

RASSEGNA STAMPA CRT SICILIA

22 FEBBRAIO 2019

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA

(TIZIANA LENZO - MARIELLA QUINCI)

GIORNALE DI SICILIA

SANITÀ

Liste d'attesa, stretta sui tempi: direttori rimossi se non raggiungono gli obiettivi

22 Febbraio 2019



Gestione trasparente delle prenotazioni di visite ed esami medici, un Osservatorio Nazionale sulle liste d'attesa, **riduzione dei tempi massimi previsti per ottenere le prestazioni non urgenti** e la **rimozione dei direttori generali delle aziende** che non raggiungono gli obiettivi. Sono questi i pilastri del nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA), approvato oggi in Conferenza Stato Regioni ma 'bocciato' dai medici.

«Finalmente adesso avremo regole più semplici e tempi certi per le prestazioni che riportano il diritto alla Salute al centro del sistema», commenta il ministro della salute Giulia Grillo. Come quello

precedente, il nuovo Piano individua l'elenco di prestazioni ed esami diagnostici soggetti al monitoraggio e prevede il rispetto, da parte delle Regioni, dei tempi massimi di attesa per ciascuno. Ma **riduce il limite massimo di attesa previsto per quelle a priorità programmata (non urgenti) da 180 giorni a 120** e, in virtù del principio di trasparenza, prevede l'accessibilità alle agende di prenotazione delle strutture.

Inoltre le informazioni sulle liste d'attesa dovranno essere presenti su siti web di regioni e strutture, in apposite sezioni «dedicate e facilmente accessibili».

In caso di superamento dei tempi massimi previsti per la prestazione, si conferma la possibilità di ottenerla in regime di libera professione riservando al cittadino il solo pagamento del ticket. Per monitorare l'attuazione del PNGLA e segnalare eventuali criticità, verrà istituito un Osservatorio Nazionale di cui faranno parte esperti ma anche associazioni di cittadini. Infine gli impegni assunti dai Direttori Generali per superare le criticità legate ai lunghi tempi di attesa saranno «fattore prioritario nella loro valutazione» e il non raggiungimento degli obiettivi potrà provocarne la «decadenza automatica».

«Abbiamo fatto un lavoro importantissimo e oggi, dopo dieci anni, il Paese ha un nuovo piano nazionale di gestione delle liste di attesa», ha commentato il ministro Grillo. «L'intesa è meritoria ma sono necessarie risorse certe e più personale. Siamo solo all'inizio», precisa il presidente della Conferenza Stato-Regioni e governatore dell'Emilia Romagna, Stefano Bonaccini. I medici parlano invece di «una fiera dell'ipocrisia», che non risolve il problema.

Le critiche prendono di mira la possibilità, prevista nel nuovo Pngla, di un blocco delle prestazioni in intramoenia (espletate dal medico privatamente, nella propria struttura sanitaria) in caso di criticità. «Regioni e Governo - commenta Carlo Palermo, segretario del sindacato Anaao - si autoassolvono dalla responsabilità politica e gestionale» e indicano nei medici dipendenti «il capro espiatorio ideale, e nella loro attività libero professionale intramoenia la causa da rimuovere nel caso, non improbabile, che non si rispetti il piano delle illusioni che hanno stilato».

Contrario anche il segretario della Cimo Guido Quici, secondo il quale non si risolve la vera causa delle liste d'attesa, ovvero «i ridotti finanziamenti a sanità e personale, che alimentano la carenza di medici specialisti a disposizione». Spetta ora alle Regioni adottare il proprio piano entro 60 giorni, e «far sì - afferma Grillo - che non siano libri dei sogni ma realtà operative».

Inoltre, ha ricordato il ministro, «questo governo già nella legge di bilancio per il triennio 2019-21 ha messo a disposizione delle regioni importanti risorse: 350 milioni ad hoc, che mai prima d'ora erano stati previsti, per potenziare i servizi di prenotazione implementando i Cup digitali e tutte le misure per rendere più efficiente il sistema».

