

2017

ENPAP



# INVESTIRE IN PSICOLOGIA

*Come gli Psicologi fanno risparmiare la Collettività*



## **PREFAZIONE**

### **L'impegno di ENPAP: professione e collettività**

*Felice Damiano Torricelli, Presidente ENPAP* ..... 10

## **INTRODUZIONE**

### **Impact Investing e Social Impact Bond: capitali privati al servizio del cambiamento sociale**

*Centro Studi Lang sulla Filantropia Strategica* ..... 15

## **FOCUS SUI PROGETTI SELEZIONATI** *(suddivisi per aree di preminenza)*

### **ANZIANI** ..... 28

- **Apprendere e riapprendere: un percorso guidato** ..... 29  
*nei circuiti della memoria e delle emozioni*  
*Professionisti associati in partenariato con il D.S.M. - Dipartimento Salute  
Mentale Milazzo-Lipari-Messina (Antonio Paone)*
- **Il gioco non ha età: prevenzione** ..... 31  
*del gioco d'azzardo negli anziani*  
*Associazione Psicologi Campani (Ada Moscarella)*
- **La diagnosi precoce delle demenze attraverso** ..... 33  
*la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica*  
*ASL di Collegno e Pinerolo ASL TO3 (Alessandro Bonansea)*
- **Pensare per Essere: programma Alma-Lab** ..... 35  
*Studio dott. Alberto Corcos (Alberto Corcos)*
- **Progetto Benessere: Prevenzione e Allenamento per la Terza Età** ..... 37  
*Associazione Omnia (Silvia Castelli)*
- **Sinapsy-Terza età: prevenire e affrontare** ..... 39  
*i disturbi dell'umore nell'anziano*  
*Associazione Sinapsy-Lodi (Manuela Marazzina)*

<b>GESTIONE CRONICITÀ</b> .....	41
• <b>Acufene: il Silenzio dopo il Rumore</b> .....	43
<i>Vittorio Franzetti</i>	
• <b>BACK HOME: ridurre la permanenza nelle strutture residenziali</b> .....	45
<i>Associazione A.E.D.O. (Marco Paolo Carlo Picchi)</i>	
• <b>Centro Pilota dell'Immaginario Positivo</b> .....	47
<i>Martina Minardi</i>	
• <b>Consulenza e Psicoterapia Breve per pazienti affetti</b> .....	49
<i>da psoriasi o altre malattie dermatologiche</i>	
<i>Valentina Sciubba</i>	
• <b>Cuori in Rete</b> .....	51
<i>Fond. Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale (Sara Lanfredi)</i>	
• <b>Dieta nuova e stile di vita: nutrire corpo, anima e mente</b> .....	53
<i>Associazione L'Amaranta (Scarlett Carmen Franchi)</i>	
• <b>Giro come va</b> .....	55
<i>Fond. Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale (Sara Lanfredi)</i>	
• <b>Il progetto Eubiosia: un modello bio-psico-sociale</b> .....	57
<i>di assistenza domiciliare oncologica gratuita, globale e sostenibile</i>	
<i>Fondazione Ant Italia Onlus (Silvia Varani)</i>	
• <b>La riabilitazione nelle cerebrolesioni: un approccio ecologico</b> .....	59
<i>Associazione Resilient Disabled Onlus (Nadia Trevisi)</i>	
• <b>Lo psicologo a sostegno dell'adherence</b> .....	61
<i>del paziente diabetico e dei costi del Sistema Sanitario Nazionale</i>	
<i>Ordine degli Psicologi del Lazio (Manuela Tomai)</i>	
• <b>L'unione fa la vita</b> .....	63
<i>Associazione PERCORSI e A.N.D.O.S.-Associazione Nazionale Donne</i>	
<i>Operate al Seno Comitato Napoli Ovest (Maria di Vicino)</i>	
• <b>Prevenire il "patto di sangue" tra</b> .....	65
<i>Depressione e Dolore Cronico SI PUO'!!!</i>	
<i>Stefano Totaro</i>	
• <b>Psicoterapia &amp; Diabetologia</b> .....	67
<i>ASUR Marche Area Vasta 5 Diabetologia (presidi di Ascoli Piceno e San</i>	
<i>Benedetto del Tronto) e Università Politecnica delle Marche (Daniele Bruni)</i>	
• <b>Teatralmente.it: cultura, salute e comunità</b> .....	69
<i>Istituzione Gian Franco Minguzzi (Maria Francesca Valli)</i>	
• <b>Unità di follow-up care: oltre le acuzie, la continuità</b> .....	71
<i>assistenziale dopo il ricovero in terapia intensiva</i>	
<i>Università Cattolica del Sacro Cuore (Simona Inguscio)</i>	
• <b>Windhorse Italia</b> .....	73
<i>Associazione ACCORDO (Paola Parini)</i>	

<b>DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO</b> .....	75
• <b>Insieme ai DSA per una efficace scelta di orientamento scolastico</b> .....	76
<i>Centro di Psicoterapia e Psicologia Clinica (Paola Sandrone)</i>	
• <b>Isola dei Bambini</b> .....	78
<i>Fond. Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale (Sara Lanfredi)</i>	
• <b>Servizio CRESCO</b> .....	80
<i>Associazione CRESCO (Francesco Ferrarese)</i>	
• <b>"Toc-Toc: Sono io!" La prevenzione del disagio psichico</b> .....	82
<i>nelle scuole pensando ai bambini come Persone-Intere e non come Bambini-Sintomo o Bambini-DSA</i>	
<i>Associazione "ABC" Aiutiamo i Bambini a Crescere (Liliana Cocumelli)</i>	
<b>DIPENDENZE</b> .....	84
• <b>Gameover</b> .....	85
<i>Associazione GLATAD Onlus (Maurizio Principi)</i>	
• <b>Mi riprendo la salute: un intervento breve</b> .....	87
<i>di prevenzione al tabagismo</i>	
<i>Centro Antifumo AUSL di Imola (Elisa Gambetti)</i>	
• <b>Prevenire e contrastare a scuola il disagio</b> .....	89
<i>e le condotte disadattate: il programma della Didattica delle emozioni®</i>	
<i>Studio Rosa Schiralli (Rosa Schiralli)</i>	
<b>FAMIGLIE</b> .....	91
• <b>Accogliere prima</b> .....	93
<i>ANPEP-Associazione Nazionale di Psicologia e di Educazione Prenatale (Alessia Beghi e Lisa Sossai)</i>	
• <b>Affidiamoci: promozione e sostegno alle famiglie affidatarie</b> .....	95
<i>Roots of Life (Joyce Flavia Manieri)</i>	
• <b>Centro per la Famiglia</b> .....	97
<i>Seme di Pace Cooperativa Sociale Onlus (Antonio Capece)</i>	
• <b>Famiglie in Centro Liberthub</b> .....	99
<i>Consorzio Comunità Brianza (Marta Moretti)</i>	
• <b>Handling Onlus</b> .....	101
<i>Associazione Handling Onlus (Francesca Masi)</i>	
• <b>La Magnolia snc</b> .....	103
<i>La Magnolia snc (Libera Giovanna Martino)</i>	
• <b>Le realtà nascoste</b> .....	105
<i>Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare – LIPSIM (Lucia Maiorino)</i>	
• <b>Ogni cosa ha il suo tempo</b> .....	107
<i>Centro di Psicologia Sarzanese (Luca Bassano)</i>	

• Per una diffusione nel territorio italiano dei Centri Post Adozione: .....	109
il modello del Centro post adozione La Luna e L'Aquilone <i>Centro post adozione La Luna e L'Aquilone (Mara Foppoli)</i>	
• Potenziamento cognitivo per rallentare .....	111
il decadimento cognitivo: un progetto che integra attività per pazienti e caregiver <i>Giulia Gamberini</i>	
• Progetto Kairos: sostegno e presa in carico della famiglia adottiva.....	113
<i>Roots of Life (Joyce Flavia Manieri)</i>	
• Psicoterapeuti divorzisti: l'alternativa per una separazione efficace .....	115
<i>Emanuela Cammarano</i>	
• Punto Mamma-Bambino: una proposta di intervento .....	117
di prevenzione, accompagnamento e trattamento per la relazione primaria <i>Enrica Cavalli e Manuela Montalto</i>	
• Ri-conoscersi genitori: un percorso di accompagnamento .....	119
alla nascita e sostegno alla genitorialità <i>Ospedale Evangelico Internazionale Genova (Paola Cardinali e Valentina Guiducci)</i>	
<b>MINORI</b> .....	121
• Analysis By Young .....	123
<i>Studio Associato Analysis (Andrea Aielli)</i>	
• Buonanotte .....	125
<i>Associazione Genitori Attenti! (Sonia Specie)</i>	
• Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia .....	127
<i>Associazione Bambini nel Tempo Onlus (Francesca Romana De Gregorio)</i>	
• Contrasto dell'abuso all'infanzia e all'adolescenza .....	129
<i>Sirio Cooperativa Sociale (Alessandro Mancinella)</i>	
• Diminuzione dell'insorgenza dei disturbi da .....	131
comportamento dirompente (DCD) nell'età evolutiva <i>Associazione Aidai Liguria (Sandra Moretti)</i>	
• Il gruppo di bambini, per crescere insieme .....	133
<i>Gloria Zannini</i>	
• Laboratorio SOS Compiti .....	135
<i>Centro Con.Te.St.O (Silvia Peri)</i>	
• L'esperienza del gruppo: nuove risorse in adolescenza .....	137
<i>Studio Privato "Azalea" e "Centro per il bambino e la famiglia" ASL Bergamo (Marzia Donadoni e Claudio Rozzoni)</i>	

• M.A.I. Maltrattamento e Abuso all'Infanzia .....	139
<i>Pietro Farinato Cooperativa Sociale Onlus (Ilenia Maria Adamo)</i>	
• Progetto ALL: Co-progettare Accoglienza e Lavoro .....	141
<i>in Interazione con i Minori Stranieri Non Accompagnati Cooperativa Sociale Dialogica (Gian Piero Turchi)</i>	
• Progetto SIBRIC.it – Ricerca, Supporto & .....	143
<i>Informazione sui comportamenti autolesionistici SIBRIC (Giuseppe Martorana)</i>	
• Psicologia scolastica e informatica per la riduzione .....	145
<i>dei costi di bocciature e dispersione scolastica Roberto Romeo</i>	
• Psycon.net 3.0 .....	147
<i>Cooperativa Sociale Mediterraneo Mosaico di Culture (Laura Bellone)</i>	
• Sportello di Psicologia .....	149
<i>Associazione Itaca (Maurizio Cottone)</i>	
• Un nuovo approccio all'ADHD: laboratorio per mente e corpo .....	151
<i>Associazione La Ciclofficina della Bovisa (Amedeo Bozino Resmini)</i>	
<b>PRIMO INTERVENTO PSICOLOGICO .....</b>	<b>153</b>
• aliAnte: servizio di anticipazione delle emergenze .....	156
<i>comunitarie attraverso la promozione di competenze di gestione dei cittadini/lavoratori e dei servizi territoriali Cooperativa Sociale Dialogica (Gian Piero Turchi)</i>	
• Ambulatorio sociale di psicoterapia .....	158
<i>Istituto Opera Don Calabria Roma (Damiano Biondi e Miriam Miraldi)</i>	
• Applicazione del training autogeno alla prevenzione .....	160
<i>e al trattamento del burnout e dello stress lavoro correlato Team di 6 Psicologi (Laura Pasquini)</i>	
• Benessere delle persone attraverso partnership e .....	162
<i>sinergie per pubblico e privato Paolo Fusari</i>	
• Centro Clinico per la Cura e la Ricerca Psicologica .....	164
<i>CREA Cooperativa Sociale Onulus (Giuseppe Cersosimo)</i>	
• Crisi delle Risorse e Risorse nella Crisi .....	166
<i>Cooperativa Sociale Arcipelago Centro di Gruppoanalisi Applicata (Marta Gianaria)</i>	
• Diventare e sentirsi mamme: percorso di accompagnamento .....	168
<i>al parto e alla genitorialità Francesca Calavitta</i>	

• "ESSERE IN EQUILIBRIO". Incontri informativi e attività pratiche per prevenire il disagio emotivo <i>Comune di Bondeno (Ilaria Vaccari)</i>	170
• ICHNOS <i>Cooperativa Sociale Gruppo Scuola Onlus (Luca Oppici)</i>	172
• InCreasing <i>Associazione Volere Volare (Claudia Galiano)</i>	174
• La Psicoterapia Breve Strategica come prevenzione all'interno del SSN <i>Centro di Terapia Strategica s.r.l. (Sara Parsi di Landrone)</i>	176
• Lo Psicologo a scuola <i>Rossella Valvasori</i>	178
• Lo Psicologo di Base accanto al Medico di Medicina Generale <i>Università La Sapienza di Roma, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica (Luigi Solano)</i>	180
• Prevenzione del disagio giovanile <i>Cooperativa Sociale L'Airone Srl (Alessandra Di Bernardino)</i>	182
• Progetto PERSEO <i>Istituto Gestalt Romagna a.c. (Efisio Temporin)</i>	184
• Pronto Soccorso Psicologico <i>Psychology Center di Maria Ines Palumbo</i>	186
• Psicodramma e Sociodramma per il benessere dei lavoratori <i>Enrico Santori</i>	188
• Psicologo delle cure primarie <i>International Society of Psychology (Loredana Scalini)</i>	190
• Psicologo nel Pronto Soccorso <i>Croce Verde di Ponte a Moriano (Renato Bertolucci)</i>	192
• Psicologo per tutti <i>Cooperativa Sociale Metamorfoosi (Carlotta Longhi)</i>	194
• Quando la psicologia si fa lavoro: la salute di imprenditori e lavoratori <i>Ambra Cavina</i>	196
• "Seguimi con gli occhi" ...per stare meglio <i>Spazio Aperto Servizi Cooperativa Sociale ONLUS (Silvia Lo Forti)</i>	198
• Sportello di ascolto psicologico "La terra di mezzo" <i>Comune di Jesi (Marisa Campanelli)</i>	200
• Stai bene col tuo lavoro <i>Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como (Vito Tummino)</i>	202
• Step Therapy Reggio Emilia <i>Centro Epoché (Sara Rivi)</i>	204

<b>DISTURBI PSICOSOMATICI</b> .....	206
• <b>Il paziente come persona</b> .....	207
<i>Cooperativa Sociale Nuova Vita Onlus (Emanuele Goldin)</i>	
• <b>Intervento di Empowerment e Gestione dello Stress</b> .....	209
<b>del paziente chirurgico ospedaliero</b>	
<i>Azienda Ospedaliera Santa Maria (David Lazzari)</i>	
• <b>Lo Psicologo e la spending review:</b> .....	211
<b>un intervento che genera risparmio</b>	
<i>A.O. Università Città della Salute e della Scienza di Torino (Fabrizio Margollicci)</i>	
<b>VIOLENZA DI GENERE</b> .....	213
• <b>Che Genere di Violenza</b> .....	214
<i>Associazione LUI (Jacopo Piampiani)</i>	
• <b>CTM - Centro per il Trattamento degli uomini Maltrattanti</b> .....	216
<i>Delfi Associazione Culturale (Andrea Spada)</i>	
• <b>FENICE: Formazione Empowerment ed Incontro</b> .....	218
<b>a Contrasto della violenza</b>	
<i>IACP- Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona srl (Marta Borrelli)</i>	
<b>ALTRO</b> .....	220
• <b>Adolescenza, Sport e Cibo: educare alla salute</b> .....	222
<i>Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica e Scienze della Vita e dell'Ambiente (Dina di Giacomo)</i>	
• <b>Centro di sviluppo di comunità e mediazione civica</b> .....	224
<i>Prâgmata Politika Srl (Gian Pier Turchi)</i>	
• <b>Centro Servizi Rainbow</b> .....	226
<i>Unione Professionisti Matrimonialisti (Tiziana Carella)</i>	
• <b>Don't eat but do it - più peso allo sport</b> .....	228
<i>Luana Minasso</i>	
• <b>FAI META con l'UNIPD</b> .....	230
<i>Università degli Studi di Padova (Alessandro Biscaro)</i>	
• <b>Fuoriclasse e Attiva Giovani</b> .....	232
<i>Comune di Montecchio Emilia Settore Politiche Sociali (Marta Campion)</i>	
• <b>Generare Welfare. Da segni internalizzanti</b> .....	234
<b>ed esternalizzanti, allo sviluppo dell'individuo e del capitale umano</b>	
<i>Comune di Vigasio (Daniele Venturini)</i>	



- La Behavior Analysis al servizio della sicurezza sul lavoro: .....236  
costruire comportamenti per ottenere risultati misurabili  
*A.A.R.B.A. Association for the Advancement of Radica Behavior Analysis (Fabio Tosolin)*
- La rete di Proteo: progetto per la presa in carico .....238  
multidisciplinare dei soggetti affetti da DIG e DSD  
*Associazione Kyklos Onlus (Barbara Vallesi Cardillo)*
- Le amministrazioni comunali del torinese affrontano .....240  
la crisi economica attraverso l'ausilio della psicologia  
*Comune di Volvera (Massimo Zedda e Anna Rita Rocca)*
- Non mollare! Percorsi di prevenzione dell'abbandono .....242  
universitario: il ruolo di motivazioni ed emozioni  
*Laboratorio APsyM dell'Università di Verona (Daniela Raccanello)*
- Protezione giuridica persone fragili .....244  
*AGAPE Società Cooperativa Sociale Onlus (Annalisa Mascia)*
- PsycART Social Factories .....246  
*PsycART - Associazione Culturale di Promozione Sociale (Gianfilippo Guidi)*
- Sito dell'ordine degli psicologi .....248  
*Lisa Pillot*
- TICE .....250  
*Cooperativa Sociale Tice (Francesca Cavallini)*
- Y2Y - Youth to Youth: giovani terapeuti aiutano giovani neet .....252  
*Riccardo Capozzi*

## **POSTFAZIONE**

- **Allineare le scelte di investimento alla propria missione sociale** .....254  
*Giovanna Melandri, Presidente Human Foundation – Giving and Innovating*

# L'impegno di ENPAP: professione e collettività

*Felice Damiano Torricelli, Presidente ENPAP*

ENPAP, l'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza degli Psicologi, fondazione di diritto privato costituita ai sensi del decreto legislativo n. 103/96 che attua le tutele previdenziali e assistenziali in favore degli Psicologi, da alcuni anni studia i meccanismi attraverso i quali è possibile attivare investimenti che non solo rendano un utile monetario ma anche un'utilità sociale alla collettività ed in particolare alla stessa professione di Psicologo.

La necessità di operare in questa direzione nasce dalla constatazione che la professione di Psicologo, come la maggioranza delle professioni liberali, sta soffrendo le ricadute della crisi degli ultimi anni in maniera importante: i tagli ai finanziamenti per il sistema di prevenzione sociale nazionale, che i diversi governi succedutisi negli anni recenti hanno effettuato, hanno di fatto tolto possibilità di lavoro ad un numero molto elevato di Psicologi oltre a ridurre i servizi in settori di grande allarme sociale, con gravi ricadute in termini di costi anche economici oltre che di ridotto benessere dei cittadini.

I redditi di categoria degli Psicologi sono stagnanti sia per l'estromissione di molti professionisti dalle attività di prevenzione sociale, ridotte dalla crisi, che in ragione del grande incremento di nuovi professionisti iscritti all'Ente di previdenza che si registra negli ultimi anni anche a causa del blocco delle assunzioni da parte dei Servizi Pubblici socio-sanitari, in cui gli Psicologi sono classicamente impegnati. Poiché il sistema previdenziale contributivo, sulla cui base è strutturato il funzionamento di ENPAP, fa discendere gli importi pensionistici esclusivamente dai contributi accumulati dal singolo iscritto, versati ogni anno in proporzione al reddito che egli consegue, questo complesso di situazioni annuncia pensioni future potenzialmente molto basse se non irrisorie.

Emerge, quindi, per la *Cassa di Previdenza* di categoria, l'urgenza strutturale di *impegnarsi per dare sostegno ai redditi degli Psicologi e accrescere la valorizzazione sociale della professione*. Al contempo la peculiarità della professione di Psicologo e delle sue *specifiche sensibilità*, la consapevolezza della sua *responsabilità sociale*, rendono l'ENPAP particolarmente sensibile al *bisogno diffuso di Psicologia professionale* che non trova più adeguate risposte da parte dei Servizi Pubblici.

Abbiamo ritenuto che la strategia più efficace per intervenire in questa contingenza fosse supportare la categoria degli Psicologi nello sforzo in atto per *rispondere ai bisogni oggi emergenti nella società nella maniera più adeguata possibile e, nello stesso tempo, proporre alla Politica e alle Pubbliche Amministrazioni progetti innovativi di intervento sociale*, centrati sull'intervento psicologico e strutturati intorno a *chiari obiettivi di impatto sociale*, che fossero traducibili anche in un *ritorno economico per la collettività in termini di risparmio o di altre utilità monetizzabili*.

***ENPAP dispone di fondi che ad oggi ammontano ad oltre 1.200.000.000 di euro e sono in crescita costante. Questo capitale deve necessariamente essere investito per garantire i rendimenti necessari al meccanismo pensionistico: il migliore auspicio è che alcune quote possano essere investite per finanziare interventi che abbiano al centro la Psicologia professionale e che garantiscano, assieme al miglioramento della qualità di vita delle persone coinvolte, occasioni di lavoro per gli Iscritti all'ENPAP e rendimenti equilibrati da riversare sulle loro pensioni.***

Uno degli strumenti considerati con più attenzione, per operare complessivamente in questo senso, è stato quello dei *Social Impact Bond (SIB)*<sup>1</sup>: non tanto perché i SIB, così come sono nati nei Paesi anglosassoni, siano strumenti importabili tout court in Italia, quanto perché il dispositivo che attivano è altamente suggestivo di una modalità che restituisce valore a tutte le parti coinvolte nel suo sviluppo e nella sua gestione.

Il modello SIB applicato alla prevenzione del disagio collettivo a cura dagli Psicologi è un modello che nella *teoria dei giochi* è potenzialmente di tipo *win-win*: un tipo di interazione in cui - fatto salvo il rischio connesso alla sperimentazione iniziale del modello operativo sottostante - tutti i partecipanti "vincono":

- vincono i *cittadini*, che vedono aumentati i servizi e la loro qualità di vita senza dover pagare in più per questo;
- vincono gli *operatori professionali* coinvolti e le *imprese sociali*, che riescono a trovare occupazione;

---

<sup>1</sup> Per l'illustrazione dettagliata dei SIB e degli altri strumenti di Impact Investing vedi la prefazione di questo libro "*Impact Investing e Social Impact Bond: capitali privati al servizio del cambiamento sociale*", da pagina 15.

- vince la *politica*, che indica le priorità e realizza servizi innovativi senza mettere a rischio i denari dei contribuenti;
- vincono gli *investitori*, che raggiungendo in maniera efficiente l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei loro concittadini hanno un ritorno economico interessante;
- vince lo *stato sociale*, che risparmia e rende altamente efficiente la sua spesa;
- vince la *scienza*, visto che si riescono a definire e verificare protocolli di intervento efficienti e ripetibili laddove spesso prima esistevano prassi non uniformi e discontinue;
- vince, in generale, il *sistema Paese*, che riesce così ad attivare un modello di integrazione pubblico-privato che mette a disposizione risorse strategiche in settori che non ne hanno.

Partendo da queste considerazioni ENPAP è impegnato a chiarire in che modo alcune caratteristiche individuate nei SIB e più in generale degli strumenti *pay-by-result*<sup>2</sup> (utilizzare i finanziamenti di investitori istituzionali, rendere un beneficio alla collettività, far sì che questo beneficio generi rendimento economico, valorizzare l'apporto della Psicologia professionale al meccanismo della prevenzione sociale) siano funzionali nell'attuale congiuntura.

***Abbiamo quindi voluto concretizzare la capacità degli Psicologi di definire costruzioni progettuali, in ambiti oggetto di particolare attenzione da parte della opinione pubblica, della politica e della scienza, in grado di misurare i propri risultati economici assieme a quelli sociali.***

A tal fine è stata attivata una *Call for Ideas* sul tema "Investire in Psicologia"<sup>3</sup> aperta a tutti gli Iscritti all'ENPAP, chiedendo loro di inviare progetti innovativi che avessero, da un lato, la valorizzazione dell'*Impatto Sociale*, con una descrizione la più articolata possibile dei benefici che i singoli partecipanti e la collettività avrebbero ricevuto dall'intervento e, dall'altro, la possibilità di individuare e misurare il *Beneficio Economico* che sarebbe stato possibile ricavare in termini, per esempio, di risparmio stimabile della spesa pubblica.

Sono stati così raccolti circa 250 contributi, la cui concreta fattibilità è stata poi valutata da una commissione di esperti che ha poi selezionato i 105 progetti che qui vengono presentati in schede di sintesi.

<sup>2</sup> Cfr. il recente studio di fattibilità realizzato da Human Foundation e Fondazione Sviluppo e Crescita CRT , con l'apporto del Politecnico di Milano, dell'Università di Perugia e di KPMG, con il supporto del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria: <http://humanfoundation.it/ita/il-nostro-lavoro/pubblicazioni/47-l-applicazione-di-strumenti-pay-by-result-per-l-innovazione-dei-programmi-di-reinserimento-sociale-e-lavorativo-delle-persone-detenute-1/file.html>

<sup>3</sup> [www.investireinpsicologia.it](http://www.investireinpsicologia.it)

**Questi progetti costituiscono un portafoglio di interventi sociali innovativi e realizzabili, caratterizzati dalla possibilità di produrre attraverso l'applicazione coerente di principi, modelli, tecniche della Psicologia scientifica, un beneficio concreto per la collettività e per le persone direttamente coinvolte assieme ad una ricaduta economica misurabile.**

Gli interventi proposti spaziano in vaste aree del sociale e del socio-sanitario sostanzialmente abbandonate a se stesse negli ultimi anni. Hanno a che fare, ad esempio, con la gestione delle *malattie croniche*, che già oggi costituisce un costo elevatissimo per lo Stato e che sempre di più lo saranno, visto l'aumento costante della popolazione anziana; con la gestione delle *devianze*, tema fondativo dei SIB nella loro prima versione inglese e rivelatosi di così grande soddisfazione per tutte le parti coinvolte da definire in larga misura il nuovo modello di trattamento adottato dal sistema penitenziario inglese; con la *violenza di genere*, che crea non solo tante sofferenze alle persone ma anche tante difficoltà di tipo economico; con la prevenzione della *salute mentale*, messa sempre più a rischio in questa epoca di continui e profondi mutamenti sociali, di precarizzazione delle identità, di venir meno dei supporti sociali prima disponibili (la famiglia, lo stato, la chiesa, la scuola, la politica) che ora faticano a fungere da punti di riferimento credibili per supportare le scelte delle persone; con il trattamento di *disturbi dell'apprendimento* e con la riduzione della *dispersione scolastica*, ancora oggi a livelli preoccupanti in ampie aree del Paese; con la gestione delle *diversità*, messe in particolare evidenza dagli imponenti flussi migratori con cui abbiamo avuto, e sempre di più avremo, a che fare.

Un po' stravolgendo il percorso che ha portato alla strutturazione dei SIB inglesi - nati per un forte commitment del governo, preoccupato di non avere più risorse disponibili per affrontare questioni sociali drammatiche e con una grande ricaduta economica - proponiamo questo *portafoglio di progetti* con lo scopo di sollecitare un commitment pubblico in questo senso anche in Italia.

Raccontando, sia pure per schede sintetiche, cosa e come si può fare per intervenire prevenendo i danni gravi in campo sociale e le loro ricadute economiche per la collettività, il nostro obiettivo è di indicare *alla politica* la disponibilità di risorse intellettuali ampiamente non utilizzate e la disponibilità degli Enti di previdenza, del nostro ENPAP in particolare, a concordare coerenti modelli di investimento che rendano disponibili nuove risorse a questo scopo.

Vogliamo sollecitare la ripresa di una politica degli interventi di prevenzione sociale, che la caduta del *welfare state* a seguito della crisi del 2008 sembra aver cancellato dalle agende della politica e, dal nostro vertice di osservazione e nella misura in cui ci è consentito, indicare ambiti di intervento rispetto ai quali è necessario che la politica definisca rapidamente un proprio impegno per i prossimi anni.

Al contempo proponiamo una modalità di investimento nel Sistema Paese da parte delle Casse di Previdenza dei professionisti che faccia riferimento a *strumenti finanziari collaborativi*, coerenti con le finalità previdenziali, che diano beneficio, oltre che all'economia generale della nazione, anche alla caduta di qualità di vita dei cittadini e mettano nuovamente in circolazione, nel più ampio sistema valoriale del Paese, le risorse e il valore delle professioni oggi a rischio di marginalizzazione.

***ENPAP è disposto ad investire una quota dei suoi fondi per sperimentare un modello di investimento che riprenda le principali suggestioni dei SIB e ad investire in uno o più progetti, derivanti da questo portafoglio o anche elaborati ad hoc dalla collettività professionale degli Psicologi, sulla base di un preciso mandato della Pubblica Amministrazione.***

Sebbene la struttura del Bilancio pubblico italiano sia tale da non rendere immediatamente riproponibile, in Italia, un modello del tutto sovrapponibile a quello inglese dei SIB senza rendere ulteriormente macchinoso un dispositivo già di per sé complesso, alcune sperimentazioni circa la praticabilità italiana di modelli *pay by result* sono ormai ad un punto avanzato.

Al contempo alcune azioni legislative recenti sembrano proporre spazi di azione interessanti. La normativa di riforma del Terzo Settore, infatti, apre possibilità concrete per finanziatori privati di intervenire sull'innovazione delle politiche e degli interventi sociali. Potrebbe essere anche questo l'ambito in cui creare spazi di interlocuzione, non solo per ENPAP ma anche per tutte le professioni che vogliono investire nel Sistema Paese ed anche su loro stesse, rendendo alla collettività il valore intellettuale, la spinta all'innovazione, la capacità delle *professioni* di governare tecnicamente quei fenomeni complessi di cambiamento che oggi rappresentano la sfida principale per la politica<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> I centocinque progetti selezionati tra quelli proposti dagli Psicologi iscritti all'ENPAP alla Call for Ideas "Investire in Psicologia" sono stati raccolti in questo volume, che sarà diffuso a tutti i potenziali stakeholder di questo progetto e principalmente al mondo della politica, il quale verrà coinvolto, assieme al mondo della finanza chiamato a definire meccanismi operativi per dare seguito concreto ai progetti, in un prossimo convegno di studio e confronto.

# Impact Investing e Social Impact Bond: capitali privati al servizio del cambiamento sociale

a cura del Centro Studi Lang sulla Filantropia Strategica

*Nata in ambito anglosassone la cosiddetta “finanza sociale” è costituita da quella classe d’investimenti “legati ad obiettivi sociali misurabili in grado, allo stesso tempo, di generare un ritorno finanziario per gli investitori”. Nuovi e urgenti bisogni sociali, crescente polarizzazione della ricchezza, e il gap tra costo dei servizi e disponibilità d’investimento pubblico nel welfare state sono alcuni dei fattori che stanno portando a una proliferazione di nuovi veicoli in aggiunta all’assistenza pubblica o alla tradizionale filantropia privata. L’attuale scenario impone la necessità di sviluppare nuovi modelli d’intervento, efficaci e a costi contenuti. Per i privati, a livello internazionale e in Italia, si apre quindi un importante ruolo che potrà essere non solo una responsabilità sociale, ma anche un’opportunità economica per contribuire a colmare questa esigenza.*

## **Il crescente fenomeno della Finanza Sociale**

Le donazioni filantropiche dei privati, anche quando vengono combinate con gli stanziamenti governativi per lo sviluppo o la cooperazione internazionale, sono in grado di movimentare cifre nell’ordine di miliardi di dollari. Al tempo stesso il costo per risolvere le problematiche sociali più pressanti a livello mondiale si attesta sull’ordine di migliaia di miliardi: ad esempio, si stima un gap annuale di circa \$2.5 bilioni l’anno per raggiungere i nuovi *Sustainable Development Goals* solo nell’ambito dei Paesi in via di sviluppo<sup>5</sup>. Per far fronte a questa enorme domanda di capitali, necessari a creare un mondo più resiliente e inclusivo, negli ultimi anni abbiamo assistito a una forte crescita di meccanismi finanziari capaci di mobilitare il settore privato verso nuove modalità d’intervento più efficienti e

---

<sup>5</sup> United Nations Conference on Trade and Development (2014), “World Investment Report”

sostenibili rispetto alla tradizionale assistenza pubblica e alla filantropia privata. Nata in ambito anglosassone la cosiddetta “*finanza sociale*” è costituita da quella classe di investimenti “legati ad obiettivi sociali misurabili in grado, allo stesso tempo, di generare un ritorno finanziario per gli investitori”<sup>6</sup>.

Si tratta di un fenomeno che rappresenta, a tutti gli effetti, un motore di cambiamento per il mondo della filantropia e del privato sociale ossia di quei soggetti privati che, senza fini di lucro e/o con importanti limitazioni alla redistribuzione di utili, perseguono finalità sociali. Per capire, però, le motivazioni che stanno portando alla proliferazione di questi nuovi strumenti ibridi, vale la pena soffermarsi su alcuni fattori propulsivi che potrebbero rendere gli investimenti ad impatto un driver di sviluppo sostenibile e di compartecipazione di soggetti privati alla produzione di servizi di welfare.

Lasciando da parte lo scenario globale, sono in particolare tre i filoni intercorrelati di particolare interesse per l'Italia: la *crescita progressiva di bisogni sociali urgenti*, l'*aumentata polarizzazione della ricchezza*, e la *crisi del tradizionale modello di welfare state*.

In primis, è importante sottolineare la fase di urgente bisogno in cui versano ampie fasce della popolazione per rendersi conto della forte necessità di nuove soluzioni capaci di creare impatto sociale. Nel periodo 2011-2015 l'indice di povertà assoluta in Italia è fortemente cresciuto. Se dopo due anni di aumento (2011-2013) l'incidenza della povertà assoluta si è mantenuta sostanzialmente stabile nel 2014 (con 1 milione e 470 mila famiglie in condizione di povertà assoluta per un totale di 4 milioni 102 mila persone, i.e. il 6,8% della popolazione residente) - nel 2015 le famiglie in condizione di povertà assoluta erano pari a 1 milione e 582 mila e gli individui a 4 milioni e 598 mila, il numero più alto dal 2005 a oggi (i.e. il 7,6% della popolazione residente).<sup>7</sup>

A fronte di questo aumento dell'indice di povertà assoluta, si assiste al contempo a una forte crescita nella sperequazione della ricchezza: in un mondo sempre più diviso tra ricchi e poveri, dove il divario progressivo porterà entro il 2016 l'1% della popolazione mondiale ad avere più ricchezze del restante 99%<sup>8</sup>, in Italia cresce il numero di persone facoltose. Nel 2015 il 20% degli italiani deteneva il 61,6% della ricchezza (e un altro 20%, appena al di sotto, il 20,9%)<sup>9</sup>.

Questi dati sono confermati dai ranking del numero di *high-net-worth-individuals*

---

<sup>6</sup> Sodalitas (2015), “Introduzione alla Finanza Sociale”

<sup>7</sup> ISTAT (2016), Rapporto “La povertà in Italia”

<sup>8</sup> Oxfam (2015), “Grandi disuguaglianze crescono”, Oxfam Issue Briefing

<sup>9</sup> OCSE (2015), “In It Together: Why Less Inequality Benefits All”



(i.e. dei patrimoni superiori a 1 milione di dollari). L'Italia si attesta nella top ten mondiale per numero di HNWI: il nostro Paese nel 2013 si è collocato infatti al 9° posto nella classifica mondiale dei milionari con 218.000 famiglie HNWI.<sup>10</sup>

Infine, i trend cui si sta assistendo, nel mondo occidentale e in Italia, mostrano come il “welfare state” generalizzato nell’ambito sociale non sia più sostenibile. Basti pensare al gap sempre maggiore tra domanda e offerta pubblica di servizi alla persona: una ricerca prodotta da Accenture e Oxford Economics valuta per l'Italia un gap da 30 miliardi di dollari entro il 2025, che diventano 80 per la Germania e 170 per UK<sup>11</sup>. Secondo il rapporto italiano della *Social Impact Investment Task Force*, sarebbe possibile ridurre questo gap attraverso gli strumenti della finanza sociale.

Urgenti bisogni sociali, crescente polarizzazione della ricchezza (e conseguente disponibilità di enormi capitali privati), e il disallineamento tra costo dei servizi e possibilità d’investimento pubblico nel welfare state sono alcuni dei fattori che stanno portando a una moltiplicazione di nuovi veicoli in aggiunta all’assistenza pubblica o alla tradizionale filantropia privata. Dato che il ruolo di governi, organizzazioni non profit e organismi sovra nazionali non è sufficiente a colmare i nuovi divari, da alcuni anni si assiste ad una sostanziale convergenza dei concetti di filantropia e investimento con l’affermarsi di una peculiare figura di investitore, posto a metà strada tra il filantropo e l’investitore tradizionale, disposto a rinunciare a una parte più o meno rilevante della redditività del proprio patrimonio a favore della creazione di utilità sociale.

### **L’Impact Investing e i Social Impact Bond**

Nel 2007 il termine “impact investing” venne coniato dalla Rockefeller Foundation per identificare investimenti effettuati con la specifica intenzione di generare impatto sociale e/o ambientale unitamente a un ritorno finanziario (cd. *blended value*). Per inquadrare il fenomeno dell’Impact Investing è importante partire sia dal soggetto promotore (es. un ente non profit) sia dalla sua definizione. Sta, infatti, *nell’intenzione* la vera discriminante rispetto a tutti gli altri approcci d’investimento.

A differenza degli investimenti responsabili che ripongono la loro peculiarità esclusivamente nei criteri con i quali si sceglie un titolo (secondo precisi vincoli ESG in merito all’ambiente/al sociale/alla governance; seguendo criteri di esclusione settoriale; privilegiando titoli cd. “best in class”), l’impact investing si configura, invece, come un approccio d’investimento che, *in modo proattivo*, prende come

---

<sup>10</sup> The Boston Consulting Group (2014), “Global Wealth 2014”

<sup>11</sup> Fondazione Lang Italia (2014), “Impact Investing: La nuova frontiera della finanza sostenibile”, *Philanthropy Insights*

universo investibile le imprese che hanno come oggetto sociale quello di creare un positivo impatto socio-ambientale mediante una attività di business profittevole.<sup>12</sup> Gli aspetti quindi fondamentali per definire il settore degli investimenti a impatto sono:

- l'aspettativa di un rendimento finanziario che motiva l'investitore;
- la flessibilità del tasso di rendimento atteso che può posizionarsi al di sotto del livello medio di mercato o allinearsi ai rendimenti di mercato;
- la varietà degli strumenti finanziari utilizzati e delle forme di intervento che spaziano dal debito all'equity puro;
- l'intenzionalità e la misurabilità dell'impatto socio-ambientale, fondamentale per assicurare trasparenza e accountability.<sup>13</sup>

Il meccanismo chiave su cui si fondano gli investimenti a impatto forse più interessanti in tema di welfare si ritrova nel cosiddetto *Pay-for-Results* (o *Pay-per-Success*): in sintesi "il committente non acquista una prestazione ma un risultato"<sup>14</sup> (ad esempio, il contenimento del tasso di disoccupazione a un dato livello a seguito di un programma di reinserimento lavorativo o la riduzione del tasso di recidiva grazie a un programma di reintegrazione sociale).

Questo meccanismo trova espressione nella sua forma più famosa, spesso impropriamente concepita come sinonimo di tutto quello che è il settore degli investimenti ad impatto: i *Social Impact Bond (SIB)*. È del 2010 l'introduzione in Gran Bretagna del primo SIB, uno strumento finanziario che, attraverso un innovativo concetto di partnership pubblico-privata, porta all'erogazione di servizi sociali tramite raccolta di finanziamenti privati.<sup>15</sup>

La struttura del SIB si basa sull'idea di ridurre sostanzialmente la spesa pubblica "esternalizzando" l'implementazione del progetto a un ente esterno, tipicamente un'organizzazione non profit specializzata nella tematica d'intervento e pertanto in grado di produrre l'impatto sociale obiettivo a costi più contenuti di quelli in cui occorrerebbe la Pubblica Amministrazione.

---

<sup>12</sup> ibid.

<sup>13</sup> Social Impact Investment Taskforce istituita in ambito G8 (2014), rapporto italiano "La Finanza che include: gli investimenti ad impatto sociale per una nuova economia"

<sup>14</sup> Calderini, Mario (2016), Il Sole24Ore, "Fondi per il sociale vincolati al risultato", <http://ow.ly/hP3o302tkTH>

<sup>15</sup> Nomisma (2015), "Strumenti di finanza sociale a supporto dell'economia locale: prospettive di applicazione in Italia", <http://ow.ly/aW4y302tkOU>

Oltre all'organizzazione implementatrice, il meccanismo vede la partecipazione di:

- investitori privati che sottoscrivono la cedola per finanziare l'intervento;
- un istituto bancario deputato alla raccolta del capitale privato;
- un ente valutatore indipendente incaricato di valutare l'effettivo impatto sociale generato dall'intervento;
- l'ente pubblico che garantisce il meccanismo e remunera l'investitore in base all'effettivo beneficio sociale creato dal meccanismo e al conseguente risparmio generato in termini di spesa pubblica.

Gli aspetti positivi più evidenti sono la ricerca dell'efficienza nell'impiego delle risorse pubbliche e lo stimolo alla ricerca di soluzioni innovative a problemi complessi, poiché i beneficiari non ricevono il finanziamento impegnandosi sul modo in cui risolveranno il problema bensì sul solo ottenimento del risultato, indipendentemente dal mezzo. Secondo la mappatura realizzata da Social Finance<sup>16</sup>, ad oggi, sono attivi nel mondo 60 SIB, a fronte di 38 attivi nello stesso periodo del 2015<sup>17</sup>, quindi una crescita rilevante con 4 SIB che hanno già in parte ripagato gli investitori avendo dimostrato impatto sociale. Questi SIB sono stati realizzati prevalentemente tra Europa e Stati Uniti: 31 nel Regno Unito, 10 negli Stati Uniti, 5 in Olanda e i restanti in Australia, Austria, Belgio, Canada, Finlandia, Germania, Israele, Portogallo, Svezia e Svizzera<sup>18</sup>.

### **I Social Impact Bond e il ruolo della psicologia nel generare risparmio per la collettività**

Alcuni tra i 60 SIB a oggi mappati nel mondo, mostrano come l'intervento psicologico sul gruppo target sia tra i fattori chiave per poter raggiungere il risultato sociale desiderato e il relativo risparmio per la collettività, alla base del meccanismo stesso del SIB.

Fin dall'origine dei primi SIB, il ruolo della psicologia ha trovato uno spazio di rilievo nei programmi volti alla diminuzione della **recidiva carceraria**.

Primo tra tutti il caso del SIB di Peterborough (Regno Unito) volto ad incidere positivamente sulla problematica delle recidive tra gli ex detenuti.

Tra i 1.000 detenuti coinvolti nel programma, è stato registrato un calo delle recidive pari all'8,4% rispetto alla media nazionale, ottenuto anche grazie

---

<sup>16</sup> Social Finance (2016), "Social Impact Bonds, The Early Years"

<sup>17</sup> Brooking Institute (2015), "The Potential and Limitations of Impact Bonds"

<sup>18</sup> Directory di Social Finance, consultata in data 15 novembre 2016

all'attenzione riservata alla condizione psicologica delle persone coinvolte: "In addition to casework and mentor support, the One Service commissioned Mind, a mental health support service, to offer services two days a week. Of this time, half a day is spent with prisoners still in the prison and the remainder with those who have been released. This was an unmet need identified after services began. Finally, Ormiston delivers the course 'Maintaining Family Ties' to clients of the One Service in the prison, as well as supporting their families on the outside"<sup>19</sup>.

Nel mondo dei SIB un ambito nel quale l'intervento psicologico gioca un ruolo chiave, è quello del **rafforzamento delle relazioni familiari**. E' il caso del SIB lanciato dall'Essex County Council (Regno Unito) per fornire 8 anni di terapia multi-sistemica (MST) a 380 giovani a rischio di presa in carico da parte dei servizi sociali e alle loro famiglie. MST è un programma evidence-based che offre sessioni di terapia familiare presso le abitazioni delle famiglie coinvolte, aiutando a ricostruire le relazioni genitori-figli e permettendo la corretta gestione di situazioni di crisi future<sup>20</sup>. Un format, questo, proposto anche dal SIB Benevolent Society (Australia) per la realizzazione di un programma terapeutico atto a sviluppare la resilienza familiare nei nuclei fragili, con figli minori di 6 anni a rischio di subire traumi significativi. L'intervento prevede un primo periodo di supporto intensivo con reperibilità continua degli operatori, seguito da un sostegno successivo volto a migliorare la capacità genitoriale e l'abilità nella gestione di stress e conflitti<sup>21</sup>. Ancora, il SIB lanciato negli Stati Uniti nel 2015 per supportare il reintegro nella società di famiglie di senza tetto, al fine di un riavvicinamento con i figli presi in carico dai servizi sociali, ha previsto una forte componente di supporto psicologico ai beneficiari, spesso vittime di abuso di alcol<sup>22</sup>.

**Il mondo dell'adozione** è poi stato coinvolto in diverse maniere, con esperienze di SIB dedicati, uno tra tutti il SIB IAAM (It's all about me) lanciato nel Regno Unito nel settembre 2013, volto a supportare i casi di minori in condizione di adottabilità, più difficili da inserire in famiglia a causa dell'età o della necessità di non separarsi dai fratelli.

In questo caso l'investitore è ripagato se il minore viene inserito nel programma, viene abbinato ad una famiglia con successo e, dopo 2 anni la sua permanenza con i nuovi genitori si può considerare stabile. Il risparmio pubblico è rilevante: un minore in carico ai servizi sociali per due anni sarebbe costato il doppio di

---

<sup>19</sup> Said Business School (2013), "The Peterborough Pilot Social Impact Bond", <https://emmatomkinson.files.wordpress.com/2013/06/case-study-the-peterborough-pilot-social-impact-bond-oct-2013.pdf>

<sup>20</sup> Cabinet Office, Essex County Council: Children at risk of going into care, [https://data.gov.uk/sib\\_knowledge\\_box/essex-county-council-children-risk-going-care](https://data.gov.uk/sib_knowledge_box/essex-county-council-children-risk-going-care)

<sup>21</sup> Social Ventures Australia, <http://www.socialventures.com.au/case-studies/benevolent-society-sbb/>

<sup>22</sup> Enterprise, Cuyahoga County SIB, <http://enterprisecommunity.org/news-and-events/news-releases/pay-for-success-cuyahoga>

quanto costa oggi ripagare gli investitori di questo bond<sup>23</sup>.

Non sono gli unici casi. Il settore è in fermento, e il ruolo che l'intervento psicologico è in grado di giocare, sempre più significativo. Ulteriori SIB si stanno sviluppando e vale certamente la pena di soffermarsi su alcuni modelli già ideati e attualmente in fase di verifica nel mondo anglosassone, a cominciare dal **SIB dedicato alle donne a rischio di pena carceraria**, volto a creare un sistema virtuoso e preventivo, capace di agire in modo tempestivo al fine di evitare pericolose escalation di degrado e violenza, con significativi costi per la società. L'approccio psicologico al trauma è la chiave di volta di questo intervento che, nelle sue fasi pilota, ha dimostrato di poter incidere positivamente anche sul calo delle recidive.

Il **SIB per i bambini delle periferie di Londra a rischio indigenza**, già in fase pilota, mira invece a promuovere il benessere dei minori attraverso un approccio olistico allo sviluppo, in cui la serenità mentale è uno dei fattori chiave.

Infine, il **SIB per fronteggiare la violenza domestica**. Una iniziativa dove l'impatto sociale può essere raggiunto solo grazie ad un corretto approccio al trauma, rafforzando nelle vittime la capacità di auto protezione e l'autostima<sup>24</sup>.

Appare evidente, dall'analisi di questi primi casi, come la psicologia e la figura professionale dello psicologo possano divenire gli alleati primari dell'Ente Pubblico nel generare un risparmio a livello nazionale. Una parte significativa dei costi sostenuti oggi dallo Stato riguardano effettivamente situazioni legate a un disagio psicologico che potrebbe essere affrontato diversamente con efficaci azioni di prevenzione.

### **Il valore del settore dell'impact investing e le sue potenzialità**

Quanto alla potenzialità di questo nuovo orientamento all'investimento chi ha azzardato una proiezione "prudente" dice che entro il 2020 il mercato dell'Impact Investing dovrebbe raggiungere la cifra di 1 bilione di dollari se crescesse secondo le stime e si portasse allo 0,1% del totale degli asset finanziari<sup>25</sup>.

Per quanto riguarda gli ultimi dati disponibili, l'impact investing, con un +132% nel biennio 2011-2013, è la strategia che ha registrato il più alto tasso di crescita in Europa; si calcola che la microfinanza rappresenti il 50% degli attivi europei dedicati all'impact investing. Olanda e Svizzera costituiscono circa i due

---

<sup>23</sup> Cabinet Office, IAAM SIB, [https://data.gov.uk/sib\\_knowledge\\_box/node/183](https://data.gov.uk/sib_knowledge_box/node/183)

<sup>24</sup> Casi raccolti grazie al contributo di BWB - Bates Wells Braithwaite, membro di ESELA - European Social Enterprise Law Association <http://esela.eu>, su segnalazione dello Studio R&P Legal

<sup>25</sup> Fondazione Lang Italia (2014), "Impact Investing: La nuova frontiera della finanza sostenibile", *Philanthropy Insights*

terzi degli asset europei, seguiti da Italia, Regno Unito e Germania. Il valore del mercato europeo è stimato a 20 miliardi di euro<sup>26</sup> e si prevede che il mercato della finanza di Impatto – in Italia – peserà tra 1.0 e 4.8 miliardi di Euro di asset gestiti nel 2017<sup>27</sup>.

### **Nuove opportunità per l'Italia dalla Riforma del Terzo Settore**

Le imprese sociali, unendo il requisito dell'utilità sociale a un meccanismo business-oriented, potrebbero rappresentare il veicolo ideale per far crescere in Italia il mercato dell'impact investing, capaci di fornire flussi di capitale per finanziare interventi in settori di prioritaria importanza per la collettività. Ovviamente, dal punto di vista degli investitori in equity, a patto di poter investire in soggetti che abbiano la possibilità di remunerare il capitale investito attraverso la distribuzione – calmierata – di utili. Un punto fino a oggi di stallo, a causa di una normativa che vietava in senso assoluto ogni possibilità di distribuzione, non consentendo quindi l'attrazione di capitali esterni e limitando la diffusione del modello delle imprese sociali - come evidenziato dalla bassa diffusione di tali soggetti nel nostro Paese.

Ora ci troviamo davanti a un possibile punto di svolta: se fino a oggi l'inquadramento normativo, tra gli altri fattori, ha rappresentato un freno alla diffusione del mercato degli investimenti a impatto, le recenti evoluzioni aprono nuove opportunità che potrebbero portare a un cambio sostanziale nella modalità di produzione di beni di utilità sociale, con il passaggio a un sistema di welfare in cui il Terzo Settore potrà assumere un ruolo produttivo invece che puramente redistributivo, favorendo il coinvolgimento del settore privato e lo sviluppo di un mercato aperto agli strumenti dell'impact investing.

