

L. Proietti, G. Bonanno, N. Vasta, M. Augeri, S. Barbagallo, G. Timpanaro

## Contenzioso medico-legale e stress: indagine in un gruppo di anestesisti

Dipartimento di Medicina Interna e Patologie Sistemiche - Sezione Medicina del Lavoro Università di Catania

**RIASSUNTO.** Da qualche anno, in occasione della sorveglianza sanitaria obbligatoria per legge, i medici molto spesso lamentano problematiche di stress la cui insorgenza viene messa in relazione soprattutto al contenzioso medico legale. La problematica ci è sembrata particolarmente importante tra gli anestesisti, per tale motivo abbiamo deciso di effettuare una indagine trasversale per la valutazione dimensionale dello stress soggettivo in questa categoria di professionisti.

A 500 anestesisti e a 300 amministrativi sono stati consegnati, in occasione della sorveglianza sanitaria obbligatoria per legge, due questionari: il questionario per la valutazione soggettiva dei diversi fattori di rischio e il questionario autosomministrato VRS di Tarsitani e Biondi per la valutazione soggettiva dello stress. I risultati dimostrano che la totalità degli anestesisti considera la componente emotivo psicologica un fattore di rischio. Dalla elaborazione dei dati ottenuti dalla somministrazione della scala VRS emerge un punteggio totale che indica negli anestesisti un alto livello di stress, in particolare significativamente più alti sono risultati i punteggi per i cluster depressione, ansia, aggressività.

**Parole chiave:** implicazioni legali, stress, sorveglianza sanitaria, anestesisti.

**ABSTRACT.** FORENSIC IMPLICATIONS AND STRESS IN A GROUP OF ANAESTHETICIANS: A CROSS SECTIONAL STUDY. Aim of the study is the appraisal of stress in a group of the 500 anaestheticians and in a control group. Two anonymous self-administered questionnaires were utilized, one for the subjective appraisal of the perceived various risk related to job, and one for the subjective appraisal of stress: VRS questionnaire of Tarsitani and Biondi. The results of the study showed that all the anaestheticians identified the perception of the emotional aspects related to work as a risk factor. They put it mainly in relation with the forensic implications.

The total score of scale VRS and the score for cluster depression, anxiety, aggressiveness are higher in the anaesthetists than the control group.

**Key words:** forensic implications, stress, health surveillance, anaestheticians.

### Introduzione

Negli ultimi decenni si è assistito a sostanziali modificazioni qualitative e quantitative dei rischi negli ambienti di lavoro, sono andate infatti scomparendo numerose patologie tradizionali, soprattutto nelle forme cliniche più gravi (14).

La introduzione di nuove tecnologie nei processi lavorativi, principalmente nel settore terziario (servizi pubblici quali Ospedali, trasporti, grande distribuzione), ha determinato l'insorgenza di nuovi problemi per i lavoratori, spesso di non facile soluzione, legati sia agli aspetti organizzativi che all'uso di nuovi strumenti (5, 13, 20). La conseguenza è l'insorgenza di un disagio psicologico responsabile di disturbi funzionali psicofisici: i *work-related psychological disorders* come li definisce il NIOSH (12).

La Medicina del Lavoro di conseguenza negli ultimi anni ha ampliato il suo campo di azione che oggi spazia dalle tecnopatie tradizionali da agenti chimici e fisici, alle malattie degenerative da usura, ai disturbi psichici e psicosomatici dovuti alla presenza nell'ambiente di lavoro di fattori stressanti (21). Si è passati da una medicina orientata in grande prevalenza a individuare danni somatici, a una disciplina che tiene conto della inscindibilità tra soma e psiche, intendendo la salute in senso globale, non semplicemente come assenza di malattia, ma come stato di benessere psicofisico e sociale dell'individuo.

Momento cruciale è la valutazione dei rischi che deve essere estesa a tutte le situazioni di lavoro, deve tenere conto di tutti i mutamenti organizzativi e dell'introduzione di nuove tecnologie, deve prevedere la verifica e la continua modifica delle misure preventive adottate.

Per quanto riguarda la valutazione del rischio stress da lavoro, sono stati utilizzati modelli molto diversificati e questo perché il fenomeno è molto complesso (6). In atto per quantificare lo stress da lavoro ci si avvale di misure soggettive (questionari descrittivi, scale di valutazione, test psicometrici), fisiologici (frequenza cardiaca pressione arteriosa ecc.) ed epidemiologici (19).