Villa Sofia-Cervello, potenziamento in arrivo per il “Centro di controllo Qualità e Rischio Chimico”

22 Febbraio 2019

Con una maggiore dotazione organica in termini tecnici e di risorse umane e una nuova sede. Ecco le interviste video al manager Walter Messina, al direttore sanitario Pietro Greco e alla prof.ssa Francesca Di Gaudio (a capo del CQRC).

di Valentina Grasso

PALERMO. Con un'idea progettuale, il CQRC ha conquistato la Sanità siciliana. Il centro di **Controllo Qualità e Rischio Chimico**, diretto dalla prof.ssa **Francesca Di Gaudio**, nato nel 2005 presso i locali del **Policlinico** di Palermo, negli anni ha integrato i suoi servizi legandosi all'Assessorato alla Salute per cui svolge attualmente l'attività di provider nella realizzazione di programmi VEQ regionali (Valutazione Esterna di Qualità) e di indagine nel settore farmacotossicologico.

L'ampliamento territoriale, non solo su base regionale ma anche nazionale e internazionale, e il **potenziamento** tecnologico, hanno fatto sì che il CQRC necessitasse di una rivalutazione in termini di spazi e distanze.

Ecco perché nel 2014, con il decreto assessoriale n° 1.740 e le successive direttive dell'agosto 2017, il Centro è entrato a far parte dell'A.O.O.R “**Villa Sofia- Cervello**”.

Tuttavia il trasferimento della sede ha subito una battuta d'arresto e, solo adesso, con l'intervento del nuovo manager **Walter Messina**, la macchina progettuale si sta rimettendo in moto favorendo

l'internalizzazione e il miglioramento delle attività, l'economizzazione dei costi e **una maggiore dotazione** organica in termini tecnici e di risorse umane.

Tra le novità introdotte quest'anno dal CQRC, l'inserimento di programmi di controllo qualità dedicati al settore **oncologico** per la valutazione della capacità diagnostica dei laboratori in presenza sia di **tumoridiffusi**, come quelli alla mammella o all'utero, sia nei casi di tumori più difficili da individuare o da debellare come ai polmoni o all'intestino.

quotidiano **sanità**.it

Esposizione a radiazioni ionizzanti. Coletto: “Ci sono criticità tra le Amministrazioni coinvolte per recepimento direttiva Euratom”

"Pur nel protrarsi di questa situazione di stasi, l'iss ritiene, comunque, che le iniziative già assunte in ambito nazionale al fine di contrastare i rischi derivanti dal radon pongano l'esperienza italiana tra le migliori in ambito internazionale. Il Ministero della salute è comunque consapevole che debba giungere, al più presto, il recepimento della Direttiva 2013/59/EURATOM". Così il sottosegretario alla Salute rispondendo ieri all'interrogazione di Cecconi (Misto-Maie).

22 FEB - "La Direttiva 2013/59/EURATOM stabilisce norme di sicurezza per la protezione dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, includendo prescrizioni per la protezione dal radon sia nei luoghi di lavoro sia nelle abitazioni. Durante i lavori svolti dal Tavolo tecnico sono emersi significativi elementi di criticità tra le tante Amministrazioni coinvolte, che non hanno consentito il conseguimento di un testo pienamente condiviso, e ciò malgrado i successivi sforzi compiuti dal Ministero della salute che, dal mese di ottobre 2017, aveva assunto il coordinamento dei lavori".

Così il sottosegretario alla Salute, **Luca Coletto**, ha fatto il punto della situazione rispondendo ieri, in Commissione Affari Sociali alla Camera, all'interrogazione di **Andrea Cecconi (Misto-Maie)** proprio sul recepimento della direttiva 2013/59 EURATOM riguardante i nuovi limiti per l'esposizione alle radiazioni ionizzanti.

Questa la risposta integrale del sottosegretario Coletto:

"Come ricordato nell'atto ispettivo in esame, la Direttiva 2013/59/EURATOM stabilisce norme di sicurezza per la protezione dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, includendo prescrizioni per la protezione dal radon sia nei luoghi di lavoro sia – e questa è una importante novità – nelle abitazioni.