Dopo una lunga attesa, infatti, con l'approvazione il 25 maggio della Legge Delega per la Riforma del Terzo Settore, il legislatore è intervenuto anche sulla normativa delle imprese sociali con un testo che apre spazi alla possibilità di remunerare il capitale investito. Come si legge all'art. 6, il testo definisce l'impresa sociale come «quell'organizzazione privata che svolge attività d'impresa per le finalità di cui all'articolo 1, che destina i propri utili prioritariamente al conseguimento dell'oggetto sociale ma può remunerare il capitale investito nella misura pari a quanto oggi in vigore per le cooperative a mutualità prevalente [...]».

Anche se sono previsti limiti più stringenti rispetto al testo che fu votato alla

---

<sup>26</sup> Eurosif (2014), "European SRI Study"

<sup>27</sup> Sammarco, Fabrizio (2015), "Cos'è l'impact investing e i 7 comparti innovativi che finanzia", <http://ow.ly/M05t302tl3E>

Camera l'intento di attrarre capitali di rischio per le imprese sociali può ora essere realizzato - al contrario della normativa precedente - riconoscendo una remunerazione fino al 5% del capitale sociale.<sup>28</sup>

## Conclusioni

Alla luce delle recenti evoluzioni normative lo scenario sembra favorevole allo sviluppo del settore degli investimenti ad impatto: ovviamente, in quanto legge delega, tutto dipenderà dai decreti attuativi che dovrebbero essere adottati entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge. Dovremo quindi attendere prima di poterci pronunciare definitivamente sui reali spazi che la normativa aprirà allo sviluppo di strumenti innovativi di impact investing, già da tempo applicati in altri Paesi.

Parallelamente alla recettività del legislatore all'accogliere questi nuovi stimoli, per la crescita dell'impact investing un ruolo fondamentale verrà giocato dagli investitori istituzionali come fondazioni, gestori di patrimoni, fondi pensione ecc., soprattutto per affrontare una delle sfide decisive per rendere l'impact investing *mainstream* ed evitare che si trasformi in una bolla: *l'originazione di buoni deal* alla base, ovvero individuare e sviluppare delle imprese o delle idee di business che possano essere oggetto degli investimenti in vari stadi di sviluppo. Oggi non solo non esiste un mercato di deal, ma è difficile trovare i deal con cui partire per un processo di investimento, soprattutto nel nostro Paese. Come si evince nel rapporto della *Social Impact Investment Taskforce*: *"L'efficacia delle azioni di promozione dell'offerta è strettamente dipendente dalla disponibilità di valide opportunità d'investimento. Come emerso nello studio pubblicato nel 2014 da GIIN/JP Morgan, gli investitori, a livello mondiale, denunciano la mancanza di opportunità d'investimento come uno degli ostacoli maggiori allo sviluppo dell'impact investing. È per questa ragione che un secondo gruppo di considerazioni deve essere rivolto alle iniziative di promozione della domanda."*<sup>29</sup>

Quello a cui stiamo assistendo è un progressivo passaggio da una concezione non profit ad una di *fair profit*, attraverso un nuovo processo di investimento che correla il ritorno finanziario per gli investitori alla produzione di beni e servizi in grado di generare un impatto sociale e ambientale. L'attuale scenario impone la necessità di sviluppare nuovi modelli d'intervento, efficaci e a costi contenuti. Per i privati si apre quindi un importante ruolo che potrà essere non solo una responsabilità sociale, ma anche un'opportunità economica per contribuire a colmare questa esigenza.

---

<sup>28</sup> Castello, Simone (2016), "Social Impact Investing: si aprono nuove opportunità per l'Italia?", *Filantropia Dal Mondo*, <http://ow.ly/eWTF302tIrl6>

<sup>29</sup> Calderini, Mario, La Torre, Mario e Melandri, Giovanna (2014) Report Italiano Task Force G8 "La Finanza che include: gli investimenti ad impatto sociale per una nuova economia"

## **La figura professionale dello Psicologo: un prezioso alleato del welfare nazionale**

Nel 2014 ENPAP, per supportare la professione dello psicologo in Italia, ha iniziato un innovativo percorso che oggi giunge al primo importante risultato: la pubblicazione dei migliori progetti ideati dagli Psicologi d'Italia per fare fronte in modo innovativo ai bisogni sociali del nostro territorio, proponendosi come veri e propri partner strategici del welfare pubblico. La Call for Ideas di ENPAP ha centrato l'obiettivo che si era prefissata, di raccogliere progetti, iniziative e idee, realizzati con l'ausilio professionale degli psicologi, che siano in grado di dimostrare un positivo impatto sociale nel territorio nazionale e una solida sostenibilità finanziaria con l'obiettivo di costituire un portafoglio di progetti di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, ad alto impatto economico e sociale a disposizione della Pubblica Amministrazione e di eventuali Investitori Sociali interessati alla loro realizzabilità e diffusione su scala nazionale tramite innovativi strumenti finanziari.

In particolare, la Call for Ideas ha visto la partecipazione di 240 progetti, alcuni presentati da singoli Psicologi, altri da Associazioni non profit, altri ancora da Enti pubblici, selezionati attraverso cinque criteri:

1. Il grado di strutturazione del **rapporto con la Pubblica Amministrazione**, ovvero la capacità del progetto di proporre un rapporto virtuoso e vincente per tutti gli attori coinvolti;
2. **Efficacia Operativa**, ovvero il livello di compatibilità e coerenza tra le previsioni progettuali e le evidenze scientifiche della professione di Psicologo;
3. **Efficienza Finanziaria**, intesa come il rapporto tra le risorse attivate ed il risultato economico che si immagina di ottenere;
4. Il grado di **coinvolgimento della figura dello Psicologo**, come asse portante dell'iniziativa;
5. **Scalabilità**, ovvero la possibilità di replicare l'impianto progettuale in realtà territoriali diversa da quella in cui viene proposto.

Per ognuno dei cinque aspetti è stato attribuito un punteggio da 0 a 3 (inesistenza o inadeguatezza dell'elemento all'interno del progetto, necessità di miglioramento, effettiva strutturazione all'interno del progetto).

Al termine della valutazione è stato possibile selezionare 108 progetti, con un punteggio medio complessivo pari a 2, che sono stati oggetto della seconda fase di validazione.



Dal lavoro sono emerse due tipologie principali di progetti.

- La prima categoria è quella composta dai **progetti capaci di diventare economicamente sostenibili** dopo la copertura del costo di start-up. Da questa tipologia di progetti è emersa nettamente una forte propensione all'autoimprenditorialità da parte degli Psicologi italiani che non esitano a mettersi in gioco per poter concretizzare le idee innovative che spesso hanno già messo a punto su piccola scala. Questa tipologia di progetti sembra particolarmente indicata per poter strutturare **operazioni di Impact Investing**, atte a garantire la copertura dei costi iniziali di start-up e agli investitori i benefici economici che il progetto sarà in grado di generare una volta avviato.
- L'altra tipologia di progetti emersa è quella relativa alle proposte in grado di **generare un risparmio per la Pubblica Amministrazione**, se inseriti in un **meccanismo di Social Impact Bond**. Questi progetti non sono economicamente sostenibili, ma sono in grado di generare un forte impatto sociale assieme a un significativo risparmio per l'Ente Pubblico. Le iniziative proposte risultano particolarmente strategiche oggi per l'Italia che, come gli altri Paesi del G8, sta cercando di trovare la sua strada verso lo sviluppo e l'applicazione di questo rivoluzionario strumento di finanza sociale. ENPAP crede in questa sfida e ha avviato un processo di interlocuzione con gli Enti Pubblici nazionali per concretizzare al più presto una sperimentazione su scala nazionale.

Terminata la fase di valutazione dei progetti, è stata avviata una puntuale analisi economico finanziaria su un campione di 24 progetti selezionato sulla base del punteggio ottenuto, dell'importanza strategica con riferimento al coinvolgimento degli Psicologi e alla "natura giuridica complessa" come Enti territoriali, Asl, Università, Dipartimenti di ricerca.

Grazie al lavoro di selezione secondo i cinque parametri descritti e all'approfondimento finanziario, sono stati individuati 4 Progetti emblematici e rappresentativi dell'iniziativa lanciata da ENPAP:

### **1. Progetto TICE di Francesca Cavallini**

Il Progetto si propone di migliorare l'educazione di bambini con Bisogni Educativi Speciali creando una rete nazionale di privato sociale leggero, specializzato e legato al mondo della ricerca in grado di offrire percorsi psicoeducativi efficaci ed efficienti che cambino la prognosi, il benessere e il futuro. L'elemento chiave

del progetto è l'innovazione sociale su tre livelli:

- **Modello:** Tice propone per la prima volta un privato sociale organizzato per rispondere a bisogni psicologici;
- **Tecnologia:** Tice utilizza metodologie derivate dalla ricerca scientifica;
- **Servizio:** Tice si basa sull'offerta di un modello di educazione intensiva;

Il progetto risulta particolarmente interessante dal punto di vista della replicabilità sul territorio nazionale anche grazie al ruolo di incubatore di impresa che esso stesso prevede.

## **2. Progetto Protezione giuridica persone fragili di AGAPE – Società Cooperativa Sociale Onlus A.R.L.**

Il progetto mira a sostenere, migliorare e implementare gli ambiti di azione della figura dell'Amministratore di Sostegno che ha lo scopo di aiutare chi, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi. Il progetto è in grado di generare un risparmio per la Pubblica Amministrazione in termini di tempo e di risorse economiche degli utenti sbloccate per la risoluzione di debiti stagnanti.

## **3. Progetto Isola dei Bambini di Fondazione Fatebenefratelli**

L'assunto teorico su cui si basa il progetto è che il sintomo rappresenta un valore comunicativo all'interno di un sistema. Si intende effettuare uno screening mirato alla comprensione dei bisogni effettivi della famiglia, con un adeguato impiego di risorse professionali, in un'ottica di efficienza sanitaria. Il progetto quindi ha doppia valenza: offre un intervento consulenziale alle famiglie e promuove la salute all'interno delle stesse attraverso un lavoro sinergico con il territorio. Il progetto intende ottimizzare e valorizzare le risorse e le strutture già presenti all'interno del sistema sanitario condividendo il carico di richieste provenienti dal territorio e sviluppando e implementando i servizi e l'offerta sanitaria dell'ospedale, in un'ottica di efficacia e di efficienza.

## **4. Progetto FAI META con l'UNIPD dell'Università degli Studi di Padova**

L'Ateneo di Padova è già stato capofila a livello nazionale di progetti innovativi di tutorato universitario, sviluppati dalle esperienze scientifiche di docenti della Facoltà di Psicologia, con lo scopo di studiare e ridurre l'abbandono accademico, il ritardo nei tempi di laurea ed il disagio studentesco. Complessivamente, dropout e ritardi di laurea generano circa 185 milioni di euro di costi generali per la collettività, in un solo triennio ed in un solo Ateneo (tra i più virtuosi d'Italia).

I margini di risparmio ipotizzati, derivanti da una riduzione del 3-5% dei dropout e dell'8-10% dei ritardi medi di laurea nell'arco di un triennio, sono quindi orientativamente stimabili in circa 13-17 milioni di euro (1,2/1,5 milioni per il dropout, 12-15 per il ritardo). È su questo potenziale risparmio che si incentra l'azione proposta dall'Università degli Studi di Padova, reputata di interesse per ENPAP.

Questi e altri progetti sono raccolti in questo volume che si pone come obiettivo quello di riuscire a diffonderne la conoscenza sul territorio nazionale per favorire la nascita di sinergie e raccogliere manifestazioni di interesse di potenziali investitori o partner pubblici e privati che, come noi, credono in questa importante iniziativa lanciata da ENPAP e vogliono essere al nostro fianco per facilitarne la realizzazione.



## AREA PREMINENZA

# ANZIANI

### Progetti

- **Apprendere e riapprendere: un percorso guidato nei circuiti della memoria e delle emozioni**  
*Professionisti associati in partenariato con il D.S.M. - Dipartimento Salute Mentale Milazzo-Lipari-Messina (Antonio Paone)*
- **Il gioco non ha età: prevenzione del gioco d'azzardo negli anziani**  
*Associazione Psicologi Campani (Ada Moscarella)*
- **La diagnosi precoce delle demenze attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica**  
*ASL di Collegno e Pinerolo ASL TO3 (Alessandro Bonansea)*
- **Pensare per Essere: programma Alma-Lab**  
*Studio dott. Alberto Corcos (Alberto Corcos)*
- **Progetto Benessere: Prevenzione e Allenamento per la Terza Età**  
*Associazione Omnia (Silvia Castelli)*
- **Sinapsy-Terza età: prevenire e affrontare i disturbi dell'umore nell'anziano**  
*Associazione Sinapsy-Lodi (Manuela Marazzina)*



# Apprendere e riapprendere: un percorso guidato nei circuiti della memoria e delle emozioni

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Professionisti associati in partenariato con il D.S.M. - Dipartimento Salute Mentale Milazzo-Lipari (ME)
- **Indirizzo:** via Marina Garibaldi, vico Ospedale
- **Telefono:** 349 7380832
- **Referente:** Antonio Paone – Psicologo
- **Mail:** antoniopaone@psypec.it

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Gli studi demografici descrivono una progressiva trasformazione della struttura sociale, con la riduzione delle nascite e il prolungamento della vita media. In Italia nel 2008 gli over 65 rappresentavano il 20,1% della popolazione (circa 12 milioni) e si prevede che tale percentuale passi al 28,6% nel 2035 e al 32,7% nel 2060. Con il progredire del processo di invecchiamento aumentano non solo l'incidenza e la prevalenza delle condizioni morbose generali tipiche dell'età senile (artrosi, osteoporosi e sindrome metabolica) ma anche le malattie neurodegenerative croniche come demenza (1-5% degli over 65 e 30% degli over 75), e nello specifico Malattia di Alzheimer (6,5% degli over 65, e 11-39% degli over 85). Tali patologie coinvolgono direttamente i processi cognitivi compromettendo il normale svolgimento di tutte le attività e rendono necessaria un'assistenza costante e terapie adeguate. La perdita del ruolo sociale e di spazi di indipendenza costituisce un ulteriore fattore negativo sulla qualità e sulla speranza di vita dell'anziano e rappresenta un fattore di stress per i caregivers, interessati in alcuni casi dalla Sindrome di burnout.

Lo stato di down che caratterizza l'anziano lo espone ad abusi domestici (principalmente su donne over 65 e anziani con demenza o Alzheimer) e a forme di maltrattamento nelle strutture e nei servizi sociosanitari. Appare carente un sistema di supporto psicosociale rivolto alla popolazione anziana e alle famiglie in termini di intervento preventivo e terapeutico, a fronte di una crescente spesa pubblica che non sembra però arrestare il fenomeno del deterioramento cognitivo e del peggioramento della qualità di vita sia negli anziani che nei caregivers.

## BENEFICIARI

- Diretti: 20 soggetti anziani con deterioramento cognitivo lieve e moderato e sintomi ansioso-depressivi in comorbilità; i caregivers potranno inoltre beneficiare di gruppi d'incontro al fine di affrontare efficacemente le problematiche legate all'accudimento e all'anzianità.
- Indiretti: la comunità di appartenenza dei soggetti del campione, che beneficerà di anziani più attivi e meno bisognosi; i servizi sanitari locali, che registreranno una minore affluenza; la Spesa Sanitaria Pubblica, in rapporto ad una minore prescrizione di farmaci per la memoria.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Campania, distretto sanitario di Milazzo (comuni di Milazzo, Spadafora, Venetico, Valdina, Roccavaldina, Torregrotta, Monforte San Giorgio, San Pier Niceto, Condrò, Pace del Mela, Gualtieri, San Filippo del Mela, Santa Lucia del Mela).

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Dalla letteratura di riferimento (Yesavage e Rose, 1983; Anschutz e coll., 1985; StigsdotterNeely, 1995; Jennings e coll., 2005; Cavallini e coll., 2003; StigsdotterNeely e coll., 1993; Brehmer e coll., 2008) emerge che i training di memoria migliorano la cognitiv  e il funzionamento globale dell'anziano, con effetti positivi su umore, autostima e socializzazione. Le strategie pi  utilizzate sono: metodo dei loci, riconoscimento di liste di parole, organizzazione e formazione di immagini mentali, tecniche di rilassamento.

Un intervento strategico-metacognitivo con tecniche combinate, per potenziare sia la memoria che l'atteggiamento emotivo-motivazionale dell'anziano (De Beni e coll., 2008), migliora le misure obiettive di memoria dal pre-test al post-test, la percezione soggettiva rispetto alla fiducia nelle proprie capacit  di memoria, e modifica l'attribuzione del locus of control, da esterno a interno, rispetto ai successi e agli insuccessi riscontrati.

## ATTIVIT  E STRATEGIA

Somministrazione di test e questionari, colloqui psicoeducativi, attivit  di socializzazione e training per la memoria saranno rivolti al gruppo di soggetti anziani selezionati. Gruppi di incontro, volti al sostegno psicologico, all'orientamento e alla gestione della cura dell'anzianit  saranno invece dedicati ai caregivers. Il progetto prevede:

- 1 incontro di presentazione con anziani e caregivers;
- 1 incontro psicoeducativo con anziani e caregivers;
- 2 incontri, di 2 ore ciascuno, ad inizio e fine trattamento, per la somministrazione di test relativi a funzioni cognitive, aspetti emotivi e qualit  di vita e un questionario ad hoc per rilevare l'impatto sociale del progetto;
- 2 incontri settimanali di 90 minuti ciascuno, per 4 mesi, con il gruppo di anziani, di cui 45 minuti di training cognitivo e 45 minuti di attivit  esperienziali di gruppo;
- 2 sessioni al mese, di 90 minuti ciascuna, di gruppi d'incontro con i caregivers;
- 15 ore da impiegare per eventuali colloqui individuali dei caregivers con gli psicologi;
- 1 colloquio conclusive;
- 1 incontro di 90 minuti per il follow up a 6 mesi.

## SOSTENIBILIT  FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

  stata effettuata un'analisi SROI (Ritorno Sociale dell'Investimento) di tipo previsionale, dalla quale emerge che per ogni euro investito   generabile un ritorno economico di 8   su un periodo di tempo pari a cinque mesi, ovvero la durata del progetto (escluso il follow up a 6 mesi).   stato previsto un ridimensionamento delle visite mediche al D.S.M. (due in meno per ciascun anziano) per un valore di   60,00 (costo del professionista per 2 visite specialistiche, come da tariffario S.S.N., 2013) e una riduzione della spesa dei farmaci a carico del S.S.N. (2 confezioni di Rivastigmina Transdermica e due confezioni di Memantina in meno) per un valore di   394,00, in conseguenza del miglioramento cognitivo ed emotivo-relazionale degli anziani. Contestualmente   stato previsto un miglioramento della qualit  di vita dei caregivers con investimento di tempo e risorse verso altre attivit  e, quindi, anche una minore necessit  di ricorrere ad assistenti domestiche o a istituzioni (es. strutture residenziali).



## Il gioco non ha età: prevenzione del gioco d'azzardo negli anziani

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Associazione Psicologi Campani - Associazione Professionale
- **Indirizzo:** via Stabia 24, Angri (SA)
- **Mail:** info@psicologicampani.it
- **Referente:** Ada Moscarella - Tesoriere
- **Mail:** ada.moscarella@libero.it
- **Team di lavoro:** Ada Moscarella e Mariarosa Imbimbo

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Nel giro di vent'anni, in Italia sono aumentati sia gli indici di vecchie/nuove povertà e della disoccupazione, sia il fatturato del gioco d'azzardo (90 miliardi di euro).

Oggi i giocatori sociali (quelli a basso rischio di dipendenza da gioco) sono circa 2 milioni, a cui si sommano gli 800mila giocatori patologici.

Il gioco d'azzardo è maggiormente diffuso tra poveri, disoccupati, precari, anziani e persone affette da altri tipi di dipendenza.

La quota di giocatori anziani è destinata a crescere negli anni a venire, sia a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, sia per l'aumento costante dell'offerta e dell'accessibilità al gioco. Ad esempio, i "gratta e vinci" – di cui l'Italia è la prima nazione consumatrice – si vendono anche negli uffici postali, dove gli anziani ritirano la pensione.

E' accertato che proprio nei giorni di ritiro della stessa si verifica l'impennata dell'accesso ai giochi.

Gli anziani si dedicano a giochi di intrattenimento passivo (lotterie, bingo e slot machine), caratterizzati da scarso impiego di capacità cognitive e bassa interattività e che favoriscono la rapida progressione verso la dipendenza.

Altro fattore di rischio è la perdita dei ruoli sociali tradizionali, che può comportare isolamento, solitudine, depressione. Il gioco può anche assumere una funzione compensatoria: diventa fonte di divertimento, capace di alleviare i sentimenti negativi vissuti. Inoltre, diversi giochi favoriscono l'eccitazione e l'aumento della frequenza cardiaca (un rischio per i cardiopatici). In caso di grosse perdite di denaro, c'è il rischio di non curarsi perché non si ha denaro sufficiente per l'acquisto dei farmaci.

A tutto questo si aggiunge la possibilità di liti familiari ed il conseguente isolamento sia in famiglia che nella società. Infine, le persone anziane con tratti di demenza potrebbero essere maggiormente esposte al rischio di sottovalutare i possibili danni che il gioco può arrecare loro (difficoltà di memoria nel ricordare le recenti perdite al gioco).

### BENEFICIARI

Popolazione tra i 50 e i 70 anni.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Campania, città di Napoli.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

I fattori di rischio per il gioco d'azzardo nell'anziano sono il tempo libero (che per l'anziano è spesso "tempo vuoto"), l'allentamento delle responsabilità familiari, l'accessibilità a discrete somme di denaro e infine l'aumento dell'esclusione sociale.

L'invecchiamento attivo è definito dall'OMS come un processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, per migliorare la qualità della vita. Fattori predittivi di un invecchiamento attivo sono correlati in modo positivo a indipendenza nella vita quotidiana, autonomia, soddisfazione relazionale e familiare, buona immagine del proprio aspetto, autostima, sentimenti positivi, supporto sociale, partecipazione alle attività ricreative, alla sessualità, alla spiritualità, ai valori. Inoltre è dimostrato che gli anziani apprendono maggiormente se vengono adottate modalità di apprendimento attivo. La nostra ipotesi è che la promozione dell'invecchiamento attivo, attraverso l'empowerment delle capacità di socializzazione, problem solving e gestione del tempo libero, consenta la prevenzione del gioco d'azzardo problematico nella terza età.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto prevede una serie di incontri e attività atti a promuovere l'invecchiamento attivo. In particolare:

- "Le trappole del Gioco", sul tema della prevenzione del gioco d'azzardo, ha anche la finalità di ampliare le tecniche del problem solving degli anziani
- "Le maglie della Rete-1", laboratorio formativo focalizzato sullo strumento di internet, nell'ottica dell'apprendimento permanente, con la finalità di mantenere vive le capacità cognitive degli anziani
- "Le maglie della Rete-2", laboratorio che prevede il coinvolgimento anche dei giovani delle classi quarte degli istituti superiori del territorio per favorire il dialogo intergenerazionale, attraverso la redazione di un blog e di un forum
- "Ieri, Oggi e Domani", laboratorio su mestieri e sapori della tradizione locale, che vede coinvolti anche i giovani aderenti al progetto e che ha le finalità di ridimensionare la condizione di solitudine e di vuoto degli anziani e di favorire il dialogo intergenerazionale
- "IncontriAMOCi" per potenziare le competenze emotive degli anziani, in particolare focalizzato sull'ascolto delle proprie emozioni e sul ridimensionamento del senso di solitudine e di vuoto
- "Alleni...AMO IL CORPO" corso di ginnastica (dolce, aerobica, ciclismo, corsa, social dance), focalizzato sui benefici dell'attività fisica sull'invecchiamento
- "Alleni...AMO LA MENTE", consistente in tornei di scacchi, per ritardare l'invecchiamento cerebrale

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Attualmente in Campania non sono previsti interventi organici sul gioco d'azzardo: i pochi interventi presenti non riguardano la prevenzione e si concentrano quando la dipendenza si è già manifestata, con interventi orientati soprattutto alla popolazione giovanile.

La fascia di popolazione in oggetto, che in alcune zone della provincia di Napoli rappresenta la maggioranza, rischia perciò di essere pericolosamente trascurata. Per avere un riferimento orientativo su quanto possa pesare un anziano sulle spese dell'Amministrazione Pubblica, possiamo prendere in considerazione i costi per l'ADI in Campania, che, a seconda della patologia vanno da € 1.756,41€ a € 4.561,12 per unità per soli 6 mesi di interventi.





# La diagnosi precoce delle demenze attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** ASL di Collegno e Pinerolo ASL TO3 - Azienda Sanitaria SSR/SSN
- **Indirizzo:** Via Martiri XXX Aprile 30, Collegno
- **Mail:** abonanseaa@aslto3.piemonte.it
- **Telefono:** 0121233326 - 3356763409
- **Referente:** Alessandro Bonansea - Dirigente psicologo
- **Mail:** abonanseaa@aslto3.piemonte.it
- **Team di lavoro:** un dirigente psicologo e nove psicologi specialisti. Previste convenzioni con Università e Scuole di Specializzazione per tirocini

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Le demenze costituiscono sempre di più un problema rilevante di Sanità Pubblica; tali patologie rappresentano infatti una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale e hanno un considerevole impatto socio-sanitario. La demenza è una sindrome che colpisce la memoria, il pensiero, il comportamento e la capacità di svolgere le normali attività quotidiane della vita, interferendo con le usuali attività sociali e relazionali della persona.

Con il progressivo allungamento della vita, stanno assumendo sempre maggiore importanza le problematiche correlate all'invecchiamento e, tra queste, i disturbi cognitivi e del comportamento. La popolazione anziana è in continua crescita nel mondo e in Italia la speranza di vita aumenta con ritmo costante. Il quadro clinico della patologia demenziale subisce nel tempo variazioni importanti che necessitano di interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali diversificati. Con l'aggravarsi delle condizioni cliniche della persona affetta da demenza si assiste a un incremento del peso assistenziale a carico dei familiari e a un intensificarsi dei bisogni socio-sanitari.

Tale patologia ha anche un impatto economico: secondo il Censis (anno 2006), tra i costi diretti e indiretti, in Italia la spesa globale annua media per singolo paziente è pari a circa € 60.000, e il costo medio annuo complessivo per la cura cresce in modo diretto con la gravità della malattia.

## BENEFICIARI

- Popolazione over 65 affetta da qualche tipo di demenza (120.000 casi circa).
- Famiglie dei malati.
- Sistema sanitario.
- Popolazione over 65 in generale.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Piemonte. La struttura organizzativa del Progetto prevede il coinvolgimento delle seguenti ASL/ASO e delle relative Direzioni: ASL TO1, ASL AL, ASL TO3, ASL TO4, ASL TO5, AOU San Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano, AOU Città della Salute.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

La mancata diagnosi è spesso il risultato della falsa convinzione che la demenza sia parte del

normale invecchiamento e che non ci sia nulla da fare. Al contrario, le evidenze internazionali dimostrano che trattamenti mirati possono fare la differenza, anche nello stadio iniziale della malattia. Sulla base di una revisione delle analisi economiche, il Rapporto Mondiale Alzheimer 2011 stima che la diagnosi tempestiva potrebbe far risparmiare fino a 10.000 dollari per malato nei Paesi ad alto reddito. Numerose sono le evidenze nella letteratura internazionale rispetto all'importanza della diagnosi precoce che potrebbe permettere di intervenire tempestivamente avviando terapie in grado di ritardare la progressione della malattia, agendo incisivamente sulle capacità cognitive residue (Petersen RC et al., 2001). A tal fine nel corso dell'ultimo decennio diverse società scientifiche, operanti in ambito neurologico e psicogeriatrico, hanno elaborato linee guida per indicare un approccio uniforme alla diagnosi per potere così riconoscere le diverse forme di demenza e identificare il tipo e la gravità della compromissione delle capacità cognitive e funzionali del malato ed il trattamento farmacologico e non-farmacologico più corretto possibile.

### **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Le attività dettagliate riguarderanno i seguenti ambiti:

- standardizzazione del lavoro diagnostico dei vari Ambulatori di Neuropsicologia inseriti nelle varie UVA e nei Servizi di Psicologia del territorio: prima valutazione di screening delle capacità cognitive, eventuale approfondimento diagnostico tramite test, eventuale inserimento in un percorso di controlli neuropsicologici e follow up
- affinamento degli strumenti diagnostici testistici per lo screening e la valutazione psicodiagnostica e neuropsicologica (strumenti di screening e monitoraggio di DNC lieve o maggiore, questionari)
- valutazione dei costi indiretti connessi alla Malattia di Alzheimer e delle altre demenze attraverso il coinvolgimento nel Progetto di una nuova figura professionale, sociologa.

### **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

Il Progetto in esame è stato inserito nei Piani Nazionali e Locali di Prevenzione 2010-2012, e nuovamente inserito in quelli 2013 – 2015, in quanto l'attuale Assessorato alla Sanità ha considerato centrale il problema delle demenze nell'ambito della prevenzione, al fine di potere intervenire in modo tempestivo in una patologia così complessa e che coinvolge non solo il malato ma anche e soprattutto la sua famiglia.

Dai dati osservati al 31/12/2014 relativamente al progetto appare una riduzione del 10% della spesa in terapia farmacologica (risparmio di € 1.651.656).



## Pensare per Essere: programma Alma-Lab

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Studio Dott. Alberto Corcos – Programma Alma-Lab
- **Indirizzo:** via California 19, Milano
- **Mail:** studio@corcosconsulting.com
- **Referente:** Alberto Corcos – Responsabile (a.corcos@corcosconsulting.com)
- **Team di lavoro:** Alberto Corcos-Psicologo, Silvia Inglese-Neuropsicologa, Emanuele Tomasini-Dottore Magistrale in Psicologia, Marco Venanzi-Medico Chirurgo Omeopata, Gaia Vicenzi-Psicologa

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

A livello scientifico convenzionalmente l'invecchiamento cognitivo avrebbe inizio dopo i 45 anni, tuttavia i suoi effetti si notano in modo più evidente nella fascia di età fra i 50 e i 69 anni, poiché una persona in buona salute è ancora al lavoro, immersa in un ambiente competitivo e più selettivo che in passato, e attualmente in grande trasformazione organizzativa, strumentale e sociale. Le principali cause dell'invecchiamento cognitivo precoce risiedono in alcuni fattori: uno stile di vita sedentario, povero di stimoli sociali; scarsa attivazione neuronale attraverso attività che impegnino la soluzione di problemi; scarsa attivazione multisensoriale; alimentazione inadatta all'età e alle caratteristiche soggettive. Tutto ciò va a impattare su organismi fragili o predisposti più di altri alle demenze. A livello mondiale, il numero di persone colpite da demenza senile nel mondo è stimato a 35,6 milioni e si ritiene che raddoppierà quasi ogni vent'anni per arrivare a 65,7 milioni di persone nel 2030. In Italia il problema è analogo, con numeri proporzionali. I sintomi dell'invecchiamento mentale sono provocati da un processo naturale che riguarda tutta la popolazione sana; con questo progetto si propone di contrastare importanti disturbi cognitivi (per esempio la difficoltà a concentrarsi e a ricordare a brevissimo e breve termine, infortuni e incidenti di guida, errori procedurali a casa e al lavoro, problemi di equilibrio, cadute e conseguenti traumi e fratture, deficit uditivi e visivi) che comportano danni economici e sociali nel lavoro e nella vita quotidiana. Quando questa situazione non è governata poiché manca un'offerta di prevenzione mirata pubblica o privata, allora aumentano i costi della non-prevenzione: morbilità di origine psicosomatica, assenteismo, conflittualità, costi sanitari e assicurativi, e non solo in capo al soggetto senior ma anche per i familiari di supporto. Così le conseguenze socio-economiche dell'invecchiamento cognitivo sono pesanti già oggi e ancor di più lo saranno a medio-lungo termine, sia per le persone over 50 e le loro famiglie, la cui vita mediamente tende ad allungarsi, sia per la società - in particolare per il Servizio Sanitario Regionale e l'INAIL - sia anche per le organizzazioni produttive che impiegano una quota importante di over 50, oggi circa metà della forza lavoro, bloccata dalla riforma delle pensioni voluta dal Governo Monti.

### BENEFICIARI

- Diretti: tutti i cittadini della fascia di età fra i 50 e i 69 anni sani che avvertano l'esigenza di prendere in carico la propria efficienza cognitiva allo scopo di mantenere o migliorare le funzioni mentali (si ipotizza un target di 762.000 persone su Milano).
- Indiretti: organizzazioni produttive e Servizio Sanitario.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Milano

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Per iniziare a cambiare questo stato di cose occorre diffondere la cultura della salute, personale e organizzativa, non solo attraverso la comunicazione, i social media e gli eventi: occorre ormai prospettare soluzioni pratiche come l'offerta di supporto qualificato. Così si potrà dimostrare cosa e come fare per proteggere e migliorare l'efficienza cognitiva con esercizi semplici, a costi molto bassi o anche gratuitamente. Occorre rispondere al bisogno latente di "stare meglio" della gente comune, offrendo un riferimento serio e professionale che possa garantire dei risultati, rappresentato soprattutto dal lavoro neuropsicologico.

Il modello di questo progetto è già operativo in Israele da più di sette anni, ideato e gestito dalla società BrainSpa di Tel Aviv nel 2006 in joint venture con la Compagnia di assicurazioni Migdal-Gruppo Generali e in convenzione con l'Assicurazione Malattie Maccabi. I fattori di successo di quella realtà – che questo Studio vuole applicare al progetto ALMA-LAB - sono stati e sono tuttora: un impianto tecnico scientifico molto accurato e supervisionato da Neuropsicologi, e un team di facilitatori formati, rigorosi nell'applicazione delle linee guida, che pure lasciano spazio all'apporto professionale personale di chi le utilizza. Le componenti chiave di questo training sono quindi la professionalità e l'autenticità del facilitatore; la varietà degli esercizi (mai ripetitivi); esercizi ecologici (ossia progettati attorno a elementi dell'ambiente operativo e culturale dei partecipanti); esercizi di facile assimilazione; la possibilità che i partecipanti possano continuare le attività autonomamente al termine del programma di gruppo; attività divertenti, arricchenti e non faticose; un'esperienza socio-emotiva positiva e piacevole per ogni partecipante.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

La premessa è che le attività previste devono essere coordinate per lo scopo istituzionale ed eseguite da professionisti abili, con delle metodologie scientifiche collaudate, ecologiche, e modellate o per i privati o per le organizzazioni. Il cambiamento soggettivo atteso viene prodotto da un programma settimanale di 2 ore per 16 incontri e certificato sul piano scientifico e pratico. I partecipanti, in piccoli gruppi, effettueranno esercizi che comprendono:

- lavoro individuale davanti al computer, utilizzando uno dei migliori programmi scientifici sul mercato per la formazione cognitiva con la supervisione degli specialisti;
- workshop interattivi di stimolo che includono esercizi di gruppo ecologici, di creatività per scoprire nuovi modi di pensare, discussioni su articoli giornalistici divulgativi e filosofia pratica, apprendimento di mnemotecniche, stimolazione multisensoriale della mente, esercizi fisici dolci, attività musicale e infine informazioni nutrizionistiche adeguate.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale del progetto è stimabile in circa € 164.000,00 per il primo anno. Il breakeven sarà raggiunto, secondo una prima stima, con due gruppi settimanali in 6 mesi, con una spesa unitaria per il cliente di € 900,00 netti (€ 25,00 netti per sessione). Superato il punto di pareggio, lo Studio realizzerà il modello standard di esecuzione ed espanderà sul territorio l'ambito operativo con l'obiettivo di 2 nuovi workshop al mese.

Per ogni workshop con iscritti paganti la PA potrà contare sulla riduzione delle richieste di assistenza, di invii da specialisti e di esami diagnostici. Il risparmio è stimabile nel 2% del totale della spesa per visite ed esami di laboratorio (questa seconda voce ammonta al 27% dei costi totali del SSR; fonte: Regione Lombardia, Commissione Sviluppo Sanità, 06/2014).



## Progetto Benessere: Prevenzione e Allenamento per la Terza Età

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Associazione Omnia - Impresa Sociale
- **Indirizzo:** via Monte Pastello, 3 – 37142 Verona
- **Mail:** omniaimpresasociale@legalmail.it, info@omniaimpresasociale.it
- **Telefono:** 333 8612882
- **Referente:** Silvia Castelli - Socia Fondatrice

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto si propone di trovare una risposta che sia più economica ed efficace all'attuale problematica sempre più crescente dell'invecchiamento patologico, definita ormai una vera e propria futura "epidemia globale" (The Global Impact of Dementia 2013 - 2050, ADI, Alzheimer's Disease International). Attualmente i dati indicano un numero di 44 milioni di persone affette a livello mondiale e si stima che nel 2030 raggiungeranno i 76 milioni (Rapporto Mondiale Alzheimer, 2013) con conseguente impatto in termini di gravosità del peso economico-sociale attuale e futuro di queste malattie neurodegenerative: nel 2010 il costo annuale per curare le demenze nel mondo ha raggiunto la cifra di 604 miliardi di dollari e l'incremento previsto nel 2030 per i costi assistenziali sarà pari all'85%. L'OMS indica le demenze come una priorità per la Sanità Pubblica nei prossimi decenni e raccomanda di promuoverne la consapevolezza sia dei professionisti della sanità, sia del pubblico (Dementia: A Public Health Priority, World Health Organization, 2012). In assenza di una cura definitiva, le uniche due strade percorribili e sostenibili per affrontare il problema sono: una diagnosi precoce, che consente interventi rapidi con l'obiettivo di rallentarne il decorso, e campagne/attività di prevenzione. Queste proposte sono sostenute dagli assunti che:

- la demenza non costituisce una conseguenza inesorabile del processo di invecchiamento, ma rappresenta una condizione patologica determinata da varie cause che danneggiano il cervello;
- anche in età avanzata rimane un certo grado di plasticità cognitiva, una quantità di risorse che possono essere attivate attraverso procedure specifiche: studi retrospettivi (Friedland et al., 2001; Christensen et al., 1993) e prospettici (Wilson et al., 2002) sono concordi nel sostenere vi sia un'inferiore incidenza, in particolare della malattia di Alzheimer, nei soggetti impegnati nel loro contesto ambientale e in attività mentalmente stimolanti;
- mantenere delle sane abitudini e attività intellettualmente stimolanti contribuisca a vivere in salute l'età senile ed a prevenire l'insorgenza di patologie neurodegenerative: secondo Brayne e collaboratori (Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data, The Lancet Neurology, 2014, Vol. 13 No. 8 pp 788-794) 3 casi di Alzheimer su 10 si potrebbero prevenire semplicemente conducendo uno stile di vita più sano con una previsione nel 2050 di 200.000 casi di Alzheimer in meno nel Regno Unito;
- combattere la depressione e agire nelle fasi pre-cliniche sono considerate mosse protettive. Sono tutti fattori che potrebbero aiutare a evitare il brusco aumento dei casi di demenza previsto per il prossimo futuro dagli epidemiologi.

### BENEFICIARI

- Diretti: persone over 60 sane o a rischio di demenza
- Indiretti: le P.A. e l'intera popolazione, in particolare familiari degli anziani e futuri anziani

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Veneto, territorio dell'Ulss21, in particolare comuni di Zevio.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

- Sviluppare una cultura collettiva della prevenzione e favorire uno stile di vita utile a prevenire l'insorgenza nella terza età di malattie neurodegenerative (come la demenza) e psicologiche (come la depressione) attraverso la diffusione di informazioni specializzate sull'invecchiamento sano.
- Implementare le attività di prevenzione promosse dalla Sanità Pubblica e Privata, con l'obiettivo di ridurre l'incidenza delle demenze nella popolazione, ritardare la malattia e/o diminuire la cronicizzazione, attraverso attività di allenamento mentale in anziani sani o in soggetti in fase preclinica che mostrano i primi sintomi di decadimento cognitivo, come i disturbi di memoria.

Mediante queste azioni preventive si intende abbattere l'impatto economico delle demenze sui sistemi di welfare e aiutare le Pubbliche Amministrazioni nell'investimento di risorse per misure preventive, oltre che curative e assistenziali, che possano creare circoli virtuosi.

Si assume che il progetto porterà dei risultati perché le proposte si basano su ricerche scientificamente validate, rispondono alle raccomandazioni direttive riportate dalle maggiori organizzazioni sanitarie mondiali (OMS, ADI) e rispettano le direttive della legislazione vigente dei testi internazionali ed europei (ONU e Consiglio d'Europa).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Sensibilizzare, informare, formare e allenare soggetti appartenenti alla terza età tramite una pagina web dedicata, materiale informativo cartaceo e la creazione di un luogo di riferimento - un centro specializzato - che si occupi di prevenzione e di allenamento al benessere, in cui verranno proposte le seguenti attività:

- percorso InFormaMente: incontri/corsi di formazione specializzata riguardante l'invecchiamento, sia sano che patologico, per la divulgazione di strategie preventive quotidiane volte a promuovere uno stile di vita attivo;
- valutazioni cliniche e neuropsicologiche approfondite con l'utilizzo di testistica diagnostica standardizzata. L'esito della valutazione consente di indirizzare la persona interessata verso il percorso più adeguato;
- percorso Fitness della Mente: laboratori di allenamento mentale e di stimolazione cognitiva articolati in una serie di incontri settimanali di gruppo condotti da psicologi esperti per anziani sani o in fase pre-clinica.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il progetto ha un costo totale annuo pari a € 9.056 (di cui circa 2.000 per investimenti iniziali). Allo stato attuale non esistono progetti che puntino in maniera così specifica alla prevenzione e alla diffusione di un invecchiamento sano. Partendo dall'assunto che questo tipo di attività possa rallentare il decorso della malattia, in maniera simile può evitarne l'esordio, il che porterebbe ad un evidente miglioramento per il benessere della cittadinanza e a un ingente risparmio economico. In Italia, allo stato attuale, il costo annuale è di circa € 60.000 per malato. Basandoci sull'indagine AIMA/Censis, nel territorio di riferimento del progetto il risparmio stimato è di € 98.666.500.



## Sinapsy-Terza età: prevenire e affrontare i disturbi dell'umore nell'anziano

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Associazione Sinapsy- Lodi (ass. di promozione sociale)
- **Indirizzo:** via Massena 30, Lodi
- **Mail:** info@sinapsy.org
- **Telefono:** 366 9926134
- **Referente:** Manuela Marazzina – Tesoriere (manuela.marazzina.247@psypec.it)
- **Team di lavoro:** Francesca Noli, Daniela Moroni, Manuela Marazzina

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto Sinapsy-terza età si propone di prendere in cura persone anziane con disturbi depressivi mediante interventi di psicoterapia di gruppo a orientamento cognitivo-costruttivista e cognitivo-relazionale. Lo scopo della terapia è promuovere il benessere psicologico, diminuire il ricorso ai trattamenti farmacologici e in generale ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale. In questo modo il progetto prevede di garantire, contestualmente al miglioramento delle condizioni di vita degli utenti, un importante risparmio economico per la collettività.

L'idea nasce dal convincimento che sia necessario limitare il più possibile il ricorso agli psicofarmaci, trattamento spesso d'elezione nella cura della depressione dell'anziano, per due principali motivi. Il primo motivo, di ordine terapeutico, è che spesso gli psicofarmaci risultano inadeguati a curare i disturbi della senilità, in quanto generalmente provocano effetti collaterali che danneggiano le funzioni vitali già vulnerabili in questa categoria di pazienti; inoltre, l'uso di psicofarmaci ingenera assuefazione e quindi la necessità di dosi sempre maggiori, aumentando nel tempo gli effetti collaterali. Gli psicofarmaci sono i farmaci più prescritti negli anziani ma essi modificano l'organismo, la funzionalità renale e inducono molti altri rischi. Inoltre reazioni avverse ai farmaci si verificano nel 36% dei pazienti e, di solito, sono associate a terapie farmacologiche multiple, che aumentano quanto più il paziente invecchia. Il nostro progetto suggerisce un approccio diverso, basato sulla presa di coscienza, da parte dei pazienti, del proprio malessere psicologico mediante interventi di gruppo che aiutino ad affrontare la depressione in modo naturale e più stabile. Il secondo motivo, di origine economica, è che il ricorso alle cure a base di psicofarmaci rappresenta una voce di spesa di notevole rilevanza per la Pubblica Amministrazione, specialmente in riferimento a una categoria di persone, la terza età, che normalmente è esente da ticket. Riteniamo possibile che la non felice contingenza economico-politica attuale possa rappresentare per il SSN un'occasione per rinnovarsi, attraverso l'adozione di pratiche efficaci e meno invasive per il paziente, e al contempo convenienti, a breve e lungo termine, per la collettività.

### BENEFICIARI

- Diretti (10 per gruppo) rispondono ai seguenti requisiti: cittadinanza nella provincia di Lodi; età superiore ai 65 anni; diagnosi di disturbo depressivo. Nel 2014 nella Provincia di Lodi vivono 229.082 over 65 (dati ISTAT). Considerando che i pazienti con disturbi depressivi, nei paesi occidentali, sono mediamente il 20% della popolazione anziana, si stima un potenziale bacino di utenza di oltre 45.000 unità.
- Indiretti: la famiglia del paziente e il contesto sociale.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, provincia di Lodi.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto affronta il problema della depressione dell'anziano mediante attività psicoterapeutiche di gruppo con lo scopo di promuovere la riduzione della sintomatologia, favorire l'incremento della capacità relazionali ed assertive e diminuire il ricorso ai farmaci e l'accesso alle cure. La scelta di un percorso gruppo dipende da diversi fattori:

- nel gruppo è possibile rivivere esperienze, esprimere sentimenti, affrontare tematiche tipiche dell'età in condivisione con altre persone che affrontano percorsi di vita simili;
- il supporto dei terapeuti favorisce la riflessione guidata sulle tematiche e sul vissuto emotivo;
- l'intervento di gruppo rappresenta una modalità particolarmente utile perché è cost effective rispetto ad interventi individuali.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività offerte ai beneficiari consistono in incontri di gruppo settimanali sviluppati attorno ad alcune tematiche di base (perdita dell'autonomia, gestione delle perdite, vissuto di malattia, ridefinizione e reintegrazione dell'immagine di se stessi, ri-orientamento al presente, recupero di una progettualità futura, tema della morte, espressione emotiva, ricordi di vita, sessualità, inserimento sociale e familiare). La strutturazione dell'incontro prevede:

- ripresa della tematica del colloquio precedente, riflessioni sull'andamento settimanale;
- presentazione della nuova tematica, introduzione alla condivisione emotiva, condivisione nel gruppo di pensieri, opinioni e vissuti personali;
- restituzione finale su come è stato vissuto l'incontro dai partecipanti.

Gli incontri si svolgono in presenza di due specialiste in co-terapia. L'intervento di supporto psicologico ha durata prevista di un anno con colloquio e valutazione testistica iniziale individuale per ogni partecipante, una valutazione intermedia a 6 mesi e una finale a 12 mesi. È previsto un follow-up a distanza di un anno. I questionari self report vengono somministrati individualmente dal clinico (per verificare un'adeguata comprensione delle domande e un'aderenza al compito e per compensare eventuali difficoltà di lettura, visione, attenzione che possono essere presenti in questo tipo di pazienti). Durante il colloquio iniziale viene indagata la motivazione alla terapia, la presenza di supporto familiare e sociale, discusse eventuali criticità e personali aspettative. Viene inoltre completata una scheda anamnestica che comprende: età, sesso, scolarità, stato civile, depressioni pregresse, presenza di malattie croniche.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Le spese straordinarie previste dal progetto riguardano l'acquisto dei materiali (€ 366) mentre le spese ordinarie (annue) ipotizzate per la realizzazione di un gruppo di psicoterapia di dieci pazienti ammontano a € 5.500 (€ 550 a persona). I farmaci più comunemente utilizzati nella terapia dell'umore per gli anziani sono gli antidepressivi e le benzodiazepine, e per questi trattamenti farmacologici sono stati spesi in provincia di Lodi € 1.584.000 nel 2011, saliti a € 1.591.000 nel 2012, con una spesa di oltre € 107 per assistito. A queste spese vanno inoltre aggiunti i costi per le malattie correlate che questi farmaci generano, le spese ordinarie per il personale e la strumentazione sanitaria. Spesso infatti la correlazione tra depressione e polipatologia è la causa di frequenti ospedalizzazioni e secondo i dati ISTAT (2012) un giorno di ricovero in ospedale viene a costare al Sistema Sanitario Nazionale circa € 600-800.





## AREA PREMINENZA

# GESTIONE CRONICITÀ

### Progetti

- **Acufene: il Silenzio dopo il Rumore**  
*Vittorio Franzetti*
- **BACK HOME: ridurre la permanenza nelle strutture residenziali**  
*Associazione A.E.D.O. (Marco Paolo Carlo Picchi)*
- **Centro Pilota dell'Immaginario Positivo**  
*Martina Minardi*
- **Consulenza e Psicoterapia Breve per pazienti affetti da psoriasi o altre malattie dermatologiche**  
*Valentina Sciubba*
- **Cuori in Rete**  
*Fondazione Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale (Sara Lanfredi)*
- **Dieta nuova e stile di vita: nutrire corpo, anima e mente**  
*Associazione L'Amaranta (Scarlett Carmen Franchi)*
- **Giro come va**  
*Fondazione Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale (Sara Lanfredi)*
- **Il progetto Eubiosia: un modello bio-psico-sociale di assistenza domiciliare oncologica gratuita, globale e sostenibile**  
*Fondazione Ant Italia Onlus (Silvia Varani)*
- **La riabilitazione nelle cerebrolesioni: un approccio ecologico**  
*Associazione Resilient Disabled Onlus (Nadia Trevisi)*

(segue)



## AREA PREMINENZA

# GESTIONE CRONICITÀ

### Progetti

- **Lo psicologo a sostegno dell'aderenza del paziente diabetico e dei costi del Sistema Sanitario Nazionale**  
*Ordine degli Psicologi del Lazio (Manuela Tomai)*
- **L'unione fa la vita**  
*Associazione PERCORSI e A.N.D.O.S.-Associazione Nazionale Donne Operate al Seno Comitato Napoli Ovest (Maria di Vicino)*
- **Prevenire il "patto di sangue" tra Depressione e Dolore Cronico SI PUO'!!!**  
*Stefano Totaro*
- **Psicoterapia & Diabetologia**  
*ASUR Marche Area Vasta 5 Diabetologia (presidi di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto) e Università Politecnica delle Marche (Daniele Bruni)*
- **Teatralmente.it: cultura, salute e comunità**  
*Istituzione Gian Franco Minguzzi (Maria Francesca Valli)*
- **Unità di follow-up care: oltre le acuzie, la continuità assistenziale dopo il ricovero in terapia intensiva**  
*Università Cattolica del Sacro Cuore (Simona Inguscio)*
- **Windhorse Italia**  
*Associazione ACCORDO (Paola Parini)*



# Acufene: il Silenzio dopo il Rumore

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Vittorio Franzetti
- **Indirizzo:** Via Villapizzone 26 20156 Milano
- **Mail:** vitfr@tin.it
- **Telefono:** 348 5314323
- **Referente:** Vittorio Franzetti
- **Team di lavoro:** da costituire come da progetto

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

L'idea strategica di base è che per creare nuove opportunità di lavoro per Psicologi e Psicoterapeuti è necessario aprire nuove aree di "mercato".

La nostra ricerca è stata quindi rivolta a quei disturbi che la medicina non riesce a trattare e la psicologia non ha ancora affrontato sistematicamente (ad esempio la fibromialgia).

Noi abbiamo scelto un disturbo dell'udito che non ha ancora una risposta clinica adeguata né dalla medicina né dalla psicoterapia: l'Acufene o Tinnitus è un disturbo uditivo costituito da rumori (fischii, ronzii, fruscii, pulsazioni), che il soggetto percepisce nell'orecchio come fastidiosi e che spesso risultano essere invalidanti.