La parola stress nel linguaggio anglosassone ha una derivazione tecnologica: essa descrive l'azione di una forza che deforma un corpo. Questo concetto trasferito all'uomo indica una situazione di stimolo, che può anche essere di natura psicologica e che quando è forte richiede

una importante risposta adattativa. L'organismo umano cioè si adegua allo stimolo con una reazione aspecifica che mette in giuoco il sistema nervoso e quello ormonale con conseguenze di tipo metabolico, cardiocircolatorio (22, 23) e psicologico. Questa mobilitazione biologica serve a preparare la mobilitazione muscolare, attraverso la quale l'individuo può affrontare il pericolo attaccandolo o evitandolo. Se si tratta di un pericolo che non può essere affrontato da un punto di vista muscolare, come accade nelle situazioni di tensione nelle quali non si può scappare e contro cui non si può lottare fisicamente, la mobilitazione biologica diventa non solo inutile, ma dannosa e a lungo andare logorante.

Lo stress può essere considerato un processo in cui le richieste ambientali superano le capacità adattative di un organismo, generando variazioni psicologiche, emozionali, comportamentali, e biologiche che comportano per l'individuo un rischio di patologie sia internistiche che psichiatriche. Quando le richieste ambientali vengono percepite come eccessive rispetto alla capacità di affrontarle, gli individui si considerano stressati. Secondo questa concezione i singoli eventi influenzano soltanto i soggetti che percepiscono e quindi rilevano lo stress.

Uno dei comparti dove è particolarmente sentita la problematica dello stress è quello della sanità, soprattutto nella categoria dei medici (11).

Tutti i medici vivono oggi una situazione particolarmente delicata: infatti troppo spesso sono accusati con leggerezza di *malpractice* sulle prime pagine dei giornali, sono costretti a svolgere la loro attività lavorativa condizionati da parametri a cui attenere ogni scelta terapeutica, dalla minaccia di denunce, dal pericolo di finire sui giornali. Anche se la gran parte dei sanitari sottoposti a giudizio è poi assolta perché non colpevole, è costretta comunque a subire un notevole stress.

Da qualche anno, in occasione della sorveglianza sanitaria obbligatoria per legge, i medici molto spesso lamentano problematiche di stress la cui insorgenza viene messa in relazione alla gravosità dell'impegno professionale, ma soprattutto al contenzioso medico legale. La problematica ci è sembrata particolarmente importante tra gli anestesisti. Questi professionisti sono esposti oltre ai fattori di rischio tradizionali, da agenti biologici, fisici, chimici, anche a quelli legati all'organizzazione e alle peculiari caratteristiche del lavoro (1, 2, 3, 10).

---

## Metodi

### Valutazione dell'attività dell'anestesista-rianimatore

L'attività dell'anestesista - rianimatore ha, oltre i tradizionali rischi strettamente legati all'attività lavorativa: il rischio chimico (agenti anestetici per inalazione, disinfettanti), il rischio microclima (sistemi di ventilazione forzata), il rischio biologico, e la eventuale esposizione a radiazioni ionizzanti, i rischi strettamente legati alla organizzazione del lavoro: turni stressanti con orari ben al di sopra del normale orario di lavoro, anche i rischi legati alla tensione psichica dovuta al notevole impegno mentale, all'elevato livello di attenzione richiesta, alle problematiche le-

gate al lavoro effettuato in collaborazione con altri specialisti, e soprattutto, negli ultimi anni all'importante contenzioso medico-legale. Nell'attività dell'anestesista eventuali errori, disattenzioni, fatalità, possono avere conseguenze molto più gravi con pesanti risvolti di tipo sia medico che medico legale.

### Popolazione indagata

In occasione della sorveglianza sanitaria obbligatoria per legge, ad un gruppo di 500 anestesisti ed ad un gruppo di 300 amministrativi scelti casualmente tra i dipendenti di Aziende Sanitarie della Sicilia Orientale, sono stati consegnati due questionari: uno per la valutazione soggettiva dei diversi fattori di rischio (percezione del rischio), tabella II, e tabella III, uno per la valutazione dello stress, tabella I.

