorni abbiamo seguito sulla stampa il disastro della Crociera Costa e date le caratteristiche di questo incidente, le reazioni di stress vissute dalle persone coinvolte ed esposte possono portare a disturbi post-traumatici che potrebbero durare a lungo. Infatti, non bisogna sottovalutare le conseguenze del vissuto di pericolo e la paura di morire che inevitabilmente può aver colpito tutti, adulti e bambini. Successivamente, il ricordo di quei momenti, può essere elaborato naturalmente con il passare delle settimane. In alcuni casi, però, può perdurare fino a svilupparsi un Disturbo post-traumatico vero e proprio. La sintomatologia più comune può consistere in insonnia, tensione, difficoltà a pensare al futuro in maniera positiva e un senso continuo di minaccia. Potrebbero sviluppare in alcuni casi crisi di ansia o attacchi di panico. Un'esperienza traumatica va elaborata con il supporto di psicologi che possano fare degli interventi psicosociali o agire con metodologie che permettano l'elaborazione di un trauma in modo mirato. Uno degli obiettivi della psicologia dell'emergenza è quello di supportare in modo specialistico le persone che hanno vissuto delle esperienze traumatiche, sia individuali che collettive. Il supporto

psicologico deve essere mirato a stabilizzare nella fase acuta, attenuare le risposte allo stress, mobilitare le risorse delle persone coinvolte, normalizzare e facilitare il recupero della loro funzionalità e fornire un'occasione di valutazione dello stato emotivo delle persone e di eventuali bisogni di follow up. L'intervento psicologico nell'emergenza deve quindi seguire e tener conto delle fasi del processo di traumatizzazione. Per esempio, immediatamente dopo il trauma, nelle prime 48 ore successive, lo stato psicologico del soggetto è oscillante tra la dissociazione la confusione e l'incredulità, un intervento basato sul solo dialogo non avrebbe efficacia quindi.

In questa fase bisogna stimolare in un primo momento i processi naturali che tendono a calmare la persona e a ristabilire l'equilibrio, riducendo la dissociazione che può esserci in atto, favorendo il contatto con il corpo e con gli stimoli ambientali e aumentando la consapevolezza corporale. In una seconda fase quando le persone hanno sintomi intrusivi, è importante che l'evento venga rivissuto, per poter rielaborarlo e risolvere il disagio (Foa, 1990).

E' fondamentale che le vittime del trauma ristabiliscano contatto con il loro sistema naturale di supporto sociale, essi hanno bisogno di essere aiutati con rifugio, generi di conforto ed altro. A questo punto gli interventi psicologici possono essere necessari. Le persone hanno bisogno di conseguire una sicurezza tale da esporre con esattezza i problemi che hanno affrontato, nominarli e formulare le soluzioni appropriate. E' importante parlare con loro delle paure irrazionali che sono parte del disturbo. Se l'ansia domina hanno bisogno di rafforzare le capacità di coping (adattamento). Devono avere una certa distanza dagli input sensoriali ed emozioni legate al trauma per osservarle ed analizzarle senza avere iperarousal o evitamenti. Devono trovare un linguaggio per comprendere e comunicare le loro esperienze. Per metterlo in un'altra prospettiva la vittima ha bisogno di riviverla senza sentirsi impotente. Questa terapia espositiva riduce i sintomi e aiuta a capire che ricordare il trauma non vuol dire riviverlo e che la esperienza ha un inizio, un decorso e una fine.

In genere sono presenti aspetti dei seguenti 3 elementi: ripetersi del rivivere i ricordi dell'esperienza, in immagini, odori, suoni e sensazioni fisiche.



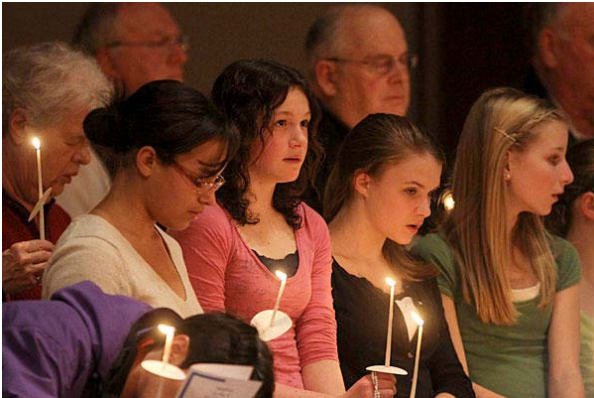
Questo si accompagna di stati fisiologici estremi di iper e ipo arousal e da stress psicologico, sperimentando tremori, pianto, paura, rabbia, confusione o paralisi, che portano ad auto biasimo e alienazione.