Ad oggi non sono state individuate le cause del disturbo e non esiste un protocollo di intervento definito dal punto di vista medico che porti al suo superamento e guarigione.

Circa il 35% dei casi è di origine psicologica o provocato da forte stress.

Il problema risulta essere particolarmente importante perché le persone che soffrono di questo disturbo non trovano nel Servizio Sanitario Nazionale una risposta ed un sostegno al loro problema.

Esistono pochi interventi, non risolutivi, di origine medica e pochissimi e sporadici di natura psicologica.

L'ampiezza del fenomeno è decisamente rilevante: si stima che in Italia ne soffrano più di 5 milioni di persone.

Sul web si rintracciano stime che vanno dal 10 al 20% della popolazione e il disturbo è segnalato in aumento specie tra i giovani.

Queste dimensioni consentono di definire il Tinnitus come fenomeno sicuramente rilevante e sociale.

## BENEFICIARI

L'Acufene colpisce soggetti di qualunque età e genere.

Essendo il sintomo in alcuni casi particolarmente invalidante, ha forti ripercussioni per il soggetto in ambito sociale, lavorativo e familiare coinvolgendo, quindi, tutto il sistema sociale vicino al soggetto.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, ma il territorio potenziale è nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Poter creare un protocollo di intervento di natura psicologica per la cura dell'Acufene avrebbe un impatto sociale enorme. Abbiamo avuto esperienza di interventi con tecniche psicologiche a mediazione corporea fatti in altri Paesi (Germania) che hanno ottenuto risultati straordinari in termini di diminuzione significativa del sintomo e, in alcuni casi, di guarigione totale.

La nostra intenzione è di creare, in forma strutturata, un protocollo psicologico ad indirizzo bioenergetico da destinarsi a chi soffre di Acufene e, almeno, verso quell'ampia percentuale di pazienti nei quale il disturbo ha concause psicologiche.

Ad oggi le esperienze di trattamento dell'Acufene non hanno previsto una visione globale della persona ed un intervento integrato fra la parte medica e la parte psicologica del problema. Solo negli ultimi tempi qualcosa di simile alla nostra proposta è stato sperimentato, per esempio a Reggio Emilia al Centro Audiometrico dell'Arcispedale Santa Maria Nuova e all'Ospedale San Paolo di Milano.

Sembra maturo il tempo per affermare che l'approccio integrato è la "via regia" per un intervento di aiuto concreto. Continuare a vedere il problema da poli diversi senza un'integrazione porta ad una sostanziale mancanza di risposte efficaci ai pazienti.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto prevede di proporre un protocollo di intervento integrato (medico otorino, nutrizionista e psicologico) rivolto a persone che oggi, per la stragrande maggioranza, non hanno (o hanno marginalmente) una soluzione al loro problema. Il protocollo prevede che il paziente venga classificato secondo i parametri di origine del sintomo, intensità e forza dello stato invalidante. Per fare questo è necessario che il paziente svolga:

- una visita otorinolaringoiatrica completa di esame fisico e uditivo ed eventuali esami specifici richiesti dal caso singolo;
- una valutazione uditiva tramite strumenti audiometrici;
- un colloquio psicologico approfondito per risalire alla storia del paziente anche in relazione al suo sintomo;
- test psicometrici per stress, depressione, qualità della vita, THI (Tinnitus Handicap Inventory).

Alla fine del processo sarà possibile fare una classificazione del paziente secondo i parametri definiti e procedere quindi con l'intervento di riabilitazione, che prevedrà:

- applicazione degli interventi prescritti con le visite mediche;
- 10/15 incontri di gruppo di 2 ore, nei quali vengo svolti esercizi fisici di bioenergetica e sessioni di pratica mindfulness;
- controllo nutrizionale definito per almeno 2 mesi;
- eventuale intervento di psicoterapia individuale.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo del progetto è pari ad € 3.880.00 per il primo anno, arrivando ad € 2.780.000 il quinto anno.

Il costo per paziente trattato con il protocollo per la PA è pari ad € 1.000, senza protocollo è pari ad € 1.800. Se in 5 anni si ipotizza di assistere 13.220 pazienti la PA spenderebbe quindi senza protocollo più di 23 milioni di euro, mentre con il protocollo più il costo di avviamento iniziale, circa 17 milioni, producendo così un risparmio di più di 6 milioni di euro (il 28%).



# BACK HOME: ridurre la permanenza nelle strutture residenziali

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** A.E.D.O. - Associazione di Promozione Sociale
- **Indirizzo:** via Asilo 1, Fornaci di Barga (LU)
- **Telefono:** 0583 888071
- **Referente:** Marco Paolo Carlo Picchi - Responsabile progetti (marpicchi@tin.it)
- **Team di lavoro:** Marco Paolo Carlo Picchi - Psicologo, Anna Maria Erba - Psicologa Psicoterapeuta, Mirko Martinucci - Psichiatra, Dirigente medico e Responsabile Struttura residenziale Nausicaa, Franco Della Maggiore - Dirigente Psicologo, Mario Betti - Psichiatra e Responsabile UFSMA (USL 2 Lucca)

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Gli utenti seguiti dai Servizi per la Salute Mentale del SSN si trovano talora in condizione di non poter essere assistiti solamente tramite visite periodiche o tramite la cosiddetta “assistenza domiciliare” (somministrazione di farmaci da parte di infermieri del SSN presso il domicilio di appartenenza).

Il verificarsi di condizioni cliniche particolarmente gravi (“acuzie psicopatologica”), l’assenza o inagibilità di un’abitazione propria, processi di scontro-rifiuto con i familiari e/o i conviventi (“crisi di contesto”) rendono necessario il ricorso a strutture residenziali a bassa, media o elevata attività assistenziale, oppure il ricovero nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).

Purtroppo, il ritorno del paziente nel contesto abitativo di appartenenza è spesso prorogato nel tempo, o in mancanza di un progetto terapeutico efficace, o per evitare il rinnovarsi di quella situazione di conflittualità familiare, esplicita o nascosta, che è stata la causa principale del ricovero.

Questo insieme di cose porta gli utenti alla cosiddetta “istituzionalizzazione”, cioè alla residenza continuativa e/o ripetuta presso le strutture, con la conseguente saturazione delle stesse e l’incapacità di accogliere nuovi elementi (in Toscana l’Indice di Rotazione “IR” è di 1,2, il che sta a significare che in una struttura con 10 posti-letto ruotano solamente 12 pazienti l’anno).

Il mancato ritorno dei disabili psichici al contesto sociale di appartenenza comporta alcune gravi conseguenze:

- la mancata conclusione del processo di guarigione/riabilitazione;
- la necessità di un elevato numero di posti letto in strutture assistite, ad un costo giornaliero per utente che può variare da € 50 ad € 200 a seconda delle strutture;
- la continua saturazione dei posti disponibili, con la necessità di ricorrere al ricovero ospedaliero (circa € 360/die).

Favorire il rientro dei soggetti con disabilità psichica nelle loro abitazioni, da soli o in coabitazione con familiari/conviventi, permette il consolidarsi dei risultati clinici, una superiore disponibilità di posti letto nelle strutture e un risparmio per il SSN pari a circa € 200/die.

## BENEFICIARI

- Direttii: circa 300 persone in carico al Servizio di Salute Mentale della Valle del Serchio (ASL 2 Lucca) caratterizzate da condizioni cliniche e sociali tali da consigliarne, più o meno frequentemente, il ricovero temporaneo in strutture residenziali.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Toscana, comuni della Valle del Serchio.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'obiettivo primario consiste nel fornire un sostegno alla famiglia e/o ai conviventi dell'utente psichiatrico, che consenta contemporaneamente sia un facile rientro nel contesto di appartenenza, sia il mantenimento degli effetti terapeutici positivi legati al periodo di residenza in struttura.

Il secondo obiettivo consiste nel veicolare ai responsabili della USL eventuali suggerimenti e richieste che possono provenire dai ricoverati e/o dai loro familiari, in modo da agevolare l'individuazione delle migliori soluzioni comuni.

Il progetto ha già avuto una fase pilota, svoltasi negli ultimi sei mesi del 2013 e nel gennaio 2014, che ha ottenuto buoni risultati.

Elementi fondamentali sono stati il coordinamento che lo psicologo ha potuto avere con i dirigenti della UFSMA (uno psichiatra, uno psicologo ed il responsabile dell'Unità) e la possibilità di mantenere e rinforzare i legami familiari, prima dell'indebolimento causato dall'istituzionalizzazione.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Elemento chiave dell'intervento sono alcune ore di ascolto, gestite all'interno della struttura residenziale, nelle quali lo psicologo deve riuscire a rinforzare la volontà della famiglia di riaccogliere il proprio membro, evitando percorsi di rifiuto ed esclusione. Si tratta in pratica di una "presa in carico" dell'intero nucleo familiare e/o dei conviventi e non del solo soggetto ricoverato. Viene anche effettuata un'attività di coordinamento con le strutture del SSN, mediante la quale si possono individuare soluzioni assistenziali funzionali e perfettamente adeguate alle esigenze dell'utenza.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

L'intervento pilota, della durata di sette mesi, ha avuto un costo pari a € 1.981 ed ha conseguito risultati (risparmio nei costi di assistenza dei 9 utenti interessati) pari a € 45.409,30.

Il progetto che proponiamo, della durata di 12 mesi, prevede un costo pari a € 4.376, che porterebbe, in proporzione a quanto verificato nel progetto pilota, ad un risparmio pari ad € 100.308,50.

Siamo perfettamente consapevoli del fatto che il trasferimento su semplice base matematica non tiene in considerazione di innumerevoli variabili, ma possiamo comunque ipotizzare, in base al monitoraggio effettuato nella struttura Nausicaa negli ultimi quattro anni, che un intervento capace di ridurre del 50% le recidive (rientro in struttura di utenti che già hanno usufruito di un periodo di ricovero) dovute alle "crisi di contesto" (situazioni di conflitto con i familiari/conviventi) possa comportare un risparmio per il SSN pari ad € 37.074,00 annui (giorni 167x€ 222/die), perseguendo contemporaneamente finalità terapeutico/riabilitative molto rilevanti.

In aggiunta a quanto sopra descritto, occorre considerare che la possibilità di ridurre i giorni di permanenza nelle strutture assistenziali rende possibile utilizzare le stesse per ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero, che risulta la forma di assistenza più onerosa economicamente (€ 360/die circa).



# Centro Pilota dell'Immaginario Positivo

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Martina Minardi - Psicologa, Psicoterapeuta e Counselor
- **Mail:** martina.minardi.198@psypec.it
- **Telefono:** 328 3382790

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La problematica centrale a cui il progetto si rivolge è quella dei soggetti borderline (BL) che, come la letteratura scientifica sottolinea, sono condannati a restare tali per l'arco della loro esistenza. L'assenza di terapie risolutive per il disturbo di personalità borderline (DBP) implica severe limitazioni personali nella qualità della vita e nella capacità lavorativa dei soggetti, compromissione dell'equilibrio familiare, gravi perdite economiche per la società e alto rischio di suicidio.

Nel progetto si è affrontata detta problematica in modo non avulso da una pluralità di altri soggetti bisognosi di intervento (psicoterapico, di counseling): si evita del tutto il rischio di realizzare un "ghetto", proponendo per i BL un luogo di cura e reinserimento socioprofessionale a tutto campo. Grazie al fatto che la metodologia posta a fondamento del progetto (RE-I - Rilassamento Etero-Imagoico dell'autrice, in terapia integrata) è ad ampio spettro, il Centro ospita anche persone appartenenti ad altre categorie, non necessariamente malati psichici.

Lo studio delle cause del DBP è affrontato da una letteratura scientifica tanto vasta quanto priva di risultati risolutivi. D'altronde la tecnica RE-I (Rilassamento Etero-Imagoico dell'autrice) si è dimostrata efficacissima nel caso considerato perché, integrata con farmaci adeguati, riesce a rafforzare l'io del BL, facendolo divenire trattabile. Ristabilita l'omeostasi intrapsichica a livello strutturale, il recupero del soggetto BL non può dirsi concluso se non attuando anche un'azione sinergica di ripristino delle sue potenzialità socio-relazionali e, possibilmente, del suo reinserimento professionale nella società.

Il problema merita investimento perché si stima che il DBP riguardi circa il 2% della popolazione e circa 1 paziente su 10 in strutture psichiatriche. Studi più prudenti stimano che il DBP incida "solo" su 0,7% della popolazione, altri recenti riportano un'incidenza del 4-6%.

## BENEFICIARI

- Diretti: il progetto attinge, nella sola provincia di Taranto, ad un bacino di circa 5.000 persone. Il Centro permette la cura di 50 soggetti BL, 20 ospitati con pernottamento e altri 30 con permanenza solo diurna. Usufruiscono della struttura altri 50 soggetti (affetti da nevrosi, disturbi psicosomatici, con disagi esistenziali, persone che desiderano effettuare un iter di crescita) con frequenza solo diurna: fine precipua è non ghettizzare coloro che soffrono di DBP.
- Indiretti: i nuclei familiari dei 100 ospiti del Centro, le comunità territoriali a cui i soggetti sono "restituiti" psichicamente equilibrati in tutte le sfere della personalità, consentendo il recupero della persona nella sua interezza fino a giungere all'indispensabile inserimento lavorativo.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Puglia, provincia di Taranto.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il cambiamento è ottenuto applicando sistematicamente (a singoli e a gruppi) la tecnica RE-I, inserita in una terapia integrata con farmaci.

Il RE-I, costituito da sette percorsi, fa emergere dagli strati iponici più profondi l'Immaginario Positivo, motore arcaico, universale, inconscio, energetico che in sé possiede l'omeostasi fisica, psichica e spirituale. Il suo riaffiorare a livello di coscienza ripristina l'equilibrio e, nei BL, rafforza l'io con conseguenziale perdita degli elementi psicotici e persistenza di quelli nevrotici, facilmente trattabili a livello analitico.

Altre assunzioni-base del progetto, potentemente integrate fra loro, sono:

- "non ghettizzare" i BL;
- sviluppare creatività, relazionalità e capacità d'impegno nei laboratori;
- preparare l'inserimento lavorativo.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Sono previste le seguenti attività:

- curare i BL ospiti con sedute individuali settimanali e di gruppo quotidiane, di psicoterapia fondata sulla tecnica RE-I;
- proporre agli altri soggetti presenti nel Centro Pilota sedute individuali o di gruppo, secondo una metodica già sperimentata;
- preparare i BL, insieme agli altri ospiti del Centro, attraverso corsi di formazione professionale, ad attività lavorative che ridiano loro la dignità di "persone" e favorirne l'inserimento lavorativo (laboratori operativi);
- farli partecipare a laboratori creativi di teatro, musica, danza, scenografia e fotografia, oltre a quelli operativi di giardinaggio, gastronomia, artigianato, falegnameria, informatica; insieme a soggetti normodotati al fine di sviluppare una relazionalità sana ed equilibrata e l'acquisizione di nuove competenze;
- somministrare la tecnica RE-I a soggetti affetti da disagi esistenziali e da disturbi psicosomatici. Ne possono usufruire anche coloro che vogliono migliorare il loro livello di vita attraverso un percorso di crescita che ne incrementi le potenzialità individuali. In tal modo il Centro diviene l'incontro tra "persone" che vogliono migliorare se stesse attraverso il recupero delle loro forze equilibranti positive.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo calcolato per il progetto è pari ad € 2.202.996,96 su base annua. I benefici per le Pubbliche Amministrazioni consistono in:

- risparmio della spesa pubblica (sia per i farmaci che per le visite specialistiche, per un totale di € 199.583,99);
- maggiori entrate fiscali (fiscalità annuale da compensi erogati e fiscalità futura da lavoro ex-borderline per € 1.739.281,46);
- risparmio dei costi di formazione (€ 840.000).

Per un totale di € 2.778.865,45 di benefici su base annua per le Pubbliche Amministrazioni.





# Consulenza e Psicoterapia Breve per pazienti affetti da psoriasi o altre malattie dermatologiche

## SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Valentina Sciubba - Psicologa Psicoterapeuta
- **Indirizzo:** via del Pigneto 27/A, Roma
- **Mail:** info@valentinasciubba.it; valentina.sciubba@gmail.com

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Molte ricerche medico-scientifiche hanno evidenziato che la psoriasi, una malattia della pelle, è influenzata, sia in relazione all'esordio che agli aggravamenti, da situazioni di stress psicologico. La letteratura riporta una frequenza di eventi stressanti nei due mesi precedenti l'esordio della malattia variabile dal 35 al 90% dei casi.

Sono anche frequenti in questi pazienti disturbi psicopatologici, in particolare disturbi d'ansia e depressivi. La somministrazione di appositi questionari ha dimostrato come i pazienti soffrano spesso anche per problemi di stigmatizzazione e disabilità sociale.

È più che ragionevole pertanto che possano utilmente giovare di un servizio di consulenza psicologica e psicoterapia finalizzato alla gestione dello stress e conseguentemente al miglioramento della condizione psico-fisica e al benessere sociale.

Genericamente i pazienti che frequentano gli studi medici, come ha dimostrato la sperimentazione del Prof. L. Solano, si giovano anche della sola consulenza o di pochi colloqui con uno Psicologo; tutto ciò vale pertanto a maggior ragione per i pazienti dermatologici, per i quali si aggiunge spesso anche un problema estetico che può rendere disagiati i rapporti sociali e/o sessuali.

Si ritiene pertanto che il servizio di cui sopra possa essere esteso anche a tutti i pazienti dermatologici e di poter denominare l'iniziativa come progetto per l'istituzione di un Servizio di Consulenza e Psicoterapia per i pazienti affetti da psoriasi o altre patologie dermatologiche.

## BENEFICIARI

- Diretti: pazienti che soffrono di psoriasi e il personale medico.
- Indiretti: rete sociale dei soggetti trattati.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Roma e territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Uno degli scopi del progetto è quello di indurre nella popolazione, e in particolare nei pazienti dermatologici, una visione olistica secondo la quale mente e corpo sono continuamente interagenti e ambedue contribuiscono allo stato di salute/malattia, in accordo con le più recenti ricerche di Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI).

Un secondo obiettivo è quello di migliorare il benessere psicologico dei pazienti, curando gli eventuali disturbi psicopatologici e trattando problemi psicologici e relazionali che non rientrano nella patologia. Si ritiene che la presenza dello Psicologo accanto al medico sia di per se stessa un fattore che facilita il cambiamento in tali direzioni, soprattutto in relazione al primo obiettivo.

Si assume che il bisogno di ascolto e di aiuto psicologico da parte dei pazienti affetti da psoriasi sia elevato, in virtù della notevole frequenza di eventi stressanti precedenti l'esordio e gli

aggravamenti della malattia. È presumibile un analogo bisogno anche per pazienti dermatologici affetti da altre gravi patologie. La psicoterapia si è dimostrata efficace nel curare vari disturbi psicopatologici e nel favorire i naturali processi di riparazione del DNA danneggiato a seguito dello stress (Effects of Psychotherapy on DNA Strand Break Accumulation Originating from Traumatic Stress. Morath J., Moreno-Villanueva M., Hamuni G., Kolassa S., Ruf-Leuschner M., Schauer M., Elbert T., Bürkle A., Kolassa I.T. Psychotherapy and Psychosomatics, August 2014).

Si ritiene che elementi chiave del successo dell'iniziativa siano:

- l'inserimento della consulenza e della psicoterapia all'interno di un percorso di cura che preveda la presa in carico "globale" dell'individuo;
- la possibilità di una collaborazione tra medico e Psicologo finalizzata a un'ottimizzazione delle cure e a diminuire il rischio di burnout nel personale sanitario;
- una facilitazione nella comunicazione tra medico e Psicologo;
- una maggiore accettabilità da parte dei pazienti degli interventi psicoterapeutici;
- l'esperienza dei rapporti mente-corpo da parte dello Psicologo referente.

### **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

- Screening psicodiagnostico per i pazienti attraverso somministrazione di test usati in ambito ospedaliero per l'ansia e la depressione; i test saranno somministrati all'inizio e al termine del trattamento psicoterapeutico.
- Somministrazione di test per la qualità di vita nella prima e nell'ultima seduta psicoterapeutica;
- Consulenza psicologica informativa.
- Psicoterapia Breve ad indirizzo integrato strategico-gestaltico, la cui durata media si aggira intorno alle 20 sedute.
- Eventuale terapia familiare o di coppia qualora lo psicoterapeuta la ritenga necessaria.

### **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

Il costo totale del programma è di € 12.000 annui escluse le imposte di legge.

Le soluzioni alternative comprendono il ricorso ai servizi di salute mentale presenti sul territorio che tuttavia sono spesso oberati di lavoro e non necessariamente prevedono la presenza di Psicoterapeuti esperti in Psicologia Applicata alla Salute o Psicoterapeuti formati in terapie brevi o evidence-based.

Considerando che si è preventivato un costo per la psicoterapia e per paziente entro l'importo di € 1.000 calcolato dalla London School of Economics, la quale ha calcolato che questo importo faccia risparmiare allo Stato € 4.800 per ogni paziente depresso, si deduce che il progetto proposto dovrebbe essere altamente remunerativo in termini di benessere sociale e di vantaggi economici per la società e la Pubblica Amministrazione.



### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Fondazione Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale
- **Indirizzo:** via Lungotevere De' Cenci 5-7, Roma
- **Mail:** segreteria@fondazionefatebenefratelli.it
- **Telefono:** 06 5818895
- **Referente:** Sara Lanfredi - Direttore Divisione Formazione
- **Mail:** s.lanfredi@fondazionefatebenefratelli.it
- **Team di lavoro:** equipe U.O. Semplice di Psicologia Clinica, Medico Cardiologo, Infermiere, Personale Amministrativo dell'Ospedale Generale Fatebenefratelli, Isola Tiberina "San Giovanni Calibita" e Psicoterapeuta

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che il progetto "Cuori in rete" intende affrontare riguarda l'oneroso carico socio-economico che le malattie cardiovascolari hanno sulla comunità territoriale e la conseguente necessità di promuovere iniziative volte ad ottimizzare le risorse dedicate attraverso la valorizzazione della continuità di cura fra servizi ospedalieri e territorio.

Le malattie cardiovascolari sono la più importante causa in Italia di mortalità, morbosità e invalidità, nonostante siano fra le patologie cronico-degenerative quelle che meglio si conoscono in termini di fattori di rischio e per le quali sono disponibili interventi di prevenzione primaria su stili di vita e trattamenti farmacologici. Chi sopravvive ad una forma acuta va incontro alla cronicità della malattia, con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare: spese sanitarie, sovraccarico del SSN, improduttività lavorativa per invalidità e assenteismo.

Inoltre le patologie cardiovascolari sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva (G Ital Cardiol, 2014; 15, 4 Suppl 1: 7S-31S; European Cardiovascular Disease Statistic, 2012 Edition). Considerando l'entità del problema di salute pubblica, i numerosi fattori di rischio implicati (biologici, comportamentali, psicosociali) e la stretta relazione tra malattie cardiovascolari e stili di vita, nell'insorgenza e nell'aggravamento della patologia, il progetto propone un approccio biopsicosociale alla malattia cardiovascolare, che valorizzi un intervento ospedaliero rivolto alla persona nella sua globalità per promuovere le competenze psicosociali degli individui e un ruolo attivo nei confronti della propria salute anche in condizioni di malattia cronica. Inoltre il progetto intende potenziare, all'interno dell'Ospedale, servizi di promozione della salute cardiovascolare, per costruire una rete con il territorio.

### BENEFICIARI

- Diretti: 960 (stimati anno 2015) pazienti annui con disturbi cardiovascolari che afferiscono al reparto dell'U.O.C. di Cardiologia dell'Osp. "S. Giovanni Calibita" Fatebenefratelli, Roma.
- Indiretti: famigliari dei pazienti, rete territoriale coinvolta (medici di medicina generale, associazioni di pazienti, ecc.), operatori sanitari.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Roma e provincia.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto è concepito come modello di intervento psicologico in Ospedale in linea con una visione evolutivo-dinamica della salute, intesa come un processo integrativo di benessere e malessere fisico, psichico e sociale (Bertini, 2012), in cui l'attenzione è sulle modalità che le persone costruiscono per riscoprire benefici che derivano dall'incontro con eventi critici. Ciò che caratterizza la salute è la possibilità di tollerare infrazioni alla norma, che definisce il normale momentaneo, e oltrepassarla per istituire nuove norme in situazioni nuove (Canguilhem, 1966). Il lavoro sinergico degli operatori sanitari diventa, quindi, occasione per co-costruire processi salutogenetici, che attraverso il coinvolgimento attivo dell'utenza al progetto di cura possano promuovere posizionamenti (Harrè, 1998) funzionali alla gestione della propria salute.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto è organizzato in un intervento da attuarsi durante i giorni di degenza in Ospedale e in ulteriori proposte e servizi offerti dopo la dimissione. Al momento del ricovero viene offerta un'accoglienza congiunta da parte del medico e dello Psicologo, che affianchi all'anamnesi medica uno spazio di narrazione della persona per favorire l'esplorazione del modo in cui vive la propria condizione di salute, attivando una riflessione sui vissuti e sulle risorse personali e sociali. Sempre nei giorni di degenza viene proposta la partecipazione ad un incontro di gruppo multidisciplinare (psicologo-medico-infermiere) per favorire lo scambio e la socializzazione delle esperienze e fornire indicazioni utili sulla salute cardiovascolare. Il gruppo è aperto anche alla partecipazione dei famigliari. Dopo le dimissioni, in occasione della prima visita di controllo medico, la persona è invitata anche ad un colloquio di monitoraggio con lo Psicologo al fine di dare continuità al percorso di cura in un'ottica biopsicosociale.

Il progetto prevede l'istituzione di un Servizio di Prevenzione e Promozione della Salute basato sulla continuità del prendersi cura della persona dall'Ospedale al territorio, che rappresenti prima di tutto un punto di riferimento per l'utenza dell'U.O.C. di Cardiologia e da estendere in una fase successiva a tutta la cittadinanza. Tale servizio, da svilupparsi all'interno dell'U.O.S. di Psicologia Clinica, intende fare rete sia con altri servizi dell'Ospedale (Servizio Dietetico, Ambulatorio del Colesterolo e della Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari) sia con le Associazioni attive sul territorio nell'ambito della salute cardiovascolare.

L'attività che si intende promuovere comprende sia consulenze psicologiche sia percorsi laboratoriali di gruppo per lo sviluppo di competenze psicosociali o Life Skills (gestione dello stress e delle emozioni pensiero creativo, ecc.) per le persone con disturbi cardiovascolari e per i loro famigliari.

In una fase successiva si intende estendere il servizio ad iniziative di promozione della salute rivolte al territorio (scuole, associazioni di pazienti, associazioni culturali) e collaborazioni con la medicina di base (FIMMG Federazione Italiana Medici di Medicina Generale).

È prevista, inoltre, la creazione di un Portale web per scambiare e condividere conoscenze sulla salute cardiovascolare tra cittadini, persone con patologia cardiovascolare ed esperti e per promuovere iniziative del servizio.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale annuo del progetto è pari ad € 72.010 e stimiamo un risparmio per la PA pari ad € 47.000.



## Dieta nuova e stile di vita: nutrire corpo, anima e mente

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** L'Amaranta - Associazione
- **Indirizzo:** viale Eritrea 71, Roma
- **Telefono:** 06 8100303; 338 9950446
- **Referente:** Scarlett Carmen Franchi – Consigliere (s.c.franchi@virgilio.it)
- **Team di lavoro:** Scarlett Carmen Franchi - Psicologa, Serena D'Alessandro - Psicoterapeuta, Antonietta Lapa - Psicologa

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto intende affrontare tramite un percorso psico-educativo e motivazionale il problema di sovrappeso/obesità che oltre allo stigma sociale e alle problematiche di autostima per l'individuo è un rilevante fattore di rischio per importanti patologie croniche (e.g. ipertensione, diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari).

Il problema, multifattoriale, non è solo semplicemente alimentare: il mangiare non è solo un atto meccanico, ma un complesso sistema legato a stimoli biologici (ormonali, digestivi e metabolici), psicologici e culturali. Inoltre deve essere considerato anche il consumo energetico il quale, secondo l'imposizione dello stile di vita della società moderna, è diminuito di oltre 1.000 calorie al giorno. Perciò tra le possibili cause modificabili troviamo lo stile di vita, le condizioni di lavoro che comportano alta sedentarietà, l'alta urbanizzazione con lunghi e frequenti spostamenti in auto, scarsa attività motoria, basso livello di educazione alimentare e fattori motivazionali che riducono l'aderenza alla "dieta".

Considerando non solo le complicazioni psicologiche ma anche quelle mediche associate al sovrappeso e all'obesità e i relativi costi materiali per il sistema sanitario nazionale, e considerando che la proiezione dell'OMS considera il fenomeno in continua crescita, appare evidente come sia importante intervenire sia a livello di prevenzione che di intervento. Infatti il controllo dell'eccesso ponderale è importante fin dalle classi d'età più giovani, anche come contrasto allo sviluppo di analoga condizione nell'età adulta. Sulla base dei dati PASSI relativi al 2009 si stima che nel Lazio una quota rilevante (41%) degli adulti tra i 18 e i 69 anni presenti un eccesso ponderale: in particolare il 31% risulta essere in sovrappeso e il 10% è obeso: la stima corrisponde ad oltre un milione di persone in sovrappeso e a quasi 400.000 obesi.

### BENEFICIARI

- Diretti: individui in sovrappeso/obesi (Body Mass Index da 25,0 in su), inclusi i soggetti in condizioni di "diabesità".
- Indiretti: il SNN e chiunque intrattenga una relazione, professionale e/o affettiva, con i destinatari diretti.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Inizialmente il progetto pilota si limita ad intervenire su Roma e in seguito, su richiesta, in Trentino-Alto Adige, ove il 37% delle persone tra i 18 e i 69 anni è in eccesso ponderale, quindi si stima che ci siano circa 95.000 adulti in sovrappeso e 26.000 obesi.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'intervento dello Psicologo risulta di fondamentale importanza perché il comportamento alimentare è influenzato da fattori genetici ma anche, e soprattutto, da fattori sociali, familiari, ambientali e di personalità. Il cibo, nutrimento calorico, è anche un simbolo, un nutrimento emotivo, e i significati che l'individuo gli conferisce sono unici e individuali, perciò non possono essere affrontati efficacemente con uno schema rigido come la "dieta" pretende di fare.

Vista la complessità del problema, occorre un impegno più adeguato, un trattamento multi-dimensionale a lungo termine che consenta di agire sulle causa psico-sociali, su quelle bio-fisiologiche, sulle conoscenze alimentari e sullo stile di vita dell'individuo.

Se la terapia comportamentale risulta efficace nel determinare una perdita di peso a breve-medio termine, da sola non appare in grado di far mantenere il peso perduto. Perciò si intendono utilizzare anche tecniche per migliorare le relazioni interpersonali, per sviluppare attitudini meno disfunzionali nei confronti del comportamento alimentare, del controllo del peso, dell'immagine corporea e per prevenire le ricadute.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Nelle 10 settimane del trattamento, oltre al percorso psico-educativo di gruppo in cui trattare aspetti biologici e basi fisiologiche dell'alimentazione (e.g. componenti chimiche degli alimenti e dei nutrienti, la composizione corporea, le metodologie e strumenti per la valutazione del peso corporeo, le basi neurologiche della fame e della sazietà, la regolazione fisiologica del peso, il "dieting", ecc.) ai beneficiari viene offerto, tramite la tenuta di un diario in cui annotare anche i fattori (pensieri, emozioni, idee, ecc.), che stanno dietro al proprio comportamento alimentare/motorio, l'esplorazione e la conoscenza più approfondita del proprio comportamento alimentare, aumentando di conseguenza la motivazione e l'aderenza al percorso.

Inoltre il progetto prevede la possibilità di esplorare diverse attività motorie/fisiche, come quelle offerte da arte/musicoterapia.

Dopo la fine del trattamento sono programmati degli incontri di follow-up a 6, 12 e 18 mesi.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo del progetto è pari ad € 1.320 mensili per i 3 mesi di trattamento, a € 15.840 l'anno per i 4 gruppi di 14 partecipanti.

Inoltre sono previsti € 180 per i tre incontri di follow-up del gruppo a 6, 12 e 18 mesi dalla fine del trattamento.

Per gli utenti il servizio avrà un costo sociale di € 25 per la settimana di trattamento e € 12,50 per ogni follow-up.

Allo stato attuale, dato che si tratta di un progetto pilota, non è possibile stabilire in maniera affidabile il taglio alla Spesa Sanitaria Regionale. Si auspica però che un percorso di questo tipo riduca a lungo termine il numero di prestazioni ambulatoriali associate alle patologie croniche e all'eccesso ponderale, con un risparmio, anche se ancora non esattamente quantificabile, per il SSN.



## Giro come va

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Fondazione Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale
- **Indirizzo:** via Lungotevere De' Cenci 5-7, Roma
- **Mail:** segreteria@fondazionefatebenefratelli.it
- **Telefono:** 06 5818895
- **Referente:** Sara Lanfredi - Direttore Divisione Formazione
- **Mail:** s.lanfredi@fondazionefatebenefratelli.it
- **Team di lavoro:** equipe dell'Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica dell'Ospedale Generale Fatebenefratelli, Isola Tiberina "San Giovanni Calibita"

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Assistenza psicologica rivolta a pazienti oncologici, relativi caregivers e personale sanitario.

### BENEFICIARI

Pazienti oncologici, relativi caregivers e personale sanitario.

Per l'anno 2015 stimiamo 1.095 pazienti ricoverati nel reparto di oncologia e circa 3.000 visite nel Day Hospital.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Roma e provincia.

### VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Sulla base della nostra esperienza abbiamo riscontrato diversi punti di forza:

- i problemi dei pazienti e dei caregivers vengono intercettati prima che esplodano, e l'occuparsene ne limita l'impatto violento nel rapporto con l'ospedale;
- i pazienti trattati dall'Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica (U.O.S.P.C.) usufruiscono di tempi di ricovero mediamente inferiori;
- è un sistema che permette di occuparsi con continuità del vissuto del personale sanitario, storicamente restio a trattare le proprie emozioni entro setting formalmente istituiti allo scopo di esplorare le proprie difficoltà. Occuparsi del vissuto del personale incide sulla riduzione dei fenomeni che esprimono disagio degli operatori (malattie, congedi, cause legali).

Al momento l'U.O.S.P.C. non dispone di risorse necessarie al prosieguo di tale giro visita; continuare questa attività ci consentirebbe di portare avanti un servizio del quale tutti i nostri interlocutori hanno dimostrato di beneficiare.

Ci consentirebbe inoltre di mettere a verifica le ipotesi per le quali incidere sul clima organizzativo, e lavorare sulla qualità dell'assistenza psicologica che consenta un risparmio sulla Spesa Pubblica.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Abbiamo strutturato un giro visita in cui il solo Psicologo incontra pazienti e caregivers presenti nel reparto di oncologia, che abbiano richiesto una consulenza psicologica o meno. Si vogliono intercettare e trattare problemi dei quali non sempre si ha consapevolezza o voglia di parlare. Un elemento centrale è dato dal fatto che lo Psicologo fa visita al reparto in un momento diverso dalla visita di medici e infermieri. Ciò rende necessario che lo Psicologo parli con loro allo scopo di informarsi sulle criticità che il reparto attraversa.

Questa operazione consente di trattare anche i vissuti del personale sanitario, i cui componenti tendono ad evitare spazi di pensiero ed elaborazione nati con lo scopo dichiarato di trattare le proprie emozioni.

In altri termini, se gli si chiede dei pazienti che lo Psicologo sta per incontrare, parlano anche loro dei problemi che incontrano sul lavoro a tutti i livelli.

Il giro visita psicologico viene poi resocontato e consegnato all'equipe del reparto e costituisce al tempo stesso restituzione ed input rispetto a questioni che vengono poi riprese in incontri successivi.

L'attività va a declinarsi in due pomeriggi settimanali per un totale di 8 ore (4+4).

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il risparmio per la Pubblica Amministrazione può essere riassunto nei seguenti punti:

- variazione della spesa erogata per pazienti ricoverati;
- riduzione dei tempi di ricovero dei pazienti;
- riduzione del ricorso a giornate di malattia del personale sanitario;
- riduzione delle rivendicazioni legali da parte di utenti e personale sanitario.

Considerando che un ricovero nel reparto di oncologia dura mediamente cinque giorni, per una spesa media di € 400 al giorno, il costo medio per i ricoveri definiti impropri pesa sul SSN per circa € 2.000 per ogni paziente.

Considerando poi che circa il 25% dei ricoveri sono definiti impropri (fonte Ministero della Salute), essi rappresentano, rispetto all'unità di tempo cui si riferisce il presente progetto, una spesa di circa € 500.000 a carico del SSN.

Se l'intervento riuscisse a ridurre di sole 12 unità i ricoveri impropri nei seguenti 21 mesi, il SSN risparmierebbe la cifra richiesta per finanziarlo.





## Il progetto Eubiosia: un modello bio-psico-sociale di assistenza domiciliare oncologica gratuita, globale e sostenibile

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Ant Italia Onlus - Fondazione
- **Indirizzo:** via Jacopo di Paolo 36, Bologna
- **Mail:** info@ant.it
- **Telefono:** 051 7190147
- **Referente:** Silvia Varani – Resp. U.O. Formazione e Aggiornamento (silvia.varani@ant.it)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

In tutto il mondo, e in particolare in Occidente, l'aumento del numero di persone anziane pone problematiche di programmazione sanitaria poiché tale popolazione è spesso caratterizzata da una condizione clinica di comorbidità, dove alle patologie tipiche dell'anziano si associano sempre più spesso malattie croniche degenerative e invalidanti. Ne deriva che anche l'età dei caregiver non istituzionali è anch'essa in continuo aumento. Per tale motivo è necessario attivare una rete socio-sanitaria in grado di garantire cure appropriate e sostenibili mirate a salvaguardare la qualità della vita di tali pazienti e delle loro famiglie, un sistema con livelli di assistenza diversificati che tenga conto delle preferenze nelle diverse situazioni cliniche. La risposta assistenziale più adeguata si colloca nell'ambito delle cure palliative che, secondo la definizione dell'OMS, si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta evoluzione è la morte: in questo senso l'intervento è volto alla gestione non solo dei bisogni strettamente medici ma pone in primo piano anche gli aspetti psicologici, sociali e spirituali. Sono circa 25.000.000 le persone che nel mondo necessitano di cure palliative: si pone quindi il problema di assicurare la continuità assistenziale nei vari setting di cura. In particolare, per quanto riguarda i pazienti oncologici, si devono affrontare costi elevati difficilmente sostenibili dai sistemi sanitari nazionali. Ai costi sanitari diretti dovuti alla malattia si affiancano i costi sociali del tumore costituiti dai costi materiali ed immateriali che i malati e le persone che se ne prendono cura devono affrontare. In Italia, secondo il 4° Rapporto a cura dell'Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, tali costi ammontano ad oltre 36 miliardi di euro annui in totale per tutti i pazienti e i caregiver coinvolti. Da questi dati si evince come la gestione medico-infermieristica e psico-sociale dei pazienti oncologici in fase avanzata di malattia costituisca un'emergenza socio-sanitaria di primaria importanza, per la quale è necessario predisporre politiche sanitarie adeguate a contenerne i costi.

### BENEFICIARI

Nel nostro Paese 2 milioni e 800 mila persone convivono con una diagnosi di tumore. Nel 2013 sono stati 366.000 i nuovi casi diagnosticati, circa 1.000 al giorno. Si stima che circa 166.000 si trovino in una fase avanzata della malattia e necessitino quindi di cure palliative erogate da una rete territoriale che comprende ospedale, hospice e assistenza domiciliare. Le cure palliative domiciliari, essendo il luogo di cura preferito dai pazienti e dalle loro famiglie e la soluzione assistenziale più sostenibile economicamente, sono in continuo ampliamento. I benefici dell'assistenza domiciliare derivano dal fatto che si possono ridurre gli elevati costi delle degenze ospedaliere assistendo molti più pazienti. Inoltre l'ambiente domestico viene riconosciuto dai pazienti e dai caregiver come il contesto privilegiato dove trascorrere la fase terminale della propria esistenza.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Nove regioni del territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il modello assistenziale ANT (progetto Eubiosia) permette di assistere gratuitamente a domicilio oltre 4.250 malati oncologici ogni giorno grazie a 20 équipes multi-professionali, dedicate e specialistiche che operano in 9 regioni italiane. L'assistenza ANT è garantita da 122 medici, 87 infermieri e 30 Psicologi che ogni giorno assistono i pazienti e le famiglie 24 ore su 24. L'efficacia dell'assistenza sta nel fatto che il supporto socio-sanitario fornito non si rivolge solo ad alcune esigenze, come ad esempio il controllo del dolore, ma ha un approccio a 360° nell'ottica del "benessere globale" dell'assistito e della sua famiglia. Al lavoro dei sanitari si affianca un servizio socio-assistenziale che prevede - sulla base delle risorse disponibili sul territorio - visite specialistiche domiciliari, cure igieniche, cambio biancheria, biblioteca e cineteca domiciliare, trasporto del paziente da casa all'ospedale per svolgere esami strumentali che non possono essere eseguiti a domicilio.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Per quanto riguarda l'attività specifica dell'Unità di Psico-oncologia ANT, i 30 Psicologi (dei quali 21 Psicoterapeuti) assistono a domicilio e ambulatorialmente i pazienti oncologici ANT e i loro care-givers, se necessario anche nella fase successiva al decesso per l'elaborazione del lutto.

Nel 2013 sono state seguite, dall'Unità di psico-oncologia ANT, 2.668 persone tra le quali 1.095 pazienti e 1.573 familiari (di cui 698 per l'elaborazione del lutto). Oltre all'attività clinica con i pazienti oncologici, gli Psicologi ANT supportano l'équipe medico-infermieristica con un programma di supervisione periodica e con colloqui individuali laddove richiesto. Inoltre si occupano della formazione dei volontari, partecipano alla formazione degli operatori sanitari e svolgono attività di prevenzione primaria e di educazione alla salute nelle scuole.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale delle prestazioni sanitarie ANT nel 2013 è stato di € 8.921.280 (prestazioni psicologiche € 589.644). La copertura finanziaria è avvenuta per il 29% dall'attività promozionale (manifestazioni), per il 28% da donazioni di privati, per il 16% da convenzioni, per l'11% dal 5x1000, per il 7% da lasciti/eredità, per il 4% da gestione immobiliare, per il 2% da enti pubblici per un totale di € 21.991.066. Non è semplice valutare con precisione il risparmio economico per la collettività derivante dall'impegno socio-sanitario di ANT, anche per la difficoltà di reperimento dei dati del valore dei costi della componente pubblica. Consideriamo questi due semplici spunti di riflessione:

- la prima parte dal presupposto che 9.562 pazienti di ANT nel 2012 vengano assistiti dal servizio pubblico in regime di A.D.I. con un costo per paziente identico a quello della ONLUS (ipotesi assai stimolante ma di difficile realizzazione). Ebbene, in questo caso, contribuendo il servizio pubblico attraverso le convenzioni, solo per un 14% ai proventi di ANT, il risparmio realizzato per gli oltre 9.500 assistiti risulterebbe di quasi 19 milioni di euro;
- il secondo scenario è quello di non usufruire dei servizi ANT per i suoi 9.562 pazienti ma di considerarli in carico al proprio medico di base. L'esperienza maturata da ANT nel corso di questi 35 anni di attività suggerisce di affermare che in queste condizioni sarebbe probabile ipotizzare che almeno il 10% delle ultime 90 giornate di assistenza del paziente oncologico (9 gg) possano, in realtà, realizzarsi come ricoveri impropri presso la struttura pubblica. In questo caso, moltiplicando il costo della singola giornata di ospedalizzazione per le 9 giornate di ricovero e per il numero dei pazienti in carico ad ANT nel 2012, si arriverebbe a un risparmio di 67 milioni di euro.



## La riabilitazione nelle cerebrolesioni: un approccio ecologico

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Resilient Disabled Onlus - Associazione
- **Indirizzo:** via M. D'Azeglio 44 - 43125 Parma
- **Mail:** resilient.edu@gmail.com
- **Referente:** Nadia Trevisi – Segretaria (nadiatrevisi@hotmail.it)
- **Telefono:** 333 6768385
- **Team di lavoro:** Serena Rigoni-psicologa, Pamela Garofani-psicologa, Alberto Cavagni-educatore, Trevisi Nadia-educatrice professionale, Luca Ferrari Rossel-fisioterapista

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

L'obiettivo generale del progetto è quello di ottimizzare, diffondere e rilevare l'impatto del modello di presa in carico integrata delle persone con GCA (grave cerebrolesione acquisita) e TCE (trauma cranico encefalico) nella fase della dimissione ospedaliera e di ritorno alla domiciliarità. Il Discontrollo Emotivo (riso e pianto patologico, labilità affettiva, irritabilità) e/o comportamentale (disinibizione e aggressività) rappresentano sfide rilevanti per le persone affette da GCA, per le loro famiglie e per gli operatori sanitari; tutti questi disturbi causano inoltre rilevanti problemi di socializzazione e reinserimento nella comunità familiare, sociale, lavorativa e sovraccarico di lavoro fisico ed emozionale per i familiari e per i caregiver in generale. L'idea di fondo del progetto è che le possibilità di recupero biopsicofisico motorio, per persone che hanno subito traumi fisici e/o conseguente disabilità, rimangono presenti per tutta la durata della vita. Attraverso l'integrazione di diverse professionalità come medici, psicologi, educatori, fisioterapisti e terapisti occupazionali è possibile favorire un recupero efficace ed efficiente sia in termini di riduzione dei tempi di cura sia in termini di minor utilizzo di farmaci analgesici ed antidolorifici, agendo in modo significativo sulla qualità della vita, sul benessere percepito e sulle risorse di resilienza (Prigatano, 2002). Le risorse professionali impiegate in affiancamento al percorso fisioterapeutico favoriscono nei soggetti e nei caregiver una massimizzazione delle potenzialità sia nel pre che nel post dimissione. L'effetto sarà una riduzione dell'impatto economico sulla Sanità Pubblica rispetto ai trattamenti e alle farmacoterapie; inoltre un paziente che massimizza il recupero di abilità fisiche e psicologiche ha maggiori occasioni di rientrare nel tessuto sociale con motivazione e spendibilità concreta. Le ricadute sul territorio si esprimono in termini di minori costi sanitari e nel reinserimento proficuo di soggetti che, se non sostenuti, acquisirebbero un peso sociale tale da assorbire nuove ed altre risorse per i servizi del territorio come i servizi sociali e previdenziali dello Stato.

### BENEFICIARI

- Diretti: persone con grave disabilità acquisita (DA): esiti da trauma cranico encefalico, esiti da patologie a eziologia cardiovascolare, patologie neurodegenerative e gravi lesioni midollari.
- Indiretti: caregiver, professioni parasanitarie, strutture ospedaliere e servizi pubblici del territorio.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Verranno attivati percorsi mirati con medici di base, strutture per la riabilitazione intensiva delle GCA, famiglie, reti di associazioni operanti nel settore assistenziale e riabilitativo nonché strutture alberghiere accessibili per garantire la necessaria eterogeneità all'offerta.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Lavoreremo sul modo di concepire l'individuo con DA accompagnandolo in un percorso ecologico volto al raggiungimento di una nuova consapevolezza, realizzata attraverso l'autodeterminazione in attività motivanti con sostegno psicologico, motivazionale, emotivo. L'azione principale sarà quella di portare il paziente ad avere un ruolo attivo nel percorso terapeutico per favorire un implemento delle autonomie psicofisiche che possano supportare un successivo incremento delle competenze residue e di empowerment. L'inquadramento metodologico di riferimento, ascrivibile alle teorie Cognitivo Comportamentali di terza generazione è l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes 2004), una prospettiva che crediamo possa essere in grado di sottolineare il valore dell'esperienza personale del paziente come dato non secondario della relazione con il proprio terapeuta. Questo per cercare di migliorare i vissuti personali derivati da problematiche a forte impatto sociale, come una sopraggiunta disabilità attraverso una flessibilità psicologica che possa affrontare al meglio esperienze e stati d'animo legati a questo tipo di dinamiche.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

L'impianto progettuale si articola sulle seguenti fasi e attività.

- Formazione: ciclo di incontri di gruppo indirizzati agli operatori del servizio pubblico su una formazione condivisa con il personale sanitario. Verranno individuati temi e aree di competenza attraverso l'utilizzo di tecniche ACT e mindfulness.
- Fase uno: costituzione di gruppi di sostegno psicologico rivolti ai pazienti che verranno accompagnati nella gestione dei propri vissuti emotivi e stimolati nella restituzione delle sensazioni corporee in seguito all'evento traumatico. Nel gruppo verrà dato spazio alle letture dei pazienti e alle loro possibili aree di miglioramento e di accettazione della nuova condizione. Le diverse professionalità coinvolte accompagneranno le persone realizzando un lavoro a forte carattere transdisciplinare (Grimsby and Rivald, 2008). In questa fase verrà sottolineata la grande importanza del ritorno alla domiciliarità: questo potrà permettere ai pazienti coinvolti di ritornare a percepire le proprie vite come progetti in divenire oltre il dato patologico.
- Fase due: reinserimento sociale in contesti concreti come soggiorni terapeutici e riabilitativi o corsi sportivi con impianto riabilitativo in fase semi-protetta. Verrà realizzato un percorso di sostegno psicologico alle persone con DA e alle relative famiglie e un sostegno fisioterapico e neuromotorio organizzato in trattamenti nei luoghi dove questi progetti verranno realizzati. Verranno inoltre attivati percorsi di supporto sulla gestione dello stress rivolti in particolare ai caregiver offerti direttamente dall'equipe, al fine di dare al progetto carattere di sostenibilità per la comunità, in termini di autonomia e reintegro della persona con DA nel tessuto pre-morboso.

Attraverso questionari e follow-up trimestrali sarà possibile rilevare i cambiamenti prodotti sul lungo periodo. Verranno infine realizzati cortometraggi per la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e convegni dedicati alla ricerca scientifica, oltre a corsi per tutor ed educatori alla pari.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Questo progetto propone di realizzare, a fronte di un utenza minima di 15 soggetti, un risparmio di oltre € 40.000, e di oltre € 60.000 operando su 25 soggetti. Per l'Ospedale San Sebastiano di Correggio il costo annuo medio complessivo della struttura post-trauma è di € 65.700,00, a fronte di una spesa prevista per il progetto qui proposto di € 19.222; il risparmio stimato sarà quindi di € 46.478,00. Per l'Ospedale Maggiore di Parma il costo annuo medio complessivo della struttura post-trauma è di € 87.600,00, a fronte di una spesa per il progetto qui proposto di € 25.732,00; il risparmio stimato sarà quindi di € 61.868,00.