Dico subito che i lavori finalizzati al recepimento della Direttiva in questione sono iniziati nel giugno 2014 presso il Ministero dello sviluppo economico, che ha costituito un apposito Tavolo, con la partecipazione, tra gli altri, di rappresentanti tecnici dei numerosi Ministeri interessati (ricordo, oltre al Mises ed alla Salute, anche i Ministeri dell'Ambiente, dell'interno, dell'istruzione e della ricerca scientifica, della giustizia, nonché le Regioni e Province Autonome e, infine, il Dipartimento della Protezione civile e l'INAIL).

Durante i lavori svolti dal Tavolo tecnico sono emersi significativi elementi di criticità tra le tante Amministrazioni coinvolte, che non hanno consentito il conseguimento di un testo pienamente condiviso, e ciò malgrado i successivi sforzi compiuti dal Ministero della salute che, dal mese di ottobre 2017, aveva assunto il

coordinamento dei lavori.

Non potendo entrare in questa sede nel merito delle ragioni, estremamente tecniche, che hanno ostacolato, finora, l'auspicato recepimento, mi limito a dire che esse hanno riguardato l'individuazione delle «autorità competenti», nonché la definizione del sistema sanzionatorio e l'assicurazione, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, della effettiva assenza di oneri in relazione alle nuove disposizioni.

Pur nel protrarsi della cennata situazione di stasi, l'istituto Superiore di Sanità ritiene, comunque, che le iniziative già assunte in ambito nazionale al fine di contrastare i rischi derivanti dal radon pongano l'esperienza italiana tra le migliori in ambito internazionale.

241 del 2000, che conteneva norme sul radon riscontrato nei soli luoghi di lavoro, infatti, il Ministero della salute ha promosso l'elaborazione del Piano Nazionale Radon (PNR), che solo 10 anni dopo, proprio con la direttiva di cui si discute, è divenuto un obbligo per tutti i Paesi membri dell'Unione Europea. Fin dall'emanazione del decreto legislativo n.

Il PNR, peraltro, aveva già l'obiettivo di estendere la protezione dal radon anche alle abitazioni, e di promuovere un adeguato coordinamento di tutte le diverse strutture, nazionali e locali, potenzialmente coinvolte nella protezione dal radon nelle abitazioni e nei luoghi di lavoro.

Inoltre, è stato attivato il Gruppo di Coordinamento Nazionale Radon, che si avvale dei rappresentanti di tutte le Regioni, e l'Archivio Nazionale Radon, gestito dall'istituto Superiore di Sanità.

Infine, l'istituto Superiore di Sanità ha contribuito e sta contribuendo, in piena collaborazione col Ministero della salute, alle stesse attività internazionali sulla protezione dai rischi derivanti dall'esposizione al radon. Tra queste, cito solo la partecipazione al più grande studio epidemiologico europeo (pubblicato nel 2005) che ha permesso di valutare in modo affidabile il rischio di tumore polmonare dovuto al radon nelle abitazioni, ed il supporto offerto alla realizzazione di iniziative in vari Paesi per la promozione della protezione dal radon (incluso l'elaborazione dei Piani Nazionali Radon).

Pur con le cennate assicurazioni fornite dall'istituto in merito alla validità delle iniziative già intraprese, il Ministero della salute è comunque consapevole che debba giungere, al più presto, il recepimento della Direttiva 2013/59/EURATOM, il quale, tuttavia, potrà conseguire solo in esito ad un pieno accordo da parte delle numerose amministrazioni coinvolte".

Andrea Cecconi (Misto-Maie), replicando, ha preso atto delle assicurazioni fornite dall'Istituto superiore di sanità Osservando che la risposta non fornisce indicazioni temporali rispetto alla conclusione del confronto tecnico in atto tra i diversi ministeri interessati, ha poi sottolineato che l'interrogazione presentata insieme alla collega Benedetti ha lo scopo di stimolare una rapida conclusione della procedura di recepimento della normativa europea, al fine di garantire condizioni di sicurezza ai cittadini e ai lavoratori. circa la validità delle iniziative già assunte in ambito nazionale. Al riguardo, ha evidenziato che il mancato recepimento della direttiva 2013/59 EURATOM comporta una procedura d'infrazione e non tutela pienamente dai rischi connessi all'esposizione al radon.