### Indagine dello stress

Per la valutazione soggettiva dello stress abbiamo utilizzato un questionario autosomministrato, il VRS di L. Tarsitani e M. Biondi (24). Si tratta di una scala di autovalutazione volta a misurare le risposte adattative agli eventi stressanti. La valutazione dello stress infatti può essere effettuata o misurando oggettivamente gli eventi stressanti, o valutando con idonei strumenti l'aspetto soggettivo dello stress, come con il questionario in oggetto. Tale questionario è costruito in modo da dividere la risposta allo stress in diverse aree che sommate quantificano un punteggio di stress e consentono di diversificare la tipologia di percezione che è variabile da soggetto a soggetto. Il questionario (tab. I) scompone la valutazione in cinque aree:

- Ansia [1, 5, 10]
- Depressione [2, 4, 7]
- Somatizzazione [9, 12, 14]
- Aggressività [3, 6, 8]
- Supporto sociale [11, 12, 15]

Ogni cluster comprende tre item, per un totale di quindici, di questi nove [da 1 a 9] si riferiscono allo stato della persona al momento della compilazione, 6 [da 10 a 15] invece misurano variabili longitudinali riferite agli ultimi 6 mesi. Il supporto sociale non rappresenta una dimensione psicopatologica: è considerato un fattore essenziale nella risposta agli stressor ed è valutato come scala negativa, in modo che il punteggio parziale quantifichi la mancanza di supporto e questo renda possibile in suo utilizzo accanto alle altre scale. Tale questionario valuta l'aspetto soggettivo dello stress, cioè il vissuto emozionale legato ad una esperienza ambientale e non la tipologia di quest'ultima, per tale motivo può essere utilizzato in differenti ambiti. Le risposte ad ogni singolo item sono a quattro posizioni: *per nulla, lievemente, abbastanza, molto*, e sono conteggiate da 0 a 3 punti. Tre affermazioni [7, 11, 13] vengono considerate al contrario [da 3 a 0 punti], poiché misurano caratteristiche opposte alla dimensione cui appartengono. Dal conteggio si ottengono 5 punteggi parziali, ognuno dei quali va da un minimo di 0 ad un massimo di 9 punti, corrispondenti alle singole dimensioni esplorate. Questi sommati costituiscono il punteggio totale del questionario, da 0 a 45 punti, che quantifica il grado di risposta agli *stressor*. I punteggi ottenuti da un singolo soggetto vengono confrontati con la griglia di valutazione che

**Tabella I. La scala di valutazione TARSITANI L., BIONDI M. Sviluppo e validazione della scala VRS (Valutazione rapida dello stress). Medicina Psicosomatica 3: 163-77 (1999)**

Cognome e Nome ..... Età .....

Sesso M o F o Stato civile ..... n. figli ..... Data .....

Leggerà alcune frasi che rispecchiano comuni stati d'animo o reazioni fisiche. Per ogni frase segni con una croce sulla colonna destra del foglio la risposta che meglio descrive come si sente al momento della compilazione. Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

		Per nulla	Lievemente	Abbastanza	Molto
1	Mi sento irrequieto				
2	Mi sento scoraggiato				
3	Mi sento irritabile				
4	Sono un po' giù di morale				
5	Sono preoccupato				
6	Mi sento infastidito				
7	Mi sento di buon umore				
8	Sono arrabbiato				
9	Ho proprio bisogno di riposarmi				

Adesso segni con una croce sulla colonna destra del foglio la risposta che meglio la descrive negli ultimi 6 mesi della sua vita.

		Per nulla	Lievemente	Abbastanza	Molto
10	Avverto dei malesseri fisici (mal di testa, dolori muscolari, senso di oppressione al torace, palpitazioni) che penso siano dovuti alla tensione nervosa.				
11	Passo bene il mio tempo libero				
12	Mangio male o in modo disordinato				
13	Ho persone con cui parlare che capiscono le mie difficoltà				
14	Faccio fatica a ricordarmi le cose				
15	Vivo un po' isolato dagli altri				

**Tabella II. Fattori di rischio ai quali espone la mansione di anestesista**

Fattori di rischio
Biologico
Chimico
Radiazioni
Microclima
Componente emotivo psicologica