Un pattern di arousal elevato, ipervigilanza, irritabilità, problemi di memoria e di concentrazione, disturbo del sonno e una risposta esagerata di startle (spavento). L'iperarousal (ipereccitazione) porta i traumatizzati a essere molto stressati per piccole irritazioni. Le loro percezioni confondono il presente e il passato traumatico, quindi reagiscono a piccole frustrazioni come se fossero eventi traumatici. Sono importanti 3 passi nel trattamento del PTSD: infondere una sensazione di sicurezza, trasferire strumenti per la gestione dell'ansia e facilitare l'elaborazione emozionale.

Le reazioni agli eventi traumatici cambiano quindi nel tempo. E' primariamente il proprio contesto sociale che ri-stabilisce la sensazione di sicurezza vitale per un recupero ottimale. Il supporto può venire da chiunque che può aiutare quando le proprie risorse falliscono. E' importante recuperare il senso di sicurezza e di fiducia, e di sentire protezione effettiva. Deve rimanere l'identità di prima, continuare a lavorare e ad amare come prima, farsi coinvolgere nelle cose della vita e con una buona apertura verso gli altri. Le persone non colpite immediatamente e direttamente dalla tragedia non hanno danni a lungo termine. Quelli a più rischio di danno permanente sono persone direttamente esposte.

E' importante tenere presente che il disagio è una comune risposta ad uno stimolo traumatico eccezionale ed esistono modalità

d'intervento in grado di lenire considerevolmente tale sofferenza. Uno dei fattori spontanei a livello sociale e culturale è quello relativo all'aiuto e sostegno da parte di familiari, amici e colleghi. Le persone che hanno vissuto un'esperienza traumatica devono avere la possibilità di comunicare con le persone care, perché questo può influire sulla risposta.



C'è quindi la capacità negli umani di recuperare dai traumi psicologici così come il corpo ha la possibilità di guarire e recuperare. Questo processo è noto come resilienza.

La differenza critica tra un evento stressante ma normale e il trauma è la sensazione di impotenza (helplessness) di cambiare il risultato. Infatti, se il soggetto ha la sensazione di avere una buona quantità di controllo su quello che sta succedendo è preferibile. Ma se la sensazione è quella di una catastrofe imminente allora si sperimenta una paura intensa e una sensazione di perdita e di solitudine: situazione di gran lunga peggiore per il soggetto.

Gli eventi traumatici o critici (critical incident) sono stati definiti da Jeff Mitchell (1996) come qualunque situazione che porta le persone a provare reazioni emotive particolarmente forti, tali da interferire con le loro capacità di funzionare sia al momento che in seguito. Le fasi del trauma che il soggetto attraversa sono varie, vanno dall'iniziale reazione di allarme, allo shock o disorganizzazione mentale, all'impatto emotivo che colpisce entro un paio di giorni dall'evento. L'intensità delle reazioni tende a crescere e a calare successivamente nel tempo, con un picco durante le prime settimane, seguito da una riduzione graduale. La fase di adattamento inizia quando

l'individuo cerca di affrontare, comprendere, rielaborare l'impatto emotivo dell'evento, chiedendosi e riflettendo sulle cause, su "cosa sarebbe successo se...", cosa fare eventualmente per affrontare lo stesso evento in futuro e sulle sue capacità di farlo. Poi entra nella fase di accettazione e risoluzione fino ad arrivare ad imparare a convivere.

Ciò nonostante, quello che per una persona è un evento critico, potrebbe non esserlo per altri. In genere solo una piccola minoranza di vittime di trauma sviluppa gravi difficoltà o rientra in una diagnosi di seri disturbi emotivi (Davidson & Baum, 1994). Yehuda (1993) ritiene che la percentuale di soggetti che sviluppano disturbi di questo tipo sia tra il 25% ed il 33%. È impossibile prevedere chi soffrirà di PTSD in una certa situazione, è però noto che alcuni fattori che avvengono prima, in concomitanza o successivamente all'evento possono contribuire all'insorgenza di questo disturbo. Tra questi troviamo l'identificazione personale con l'evento, ossia la vicinanza psicologica che il soggetto può percepire.

L'imprevedibilità dell'evento, che si presenta senza alcun livello di preavviso e la gravità ed intensità dell'evento (grado di esposizione e vicinanza fisica) sono altri aspetti chiave nello sviluppo del disturbo. Soprattutto il fatto che la persona può avere subito un'esposizione cronica a eventi traumatici o che può avere un livello di stress attuale nella propria vita (per es. se sta divorziando, se ha perso il lavoro o se ha un lavoro particolarmente stressante, ecc.). Il fatto di aver avuto la possibilità di reagire o di poter mettere in atto delle risorse al momento dell'evento o subito dopo sono altri fattori importanti. In genere, queste risorse vengono impiegate in modo spontaneo, ma è difficile che il soggetto identifichi, riconosca e si rassicuri per il fatto che ha agito in modo adeguato, facendo del suo meglio e addirittura richiamando delle risorse efficaci.