# Lo psicologo a sostegno dell'aderence del paziente diabetico e dei costi del Sistema Sanitario Nazionale

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Ordine degli Psicologi del Lazio (OPL)
- **Indirizzo:** via degli Apuli 1, Roma
- **Telefono:** 06 49917883
- **Referente:** Manuela Tomai - Ricercatrice confermata (manuela.tomai@uniroma1.it)
- **Team di lavoro:** Manuela Tomai-Ricercatrice confermata Dip. Psicologia Dinamica e Clinica Univ. Sapienza Roma; Maria Casagrande-Professore Ass. Dip. Psicologia Univ. Sapienza Roma; Francesco Chiaramonte-Primario F.F. ASL Roma1 UOC Diabetologia e Dietologia; Natalia Visalli-Dirigente Medico ASL Roma1 UOC Diabetologia e Dietologia e Presidente Nazionale Gruppo Psicologia e Diabete per Ass. Medici Diabetologi; Mara Lastretti-Psicologa/Psicoterapeuta PhD, consulente di OPL ASL Roma1 UOC di Diabetologia e Dietologia; Barbara Longo-Psicologa, consulente OPL Comm. diabete Regione Lazio

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Le patologie croniche, in progressivo aumento, sono tra quelle con maggior impatto sia sulla spesa sanitaria che sul contesto sociale. Tra queste particolare enfasi ed interesse, sia a livello nazionale che internazionale (vedasi risoluzione del Parlamento Europeo 14/03/2012), è rivolta al diabete, in crescita esponenziale sia in termini di prevalenza che di incidenza. La spesa annua sostenuta dal SSN per la sola gestione del diabete è di circa 12miliardi di euro. Il 90% di questa spesa è legato alla gestione di complicanze e comorbidità, la cui comparsa comporta l'aumento delle ospedalizzazioni e del consumo dei farmaci. Si stima che la Persona con Diabete (PCD) abbia un rischio di ospedalizzazione doppio rispetto a coloro che non soffrono della malattia e che la sua permanenza in ospedale sia mediamente più lunga del 20%. Nonostante la disponibilità di un ampio spettro di opzioni terapeutiche, un'elevata percentuale di persone con diabete non raggiunge i livelli desiderati di controllo metabolico. Il diabete è una patologia che richiede importanti cambiamenti in numerosi aspetti della vita (abitudini alimentari, lavoro, rapporti sociali) e lo sviluppo di una capacità di autocontrollo continuo del proprio comportamento. I ripetuti processi di adattamento richiesti ai pazienti hanno spesso ripercussioni di ordine psicologico che inficiano seriamente l'aderenza alla terapia, ponendo le basi per il manifestarsi di complicanze mediche. L'aderence al trattamento costituisce perciò un nodo critico, assolutamente non trascurabile per il successo terapeutico, il benessere della persona diabetica e la spesa sanitaria. Come autorevoli studi internazionali testimoniano (studio DAWN), l'impatto del carico psicosociale del diabete, soprattutto in Italia, non è ancora pienamente riconosciuto e la difficoltà di aderire alle indicazioni terapeutiche può dipendere da una carenza e/o inadeguatezza di supporto psicologico e di educazione al self management.

## BENEFICIARI

- Diretti: pazienti T2DM afferenti a strutture sanitarie territoriali (potenzialmente circa 3000 pazienti; il tasso di crescita previsto per gli anni 2010-2030 è circa dell'1%).
- Indiretti: famigliari dei pazienti.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Roma.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il contributo della psicologia nel trattamento del diabete si è concentrato prevalentemente sull'educazione terapeutica ed alimentare del paziente con l'ottenimento di buoni risultati nel breve termine. Gli approcci psicologici finora utilizzati, evidenziano una predilezione per un intervento sulle dimensioni cognitive, sui meccanismi di apprendimento, sulle credenze che sostengono i pensieri disfunzionali. Entrambi questi interventi coinvolgono prevalentemente dimensioni cognitive del paziente, tenendo in secondo piano quelle squisitamente emotive o di persona attiva nel suo percorso di cura. Data la complessità e la natura dinamica della malattia, l'elaborazione e accettazione della condizione di diabetico costituisce un elemento chiave per introdurre e mantenere le modifiche comportamentali necessarie. L'esperienza di vivere con il DM richiede il riconoscimento delle risposte emotive e lo sviluppo di strategie per integrare la malattia nella vita quotidiana. Questo processo implica l'identificazione ed espressione delle emozioni, l'elaborazione del lutto per la perdita della salute e dell'immagine di sé ed è quindi opportuno parlare di engagement patient, ossia di un paziente consapevole affettivamente e pronto a condividere e mostrare le risorse del suo percorso.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Ai pazienti diabetici afferenti alle strutture sanitarie prescelte (ASL Roma 1 UOC di Diabetologia e Dietologia) verrà offerto un trattamento integrato di gruppo, della durata di 5 mesi circa. La dimensione di gruppo viene preferita per le possibilità di confronto e supporto reciproco che è in grado di attivare. La numerosità prevista non dovrà superare le 15 unità. Il trattamento si articolerà in incontri settimanali, avverrà in sedi facilmente raggiungibili e in ambienti familiari, siti all'interno delle strutture di riferimento. Ciò al fine di aumentare la continuità della terapia e diminuire la distinzione tra intervento psicologico e intervento sanitario. Il trattamento si articolerà in cinque topic:

- informazione ed educazione (informazioni su diabete e sue complicanze, sulla alimentazione e sulla attività fisica sulla misurazione della glicemia e sulla somministrazione dell'insulina);
- individuazione di fonti e tipologie di supporto presenti o attivabili all'interno della propria rete formale (personale socio sanitario) e informale (familiari, amici, caregivers) di appartenenza;
- strategie di coping e gestione dello stress;
- accettazione emotive;
- engagement del paziente.

Tutti i partecipanti al trattamento verranno valutati prima e dopo nelle seguenti dimensioni: regolazione emotiva, Alessitimia, depressione, ansia, coping, locus of controll distress, sintomatologia psichiatrica, engagement del paziente. Saranno considerati, inoltre, indicatori biologici e altre misure (fumo, peso e indicatori correlati, perdita dei giorni di lavoro di pazienti e caregiver, utilizzazione di farmaci, consulenze richieste, ricoveri e ospedalizzazioni conseguenti a visite d'emergenza, durata della degenza, visite specialistiche, consulenza pre-gravidica, ipoglicemie o iperglicemie in accesso al PS).

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale del progetto ammonta a € 945.000. La spesa del SSN per i pazienti dell'UOC Santo Spirito per i suoi circa 3.000 pazienti è di € 10.500.000. Secondo stime nazionali e regionali almeno il 50% di questi costi sono attribuibili all'ospedalizzazione mentre il 15% a farmaci per complicanze e comorbidità, per un totale di € 6.825.000. I principali risultati attesi dal progetto riguardano soprattutto il numero di ricoveri (relativi a complicanze iperglicemiche e coma ipoglicemico) e la quantità di farmaci utilizzati; a titolo esemplificativo se l'intervento raggiungesse un'efficacia:

- del 100% si avrebbe un risparmio di spesa prevista corrispondente a € 6.825.000;
- del 50% si avrebbe un risparmio di spesa prevista corrispondente alla cifra di € 3.412.500;
- del 25%, si avrebbe un risparmio di spesa prevista corrispondente alla cifra di € 1.706.250.



## L'unione fa la vita

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Associazione PERCORSI e A.N.D.O.S.-Associazione Nazionale Donne Operate al Seno Comitato Napoli Ovest
- **Indirizzo:** via Toledo 265, Napoli (PERCORSI); viale Michelangelo 85, Napoli (A.N.D.O.S.)
- **Mail:** info@associazione-percorsi.it
- **Telefono:** 349 3852264 (PERCORSI)
- **Referente:** Maria Di Vicino - Psicoterapeuta
- **Mail:** INFOMARY@libero.it
- **Team di lavoro:** Francesco Cremona - Primario Oncologo, Fulvia Mastrogiacomo - Oncologa, Gennaro Musella - Capo Sala Urologia Pascale - Maria Di Vicino - Psicoterapeuta, Carlo Masi - Psicoterapeuta, Marco Ponta - Psicologo, Tommaso Castagna - Commercialista, Vincenzo Oliviero - Regista, Virginia Vitale - volontaria ANDOS, Amalia Pone - volontaria ANDOS, Maria D'Angiò - volontaria ANDOS, Olga Talamo - volontaria PERCORSI, Andrea Utri - volontario PERCORSI, Giulia Musella - volontaria PERCORSI

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è il disagio del malato oncologico residente nella Regione Campania.

Dati dei Registri Tumori attestano un aumento di incidenza delle neoplasie nel Sud Italia. Per quanto riguarda la sopravvivenza del malato oncologico, le aree meridionali italiane mantengono valori più bassi rispetto al Nord Italia.

Ciò è dovuto certamente alla minore compliance delle campagne di prevenzione oncologica nel Sud ma, attualmente, si sta anche studiando quale possa essere il ruolo delle discariche abusive e dei rifiuti tossici.

Concorrono alla eziologia della malattia oncologica fattori ambientali, come l'inquinamento, fattori relativi all'alimentazione e stati di stress psicologici. Si calcola che ogni settimana, per esempio, 45 nuovi casi di donne con il tumore al seno afferiscono all'Istituto dei Tumori Pascale di Napoli.

Sappiamo come è importante investire in psicologia per il sostegno nella malattia oncologica: è infatti scientificamente dimostrato che lo stato di benessere psicofisico dei pazienti oncologici sostenuti psicologicamente sia migliore di quelli che non lo sono.

### BENEFICIARI

- Diretti: 50 pazienti oncologici
- Indiretti: famigliari, altri pazienti che non partecipano al progetto, operatori sanitari, altri psicologi

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Campania.

## **VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO**

Si prevede che il miglioramento dello stato di salute psicofisico del paziente possa avvenire attraverso il sostegno psicologico dello stesso, in modalità individuale e di gruppo.

Con l'associazione PERCORSI collaborano da dieci anni due psicoterapeuti coinvolti nel progetto. Tale esperienza di sostegno dei pazienti oncologici ha permesso ai pazienti stessi di migliorare la loro salute.

Con tale progetto vorremmo, attraverso un questionario ed un'autocertificazione dei pazienti coinvolti, raccogliere i segnali di tale cambiamento e misurarli anche in termini di riduzione della spesa sanitaria per quello che concerne la spesa farmacologica, le indagini diagnostiche e le visite specialistiche.

I risultati di questo gruppo saranno messi a confronto con un gruppo di controllo, numericamente uguale, a cui sarà somministrato lo stesso questionario e chiesta la stessa autocertificazione.

## **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Le attività previste sono: gruppi di sostegno psicologico, colloqui individuali, apprendimento ed esecuzione del training autogeno, somministrazione di test che valutino, all'inizio ed al termine del progetto, l'evoluzione ed il miglioramento del benessere psicofisico dei pazienti.

Sono previsti, inoltre, incontri con oncologi ed infermieri volti ad informare ed a rassicurare il paziente sulla sua malattia, a dissipare dubbi, nonché la realizzazione, con l'aiuto di un regista, di un video in cui i pazienti disponibili possano dare una breve testimonianza dell'esperienza fatta e della sua importanza.

## **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

Il fabbisogno finanziario del progetto ammonta ad € 18.000.

La riduzione della spesa per farmaci ed indagini diagnostiche è stimabile nel 15% della spesa complessiva, per cui dall'attuale costo di complessivi € 2.000.000 (€ 40.000 x 50 unità) si otterrebbe un risparmio della spesa pubblica di circa € 300.000. Per ragioni meramente prudenziali non si indica una stima maggiore.





## Prevenire il "patto di sangue" tra Depressione e Dolore Cronico SI PUO'!!!

### SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Stefano Totaro - Libero Professionista (Lega Italiana per la Lotta contro i tumori, Reparto di Terapia del dolore e Cure Palliative ULSS7, Conegliano)
- **Indirizzo:** Padova
- **Mail:** stefano.totaro@ordinepsicologiveneto.it
- **Telefono:** 347 0549774

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il dolore cronico, che in Italia colpisce un cittadino su quattro, è il risultato di una serie di interazioni complesse (sistema nervoso, risposte metaboliche, immunologiche, ecc.), modulato da diversi fattori (ambientali, culturali, fisici, affettivi, ecc.) in grado di generare caratteristiche specifiche per ogni persona. In Italia pazienti con sintomi multipli di dolore risultano avere una probabilità di essere depressi da tre a cinque volte maggiore rispetto ai soggetti senza dolore (Magni et al., 1993), dato in tendenza con studi su scala mondiale (Reid et al., 2011; Breivik et al., 2006; Ohayon et al., 2003). Chi soffre di dolore cronico inoltre, ha probabilità sette volte superiori al normale di lasciare il lavoro per problemi di salute. Se guardiamo solamente alle indennità sociali, ai pensionamenti e agli altri cosiddetti costi indiretti associati al dolore cronico, ci accorgiamo che c'è molto da guadagnare da uno sforzo mirato. L'impatto complessivo del dolore, misurato in termini di prevalenza e di costi, è elevato; spesso il dolore cronico è prevalente in quei pazienti già afflitti da una o più patologie croniche: in particolare, tra la popolazione anziana si è potuto rilevare un forte legame fra l'avanzare dell'età e la prevalenza del dolore cronico. I costi che derivano per il nostro sistema sanitario da questa condizione ad elevata prevalenza sono significativi (Armstrong, 2012). In un contesto sociale in cui esiste una delle migliori leggi mondiali a tutela dei pazienti con dolore, il quale viene considerato come il quinto parametro vitale, da rilevare e monitorare (testo di Legge 38/2010), non si può non agire più incisivamente per abbatterlo, in quanto un'adeguata gestione del dolore può portare al miglioramento della qualità della vita e pertanto a un invecchiamento più in salute e attivo.

### BENEFICIARI

Soffre di dolore cronico 1 italiano su 4 (Breivik, 2006) con una frequenza maggiore nelle donne, nella popolazione over 65 e nelle persone con fattori di rischio di tipo sociodemografico, clinico, psicologico e biologico (Van Hecke et al., 2013). In Europa almeno il 20% di questi pazienti riferisce una riduzione della capacità produttiva (Langley, 2011) traducibile in 22 ore di assenteismo per il dolore severo (rispetto alle 4 ore nella popolazione non sofferente).

Gli effetti positivi che si auspicano sono nei confronti di soggetti non direttamente coinvolti dal problema, ossia tutti coloro che ruotano attorno a chi soffre di dolore cronico, quali familiari che assistono perdendo giorni lavorativi e avendo coinvolgimenti psicologici non indifferenti nel corso dell'assistenza.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il modello biopsicosociale è un modello concettuale secondo cui anche i fattori psicologici e sociali devono essere presi in considerazione, insieme alle variabili biologiche, nella valutazione della malattia di un individuo (Turck et al., 2002). La figura professionale dello Psicologo riveste un ruolo necessario sia nell'ambito delle cure palliative sia nella terapia del dolore, e da studi risulta che utilizzando un approccio interdisciplinare il dolore può essere ridotto considerevolmente agendo contemporaneamente sia sul tono dell'umore che sul dolore cronico (Kroenke et al., 2009; Kitahara et al., 2006) con delle percentuali importanti che agiscono direttamente sulla qualità della vita del paziente, ma soprattutto con un ottimo mantenimento del beneficio a distanza di anni (Martin et al., 2014).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Si pensa di utilizzare la Mobile Health per monitorare i sintomi del dolore più a stampo psicologico, che potrebbero peggiorare la percezione dello stesso (sonno, alimentazione, umore, catastrofizzazione, aderenza alla farmacoterapia per potere operare interventi psicoeducativi). Se il paziente presenta accentuazione del dolore cronico che investe la sua qualità della vita in termini negativi, si valuta l'aggancio ad un servizio (pool) di psicoterapia formato da Psicologi, o tramite servizio di chiamata 24h/24h, chat o in loco dopo avere costituito delle sedi regionali/provinciali in collaborazione con associazioni di categoria (LILT, Isal, ecc.). Con la Mobile Health (app) si intende ricevere e gestire l'urgenza emozionale e/o smistarla ai vari centri regionali per la presa in carico psicoterapica e/o sociale. Le aree dell'intervento psicologico riguardano il senso di disperazione dei pazienti, la loro angoscia esistenziale, la perdita del senso di dignità e autonomia, la percezione di essere un peso per l'ambiente che li circonda ed il crescente desiderio di morte.

Un intervento psicoterapico nei disturbi emozionali (ansia, depressione e stress) che amplificano la percezione del dolore sia nel paziente che nei familiari determina una riduzione dell'intensità percepita, potenziando la terapia analgesica farmacologica.

Un'altra dimensione fondamentale dell'intervento psicologico è rappresentata dalla modulazione cognitiva del dolore stesso, che può essere attenuato attraverso svariati meccanismi cognitivi, quali l'attenzione, l'aspettativa, il significato attribuito al dolore.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

L'obiettivo è di ottenere una migliore pianificazione delle visite ed una riduzione delle consultazioni non necessarie. Per non parlare poi dell'utilizzo incongruo dei farmaci (è risaputo che i farmaci oppiacei creano non pochi effetti collaterali). Il costo annuale medio per ciascun paziente affetto da dolore cronico è di circa € 4.556, totale di costi diretti ed indiretti. Basandosi sul fatto che:

- circa 9 milioni di italiani soffrono di dolore cronico;
- il 52% dei pazienti con dolore cronico sarebbe colpito da depressione (Bair et al., 2003), quindi circa 4.680.000 persone;
- il 65% dei pazienti con depressione sperimenterebbe un dolore cronico (Bair et al., 2003)
- partendo dall'evidenza secondo la quale sono ben pochi i pazienti con dolore cronico trattati interdisciplinarmente anche da un punto di vista psicologico (quandanche ne sentirebbero il bisogno);
- e che la psicoterapia aiuta a curare circa il 30%-35% dei casi di depressione, quindi curerebbe circa 1.404.000 pazienti;

si può stimare come agendo interdisciplinarmente attraverso un supporto psicologico si potrebbero ridurre i costi della spesa sanitaria per il dolore cronico per circa 6 miliardi di euro. I costi del progetto, senza considerare eventuali coperture economiche auspicabili da associazioni di categoria o da accordi con le ASL locali e/o Enpap, si riferiscono al personale, ossia 48 professionalità nazionali (psicologi, medici e tecnici), il cui compenso totale ammonta a € 813.600 annuali.



# Psicoterapia & Diabetologia

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** ASUR Marche Area Vasta 5 Diabetologia (presidi di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto) e Università Politecnica delle Marche
- **Indirizzo:** Via degli Iris 1, Ascoli Piceno (AP)
- **Mail:** areavasta5.asur@emarche.it
- **Telefono:** 0735793315
- **Referente:** Daniele Bruni
- **Mail:** daniele.bruni.790@psypec.it
- **Telefono:** 3498373639
- **Team di lavoro:** Daniele Bruni, Giacomo Vespasiani, Claudio Sorgi, Valentina Aurini, Assunta Volpini, Diletta Nespeca

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il numero di persone con diabete nel mondo è in forte crescita.

L'impennata nel numero di casi diagnosticati è dovuta soprattutto a modifiche quantitative o qualitative nell'alimentazione e al minore dispendio energetico.

Queste modifiche nello stile di vita, spesso associate a sovrappeso e obesità, aumentano il rischio di sviluppare la patologia.

Si calcola che oggi in Italia 3 milioni di persone abbiano il diabete diagnosticato e siano in cura (4,9% della popolazione), 1 milione di persone abbia il diabete ma che questo non sia stato diagnosticato (1,6%) e che 2,6 milioni di persone abbiano difficoltà a mantenere le glicemie nella norma con precondizione del diabete di tipo 2 (4,3%).

Si prevede che nel 2030 le persone diagnosticate con diabete in Italia saranno 5 milioni, con gravi ripercussioni socio-economiche dato che la malattia, se non ben compensata, porta a complicanze invalidanti e alla morte.

Il buon compenso richiede alla persona con diabete un radicale cambiamento nello stile di vita, con un maggior rischio di deriva depressiva e conseguente abbandono delle cure.

Per questo motivo l'introduzione di un intervento psicoterapico e motivazionale risulta necessario per favorire l'aderenza della persona alle prescrizioni mediche.

## BENEFICIARI

- Diretti: pazienti con diabete di tipo 1 e 2, di età compresa tra i 18 e gli 85 anni (dalle 500 alle 800 persone).
- Indiretti: familiari e conoscenti dei soggetti in trattamento.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Marche, contesto territoriale afferente ai Centri di Diabetologia di San Benedetto del Tronto e di Ascoli Piceno.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Si intende creare il cambiamento attraverso l'istituzione di percorsi mirati di psicoterapia individuale e motivazione di gruppo dei pazienti diabetologici con maggiore difficoltà a modificare il proprio stile di vita, ritenuto inadeguato sul piano medico.

Il cambiamento della visibile condizione fisica dei pazienti trattati attraverso psicoterapia e motivazione si basa sull'assunto che il semplice intervento di natura medica e assistenziale non sia sufficiente ad innescare un cambiamento nelle abitudini alimentari e motorie, necessario, ma per molti un ostacolo insormontabile.

L'intervento del progetto punta a rimuovere in maniera definitiva i vincoli di natura psichica, emotiva, familiare e relazionale incontrati dal soggetto nella modificazione di uno stile di vita inadatto.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto consiste nella sperimentazione di un percorso a due vie, il cui reclutamento avviene attraverso un breve questionario validato (WHO-5) in grado di evidenziare il livello di depressione, ostacolo al contrasto della malattia diabetica.

I soggetti risultanti su una scala di punteggio inferiore a 28 vengono indirizzati verso un intervento individuale a carattere psicoterapico.

I soggetti con punteggi compresi tra 28 e 60, ritenuti in grado di attivare risorse proprie per fronteggiare la malattia, ma bisognosi di stimoli, vengono introdotti nei laboratori di gruppo a matrice motivazionale.

Quanti totalizzano punteggi superiori a 60 non vengono trattati in quanto considerati autonomi.

Il target è la popolazione afferente ai Centri di Diabetologia di San Benedetto e Ascoli Piceno e la durata minima della sperimentazione è di circa un anno.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo pro capite dei pazienti diabetici è pari ad € 3.348 l'anno ed aumenta considerevolmente con la comparsa di complicanze a causa di ricoveri e cure necessarie, oltre ai disagi psicologici e sociali che ne conseguono (i ricoveri per complicanze croniche legate al diabete gravano per circa 6 miliardi di euro sulla sanità italiana).

Considerando il costo pro capite sopra menzionato (che si moltiplica in caso di complicanze) e il costo pro capite massimo investito nel progetto (circa € 300), il confronto è nettamente a favore dell'intervento.

Alternative potrebbero essere create attraverso progetti diversi dal presente che avrebbero in ogni caso, quale comune denominatore la figura dello Psicologo Psicoterapeuta, in grado di integrare quelle competenze mancanti al team multidisciplinare della Diabetologia.



## Teatralmente.it: cultura, salute e comunità

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Istituzione Gian Franco Minguzzi - Organismo Strumentale
- **Indirizzo:** via Sant'Isaia 90, Bologna
- **Mail:** minguzzi@cittametropolitana.bo.it
- **Telefono:** 051 5288511
- **Referente:** Maria Francesca Valli - Coordinamento operativo progetto Teatro e Salute Mentale (minguzzi.salutementale@cittametropolitana.bo.it)
- **Team di lavoro:** Antonella Lazzari, Maria Francesca Valli

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Nel 2006 un progetto di rilevanza sovra provinciale proposto dall'Istituzione Gian Franco Minguzzi, denominato "Prassi e riflessioni teoriche in rete per il benessere sociale" sul tempo libero degli utenti dei servizi di salute mentale, portò alla luce il bisogno di valorizzare e sostenere le possibilità offerte dal teatro nel contesto della salute mentale. A seguito di una mappatura, che ha coinvolto le organizzazioni e i dipartimenti di salute mentale-dp di tutto il territorio regionale, si è reso evidente un tessuto ricchissimo di proposte teatrali nella promozione di salute mentale.

Nel 2007 operatori dell'arte e della cultura, operatori sanitari dei Dipartimenti di Salute Mentale-DP della Regione Emilia-Romagna, associazioni di familiari e di utenti e l'Istituzione Gian Franco Minguzzi di Bologna si sono incontrati e confrontati in un convegno. In quell'occasione si ragionò sull'importanza del teatro come strumento di lotta allo stigma, come intervento di promozione della salute, come sollecitazione di un cambiamento culturale sull'immagine della sofferenza psichica e anche come miglioramento dell'immagine del servizio di salute mentale. Le testimonianze raccolte da tutta la Regione mostravano quindi come il teatro della salute mentale potesse rappresentare un potente mezzo per il coinvolgimento della cittadinanza su tali temi e per vivificare la cultura stessa.

Da tempo è stato messo in evidenza come si debba intervenire nell'ambito della salute mentale in modo integrato anche con azioni che vedono spesso una forte interrelazione tra componenti specialistiche e componenti comunitarie (promuovere reti sociali, stimolare opportunità di socializzazione, ecc.). Il lavoro artistico teatrale rappresenta uno strumento importante sia nella prevenzione che nel trattamento della sofferenza psichica.

### BENEFICIARI

- Diretti: i pazienti in carico ai DSM-DP della Regione Emilia-Romagna per i quali sia stato attivato un percorso teatrale e che partecipano direttamente ai laboratori e alle compagnie.
- Indiretti: i pazienti in carico ai DSM-DP della Regione Emilia-Romagna e i loro familiari, gli operatori della salute e della cultura coinvolti nelle attività, studenti di ogni ordine e grado, la cittadinanza, le istituzioni culturali e sanitarie.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia-Romagna, città di Bologna, Reggio Emilia, Ferrara, Piacenza, Forlì, Modena, Parma, Rimini, Imola, Cesena.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto vede l'attività teatrale come uno strumento per la promozione del benessere individuale e sociale. Se si assume come base per il cambiamento l'ipotesi che la salute mentale sia frutto dell'interazione fra il soggetto e il contesto in cui vive, sollecitare progettazioni in questa direzione rappresenta per il servizio di salute un compito specifico della propria mission di promozione della salute, di costruzione di reti e di salute per il singolo e la collettività, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria. Viene valorizzata in particolare la professionalità dello Psicologo quale esperto di processi di empowering e di costruzione della rete. Le attività teatrali e gli spettacoli promossi costituiscono potenti elementi trasformativi capaci di apportare alla comunità, e quindi non solamente agli utenti coinvolti nelle iniziative, una serie di benefici personali, culturali e sociali. A livello personale, il lavoro artistico rappresenta uno strumento importante sia nella prevenzione che nel trattamento della sofferenza psichica e il teatro rappresenta un'occasione per attivare competenze personali su più livelli. Attraverso l'attivazione di processi di cambiamento sul singolo e nella comunità prossimale, il teatro è inoltre in grado di incidere sulla percezione dell'immagine della sofferenza mentale, sul rafforzamento delle reti di sostegno, sul coinvolgimento della cittadinanza e dei famigliari apportando benefici sociali. A livello culturale, il coordinamento teatro e salute mentale ha attivato processi di collaborazione tra i teatri e le compagnie presenti sul territorio capaci di coinvolgere nuovi spettatori, e di alimentare originali percorsi di creazione di cultura.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le strategie principali che tutti i DSM-DP della Regione hanno messo in atto per perseguire questi obiettivi sono rappresentate dalle attività locali (attività laboratoriali e di produzione degli spettacoli, iniziative di sensibilizzazione e formative rivolte alla cittadinanza e alle giovani generazioni) e dalle attività trasversali, finalizzate a sostenere e garantire la dimensione regionale del progetto e la costruzione di reti funzionali a favorire l'incontro fra politiche culturali e sociosanitarie nella lotta contro l'esclusione sociale e la promozione della cultura teatrale. Il Coordinamento Teatro e Salute Mentale rappresenta il luogo di sintesi, raccordo e programmazione condivisa delle attività culturali e teatrali che i Dipartimenti di Salute Mentale, insieme ai soggetti del territorio, realizzano nell'ambito del finanziamento regionale. Tra le attività trasversali si citano la realizzazione e gestione del portale internet "[www.teatralmente.it](http://www.teatralmente.it)" su teatro e salute mentale, la partecipazione a congressi e convegni locali, nazionali e internazionali, la pubblicazione di articoli su riviste di settore nonché la pubblicazione, nel 2013, del libro "Il teatro illimitato. Progetti di cultura e salute mentale. A cura di Cinzia Migani e Maria Francesca Valli, con la collaborazione di Ivonne Donegani, Negretto editore, Mantova". In via di pubblicazione un numero della rivista scientifica "Narrare i gruppi". Si citano inoltre l'organizzazione di giornate formative, di focus group, la partecipazione a progetti europei di scambio e formazione, la circuitazione degli spettacoli a livello regionale, nazionale e sovranazionale e da ultimo il progetto "Matto Gradimento", che prevede la partecipazione di attori di diverse compagnie regionali ad uno spettacolo nato dai risultati di una valutazione sulla qualità percepita dai fruitori dei servizi di salute mentale a Forlì. Si segnala inoltre la messa in onda sul canale Rai5 dello spettacolo "Marat-Sade" prodotto dalla compagnia Arte e Salute di Bologna.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Le ricerche condotte hanno dimostrato che nel corso del tempo sono diminuiti l'istituzionalizzazione e gli inserimenti in strutture degli attori pazienti. I curanti riportano una riduzione dei tempi di crisi e/o delle ore di fruizione dei servizi medici e psicoterapici. Si rileva un aumento della qualità della vita dei pazienti-attori e un miglioramento nel modo in cui li percepiscono gli operatori, i curanti, i famigliari e la comunità allargata. Pur non potendo quantificare l'importo presunto, si ritiene di potere affermare che l'intervento proposto abbia procurato oltre che un aumento del capitale sociale, una diminuzione delle risorse economiche e sanitarie impegnate dalle Ausl della Regione Emilia-Romagna.



## Unità di follow-up care: oltre le acuzie, la continuità assistenziale dopo il ricovero in terapia intensiva

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli
- **Indirizzo:** Largo Francesco Vito 1, Sede Operativa Largo Gemelli 8 – 00168 Roma
- **Mail:** spesportello@rm.unicatt.it
- **Telefono:** 06 30151
- **Referente:** Simona Inguscio - Consulente esterna (simona.inguscio@psypec.it)
- **Team di lavoro:** psicologo, infermiere, medici di competenza

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

L'obiettivo principale del progetto che presentiamo è costruire una Unità di Follow-up Care con finalità di intervento sulla qualità di vita dei pazienti vittime di trauma maggiore, che abbiano avuto un ricovero di almeno 48 ore in un centro di terapia intensiva, e dei loro caregivers.

I soggetti vittime di trauma maggiore sono persone giovani (di età compresa tra i 25 ed i 60 anni) con un'ampia aspettativa di vita sia sociale che lavorativa. Il trauma rappresenta un evento acuto che interrompe il ciclo di vita non solo per il paziente ma anche per il suo caregiver principale. I deficit di memoria, i disturbi cognitivi, la percezione alterata del proprio stato di salute e delle proprie risorse sono tra i principali elementi che contribuiscono al deterioramento della qualità di vita (QOL) e che impediscono spesso il reinserimento nel circuito sociale e lavorativo.

I programmi nel post ricovero devono essere di continuo monitoraggio e assistenza per permettere la riabilitazione fisica e psicologica mirata alla reintroduzione della persona nella società come elemento produttivo. La presa in carico frammentata e parziale nella fase della riabilitazione/reintroduzione si è dimostrata inefficace: un paziente sopravvissuto a un trauma grave che non venga adeguatamente reintegrato costituisce un ulteriore costo per se stesso e per la società. Si assiste alla trasformazione di una patologia acuta, quale è il trauma, in una patologia cronica che colpisce una popolazione giovane altrimenti sana. La presa in carico continua dopo la dimissione con l'istituzione di una Unità di Follow-Up Care che ha come obiettivo quello di orientare i pazienti e le loro famiglie a progetti di assistenza integrata e offre un servizio che assicura la continuità della cura. La numerosità dei pazienti che giungono in ospedale con questa patologia, la loro elevata sopravvivenza ospedaliera e la giovane età, giustificano l'intervento in questa direzione.

### BENEFICIARI

- Beneficiari diretti: tutti quei soggetti tra i 18 e i 65 anni che sono stati ricoverati in seguito alla patologia traumatica presso la Terapia Intensiva del Policlinico Agostino Gemelli di Roma ventilati meccanicamente per più di 48h: circa 150 pazienti/anno ed altrettanti caregivers principali. Criteri di esclusione: pazienti con patologie psichiatriche già note.
- Beneficiari indiretti: tutte le persone a diverso grado coinvolte nel sistema di vita del paziente.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, "quadrante nord-occidentale" della Rete Trauma Regionale del Lazio che afferisce per competenza al Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Verrà istituita l'Unità di Follow-up Care che si occuperà di recepire i bisogni, coordinare e favorire i processi di cura, mantenere un supporto costante medico e psicologico. Le politiche sanitarie dei governi europei organizzano le loro missioni su tre versanti: ospedale-territorio-domicilio. Perché i progetti di integrazione garantiscano output efficaci, è necessario che i vettori interagiscano con i nodi della rete organizzativa, professionale e umana. La sfida attuale consiste nel potenziare le "maglie" dei servizi socio-sanitari che sviluppino un'assistenza sanitaria integrata, incentrata su famiglia e comunità, finalizzata a pratiche di self-care e con obiettivi di cambiamento partecipato. Il progetto che presentiamo costituisce una delle soluzioni organizzative possibili per superare i modelli assistenziali attualmente in uso, per favore di un approccio centrato sui bisogni dell'utenza che garantisca un'assistenza globale comprensiva della famiglia.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Durante il ricovero del paziente vengono raccolti dati clinici e informazioni sul suo stato di salute, sulle abitudini socio-sanitarie e sulle condizioni economiche precedenti all'evento trauma (informazioni che vengono raccolte dai parenti). Di seguito il servizio a supporto del caregiver:

- identificazione del caregiver;
- colloquio "a caldo" non oltre le 24 ore dal ricovero;
- colloquio dopo 48 ore dal primo, per rielaborare il fatto e somministrare test psicodiagnostici;
- dal terzo incontro in poi i colloqui si svolgeranno una volta la settimana fino alla dimissione e saranno così strutturati: sostegno psicologico mirato a individuare le risorse utilizzabili dal familiare, intervento psicoeducativo sull'utilizzo delle proprie risorse concrete, legittimazione della durezza delle emozioni che vengono provate;
- colloqui post-ICU svolti a 1-3-6-12 mesi dalla dimissione, sulla comprensione dell'andamento, sull'individuazione e stabilizzazione delle criticità, sull'invio agli specialisti/raccordo sulle cure e sulle tematiche del terzo colloquio.

Per quanto riguarda il paziente direttamente coinvolto nella patologia traumatica, il primo contatto diretto avverrà telefonicamente a 6 mesi dalla dimissione dalla terapia intensiva (nel frattempo le informazioni sulle sue condizioni verranno rilevate durante le visite con il caregiver). Il contatto telefonico stabilirà anzitutto la possibilità di recarsi di persona ad effettuare la visita, e rileverà le informazioni necessarie per la sua organizzazione che dovrebbe seguire lo schema che segue:

- valutazione delle attività della vita quotidiana del paziente e condizione socio/economica;
- valutazione psicologica del paziente per individuare/riorganizzare le risorse e fornire un sostegno alla soluzione dei problemi presentati;
- valutazione sull'opportunità di predisporre visite specialistiche;
- monitoraggio degli eventuali cambiamenti per effetto delle soluzioni pattuite.

In seguito alla prima visita si stabiliranno gli incontri successivi che verranno programmati e adattati in base alle criticità emerse.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

L'attuazione del progetto comporterebbe il sostenimento di costi legati al personale per un ammontare mensile stimato intorno ai 23.424€, costi fissi di struttura, costi per l'acquisto di test da sottoporre ai pazienti. L'attuazione del progetto comporterebbe per la PA risparmi dati in primo luogo dal minor numero di pensioni di invalidità. Inoltre un maggior coordinamento nell'assistenza fa sì che gravino minori costi sul SSN poiché:

- i pazienti instradati nelle cure da seguire non ricorrono in modo inappropriato ai servizi di PS;
- i pazienti tornano ad essere assistiti dalla stessa struttura che li ha seguiti durante il ricovero portando un duplice beneficio: migliore servizio per il paziente e un ritorno di fondi al SSN.





## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** ACCORDO - Associazione scientifico-culturale di Coterapia
- **Indirizzo:** via Ceresa 29, Lorzanzè (TO)
- **Telefono:** 0125 538037
- **Referente:** Paola Parini - Presidente
- **Mail:** paola.parini@accordo.to.it
- **Team di lavoro:** Andrea Callea - Socio, Laura Borgialli - Socio, Roberta Grem - Socio, Paola Parini - Presidente e Socio, Chiara Trompetto - Socio

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto è relativo al trattamento e alla cura di pazienti psichiatrici medio-gravi con una modalità di intervento domiciliare integrata, secondo i principi del "Modello Windhorse" di Edward Podvoll.

Trattasi di progetti individualizzati ed integrati "fatti su misura" in un'ottica di accoglienza e attenzione profonda, utilizzando la relazione e l'attenzione al "qui ed ora" come strumenti per ritrovare l'equilibrio perduto.

Il training per gli operatori è basato sulla mindfulness e su tecniche mutuata dalla Gestalt, e permette di entrare in contatto con i soggetti e le loro famiglie in modo gentile ma profondo, rispettandone i tempi e le modalità.

Questo, oltre a produrre un significativo risparmio economico rispetto ad un inserimento tradizionale in comunità, valorizza le abilità e peculiarità di ciascun soggetto, in un'ottica che vede la "guarigione" come il raggiungimento di un equilibrio più funzionale alle esigenze del soggetto stesso, in continua evoluzione.

Le equipe Windhorse si costituiscono sulla base delle necessità del paziente ed in genere prevedono figure di psicoterapeuti, psichiatri, e la figura del "Basic Attender".

La presenza di equipe di questo genere ha un impatto positivo sul territorio sia perché i pazienti non vengono sradicati, sia perché la presa in carico concerne tutto il nucleo familiare, e il benessere ricercato è quello di tutto il nucleo, i cui componenti sono coinvolti in incontri periodici con le equipe.

Le stesse equipe hanno incontri periodici secondo modalità concordate in cui vigono gli stessi principi di ascolto di sé e dell'altro che si praticano sia durante le sessioni di psicoterapia Windhorse (anche queste a domicilio) sia durante i turni di Basic Attendance. Si viene così a creare un "ambiente Windhorse", una sorta di comunità dove l'ascolto reciproco è coltivato.

## BENEFICIARI

Soggetti portatori di disturbi psichici medio gravi quali disturbi psicotici, bipolari o borderline di personalità e familiari coabitanti con loro.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Piemonte, province di Torino e di Biella.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il “cambiamento desiderato” viene definito con le persone direttamente coinvolte, e potremmo genericamente definirlo come “miglioramento dell’equilibrio raggiunto”; equilibrio che consideriamo dinamico e in costante arrangiamento.

Elementi chiave sono la centralità dei soggetti e il loro reale equilibrio, che dal loro punto di vista potrebbe essere anche un non cambiamento, almeno agli occhi degli operatori. L’“ingresso gentile” dei Basic Attender nella casa e nella vita dei soggetti coinvolti è di per sé, poiché integrato nella quotidianità, foriero di cambiamento, e lo strumento è la relazione. Una relazione reale e, in un certo senso, paritaria, (pur essendo, inevitabilmente, d’aiuto) e pertanto molto più esportabile agli altri modelli relazionali della vita dei soggetti.

Il modello è sperimentato dal 1984 in Colorado e poi in altri stati USA. In Europa a Vienna dal ’94, Svizzera, Germania, e, in Italia, dal 2009, dalla nostra Associazione.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

“Turni” della durata di tre ore da parte dei “Basic Attender” - persone formate attraverso uno specifico training basato su mindfulness e tecniche d’ascolto mutuata dalla Gestalt, ma anche utilizzate nei training per attori e danzatori - da una a tre volte la settimana

- Sessioni frequenti (una o due a settimana) di Psicoterapia contemplativa (Windhorse - Edward Podvoll)
- Incontri mensili fra paziente, familiari e tutti i membri dell’equipe con modalità tipo “Consiglio” (utilizzo del “bastone parlante”) o di “Open Dialogue” (Jacco Sekkula)

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

A partire da quanto enunciato finora si individuano quattro fasi progettuali così articolate:

- raccolta e analisi del bisogno e delle eventuali risorse disponibili
- progettazione dell’intervento e composizione dell’equipe Windhorse
- realizzazione del percorso individualizzato
- verifica del progetto e valutazione

I costi del progetto si concentrano quasi unicamente sulla terza fase e sono quantificabili in circa € 2.400/mese.

In genere tali interventi si sviluppano in un arco di tempo medio/lungo, è quindi serio ipotizzare un budget capace di coprire un arco di tempo di almeno 24 mesi. L’associazione Accordo non dispone di risorse economiche proprie da destinare a tale progetto; la ricerca di fondi pubblici e privati è la principale fonte di finanziamento possibile. Laddove l’utente in carico al progetto dispone di proprie risorse si valuta insieme ai suoi familiari la disponibilità a partecipare ai costi. Dove sia riconosciuto alla persona l’assegno di accompagnamento, sempre in accordo con la persona ed i suoi congiunti, si considera l’ipotesi di investirlo nel progetto, restituendo così a tale beneficio economico il suo più corretto significato.

Se consideriamo come costo medio mensile di una struttura residenziale privata € 4.140 ed € 6.900 per un reparto psichiatrico, e il costo medio mensile di un progetto Windhorse in € 2400, si stima un risparmio medio mensile di € 1.740 rispetto a una struttura residenziale privata e di € 4.500 rispetto a una struttura psichiatrica.



## AREA PREMINENZA

# DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO

### Progetti

- **Insieme ai DSA per una efficace scelta di orientamento scolastico**  
*Centro di Psicoterapia e Psicologia Clinica (Paola Sandrone)*
- **Isola dei Bambini**  
*Fondazione Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale (Sara Lanfredi)*
- **Servizio CRESCO**  
*Associazione CRESCO (Francesco Ferrarese)*
- **"Toc-Toc: Sono Io!" La prevenzione del disagio psichico nelle scuole pensando ai bambini come Persone-Interesse e non come Bambini-Sintomo o Bambini-DSA**  
*Associazione "ABC" Aiutiamo i Bambini a Crescere (Liliana Cocumelli)*



## Insieme ai DSA per una efficace scelta di orientamento scolastico

### SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Centro di Psicoterapia e Psicologia Clinica
- **Indirizzo:** via Caboto 44, 10129 Torino
- **Mail:** centropsicoterapia@hotmail.it
- **Telefono:** 011 7492243, 349 6343588
- **Referente:** Paola Sandrone
- **Team di lavoro:** Simona Bisio, Biancamaria Monti, Claudia Crescenzo, Rossella D'Amico, collaborazione con RST nella figura di Francesco Monti

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto ha come obiettivo la diminuzione della dispersione scolastica nei soggetti con DSA attraverso un percorso di orientamento che individui iter formativi che esaltino le potenzialità degli utenti in correlazione con i fabbisogni del mercato del lavoro.

La dispersione scolastica porta ad un prematuro allontanamento dal percorso formativo con conseguenze negative nella formazione professionale e nello sviluppo della persona. Tra le cause rileviamo l'uso di strumenti compensativi non personalizzati e la mancanza di un percorso di orientamento che utilizzi test standardizzati a seconda delle difficoltà dei soggetti con DSA. Nei DSA sono infatti presenti le potenzialità, ma il ragazzo non sa come e dove esprimerle al meglio senza un adeguato percorso di orientamento. Ci prefiggiamo di "trasformare" ed adattare alcuni dei test già in commercio, ergo già validi ed attendibili, e renderli idonei ai ragazzi con DSA, redigendo quindi per questi un manuale parallelo, previo esplicito consenso delle case editrici che ne detengono i diritti d'autore. I test in commercio sono infatti tutti cartacei e quindi non idonei a ragazzi con DSA, poiché non avendo né il font adatto né la versione digitale (e quindi la possibilità di utilizzare la sintesi vocale) evidenziano le difficoltà invece delle potenzialità. Inoltre le tempistiche calcolate non sono adatte alle esigenze speciali dei DSA, di conseguenza sono da ritarare. Per quanto riguarda gli item che indagano l'area logico-matematica e di calcolo, i test in commercio non prevedono né la versione digitale né l'uso di strumenti compensativi (calcolatrice, formulari, ecc.). I ragazzi con DSA, che hanno spesso grandi capacità intellettive, necessitano di essere seguiti nella scelta sia della scuola superiore sia del percorso post-diploma. La metodologia ha come obiettivo di accompagnare il ragazzo nel prendere coscienza delle proprie reali potenzialità. Un secondo obiettivo riguarda l'affiancare il ragazzo nelle scelte in modo più consapevole, autonomo e motivante alla luce della prevedibile realtà sociale, economica ed occupazionale. Il nostro metodo intende valorizzare in modo esplicito, oggettivo e motivante i talenti del giovane.

### BENEFICIARI

- Diretti: soggetti con DSA che sono in procinto di scegliere il percorso post-diploma.
- Indiretti: le famiglie e il contesto economico/aziendale.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Piemonte, città di Torino e provincia, ma il progetto interessa in generale l'intero territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il modello, sperimentato e valutato nel tempo, non ha un approccio rigido né meccanicistico; il focus è sulle attitudini e potenzialità dei ragazzi, che vengono misurate in modo affidabile e predittivo e confrontate con quelle richieste dai percorsi formativi presenti sul territorio, tenendo conto nel contempo dei trend futuri relativi al mercato del lavoro.

Il processo ha la finalità di una scelta consapevole, condivisa, responsabile e motivante. Non ha il risultato di evidenziare ciò che il ragazzo “non può fare” (esclusione) ma di valorizzare i talenti che lo porteranno a “fare” ed a “farlo bene”. Questo metodo, unito all'utilizzo di test di orientamento adattati alle esigenze speciali dei DSA, permetterà di aumentare le loro possibilità di successo scolastico, personale e professionale.

Non disporre di una strumentazione strutturata ed individualizzata per l'orientamento scolastico porta solo ad aumentare la confusione sulla scelta del futuro: somministrare test specifici per un certo target (ragazzi normodotati) ad un altro target (ragazzi DSA) inficia completamente i risultati.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto intende offrire un percorso di orientamento scolastico ai ragazzi con DSA, così suddiviso:

- valutazione delle potenzialità (attitudini, predisposizioni, motivazioni, tratti di personalità, attraverso test standardizzati e modificati espressamente per DSA);
- confronto tra le potenzialità valutate nel ragazzo e quelle richieste per conseguire il titolo di studio prescelto (i profili delle facoltà sono ricavati ed aggiornati mediante interviste strutturate in ambito accademico e formativo);
- spendibilità del titolo di studio nel mercato del lavoro “proiettato” al tempo in cui il soggetto entrerà in tale mercato;

Il nostro intervento innovativo riguarda il momento della somministrazione di test standardizzati solo ed esclusivamente per i ragazzi in possesso di certificazione DSA e che quindi necessitano di strumenti adatti alle loro esigenze speciali.

I beneficiari avrebbero quindi la possibilità di seguire il percorso di orientamento utile alle loro necessità, potendo prendere consapevolezza di quali siano le loro effettive potenzialità.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

È stato stimato che la dispersione scolastica porti ad una perdita indiretta di circa 70 miliardi all'anno, pari al 4% del PIL.

La dispersione scolastica ha indubbiamente cause multifattoriali, ma è certo che le fasce deboli (tra cui nello specifico chi, come i DSA, ha evidenti difficoltà ad apprendere) sono la categoria che maggiormente aumenta le stime del drop-out.

E' provato che l'orientamento scolastico è uno degli strumenti con cui si può intervenire sulla dispersione scolastica: il costo del percorso di orientamento scolastico specifico per ogni ragazzo DSA è di circa € 350 a ragazzo (la cifra si abbassa in proporzione al numero di utenti); a parte ci sono poi i costi di avviamento al progetto di circa € 1.500.



## Isola dei Bambini

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Fondazione Fatebenefratelli per la ricerca e la formazione sanitaria e sociale
- **Indirizzo:** via Lungotevere De' Cenci 5-7, Roma
- **Mail:** segreteria@fondazionefatebenefratelli.it
- **Telefono:** 06 5818895
- **Referente:** Sara Lanfredi - Direttore Divisione Formazione
- **Mail:** s.lanfredi@fondazionefatebenefratelli.it
- **Team di lavoro:** equipe dell'Unità Operativa Semplice di Psicologia Clinica, Medici Pediatri, Neuropsichiatri, Oculisti, Otorini, Logopedisti, Psicomotricisti, Fisioterapisti, personale amministrativo dell'Ospedale Generale Fatebenefratelli, Isola Tiberina " San Giovanni Calibita" e Psicoterapeuti

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è un incremento delle domande da parte delle famiglie legate allo sviluppo dei propri figli, in particolare per quanto riguarda l'apprendimento.

Ad oggi si è sviluppata una maggiore attenzione verso le difficoltà nel percorso scolastico degli alunni, soprattutto in seguito alla legge 170/2010 indicante le nuove norme relative ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA).

Il riconoscimento da parte del SSN di un DSA ha portato ad un approccio di tipo normativo allo sviluppo del bambino: a livello sanitario si attuano interventi di tipo diagnostico-riabilitativo, e a livello scolastico si utilizzano strumenti compensativi e dispensativi di supporto al disagio.

Un'indagine del 2011 dell'Istituto di Ortofonia (IdO) ha accertato che, del 23% dei bambini segnalati per DSA, solo il 4% è veramente a rischio, per cui il problema è meritevole di investimento in quanto viene spesso trascurata o fraintesa la dimensione comunicativa del disagio del bambino come segnale di una disfunzionalità familiare/scolastica più complessa.

La letteratura Internazionale ha evidenziato, attraverso studi clinici ed epidemiologici (Arnold et al., Carroll et al., 2005), un incremento del rischio di sviluppare sintomi depressivi, isolamento sociale, scarsa autostima, problemi comportamentali (ADHD) e aggressività nei bambini con certificazione di DSA.

Tale rischio sembra svilupparsi all'interno di un vissuto di diversità che il bambino sperimenta nei suoi contesti relazionali, e anche la diagnosi può generare un senso di disorientamento, impotenza e dunque dipendenza dai servizi sanitari, con una continua richiesta di prestazioni.

Il progetto è importante per il territorio perché i Servizi Sanitari Territoriali preposti non sempre riescono a gestire agevolmente la mole di richieste a loro pervenute, così i conseguenti lunghi tempi di attesa e la medicalizzazione del problema mettono a repentaglio un'integrazione efficace del bambino all'interno dei suoi contesti di vita.

### BENEFICIARI

- Diretti: bambini e genitori.
- Indiretti: la scuola e i servizi sanitari.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Roma, territorio del 1° Municipio e le aree di provenienza dell'utenza dell'Ospedale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'assunto teorico su cui si basa il progetto è che il sintomo rappresenta un valore comunicativo all'interno di un sistema. Un intervento efficace si può fondare sull'analisi del significato relazionale dello stesso, attivando uno spazio di pensiero e riflessione non scontato e determinato a priori.

Si intende effettuare uno screening mirato alla comprensione dei bisogni effettivi della famiglia, con un adeguato impiego di risorse professionali, in un'ottica di efficienza sanitaria.

Il progetto quindi ha doppia valenza: offre un intervento consulenziale alle famiglie e promuove la salute all'interno delle stesse.

Il lavoro sinergico con il territorio e la famiglia diventa occasione per co-costruire processi salutogenetici che, attraverso il coinvolgimento attivo dell'utenza al progetto di cura, possano promuovere posizionamenti funzionali alla gestione della propria salute (Harrè, 1998).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Alle famiglie verrà offerto un intervento di tipo consulenziale attraverso le seguenti attività:

- accoglienza al bambino e alla sua famiglia presso il Centro Famiglie e Prima Infanzia;
- "analisi della domanda" mediante colloqui;
- somministrazione di reattivi ad hoc, sia al minore che agli adulti coinvolti (genitori ed insegnanti);
- incontri di restituzione familiari della diagnosi e sostegno per la costruzione di un percorso da seguire, in caso emergano bisogni e richieste specifici;
- individuazione della rete di servizi territoriali per eventuali invii.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il presente progetto intende ottimizzare e valorizzare le risorse e le strutture già presenti all'interno del sistema sanitario condividendo il carico di richieste provenienti dal territorio e sviluppando e implementando i servizi e l'offerta sanitaria dell'ospedale, in un'ottica di efficacia e di efficienza.