**Tabella III. Fattori di rischio ai quali espone la mansione di tipo amministrativo**

Fattori di Rischio
Videoterminali
Microclima
Componente emotivo-psicologica

riporta i valori medi e la deviazione standard per ogni singola dimensione, possiamo quindi stimare in che misura le singole scale ed il punteggio totale si distanziano dalla

media (tab. III). È stata definita una soglia teorica di patologia a livello della seconda deviazione standard. Tutti i punteggi che si distaccano dalla media oltre la seconda deviazione standard vengono considerati patologici. Per la elaborazione dei dati i punteggi totali sono stati divisi in tre classi, una classe basso stress per i punteggi dal minimo alla media, una classe medio stress, dal punteggio medio a quello corrispondente alla seconda deviazione standard, ed una classe alto stress per i punteggi che superano la seconda deviazione standard, considerati patologici.

Tutti i questionari sono in forma anonima per salvaguardare la *privacy* dei partecipanti allo studio.

Sono stati esclusi dallo studio tutti coloro che facevano uso di terapia farmacologica e coloro che riferivano diagnosi psichiatriche.

## Risultati

Nella tabella IV vengono descritte le caratteristiche generali degli anestesisti in relazione al sesso, all'età, all'anzianità lavorativa.

Nella tabella V vengono descritte le caratteristiche del gruppo degli amministrativi

**Tabella IV. Caratteristiche generali degli anestesisti**

Sesso	Età Media ± d.s.	Anzianità lav. Media±d.s.
Uomini N. 290	47.5±7.3	18.9±8.2
Donne N. 210	41.8±5.3	13,2±7.2
Totale N. 500	45.2±6.1	16.6±8.1

**Tabella V. Caratteristiche generali del gruppo degli amministrativi**

Sesso	Età Media ± d.s.	Anzianità lav. Media±d.s.
Uomini N.	48.5±7.5	19.9±9.2
Donne N.	43.8±6.3	12.2±6.2
Totale N.	46.5±7.3	16.7±9.1

La distribuzione dei casi per età, anzianità lavorativa, sesso, ha messo in evidenza che nel gruppo degli anestesisti le donne sono meno numerose degli uomini, sono più giovani ed hanno una minore anzianità lavorativa. Nel gruppo degli amministrativi troviamo sostanzialmente la stessa condizione anche se meno pronunciata.

Per quanto riguarda la valutazione dei diversi fattori di rischio la totalità degli anestesisti considera la componente emotivo-psicologica un fattore di rischio; tale componente viene messa in relazione da tutti gli intervistati a problematiche strettamente legate alla mansione: orari prolungati, necessità di affrontare frequentemente situazioni di emergenza, di prendere decisioni immediate e di grande responsabilità, di garantire sempre un adeguato livello di attenzione, di lavorare in *équipe*, a problematiche organizzative e di controllo della qualità. Oltre a queste motivazioni, tutti gli intervistati hanno identificato nelle problematiche medico-legali, denuncia per *malpractice*, ed assicurative, disdetta della garanzia assicurativa, la maggior fonte di ansia. Infatti le Assicurazioni, indipendentemente dall'accertamento della responsabilità del sanitario, operano la disdetta del contratto assicurativo ad ogni notizia di richiesta di risarcimento che giunge loro (tab. VI).

Il rischio maggiormente percepito dagli amministrativi è l'utilizzo dei videoterminali (tab. VII).

La elaborazione dei dati ottenuti dalla somministrazione della scala VRS, esposti come medie±deviazione standard delle singole dimensioni nella tabella VIII, dimostra un punteggio totale della VRS e un punteggio per i *cluster* depressione, ansia, aggressività, significativamente più alto nella classe degli anestesisti rispetto a quello degli amministrativi.

Per tutti i confronti statistici è stato considerato significativo un valore di  $p < 0.05$ .