REAZIONI PSICOLOGICHE ALL'EVENTO TRAUMATICO

La catastrofe della Costa Concordia ha comportato reazioni psicologiche alle persone soccorse che si possono inserire in reazioni ad un evento traumatico.

I vissuti psicologici coinvolti quando si verifica un incidente critico sono:

1. Responsabilità/colpevolizzazione: “Potevo fare qualcosa!” In particolare, vengono attivati due meccanismi: Chiedersi il perché di quanto accaduto e porsi dei se: “se non fosse successo nulla”, “se non fossi partito”, ecc.

2. Bisogno di controllo: “Chi ci assicura che non mi succederà ancora?”, accentuazione di comportamenti direttivi e competitivi, es. “Chi deve essere ritenuto responsabile della situazione?”, “Qui tutti dicono la loro come se fossero medici e vigili del fuoco!”

3. Vulnerabilità fisica: “Ho paura per la mia incolumità”

4. Auto-efficacia: la fiducia nelle proprie capacità, “Io posso farcela?”.

Le reazioni di stress possono essere la conseguenza di eventi traumatizzanti di vario tipo. Prima, durante e dopo una calamità, i superstiti possono aver vissuto altri traumi. E' importante non partire dal presupposto che una calamità comporti esperienze dello stesso tipo e della stessa intensità per tutte le persone.

LA TESTIMONIANZA

Segue la trascrizione di una seduta con una signora presente sulla Costa Concordia utilizzando la tecnica dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Per motivi di privacy i nomi ed alcuni riferimenti sono stati volutamente modificati, l'episodio narrato restano comunque fedele a quanto realmente accaduto.



La signora Giovanna era a bordo del Costa Concordia al momento dell'impatto contro lo scoglio di fronte all'isola del Giglio. Viene effettuata una seduta utilizzando la tecnica

EMDR, nell'ambito di un intervento finalizzato a superare i vissuti psicologici di forte tensione e spavento, che affiorano in modo particolarmente intenso quando la signora legge o ascolta i resoconti e aggiornamenti diffusi dai mezzi di comunicazione. I sintomi dichiarati dalla signora Giovanna sono: senso di oppressione e chiusura allo stomaco, fitte al petto, sensazioni di panico e terrore. Le viene chiesto di concentrarsi e richiamare alla mente un luogo sicuro, e quindi di immaginare, ad occhi chiusi, di essere in quel luogo, di vedere gli oggetti noti, di riviverne l'atmosfera rassicurante. La paziente riferisce di sperimentare sensazioni di calma e rilassamento. Le viene chiesto di far scorrere le sensazioni di benessere in tutto il corpo, ad occhi chiusi, con un respiro profondo. Dopo questa prima fase, il clinico riporta l'attenzione della paziente sull'evento traumatico vissuto, chiedendole di ricordare ciò che ha visto quella sera. La paziente sviluppa il racconto con chiarezza e in modo dettagliato, con sufficiente distacco, ricordando e raccontando la sequenza degli avvenimenti: lo spettacolo teatrale, il colpo avvertito con conseguente scossone della sedia su cui era seduta, l'avviso di andare a prendere i giubbotti di salvataggio, l'attesa sul ponte di riunione, la comunicazione che tutto era sotto controllo e che si doveva attendere sul ponte, i colpi di sirena che annunciavano l'abbandono della nave, il passaggio sulla scialuppa di salvataggio, con persone che gridavano, il drammatico percorso dalla nave alla terraferma, su una scialuppa instabile che sembrava capovolgersi da un momento all'altro, l'arrivo liberatorio a terra. A questo punto le viene richiesto di ripercorrere quello che ha pensato nelle varie situazioni vissute di rischio: la signora Giovanna ricorda i vari pensieri che la attraversavano: “sulla nave non ero preoccupata all'inizio, poi sentendo il vento freddo che proveniva dalla notte ho pensato che non fosse una cosa da nulla”, al ponte, in attesa della scialuppa: “non posso fare niente”, sulla scialuppa “non so se torno a terra, e se potrò fare le cose che avevo in mente di fare in futuro”, e riporta una sua dissociazione mentale dalle situazioni di rischio che stava vivendo nella realtà di quei momenti, domandandosi “ma sta proprio

succedendo a me?”

Infine il clinico le chiede di descrivere ciò che ha provato a livello emotivo in relazione a ciò che la riguardava. La signora riferisce di essersi sentita calma ed estranea a ciò che stava sperimentando, prima di scendere nella scialuppa, e di avvertire nella scialuppa una sensazione di smarrimento e dissociazione interna, mentre osservava e pensava “io non sono qui” “sto per morire” (cognizione negativa). Questo è stato il momento peggiore di tutta l'esperienza.