Il risparmio della spesa sanitaria è individuabile negli obiettivi principali del progetto: potenziare l'empowerment delle famiglie e creare ambienti favorevoli con il valore aggiunto delle partnership.

Il costo del progetto è pari ad € 192.984, mentre il costo effettivo annuo per risorse pre-esistenti è pari ad € 100.304. Il risparmio è calcolato per € 92.680.



## Servizio CRESCO

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Associazione CRESCO
- **Indirizzo:** via Prima Strada, 35 Padova
- **Telefono:** 349 8160754
- **Referente:** Francesco Ferrarese – Resp. amministrativo (francesco\_ferrarese@libero.it)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto prevede l'implementazione di un servizio già esistente, il servizio CRESCO, un doposcuola specializzato per bambini e ragazzi con difficoltà scolastiche che si concretizza nella presa in carico contestuale del bambino e della famiglia, nella collaborazione con la scuola e i suoi insegnanti. Queste azioni parallele convergono verso un unico obiettivo: il benessere scolastico e personale dell'alunno. Il problema che si intende affrontare è il benessere del bambino a tutto tondo e, nello specifico, la prevenzione della dispersione scolastica e del disagio giovanile. Allo stesso tempo, il servizio si prefigge l'individuazione di possibili difficoltà negli apprendimenti che, se non riconosciuti, portano con sé notevoli ricadute sullo sviluppo del bambino, oltre che sulla qualità della vita e delle relazioni famigliari e tra pari. Individuare e intervenire per tempo sulle cause antecedenti a quello che può diventare un vero e proprio stato di disagio giovanile è un dovere per gli enti che si occupano della cura della persona e della promozione del suo benessere: nella famiglia, nella scuola e nelle prime relazioni con i pari si creano le fondamenta che regolano la qualità di vita di un soggetto in pieno sviluppo. Il servizio è strutturato per essere un facilitatore e promotore di benessere in ciascuna di queste aree, accompagnando e supportando i bambini/ragazzini nelle criticità o evoluzioni che possono susseguirsi e coinvolgendo attivamente nel processo di promozione del benessere le istituzioni stesse: famiglia e scuola. Il territorio investe mezzi e risorse notevoli per la prevenzione, ma soprattutto spende moltissimo a posteriori per arginare tutto quanto porta con sé il fenomeno della dispersione scolastica e a seguire del disagio giovanile. Strutturare e definire un progetto di intervento così ampio di rete prevede anche che venga costantemente monitorato. I servizi territoriali provano a strutturare interventi specialistici di questo genere, ma devono occuparsi di molte altre realtà contemporaneamente e le risorse, i tempi e i mezzi a disposizione spesso non sono sufficienti a contrastare il fenomeno, sia in fase preventiva che di supporto a posteriori.

### BENEFICIARI

Il servizio affianca le famiglie di bambini con difficoltà e disturbi di apprendimento, con difficoltà di attenzione, concentrazione e comportamentali. Ai genitori viene offerta la possibilità di avere spazi di ascolto individuali e consulenze psicoeducative per monitorare e sostenere il percorso dei propri figli. Con gli insegnanti si creano collaborazioni costanti con l'obiettivo di condividere le strategie di intervento. Il servizio si rivolge ai bambini iscritti alla scuola primaria e secondaria di I grado che non sono in carico ai servizi socio-sanitari per disturbi specifici dell'apprendimento e che presentano difficoltà scolastiche in varie aree oppure altre problematiche che influiscono sull'apprendimento. L'intervento, oltre che mirato al benessere del bambino, ha effetti significativi sulla qualità (ma anche sulla percezione di qualità) di vita anche degli agenti coinvolti nella rete di intervento: genitori e fratelli, insegnanti e compagni di classe, istruttori o compagni di attività extrascolastiche.



## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Veneto, città di Spinea e aree afferenti al distretto ULSS 13 di Mirano: Martellago, Mirano, Noale, Santa Maria di Sala, Salzano, Scorzè, Spinea, Campagna Lupia, Campolongo Maggiore, Camponogara, Dolo, Mira e parte del territorio fino a Mestre, Mogliano Veneto, Trebaseleghe.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

In questi ultimi anni le problematiche dei bambini e dei ragazzi con DSA sono state al centro dell'attenzione degli organi nazionali competenti, perché il numero di soggetti che presentano un disturbo dell'apprendimento sembra essere incrementato notevolmente. CRESCO è un servizio innovativo poiché coinvolge nel suo modello di intervento non solo i soggetti con DSA, ma anche le famiglie e le istituzioni pubbliche (scuole e Servizi Sanitari). Gli obiettivi specifici della progettualità vertono a sviluppare un modello di intervento teso a:

- potenziare i punti di forza dei bambini/ragazzini in difficoltà scolastica, per riequilibrare la sfera emotiva e di personalità;
- fornire attraverso un approccio psicologico chiaro, specifico, clinico e pratico, un sostegno alle famiglie di alunni in difficoltà condividendo linguaggi e strategie di intervento sulle difficoltà cognitive e di apprendimento;
- creare contesti di apprendimento e relazioni di aiuto alle difficoltà scolastiche per i ragazzini in difficoltà, con atmosfere ludiche e serene, che favoriscano lo sgretolarsi di barriere difensive e il reiterarsi di un approccio al compito completamente disfunzionale, potenziando motivazione scolastica, autostima e sensazione di autoefficacia dell'alunno in difficoltà;
- educare all'accettazione delle proprie difficoltà e alla gestione delle emozioni conseguenti;
- educare al cooperative learning;
- potenziare le abilità sociali e relazionali con i pari.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- "Doposcuola Specializzato" con il fine di potenziare le abilità di apprendimento critiche o lacunose e di insegnare strategie di studio più efficaci;
- riabilitazione specifica sui disturbi dell'apprendimento, percorso individuale teso a potenziare le aree dell'apprendimento scolastico in difficoltà;
- lavoro psicoeducativo genitoriale, rivolto ai genitori, per trovare nuove e più funzionali strategie educative, per comprendere con chiarezza il tipo di difficoltà del figlio e accettarne i vari risvolti;
- lavoro di condivisione di obiettivi e scambio di professionalità con gli insegnanti;
- raccolta dati di ricerca per testare l'efficacia dell'intervento.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il Servizio CRESCO, una volta raggiunti i 25/30 utenti, è finanziariamente autonomo (nello specifico a Spinea al momento ci sono circa 40 utenti); perciò un ipotetico finanziamento sarebbe utilizzato per:

- ridurre i costi sostenuti dalle famiglie;
  - rendere accessibile il servizio anche a quelle famiglie che non riescono a sostenere alcun costo.
- Dal punto di vista della P.A., sono proprio le famiglie che non hanno capacità di spesa a rivolgersi direttamente a (o gravare indirettamente su) i Servizi Pubblici. Per avere un dato economico basti pensare che i giovani in fuga dalla scuola costano all'Italia 70 miliardi l'anno: l'economista Daniele Crecchi, docente di Economia politica all'Università di Milano, sostiene che i ragazzi che abbandonano la scuola troppo presto "accettano lavori con retribuzioni più basse e così se ne va in fumo un ipotetico 4% di Pil".



## "Toc-Toc: Sono Io!" La prevenzione del disagio psichico nelle scuole pensando ai bambini come Persone-Interesse e non come Bambini-Sintomo o Bambini-DSA

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** "ABC" Aiutiamo i Bambini a Crescere - Associazione
- **Indirizzo:** via della Stazione Tuscolana 5, Roma
- **Mail:** abc.associazione@libero.it
- **Telefono:** 06 70305538
- **Referente:** Liliana Cocumelli – Presidente (lillycocu@yahoo.it)
- **Team di lavoro:** E. Iacomini-Socio Ordinario, psicologa esperta nei disturbi dell'apprendimento e nella riabilitazione logopedica, tutti i soci Fondatori (A. Caruso, S. Chiatti, L. Cocumelli, A. Evangelista, A. Sagaria)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto intende:

- ridare visibilità a ogni bambino come persona intera e non come bambino-DSA (disturbo d'apprendimento);
- snellire la mole di lavoro nelle ASL diminuendo gli invii a esse dei bambini in età di latenza per valutazione psicodiagnostica per sospetto DSA da parte delle scuole. L'intento è di intercettare preventivamente nelle classi elementari quei casi di disagio psicologico che, seppur manifestandosi attraverso le difficoltà d'apprendimento del linguaggio, celano un disagio di altro tipo, e che vengono comunque segnalati come sospetti Bambini-DSA. Il problema che ne deriva è di notevole impatto negativo sia individuale che sociale: un eccesso di richieste valutative alle ASL e un tempo di attesa pericoloso per lo sviluppo di ogni bambino in età di latenza.

Le cause del problema sono:

- la segnalazione di un sospetto DSA non viene quasi mai fatta da uno psicologo, bensì dal genitore stesso o da un insegnante;
  - il sospetto di DSA deriva dal focus sul solo aspetto prestazionale linguistico, perché a scuola è questo che emerge più di altri;
  - carenza di risorse economiche, umane e materiali in ASL (numero insufficiente di psicologi e esperti di DSA in ASL, in particolare presso TSMREE; quantità di batterie testologiche insufficienti per valutazioni parallele);
  - mancanza di fondi per gli istituti scolastici che non possono chiedere consulenze a psicologi esterni.
- Investendo su questo progetto si snellirebbe la mole di lavoro presso le ASL, si indirizzerebbero tempestivamente i bambini ai veri interventi di cui necessitano (psicoterapia piuttosto che riabilitazione logopedica, oppure due percorsi paralleli e integrati), ma soprattutto, con un adeguato intervento sul campo effettuato da psicologi dell'età evolutiva, si può promuovere un nuovo approccio al problema, capace di ridare visibilità a ogni bambino come persona piuttosto che a un bambino-sintomo.

### BENEFICIARI

- Diretti: 80 bambini di seconda e/o terza classe elementare di un istituto VII Municipio di Roma.
- Indiretti: insegnanti e genitori, Asl - RM/B.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Roma, Municipio VII.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'assunzione di base all'idea progettuale è che a monte dell'eccesso di segnalazioni/sospetto dei bambini-DSA alle ASL vi sia un errore di fondo: la "lente" didattica-educativa con focus prestazionale adottata come unico criterio discriminativo dai soggetti a cui viene delegato il difficile compito di "sospettare" un disturbo specifico (DSA) senza competenze per una diagnosi differenziale. Il progetto propone una "lente" diversa, quella dell'occhio clinico di uno psicologo con competenze sull'infanzia: un vero filtro sul campo, nella scuola stessa. Gli elementi chiave per attuare il cambiamento sono:

- l'intervento di uno psicologo come figura che pre-accerta un disagio del bambino prima di segnalarlo in ASL in quanto competente in diagnosi differenziale;
- tempestività dell'intervento valutativo prima che un disagio diventi un disturbo;
- apertura di un dialogo tra insegnanti e psicologi che cambierebbe l'attuale prospettiva valutativa spesso auto-referenziata, focalizzata sulla prestazione;
- l'approccio psicologico ispirato alla teoria di D. Winnicott che rimette al centro della vita infantile il contesto di sviluppo affettivo di ogni bambino.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Agli 80 bambini delle classi seconda e/o terza elementare si offriranno due attività di screening psicologico-clinico parallele distinte in due fasi. Fase A:

- area psicologica globale: colloqui/osservazioni con prove grafiche e/o proiettive, test dei colori;
  - area linguaggio: prove MT di lettura e comprensione del testo per valutare la velocità di lettura, la correttezza e la comprensione di un testo; prove ACMT per la valutazione delle abilità matematiche.
- Dal raccordo di queste due aree emergeranno gli indici di convergenza test che sostanzialmente evidenzerebbero, se presenti, possibili aree e gradi di disagio psicologico.

Fase B (per i soli bambini sui quali il grado di disagio risultasse elevato l'indagine prosegue ai livelli):

- valutazione cognitiva dell'intelligenza;
- DDE-2 per dislessia o disortografia, DBE per possibile discalculia, o ulteriori prove a seconda delle cadute registrate.

Ai genitori si offriranno colloqui psicologico-clinici iniziali di raccolta anamnestica per costruire la cornice del mondo di sviluppo affettivo e la storia familiare (uso del genogramma); Incontri di sostegno alla genitorialità alla fine della Fase A; restituzione finale al termine della Fase B per i soli casi che l'hanno raggiunta. Per gli insegnanti: incontro iniziale di raccolta dei loro bisogni informativi circa casi specifici o gestione dei gruppi classe; incontro conclusivo con consigli psico-pedagogici per la gestione dei gruppi-classe con alunni con disagi psicologici.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale d'investimento per la realizzazione del programma proposto è pari a € 39.410. Il risparmio per la Pubblica Amministrazione riguarda i costi per le batterie testologiche (circa € 2.100) che sono già in possesso dei professionisti "ABC". Inoltre le 6 psicologhe "ABC", già altamente specializzate in psicodiagnostica, consentono alla ASL di risparmiare sul costo di assunzione e di stipendio di almeno uno psicologo, che sarebbe pari a € 40.000 annui. Un altro risparmio per la Pubblica Amministrazione riguarda i costi di affitto per la stanza valutazione in via Nobile (€ 450 mensili per due mesi, cioè € 900): tale costo è abbattuto dalla messa a disposizione di un ambiente consono alla valutazione da parte dell'istituto stesso secondo tempi e modalità adatti alle disponibilità logistico-organizzative della scuola e dei bambini. Il risparmio di tempo: 80 bambini valutati in 2 mesi laddove un solo bambino è già in attesa di 6 mesi in ASL.



## AREA PREMINENZA

# DIPENDENZE

### Progetti

- **Gameover**  
*Associazione GLATAD Onlus (Maurizio Principi)*
- **Mi riprendo la salute: un intervento breve di prevenzione al tabagismo**  
*Centro Antifumo AUSL di Imola (Elisa Gambetti)*
- **Prevenire e contrastare a scuola il disagio e le condotte disadattate: il programma della Didattica delle emozioni®**  
*Studio Rosa Schiralli (Rosa Schiralli)*



## Gameover

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** GLATAD Onlus - Associazione
- **Indirizzo:** via Arnaldo Lucentini 14, Tolentino (MC)
- **Mail:** [glatad@glatad.org](mailto:glatad@glatad.org)
- **Telefono:** 0733 960845
- **Referente:** Maurizio Principi - Presidente

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto intende affrontare il problema del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), che il DSM-5 (APA 2013) inserisce tra le dipendenze come "disturbo da gioco d'azzardo", e definisce il "comportamento da gioco d'azzardo problematico, ricorrente e persistente, che porta a stress o a un peggioramento clinicamente significativo". È caratterizzato dai seguenti sintomi:

- necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata;
- irritabilità o irrequietezza quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- preoccupazione, pensieri, pianificazioni persistenti riguardanti il gioco d'azzardo;
- il soggetto spesso gioca quando si sente in difficoltà o è ansioso, oppure depresso;
- dopo avere perso soldi al gioco, spesso ritorna a giocare;
- racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
- mette a repentaglio o perde relazioni significative, lavoro, studio, opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo;
- si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

Il GLATAD ha realizzato nel 2003 una ricerca sulle dipendenze patologiche nella Provincia di Macerata, rilevando una percentuale del 3,7% di giocatori patologici. Questo dato ha destato preoccupazione presso le istituzioni locali: la Provincia di Macerata, insieme ai Dipartimenti Dipendenze Patologiche, in collaborazione con GLATAD ha avviato nel 2007 il progetto GAMEOVER, per la prevenzione e interventi nel campo del GAP. Con tale progetto è stata realizzata una formazione degli operatori, una raccolta dati sulle dimensioni del fenomeno, interventi di informazione e prevenzione. Inoltre è stato istituito uno sportello di consulenza sul GAP presso la sede del GLATAD a Tolentino ed è stato attivato un numero verde. Lo sportello GAMEOVER ha ricevuto numerose richieste di informazioni e aiuto da parte di giocatori e/o loro familiari, di cui si è fatto carico. Attualmente segue più di 20 persone all'anno, con colloqui individuali e incontri con la famiglia, condotti per periodi continuativi di 12/18 mesi da psicoterapeuti con formazione specifica.

### BENEFICIARI

Secondo il Ministero della Salute (2012) la stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2%.

Nel territorio della Provincia di Macerata i servizi ambulatoriali dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche si sono fatti carico di 47 soggetti nel 2013. Le persone che hanno avuto accesso a questi servizi sono in prevalenza maschi e italiani, di età compresa tra i 40 ed i 59 anni, con istruzione media, per lo più con lavoro stabile, socialmente inseriti e con una propria vita familiare.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Marche, provincia di Macerata.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Una considerazione clinica che si può fare sui giocatori patologici è che, quando è troppo forte la compulsione all'azzardo, l'accesso alla parola risulta particolarmente problematico, se non addirittura impossibile. E' necessario quindi lavorare sulle condizioni preliminari per una possibile presa in carico terapeutica.

Il dispositivo dello psicodramma freudiano è caratterizzato dal rappresentare, "giocare", episodi e momenti di vita proposti dall'utente, significativi nel percorso della sua esperienza. Il conduttore invita l'utente a scegliere e chiamare i partecipanti al gruppo a giocare i vari ruoli e successivamente può disporre uno scambio di ruolo. Una volta giocata la scena si discute su quello che è avvenuto e viene comunicata un'osservazione finale.

Questo dispositivo, praticato in altre strutture che si occupano di dipendenza, contribuisce a realizzare una clinica del preliminare e un accompagnamento all'organizzazione di una domanda personale di cura da parte dell'utente.

Il gruppo dello psicodramma lavora a favore dello "spiazzamento", del sorprendere il soggetto, facendo cadere le identificazioni su cui ha appoggiato la sua vita, portandolo a sperimentare qualcosa della propria soggettività: per questo è particolarmente utile nel trattamento di questi soggetti. Gli utenti, lavorando in gruppo, vedono gli altri partecipanti, ascoltano le loro esperienze, ma non si fondono in un gruppo e nella seduta: ognuno viene rinvio al proprio discorso ed alla costruzione di una scena personale. Con questo dispositivo alcuni soggetti particolarmente regrediti, che non riescono a parlare in colloqui individuali, arrivano a dire qualcosa di significativo e ad avvicinarsi ad una soggettivazione.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Si offrirà la possibilità di partecipare ad un gruppo terapeutico, all'interno dello sportello GAMEOVER, punto di riferimento a livello provinciale che offre gratuitamente consulenza ed orientamento sulle problematiche legate al gioco d'azzardo a giocatori, ai famigliari di giocatori o persone loro vicine.

Si istituirà un gruppo di psicodramma freudiano per persone con disturbo da gioco d'azzardo. Il gruppo sarà composto da un numero massimo di 15 componenti, sarà condotto da due psicoterapeuti con formazione specifica ed esperienza nel campo dello psicodramma freudiano, e sarà svolto attraverso l'utilizzo di tale dispositivo, cioè mettendo in scena, attraverso brevi giochi di ruolo, episodi significativi proposti dai partecipanti. Il gruppo si svolgerà con incontri quindicinali di 3 ore per 18 mesi.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo del progetto è calcolato per € 9.650 e comprende:

- due psicologi liv. E2 CCNL Coop. Soc. x 3 ore x 36 incontri di gruppo (€ 7.560);
- incontri di coordinamento, contatti, gestione (€ 1.050);
- materiali pubblicitari (€ 500);
- spese uso locali (€ 540).



## Mi riprendo la salute: un intervento breve di prevenzione al tabagismo

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Centro Antifumo AUSL di Imola - Ente pubblico
- **Indirizzo:** via Amendola 2, Imola (BO)
- **Mail:** distretto@pec.ausl.imola.bo.it
- **Telefono:** 0542 604111
- **Referente:** Elisa Gambetti - Psicologa Psicoterapeuta (elisa.gambetti.119@psyppec.it)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il consumo di tabacco è ormai diventato, a livello mondiale, la prima causa di morte evitabile. L'OMS (2008) prevede entro il 2020, nei paesi sviluppati, una crescita del 50% della mortalità per patologie fumo-correlate, quali tumori maligni, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie.

Le indagini epidemiologiche indicano che il rischio di morte per malattie legate al fumo scende immediatamente dopo la cessazione e continua a diminuire per 15 anni (Critchley & Capewell, 2012).

Inoltre, chi smette di fumare riscontra anche un significativo aumento della qualità della propria vita (Piper, Kenford, Fiore & Baker, 2012). Recenti studi (Di Pucchio et al., 2010; DOXA, 2012; Federico et al., 2012) hanno messo in luce che:

- la maggior parte dei tentativi di smettere di fumare senza alcun tipo di supporto medico-farmacologico e di consulenza psicologica va incontro ad insuccesso;
- l'impatto attuale delle politiche antifumo italiane (Legge 3/2003 art. 51) sembra non mantenere gli effetti positivi ottenuti nel breve periodo;
- solo circa il 30% dei fumatori in Italia conosce i Centri Antifumo;
- solo il 14% dei fumatori riceve dal proprio medico di famiglia un consiglio spontaneo di smettere di fumare e solo nel 4% dei casi ottiene l'indicazione di un Centro Antifumo;
- le province di Bologna, di Reggio Emilia e Modena hanno le percentuali più alte di fumatori rispetto alle altre province dell'Emilia-Romagna.

Pertanto, si evidenzia la necessità di implementare eventi e iniziative che vadano a sensibilizzare la cittadinanza dei singoli comuni della AUSL di Bologna e a proporre specifici interventi sul territorio che rendano ancora più accessibili i Centri Antifumo, proponendo soluzioni efficaci e alla portata di tutti i cittadini.

### BENEFICIARI

- Diretti: fumatori dell'Emilia-Romagna.
- Indiretti: soggetti esposti a fumo passivo.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia-Romagna.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il programma seguito all'interno dei gruppi terapeutici è in linea con le "Raccomandazioni per la corretta pratica clinica nella disassuefazione dal fumo di tabacco dei Centri Antifumo della Regione Emilia-Romagna", si avvale dei principali fattori terapeutici evidenziati nella letteratura scientifica (Michie, Churchill e West, 2011) e prevede diverse fasi:

- scalare gradualmente il numero di sigarette giornaliere attraverso l'eliminazione delle sigarette "automatiche", aumentando la motivazione a smettere e la consapevolezza circa le modalità di fumare;
- il gruppo viene spronato a interrompere il comportamento tabagico attraverso l'apprendimento di azioni sostitutive, tecniche di rilassamento, abitudini quotidiane e l'eventuale proposta di terapia farmacologica sostitutiva;
- mantenimento del cambiamento attraverso l'individuazione e l'attuazione di tecniche cognitivo-comportamentali tese al superamento dell'astinenza e alla gestione di eventuali ricadute.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

L'obiettivo principale del presente progetto è quello di costituire dei gruppi terapeutici (da 8 a 15 partecipanti), ad accesso gratuito, per l'interruzione del comportamento tabagico in alcuni comuni del territorio di Imola. La partecipazione al gruppo è bisettimanale per il primo mese (8 incontri) e settimanale per il mese successivo (4 incontri). Gli ultimi 4 incontri di follow-up sono previsti al 2°, 5°, 8° e 12° mese. In totale si contano quindi 16 sessioni di due ore ciascuno. La struttura del gruppo è chiusa: esso ha un inizio, una fine e un numero costante di partecipanti. Queste caratteristiche rendono facilmente identificabili le diverse fasi di sviluppo del gruppo e pertanto facilitano ai conduttori il compito di dare significato agli eventi che si verificano (MacKenzie, 1994). L'intervento terapeutico si basa, rispetto agli aspetti psicologici, su un approccio cognitivo comportamentale che tiene in considerazione sia lo stadio di cambiamento dell'utente (Prochaska e Di Clemente, 1992) sia l'approccio motivazionale. Tale intervento, inoltre, si avvale della terapia farmacologica, considerata attualmente fondamentale per la cessazione del comportamento tabagico nei fumatori con alta dipendenza fisica da nicotina. Inoltre il presente progetto si propone di:

- valutare se la terapia di gruppo sia un intervento utile all'interno delle realtà comunali che possiedono per definizione un bacino di utenza ristretto;
- fornire ulteriori evidenze in favore della terapia di gruppo per la cessazione del comportamento tabagico (verranno effettuate delle valutazioni pre e post intervento per valutarne l'efficacia);
- favorire una maggiore collaborazione fra i comuni territorio e Centro Antifumo dell'AUSL di Imola;
- sensibilizzare i medici di base nell'attuare interventi, anche minimi, di disassuefazione informando i propri pazienti rispetto ai gravi danni provocati dal fumo e incentivando il contatto con il Centro;
- soddisfare la richiesta da parte della Regione Emilia-Romagna di interventi che mirino alla promozione della salute e alla riappropriazione di una migliore qualità di vita e di un più elevato grado di benessere da parte dei pazienti a cui è rivolto l'intervento.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il progetto prevede un costo di circa € 1.500 per finanziare lo psicologo che collaborerà con il Centro Antifumo. Il fumo di sigaretta determina una spesa di oltre 6 miliardi di euro in Italia. Il risparmio per ogni persona che smette di fumare è indicativamente stimabile intorno a € 1.236 l'anno, a cui va aggiunto il costo per ciascun anno di vita salvato (circa € 1.049, Romano et al., 2010). Se, come nel progetto pilota, smettono di fumare circa la metà dei fumatori, ci si aspetta per ciascun gruppo, formato da circa 10 fumatori, un costo di € 1.500 circa per un risparmio di circa € 6.180, a cui va aggiunta la stessa cifra per ogni anno di vita salvato.





# Prevenire e contrastare a scuola il disagio e le condotte disadattate: il programma della Didattica delle emozioni®

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Rosa Schiralli - Libera Professionista
- **Indirizzo:** via Carlo Minciotti 5, Viterbo
- **Telefono:** 0761 307845
- **Referente:** Rosa Schiralli - Psicologa Psicoterapeuta
- **Mail:** rosanna.schiralli@gmail.com
- **Team di lavoro:** Rosa Schiralli, Ulisse Mariani, Stefano Boccialoni, Mariagrazia Mari, Francesca Mencaroni, Martina Pontani

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Con questo progetto si vuole attivare, con evidenze scientifiche già validate su campioni di soggetti molto vasti e con strumenti psicologici già sperimentati in precedenti interventi, un programma di prevenzione precoce delle condotte a rischio delle giovani generazioni, con particolare riferimento alle dipendenze patologiche “vecchie” e nuove. Una enorme quantità di fattori patogeni convergenti (caduta dell'autorevolezza genitoriale, stressor ambientali sempre più pesanti, crisi della scuola e della cultura, futuro incerto, veloce evaporazione di valori e sicurezze, analfabetismo emotivo e la diffusione capillare di sostanze stupefacenti e alcool come analgesia del “dolore” esistenziale) sta determinando una crisi dello status giovanile senza precedenti. Considerato che le politiche di deterrenza sono ormai controproducenti e le cure difficili, lunghe, spesso impossibili, di sicuro costosissime (nel 2012 in Italia la spesa totale per affrontare le dipendenze patologiche, come da resoconto parlamentare, ha superato i 30 miliardi di euro), è necessario spostare l'asse dell'intervento verso una prevenzione il più possibile precoce (fin dall'età della scuola primaria), efficace (che abbia cioè risultati evidenti nel medio e lungo periodo), valutabile, facile da esportare (la più ampia disseminazione), a costi molto contenuti. Le più accreditate agenzie del settore nel mondo (OMS, NIDA, EMCDDA), dopo una revisione sistematica della letteratura in merito (179 ricerche e pubblicazioni) hanno stilato una serie di utili raccomandazioni per programmare interventi di prevenzione adeguati e validi. Le loro linee guida invitano a:

- promuovere approcci di prevenzione con dimostrate evidenze di efficacia;
- evitare la sporadicità degli interventi;
- ridurre l'età del target, favorendo azioni anche molto precoci;
- favorire interventi di tipo educativo-promozionale;
- rinforzare gli interventi nel tempo;
- formare e aiutare genitori e docenti a una efficace educazione delle emozioni di figli e alunni.

## BENEFICIARI

La fascia di popolazione in età evolutiva (6-16 anni), i docenti, i genitori.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale. E' possibile estendere il programma ad alcuni paesi dell'Unione Europea, partecipando agli appositi bandi e utilizzando i contributi messi a disposizione per questi progetti.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il programma consiste in un progetto di prevenzione primaria, efficace e precoce, finalizzato alla promozione e alla costruzione del benessere a scuola. Questo nuovo format di intervento educativo offre l'opportunità ai docenti di implementare negli alunni, fin dalla scuola dell'infanzia, i più efficaci fattori di protezione, riducendo al contempo i fattori di rischio, il disagio e il disadattamento.

Il progetto è un format efficace in quanto testato sperimentalmente su un vasto campione di soggetti attraverso una rigorosa metodologia scientifica, ottenendo risultati ragguardevoli circa l'aumento dei fattori di protezione e la riduzione del disagio; è versatile in quanto può essere applicato in ogni scuola con alunni da 6 a 16 anni circa, per affrontare varie problematiche, soprattutto quelle riguardanti le dipendenze patologiche e tutte le altre forme di disagio in generale, compreso il fenomeno del bullismo; è compatibile in quanto, grazie alle sue caratteristiche e alle sue proprietà, può essere applicato in ogni scuola senza interferire con le normali attività didattiche, senza costituire un surplus di lavoro per i docenti e a costi di realizzazione contenuti. La Didattica delle emozioni consiste prevalentemente nell'introdurre nelle consuete attività didattiche una serie di procedure, tecniche e strategie validate e testate scientificamente, finalizzate ad aiutare gli alunni ad individuare, gestire e modulare nel modo più opportuno le emozioni e il proprio mondo interno. Gli interventi e le procedure della Didattica delle emozioni sono generalmente realizzati dai docenti all'interno delle classi durante il consueto svolgimento delle lezioni e delle attività, senza interferire in alcun modo con esse. I docenti sono normalmente in grado di applicare questa metodologia dopo aver partecipato ad una formazione pratica e teorica di circa 8-10 ore. Le competenze acquisite rimangono patrimonio della scuola e possono essere utilizzate per qualificare il POF – Piano Offerta Formativa. La Didattica delle emozioni è stata già applicata in molte realtà scolastiche italiane ed estere, ottenendo risultati notevoli tanto da far diminuire, in modo statisticamente significativo, il consumo di droghe, fenomeni di bullismo e varie forme di disagio in quegli alunni che negli anni precedenti avevano partecipato a progetti di educazione alle emozioni nelle rispettive scuole.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Formazione teorica e pratica rivolta ai docenti per attuare in classe la metodologia della Didattica delle Emozioni.
- I docenti applicheranno strategie e attività di educazione emotiva in classe e saranno supportati attraverso tutoraggio online, almeno nel primo periodo.
- Contemporaneamente psicologi appositamente formati, aiuteranno i genitori a creare una cultura pedagogica condivisa che a sua volta implementerà l'educazione emotiva degli alunni/figli.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il piano finanziario è molto semplice: si tratta di intervenire "a chiamata". Il pacchetto formativo per le scuole (comprendente 8 ore di formazione, slide e testi di riferimento, tutoraggio online per tutto il primo anno scolastico) ha un costo di € 2.000,00 + IVA + spese di trasferta; la formazione di Psicologi interessati ad attivare il programma (12 ore di formazione, slide e testi di riferimento, rilascio di specifico attestato, tutoraggio online) ha un costo di € 3.000,00 + IVA. Altre eventuali spese possono riguardare l'attivazione di una sede centrale per estendere e coordinare l'operatività su tutto il territorio nazionale. Il risparmio della Pubblica Amministrazione è sicuramente a medio e lungo termine, costituendo un investimento in termini di "salute futura". Il risparmio sarà più evidente all'aumentare dell'estensione del programma sul territorio di riferimento.



## AREA PREMINENZA

# FAMIGLIE

### Progetti

- **Accogliere prima**  
*ANPEP-Associazione Nazionale di Psicologia e di Educazione Prenatale (Alessia Beghi e Lisa Sossai)*
- **Affidiamoci: promozione e sostegno alle famiglie affidatarie**  
*Roots of Life (Joyce Flavia Manieri)*
- **Centro per la Famiglia**  
*Seme di Pace Cooperativa Sociale Onlus (Antonio Capece)*
- **Famiglie in Centro Liberthub**  
*Consorzio Comunità Brianza (Marta Moretti)*
- **Handling Onlus**  
*Associazione Handling Onlus (Francesca Masi)*
- **La Magnolia snc**  
*La Magnolia snc (Libera Giovanna Martino)*
- **Le realtà nascoste**  
*Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare – LIPSIM (Lucia Maiorino)*
- **Ogni cosa ha il suo tempo**  
*Centro di Psicologia Sarzanese (Luca Bassano)*

(segue)



## AREA PREMINENZA

# FAMIGLIE

### Progetti

- **Per una diffusione nel territorio italiano dei Centri Post Adozione: il modello del Centro post adozione La Luna e L'Aquilone**  
*Centro post adozione La Luna e L'Aquilone (Mara Foppoli)*
- **Potenziamento cognitivo per rallentare il decadimento cognitivo: un progetto che integra attività per pazienti e caregiver**  
*Giulia Gamberini*
- **Progetto Kairos: sostegno e presa in carico della famiglia adottiva**  
*Roots of Life (Joyce Flavia Manieri)*
- **Psicoterapeuti divorzisti: l'alternativa per una separazione efficace**  
*Emanuela Cammarano*
- **Punto Mamma-Bambino: una proposta di intervento di prevenzione, accompagnamento e trattamento per la relazione primaria**  
*Enrica Cavalli e Manuela Montalto*
- **Ri-conoscersi genitori: un percorso di accompagnamento alla nascita e sostegno alla genitorialità**  
*Ospedale Evangelico Internazionale Genova (Paola Cardinali)*



## Accogliere prima

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** ANPEP - Associazione Nazionale di Psicologia e di Educazione Prenatale
- **Indirizzo:** via Padova 37, Conegliano (TV)
- **Mail:** sede@sedeanpep.it
- **Telefono:** 0438 73429
- **Referente:** Alessia Beghi e Lisa Sossai
- **Team di lavoro:** psicologi appartenenti al gruppo docenza della Scuola di Formazione "A. Milani Comparetti dell'ANPEP a Conegliano

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Ci si propone di modificare l'attuale approccio alla gravidanza e al parto seguito in generale dal Sistema Sociosanitario e dalle strutture private, per il quale si rilevano una serie di problematiche evidenziate anche dalle più recenti indagini ISTAT (2004-2005):

- incremento di medicalizzazione della gravidanza (sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche)
- elevato numero di parti con taglio cesareo (l'Italia è il paese con il più alto tasso dell'UE);
- bassa quota di donne che hanno frequentato un corso per la preparazione al parto (40% al Centro Nord e 12,7% nel Sud: il Sud rimane indietro per indisponibilità delle strutture);
- bassa partecipazione del partner (solo il 49,3% delle donne ha frequentato il corso di preparazione al parto con il proprio partner. La presenza dei padri è maggiore nel Nord-Ovest (56,2%), mentre le quote più basse di partecipazione si evidenziano nelle Isole (33,5%) e nel Sud (38,9%). Al momento del parto il padre è presente nell' 87,8% dei casi nel Nord-Ovest, nell' 83,9% nel Nord-Est, nel 68,9% al Centro mentre solo il 31,1% delle donne nel Sud e il 47,1% nelle Isole ha avuto vicino il futuro padre al parto, soprattutto a causa di una minore capacità delle strutture sanitarie di accogliere tale richiesta.

Ci si propone altresì di:

- arginare l'incidenza delle fonti di stress in gravidanza, causa di possibili danni allo sviluppo fetale;
- prevenire l'instaurarsi di relazioni affettivamente carenti e neglette, predisponenti varie forme di disturbi psicologici di tipo emotivo e sociale, anche gravi.

### BENEFICIARI

- Il bambino.
- Coppie o genitori single in attesa di un figlio, in assenza di malattia o di grave disagio.
- Coppie o genitori single in attesa di un figlio, per i quali siano state individuate situazioni di sofferenza o malattia.
- Operatori del settore, in primis psicologi, educatori, ginecologi e ostetriche.
- Strutture sanitarie che hanno pochi strumenti per accogliere i bisogni della famiglia nascente e che necessitano di arricchire la loro proposta d'intervento.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Veneto (Treviso); Lazio (Roma); Campania (Napoli); Sardegna (Cagliari).

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Si intende creare il cambiamento attraverso:

- sensibilizzazione sull'importanza del periodo di gravidanza nella vita della donna e della famiglia;
- formazione di operatori sulla tematica della Psicologia e dell'Educazione Prenatale;
- implementazione di percorsi e di sportelli di sostegno psicologico mirati, a partire da strutture socio-sanitarie pubbliche;

Per realizzare uno sviluppo sano del bambino, si evidenzia l'efficacia di:

- interventi in situazioni di stress durante la gestazione;
- pratica dell'educazione prenatale;
- coinvolgimento del padre.

Comunicazione e condivisione genitori-nascituro portano a considerevoli vantaggi: risultano minori complicanze al parto, i genitori consolidano l'intesa e la coesione di coppia, rafforzano il legame d'attaccamento con il figlio (allattamento al seno facilitato), si rendono più disponibili a modificare lo stile di vita a suo vantaggio, ne agevolano lo sviluppo e l'acquisizione di competenze sensoriali, relazionali e cognitive.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Incontri informativi e formativi di tipo generale rivolti a tutti gli operatori impegnati nell'ambito della gravidanza e dell'infanzia sulle tematiche dell'informazione e condivisione del progetto e delle sue finalità, della psicologia ed educazione prenatale, della riflessione sulla modalità di accoglienza e reclutamento di coppie per i percorsi in gravidanza, della riflessione sulla realizzazione di una rete di collaborazione tra operatori ed enti pubblici e privati che si occupano di gravidanza.
- Itinerario formativo teorico-esperienziale destinato agli operatori dell'ASL che si occupano dei percorsi di gravidanza con approfondimento di uno strumento operativo, "Educare Prima", elaborato dall'ANPEP.
- Sportello di sostegno psicologico specifico alla madre o alla coppia in attesa in situazioni di disagio e per situazioni di aborto o morte endouterina.
- Supervisione e tutoraggio forniti dagli esperti ANPEP agli operatori che implementano i percorsi-gravidanza nel territorio.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Prendiamo in considerazione l'ASL 3 di Napoli che, in base ai dati statistici 2010 del Dip. di Prevenzione e del Servizio Epidemiologia e Prevenzione della stessa ASL, evidenzia:

- un numero medio di ecografie effettuate in gravidanza: 6,1 per le italiane e 5,1 per le immigrate (solo il 9,8 % di tutte le partorienti ha effettuato meno di quattro ecografie) – costo per singola ecografia ostetrica: € 64,00;
- si sono sottoposte a indagini prenatali invasive 832 (8.1%) su 10.313 madri residenti e il 37,0% di esami è stato eseguito nelle donne di età minore o eguale a 34 anni – costo per singola amniocentesi: € 480,00;
- l'evento nascita avvenuto in 15 centri nascita aziendali (5 pubblici e 10 privati) vede la pratica del cesareo di elezione o in travaglio caratterizzata da trend negativo con una media aziendale pari al 62,3% (10.194 numero totale di parti nell'anno 2010) – costo singolo cesareo: € 1.140,00.

Considerando la potenzialità del progetto nel ridurre l'approccio di medicalizzazione sopra citato e nel contenere le problematiche evolutive successive; considerando che un percorso di formazione per 20 operatori porta gli operatori stessi ad attivare almeno 10 percorsi in 1 anno per un massimo di 160 partecipanti-utenza e che, ottenuta la formazione e diffondendo una cultura prenatale, i percorsi dovrebbero replicarsi a regime, si conclude che una riduzione dei costi anche solo del 5% è tale da giustificare l'implementazione del progetto.



## Affidiamoci: promozione e sostegno alle famiglie affidatarie

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Roots Of Life - Organizzazione di volontariato
- **Indirizzo:** via Trionfale 85, Roma
- **Mail:** info@rootsoflife.it
- **Telefono:** 346 5105275
- **Referente:** Joyce Flavia Manieri - direttrice area psicosociale di Roots Of Life
- **Mail:** joflamanieri@gmail.com
- **Team di lavoro:** Joyce Flavia Manieri, Karin Falconi, Sonia Neudam, Letizia Torchia

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto propone un servizio di supporto permanente alle famiglie affidatarie fin dai primi passi della presa in carico del minore, fornendo orientamento e formazione. Sul territorio non c'è una struttura che eroghi questa tipologia di servizi permanenti. Gli affidatari sono soli nella gestione delle quotidiane difficoltà con i minori, nelle scelte educative, nei disagi comportamentali dei minori legati alla diversità etnica, piuttosto che alla doppia appartenenza (famiglia naturale e quella affidataria); soli nel governare gli effetti post traumatici di esperienze pregresse vissute dal minore.

La cultura dell'affido non è diffusa e si preferisce inserire il minore in una comunità. A confermarlo i dati diffusi dal Gruppo CRC (Convenzione ONU sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza) del 2014 su territorio nazionale, rispetto ai minori cresciuti fuori dalla propria famiglia: 29.388 bambini dei quali 14.991 inseriti in comunità. Del totale, il 14% riguarda bimbi da 0 a 5 anni. E ben 1900, seppure dichiarati già adottabili, sono rinchiusi in istituti (59%) e i restanti in affidamento familiare (41%). Il Centro per l'Affidamento e l'Adozione di Roma Capitale (ex Pollicino) afferma che, a dispetto di 250 famiglie idonee per l'affido, sono 700 i minori in casa famiglia e solo 150 in affido (di cui 2/3 intra familiari). In Italia per l'affido - denuncia il CRC - emerge la mancanza di raccolta dati; esistono addirittura previsioni di legge per l'istituzione di banche dati mai attivate (es. la banca dati per minori dichiarati adottabili). Il progetto colma questa lacuna con la creazione di database per la mappatura del mondo affidatario. Il territorio beneficerà di una realtà posta tra cittadino e pubblico, con una rete d'integrazione attiva tra i diversi servizi locali. Con l'affido (L.184/83 e 149/01) si cresce reciprocamente e si migliora la situazione territoriale in un abbraccio solidale tra minore, famiglie, operatori e servizi.

### BENEFICIARI

- Minori in affido: 150 di età compresa tra 6-17 anni, provenienti da istituti o altre famiglie affidatarie.
- Famiglie affidatarie: 250, composte da coppie sposate e di fatto, single, di età compresa tra 30-60 anni, di ceto medio, compresi anche gli affidatari "idonei" in attesa di affido.
- Famiglie naturali: 100 tra omogenitoriali e non, non risolte, ceto medio-basso.
- Volontari dell'Associazione: 5, di età compresa tra 20-60 anni, di varia occupazione.
- Comunità locale e persone vicine alle famiglie coinvolte nel progetto.
- Servizi Sociali e Amministrazione Pubblica.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Roma.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il sostegno alla fase del post affidato comprende la cura del minore, della famiglia affidataria e di quella naturale. Seguirà una costante diminuzione della comunità come scelta prioritaria e l'aumento degli affidi conclusi con successo (il ritorno del minore nella famiglia di origine). Su lungo raggio, con il sostegno alla famiglia naturale, e con la diffusione della cultura dell'accoglienza nella collettività, diminuiranno gli allontanamenti dei minori dalle proprie famiglie. Purtroppo ad oggi manca un sistema informativo nazionale sui minori affidati, sugli esiti degli affidi familiari e la loro comparazione con gli affidi in comunità. Le poche ricerche testimoniano un canale preferenziale per l'inserimento del minore in comunità piuttosto che in famiglia (cfr. "Bambine e bambini allontanati dalla famiglia di origine", 31/12/2010, Ministero Politiche Sociali e Centro Nazionale di Documentazione e Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza). Colmando le lacune di un sistema informativo si può seguire il percorso di vita di ciascun minore fuori dalla propria famiglia, evitando di "perderlo" tra un passaggio e l'altro di struttura o di affidatari.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Per i minori in affidato: gruppo mutuo aiuto genitori affidatari; gruppo mutuo aiuto genitori naturali; supporto e mediazione degli incontri del minore con le due famiglie; percorso di conoscenza e informazione per i genitori naturali; consulenze personali e sostegno scolastico per minori multiproblematici.
- Per le famiglie affidatarie: gruppi di mutuo aiuto per confrontare le proprie esperienze alla pari e trovare strumenti per affrontarle; sportello di consulenza e orientamento; mediazione con la famiglia naturale del minore attraverso incontri guidati e protetti; consulenze e sostegno alle famiglie affidatarie nel momento del distacco dal bambino quando l'esperienza dell'affido ha successo e il minore torna nella famiglia naturale.
- Per le famiglie naturali: gruppi di mutuo aiuto anche per dissipare vissuti di antagonismo nei confronti della famiglia affidataria; analisi dei punti di forza e sostegno al pieno recupero delle funzioni genitoriali.
- Per i Servizi Sociali: nascita di un punto di riferimento sul territorio quale realtà specifica e unica nell'affido (sportello).
- Per i Volontari dell'Associazione: tutte le azioni previste dal progetto.
- Per la Comunità locale e per le persone vicine alle famiglie coinvolte nel progetto: coinvolgimento in percorsi conoscitivi sull'affido; creazione di eventi ad hoc a promozione dell'affido.
- Per la Amministrazione Pubblica: realizzazione degli obiettivi e delle azioni previste nel progetto.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il finanziamento richiesto è di € 100.000 per un risparmio stimato per la Pubblica Amministrazione di € 1.221.232, ottenuto dalla diminuzione dei ragazzi affidabili inseriti in comunità.

La stima di ritorno socio-economico degli investimenti è di € 48,98 per ogni euro investito dalla Pubblica Amministrazione.





## Centro per la Famiglia

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Seme di Pace - Cooperativa Sociale Onlus
- **Indirizzo:** via Università 63/65, Portici (NA)
- **Mail:** info@semedipace.org, semedipace@legalmail.it
- **Telefono:** 081 6076220
- **Referente:** Antonio Capece – Direttore
- **Team di lavoro:** 1 psicologo esperto in mediazione familiare, 2 psicologi esperti in abuso sui minori, 1 assistente sociale, 1 consulente legale, 1 segretaria

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il territorio presenta diffuse situazioni di difficoltà e vulnerabilità sociale che possono essere sintetizzate in quattro macro-aree problematiche:

- inadeguatezza delle funzioni educative genitoriali e degli adulti di riferimento;
- disagio minorile;
- fragilità della componente femminile della popolazione;
- crisi del rapporto fra il Sistema dei Servizi sociosanitari - educativi e i cittadini;

Tra le cause troviamo:

- elevata densità di popolazione rispetto alla superficie del territorio;
- carenza di servizi socio-assistenziali in relazione all'elevata densità di popolazione;
- presenza di famiglie multiproblematiche che hanno rinunciato alla loro funzione educativa;
- crescita del fenomeno di abuso e violenza nei confronti di donne e minori;
- crescita del numero di bambini con DSA;
- radicamento della criminalità organizzata, dovuto anche a condizioni socio-economiche svantaggiate e di marginalità.

Sul territorio esiste una scarsa integrazione socio-sanitaria che, seppure attuata in diversi servizi, non ha ancora raggiunto livelli ottimali di applicazione. L'offerta dei servizi, inoltre, pur essendo ampia, è frammentaria, mentre l'aumento sempre maggiore della domanda da parte della popolazione induce i servizi a lavorare sulle richieste più per emergenza che secondo programmazione e pianificazione degli interventi. Pertanto le risorse organiche risultano insufficienti a fronteggiare una mole di lavoro sempre più crescente. Sul territorio porticese, inoltre, non si effettuano percorsi psicoterapeutici ma solo consulenze psicologiche. Infine, le liste d'attesa nei centri di riabilitazione del territorio per trattare bambini con DSA raggiungono tempistiche anche di 12 mesi.

### BENEFICIARI

- Diretti: adulti, singoli individui, con particolare attenzione alla fascia di donne e bambini, e/o adolescenti, che vivono situazioni di elevato svantaggio sociale e/o che soffrono per vissuti di abusi, violenze e maltrattamenti; famiglie che necessitano di processi di responsabilizzazione genitoriale, di mediazione per redimere conflittualità familiari, di confronto su tematiche legate alla crescita e all'educazione dei figli, di diagnosi ed interventi specifici per quel che riguarda i DSA.
- Indiretti: assistenti sociali e tutti gli operatori del settore socio-educativo e sanitario; scuole del territorio; organizzazioni del terzo settore; la comunità.

## **TERRITORIO D'INTERVENTO**

Regione Campania, città di Portici, San Giorgio a Cremano e San Sebastiano al Vesuvio.

## **VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO**

Il Centro per la Famiglia sarà realizzato in modo da diventare un punto di riferimento per quanti risiedono all'interno del territorio di intervento e, soprattutto, rappresenterà un interlocutore privilegiato per i Servizi Sociali nella redazione e gestione dei progetti di integrazione, sostegno e aiuto per le famiglie.

L'esperienza che si vuole replicare è già stata attuata sul territorio, finanziata per due anni da Fondazione con il Sud poi, visti gli ottimi risultati, anche dall'ex Ambito 17.

## **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Il Centro per la Famiglia offrirà un sistema integrato di prestazioni all'interno dei seguenti servizi di base:

- servizio di psicoterapia breve (consulenze psicologiche, consulenza legale, mediazione familiare);
- servizio abuso e maltrattamento;
- servizio contro la violenza sulle donne;
- diagnosi e trattamento dei bambini con DSA.

Il processo strategico per il raggiungimento degli scopi si ispirerà alle seguenti indicazioni metodologiche:

- approccio sistemico nella realizzazione degli interventi, al fine di tenere conto della complessità e della molteplicità che caratterizza ogni richiesta di aiuto.
- costituzione di una rete con le agenzie educative del territorio, in particolar modo le scuole, per integrare le competenze di diversi servizi e costruire sinergie di intenti e risorse.
- personalizzazione dell'approccio del servizio, dal momento dell'accoglienza della domanda alla conclusione del processo di aiuto attraverso l'ascolto attivo, la focalizzazione del bisogno e la valorizzazione del sistema di rete di cui l'individuo fa parte, al fine di garantire interventi sociali pertinenti ed appropriati.
- approccio integrato nell'erogazione degli interventi specialistici per mezzo della presenza nel Centro di un'équipe pluriprofessionale.
- supervisione tecnica-scientifica, in grado di supportare gli operatori e l'intero Centro, nelle attività da svolgere all'interno dei diversi servizi erogati.
- riunioni organizzative e di programmazione trimestrale e riunioni semestrali per l'analisi e la verifica dei risultati.

## **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

In tema di violenza di genere, non è possibile stabilire i vantaggi competitivi del progetto in quanto, come risulta dal rapporto Intervita Onlus, non si dispone di dati omogenei per la valutazione dell'impatto economico e di rapporto costo-benefici dei centri antiviolenza in Italia.