### Discussione e considerazioni conclusive

I dati che emergono dal nostro studio, pur con i limiti intrinseci degli studi trasversali che non consentono di valutare l'aspetto temporale della relazione tra variabili di

**Tabella VI. Valutazione soggettiva dei diversi fattori di rischio nella mansione dell'anestesista**

Fattori di rischio	Risposte Positive
Biologico	355 (71%)
Chimico	340 (68%)
Radiazioni	170 (34%)
Microclima	475 (95%)
Componente emotivo- psicologica	500 (100%)

**Tabella VII. Valutazione soggettiva dei diversi fattori di rischio nella mansione degli amministrativi**

Fattori di rischio	Risposte Positive
1. Videoterminali	261 87%
2. Microclima	216 72%
3. Componente emotivo-psicologica	174 58%

**Tabella VIII. Punteggi della VRS negli anestesisti e negli amministrativi (medie±deviazione standard)**

	Clusters					Totale
	Ansia	Depress.	Manc. Sup. soc.	Somatiz.	Aggres.	
Anest.	3.5±2.3	3.9±2.1	2.7±1.8	3.3±1.9	2.9±2.1	16.2±7.6
Ammin.	1.9±1.9	2.5±1.8	2.6±1.7	3.4±1.8	2±1.8	12.4±6.3
t test	s.	s.	n.s.	n.s.	s.	s.

esposizione ed effetto, confermano ampiamente le impressioni avute durante le indagini anamnestiche ed il controllo clinico effettuati in occasione delle sorveglianza sanitaria negli ultimi cinque anni.

Un dato particolarmente interessante che emerge dal nostro studio, è la percezione ampiamente manifestata da tutti gli anestesisti intervistati della componente emotivo-psicologica, tale componente viene considerata come una manifestazione reattiva correlata alla tipologia lavorativa e soprattutto alle problematiche medico-legali. In precedenti studi tale componente, appariva scarsamente percepita, era attribuita ai rischi classici: chimico, fisico, biologico. Il mancato riconoscimento del rapporto di causalità tra i disturbi emotivo-psicologici e l'attività lavorativa è un dato negativo che potrebbe portare all'insorgenza di *burnout* (7, 8, 9, 10, 16, 17).

I risultati da noi ottenuti appaiono del tutto comprensibili e prevedibili se teniamo conto che negli ultimi anni sono emerse non poche difficoltà e disagi per gli operatori di tale settore nell'affrontare la propria professione, nonostante questo l'elenco delle mansioni ritenute dalla commissione Ministeriale particolarmente usuranti non comprende il personale addetto ai servizi di pronto soccorso, rianimazione, chirurgia d'urgenza (18).

Molteplici sono i fattori responsabili del disagio crescente nella professione medica, il più importante è sicuramente il contenzioso medico-legale, a questo si aggiungono

no i problemi di natura burocratico- amministrativa e di controllo della qualità. Le problematiche medico-legali sono la conseguenza di molteplici fattori, tra questi il tipo di professione carica di responsabilità, esercitata in un ambiente che spesso non è favorevole, da una parte infatti abbiamo un atteggiamento della società nei confronti della medicina estremamente positivo, dall'altra invece una apertura molto limitata o addirittura assente nei confronti del medico, per cui gli eventuali insuccessi vengono sempre addebitati al singolo medico o alle singole strutture in cui essi operano.

In questo ambito i mass media giocano un ruolo molto importante, essi infatti forniscono una informazione spesso superficiale ed eccessivamente ottimistica sulle possibilità della medicina moderna. Il notevole sviluppo tecnologico, la disponibilità di strumenti estremamente sofisticati ha aumentato le aspettative dei pazienti che pretendono sia da parte dei singoli professionisti che delle strutture sanitarie non solo impegno di mezzi ma anche di risultati. Queste aspettative condizionano pesantemente le richieste di risarcimento che spesso non sono in relazione a veri e propri casi di *malpractice*.

Ulteriore fonte di disagio e preoccupazione sono i procedimenti di verifica e revisione della qualità che le Aziende sanitarie attuano, e che vengono vissute dai medici come un ulteriore forma di controllo esterno della loro attività (4).

Alla luce di quanto sopra esposto è quindi urgente che la medicina del lavoro affronti la tematica dello stress, anche con una analisi dei rischi da stress psicologico ad integrazione dell'articolo 4 del Dlgs 626, per far fronte alla nuova domanda di salute come viene d'altra parte percepita dalla più recente legislazione in tema di sicurezza e prevenzione della salute dei lavoratori.

Sicuramente una migliore organizzazione del lavoro, un miglior utilizzo delle risorse, potrebbero determinare condizioni di lavoro più favorevoli. Di più difficile soluzione appaiono le problematiche di tipo medico legale.