quotidiano **sanità**.it

Nuovi Lea. Coletto: “Loro stima compatibile con 800 mln stanziati. Ma è necessaria l’approvazione del ‘decreto tariffe’”. Carnevali (Pd): “Governo in contraddizione”

"Il Ministero della salute, nel novembre 2018, ha elaborato una nuova proposta di tariffe. In ogni caso, la stima di impatto risulta compatibile con le risorse finanziarie assegnate alle regioni dell'importo di 800 milioni di euro". Così ieri il sottosegretario alla Salute ha risposto in Commissione Affari Sociali all'interrogazione di Carnevali (Pd). Dura la replica della deputata dem: "Grillo ora afferma che gli 800 mln sono sufficienti mentre dall'opposizione aveva sempre contestato questo dato. Se le risorse sono sufficienti, perché non passa dalle parole ai fatti? La pazienza è finita".

22 FEB - "La completa operatività del Dpcm di aggiornamento dei Lea è, tuttora, subordinata all'entrata in vigore dei nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica da approvarsi con decreto interministeriale di definizione delle tariffe massime nazionali relative alle medesime prestazioni. Il Ministero della salute, nel novembre 2018, ha elaborato una nuova proposta di tariffe. In ogni caso, la stima di impatto risulta compatibile con le risorse finanziarie assegnate alle regioni dell'importo di 800 milioni di euro".

Così il sottosegretario alla Salute, **Luca Coletto**, ha risposto ieri in Commissione Affari Sociali all'interrogazione sull'attuazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza presentata da **Elena Carnevali (Pd)**.

Questa la risposta integrale del sottosegretario Coletto.

"Come segnalato dalla interrogazione in esame, la completa operatività del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza è, tuttora, subordinata all'entrata in vigore dei nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica (limitatamente agli ausili su misura) da approvarsi con decreto interministeriale di definizione delle tariffe massime nazionali relative alle medesime prestazioni.

Fino all'approvazione di tale decreto interministeriale, dunque, resteranno in vigore i nomenclatori vigenti prima dell'approvazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2017 e risalenti l'uno al 1996 (specialistica ambulatoriale) e l'altro al 1999 (assistenza protesica).

Al riguardo, giova sottolineare che molte delle nuove prestazioni sono già erogate da alcune regioni (ad esempio Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana e altre regioni non in piano di rientro dal disavanzo sanitario),

perché la normativa vigente consente loro di erogare prestazioni extra LEA se in equilibrio economico e non in piano di rientro. Ne consegue che tali nuove prestazioni innovative (ad esempio adroterapia, PMA, nuove tipologie di dialisi, prestazioni di laboratorio, e altro) sono già – e ovviamente continueranno ad essere – fornite nelle regioni in questione.

Ciò premesso, con riferimento all'iter in corso sulla definizione delle tariffe, si fa presente che il Ministero della salute, nel novembre 2018, ha elaborato una nuova proposta di tariffe, dopo un ulteriore affinamento della valutazione di impatto resa possibile dalle nuove disponibilità dei dati forniti dal MEF: ciò, in particolare, grazie alla maggiore completezza del flusso informativo della Tessera Sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Intendo sottolineare che il Ministero della salute seguirà con molta attenzione la procedura relativa alla nuova proposta tariffaria affinché si arrivi, in tempi brevi, alla definizione della stessa.

In ogni caso, per rispondere allo specifico quesito posto dagli interroganti, si rappresenta che sulla base della relazione tecnica predisposta dai competenti uffici del Ministero, la stima di impatto risulta compatibile con le risorse finanziarie assegnate alle regioni, in applicazione dell'articolo 1, comma 555 della legge 208/2015, laddove, come noto, è prevista la finalizzazione, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale, dell'importo di 800 milioni di euro".