## Famiglie in Centro Liberthub

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Consorzio Comunità Brianza - Cooperativa Sociale
- **Indirizzo:** via Gerardo Dei Tintori 18, Monza
- **Mail:** segreteria@comunitabrianza.it
- **Telefono:** 039 2304984
- **Referente:** Marta Moretti - Responsabile Ufficio Progetti e Area Famiglia e Politiche di Conciliazione (marta.moretti@comunitabrianza.it)
- **Team di lavoro:** Mauro Piccinin, Resp. Scientifico, Marta Moretti, manager operativo. Equipe operatori: Psicologi-psicoterapeuti, Pedagogisti, Psicomotricisti, Esperti area salute mentale, Esperti valutazione e trattamento DSA

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto nasce dalla volontà di produrre una rete di relazioni e d'interventi nel welfare che rendano produttivo e stabile l'impegno innovativo d'integrazione socio-sanitaria che i soggetti in partnership stanno attuando a livello locale. Tali soggetti si adoperano anche per un consolidamento e uno scambio di buone prassi, nonché una crescita in competenze e conoscenze, in un'ottica multidisciplinare d'intervento. La nostra esperienza diretta in Brianza conferma alcuni elementi di criticità e fragilità delle famiglie:

- aumento delle fragilità parentali nell'esercizio dei compiti genitoriali e carenza di reti di sostegno;
- mancanza di una presa in carico tempestiva da parte di centri specialistici;
- carenza di percorsi riabilitativi tempestivi, continuativi e multidimensionali;
- difficoltà delle famiglie nel sostenere percorsi di terapia sul lungo periodo, soprattutto con tariffe private e non calmierate;
- disorientamento delle famiglie rispetto alla conoscenza ed utilizzo dei servizi territoriali.

Ne conseguono bisogni urgenti ed emergenti:

- sostegno alla genitorialità
- rinforzo della genitorialità diffusa e sociale (reti di vicinato e prossimità)
- presa in carico psicologica in tempi brevi
- aumento di percorsi d'intervento riabilitativi tempestivi, continuativi e con un approccio multidimensionale
- offerta di prestazioni psico-socio-pedagogiche e sanitarie con tariffe calmierate

Il progetto, innovativo per il territorio di Monza e provincia, risulta importante perché garantisce:

- unicità dell'intervento, anche se multidisciplinare;
- facilità di accesso: vicinanza ai punti nevralgici del territorio;
- presa in carico immediata della persona, della coppia, della famiglia;
- approccio di normalità, in cui le famiglie sono una risorsa e non solo utenti;
- tariffe calmierate attraverso l'ottimizzazione dei processi, dei costi fissi e l'impiego di personale motivato e disponibile;
- orientamento/ri-orientamento del bisogno e accoglienza (screening del bisogno).

## BENEFICIARI

- Beneficiari diretti: famiglie (70), minori (70), giovani in cerca di occupazione (30) - i numeri e le tipologie di destinatari potranno subire variazioni non appena il servizio sarà a regime.
- Beneficiari indiretti: istituzioni, organizzazioni del Terzo Settore, comunità locale, ecc.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Monza, Brugherio e Villasanta.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Assunzioni: concezione di welfare a economia di scala; lettura e analisi con approccio sistemico; presa in carico olistica della persone.

Intendiamo creare il cambiamento attraverso:

- approcci disciplinari integrati ma anche diversificati;
- strategia costante d'integrazione con il territorio attraverso stakeholder già individuati (creare economia di scala e operare nel sistema);
- generazione di valore per i professionisti e i referenti territoriali (confronto, integrazione, intradisciplinarietà e interdisciplinarietà);
- presa in carico del paziente qualitativamente significativa per la generazione di benessere.

(Riferimenti teorici a supporto della nostra idea di cambiamento: Piano nazionale per la Famiglia, Linee di indirizzo Giunta Regionale Lombardia 2013-2014 per la programmazione sociale a livello locale, modelli di Centri Famiglia Welfare Italia Servizi.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il Centro Famiglie prevede diverse aree.

Per la fase di start-up: counseling psicopedagogico; sostegno alla genitorialità; psicoterapia per minori, adolescenti e adulti; trattamento disturbi dello sviluppo, del linguaggio e dell'apprendimento; promozione e accompagnamento reti di famiglie accoglienti; sostegno e accompagnamento genitori adottivi; sportello Mestieri Monza; orientamento e accompagnamento nella ricerca attiva del lavoro; conciliazione tempi di vita/lavorativi e welfare aziendale.

Per quanto riguarda la fase a regime, le attività da realizzare saranno le seguenti:

- servizio di sostegno alla nascita;
- preparazione al parto e sostegno nel puerperio;
- gruppi di mutuo aiuto per target specifici di utenza;
- servizio di sostegno per le famiglie straniere;
- percorsi d'integrazione;
- servizio di consulenza legale (diritto di famiglia);
- servizio specializzato nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale del progetto per il primo anno di start-up è pari a € 74.180 (e € 2.700 di valorizzazione volontariato); le coperture economiche sono pari a € 8.600 (costi gestione, arredi e affitti). Dal punto di vista del risparmio pubblico:

- diminuire i collocamenti in comunità in favore degli affidi produce un risparmio notevole per ogni minore in tutela (il costo al giorno in comunità varia da € 120 a € 180 al giorno per ogni minore, mentre per l'affido alla famiglia affidataria viene dato un rimborso spese mensile di € 500);
- le prestazioni psicoterapeutiche private costano almeno € 70/80; con il Centro Famiglie le prestazioni costerebbero al massimo € 45 grazie alla messa a disposizione del personale in carico alle cooperative sociali.



## Handling Onlus

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Handling Onlus – Associazione
- **Indirizzo:** via San Faustino 20, Pontedera (PI)
- **Mail:** segreteria@handling-onlus.it
- **Telefono:** 393 6111255
- **Referente:** Francesca Masi – Presidente (francesca.masi@handling-onlus.it)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è quello relativo alla discrepanza tra due elementi sociali di natura complessa: l'immagine dello psicologo nella popolazione e l'offerta professionale e formativa in Toscana.

Citiamo lo studio pubblicato su "Psicologia Toscana, Rivista ufficiale dell'ordine degli Psicologi della Toscana" n. 2, maggio 2009: "La domanda nei confronti della psicologia e l'immagine dello psicologo nella popolazione toscana" (aprile 2008) di R. Carli, R.M. Paniccia, F. Bucci, F. Dolcetti, F. Giovagnoli.

Da questo studio emerge come nel 2002 la popolazione toscana attribuisse allo psicologo competenze non soltanto in ambito psicoterapico, ma anche in ambito sociale, e lo ritenesse un professionista utile in quanto percepito e riconosciuto "esperto di relazioni", una figura quindi fondamentale per l'integrazione nei contesti ad alta conflittualità sociale. Nel 2007 questi indici positivi si sono abbassati in conseguenza di un cambiamento del clima sociale generale e della mancanza sul territorio toscano di organizzazioni che fornissero formazione e servizi in ambito di disagio psicologico e sociale.

In sostanza: in Toscana ci sono state alte aspettative sociali rispetto alla figura dello psicologo, che negli anni dal 2002 al 2007 sono state deluse. Le aspettative si incentravano sull'utilità sociale e sulle competenze relazionali più che su quelle cliniche-psicopatologiche di questa figura, che in seguito è stata percepita inutile da una maggiore fetta della popolazione.

La domanda di interventi nel sociale è ancora oggi alta, ma le organizzazioni che forniscono questo tipo di servizi, incentrati sul disagio sociale delle famiglie e delle comunità, e la formazione necessaria, sono poche. La crisi economica, che ha colpito soprattutto il ceto medio, ha aggiunto alla richiesta di queste prestazioni la caratteristica di essere economicamente accessibili.

Rispondere in maniera adeguata a questa domanda sociale migliorerebbe la qualità di vita della popolazione, oltre che l'immagine e l'occupazione degli psicologi.

### BENEFICIARI

- Le famiglie, in particolare le "nuove famiglie" (famiglie separate, famiglie mono genitoriali, genitori omosessuali, famiglie immigrate, ecc.).
- Gli psicologi che vogliono lavorare nel sociale, con il "disagio psicologico-sociale" (la sofferenza psicologica reattiva ad una situazione familiare o sociale difficile).

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Toscana.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Prevediamo i seguenti obiettivi e metodi quali strategie di cambiamento:

- aumentare nella comunità la percezione dell'utilità sociale della figura dello psicologo, fornendo, attraverso questa figura, proprio i servizi dei quali la comunità percepisce il bisogno;
- formare ed avviare al lavoro nel sociale giovani psicologi ed educatori (che rischierebbero altrimenti di fare un percorso di lavoro sommerso e di formazione spesso inutile ai fini occupazionali e a costi altissimi) attraverso un percorso formativo condiviso con i soci che hanno maturato una maggiore esperienza e a costi quasi simbolici;
- migliorare il clima sociale attraverso la comunicazione, con messaggi e azioni basati sui valori dell'Associazione, con l'obiettivo di trasmettere in termini chiari il fatto che il costo basso dei servizi non significa una bassa qualità, ma è dovuto alla generosità degli operatori, che prestano la loro opera in cambio di un compenso minimo, perché si mettono a servizio della comunità. L'esperienza di contatto con Handling, anche solo attraverso il sito o la pagina Facebook, deve rappresentare per la persona innanzitutto una iniezione di fiducia.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

I progetti attualmente operativi, sono:

- la Casa dei Piccoli: servizio di care-giving infantile 0-6 anni, un nido speciale che si differenzia dagli asili nido perché non ha impostazione pedagogica, ma psicologica (non aiuta cioè il bambino ad educarsi alla scuola, ma a vivere meglio nella propria famiglia, con i propri genitori);
- SOS Tata: servizio di tati e tate, con istruzione superiore di tipo psicopedagogico, che vengono specificamente formati dai nostri psicologi e che su chiamata svolgono nelle famiglie servizi domiciliari di aiuto compiti e baby sitting;
- la Stanza dei Ragazzi: servizio di aiuto psicologico specifico per il disagio scolastico, tenuto da psicologi professionisti competenti nello specifico settore, con alla base una metodologia originale frutto della ricerca, teorica ed esperienziale, dei nostri soci;
- Lucy: servizio di consulenza psicologica gratuita e trattamenti psicologici a costi accessibili per problematiche individuali e familiari in persone e famiglie con svantaggio economico: uno psicologo volontario dell'Associazione fornisce un trattamento psicologico o una psicoterapia in cambio di un contributo mensile all'Associazione;
- la Stanza dei Genitori: servizio di sostegno psicologico alle famiglie in fase di separazione (per genitori e figli).

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Ad oggi le spese correnti dell'Associazione sono coperte dal tesseramento e dalle donazioni; i compensi dei soci attivi vengono ricavati dagli incassi dei singoli progetti, liberi dalle spese. Una volta ammortizzato il finanziamento iniziale, l'Associazione disporrà di un disavanzo da utilizzare per gli investimenti (materiali, strategie promozionali, erogazione di un maggior numero di servizi a costo zero per l'utente). La nostra Associazione, pur fornendo servizi di utilità sociale simili a quelli forniti dallo Stato, attualmente non percepisce contributi pubblici. Ricordiamo che problematiche psicologiche e sociali trascurate possono sfociare in abbandono scolastico, bullismo, suicidio, violenze familiari, ricovero psichiatrico: tutti esiti che rappresentano un grave danno sociale. L'unico esito monetizzabile è il ricovero psichiatrico: da inchieste giornalistiche e dati Asl un ricovero costa complessivamente all'Azienda Sanitaria da € 200 a € 600 al giorno. Per fare un paragone intuitivo, con la stessa cifra Handling può erogare da due a sei mesi di psicoterapia a frequenza settimanale e prevenire i danni più gravi.



### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** La Magnolia - Società in nome collettivo
- **Indirizzo:** piazza Delle Betulle 12, Rodano (MI)
- **Telefono:** 02 95321140, 392 8841810
- **Referente:** Libera Giovanna Martino - Psicologa Coordinatrice di rete
- **Mail:** liberamartino@libero.it, magnolia.snc@legalmail.it
- **Team di lavoro:** Barbara Curti - Socia, Denise Saturno - Educatrice

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che ci proponiamo di affrontare ha il suo fulcro nella solitudine e nel malessere delle famiglie moderne e nella prevenzione di tale disagio. Le cause del malessere risiedono a nostro avviso nell'impossibilità da parte della Pubblica Amministrazione di far fronte alla moltitudine ed alla complessità della domanda del cittadino: in assenza di un'attenta indagine ed analisi del bisogno, operabile solo da uno psicologo competente, la Pubblica Amministrazione si vede oberata dal carico pressante di richieste e dalla scarsità di risposte e risorse sul territorio.

Il progetto prevede un'attenta ed accurata rete di sostegno alla famiglia che ha il suo fulcro nella figura chiave dello psicologo, il quale filtra la richiesta e la indirizza verso il servizio in rete più adatto a soddisfarla. Due sono gli elementi distintivi del processo: la partnership con tre centri differenti nella loro gestione ma uniti dal comune fattore infanzia, e il coordinamento centrale operato dallo stesso coordinatore, il quale ben conosce gli staff e le peculiarità dei servizi. Il progetto è meritevole perché abbraccia tutto il panorama delle famiglie sul territorio ed i principali problemi possibili. Merita di essere sostenuto al fine di poter supportare anche le realtà meno abbienti. È fondamentale per il territorio perché offre la collaborazione di figure altamente specializzate ad un costo accessibile. Non solo: risponde alla richiesta di prevenzione primaria in quanto fornisce importanti indicazioni sullo stile di vita adeguato, migliora l'ambiente relazionale e psicologico offrendo corsi e spazi per il tempo libero, risponde ai criteri di prevenzione secondaria e terziaria perché attiva processi di valutazione del sintomo e di cura della patologia (collaborazione medico-psicologo). Il nostro obiettivo è soddisfare la definizione dell'OMS di salute intesa come benessere fisico, psicologico e sociale.

### BENEFICIARI

Se si interviene sul bambino e sulla sua famiglia, miglioriamo non solo la vita delle persone direttamente coinvolte, ma anche delle istituzioni che le hanno in carico.

Nell'asilo nido gestito da La Magnolia SNC è attivo un programma di raccordo con la scuola materna che permette uno scambio di informazioni fondamentale per la gestione dei bambini. Inoltre la nostra convenzione con il Comune ci consente di offrire ai cittadini meno abbienti un servizio di nido privato al costo del comunale, con un notevole risparmio per la famiglia ma anche per il Comune, che non si deve far carico di tutti i costi di gestione che un nido comporta. Per quanto riguarda i progetti in fase di avvio (centro famiglia disabili e sportello fragilità) è nostra intenzione creare una stretta collaborazione con ASL e assistente sociale, sgravandoli dell'onere (economico e sociale) di affrontare l'analisi della domanda e la ricerca di un centro di riabilitazione, poiché saremo noi stessi a fornire questi due nodi centrali della risoluzione del problema.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Rodano, Settala, Melzo, Pantigliate e Milano, ma è riproducibile anche in altre realtà a patto di rispettare la qualità impressa nella stesura dello Statuto della partnership.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto porterà dei risultati perché la domanda delle famiglie non trova attualmente una risposta professionale e qualificata né l'organizzazione dei ritmi e del tempo libero delle famiglie, che spesso lamentano una carenza di strutture idonee e sicure. E' proprio questo che noi vogliamo offrire: consulenza professionale ed invio presso la realtà che meglio risponde alle esigenze rilevate. Ci preoccupiamo di creare iniziative sociali a vantaggio del cittadino; offriamo la consulenza di esperti (pediatra e psicologo) senza costi aggiuntivi per le famiglie, al fine di promuovere la prevenzione e la diagnosi precoce dei problemi; offriamo occasioni di svago, crescita e riflessione; offriamo agli hobbisti della zona la possibilità di promuovere dei corsi all'interno dei laboratori; ci impegniamo affinché le famiglie si sentano coinvolte e mai sole nel delicato processo di crescita dei propri bambini. Ci stiamo proponendo come centro per le famiglie a 360 gradi per offrire una vasta gamma di servizi attivi.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Asilo nido Rodano-Milano: servizio custodia ed educazione della fascia di età 0-3 anni, con particolare cura posta sul progetto didattico e sulla qualità delle relazioni familiari attraverso il ruolo chiave dello psicologo che si fa carico di accogliere le richieste, analizzare i bisogni e le problematiche e offrire soluzioni pratiche. Offriamo un servizio di consulenza psicologica e pediatrica ed un costante monitoraggio dello sviluppo armonioso del bambino.
- Ludoteca Rodano-Milano: il servizio offre alle famiglie uno spazio di gioco condiviso con il proprio bambino e la possibilità di creare una rete di amicizia tra mamme o nonne frequentanti. Diamo particolare rilievo alla costruzione di un programma coinvolgente non solo per i bambini ma anche per gli adulti, con corsi e giornate a tema con esperti del settore.
- Corsi per adulti: corsi di comunicazione, training autogeno, meditazione e rilassamento, al fine di aiutare la famiglia a gestire meglio le proprie dinamiche interne e prevenire il disagio ed il conflitto. Proponiamo inoltre corsi tematici sullo sviluppo del bambino in collaborazione con altri esperti del settore, per offrire alle famiglie ed agli educatori una panoramica completa delle teorie maggiormente accreditate.
- Centro disabili: offriremo un servizio di custodia assimilabile al nido/centro infanzia ed uno spazio ludico condiviso con il genitore. Si tratta di due momenti distinti che hanno il comune scopo di sostenere la famiglia del bambino ed il bambino stesso nella sua crescita. All'interno del centro troveranno spazio sia aspetti terapeutici e riabilitativi che aspetti ludici e di intrattenimento. Vogliamo avvalerci della collaborazione di uno staff medico per offrire alle famiglie un supporto diagnostico, sostenuto emotivamente dalla presa in carico dello psicologo.
- Sportello fragilità: è un servizio aggiuntivo che prevediamo su chiamata e che andrà a completare il panorama delle offerte in modo da abbracciare ogni possibile difficoltà familiare.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Se si dovesse aprire un asilo nido e un centro disabili pubblici i costi gestionali ammonterebbero a circa € 155.000 per centro. Sostenendo solo in parte la gestione del centro con un contributo pari al 20% di questa spesa (€ 30.000) e sostenendo le rette di 3 famiglie disagiate con un costo pari a € 16.500 (€ 500 al mese per 11 mesi, per tre famiglie) abbiamo una spesa complessiva pari a € 46.500. Da contro il centro costa alla società gestente € 155.000 di spese amministrative, pertanto il risparmio per la Pubblica Amministrazione sarebbe pari a € 108.000, senza contare il miglioramento delle pratiche burocratiche che verrebbero gestite in collaborazione e del lavoro dei servizi sociali.





## Le realtà nascoste

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare LIPSIM - Associazione
- **Indirizzo:** via Assisi 33, Roma
- **Mail:** psicoanalisimultifamiliare@gmail.com
- **Referente:** Lucia Maiorino - Socia Ordinaria (lucia.maiorino@gmail.com)
- **Team di lavoro:** Andrea Narracci, Federico Russo, Ivana Mazzotti, Marta Scandurra, Ilaria Bianchi, Lucia Maiorino, Nicoletta Agostini, Francesca Romanazzi, Orsola Ranieri

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è quello del disagio psichico-sociale delle famiglie, dei giovani, degli adulti e vulnerabilità sociali. In ogni esperienza di disagio psicologico è indubbio il riconoscimento di dinamiche soggettive ed intersoggettive (familiari, sociali e istituzionali) che creano un contesto complesso e circolare in cui inquadrare la salute mentale. Infatti, il rischio psicopatologico può essere individuato nei diversi ambiti della relazione individuo-contesto: istituzionale (Servizi e Pubblica Amministrazione), sociale (famiglia e condizioni di vita) e individuale (esperienza soggettiva di benessere, capacità cognitive e organizzazione mentale, adattamento al contesto di vita). Uno dei principali fattori di rischio di sviluppo di un disagio mentale o addirittura d'insorgenza di una psicopatologia è l'isolamento-esclusione, che può avere un ruolo focale nell'instaurarsi di un pericoloso circolo vizioso conducendo, spesso, a situazioni di blocco e stress sia individuale che familiare. Il secondo ambito su cui focalizziamo il nostro intervento è l'ambiente. Facciamo qui riferimento sia a quelli che possono essere definiti "ambienti naturali" (Pelanda, 134), sia ai cosiddetti "ambienti di soccorso": si tratta di situazioni differenti in cui un individuo, un nucleo familiare o un gruppo di soggetti palesano difficoltà e problematiche che non possono essere comprese se non in relazione anche all'ambiente nel quale questi si inseriscono e di cui fanno parte, sia naturale che di soccorso. Si stima che l'impatto economico del disagio psichico sia molto elevato, con stime conservative pari al 3-4% del PIL dell'Unione Europea. In Italia si riscontra un aumento, rispetto a dieci anni fa, della casistica che giunge all'osservazione clinica: l'incidenza dei disturbi mentali su scala nazionale è pari all'8% circa. Tali percentuali indicano un aumento delle condizioni di disagio e difficoltà personali, relazionali e sociali, nonché un aumento del carico assistenziale e dei relativi costi per il SSN che ha la responsabilità di rispondere a tale bisogno. In aggiunta alla crescente richiesta di assistenza corrisponde un crescente depauperamento del numero dei servizi e delle risorse offerti dal Servizio Sanitario Nazionale, in seguito alla spending review e al blocco del turnover per i dipendenti pubblici.

### BENEFICIARI

- Diretti: famiglie ad alta vulnerabilità (con problemi di disoccupazione, immigrazione, genitori single, giovani coppie); famiglie multiproblematiche e conflittuali; giovani e adulti a rischio d'insorgenza psicopatologica.
- Indiretti: Servizi per la tutela della salute; operatori servizi assistenza e cura; istituz. sanitarie e P.A.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Roma, territorio dell'azienda ASL RM A.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il cambiamento si genera grazie alla possibilità del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) di attivare “interdipendenze sane” (Badaracco, 2000), enfatizzando il valore della presenza dell'altro, un “Tu” molteplice, la “minisociedad” appunto, che attraverso i processi di rispecchiamento, identificazioni strutturanti e transfert multipli offre ai presenti l'atmosfera emozionale e gli scenari emotivi e relazionali in virtù dei quali sia possibile accogliere il “Sé ferito” (Fabozzi, 2003, 205) dei partecipanti e riacquisire gradualmente la possibilità di “vedere”, sentire, chieder(si). Così facendo il gruppo permette in modo unico di “poter pensare insieme ciò che non si può pensare da soli” (Badaracco, 2000), divenendo una “preziosa occasione verso la scoperta del proprio Sé, prima non conosciuto e scisso, sia per i figli che per i loro genitori, e dunque di una “virtualità sana”.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto mira all'introduzione del dispositivo terapeutico del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare, proposto da Garcia Badaracco nel 1958, nell'Ospedale di Buenos Aires in Argentina. Verranno attivati GPMF con giovani a rischio o con diagnosi di patologia e rispettive famiglie, GPMF con nuclei familiari problematici e conflittuali, GPMF con famiglie ad alta vulnerabilità sociale. Si prevede il dispiegamento del progetto secondo fasi, strumenti e tempi definiti:

- individuazione di una rete di contatti;
- preparazione e diffusione di materiali informativi con possibilità di confronto progettuale e organizzativo con i soggetti istituzionali coinvolti;
- valutazione delle situazioni poste in rilievo provenienti dal lavoro in rete con i diversi partners, dai contatti e dagli Sportelli di Ascolto e di Rete;
- incontri di brain storming, discussione, planning e problem solving, nonché progettazione dei percorsi gruppali-terapeutici per le diverse situazioni osservate;
- avvio dei tre gruppi multifamiliari secondo modalità, tempi e luoghi stabiliti;
- valutazione e conclusione del progetto;
- restituzione dei risultati ottenuti;
- follow-up: verifica di variabili di cambiamento.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il piano finanziario stimato prevede per il primo anno un costo totale di € 93.560, con una riduzione nel secondo anno a € 82.260. Non è, al momento, possibile comparare in termini di risparmio per la P.A., in quanto di difficile rilevazione il budget di spesa pubblica per l'assistenza ai diversi ambiti e beneficiari da noi individuati. Tuttavia è possibile fornire dei dati, provenienti da altri settori specifici, che si occupano dell'assistenza alle fragilità sociali e della salute mentale. In Italia, un paziente con un disturbo mentale in contatto con i Servizi, incide con un costo medio di circa € 2600 per anno (studio di 4558 casi, registro di patologia psichiatrica di Verona Sud). La variabilità dei costi aumenta in base alla diagnosi e fase della malattia. Pertanto, un paziente con disturbo psicotico costa mediamente circa € 5400/anno, mentre un paziente con un disturbo mentale non psicotico ha un costo medio di circa € 1700/anno (Progetto Indicatori di valutazione per Percorso assistenziale, Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e Università di Bologna, 2013). La spesa media annua per i servizi all'impiego ammonta a 471 milioni di euro: si ottiene un costo per le finanze pubbliche molto elevato e pari a € 13.391 per ciascun inserimento lavorativo (Ufficio Studi Confartigianato 2013). Il Piano Sociale Municipale 2011-2015 del Municipio Roma X è uno strumento di programmazione in continuità con le analisi e le linee d'indirizzo del precedente Piano Regolatore Sociale. Dal documento si evince che le risorse finanziarie destinate alle Azioni di Sistema ammontano a € 280.000 nel 2013, mentre quelle destinate ai servizi rivolti alla popolazione adulta in condizioni di disagio ammontano a € 1.811.000 nel medesimo anno.



## Ogni cosa ha il suo tempo

### SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Centro di Psicologia Sarzanese - Associazione
- **Indirizzo:** via Terzi 8, Sarzana (SP)
- **Mail:** centropsicosarzana@gmail.com
- **Telefono:** 328 8398359
- **Referente:** Luca Bassano - Direttore Scientifico (centropsicosarzana@gmail.com)
- **Team di lavoro:** Luca Bassano-Psicologo Psicoterapeuta e Mediatore Familiare, Chiara Benassi-Psicologa Psicoterapeuta e Mediatrice Familiare, Nicoletta Lenelli-Psicologa evolutiva, Claudia Righetti-Psicologa Psicoterapeuta, Roberto Sbrana-Psicologo Psicoterapeuta ed esperto in psicologia della devianza, Diego Tomba-Psichiatra esperto in tematiche connesse con dipendenze, emergenze psichiche e disturbi post traumatici da stress

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

L'ingresso nell'adolescenza è un passaggio estremamente critico per i ragazzi ma anche per i loro familiari: le energie psichiche ed emotive che cominciano a liberarsi in questa fase espongono i ragazzi a cambiamenti interiori rapidi e difficilmente controllabili che si manifestano soprattutto nei rapporti con il contesto familiare e amicale-sociale. Questo passaggio rappresenta, per chi lo vive in prima persona, l'ingresso in un percorso evolutivo articolato che lo porterà alla cristallizzazione di una personalità adulta: la curiosità, il desiderio di cercare, di sperimentarsi, di essere visti e riconosciuti, la voglia di diventare autonomi e la paura di esserlo fino in fondo, sono i motori più potenti che guidano le trasformazioni dei ragazzi. Questi aspetti, se da una parte sono gli elementi fondamentali che permettono ai ragazzi di crescere e raggiungere una maggior autoconsapevolezza, spesso possono tradursi in comportamenti imitativi, per omologarsi o farsi accettare dal gruppo dei pari, che in questo periodo della vita assume un ruolo significativo quanto e forse più della stessa famiglia. In questo senso si possono verificare utilizzo di alcool, sostanze stupefacenti, agiti violenti, ricerca di "emozioni forti" attraverso esperienze pericolose, il tutto vissuto con una apparente inconsapevolezza ed incoscienza. E' evidente come i genitori davanti a un quadro così complesso siano disorientati. Se l'ingresso nell'adolescenza spinge il giovane a cambiamenti repentini e radicali, allo stesso tempo "costringe" il genitore a un profondo mutamento dell'ottica con cui guarda e valuta i comportamenti del figlio. Questa ristrutturazione è anche, necessariamente, affettiva ed emotiva, poiché spesso assistere a questi profondi cambiamenti comportamentali suscita emozioni contrastanti. Se un genitore non riesce a cogliere la complessità di questo cambiamento e a ristrutturare in maniera plastica il suo ruolo educativo e affettivo, trovare un piano comunicativo comune con il proprio figlio potrebbe diventare molto difficile. In questo contesto si perde talvolta il significato evolutivo dei comportamenti adolescenziali per cui la contestazione dei limiti posti dai genitori e il tentativo di bypassarli per conquistare maggiore spazio autonomo è sano e auspicabile, mentre abdicare dal compito di orientare, porre limiti e vigilare (mantenendo vivo uno spazio dialogico e affettivo col proprio figlio), può essere estremamente nocivo. Purtroppo nell'illusione che il conflitto sia pericoloso e nel tentativo conseguente di scongiurarlo a tutti i costi, questa dinamica fondamentale per la crescita psichica ed emotiva armonica di un ragazzo non riesce a innestarsi. Il rischio è che egli non riesca ad assumersi la responsabilità dei suoi compiti evolutivi – rifiutandoli o evitandoli – e che nella famiglia si aprano crepe profonde dal punto di vista relazionale.

## BENEFICIARI

- Famiglie di adolescenti delle scuole secondarie superiori della provincia di La Spezia che aderiscono all'iniziativa.
- Adolescenti che frequentano le scuole secondarie di La Spezia che aderiscono all'iniziativa.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Liguria, provincia di La Spezia.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'impianto del progetto si può riassumere con la parola "empowerment": implementando cioè le capacità di osservazione, comprensione, intervento, migliorando le abilità relazionali in un momento così complesso come l'ingresso in adolescenza di un figlio, per tutta la famiglia, si ritiene possa essere molto efficace per la prevenzione di una serie di fattori che favoriscono comportamenti disadattivi:

- agiti violenti e/o aggressivi in famiglia;
- comportamenti auto lesivi;
- comportamenti sessuali rischiosi;
- uso di droghe;
- abbandono scolastico;
- crisi emotive e di ansia;
- ritiri sociali/isolamento;
- ricoveri in reparti di diagnosi e cura.

Tutti questi comportamenti possono favorire la cristallizzazione di personalità patologiche nell'area dei disturbi di personalità e dell'umore.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Parental coaching in piccoli gruppi di genitori sui temi suddetti. Questa attività permette di lavorare sulla comprensione di alcuni meccanismi relazionali, psichici ed emotivi che entrano in gioco nei figli adolescenti e sulle ricadute nelle famiglie; sulla condivisione di ansie, angosce e paure, sull'acquisizione di competenze in diverse aree (dipendenze, acting out, depressioni e ansia in adolescenza, difficoltà scolastiche, crisi emotive) per riuscire a fronteggiare in maniera efficace le situazioni che si possono creare.
- Presa in carico di situazioni familiari particolarmente difficoltose dal punto di vista relazionale e comportamentale.
- Presa in carico di adolescenti con difficoltà comportamentale, emotiva, psichica.
- Costruzione di una rete con gli istituti superiori e con le risorse socio-sanitarie del territorio.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo del progetto per ogni anno della sua realizzazione è di €40.000 a regime, e coinvolge potenzialmente 100 famiglie.

Ogni adolescente in carico ad un servizio pubblico costa circa € 5.000 l'anno, mentre un anno di residenzialità in una struttura costa in media € 21.900 l'anno.

Si evince che limitare l'accesso al Servizio Pubblico o l'ingresso in una struttura costituisca un risparmio notevole per la Pubblica Amministrazione.



## Per una diffusione nel territorio italiano dei Centri Post Adozione: il modello del Centro post adozione La Luna e L'Aquilone

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Centro Post Adozione La Luna e L'Aquilone - Associazione
- **Indirizzo:** Piazza Gobetti 8, Milano
- **Mail:** lalunaelaquilone@libero.it
- **Referente:** Mara Foppoli - Presidente
- **Mail:** mara.foppoli@gmail.com
- **Team di lavoro:** Mara Foppoli e Antonella Evangelista

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che il Centro Post Adozione La Luna e L'Aquilone intende affrontare riguarda la questione dei fallimenti adottivi in Italia e il disagio psicologico legato alla condizione adottiva. In coerenza con i principali fattori di rischio che la condizione adottiva potrebbe essere portatrice troviamo:

- l'età del minore;
- le condizioni di vita precedent;
- l'esposizione a fattori di rischio che implicano a loro volta traumi e disagi psicologici, psichiatrici e psicomotori che rendono maggiormente difficoltose le relazioni familiari, tali da porre in essere il rischio di un fallimento adottivo.

Attualmente chi si trova in una situazione di crisi fallimentare utilizza il Servizio Nazionale Sanitario di Pronto Soccorso e ricoveri temporanei nei reparti di neuropsichiatri infantile/psichiatria territoriali (ASL) causando un aggravio dei costi sanitari e di disponibilità del servizio.

Inoltre il rivolgersi ad un centro post adozione permette di non disperdere risorse ed energie, trovando personale qualificato che ben conosce e gestisce le problematiche ed i disagi che possono accompagnare le famiglie adottive.

### BENEFICIARI

- Diretti: 12.067 minori che potrebbero aver bisogno di rivolgersi ad un Centro Post Adozione.
- Indiretti: genitori, parenti, insegnanti, medici, pediatri, enti, ASL, ospedali, servizi UONPIA.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Milano e provincia.

### VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Al Centro Post Adozione hanno accesso le coppie che hanno un figlio adottivo che manifesta un disagio di vario genere (scolastico, motorio, linguistico, sintomatologico).

Nel Centro viene effettuato un primo colloquio gratuito che ha l'obiettivo di orientare la famiglia adottiva verso l'intervento più idoneo a seconda delle problematiche che presenta.

Vi è quindi l'identificazione di un quadro di intervento in cui possono venire identificati anche professionisti esterni come psicomotricisti, logopedisti, psichiatri.

Nel caso invece in cui l'intervento si orienti verso una psicoterapia individuale sul bambino, essa potrà essere fatta da psicoterapeuti del Centro stesso.

Vi è comunque al contempo anche una valutazione dell'eventuale necessità di un supporto genitoriale attraverso una serie di incontri mirati di parental coaching che hanno l'obiettivo di rinforzare e fornire consulenza per la gestione di situazioni che non permettono ai genitori stessi di gestire la situazione familiare.

Laddove la situazione si presenti in avanzato stato di criticità, potranno essere attivati i servizi del territorio. La soluzione qui illustrata propone dei vantaggi in termini di tempistica di intervento, volendo di fatto evitare che le relazioni e le problematiche assumano una dimensione critica di irreversibilità.

### **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

- Per le famiglie: Spazio Ascolto, incontri tematici di formazione, laboratori di espressione emotiva, gruppi di autoaiuto, accompagnamento nelle varie fasi di sviluppo del bambino, consulenza psicologica, servizio di terapia.
- Per le scuole: corsi di formazione, incontri tematici.
- Per gli enti autorizzati: colloqui e relazioni post adozione, corsi di formazione.
- Per i pediatri: incontri tematici, discussione casi, consulenza gratuita.

### **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

Il finanziamento richiesto per il progetto è di € 54.100 per un anno e di € 108.200 per due anni: 20 minori, 40 sedute di psicoterapia individuale + 20 coppie genitori adottivi per 10 sedute di coppia.

Dal punto di vista della Pubblica Amministrazione si va a diminuire la probabilità di fallimento adottivo sgravando il SSN dei costi conseguenti.



# Potenziamento cognitivo per rallentare il decadimento cognitivo: un progetto che integra attività per pazienti e caregiver

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Giulia Gamberini - Psicologa
- **Indirizzo:** via Luisa Del Carretto 44/C, Torino
- **Mail:** gamberini.psicologa@gmail.com
- **Telefono:** 347 9364250

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La demenza è la più grande sfida per i sistemi di welfare del XXI secolo date le inevitabili ricadute a livello familiare, sociale ed economico destinate ad aggravarsi nel tempo. Si tratta di uno dei maggiori problemi sanitari e socio-assistenziali, poiché è una delle principali cause di disabilità e la gestione del paziente in fase avanzata richiede un impegno economico elevato e costante.

La demenza comporta deficit cognitivi più o meno gravi ed invalidanti; quindi l'attivazione o stimolazione cognitiva si è dimostrata uno strumento estremamente efficace per mantenere o supportare l'efficienza cognitiva generale o di specifiche attività, poiché ne rallenta la degenerazione cerebrale. Tale tecnica consente l'acquisizione ed il successivo utilizzo di strategie e modalità cognitive funzionali alle richieste del contesto di vita e fornisce la possibilità di continuare a vivere nell'ambito familiare sentendosi competente. L'età è uno dei fattori di rischio associato all'insorgenza della patologia e nel mondo il numero degli anziani è in crescita continua. In particolare in Italia le previsioni demografiche ISTAT 2005-2050 evidenziano che la percentuale di anziani over 65 passerà dal 19,5 al 33,6%. Il peso dell'invecchiamento è confermato dalle stime di diversi studi epidemiologici internazionali che prevedono un costante aumento del numero dei casi di demenza. L'OMS ritiene che questi siano destinati al raddoppio ogni 20 anni: 35 erano i milioni di persone nel mondo affette dalla patologia nel 2010, con la previsione di raggiungere 76 milioni nel 2030 e 135 milioni nel 2050. Nel continente europeo le stime più attendibili prospettano per il 2020, 15 milioni di persone con demenza, con un conseguente investimento economico notevole: già nel 2008 la spesa nei paesi UE risultava di oltre 160 miliardi di euro, di cui il 56% del totale per le sole cure informali. Entro il 2030, tenuto conto dell'evoluzione demografica, è possibile ipotizzare un aumento di circa il 43%.

## BENEFICIARI

Nella regione Piemonte è di circa 75.000 il numero di pazienti affetti da demenza con grado di gravità diversa e circa 20.000 sono in carico alle UVA. Il presente progetto è destinato a soggetti con diagnosi di demenza lieve ( $25 < MMSE < 19$ ) o moderata ( $18 < MMSE < 12$ ) ed ai rispettivi caregivers. I benefici coinvolgono indirettamente anche il nucleo familiare, messo a dura prova nel suo equilibrio psicofisico dalla nuova situazione che si trova a vivere.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Piemonte, città di Torino e provincia.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto propone la stimolazione cognitiva del paziente con demenza lieve-moderata in presenza del caregiver con lo scopo di migliorare la qualità della vita del primo e di ridurre il

grado di stress emotivo del secondo. Una stimolazione programmata delle funzioni compromesse (memoria episodica e semantica, attenzione, orientamento temporo - spaziale e linguaggio) può migliorarle. Studi in letteratura (Woods B., Aguirre E. et al., 2012; Olazaran J., Reisberg B. et al., 2012; Imbriano L., Podda L. et al., 2012) confermano l'utilità dell'intervento con stabilizzazione delle performances ai test cognitivi, effetti "benefici" sulla memoria e sulla cognizione e miglior qualità di vita (miglioramento della percezione di sé e del mondo circostante con aumento dell'interazione, riduzione dell'apatia, stabilizzazione dell'autonomia quotidiana). Tali risultati sono confermati dai caregivers, che manifestano diminuzione del livello di ansia e depressione, minor carico emotivo e maggior capacità di gestione del paziente.

## **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Disponibilità a raggiungere il Centro per 2 incontri settimanali (4 ore totali) per 5 settimane; ciascun incontro è organizzato in tre fasi:

- fase iniziale con saluti ed orientamento spazio-temporale;
- fase centrale dedicata alla stimolazione delle singole funzioni cognitive;
- fase finale con breve sintesi dell'incontro e saluti.

Caratteristiche ambientali:

- locale luminoso, libero da interferenze, con sedie disposte a semicerchio;
- ausili quali lavagna, calendario, segnaposti, orologio, quotidiani locali;
- a disposizione fogli, matite, pennarelli.

Per il paziente:

- attività di gruppo per potenziamento di: memoria, attenzione, linguaggio/comunicazione, abilità prassiche, funzioni esecutive, orientamento spazio-temporale;
- attività di socializzazione.

Per il caregiver:

- gruppi di sostegno e psico - educazionali relativi alla gestione del paziente;
- inclusione nel gruppo dei pazienti per l'apprendimento di alcuni esercizi di stimolazione cognitiva da ripetere al domicilio.

## **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

Il progetto prevede per un ciclo con 6 pazienti e 6 caregiver un costo complessivo di € 9.010 e, data l'efficacia, comprovata dalla letteratura, di tale attività, potrebbe essere presentato, per il reperimento di fondi, a Fondazioni e/o banche.

I benefici ottenuti sia dai pazienti, in termini di minore ricorso a terapie farmacologiche, minori ricoveri e ritardo nell'istituzionalizzazione, sia dai caregiver, per diminuzione dell'utilizzo di psicofarmaci, minore ricorso al sostegno psicologico e diminuzione delle assenze lavorative, determinano un notevole risparmio per la Pubblica Amministrazione. A tale proposito si ricorda che nella Regione Piemonte il Piano Regionale di prevenzione 2010-2012 per la "Diagnosi precoce della patologia di Alzheimer e delle altre demenze" ha previsto una riduzione del 10% della spesa in terapia farmacologica. Nel triennio 2013-2015 la stessa Regione ha simulato l'applicazione di un progetto di diagnosi precoce su una popolazione di circa 2.500 soggetti di cui si prevede l'intercettazione di circa 300 a rischio demenza, che non saranno istituzionalizzati in strutture residenziali e semiresidenziali con un risparmio previsto di circa € 1.800.000. Analisi recenti evidenziano che la diagnosi precoce per le demenze, per raggiungere l'efficienza economica, deve ottenere un modesto aumento della qualità media di vita delle persone affette dalla patologia con miglioramento delle autonomie quotidiane, oltre ad una diminuzione del 10% dell'istituzionalizzazione. In particolare un guadagno compreso tra 0.01 e 0.02 QALYs (indice che identifica gli anni di vita ponderati per qualità) per persona all'anno, sarebbe sufficiente a raggiungere l'efficienza economica (in termini di valore attuale netto positivo).





## Progetto Kairos: sostegno e presa in carico della famiglia adottiva

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Roots Of Life - Organizzazione di volontariato
- **Indirizzo:** via Trionfale 85, Roma
- **Mail:** info@rootsoflife.it
- **Telefono:** 346 5105275, 328 6106141
- **Referente:** Joyce Flavia Manieri - Direttrice dell'Area Psicosociale (joyce.manieri@psypec.it)
- **Team di lavoro:** Joyce Flavia Manieri, Sonia Neudam, Giovanna Teti

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto presentato intende creare un servizio dedicato al supporto delle famiglie adottive nella delicata fase del post adozione. L'intervento è mirato al sostegno dei bisogni dell'adottato, volto alla massimizzazione delle sue risorse e di quelle dei suoi genitori adottivi, all'insegna di un'ottica prevalentemente preventiva. Il progetto in particolare intende colmare le criticità del sistema attualmente in essere per il sostegno post adottivo. Difatti, anche se l'art. 9, lett. c) della Convenzione Aja del 23/05/1993 invita i diversi Stati ad istituire servizi di consulenza anche per la fase successiva all'adozione, ancora oggi risulta insufficiente la definizione degli interventi, dei percorsi e dei livelli di prestazioni effettuate. La legge 184/83 all'art. 34 c. 2 stabilisce che "dal momento dell'ingresso in Italia e per almeno un anno, ai fini di una corretta integrazione familiare e sociale, i servizi socio-assistenziali degli enti locali e gli enti autorizzati, su richiesta degli interessati, assistono gli affidatari, i genitori adottivi e il minore. Essi in ogni caso riferiscono al tribunale per i minorenni sull'andamento dell'inserimento, segnalando le eventuali difficoltà per gli opportuni interventi." Solo oggi, sulla base di quanto l'esperienza ci ha insegnato (in Italia dal novembre del 2000 al 31.12.2013 sono 39.000 i ragazzi adottati - nel solo Lazio sono stati 4.003 - e di questi circa il 95% in adozione internazionale ed il 5% in adozione nazionale) viene restituita al post adozione una vera e propria centralità, in un'ottica di prevenzione. Oggi, il tema è al centro della riforma della legge sulle adozioni, tanto che la discussione (seduta del 15/07/2014) alla Camera dei Deputati propone di incentivare la formazione e l'accompagnamento dei genitori adottivi anche nella fase post-adozione da parte dei servizi socio-assistenziali e degli enti autorizzati. Sul territorio italiano non esistono centri specializzati nel supporto all'esperienza adottiva e, ad oggi, troppo spesso le carenze intrinseche alle risorse dei Servizi Specialistici Territoriali si traducono nella necessità da parte della famiglia adottiva di ricorrere ad interventi specialistici privati. Ciò comporta un senso di abbandono e di solitudine, un onere economico difficilmente sostenibile ed una sensazione di frammentarietà e disarticolazione degli interventi ricevuti. Inoltre, le figure specialistiche a cui le coppie si rivolgono, talvolta dimostrano una certa impreparazione rispetto alle problematiche adottive.

### BENEFICIARI

- Genitori adottivi: 240 sulla base dei dati del 2013
- Bambini/Ragazzi adottivi: 287 sulla base dei dati del 2013
- 21 Gruppi di Lavoro Integrati sull'Adozione
- Scuole, comunità locale e Casse comunali della Regione Lazio

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio

### VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Ancora non ci sono, né a livello nazionale né a livello internazionale, ricerche organiche sull'impatto sociale della strutturazione di un'offerta di supporto all'esperienza adottiva per le famiglie accoglienti. Tuttavia sono interessanti i risultati di una ricerca condotta dalla ULSS 16 di Padova in collaborazione con l'omonima Università dal 2010 al 2013. La ricerca afferma che le adozioni concluse oggi sono portatrici di una maggiore complessità rispetto al passato; analizzando i contesti di crescita in cui i bambini erano inseriti prima dell'adozione (ogni bambino risultava aver avuto da 1 a 5 diversi collocamenti, motivo per il quale la somma delle percentuali non fa 100) è risultato che la maggior parte (77%) era all'interno della famiglia d'origine, il 62% in istituto, il 26% in affidamento etero familiare, il 16% era ospedalizzato, il 7% proveniva da un fallimento adottivo, il 5% in affidamento intra familiare ed il 3% si trovava in comunità. Per rispondere all'aumento della complessità (e quindi ai nuovi bisogni) la ULLSS 16 di Padova afferma di aver dovuto aumentare in maniera statisticamente significativa le prestazioni erogate alle famiglie adottive ed ai loro figli arrivando a fornire mediamente 5 prestazioni l'anno per ogni bambino. Garantendo il sostegno per 3 anni ha, inoltre, stimato di aver ottenuto, per i ragazzi adottati, la diminuzione dei problemi sanitari (-8%) e psicologici legati ai vissuti traumatici (-16%). La ricerca sembra dunque dimostrare che la presa in carico tempestiva delle famiglie adottive ha una funzione protettiva rispetto al mantenimento dei rapporti familiari ed al benessere dei genitori e dei ragazzi.

### ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Per i genitori adottivi: predisposizione di un progetto di accompagnamento; coordinamento degli interventi e messa in rete delle risorse disponibili; presa in carico della famiglia adottiva entro 45 giorni dall'ingresso del bambino; predisposizione di gruppi di mutuo aiuto per i genitori adottivi; predisposizione di un centro unico specializzato per l'utenza del comune di Roma e di uno sportello di consulenza telefonica sui diritti ed i congedi dal lavoro.
- Per i ragazzi adottati: presa in carico della famiglia e supporto alla costruzione dell'appartenenza familiare; sostegno all'elaborazione della condizione adottiva da parte dei ragazzi, con particolare attenzione alla fase adolescenziale; predisposizione di gruppi di bambini o ragazzi adottati con la creazione di laboratori per la realizzazione anche di una rete informale di supporto; accompagnamento all'inserimento scolastico; predisposizione di un piano educativo individualizzato se necessario; forme di monitoraggio e sostegno all'esperienza scolastica.
- Per le scuole: azioni formative all'interno delle scuole del territorio romano; predisposizione e cura dei primi incontri conoscitivi tra scuola e famiglie; supporto alla valutazione delle competenze emotive e cognitive dei bambini; azioni di monitoraggio; cura dei passaggi dei cicli scolastici; sostegno al prosieguo dell'esperienza scolastica; orientamento scolastico.
- Per la Pubblica Amministrazione: predisposizione di una rete di comunicazione con gli enti autorizzati (per le adozioni internazionali) e con il Tribunale per i minorenni (per le Adozioni nazionali) per registrare gli ingressi dei minori in famiglia.

### SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il Finanziamento richiesto è di € 100.000 euro per un risparmio stimato per la Pubblica Amministrazione di € 1.011.712 ottenuto dalla diminuzione dei ragazzi adottati inseriti in comunità e dalla diminuzione dei cicli di valutazione e consulenza dei servizi di Neuro Psichiatria Infantile richiesti dalla scuola.



## Psicoterapeuti divorzisti: l'alternativa per una separazione efficace

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Emanuela Cammarano - Project Leader
- **Indirizzo:** via Mameli, 8 Mestrino 35035 (PD)
- **Mail:** emanuela.cammarano@ordinepsicologiveneto.it
- **Telefono:** 320/7539463; 349/5031034; 347/1527544
- **Team di lavoro:** Emanuela Cammarano, Alba Mirabile, Samuela Sommacal

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

A fronte della questione degli elevati costi della Giustizia, lo Stato Italiano interviene cercando di ridurre i costi di quella Civile; tra i procedimenti di questo tipo emerge che quelli relativi a divorzi e separazioni ne costituiscono una parte consistente, rallentando l'ingranaggio giudiziario, specialmente in caso di azioni non consensuali tra i coniugi. Per questo motivo l'intervento dello Stato in questo ambito si è indirizzato verso l'introduzione di alcuni strumenti al fine di alleggerire la pressione dei procedimenti sui tribunali; ad esempio, il "Divorzio Facile", che prevede una convenzione di negoziazione assistita da un avvocato, oppure, più recentemente, il "Divorzio Breve", il cui Decreto di Legge istitutivo prevede anche una norma sul "Divorzio Immediato", di cui possono beneficiare i coniugi che decidono consensualmente di sciogliere il matrimonio, presentando ricorso al magistrato. Essi non devono avere figli minori, figli maggiorenni incapaci o portatori di handicap grave o figli di età inferiore ai 26 anni economicamente non autosufficienti.

A fronte di questa situazione di alleviamento degli oneri in capo ai tribunali, prevediamo tuttavia che si potranno creare conseguenti situazioni di emotività accesa dovute alla rapidità del procedimento, che potranno avere degli esiti non previsti o addirittura contrari rispetto alle intenzioni: possibile aumento dei divorzi contenziosi, problematiche di dissidio irrisolte (aspetti patrimoniali, diritti di visita dei figli, emotività intrinseca legata a queste vicende). Poiché crediamo che ridurre la conflittualità tra i coniugi sia l'unico strumento per agevolare anche il procedimento giudiziario (spesso infatti anche il decorso del tempo permette ai coniugi, in un secondo momento e stemperate le tensioni iniziali, di arrivare ad un divorzio congiunto), il progetto proposto rappresenta la possibilità di affrontare la problematica dalla prospettiva che riteniamo più consona, cioè attraverso la professionalità e le competenze psicoterapeutiche.

### BENEFICIARI

- Coppie che hanno intenzione di separarsi e che, non riuscendo a risolvere la conflittualità, presenteranno richiesta di separazione giudiziale presso il Tribunale (12.870 coppie, dati ISTAT sul 2012).
- Contesto familiare più allargato.
- Soggetti ed enti coinvolti nelle problematiche inerenti al nucleo familiare (Istruzione, Sanità, Sociale).