## Bibliografia

- 1) Agnetti B, Pino O, Antonioni Mc, E Coll: Il burnout negli anestesisti rianimatori. Una ricerca osservativa. Boll Psic Appl 1988; 187-188: 65-70.
- 2) Ametz BB et al. Comportamento suicida tra i medici in relazione con altri laureati nonché con la popolazione generale: risultati di uno studio prospettico nazionale a lungo termine e di uno studio retrospettivo. In Psichiatria e Salute Mentale, 1988, 183.
- 3) Basso A, Urbano ML, Soleo L, Serio G, Trerotolo P, Scianaro S, Di Candia O, Ambrosi L. Lavoro usurante, invecchiamento e salute: studio trasversale in un gruppo di anestesisti. La medicina del lavoro 2000; 91, 4: 354-365.
- 4) Callahan EW. Quality in occupational health care. JOM 1994; 36: 410-413.
- 5) Cesana GC, Ferrario M, Segà R, Milesi C, De Vito G, Mancina G, Zanchetti A. Job strain and ambulatory blood pressure levels in a population-based employed sample of men in Northern Italy. Scand J Work Environ Health 1996; 22: 294-335.
- 6) Cesana GC, Grieco A, Segà R. Il concetto di stress: misura e applicazione negli ambienti lavorativi. In: Cesana GC e Molteni G (ed): Lavoro terziario e salute. Milano, Masson, 1991, 17-30.
- 7) Cherniss C. Different ways of thinking about burnout. In E. Seidman e J. Rappaport (ed.) Redefining Social Problems. Plenum Press, New York, 1986.
- 8) Cherniss C. Job burnout: growing worry for workers, bosses. News & Word Report. In: Mc Connel, burnout in the nursing (1980).
- 9) Cherniss C. Professional burnout in human service organization. Praeger, New York, 1980.
- 10) Cherniss C. Staff burnout: job and stress in the human services. Sage Publications Beverly Hills. (Tr. It. La sindrome del burnout, Centro Scientifico Torinese, Torino 1983), 1980.
- 11) Felton JS: Occupational medical management. Boston, Little Brown, 1990.
- 12) Hernberg S: Work-related diseases. Some problems in study design. Scand J Work Environ Health 1984; 10: 367-386.
- 13) Kristensen TS. Cardiovascular diseases and the work environment. A critical review of the epidemiologic literature on non-chemical factors. Scand J Work Environ Health 1989; 15: 165-181.
- 14) Levi L, La Ferla F. A healthier work environment. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993.
- 15) Lizza M. La fatica di essere sani. Rischi e danni da lavoro nelle strutture sanitarie, Ediz. Cooperativa nuovo progetto, 1987.
- 16) Lucchini L. Sindrome del burnout al varco e il medico rischia di bruciarsi, Culturalmente, 4.
- 17) Maslach C. (1982). Burnout: the cost of caring. Prentice Hall Press Inc, New York; Tr. It.: "La sindrome del burnout - Il prezzo dell'aiuto agli altri". Cittadella Editrice, Assisi, 1992.
- 18) Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale: Decreto 19 maggio 1999: Criteri per l'individuazione delle mansioni usuranti. GU 1999, 208: 10-11.
- 19) MONICA Principal Investigators: The World Health Organization MONICA Project: a main international collaboration. J Clin Epidemiol 1988; 41: 105-114.
- 20) Paine W. Job stress and burnout. Sage Publications. Beverly Hills. 1982.
- 21) Riboldi L, Ravalli C. Lo stress nel mondo del lavoro: quali soluzioni per un problema in espansione. Pavia, Fondazione Salvatore Maureri Edizioni, 1996.
- 22) Schnall PL, Landsbergis PA. Job strain and cardiovascular disease. Annu Rev Public Health 1994; 15: 381-411.
- 23) Theorell T. The psychosocial environment, stress and coronary heart disease. In: Marmot M and Elliot P, editors. Coronary heart disease epidemiology. Oxford, Oxford University Press, 1992: 256-273.
- 24) Tarsitani L, Biondi M. Sviluppo e validazione della scala VRS (Valutazione rapida dello stress). Medicina Psicosomatica 1999; 3: 163-77.

**Richiesta estratti:** Lidia Proietti, Via C. Claudiano 14, 95126 Catania, Italy - Fax 095 320463, Cell. 3395718015