Da quel momento è stata attivata la stimolazione EMDR.

A quel punto sente insorgere in sé sensazioni di tensione e rigidità, di freddo, tensione mascellare, battere dei denti, tremito corporeo come se stesse rivivendo la stessa scena, ma in ambiente protetto e sicuro. Dopo varie stimolazioni ha potuto esprimere la cognizione positiva che ce l'avrebbe fatta. La

tensione emotiva si è completamente ridotta, Alla conclusione della seduta riferiva di sentirsi stabilizzata. La seduta è durata un'ora circa.

** Vito Tummino Responsabile dell'U.O. di Psicologia Clinica*

*** Isabel Fernandez Psicologa
Psicoterapeuta Presidente Associazione
EMDR www.emdr.it*

L'U.O. di Psicologia clinica è operativo dal 2004 con un protocollo di intervento con il Servizio Urgenza ed Emergenza del 118 per il supporto psicologico alle vittime e agli operatori in caso di eventi critici e traumatici e collabora da anni con l'Associazione EMDR (gli psicologi dell'Azienda S.Anna sono formati in questa tecnica di intervento psicotraumatologico).

UN GIOCO DI SQUADRA PER LA VOSTRA NEWSLETTER

Monica Annese. Coordinatore infermieristico del Spdc, Crm, Urgenza territoriale Cps Como: è specializzanda in Scienze infermieristiche e ostetriche, svolge attività clinica dal 1995. (monica.annese@hsacomio.org)

Nicola Bianchi. Educatore presso il Centro Diurno di Como. Psicologo, referente scientifico dell'Associazione Sportiva Global Sport Lario. (info@globalsportlario.it)

Veronica Dall'Occhio. Psicologa collabora con l'Unità operativa di Psicologia clinica. Svolge attività di docenza presso l'Istituto Comprensivo di Cernobbio. (veronica.dalocchio@hsacomio.org)

Tiziana Ferrario, psichiatra psicoterapeuta, dal 1987 lavora nei servizi psichiatrici della provincia di Como, prima ad Appiano, poi a Como e Menaggio. Attualmente responsabile della struttura semplice di coordinamento dei servizi territoriali del Dsm e dei sistemi informativi. (tiziana.ferrario@hsacomio.org)

Gianmaria Formenti. Responsabile clinico Cps Uop Lario Occidentale, referente Dsm per gli interventi presso la Casa Circondariale di Como, referente medico Dsm per le attività delle Associazioni NèP e Global Sport Lario. Vicepresidente Associazione NèP. (gianmaria.formenti@hsacomio.org)

Carlo Fraticelli. Psichiatra e psicoterapeuta, è attualmente Direttore dell'Unità Operativa di Psichiatria di Cantù. Ha svolto attività clinica in maniera continuativa presso i servizi psichiatrici di comunità, orientati all'integrazione e alla collaborazione con la medicina generale del territorio e ospedaliera. (carlo.fraticelli@hsacomio.org)

Ornella Kauffmann. Consulente della Direzione del Dsm., referente per i Programmi Innovativi dipartimentali, coordinatrice del Programma Innovativo triennale "Un Patto per la Salute Mentale: il ruolo centrale degli utenti", referente dipartimentale per il Progetto "Lavoro&Psiche", (ornella.kauffmann@hsacomio.org)

Grazia Manerchia. Grazia Manerchia, psicologa e psicoterapeuta, svolge nel Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza attività clinica (presso le sedi di Cantù e Olgiate) e di supervisione, referente degli psicologi dell'età evolutiva all'interno dell'Unità Operativa di Psicologia Clinica. (grazia.manerchia@hsacomo.org)

Antonino Mastroeni. Primario Psichiatra dal 1994, ha svolto il ruolo di direttore dell'ex Ospedale Psichiatrico di Como impegnandosi nel progetto di superamento e di successiva chiusura della struttura completata nel 1999. Ha poi diretto l'Unità Operativa afferente ai distretti di Olgiate Comasco e Lomazzo/Fino Mornasco. Dal 2007 è consulente a contratto del DSM per l'area progettuale, con l'impegno di integrarne gli aspetti innovativi nella pratica quotidiana. (antonio.mastroeni@hsacomo.org)

Tommaso Salata. Ha una borsa di studio in ambito amministrativo, si occupa delle attività amministrative legate ai progetti e a supporto del Dipartimento. (tommaso.salata@hsacomo.org)

Alberto Tettamanti. Educatore presso il Centro Diurno di Como, promotore di progetti per la valorizzazione delle competenze degli utenti. (info@globalsportlario.it)

La newsletter è a cura del Crems (Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità)
dell'Università Carlo Cattaneo - LIUC