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

In presenza di una volontà di separazione, spesso si fa riferimento solo alla figura del mediatore familiare, a cui è affidato il compito di riorganizzare le relazioni familiari. Obiettivo della mediazione familiare è la cogenitorialità per salvaguardare la responsabilità genitoriale individuale verso i figli. La mediazione familiare è una disciplina trasversale che usa conoscenze della sociologia, psicologia e giurisprudenza, finalizzate all'utilizzo di tecniche specifiche, come la mediazione e negoziazione del conflitto. Differentemente da questa figura, lo scopo dello psicoterapeuta divorzista non è quello di mediare, ma di risolvere il conflitto utilizzando le tecniche e le conoscenze acquisite con la specializzazione in psicoterapia. Un percorso terapeutico porta una persona, una coppia, una famiglia o un gruppo di persone a incontrare lo psicoterapeuta con l'obiettivo di risolvere i propri problemi. La psicoterapia decodifica la sofferenza e fa leva sulle risorse latenti della persona per produrre il cambiamento: si realizza così un nuovo e più stabile equilibrio, le difficoltà si risolvono e si otterranno quindi benefici sulla vita, sia dal punto di vista familiare, che da quello lavorativo e sociale, con tutto ciò che ne consegue.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

L'attività del progetto consisterà in:

- dieci sedute di psicoterapia intensiva breve di coppia, ripetibili a discrezione del professionista sino alla risoluzione del conflitto coniugale.

Il lavoro dello psicoterapeuta si rivolgerà all'interesse dell'individuo:

- aiuterà le coppie e le sosterrà attivamente nella risoluzione del conflitto;
- mirerà ad attivare le risorse interiori di ciascuno per risolvere i vari problemi al fine di condurre ad una maggior consapevolezza di sé e dei propri meccanismi relazionali.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Purtroppo non è possibile avere dei dati dettagliati e analitici su quanto ammonti mediamente all'anno il costo di un procedimento di separazione giudiziale; tuttavia sappiamo che il costo totale annuo della giustizia in Italia ammonta a € 4.088.000.000 (dati della Commissione Europea per l'efficienza della giustizia - CEPEJ) e che processi civili celebrati in un anno sono circa 7.000.000. Dunque possiamo calcolare un costo medio di circa € 554 per processo. Moltiplicando quindi il numero totale dei procedimenti di separazione giudiziale (12.870) per la loro durata media (890 giorni, dati ISTAT relativi all'anno 2012) si ottiene un costo complessivo di € 17.824.950 circa, che la macchina della giustizia potrebbe risparmiare affidando la risoluzione del contenzioso al progetto. Un ulteriore guadagno sarebbe il risparmio di tempo: i tribunali non vedrebbero più intasate le loro aule per questo tipo di procedimento e ciò darebbe la possibilità di smaltire più velocemente tutte le altre tipologie di cause. A proposito di questo, il Centro Studi di Confindustria (2011) stima che basterebbe abbattere anche del 10% i tempi di risoluzione delle cause per guadagnare lo 0,8 % del PIL all'anno.

In più dobbiamo ritenere che le coppie che richiedono una separazione giudiziale potrebbero poi richiedere un divorzio giudiziale: apporterebbero, dunque, un altro considerevole costo per la macchina della giustizia: rispetto ai divorzi giudiziali, il 22,6% dei divorzi concessi nel 2012 viene esaurito con rito giudiziale e la durata media del procedimento di divorzio giudiziale è di 724 giorni contro i 162 della durata media del procedimento di divorzio consensuale (dati ISTAT 2012). Il progetto, quindi, andando ad intervenire sulle coppie che richiedono una separazione giudiziale, proponendosi di risolvere la conflittualità tra i coniugi, ridurrebbe conseguentemente anche il numero di richieste di divorzio giudiziale, con ulteriore risparmio economico e di tempo, per la P.A.



## **Punto Mamma-Bambino: una proposta di intervento di prevenzione, accompagnamento e trattamento per la relazione primaria**

### **SCHEDA ANAGRAFICA**

- **Proponente:** Enrica Cavalli e Manuela Montalto – Libere professioniste
- **Indirizzo:** corso Francia 270/2 e via Silvio Pellico 34, Torino
- **Referente:** Enrica Cavalli - Psicologa Psicoterapeuta
- **Mail:** enricacavalli@virgilio.it
- **Team di lavoro:** Enrica Cavalli e Manuela Montalto, Psicologhe/Psicoterapeute

### **DESCRIZIONE DEL PROBLEMA**

Si intendono affrontare tre aree di bisogno psichico connesse alla relazione primaria genitore-bambino ed alla conseguente strutturazione della personalità del minore.

- Una prima area legata alle fragilità e alle difficoltà che il genitore, il bambino o entrambi si trovano ad affrontare e per le quali possano sentirsi inadeguati e bisognosi di aiuto. All'interno di quest'area possono portarsi in esempio casi quali difficoltà di attaccamento o allattamento, intrusività parentale, separazione o, nella funzione educativa, contenimento emotivo.
- Una seconda area è legata alle problematiche psichiche e relazionali predittive di un possibile rischio psicoevolutivo: ne sono esempio situazioni di disagio relazionale che sottintendono a episodi quali depressioni post partum, modelli relazionali disfunzionali acquisiti ed esperienze traumatiche non elaborate, blocco evolutivo del minore in una delle aree di crescita (alimentazione, sonno, controllo sfinterico, linguaggio, separazione).
- La terza area è invece connessa alla manifesta o conclamata problematica psichica, fisica o relazionale che condiziona il bambino, il genitore o il legame tra di essi. Si tratta ad esempio di situazioni contrassegnate da patologie psichiche e fisiche del genitore, patologie genetiche/congenite del bambino, nascite premature, isolamento sociale. Le principali cause sono strettamente correlate ad un panorama sociale, economico, assistenziale ed intrapsichico già di per se difficile che non facilita di certo una fase complessa e delicata come quella del diventare genitori.

L'intento dell'intervento è quello di offrire un servizio che vada a colmare le lacune dell'assistenza pubblica che non riesce ad offrire ascolto o riparazione se non nei casi di conclamata, immediata e multifattoriale disfunzione del nucleo genitoriale.

### **BENEFICIARI**

L'intervento è rivolto al singolo genitore o alla coppia genitoriale con un bambino tra 0 e 5 anni di età, che farebbe riferimento ai Servizi dell'Asl TO1. I nuclei familiari interessati sono: coloro che affrontano le fragilità legate al processo di ristrutturazione di personalità ed al divenire genitori; coloro che sperimentano difficoltà durante il processo evolutivo del figlio; coloro che incorrono in un evento macroscopico negativo (fisico o psichico) che condiziona il benessere del minore e/o della relazione genitore-figlio.

### **TERRITORIO D'INTERVENTO**

Regione Piemonte, città di Torino, area di competenza dell'ASL TO1.

## **VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO**

Grazie ad un intervento preventivo e valutativo si offre sia una risposta tempestiva, che può arginare il rischio di strutturazione patologica non facendola sedimentare nel tempo, sia un avvio precoce e tempestivo già di trattamento qualora si manifestino sintomi di una modalità patologica. L'attività è diretta a sostenere la comprensione dei vissuti emotivi che turbano l'equilibrio e la solidità della relazione genitori-figlio, e quindi la modificazione dei modelli relazionali disfunzionali. Si offre, quindi, uno spazio di pensiero dedicato ad accogliere, significare e integrare quegli aspetti di incertezza, fragilità, difficoltà, fatica e dolore che concernono il ruolo genitoriale e la co-costruzione del rapporto. Aspetti psichici che, se riconosciuti ed integrati, possono arricchire la relazione genitore-bambino piuttosto che condizionarla in senso patologico.

## **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Le attività si muovono da un lato sull'aspetto di valutazione dei rischi e dall'altro sul diretto lavoro di trattamento terapeutico. Sono volte infatti a integrare e significare un passaggio di difficoltà nella coppia relazionale genitore-bambino, così come ad un livello più profondo sono volte a modellare, in uno stadio precoce di sviluppo, le modalità relazionali a rischio psicopatologico. La strategia utilizzata si rifà alla teoria dello sviluppo psicoanalitica e relazionale.

La prima attività che viene proposta è il percorso di Consulenza Individuale sviluppato in cinque sedute. Tale attività viene pensata per famiglie con bambini da 0 a 5 anni, per il genitore singolo o per la coppia; la durata della seduta è di 50 minuti con cadenza bisettimanale.

La seconda attività proposta è quella dei Gruppi tematici intitolati "dalla conoscenza all'esperienza": incontri volti a riflettere in senso psicologico su specifici passaggi di crescita del proprio bambino e condividere l'esperienza genitoriale sulle tappe evolutive. Alcuni dei temi trattabili sono pianto, sonno, svezzamento, alimentazione, separazione e regole. I gruppi sono pensati per genitori con bambini da 0 a 5 anni, con un massimo di partecipanti per gruppo di 12 persone, la durata è di 1 ora e 30 minuti a cadenza mensile. La terza attività proposta è un breve percorso terapeutico di gruppo che, attraverso un contesto ludico creativo, permette alle coppie genitore-figlio di affrontare e sciogliere quei nodi relazionali che stanno affaticando e danneggiando l'equilibrio psicofisico del bambino o della coppia. Pensato come momento di trattamento e recupero delle modalità relazionali, disfunzionali o patologiche, il lavoro di gruppo si sviluppa in dieci incontri a cadenza settimanale, nei quali trattare e condividere con un gruppo di mamme i vissuti emotivi correlati alle tappe evolutive particolarmente impegnative del bambino.

## **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

Il risparmio che la Pubblica Amministrazione può ottenere dalla realizzazione del progetto è relativo ad uno snellimento delle liste d'attesa, offrendo così la possibilità di presa in carico dei casi più urgenti in tempi più brevi. Inoltre, il Servizio Pubblico eviterebbe costi per reperire risorse aggiuntive al fine di far fronte alle liste d'attesa e ai lunghi percorsi di cura necessari per le situazioni che non hanno usufruito di una risposta immediata, e che pertanto hanno strutturato il disagio richiedendo un intervento massiccio. Infine, l'utenza che convoglia nelle ultime tre fasce I.S.E.E. di reddito non graverebbe sulla spesa pubblica, pur offrendo un contributo ponderato in base alle proprie disponibilità, di gran lunga inferiore al costo di un intervento di uno specialista privato. Il vantaggio competitivo dell'iniziativa consiste nel garantire una prevenzione del rischio e una tempestiva risposta al bisogno, evitando ricadute che richiederebbero un intervento massiccio e a lungo termine. Se si ipotizza infatti una presa in carico con conseguente lavoro terapeutico si conterebbero mesi o anni di lavoro, equipe multi professionali e danno sociale.



## Ri-conoscersi genitori: un percorso di accompagnamento alla nascita e sostegno alla genitorialità

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Ospedale Evangelico Internazionale Genova - Ente Ospedaliero
- **Indirizzo:** Piazzale Efisio Gianasso, 4 - Genova
- **Mail:** urp@oeige.org
- **Telefono:** 010/5522.1
- **Referente:** Paola Cardinali e Valentina Guiducci - Consulenti Psicologhe
- **Mail:** paola.cardinali82@gmail.com; vguiducci@aliceposta.it

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La depressione post partum rappresenta un problema di estrema rilevanza per la sanità pubblica, date le inevitabili conseguenze individuali e sociali cui conduce. La letteratura stima intorno al 12% la prevalenza di disturbo depressivo maggiore in gravidanza (18% se si considera anche il disturbo depressivo minore, Gavin et al., 2005). In epoca post natale la prevalenza della depressione si aggira intorno al 10-15% nelle società economicamente avanzate (O'Hara, Swain, 1996), fino a raggiungere il 40% in contesti socioeconomici disagiati (WHO and UNFPA, 2009). Ripercussioni della depressione materna possono diventare tangibili sotto forma di scarsa attenzione materna alla salute propria e del feto (Lindgren, 2001), esiti negativi della gravidanza e del parto, disturbi comportamentali del bambino, rilevanti problemi di coppia. Il disturbo si estende all'entourage familiare e ha notevoli ripercussioni in termini di spese a livello sociosanitario territoriale e nazionale. Sono gli stessi operatori a registrare un aumento delle donne che accedono direttamente all'ambulatorio per il parto senza avere seguito un precedente percorso di preparazione alla nascita dal punto di vista medico e psicologico. L'esperienza professionale evidenzia la vulnerabilità e la difficoltà di numerose famiglie ad affrontare con soddisfazione la preparazione, la nascita e l'accoglienza del neonato. Il progetto trova fondamento dal punto di vista scientifico nei numerosi studi nazionali ed internazionali condotti in ambito psicologico che attestano l'importanza della relazione precoce e sottolineano come i reparti ospedalieri rappresentino il punto di partenza per l'individuazione e l'accompagnamento delle diverse disfunzioni della genitorialità; in particolare le strutture complesse di Ostetricia e Ginecologia e Neonatologia possono costituire un utile ponte con i servizi territoriali all'interno di un modello integrato di presa in carico. La letteratura evidenzia come la rilevazione di tale condizione patologica risulti problematica in ordine a due elementi di forte criticità: mascheramento della condizione di disagio da parte della donna; limitate competenze degli operatori dell'area materno infantile nel riconoscere il problema. Considerata l'incidenza del disagio psichico perinatale, le importanti conseguenze negative sul benessere complessivo della famiglia e la necessità di far emergere il bisogno che troppo spesso rimane sommerso, si delinea con maggiore chiarezza la necessità di predisporre interventi in questo ambito.

### BENEFICIARI

Forniamo qui di seguito i dati più significativi sui partecipanti al progetto pilota (feb. 2013 – feb. 2014) che sono stati coinvolti: 99 donne coinvolte nell'attività di ricerca/screening; 113 colloqui erogati dal servizio di consulenza psicologica; 75 genitori negli incontri di accompagnamento alla nascita; medici ginecologi, neonatologi, anestesisti, infermiere pediatriche e ostetriche nelle attività di formazione.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Liguria, città di Genova, quartiere di Voltri.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il periodo perinatale è riconosciuto come un periodo di aumentato rischio per l'esordio o la reiterazione di un disagio psichico (Royal College of Psychiatrist, CR88, 2000). L'OMS ha indicato che l'assistenza alla donna che partorisce deve essere basata su prove di efficacia, deve essere multidisciplinare, olistica, incentrata sulla famiglia, culturalmente appropriata (Venezia, 1998). I maggiori esperti dell'area raccomandano, nell'ambito delle politiche sanitarie, un'attenzione specifica sulla salute mentale nel periodo che si estende dal concepimento a un anno dopo il parto (CR88, 2000). La promozione della salute mentale perinatale è fortemente raccomandata da due tra le più importanti associazioni dei ginecologi e dei pediatri: l'American College of Obstetricians and Gynecologist (2006) e l'American Academy of Pediatrics (2010), con indicazione che nell'ambito dell'assistenza di base venga effettuata una valutazione di routine del benessere psicologico materno, che comprenda la rilevazione dei sintomi depressivi e dei fattori di rischio psicosociale tramite lo svolgimento di una accurata anamnesi e la somministrazione di questionari standardizzati. Il progetto si propone quindi di:

- individuare precocemente i soggetti a rischio psicosociale;
- sperimentare un percorso assistenziale multi professionale volto alla promozione del benessere bio-psico-sociale della donna in gravidanza, con particolare attenzione ai bisogni dell'utenza svantaggiata al fine di limitare l'insorgenza della depressione post partum e sostenere la genitorialità fragile;
- migliorare l'accessibilità alle cure per l'utenza svantaggiata, implementando la continuità tra servizi ospedalieri e servizi territoriali;
- fornire agli operatori strumenti e competenze psicologiche per il lavoro con un'utenza caratterizzata da disagio psicologico e sociale.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Percorsi di sensibilizzazione e informazione rivolti alla popolazione.
- Screening della popolazione a rischio di depressione attraverso la somministrazione di strumenti self report che hanno permesso di individuare precocemente fattori di rischio psichico e psicosociale. Sulla base del profilo di rischio individuato viene progettato un intervento multidimensionale personalizzato.
- Servizio di ascolto e di sostegno psicologico allo scopo di affrontare tempestivamente le situazioni di disagio psicologico per una precoce presa in carico; fornire percorsi di sostegno alla genitorialità fragile fino al primo anno di vita del bambino; filtrare le domande di aiuto per indirizzare gli utenti verso i servizi territoriali dedicati, limitando il rischio di dispersione.
- Percorsi formativi accreditati ECM rivolti a tutti gli operatori coinvolti nel percorso nascita al fine di condividere un background di conoscenze aggiornate e specifiche sugli aspetti psicologici della genitorialità in condizioni di svantaggio e su metodi e strumenti per l'individuazione precoce del rischio psicopatologico e psicosociale.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo annuo del progetto è di € 16.000. I disturbi depressivi nel periodo perinatale rappresentano un problema di estrema rilevanza per la sanità pubblica, date le inevitabili conseguenze individuali e sociali cui conducono. La depressione è una delle patologie maggiormente invalidanti, se si considerano i dati dell'OMS (WHO, 1999), secondo i quali il disturbo depressivo maggiore unipolare è responsabile del 4,2% del carico di malattia nel mondo, posizionandosi al quinto posto tra le cause di disabilità (WHO, 1999). Di conseguenza ridurre il rischio di depressione post partum significa ridurre i costi della P.A. e in particolare del SSN in termini di minor disagio sanitario e sociale.





## AREA PREMINENZA

# MINORI

### Progetti

- **Analysis By Young**  
*Studio Associato Analysis (Andrea Aielli)*
- **Buonanotte...**  
*Associazione Genitori Attenti! (Sonia Specie)*
- **Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia**  
*Associazione Bambini nel Tempo Onlus (Francesca Romana De Gregorio)*
- **Contrasto dell'abuso all'infanzia e all'adolescenza**  
*Sirio Cooperativa Sociale (Alessandro Mancinella)*
- **Diminuzione dell'insorgenza dei disturbi da comportamento dirompente (DCD) nell'età evolutiva**  
*Associazione Aidai Liguria (Sandra Moretti)*
- **Il gruppo di bambini, per crescere insieme**  
*Gloria Zannini*
- **Laboratorio SOS Compiti**  
*Centro Con.Te.St.O (Silvia Peri)*
- **L'esperienza del gruppo: nuove risorse in adolescenza**  
*Studio Privato "Azalea" e "Centro per il bambino e la famiglia" ASL Bergamo (Marzia Donadoni e Claudio Rozzoni)*
- **M.A.I. Maltrattamento e Abuso all'Infanzia**  
*Pietro Farinato Cooperativa Sociale Onlus (Ilenia Maria Adamo)*

(segue)



## AREA PREMINENZA

# MINORI

### Progetti

- **Progetto ALL: Co-progettare Accoglienza e Lavoro in Interazione con i Minori Stranieri Non Accompagnati**  
*Cooperativa Sociale Dialogica (Gian Piero Turchi)*
- **Progetto SIBRIC.it – Ricerca, Supporto & Informazione sui comportamenti autolesionistici**  
*SIBRIC (Giuseppe Martorana)*
- **Psicologia scolastica e informatica per la riduzione dei costi di bocciature e dispersione scolastica**  
*Roberto Romeo*
- **Psycon.net 3.0**  
*Cooperativa Sociale Mediterraneo Mosaico di Culture (Laura Bellone)*
- **Sportello di Psicologia**  
*Associazione Itaca (Maurizio Cottone)*
- **Un nuovo approccio all'ADHD: laboratorio per mente e corpo**  
*Associazione La Ciclofficina della Bovisa (Amedeo Bozino Resmini)*



## Analysis By Young

### SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Analysis – Studio Associato
- **Indirizzo:** via P. Baiocchi 26, Atri (TE)
- **Mail:** analysis.atri@gmail.com
- **Telefono:** 085-870549
- **Referente:** Andrea Aielli – Socio Fondatore (andrea.aielli@gmail.com)
- **Team di lavoro:** Genovino Ferri, Angelo Lenzi, Andrea Aielli, Monica Amelii, Rosanna Basile, Alessandra Pavone

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto si rivolge ad un target giovanile (13-19 anni) con l'intento di prevenire e contrastarne il "Disagio", visto come aggregato informativo di prodromi e postumi di un processo inclusivo non pienamente realizzato. Le manifestazioni delle problematiche esposte sono rintracciabili nella cronaca nera, negli episodi di vandalismo, nei reati di piccola criminalità, nella sempre maggiore fragilità di una popolazione giovanile che tenta di darsi un tono, un'identità attraverso il superamento della legalità o, su una polarità opposta, in una impossibilità al relazionarsi con il mondo reale, rifugiandosi in un isolamento entro le mura della propria camera con forme di intellettualizzazione ed interesse al solo mondo virtuale/tecnologico (i cosiddetti Neet, Nerd, Geek o Otaku). Un'analisi attenta ne evidenzia le similitudini in termini di meiorpragia caratteriale (e di disagio), ma con esiti evidentemente contrapposti. Il territorio incrocia le problematiche fin qui esposte con una preoccupante rarità di luoghi aggregativi giovanili alcool-scollegati, definendo di fatto indispensabile l'utilizzo dell'alcool alla socialità. Il progetto mira quindi all'ascolto-supporto informativo, empatico ed espressivo dei giovani in fase formativa, con l'intento di superare lo stress disadattivo correlato alle fasi di passaggio fra i cicli scolastici e le fasi di crescita. L'attività si dispiega su tre macro-aree di rischio: "Sessualità&Affettività", "Scuola&Lavoro", "Conoscenza&Rispetto" dell'altro, che rappresentano criticità arginabili attraverso un approccio sistemico-complesso ed integrato fra giovani, docenti, genitori e famiglie. Questi ultimi tre soggetti, infatti, sono portatori di una mission, quella dell'"educatio", che si muove su due piani prevalentemente collegati: la trasmissione di nozioni da una parte e la gestione degli stati emozionali e la capacità comunicativa dall'altra; formare e sostenere anche tali ruoli, senza dover necessariamente scindere il sapere intellettuale dal sapere emozionale, permette non solo di acquisire una maggiore consapevolezza di sé ed evitare possibili dinamiche di burnout, ma anche di far crescere le complessive competenze emotive e relazionali degli adolescenti.

### BENEFICIARI

- Giovani in età formativa (ma non per questo solo studenti) che possano vivere situazioni di disagio sociale, esclusione, emarginazione, e quanti manifestano condotte devianti riconducibili ad un disagio psico-emozionale.
- Docenti, genitori e familiari.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Abruzzo.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Si intende creare cambiamento sociale attraverso due approcci:

- approccio sistemico-complesso: l'intervento sarà gestito sinergicamente dal gruppo di lavoro Analysis e da docenti, familiari e giovani, in un coinvolgimento di responsabilità e benefici dell'intero sistema formativo, attuando una politica di welfare state sostenibile, fra chi offre modalità di cambiamento/miglioramento e quanti ne usufruiscono, in una circolarità che incentiva la partecipazione attiva. Gli interventi avranno taglio psico-corporeo ;
- sistema in-formativo partecipato: il gruppo Analysis elaborerà un piano di lavoro in seduta pubblica permettendo ai non addetti ai lavori di poter visionare ed avvicinarsi a tecniche di role-play, brain-storming, benchmarking e metodo delphi, finalizzati al raggiungimento di obiettivi comprensibili e sostenibili.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività saranno svolte a cavallo fra i due cicli scolastici di 1° e 2° ciclo (ex scuola media e scuola superiore), avranno una durata di cinque anni e si articoleranno attraverso due modalità di intervento:

- attività longitudinali (che si dispiegheranno su tutta la durata del progetto): portale interattivo, sportello d'ascolto per studenti, insegnanti e genitori, analisi della domanda e customer satisfaction;
- attività modulari (da tre mesi ognuna, ma implementabili secondo le richieste e le esigenze dei beneficiari): informativo-partecipato, formativo-esperienziali per i docenti, extra scolastiche per i giovani.

L'intervento sarà esteso anche al primo anno fuori dal percorso formativo di 2° ciclo, per garantire tempestività di intervento già dal primo anno di attivazione del progetto, e successivamente per assistere, supportare ed orientare i ragazzi nel passaggio scuola-lavoro, scuola-università o università e lavoro.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

In Italia i Neet (Not in Education, Employment or Training) sono il 23,9 % (il 15,4% in Europa) e rappresentano la quasi totalità degli studenti dispersi, che sono quasi tre milioni (il 27,9%). La provincia di Teramo registra una percentuale di dispersione scolastica del 27,6%, di poco sotto la triste media nazionale. Secondo Confindustria il costo sociale nazionale è stimabile in 32,6 miliardi di euro all'anno. Va inoltre considerato che la loro entrata nel sistema produttivo nazionale porterebbe un innalzamento del PIL di 2 punti percentuali. Secondo le stime, ogni anno 110.000 giovani non risultano presenti in nessun percorso educativo e formativo.

Facendo riferimento ai dati sopra riportati, ogni giovane studente che abbandona il percorso formativo-educativo ha un costo unitario stimabile in € 9.000-10.000; il progetto ABY ne stima un costo di prevenzione e recupero che non supera i € 900 (riferita alla popolazione a rischio); inoltre, ogni giovane studente è una risorsa in termini di investimento nel futuro.

In estrema sintesi, la sostenibilità finanziaria del progetto ABY si regge su due pilastri:

- recupero delle situazioni border-Neet (con spese aggiuntive, ma calcolabili come investimento);
- prevenzione delle condizioni di Neet (che ad oggi può essere stimata per gli istituti di scuola superiore del Comune di Atri in € 250.000/anno).



## Buonanotte...

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Genitori Attenti! - Associazione di Promozione Sociale, IRCCS San Camillo Venezia
- **Indirizzo:** via Marsala 42, 35122 Padova
- **Mail:** associazionegenitoriattenti@gmail.com
- **Telefono:** 345 6993128
- **Referente:** Sonia Specie - Libera Professionista
- **Mail:** sspecie@icloud.com
- **Team di lavoro:** Luigi Gallimberti, Sonia Chindamo, Elena Marini, Sonia Specie, Diego Cuppone, Veronica Farruggia

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La carenza di sonno in età pediatrica è un fattore di fondamentale importanza nel predisporre all'uso di sostanze. Per mantenersi svegli durante il giorno i bambini sarebbero indotti a passare più tempo davanti ai videogames, in internet, con gli iPad, per poi arrivare all'uso di Energy drink a base di sostanze stimolanti come la caffeina, il guaranà, la taurina e a utilizzare queste bevande energizzanti in associazione con l'alcol, come rilevato da un nostro recentissimo studio.

Uno studio americano del 2009 di Maria M. Wong et al. esamina come i problemi legati al sonno in bambini tra i 3 e gli 8 anni, siano predittivi dell'uso di sostanze quali alcol, sigarette e marijuana in adolescenza e come questo uso si differenzi per genere. Anche una nostra ricerca dal titolo: "Dormire dolce dormire. Studio osservazionale su stili di vita e la lunghezza del riposo notturno negli adolescenti" ha dimostrato che i ragazzi tra gli 11 e i 13 anni che dormono meno di 8 ore sperimentano fumo e alcol prima dei coetanei e hanno un rendimento scolastico inferiore di 1 punto nella media dei loro voti. Una recentissima indagine svedese elaborata su un campione di 20.000 studenti tra i 12 e i 19 anni ha confermato che coloro che dormono meno di 7 ore al giorno rischiano un fallimento scolastico.

Il debito di sonno oltre a determinare difficoltà di concentrazione, irritabilità disturbi comportamentali, può altresì comportare un aumento dell'indice di massa corporea con il rischio di sviluppare sovrappeso e obesità già dall'infanzia. Se si considera che la comparsa dei disturbi del sonno nei bambini si correla significativamente ad uno stile di attaccamento insicuro nel caregiver, possiamo senza dubbio sostenere la necessità di intervenire preventivamente sul fenomeno, coinvolgendo pediatri e genitori.

La Genitori Attenti intende aggregare tra loro i pediatri che si identificano con questa visione del problema per realizzare un primo studio epidemiologico osservazionale attraverso la somministrazione di un questionario distribuito ai genitori per rilevare le abitudini sul sonno ed elaborare un piccolo manuale di istruzioni sul nostro modello delle Tre Regole D'oro per aiutarli a proteggere e potenziare le funzioni vitali dei loro figli. Ogni pediatra infatti può aiutare i genitori a fare dormire i figli, informandoli tempestivamente sulle modalità di una corretta igiene del sonno e sulla necessità di una regolazione del ciclo sonno-veglia e incidere drasticamente sulla correlazione tra sonnolenza e ricerca di sostanze negli adolescenti.

## BENEFICIARI

140.000 bambini e ragazzi e relativi caregiver.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Veneto, città di Padova e Pordenone.

In futuro non si esclude di potere ampliare il progetto a tutto il territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Uno dei maggiori disagi presentato da mamma e papà è il risveglio notturno: il 12% di loro dichiara che i disturbi del sonno del loro bambino crea un forte disagio (da 7 a 10) su una scala likert che va da 0 a 10. Considerato il disturbo del sonno, come già detto nelle premesse, altamente correlato all'uso di sostanze in età adolescenziale, dobbiamo aggiungere a questi dati anche quelli emersi in una nostra ricerca svolta nel 2013 presso le scuole medie di Padova coinvolgendo circa 1.200 alunni dagli 11 ai 13 anni. Questi alcuni dei dati molto significativi pubblicati a pag. 324 degli Atti del convegno nazionale della Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva, Riccione 1-4 ottobre 2014:

- il 30,2% dei ragazzi che dormono meno di 8 ore ha provato a fumare (vs. 13% di chi dorme più di 8 ore);
- il 18% dei ragazzi che dormono meno di 8 ore fuma (vs. 5,5% di chi dorme più di 8 ore);
- il 35,5% dei ragazzi che dormono meno di 8 ore beve alcolici (vs. 15,8% di chi dorme più di 8 ore).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

La ricerca propone una rilevazione dell'incidenza dei disturbi del sonno in età pediatrica per stabilire una strategia mirata al consolidamento di una corretta igiene del sonno, di fondamentale importanza per la prevenzione a lungo termine delle dipendenze da sostanze in adolescenza.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il primo preventivo di spesa per l'attuazione del progetto può essere stimato in € 50.000.

Il 10% del finanziamento verrà sostenuto da Fondazione Novella Fronda Onlus.

La Pubblica Amministrazione dovrà sostenere meno visite specialistiche legate ai disturbi del sonno e, grazie al miglioramento della salute fisica, il SSN sarà più efficiente.



# Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Associazione Bambini nel Tempo Onlus
- **Indirizzo:** Piazza Bainsizza 10, Roma
- **Mail:** cabmf@fiscali.it
- **Telefono:** 06 3215863
- **Referente:** Francesca Romana De Gregorio—Coordinatore (degregorio.francesca@gmail.com)
- **Team di lavoro:** Luigi Cancrini-Psichiatra, Francesca Romana De Gregorio-Psicologa/Psicoterapeuta, Daniela Cremasco-Assistente Sociale, Valeria Arienti-Assistente Sociale, Paola Maione-Psicologa/Psicoterapeuta, Monica Micheli-Psicologa/Psicoterapeuta, Giovanni Di Cesare-Psicologo/Psicoterapeuta, Alessia Boccioni-Psicologa/Psicoterapeuta, Massimiliano Lecci-Psicologo/Psicoterapeuta, Antonella Ciurlia-Psicologa/Psicoterapeuta, Silvia Nuzzo-Psicologa/Psicoterapeuta, Fabiana Notarnicola-Psicologa, Evelina Fusco-Psicologa, Rossella Schiavo-Psicologa

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il maltrattamento e l'abuso all'infanzia rappresentano una realtà antica, alla quale è stata data giusta importanza, considerando anche le conseguenze psicologiche e psichiatriche nelle vittime, solo a partire dagli anni '70. Maltrattamento e abuso sessuale sono spesso all'origine di importanti danni evolutivi: ricadendo sulla strutturazione del senso di sé, producono una percezione interna di svalutazione, convincono il bambino di non meritare rispetto e amore, possono mettere in crisi il funzionamento intellettuale ed emozionale creando le premesse per lo sviluppo di uno stato di grande vulnerabilità. La maggioranza dei casi di violenza e di abuso, come tutti i ricercatori dichiarano, si verifica all'interno delle mura domestiche, perpetrati proprio da coloro che del bambino dovrebbero prendersi cura: proprio questa connotazione li confina spesso nella segretezza e nel silenzio. Alla base delle diverse forme di maltrattamento ai minori vi è un adulto in difficoltà, inadeguato nel garantire cure fisiche, affettive, intellettive e sociali adatte. Chi lavora con queste persone si trova davanti un adulto condizionato da propri problemi, disagio psichico, insufficienza di risorse emotive. Le conseguenze sulla psiche del bambino sono tanto più gravi quanto più il bambino è piccolo e quanto più si protraggono nel tempo. Da questi presupposti nasce a Roma, nel '98, l'idea di un progetto/servizio che metta in relazione Serv. Territoriali, Tribunale e ASL, sostenendo i minori vittime di maltrattamento e/o abuso sessuale, ma anche le loro famiglie spesso in difficoltà. Tale progetto si propone come Servizio di II livello finalizzato al sostegno ed alla consulenza degli operatori dei Servizi Sociali del Comune di Roma nei casi di maltrattamento e abuso all'infanzia che si presentano particolarmente complessi. Ad oggi il servizio Centro Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia, grazie alla convenzione stipulata dal 1998 con l'ex V Dipartimento, (oggi XIV di Roma Capitale), ha seguito un totale di 1.195 minori e rispettivi nuclei familiari, tra consulenze ai servizi e prese in carico.

## BENEFICIARI

- Diretti: minori e famiglie, in situazioni di maltrattamento ed abuso.
- Indiretti: operatori servizi socio-sanitari, strutture residenziali minori, Magistratura (Minorile/Civile).

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Roma.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

La nostra teoria del cambiamento è coerente con l'epistemologia che guida la nostra azione clinica. Si tratta infatti di una visione complessa, ambigua, plurima. Da un lato infatti è nostra cura seguire procedure accertate, evidence based, che consentono una immagine quasi deterministica del cambiamento. Dall'altro ci consideriamo parte di sistemi più ampi, estremamente sensibili anche a piccole perturbazioni, tali per cui è possibile solo un riconoscimento probabilistico dei cambiamenti. Abbiamo quindi una visione multipla del nostro stesso agire, che tendiamo a lasciare insatura, aperta a cambiamenti imprevedibili. Se poi a questa visione integriamo la teoria dei sistemi e quella dei tipi logici possiamo immaginare cambiamenti che avvengono in parallelo in diversi livelli sistemici e cambiamenti confinati solo all'interno di un livello. È evidente che in questa rappresentazione eventi traumatici che sconvolgono diversi livelli richiedono interventi che si pensino in grado di incidere in modo significativo su ognuno di essi.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Per quel che concerne i minori e le loro famiglie le attività offerte sono:

- valutazione psicodiagnostica sospetto abuso sessuale sul minore;
- sostegno e trattamento psicologico del minore in casi di abuso sessuale e maltrattamento;
- trattamento psicologico delle famiglie delle vittime di abuso sessuale;
- accompagnamento del minore nel processo giudiziario;
- valutazione clinica e di recuperabilità delle competenze genitoriali;
- valutazione clinica e psicodiagnostica in itinere del minore;
- valutazione psicodiagnostica sui genitori;
- valutazione della relazione genitori-figli con incontri protetti;
- interventi di psicoterapia di coppia;
- interventi di psicoterapia familiare;
- sostegno agli operatori della casa famiglia;
- sostegno alla famiglia affidataria;
- sostegno alla famiglia adottiva in crisi.

Per quel che concerne i servizi territoriali le attività previste sono: consulenza ai servizi (progettazione condivisa con i Servizi degli interventi e degli incontri intermedi di verifica del progetto) e presa in carico del caso con incontri di rete periodici con tutti gli operatori coinvolti (servizi sociali, casa famiglia, tutore, curatore, ecc.).

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo annuale complessivo del servizio è pari a € 311.445,32; la copertura economica del progetto è ad oggi esclusivamente del XIV Dipartimento di Roma Capitale. Gli interventi effettuati presso il Centro producono un risparmio a vari livelli:

- attraverso la diminuzione degli allontanamenti dei minori dalle loro famiglie;
- attraverso la diminuzione del tempo medio di permanenza dei figli fuori della famiglia, presso strutture di accoglienza che costano al Comune di Roma in media € 66 al giorno a minore;
- attraverso la cura durante l'infanzia del trauma che, se non elaborato adeguatamente, lascia segni profondi ed incide sulla personalità e sulla vita fino all'età adulta, determinando gravi malesseri psichici conseguenti e relativi interventi diagnostici e terapeutici a carico del SSN e/o del circuito giudiziario.





# Contrasto dell'abuso all'infanzia e all'adolescenza

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Sirio – Cooperativa Sociale
- **Indirizzo:** via Monte Grappa 50, Campobasso
- **Mail:** info@sirio.coop
- **Telefono:** 0874 484550
- **Referente:** Alessandro Mancinella – Consulente esterno (alessandromancinella@yahoo.it)
- **Team di lavoro:** Nicola Malorni-psicologo/psicoterapeuta e psicologo giuridico, Alessandro Mancinella-psicologo consulente progettazione, Adriana Viotti-psicologa psicodiagnosta e psicologa giuridica, Francesca Vitale-psicologa/psicoterapeuta e psicologa giuridica, Anna Mary Marino-psicologa/psicoterapeuta, Lucia Vitiello-psicologa, Maria Assunta Iovine-assistente sociale, Francesco Montecchi-neuropsichiatra infantile e analista, Nicola D'Erminio- neuropsichiatra infantile

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto è finalizzato alla prevenzione e al contrasto dell'abuso all'infanzia e all'adolescenza inteso come tutte le forme di maltrattamento fisico e/o affettivo, abuso sessuale, incuria o negligenza, nonché sfruttamento sessuale o di altro genere, che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere. L'abuso origina da un fallimento congiunto delle funzioni genitoriali e di protezione dell'ambiente di vita (psicopatologia individuale e familiare, contesto familiare e ambientale non protettivo, problematico). Tali condizioni possono avere esiti altamente invalidanti agendo come "fattori aspecifici" che predispongono a conseguenze psicopatologiche di diversa natura e severità: sintomi dissociativi, disturbi depressivi e dell'adattamento, disturbi d'ansia e della condotta, disturbi dell'attenzione e problematiche relative all'apprendimento, devianza e criminalità. Le conseguenze dell'abuso hanno per la società un costo notevole implicando spese dirette, come le spese di emergenza (es. cure ospedaliere) e le spese per la tutela del minore (es. spese di giustizia) e spese che tipicamente sopraggiungono nel lungo periodo, come ad esempio quelle per la cura della salute in età adulta. Tali costi interessano quindi almeno quattro dimensioni: Sanità Pubblica, Welfare, Sistema giudiziario e Sistema formativo. Il contrasto dell'abuso e delle conseguenze post-traumatiche implica la necessità di attivare sul territorio nazionale Servizi specialistici integrati in grado di gestire la complessità del fenomeno: dall'accoglienza alla rivelazione, dalla valutazione al trattamento attraverso il coinvolgimento funzionale di Enti locali (Regione, Province, Comuni), aziende sanitarie, scuole, Privato Sociale, Forze dell'ordine e Magistratura. È importante che il territorio sia capace di rispondere con progetti di intervento integrati e specialistici al fine di ridurre il rischio di vittimizzazione secondaria (anche di natura istituzionale in caso di mancato riconoscimento dell'abuso) e facilitare una presa in carico globale e funzionale alla elaborazione dei traumi.

## BENEFICIARI

Il progetto pilota ha interessato in 24 mesi di attività una casistica di 65 minori vittime di abusi e maltrattamenti, 28 adulti (genitori, zii, nonni, fratelli e sorelle).

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Molise, città di Termoli.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto si propone di offrire un servizio multidisciplinare e specialistico, incentrato prevalentemente sull'intervento psicologico assicurato da professionalità specificamente formate sul tema. Obiettivo principale è la messa in rete degli interventi volti alla prevenzione e al contrasto del disagio dei minori e alla costruzione di interventi di tutela efficaci e tempestivi. Elementi chiave sono:

- promuovere il lavoro di rete;
- sensibilizzare e formare offrendo uno spazio di indagine sociale;
- sostenere i minori vittime attraverso valutazioni diagnostiche e interventi terapeutici individuali e familiari;
- monitorare il percorso del minore vittima o presunta vittima di abuso e della sua famiglia;
- tutelare il legame genitoriale attraverso incontri protetti;
- garantire assistenza giudiziaria;
- accompagnare il minore alla crescita e all'elaborazione del trauma subito.

Tale approccio polifunzionale assicura l'accoglienza nella fase di rivelazione, l'ascolto giudiziario utile alla raccolta di prove testimoniali, la valutazione diagnostica e il trattamento delle conseguenze post traumatiche (prevenzione).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Indagine sociale: attività preliminare che prevede un'iniziale valutazione del caso volta ad attivare nel più breve tempo possibile le risorse adeguate per la presa in carico e orientare il progetto di intervento.
- Valutazione, diagnosi e trattamento: attività realizzata in raccordo con altri servizi socio-sanitari del territorio che prevede un approccio terapeutico multidisciplinare e integrato che vede coinvolti, nei limiti del possibile, tutti i membri della famiglia attraverso psicoterapie individuali a orientamento analitico e psicoterapie di coppia e/o familiari a seconda delle indicazioni emerse in attività diagnostica.
- Incontri protetti di sostegno alla genitorialità per promuovere la continuità della relazione genitori/figli in situazioni di grave pregiudizio.
- Assistenza giuridica relativamente alla quale gli esperti del progetto possono avere, nel rispetto dei ruoli e delle specifiche competenze, una funzione di integrazione e supporto.
- Progetto individuale sul minore, redatto in modo da individuare l'intervento più opportuno da realizzarsi, valutando, di volta in volta, la migliore opzione tra il rientro in famiglia (laddove possibile), l'inserimento in famiglie affidatarie, o l'inserimento in strutture di accoglienza residenziale, o infine l'adozione (L. 149/01).
- Informazione e sensibilizzazione attraverso l'organizzazione di due convegni e di un percorso di formazione continua e di supervisione rivolto agli operatori del progetto e ai referenti dei servizi socio-sanitari territoriali coinvolti nella gestione dei casi.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Abbiamo stimato l'impatto del progetto sui costi pubblici considerando costi diretti (ospedalizzazione, cura della salute mentale, strutture residenziali) e costi indiretti (problemi di salute cronici che si protraggono nella vita adulta, rischio di delinquenza giovanile e criminalità adulta, perdite di produttività per la società). Complessivamente, si stima che il progetto produca nel breve, medio e lungo termine un impatto economico in termini di risparmio sulla spesa pubblica di € 4.584.958,00 (€ 1.645.190 di costi diretti + € 2.939.768 di costi indiretti) a fronte di un finanziamento di € 120.000 dal Dipartimento per le Pari Opportunità e di € 20.000 dalla Regione Molise.



## Diminuzione dell'insorgenza dei disturbi da comportamento dirompente (DCD) nell'età evolutiva

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Aidai Liguria - Associazione
- **Indirizzo:** viale XXV aprile 6A, Ameglia (SP)
- **Mail:** aidailiguria@libero.it
- **Telefono:** 347 8306660 338 8576635
- **Referente:** Sandra Moretti - Segretario
- **Team di lavoro:** Sara Petitto, Chiara Benassi, Gianni De Nobili, con la supervisione di Stella Maris (Pisa Laura Ruglioni e Pietro Muratori)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Questo progetto vuole intervenire sulla diminuzione dell'insorgenza dei disturbi da comportamento dirompente (DCD) nell'età evolutiva. Tali disturbi infatti si associano ad un significativo peggioramento del funzionamento del bambino o dell'adolescente in ambito scolastico (scarso rendimento, deficit attentivo, fallimento scolastico, espulsione), familiare (conflittualità verbale, aggressività fisica, fughe) e sociale (emarginazione, abbandono scolastico, ingresso in gruppi dissociali) (APA, 2004).

Un approccio scientificamente riconosciuto valido per tali problematiche è il coping power program di J. Lochman. Il notevole impatto preventivo di un intervento multimodale così proposto è riscontrabile nella letteratura che accompagna il progetto sia nel campo sociale, implementando la riduzione di comportamenti anti-sociali e di bullismo, che in ambito psicopatologico, anticipando il possibile incorrere in disturbi della condotta e quindi la creazione di identità negative che potrebbero indurre a comportamenti devianti.

Si è evidenziata la specifica azione del CPP rispetto a:

- incremento delle abilità di auto-controllo emozionale nel minore;
- comprensione e gestione delle fluttuazioni emotive e delle interazioni sociali assertive (piuttosto che aggressive);
- miglioramento della competenza di roletaking e mindreading (riduzione della frequenza e della certezza attribuita ad attribuzioni ostili rispetto alle intenzioni altrui);
- ottimizzazione delle abilità di problem-solving interpersonale;
- resistenza alla pressione dei pari e coinvolgimento in gruppi non devianti.

Attualmente non esistono nel territorio ligure progetti integrati che prevedano l'intervento sui disturbi del comportamento con la presa in carico di minori e genitori secondo tale modello.

Il progetto proposto mira a inserirsi in questo vuoto e a intervenire efficacemente per la tutela di minori e giovani a rischio di emarginazione sociale.

### BENEFICIARI

Minori con disturbi del comportamento di età compresa tra 9 e 15 anni e i loro genitori.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Liguria.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il trattamento dei DCD richiede una risposta sistematica che ha il suo nucleo centrale in un intervento strutturato e differenziato nei confronti delle difficoltà che impediscono ai ragazzi di vivere positivamente la scuola e le relazioni.

Un approccio sistemico che preveda il coinvolgimento attivo di tutte le componenti coinvolte (ragazzi, famiglie e scuola) permette di operare dei cambiamenti individuali e parallelamente familiari: grazie al coinvolgimento attivo dei genitori tali cambiamenti saranno mantenuti ed esportati anche ai contesti esterni, con una probabilità di successo assolutamente maggiore rispetto a una presa in carico individuale.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Gruppi terapeutici per i bambini/ragazzi: l'intervento terapeutico prevede circa 12 mesi divisi in 34 sessioni di incontri strutturati in gruppi di 5 o 6 ragazzi, con frequenza mono-settimanale, della durata di un'ora e mezzo. Il Coping Power Program, nella componente per i bambini, prevede l'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali ed attività volte al potenziamento di diverse abilità quali: intraprendere obiettivi a breve e a lungo termine, organizzare efficacemente lo studio, riconoscere e modulare i segnali fisiologici della rabbia, riconoscere il punto di vista altrui, risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali, resistere alle pressioni dei pari ed entrare in contatto con gruppi sociali positivi. Il role-playing e l'interazione con i pari sono i principali strumenti utilizzati dal programma allo scopo di incrementare la generalizzazione delle competenze acquisite al di fuori del setting terapeutico. Di sessione in sessione il bambino deve raggiungere degli obiettivi minimi a scuola o nel contesto familiare, che vengono controllati dal trainer del gruppo attraverso la verifica del "Foglio dei traguardi", un semplice contratto comportamentale la cui novità è che è il bambino stesso, nel contesto di gruppo, a proporre il tema sul quale vuole impegnarsi. Il raggiungimento di queste piccole mete permetterà al bambino di accedere ad un sistema a premi presentato all'inizio del percorso e a sviluppare un maggiore senso di auto-efficacia percepita.
- Gruppi terapeutici per genitori: 16 sessioni articolate in uno o più appuntamenti di 60 minuti ciascuno. La finalità perseguita è di affrontare con i genitori il cambiamento nel contesto educativo parallelamente al percorso dei figli. Il proposito è di promuovere le abilità di organizzazione nello studio, sviluppare capacità educative più funzionali come la gratificazione e l'attenzione positiva, apprendere attività per la modulazione dello stress genitoriale, potenziare la comunicazione familiare e le tecniche di problem solving in situazioni conflittuali. L'obiettivo finale è di rinforzare le abilità acquisite dai bambini all'interno del trattamento di gruppo. Sono previsti inoltre colloqui di coppia con i genitori a cadenza quindicinale per affrontare le difficoltà emerse e consolidare il cambiamento.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

La spesa complessiva per l'avvio di un singolo modulo è pari ad € 19.800, mentre il totale spesa per la formazione operatori è pari ad € 3.000. Un primo risparmio è dato dal mettere sul territorio un alto numero di operatori formati sul modello, che potranno svolgere tale attività anche all'esterno del progetto specifico. In secondo luogo si interverrà sulla riduzione del drop-out scolastico, dei fenomeni di bullismo e disturbi della condotta, in quanto le azioni previste mirano al decremento delle problematiche sociali ad alto impatto economico come: fallimento e abbandono scolastico, conflittualità verbale e aggressività fisica tra pari, fughe domestiche e primi atti di delinquenza, emarginazione, ingresso in gruppi dissociati e abuso di sostanze (APA,2004). Si prevede un impatto positivo su tali aree già a soli sei mesi dall'inizio del trattamento (dati tratti da una ricerca sul Coping Power Program, dell'IRCCS Fondazione Stella Maris, anno 2013).



## Il gruppo di bambini, per crescere insieme

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Gloria Zannini - Libera Professionista
- **Indirizzo:** C.A. Dalla Chiesa 4, 40064 Ozzano dell'Emilia, BO
- **Telefono:** 340 1582284
- **Referente:** Gloria Zannini - Psicologa Psicoterapeuta (gloria.zannini@gmail.com)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Si propone un gruppo terapeutico di bambini in età di latenza per difficoltà nella sfera emotiva che vuole affrontare due ambiti di problemi/opportunità:

- offrire una psicoterapia di gruppo per bambini, innovativa e di arricchimento, all'interno di un servizio di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescente NPIA (neuropsichiatria infanzia e adolescenza) a Bologna, che si inserisca nel percorso di cura e ne agevoli la diagnosi;
- studiare e fare ricerca sui gruppi sulla conduzione a due terapeute e una valutazione dell'efficacia del lavoro terapeutico di gruppo, utilizzando differenti strumenti, coinvolgendo anche l'Università e/o altri Enti di ricerca.

La decisione di portare avanti e di riproporre con forza, proprio nella circostanza attuale di grave carenza di risorse, lo strumento gruppo (terapeutico e riabilitativo con i bambini, di sostegno per genitori, ecc.) come risorsa irrinunciabile all'interno del nostro servizio nasce dalla ormai comprovata acquisizione della efficacia, efficienza ed economicità del gruppo, che possiede elementi terapeutici in sé, in quanto spazio di scambio, rispecchiamento e socialità, e che trova una sua naturale ed immediata collocazione all'interno del Servizio Pubblico, luogo quanto mai idoneo a proporre anche la dimensione sociale della cura e la ricerca dell'innovazione e dell'eccellenza (contenuti espressi pubblicamente al convegno dell'azienda Usl "Esperienza di Gruppi" del 16 aprile 2010 Bologna).

### BENEFICIARI

Potenzialmente tutti i bambini in cura presso i servizi di neuropsichiatria e psicologia dell'età evolutiva all'interno del dipartimento di Salute Mentale della città di Bologna diagnosticati poco gravi, con un progetto riabilitativo con scarse possibilità nel territorio per situazioni simili.

Più chiaramente i soggetti coinvolti sono:

- un gruppo di bambini (4/8 partecipanti), della scuola primaria, affetti da patologie della sfera emotiva con ricaduta sugli apprendimenti e sul comportamento sociale, con situazioni familiari problematiche, con capacità cognitive adeguate o con lievi difficoltà, non portatori di handicap fisici;
- un gruppo per i genitori dei bambini con terapie di gruppo, replicabile per altri genitori con bambini in carico;
- in modo indiretto, le comunità scolastiche, sportive, spontanee, nelle quali i minori sono inseriti.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia-Romagna, regione Veneto. Città di Bologna e Roma.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Perché il gruppo terapia a sostegno di altri interventi a questa età dà tanti risultati?

Il bambino è all'interno dell'esperienza di gruppo fin dai primi mesi: famiglia, nido, scuole, gruppo sportivo, gruppi spontanei, ecc. Nel gruppo psicoterapeutico, in particolare, assistiamo ad una evoluzione della capacità di socializzazione e degli investimenti nelle attività scolastiche, ad un cambiamento rispetto alla capacità di giocare. Inoltre la motivazione all'esperienza di gruppo è maggiore rispetto a quella verso la terapia individuale: il bambino è maggiormente motivato all'esperienza nel qui ed ora e poco curioso riguardo al proprio funzionamento psichico.