Dura la replica di Elena Carnevali (Pd): "Ora non ci sono più dubbi: è una scelta deliberata, quella della ministra Grillo, di rispondere in modo evasivo o di non rispondere affatto sull'approvazione del cosiddetto 'decreto tariffe', propedeutico per l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e del prontuario per protesi ed ausili. A distanza di otto mesi dall'insediamento di questo governo e da novembre, data in cui la ministra ha elaborato una nuova proposta, non vengono forniti né dati certi sull'ammontare delle risorse, né sulle tempistiche di approvazione del decreto interministeriale. Nella sua non risposta data oggi nel corso del question time in commissione Affari sociali, la ministra continua nel suo atteggiamento vergognosamente omissivo. Da un lato, Grillo entra in contraddizione con se stessa affermando che, 'sulla base della relazione tecnica predisposta dal ministero, la stima risulta compatibile con le risorse assegnate alle regioni', mentre in passato (sia dall'opposizione che appena insediata al ministero) aveva sempre contestato questo dato. Dall'altro, se dice che le risorse sono sufficienti, perché dopo 16 anni di attesa e a oltre un anno dall'approvazione dell'aggiornamento dei Lea, non passa dalle parole ai fatti? La pazienza è finita e questo atteggiamento omissivo è davvero scandaloso".

quotidiano **sanità**.it

Aveva contratto l'epatite C dopo trasfusioni nel 1983. Anche se il test arriverà solo nel 1988 c'è comunque diritto al risarcimento. Accolto dalla Cassazione il ricorso di una paziente

Il contagio avvenne a seguito di cinque trasfusioni dopo un intervento chirurgico. La Corte d'appello di Brescia, invece, aveva ritenuto non fosse possibile il risarcimento in quanto il test per l'accertamento della presenza del virus dell'epatite C era stato reso disponibile solo nel 1988. Secondo la Cassazione il ministero della Salute era comunque tenuto a controllare che il sangue utilizzato per le trasfusioni o per gli emoderivati fosse esente da virus e che i donatori non presentassero alterazioni delle transaminasi.

22 FEB - Non importa se l'infezione da trasfusione – in questo caso da Hcv – viene scoperta dopo anni dal contagio: l'ospedale in cui la trasfusione è avvenuta è comunque responsabile. Come anche lo è il ministero della Salute (all'epoca dei fatti della Sanità).

In base a questo principio la Cassazione (ordinanza 4995 del 21 febbraio 2019) ha dato ragione a una paziente a cui la Corte d'appello di Brescia, invece, aveva ritenuto non fosse possibile il risarcimento in quanto il virus dell'Hiv è stato scoperto solo nel 1988.

Il fatto

Nel 1983 una paziente è stata sottoposta a cinque trasfusioni a seguito di intervento chirurgico, risultate poi eseguite con sangue infetto. Nel 1988 infatti, col primo test idoneo a identificare il virus si è sciperto il contagio. Ma il Tribunale prima e la Corte di Appello poi, ha rigettato la domanda sul presupposto che il virus HCV non fosse riconosciuto come prevedibile in epoca antecedente al 1988 quando veniva reso disponibile l'apposito test diagnostico.

La sentenza

La Cassazione, invece, ha accolto il ricorso affermando che il ministero della Salute è tenuto a esercitare un'attività di controllo e di vigilanza sulla pratica terapeutica di trasfusione del sangue e dell'uso degli emoderivati e risponde in base all'articolo 2043 del codice civile per omessa vigilanza dei danni conseguenti a epatite e a infezione da Hiv da soggetti emotrasfusi.

Per rafforzare le conclusioni la Cassazione ha richiamato un precedente delle Sezioni unite secondo il quale già a partire dalla conoscenza dell'epatite B esisteva la responsabilità dell'amministrazione anche per il contagio di altri virus veicolati da sangue infetto (Hbv e Hcv).

Secondo la Cassazione “non sussistono tre eventi lesivi, autonomi e indipendenti, ma un unico evento lesivo, vale a dire la lesione dell'integrità fisica, per cui unico è anche il nesso causale: sangue infetto - contagio infettivo - lesione dell'integrità (in riforma del precedente orientamento espresso da Cass., 31/5/2005, n. 11609, secondo cui fino a quando non fossero stati conosciuti dalla scienza medica i virus dell'HBV, HIV E HCV, cioè, rispettivamente, fino al 1978, 1985 e 1988, doveva essere esclusa la responsabilità del ministero, non potendo lo stesso conoscere la capacità infettiva di detti virus prima ancora della comunità scientifica)”.

Il ministero quindi è “tenuto - si legge nella sentenza - anche anteriormente alle date riportate, a controllare che il sangue utilizzato per le trasfusioni o per gli emoderivati sia esente da virus e che i donatori non presentino alterazioni delle transaminasi, in adempimento di obblighi specifici posti dalle fonti normative speciali (Cass., 29/8/2011, n. 17685; Cass., Sez. Un., 11/1/2008, n. 581).

Quindi secondo l'ordinanza della Cassazione “il ricorso va accolto e la sentenza impugnata cassata con rinvio alla Corte di Appello di Brescia, in diversa composizione, che dovrà pronunciarsi ... applicando i principi di diritto enunciati, oltre a dover provvedere alla regolamentazione delle spese anche del presente giudizio di legittimità”.

SanitainSicilia.it

IPOCONDRIA, ANSIA PER LE MALATTIE E DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI: DIAGNOSI E TRATTAMENTO

di *Valentina Palminteri*

22 Febbraio 2019



L'**ipocondria** è un disturbo di eccessiva, persistente e sproporzionata preoccupazione per la salute. Chi ne è affetto occupa molto del proprio tempo ed energie a pensare alla propria salute in vari modi, compromettendo il suo funzionamento lavorativo, familiare e sociale.

La maggior parte degli individui ipocondriaci, con l'introduzione del **DSM-5**, è ora classificata come avente il disturbo da sintomi somatici, mentre in una minoranza di casi, si applica la diagnosi di disturbo da ansia di malattia. Nel Disturbo da sintomi somatici sussiste una sintomatologia fisica ben individuabile nel paziente, mentre nel disturbo d'ansia da malattia i sintomi sono minimi ed è la preoccupazione del paziente ad essere rilevante.

La prevalenza di tali disturbi comprende tra l'1,3% ed il 10% della popolazione, mentre considerando le persone che accedono ad ambulatori medici le percentuali vanno dal 3 all'8%.

Si tratta quindi di un disturbo molto diffuso, invalidante per il soggetto e costoso per il sistema sanitario, in quanto tale disturbo può costringere la persona che ne è affetta a continue e approfondite visite mediche per verificare la fondatezza dei sintomi che percepisce.

Un riscontro negativo da parte del medico non arresta il comportamento del paziente, che continua a chiedere attenzione sulle sue presunte malattie. Le caratteristiche cognitive comuni a questi disturbi sono l'attribuzione di normali sensazioni fisiche a una malattia organica e la preoccupazione di avere o contrarre una grave malattia non diagnosticata.

Mentre sintomi comportamentali tipici sono: ripetuto controllo del corpo alla ricerca di anomalie; reiterata richiesta di aiuto o rassicurazione da parte del medico, familiari o mediante intensive ricerche di informazioni su internet riguardanti sintomi somatici differenti. Per diagnosticare correttamente l'ipocondria è necessario differenziarla da altri disturbi affini.

In molte condizioni mediche è normale manifestare uno stato d'ansia tuttavia se quest'ansia è sproporzionata rispetto alla gravità della malattia e non si limita nel tempo (supera i 6 mesi), può essere diagnosticato il disturbo d'ansia per la salute.

Trattandosi di disturbi complessi, le linee guida invitano a tener conto nella valutazione e nel trattamento delle diverse specificità coinvolte, offrendo un trattamento che consideri la persona nel suo insieme.

L'**APA** (American Psychiatric Association) pone l'accento sul fatto che l'attuale sistema di classificazione DSM-5, a differenza del precedente DSM-IV che si focalizzava sui sintomi non spiegabili da un punto di vista medico (MUS=Medically Unexplained Symptoms), enfatizza **il grado in cui i pensieri, le emozioni e i comportamenti della persona relativamente ai propri sintomi somatici sono sproporzionati o eccessivi**.

In particolare l'APA raccomanda un trattamento di psicoterapia per favorire il cambiamento dei pensieri e dei comportamenti disfunzionali e una diminuzione dell'attenzione focalizzata sui sintomi somatici, attraverso l'apprendimento di nuove strategie per gestire il dolore, lo stress e la capacità di riconoscere ed elaborare le proprie emozioni.