Le caratteristiche del funzionamento cognitivo del bambino in età di latenza secondo l'approccio psicoanalitico consistono nell'interiorizzazione delle azioni e raggruppamento in sistemi coerenti e reversibili. Vengono scoperte relazioni oggettive nel rapporto di un insieme di elementi ed eventi, è possibile acquisire un pensiero morale e le regole di gruppo. Si possono estendere i modelli a nuovi contesti, diventa perciò possibile l'investimento relazionale in nuove esperienze. Il pensiero comincia a muoversi in una dimensione anticipatoria, nascono nuovi rapporti di amicizia, in cui l'altro svolge ruolo di alter ego. Questa nuova competenza relazionale introduce una dinamica importante nel gruppo dei pari, permettendo l'attaccamento dal gruppo in toto ad alcuni membri specifici. L'alter ego assume una funzione di specchio (o doppio) che sostiene l'io nel rapporto col mondo esterno.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività sono inerenti agli obiettivi del gruppo di psicoterapia in età di latenza, che riportiamo specificatamente:

- offrire un'opportunità di terapia all'interno del servizio di NPIA, una terapia di gruppo che si inserisca nel percorso di cura del bambino come elemento innovativo e di arricchimento;
- dare dinamismo alla presa in carico all'interno di una rete di rapporti in cui si costruiscano e si condividano contenuti tra i clinici referenti e le conduttrici del gruppo;
- porre attenzione alla risorsa della coconduzione che nella nostra breve esperienza ha permesso di mobilitare all'interno del gruppo le dinamiche transferali e scindere le proiezioni;
- utilizzare la coconduzione per una osservazione reciproca tra i conduttori, un confronto degli stili, delle interpretazioni, nonché per un sostegno reciproco per la tenuta del gruppo;
- studiare e fare ricerca sui gruppi a partire dalla nostra esperienza, continuando nella formazione individuale e di gruppo;
- rendere trasmissibile il modello per altre situazioni.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo calcolato per i tre professionisti necessari al progetto di psicoterapia di gruppo per bambini è pari ad € 16.100 su un gruppo di 4 o 8 bambini (quindi € 4.025 o € 2.013 a carico di ogni bambino). Dal punto di vista della Pubblica Amministrazione, un'ipotesi credibile dei costi a carico del servizio sanitario per bambini con difficoltà nella relazione e negli apprendimenti è di circa € 33.463 per singolo bambino all'anno, considerando:

- diagnosi e presa in carico, pensando 3 incontri annui (€ 700);
- un clinico di riferimento per due visite all'anno e due gruppi operativi (€ 304€);
- un educatore (€ 10.800);
- un insegnante di sostegno (€ 18.900);
- indennità di frequenza INPS per i 9 mesi scolastici (€ 2.259);
- formazione alle scuole/operatori (€ 500).



## Laboratorio SOS Compiti

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Centro CON.TE.ST.O - Ditta individuale
- **Indirizzo:** Via Gioberti 18, Bosa (OR)
- **Mail:** info@centrocontesto.it
- **Telefono:** 0785 605386 – 393 1262761
- **Referente:** Silvia Peri – Direttore (silvia.peri@pec.it)
- **Team di lavoro:** psicologi (di cui un terapeuta comportamentale), logopedista, psicomotricista, educatore.

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto “Laboratorio Cognitivo” intende affrontare il problema dello scarso rendimento scolastico, spesso dovuto al mancato riconoscimento di disturbi dell'apprendimento e predittivo di difficoltà scolastiche e/o lavorative negli anni successivi all'obbligo degli studi.

Pur in assenza di disturbi specifici, una disaffezione allo studio può dipendere anche da relazioni disfunzionali o emotivamente difficili a casa e/o a scuola. Un ambiente sereno in cui un team di professionisti sia in grado di riconoscere e affrontare tali problematiche può ottenere buoni risultati sul rafforzamento dei metodi di apprendimento, sullo sviluppo dell'autonomia e sulla socializzazione.

Il problema merita l'investimento poiché evita di ipotecare il futuro di bambini e ragazzi che adeguatamente supportati possono esprimere meglio le proprie potenzialità e arginare le conseguenze di limitazioni individuali, familiari o ambientali. Il territorio ha per il momento solo la scuola e limitati investimenti pubblici di comuni o aziende sanitarie, rivolti però soprattutto ai casi più gravi. La Sardegna (dati ISTAT 2014) è al primo posto in Italia per numero di bocciati e per dispersione scolastica. Il laboratorio garantisce un'apertura di 24 ore alla settimana in orari ovviamente extrascolastici. L'ingresso minimo consigliato è di due ore a settimana, ma a seconda delle esigenze può essere prolungato. Il progetto è in grado, quindi, di sopperire in termini di tempo e di spazio alle mancanze di attività organizzate e mirate di doposcuola, venendo in aiuto alle famiglie, alle istituzioni e alla scuola stessa. A Bosa la popolazione in età lavorativa è circa la metà dei residenti; di queste 4.000 persone sono moltissimi gli individui separati, divorziati (dopo il capoluogo Oristano, Bosa è il comune che nella provincia ha la più alta percentuale di divorziati e la più bassa percentuale di coniugati), immigrati (il 2% dei residenti), disoccupati o a rischio di emarginazione per problemi di dipendenze o fisici (sono molto diffuse le malattie genetiche in tutta l'isola). L'indebolimento delle reti di prossimità e dei legami familiari è per queste categorie un problema ancora più grave rispetto al resto della popolazione. In questo senso il Laboratorio può intervenire in funzioni che fino a qualche anno fa nel territorio erano demandate alle madri casalinghe o ai nonni.

### BENEFICIARI

- Diretti: 48 studenti distribuiti tra scuola primaria, scuola secondaria, scuole superiori.
- Indiretti: le famiglia, gli insegnanti, gli enti territoriali.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Sardegna, città di Bosa.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il laboratorio garantisce un'apertura di 24 ore alla settimana in orari ovviamente extra-scolastici. La continuità nel tempo (non sono previste interruzioni fatto salvo per i giorni di festa nazionale) e la flessibilità con cui ciascun beneficiario può frequentare il servizio garantiscono un reale incontro tra le opportunità di cambiamento generate dalle attività proposte e le singole esigenze dei beneficiari.

All'atto dell'iscrizione un assessment permette di formulare obiettivi individuali da monitorare nel tempo e di aprire una cartella personale con il piano individualizzato, revisionato periodicamente anche con l'aiuto di genitori e insegnanti. I risultati auspicabili si rafforzano con l'utilizzo di procedure basate su trasparenza, condivisione e valutazione periodica. La co-costruzione è alla base della nostra concezione di cambiamento. Le tre dimensioni principali verso cui intendiamo agire con le attività (autonomia, socializzazione e apprendimento di metodi e stili personali di studio e lavoro) sono aree cognitive intrecciate da relazioni, comunicazioni ed emozioni, inseparabili dalle caratteristiche personali e socio-biografiche di ogni bambino/ragazzo e dai sistemi di vita.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

“S.O.S. compiti” è un laboratorio di apprendimento in cui bambini e ragazzi hanno la possibilità di eseguire i compiti e di studiare con la supervisione di personale qualificato con formazione universitaria in ambito psicologico ed educativo. Le attività proposte aiutano a tenere alta la motivazione e ad acquisire strategie e metodi di studio efficaci. Il lavoro del team si svolgerà con l'aiuto e il coinvolgimento della famiglia, della scuola e in rete con l'ambiente in cui i bambini e i ragazzi crescono, giocano, vivono e imparano (associazioni sportive, ludiche, religiose, ecc.). Terminare i compiti durante la settimana consentirà alle famiglie di passare il proprio tempo libero in modo più rilassante. L'aiuto compiti è solo una delle tante attività proposte. Le ore al laboratorio possono essere dedicate anche alle seguenti attività:

- esercizi di lettura e di scrittura
- lavori di gruppo
- orientamento e problem solving
- tecniche mnemoniche (aumento di concentrazione e attenzione)
- brain training (potenziamento mentale)
- allenamento delle capacità logiche
- educazione alle emozioni
- screening e prevenzione dei disturbi del linguaggio
- diagnosi precoce dei disturbi dell'apprendimento
- promozione della salute
- incremento delle capacità cognitive
- sviluppo della creatività

Sono proposti, inoltre, laboratori di orticoltura, psicodramma, disegno e tecniche di rilassamento. Tra le attività di approfondimento si può scegliere tra inglese madrelingua, il circolo di lettura, un corso di scrittura creativa e l'educazione alimentare.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il valore attuale netto dell'investimento è di € 37.196,13

- Il ritorno sociale sull'investimento è di 2,38 € per ogni euro investito;
- Il periodo di ritorno sull'investimento è di 9,3 mesi.

Il risparmio totale minimo per la Pubblica Amministrazione è di € 8.436 per ogni anno di attività a regime del laboratorio.





## L'esperienza del gruppo: nuove risorse in adolescenza

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Studio Privato "Azalea" e "Centro per il Bambino e la Famiglia" ASL Bergamo
- **Indirizzo:** via San Martino della Pigrizia 52, Bergamo
- **Mail:** ctutelab@asl.bergamo.it
- **Telefono:** 035 262300
- **Referente:** Marzia Donadoni-Psicologa/Psicoterapeuta e Claudio Rozzoni-Responsabile CBF, Dirigente Psicologo, Psicoterapeuta
- **Mail:** marziadonadoni@gmail.com; ctutelab@asl.bergamo.it (Rozzoni)
- **Team di lavoro:** Marzia Donadoni-Psicologa/Psicoterapeuta, Manuela Forte-Psicologa/Psicoterapeuta

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il tema al centro del progetto è l'adolescente con le problematiche evolutive che si trova ad affrontare legate ai mutamenti d'identità, alla relazione con la famiglia, i genitori e la società.

Le statistiche e i mass-media riportano un aumento dell'uso di alcol in fase sempre più precoce nei teenager e negli adolescenti; anche l'uso di droghe nella fascia dei giovanissimi è cresciuto in modo preoccupante negli ultimi dieci anni; i comportamenti sessuali agiti, barattati o commercializzati indicano il malessere primariamente identitario dei ragazzi che tentano di riempire vuoti interiori e obbiettivi esistenziali con illusorie soluzioni governate dal principio del piacere. Tali comportamenti possono rappresentare l'anticamera di disordini emotivi di tipo depressivo, borderline o antisociale. Anche il fenomeno del bullismo tra teenager e adolescenti è oggi un problema dai toni drammatici, che sembra in aumento. Il nucleo familiare degli anni 2000 vede il costante incremento dei divorzi, l'instabilità delle relazioni affettive genitoriali e la nascita di famiglie allargate. Un ragazzo oggi sempre più spesso si trova diviso tra diversi nuclei familiari e le relazioni sentimentali instabili dei genitori; quando la famiglia allargata trova un proprio assetto l'adolescente è chiamato a governare molteplici affetti e relazioni, con la presenza spesso di quattro genitori e otto nonni. La crisi economica del nostro tempo rappresenta un ulteriore nodo problematico che le famiglie e i genitori si trovano ad affrontare: adulti alle prese con problemi economici, affettivi e sentimentali sembrano rappresentare punti di riferimento deboli, non sempre in grado di contenere le fisiologiche turbolenze evolutive dei figli adolescenti. Inoltre l'adolescente oggi, come mai è successo per le generazioni precedenti, è alle prese con una gruppalità e coetaneità di tipo multiculturale. Il gruppo dei pari per il ragazzo ha da sempre rappresentato una pietra miliare per la sua crescita, luogo di complicità e di omologazione prezioso e necessario per transitare dalla famiglia alla società e dalla vita infantile a quella adulta. La presenza di ragazzi stranieri chiede oggi all'adolescente una capacità di confronto e un equilibrio di cui comprensibilmente non è provvisto.

### BENEFICIARI

- Diretti: gli adolescenti della città Bergamo e provincia (110.275 adolescenti).
- Indiretti: le famiglie.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Bergamo e provincia.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il presente progetto mira a promuovere il benessere dell'adolescente e della sua famiglia, dalla comprensione del sintomo alla realizzazione del cambiamento, passando attraverso il lavoro di gruppo, il lavoro con le famiglie e le loro possibilità trasformative. Per cambiamento intendiamo il positivo assolvimento dei compiti evolutivi cui l'adolescente è chiamato in termini di identità, relazioni e affettività, in direzione del raggiungimento di una maggiore integrazione e solidità della sua personalità.

Il cambiamento desiderato viene ricercato attraverso la presa in carico psicoterapeutica dell'adolescente in una cornice gruppale. Si intende adottare il gruppo come luogo terapeutico entro cui ospitare la crisi e mettere in moto il cambiamento; allo stesso tempo, appare importante un parallelo lavoro con le famiglie, per supportare i genitori nella gestione del figlio. Si sottolinea il carattere preventivo del progetto e l'integrazione tra diversi approcci terapeutici (psicodinamico e sistemico) quali ulteriori elementi chiave a supporto del raggiungimento dei risultati.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Nella fase iniziale si analizza la domanda di aiuto attraverso colloqui individuali con l'adolescente; nella seconda fase viene offerta una presa in carico psicoterapeutica ad orientamento psicodinamico in gruppo. Ogni seduta vede la conduzione da parte di uno psicoterapeuta che assolva la funzione di contenitore delle dinamiche di gruppo, di facilitatore rispetto ai processi in atto nel qui ed ora della seduta e di co-costruttore di sensi e significati insieme al gruppo, all'interno e secondo le tecniche del setting psicodinamico, flessibilmente adattate all'utenza adolescente e con una particolare attenzione ai vissuti controtransferali che si attivano nel conduttore. Nella fase iniziale ai genitori viene chiesto di compilare un questionario attraverso il quale esprimono la problematica e lo stato di disagio che stanno vivendo; nella seconda fase viene loro offerto uno spazio di accoglienza psicologica che prevede due diverse tipologie di intervento: la prima offre ai genitori un lavoro di gruppo, alla presenza di un terapeuta, con altri genitori per favorire il confronto e la condivisione dei vissuti e delle fatiche genitoriali al fine di costruire nuove soluzioni d'approccio relazionali e affettive al figlio adolescente; la seconda tipologia di intervento, attivata solo nei casi in cui se ne ravvisi la necessità, prevede sedute familiari nelle quali lo psicoterapeuta sistemico accoglie genitori e figli nella stessa seduta per facilitare il dipanarsi di peculiari conflitti generazionali quando presenti o riattivare o favorire, se bloccato, il processo di separazione-individuazione che consente all'adolescente di traghettare verso l'età adulta.

Infine nella fase finale si incontra in sedute individuali l'adolescente e ciascuna coppia di genitori per la somministrazione dei test e dei questionari finali e per ottenere il feedback sull'esperienza vissuta.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il piano finanziario annuale ipotizzato per coprire il progetto corrisponde a € 38.184. Individuiamo un risparmio a breve termine per la P.A. relativamente a: pubblica sicurezza, sistema giudiziario

e spesa sanitaria di base.

Individuiamo inoltre risparmi a lungo termine:

- un lavoro di prevenzione e cura per i giovani che oggi fanno uso di alcool e droghe significa non dover domani prendere in carico adulti tossicodipendenti o alcolisti con costi ingenti per le strutture sanitarie, per i percorsi di cura e di riabilitazione;

giovani in grado di ritrovare la strada per diventare adulti equilibrati e in salute psicofisica possono lavorare con migliori risultati, incrementando il benessere economico del paese.



# M.A.I. Maltrattamento e Abuso all'Infanzia

## SCHEDE ANAGRAFICA

- **Proponente:** Pietro Farinato Cooperativa Sociale Onlus
- **Indirizzo:** c/o da Polleri s.n.c., 94015 Piazza Armerina (EN).
- **Mail:** p.farinato@psypec.it
- **Telefono:** 0935 687339
- **Referente:** Ilenia Maria Adamo - Direttore Scientifico
- **Team di lavoro:** Ilenia Maria Adamo - Psicologa Psicoterapeuta, Dalila Gambacurta - Psicologa, Marida Anzalone - Psicologa, Lorena Scarfia - Psicologa

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto è nato per promuovere ed implementare, sul territorio della provincia di Enna, un processo di integrazione sul piano inter istituzionale dei principali attori, istituzionali e non, coinvolti nel processo di tutela del minore. Malgrado, infatti, la crescente sensibilità al problema, il fenomeno della violenza all'infanzia non sempre viene adeguatamente e tempestivamente affrontato dalla rete dei servizi, e ciò in ragione della complessità degli interventi e della loro disomogeneità. In particolare, si è riscontrata sul territorio siciliano una separazione tra l'area sanitaria, tendente alla specializzazione dei servizi ed alla frammentazione degli interventi, e l'area dei servizi sociali, tendente alla territorializzazione e alla riduzione delle componenti specialistiche. La segnalazione di un minore in pericolo richiede una risposta tempestiva ed integrata sia a tutela del minore sia, eventualmente, a salvaguardia dei genitori e della fratria. Interventi, quindi, alla cui realizzazione è necessario concorrono servizi ed istituzioni adeguatamente collegati tra loro, al fine di fornire prestazioni integrate e complesse in un'ottica di sistema, e di non duplicare gli interventi. Tale evidenza ha portato a ritenere non più solo auspicabile bensì necessario rafforzare la "governance" territoriale delle azioni volte alla prevenzione ed al contrasto del maltrattamento e abuso all'infanzia, potenziando un processo inter organizzativo tra soggetti istituzionali e del privato sociale, migliorando contestualmente la capacità di intervento.

## BENEFICIARI

Azione di diffusione e formazione:

- formazione di base: cicli di seminari rivolti a circa 200 soggetti appartenenti all'intera comunità locale
- formazione specialistica: 132 operatori sociali, sanitari, scolastici e giuridici dei 3 distretti di riferimento.

Azione di creazione delle reti inter istituzionali:

- istituzione Tavolo Permanente di Coordinamento Provinciale (Cabina di Regia): 16 referenti dei vari enti pubblici e privati;
- attivazione di 3 Nuclei Operativi che hanno svolto attività di sportello (27 prese in carico), interventi di prevenzione secondaria nelle scuole (50 alunni), azione di formazione ai docenti (129 docenti, 7 istituti scolastici), sostegno alla genitorialità (85 famiglie, 7 gruppi di auto-aiuto).

Istituzione di un Osservatorio permanente dell'infanzia e dell'adolescenza: beneficiaria la comunità locale della provincia (16 referenti).

Beneficiaria indiretta è stata la popolazione ricadente nei territori di riferimento coinvolti.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Sicilia, distretti socio-sanitari della provincia di Enna: il Distretto n. 22, comprendente i comuni di Enna e Villarosa; il Distretto n. 24, comprendente i comuni di Piazza Armerina, Aidone e Barrafranca; il Distretto n. 21, con il coinvolgimento dei comuni di Agira, Assoro e Leonforte.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Si intende promuovere il cambiamento desiderato a partire da diversi interventi:

- specializzazione delle azioni di tutela in relazione alla specificità del mandato istituzionale di ciascun soggetto coinvolto e, contemporaneamente, loro messa a sistema attraverso l'azione di una cabina di regia inter istituzionale;
- formazione per gli operatori dei diversi settori che favorisca l'integrazione delle culture istituzionali e l'adozione di procedure di intervento standardizzate;
- erogazione di prestazioni differenziate che coprano lo spettro degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, avendo come focus il sistema familiare;
- ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili attraverso l'azione di monitoraggio di processo e di risultato della cabina di regia che - in qualità di case manager - potrà attivare gli interventi necessari alla specificità del caso.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Nello specifico il progetto ha previsto l'articolazione in tre macroazioni:

- azioni di diffusione e formazione. I percorsi formativi sono stati progettati e realizzati tramite formazione di base (seminari formativi svolti in modo coordinato sui vari territori di riferimento con l'obiettivo di superare la settorialità dei vari servizi e garantire ai minori vittime di violenza una risposta globale e non frammentata, facilitando piuttosto l'implementazione di procedure integrate e multidisciplinari) e tramite formazione specialistica (rivolta a figure professionali operanti nei diversi settori della tutela dei minori vittime di abuso e sfruttamento sessuale, con l'obiettivo di promuovere e/o potenziare le conoscenze e competenze degli operatori);
- creazione delle reti inter istituzionali: la finalità era la costruzione di una rete stabile e sinergica mediante il coinvolgimento dei sistemi giudiziari, di polizia, sociale, sanitario, educativo, nella logica della multidisciplinarietà;
- creazione di un Osservatorio volto a conoscere ed evidenziare l'evoluzione del fenomeno, monitorare e valutare le attività, le procedure, l'efficacia degli interventi, dell'integrazione delle politiche e delle azioni tra i soggetti coinvolti nella prevenzione e nella presa in carico.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il progetto ha avuto un costo di € 88.650 per una durata di 18 mesi. Se consideriamo il bacino di popolazione sul quale ha agito (98.290 abitanti), il costo pro capite del progetto è stato di € 0,90/cittadino. Come dimostrato dallo Studio condotto da Terre des Hommes/Cimai nel 2010, il costo sociale per ogni bambino vittima di violenza è di € 130.259/anno. Il maltrattamento all'infanzia è un complesso problema di salute pubblica che determina conseguenze - a breve e lungo termine - sia per la salute mentale sia per la salute fisica delle vittime. Oltre ai costi che gravano sul sistema socio-sanitario, vari studi di policy hanno ormai ampiamente dimostrato che il fenomeno genera importanti spese afferenti a svariati aspetti della vita pubblica. In primis vi sono le conseguenze sulla salute, quali ad esempio il maggiore rischio di malattie fisiche, invecchiamento precoce, psicopatologia e costi di cura più elevati. Il maltrattamento genera però anche conseguenze non strettamente connesse alla salute, tra cui una ridotta qualità della vita, scarso rendimento accademico, perdite di produttività e condotte antisociali. Lo Studio ha incluso tutte queste problematiche nella stima dei costi pubblici legati al maltrattamento minorile. Il risultato finale è di € 13 miliardi, pari allo 0,84% del PIL nazionale, versati dalla collettività in un anno a causa della prevalenza di violenze e abusi contro l'infanzia.



# Progetto ALL: Co-progettare Accoglienza e Lavoro in Interazione con i Minori Stranieri Non Accompagnati

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Dialogica - Cooperativa sociale
- **Indirizzo:** via Copernico, 22, Milano
- **Mail:** dialogica@dialogica-lab.eu
- **Telefono:** 02 89696553
- **Referente:** Gian Piero Turchi - Responsabile Scientifico (gianpiero.turchi@unipd.it)
- **Team di lavoro:** Silvia de Aloe, Annunciata Maiocchi, Daniela Marchi

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è il processo di crescente marginalizzazione che incontrano nel nostro Paese i cittadini che acquisiscono lo status di Minore Straniero Non Accompagnato (MSNA). Le cause: la carenza di risorse degli Enti Locali e nazionali per affrontare i numeri crescenti di MSNA sul territorio, con interventi orientati prevalentemente a tamponare l'emergenza, la carenza di soluzioni alternative all'istituzionalizzazione (es. l'affido), strumenti normativi specifici di questo status giuridico poco flessibili e applicazioni degli stessi tardive, parziali e frammentate tra i vari organismi istituzionali, la crisi occupazionale che riduce i percorsi di tirocinio/apprendistato finalizzati all'inserimento lavorativo, con condizioni di accesso sempre più rigide. L'intero scenario è reso ancora più critico dalla progressiva adultizzazione dei minori che arrivano (soprattutto 17enni). Queste stesse cause a loro volta sono riconducibili a dei nodi critici trasversali all'intera filiera del sistema di gestione: l'impostazione assistenziale che prevede la totale delega di responsabilità ai soggetti istituzionalmente preposti alla gestione del percorso dei MSNA, l'assenza di strategie di gestione in anticipazione del problema, che viene affrontato solo quando si presenta e nel territorio in cui si presenta, l'assenza di condivisione di obiettivi e strategie tra i vari soggetti coinvolti.

Perché investire: l'attuale modalità di gestione, per la quale vengono già investite considerevoli somme di denaro pubblico, oltre a rappresentare una dispersione continua di risorse dell'intera comunità, consente ai vari attori di mantenere posizioni contrapposte in quanto fondate su reciproche appartenenze/interessi piuttosto che sulla possibilità di contribuire "da cittadini" al "bene comune". Questo alimenta ulteriormente tensioni e conflitti sociali la cui gestione in un'ottica di sistema costituisce ad oggi una priorità per qualunque Amministrazione impegnata nel governo del territorio.

## BENEFICIARI

- Diretti: 50 MSNA di età compresa tra 12 e 18 anni.
- Altri beneficiari diretti: altri migranti non MSNA (200), cittadini direttamente coinvolti nelle azioni progettuali (50), associazioni (60), ruoli della Pubblica Amministrazione e del privato sociale (25), imprenditori e colleghi (20).
- Indiretti: i cittadini migranti e quelli della comunità d'accoglienza e le comunità d'origine dei MSNA.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regioni: Sicilia, Puglia, Lombardia, Lazio, Emilia Romagna.

Comuni: Como e comuni sopra i 100.000 abitanti.

Intero territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Si intende generare una Architettura di governo delle interazioni tra tutti i soggetti formali ed informali (minori, istituzioni, comunità di accoglienza e di origine) che intervengono nel percorso dei cittadini con status di MSNA, con l'obiettivo di promuovere una cultura di cittadinanza come responsabilità condivisa nella gestione dello stesso e della comunità, presupponendo che tutte le persone che la compongono, in primis i minori, possono trasformarsi da agenti di disgregazione a risorse nella gestione degli aspetti critici.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

A partire dall'analisi del problema offerta più sopra, si rileva che l'esigenza di tutti i territori nella gestione del cittadino MSNA è quella di generare a più livelli (politico-dirigenziale, gestionale ed operativo, tra ruoli specialistici e ruoli informali, tra Amministrazione pubblica e Terzo Settore) e a partire dai ruoli già attivi sul problema, una squadra territoriale in grado di gestire in modo corresponsabile, quindi efficiente ed efficace, le risorse e gli interventi che coinvolgono i MSNA.

Il progetto quindi vede nella co-progettazione territoriale la strategia elettiva per il perseguimento dell'obiettivo generale e la declina nelle seguenti Attività:

### 1) COSTRUZIONE DEGLI SNODI DI COPROGETTAZIONE DELLA MATRICE PROGETTUALE

1.1 Costituzione della cabina di regia istituzionale

1.2 Costituzione dell'Equipe Tecnico Gestionale Strategico-Operativa

1.3 Costituzione dei Nuclei Operativi

### 2. LINEE DI GARANZIA DELL'ADERENZA AL PIANO SCIENTIFICO E DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO

2.1. Validazione Scientifica

2.2. Attività di Valutazione

### 3) LE LINEE DI SVILUPPO E SUPPORTO

3.1. Formazione e Coaching

3.2. Promozione di un'attività di ricerca inerente le comunità di provenienza e le reti di appoggio informali

### 4) PROGETTAZIONE E GESTIONE DI PIANI STRATEGICI CONTESTUALI

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il progetto sta attualmente vivendo una fase attuativa pilota del costo di € 296.420 finanziata per € 79.105 dagli Enti partner e per € 217.315 dal Fondo Europeo per l'Integrazione di cittadini di Paesi terzi (FEI). Il risparmio principale per la PA consiste nei nuovi servizi di accoglienza e formazione generati dal progetto:

- rispetto all'individuazione di soluzioni di accoglienza si stima che per 6 utenti inseriti in comunità in un anno il costo sia di € 175.200, a fronte di un costo di 28.800 euro per la gestione in affido, con un risparmio di € 146.400 annui per ogni utente ( $x 6 = € 878.400$ );

- per la gestione di percorsi di semi autonomia in appartamento si stima che il costo in un anno sia di € 12.775 che potrebbe essere abbattuto del 50% con la presenza di un tutor peer. Il risparmio sarebbe pertanto di € 6.387 annui per ogni ospite inserito;

- rispetto a soluzioni di appoggio leggero con frequenza diurna presso un nucleo familiare del territorio il costo stimato sarebbe di € 150 mensili a fronte di una retta mensile di un centro diurno di circa € 350, con un risparmio di € 2.400 all'anno per utente;

rispetto alla realizzazione di percorsi di sviluppo di competenze presso soggetti del territorio con certificazione finale delle competenze si stima che possa realizzarsi attraverso un tutoring da parte di un volontario interno alle diverse organizzazioni appositamente formato e con un presidio consulenziale di circa 1 accesso alla settimana, abbattendo del 70% circa i costi di realizzazione ed incrementando le opportunità disponibili. Considerando quindi il costo medio per l'A.P. di una dote di formazione, circa € 3.000, si anticipa un risparmio su 10 utenti di € 21.000 all'anno.



# Progetto SIBRIC.it – Ricerca, Supporto & Informazione sui comportamenti autolesionistici

## SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** SIBRIC
- **Indirizzo:** Viale Italia 450, La Spezia
- **Mail:** info@sibric.it
- **Telefono:** 340 4094240
- **Referente:** Giuseppe Martorana, Psicologo, Responsabile sito/progetto
- **Mail:** giuseppe.martorana@sibric.it
- **Team di lavoro:** Giuseppe Martorana, Cinzia Purromuto, Valentina Mellone, Pietro Alfano. Neuropsichiatra infantile e web developer da individuare.

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è costituito dalle condotte autolesive che i giovani sempre più frequentemente mettono in atto per affrontare pensieri ed emozioni opprimenti e insopportabili, o per trasmettere e comunicare con il mondo esterno e fronteggiare conflitti interni.

Dalla letteratura scientifica sull'argomento emerge che alla base di tale comportamento vi sia una sorta di deficit nella regolazione emotiva o anche esperienze dissociative, forse seguite a difficoltà nell'attaccamento o possibili traumi occorsi in età infantile.

Il problema ad oggi è meritevole di attenzione e di investimento per le proporzioni che sta guadagnando tra i giovani e per la difficoltà che gli stessi hanno nel raggiungere l'attenzione clinica. Difatti, i comportamenti autolesivi sono spesso sottostimati, poiché vengono messi in atto in tutta segretezza e, frequentemente, sono accompagnati da sentimenti di vergogna. Coloro che si auto feriscono tendono infatti ad isolarsi e a nascondere le proprie ferite per evitare di essere giudicati.

Ad accrescere il rischio di diffusione del fenomeno nel territorio c'è anche l'emulazione tra giovani, provocata da una sorta di rinforzo sociale tra pari (Nock & Prinstein, 2004): sapere che un tuo amico o compagno si ferisce per sentirsi meglio, e che questo apparentemente funziona, porta gli altri a provare lo stesso comportamento.

## BENEFICIARI

- Diretti: giovani che ricorrono a condotte autolesive o con storia di autolesionismo.
- Indiretti: le famiglie dei soggetti autolesionisti e i professionisti che si trovano a lavorare con questa tipologia di utenza (psicologi e psicoterapeuti, psichiatri, insegnanti, medici e personale dei pronti soccorso, educatori, ecc.).

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Essendo gli autolesionisti una popolazione costituita prevalentemente da giovani della fascia di età 12-28, con difficoltà nell'esporsi e nel chiedere aiuto, e con notevoli risorse e competenze nell'uso dei media, l'uso di un portale web sarebbe uno strumento ideale per raggiungerli nel

“loro territorio”. Difatti, sembra che internet abbia una certa rilevanza per i giovani che si sentono emarginati, in quanto fornisce un “luogo” a basso rischio dove trovare persone con cui condividere la loro reale o percepita diversità e dare la possibilità di uno scambio di informazioni che è difficile realizzare di persona o quando si utilizza la propria identità (McKenna e Green, 2002).

Obiettivo del portale è quello di fornire un primo soccorso, in modo anonimo e riservato (tramite utilizzo di nickname come identità), informazioni e un supporto veloce ed a portata di click, ma con lo scopo di accompagnare il giovane ai servizi del territorio, in quanto il portale non è da considerarsi come sostitutivo in alcun modo ai colloqui vis a vis.

Grazie a questa metodologia di lavoro è possibile raccogliere numerosi dati clinici ed epidemiologici, in altro modo impossibili da conseguire. Questi potrebbero essere utilizzati per colmare quel gap di conoscenze che mancano per accogliere adeguatamente le richieste di aiuto di questi soggetti, contribuendo così a formare i professionisti che si trovano a lavorare con questa tipologia di utenza, ma anche gli insegnanti che si trovano spesso di fronte a casi simili e non sanno cosa fare, ed infine le famiglie che non sanno come affrontare l'argomento con i propri figli, preferendo a volte ignorare il problema o etichettarlo.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Nella realizzazione delle attività la metodologia applicata è prevalentemente quella del supporto tra pari (Peer Support), derivata dalla peer education, attraverso cui si stimolano i giovani ad essere protagonisti del loro percorso di salute, divenendo allo stesso tempo utenti e consulenti, potendo così usufruire dell'esperienza dell'altro per la gestione e la risoluzione delle proprie difficoltà. Il motivo di questa scelta è l'importanza riconosciuta da molti studiosi di affidare un ruolo attivo agli adolescenti nei loro percorsi educativi.

Nello specifico le attività offerte ai beneficiari saranno, per quanto riguarda i giovani con condotte autolesive: colloqui di counselling individuale via chat, consulenze via mail, Questions&Answers con archivio di domande e risposte già fornite, gruppi di supporto tra pari in chat mediate da esperti.

Relativamente alle attività di (in)formazione di professionisti, operatori e famiglie, si prevede di implementare piattaforme di e-learning per corsi di formazione, pubblicazione on line e diffusione di articoli, brochure, e guide rivolte specificamente ai diversi target.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

I costi del progetto riguardano prevalentemente i seguenti aspetti:

- risorse umane (4 psicologi, 1 coordinatore, 1 consulente esperto in neuropsichiatria infantile, Webmaster/web developer);
- costi del sito e delle eventuali stampe (poster, guide, brochure, ecc.);
- costi collegamento internet ed elettricità.

Grazie ad un progetto simile molti utenti, piuttosto che rivolgersi ai servizi pubblici con una domanda confusa, potrebbero prendere consapevolezza delle loro difficoltà, ricevendo un primo supporto da consulenti on line o da altri giovani come loro. Ciò li preparerebbe, nei casi più ardui, ad affrontare un percorso psicoterapico, mentre utenti con minori difficoltà potrebbero trovare sufficiente il supporto on line. Ciò si ripercuoterebbe positivamente sul bilancio della Pubblica Amministrazione, in quanto gli utenti che arriverebbero ai servizi sarebbero meno e con minori rischi di abbandono. Un'altra ricaduta positiva potrebbe essere la riduzione dei casi che giungono al pronto soccorso con i relativi costi.





# Psicologia scolastica e informatica per la riduzione dei costi di bocciature e dispersione scolastica

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Roberto Romeo – Psicologo libero professionista
- **Indirizzo:** via Danieli 23, Verona
- **Mail:** roberto.romeo@pecpsyveneto.it
- **Telefono:** 347 3121477

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema rispetto al quale proponiamo di intervenire è quello dei rilevanti costi psicologici, sociali ed economici dell'alto numero di studenti italiani che al termine dell'anno scolastico vengono bocciati o, per usare la più corretta terminologia ministeriale, non ammessi alla classe successiva. La situazione è stata ben sintetizzata da Francesca Borgonovi, analista OCSE che, commentando i dati del Rapporto PISA 2012, in un articolo intitolato "Ripetere non serve e costa troppo" afferma in occhiello: "Chi è bocciato di solito non recupera. Lo Stato spende 36.000 euro per ogni ripetente" (Corriere della Sera, 23 settembre 2014). Le cause del problema sono certamente molteplici, legate al modello scolastico e formativo che il nostro Paese adotta ed al contesto socioeconomico attuale col quale questo modello scolastico si trova a dover interagire. Certamente comunque gli operatori scolastici, e tra essi gli insegnanti in primo luogo, sono concordi nell'affermare che questa varietà di cause che potremmo definire remote, di scenario, si cristallizza in quella che da sempre è indicata come la principale causa immediata delle bocciature: la demotivazione allo studio degli studenti. Per gli studenti delle classi prime della scuola secondaria di secondo grado la demotivazione rispetto allo studio che quasi sempre viene riconosciuta come causa immediata delle bocciature appare frutto di:

- mancanza di chiarezza nel progetto scolastico personale, spesso frutto di percorsi di orientamento scolastico non del tutto efficaci;
- reazione agli insuccessi scolastici;
- relazioni problematiche a scuola con insegnanti e compagni di classe;
- relazioni problematiche con i genitori a causa degli insuccessi scolastici;
- mancanza di organizzazione nello studio;
- inadeguatezza/insufficienza strategie di apprendimento e consolidamento nella memorizzazione;
- non adeguate modalità di preparazione specifica alle verifiche da sostenere;
- noia come reazione a modalità didattiche spesso percepite come arcaiche da studenti "nativi digitali".

Il problema appare meritevole di investimento per gli alti costi: psicologici (per studenti, genitori, insegnanti coinvolti); sociali (in relazione anche alle problematiche della dispersione scolastica); economici (per il sistema scolastico e per le famiglie in primo luogo).

## BENEFICIARI

- Diretti: studenti del primo anno delle scuole secondarie di secondo grado che al termine del primo trimestre di attività scolastica siano giudicati dagli insegnanti del Consiglio di classe ad alto rischio di non ammissione alla classe seconda.
- Indiretti: compagni di classe, insegnanti e genitori.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Veneto, provincia di Verona.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Si intende creare il cambiamento attraverso una serie di interventi che uniscano:

- attenzione agli aspetti psicologici del vissuto scolastico, lavorando in particolare sulla motivazione allo studio e sulle relazioni a scuola, con insegnanti e compagni di classe;
- un supporto individualizzato per il miglioramento del metodo di studio;
- utilizzo dei supporti informatici per lo studio che meglio garantiscano la personalizzazione del percorso di apprendimento individuale.

Gli elementi chiave della soluzione proposta risiedono in:

- contesto individuale in cui offrire supporto psicologico e psicopedagogico agli studenti coinvolti;
- utilizzo della modalità dello "studio assistito" da tutor per un effettivo passaggio dal sapere al saper fare rispetto alle modalità di studio e di preparazione delle verifiche da sostenere;
- coinvolgimento attivo degli insegnanti e dei genitori negli interventi individualizzati proposti agli studenti;
- ricerca di chiarezza del progetto di studio individuale attraverso l'analisi delle modalità con cui si sono formate e continuano a formarsi le scelte di orientamento scolastico e professionale degli studenti coinvolti nel progetto.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Si propone che nel contesto di una scuola secondaria di secondo grado:

- gli insegnanti dei Consigli delle classi prime individuino gli studenti ad alto rischio di bocciatura;
- gli insegnanti propongano agli studenti ed ai loro genitori di avvalersi nell'ambito della scuola del supporto delle attività di questo progetto e di uno Psicologo in qualità di "tutor di studio" individuale;
- che lo Psicologo tutor di studio incontri nei locali della scuola un gruppo di 5 studenti che insieme ai loro genitori abbiano accettato di avvalersi del suo supporto e del progetto;
- a ciascuno studente lo Psicologo tutor di studio proporrà colloqui individuali di analisi del vissuto scolastico e della situazione scolastica, affiancamento quotidiano nello studio individuale, training nell'utilizzo delle tecnologie e dei software per l'apprendimento più efficaci e innovativi, colloqui individuali con gli insegnanti delle discipline in cui gli studenti incontrano maggiori difficoltà, colloqui individuali con i genitori di ciascuno studente per la condivisione dei bisogni rilevati, delle strategie di intervento proposte ed il monitoraggio dei risultati raggiunti.

Nell'ambito di queste attività, a ciascuno studente, in maniera flessibile e secondo i bisogni personali, verrà proposto un potenziamento in alcune o in tutte le aree di sviluppo seguenti:

- chiarezza delle motivazioni e del progetto di studio personale;
- efficacia delle relazioni a scuola con insegnanti e compagni;
- organizzazione dello studio individuale e in classe;
- tecniche di studio, apprendimento e memorizzazione individuale;
- allenamento specifico alle verifiche da sostenere.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

I costi totali del progetto sono pari ad € 10.000. A fronte di questo investimento i minori costi per l'Istituzione Scolastica collegati al raggiungimento dell'obiettivo di evitare 4 non ammissioni alla classe seconda degli studenti impegnati nel progetto sono pari ad € 25.972 totali. Questo risulta utilizzando, come illustrato dai dati emersi dal rapporto OCSE PISA 2012, una stima prudenziale del costo di ogni anno scolastico ripetuto da ciascuno studente non ammesso alla classe successiva in € 6.493.

Il risparmio netto realizzato dall'Istituzione Scolastica sarebbe pari quindi a € 15.972.



## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Cooperativa Sociale Mediterraneo Mosaico Di Culture
- **Indirizzo:** via Ponzio Cominio 11, 00175 Roma
- **Mail:** mosaicodiculture@gmail.com
- **Telefono:** 345 1026356 - 328 7835517
- **Referente:** Laura Bellone
- **Team di lavoro:** Teresa Albano, Laura Bellone, Monica Monteriù. Per il lavoro con gli stranieri minori non accompagnati equipe multietnica e multidisciplinare composta dai mediatori culturali Moulay Youssef Hachimi, Stefania Zbughin, Tamer Helmy, Liton Halder Chandra

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Nel secondo rapporto sulla devianza minorile, curato dal Dipartimento per la Giustizia Minorile, si evidenzia come "l'attuale clima politico, sociale, culturale ci rende spettatrici e spettatori di processi di formazione di nuovi problemi sociali che richiedono forme nuove e maggiormente complesse di soluzione.

E' importante, inoltre, tenere come riferimento le condizioni generali dei minorenni nel nostro Paese e in particolare nel Lazio. A tale riguardo si ricorda che le classifiche costruite da organismi internazionali quali Unicef e OCSE pongono l'Italia agli ultimi posti tra i paesi dell'Unione Europea riguardo ai livelli di benessere dei minori. A sua volta il Lazio (come territorio prossimo a quello di Roma Capitale) è agli ultimi posti tra le regioni d'Italia. Il disagio minorile/giovanile invade i territori, invade quartieri, aree urbane e suburbane, zone "ricche" e zone povere e/o degradate delle città.

In tal senso Roma ne è una descrizione emblematica. I racconti delle cronache ci indicano un sommerso ed un esplicito di disagio e devianza, trasversale alle classi sociali, che nei propri agiti si serve sempre più delle nuove tecnologie e delle nuove forme di comunicazione social.

La crisi economica porta con sé come sempre l'acuirsi di conflittualità tra "diversi", e Roma, con la presenza di quasi 200 comunità nazionali di diversa provenienza, è una bomba a tempo con la miccia accesa.

Occorrerebbe, dunque, l'impegno della collettività per consentire ai minori e agli adolescenti di uscire da situazioni di disagio e/o devianza. La finalità primaria è quella di prefigurare possibili scenari di sviluppo e di messa a punto di strumenti e metodi adeguati a cogliere questi difficili nuovi spazi di confronto tra attori/attrici sociali e istituzioni normative per traghettare minori e adolescenti oltre il disagio.

## BENEFICIARI

- Diretti: i minori a rischio.
- Indiretti: gli operatori socio-sanitari, le istituzioni pubbliche e del privato sociale.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Roma, territori del 1° e del 5° Municipio.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'esperienza maturata nei contesti del disagio e dell'intercultura ci fa immaginare che per portare cambiamento gli Psicologi devono cambiare la loro percezione di sé nella relazione di aiuto. Non devono "curare" ma riuscire ad innescare processi di empowerment organizzativo, collettivo e individuale. Empowerment inteso come avvio di processi virtuosi, di autoipotesi, che mirano alla crescita autonoma dei sistemi in/con cui si interviene. Si co-costruiscono percorsi, si con-dividono narrazioni si ristrutturano insieme attribuzioni di senso e sistemi di significato/significanti. Il cambiamento di comunità e individui avviene attraverso una precisa metodologia di intervento, i contenuti di merito emergeranno durante i percorsi (ne sono garanzia i cv individuali e del soggetto promotore/attuatore). Deve essere un viaggio con-diviso alla ricerca di strade per uscire dal disagio e nuove realtà di benessere individuale e collettivo. Lo Psicologo itinerante sarà in grado di ascoltare e promuovere, in un qui ed ora dilatato, azioni specifiche e attività complesse che riconducano verso una ri-costruzione dei sé collettivi e individuali. Elemento critico sarà anche la capacità di fare rete e attivare sinergie funzionali con beneficiari (giovani devianti e/o a rischio), stakeholders e attori chiave.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Per lo svolgimento delle attività ci si avvarrà della collaborazione di Psicologi senior, junior e Psicologi tirocinanti. L'intervento itinerante si potrà appoggiare, oltre che nei luoghi di aggregazione informali, anche presso scuole, centri di prima accoglienza, centri di aggregazione giovanile riconosciuti, case famiglie per minori, ecc., nonché direttamente nelle strade di quartieri simbolo di territori altamente esposti al disagio ed al malessere delle urbanizzazioni popolari e carenti di servizi e sicurezza.

Le attività sono di seguito elencate:

- individuazione, selezione e formazione di peer educator tra i giovani a rischio;
- promozione e consolidamento di gruppi di minori e adolescenti in grado di attivare azioni di mainstreaming positivo;
- bilancio del potenziale, orientamento e accompagnamento all'inserimento/reinserimento sociale, scolastico e/o lavorativo;
- scoperta e messa in valore dei "talenti" in azioni sinergiche e/o coordinate con stakeholders e attori chiave a livello territoriale, metropolitano e nazionale;
- animazione di comunità attraverso cui minori e adolescenti possano ritrovare/ricostruire un nuovo senso di sé;
- organizzazione di eventi che possano dare visibilità e riconoscimento ai processi virtuosi innescati dai giovani;
- centri di ascolto e di sostegno;
- coaching relazionale a livello individuale e di gruppo;
- creazione di un sito internet;
- creazione di una biblioteca itinerante;
- implementazione di sinergie e reti funzionali a livello locale, metropolitano e nazionale;
- inserimento in famiglie affidatarie;
- diffusione dei risultati attraverso un report.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale del progetto per un Municipio è pari a € 96.150, per due Municipi è pari a € 193.300 (ai costi indicati va aggiunta una quota del 7% a copertura delle spese generali e un 3% a copertura di rischi ed imprevisti). Sulla base dei bandi recentemente fatti da alcuni Municipi di Roma, in cui le risorse finanziarie sono state indicate nell'ordine di € 250.000, la proposta progettuale che si sta fornendo è tangibilmente più economica. Con la messa in rete territoriale e multimediale dei servizi si attivano sinergie virtuose che fanno guadagnare tempo e denaro alle PA e ai cittadini fruitori.



## Sportello di Psicologia

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Itaca - Associazione di Promozione Sociale
- **Indirizzo:** Corso D'Augusto 134, Rimini
- **Mail:** ass.itaca@gmail.com
- **Telefono:** 0541 1573736 – 329 6562515
- **Referente:** Maurizio Cottone – Presidente
- **Team di lavoro:** Cinzia Cavalli, Melissa Ciacci, Maurizio Cottone, Anna Chinnici, Mariateresa Farese, Ani Cico, Valentina Pagliarulo, Cristiana Mondaini, Stefania Solito, Diana Vannini, Vincenzo Vannoni, Angela Zapparoli

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è quello degli incidenti stradali nella fascia di età che va dai 14 ai 24 anni e il fatto che in questa gli incidenti sembrano recidivare. In letteratura emerge che il 30-50% dei giovani incidentati presenta un alto fattore di rischio di incorrere in una recidiva nel primo anno dal primo incidente.

L'incidente stradale è la prima causa di morte per gli adolescenti e giovani di età compresa tra i 15 e i 25 anni. Sembra esserci una correlazione significativa tra la propensione ad assumere comportamenti rischiosi alla guida e alcune specifiche caratteristiche di personalità del guidatore quali impulsività, instabilità emotiva, aggressività.

I giovani che tendono ad agire consultano raramente psicologi o psichiatri, ma vanno al Pronto Soccorso. Pensiamo che proprio lì dovremmo essere pronti ad accoglierli e a dare significato alla loro domanda, quando si rivolgono al servizio sanitario per incidenti o presunte malattie che li spingono a richiedere un aiuto medico.

Se le consultazioni mediche non promuovono la consapevolezza rischiano di rappresentare uno stimolo iatrogeno perché alimentano una spirale di agiti e di ritorni e soprattutto perché rappresentano per i giovani il fallimento della speranza di essere aiutati.

Esistono una serie di ricerche che testimoniano che prendere in considerazione dal punto di vista psicologico il giovane incidentato, anche con un unico colloquio, può contribuire a diminuire notevolmente il rischio di recidive e pertanto produrre ricadute positive sia sulla salute dei giovani in oggetto, sia in termini economici di spesa pubblica per il problema.

Le prime sperimentazioni con i giovani incidentati al Pronto Soccorso descrivono una riduzione significativa delle recidive pari al 24%.

Il progetto proposto può essere considerato un modello di prevenzione attiva, perché si pone a servizio dei giovani aiutandoli ad assumere una posizione proattiva rispetto alla loro vita.

### BENEFICIARI

- Diretti: giovani di età compresa tra i 14 e i 24 anni che si rivolgono al Pronto Soccorso in seguito ad un incidente (si considerano esclusivamente i codici di accesso triage bianco e verde).
- Indiretti: famiglia, Pubblica Amministrazione, Sanità Pubblica.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia-Romagna, Provincia di Rimini.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto ha obiettivi a breve e lungo termine. Gli obiettivi a breve termine sono:

- prevenzione attiva;
- cogliere un profilo sociale dei giovani che accedono al Pronto Soccorso;
- cogliere il profilo psicologico dei giovani che accedono al Pronto Soccorso;
- offrire loro un'occasione per prendere consapevolezza di ciò che è accaduto.

Obiettivi a lungo termine:

- prevenzione secondaria: cercare di ridurre la recidiva-incidente.

Si ritiene che tali obiettivi siano realizzabili attraverso:

- un unico colloquio con il giovane, durante la permanenza al Pronto soccorso o comunque nei primissimi giorni dall'incidente;
- follow-up del giovane attraverso un contatto telefonico da parte dello psicologo che ha effettuato la consultazione iniziale a 3, 6, 12 mesi dall'incidente;
- raccolta dati a scopo di ricerca sul profilo psicologico e sulla riduzione delle recidive.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

L'attività specifica riguarda la realizzazione di una modalità di supporto psicologico e psicoeducativo per adolescenti e giovani adulti (14-24 anni) che si rivolgono al Pronto Soccorso dell'ospedale "Infermi" di Rimini, per incidenti stradali.

Il progetto prevede la presenza di psicologi e psicoterapeuti soci dell'Associazione Itaca presso i locali del Pronto Soccorso in orari strategici, diurni e notturni, festivi e non. Vengono garantiti:

- un unico colloquio psicologico clinico in forma di intervista semi strutturata con il giovane, durante la permanenza al Pronto soccorso o comunque nei primissimi giorni dall'incidente;
- follow-up del giovane attraverso un contatto telefonico da parte dello psicologo che ha effettuato la consultazione iniziale a 3, 6, 12 mesi dall'incidente;
- raccolta dei dati a scopo di ricerca attraverso la compilazione di un questionario-scheda raccolta dati.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

I costi del progetto riguardano l'impiego dello sportello di psicologia negli orari strategici: venerdì e sabato dalle 23 alle 5, e nei giorni feriali dalle 17 alle 19 (fasce orarie a rischio).

Lo psicologo socio Itaca sarà presente per 4/6 ore settimanali, oltre il tempo impiegato per la raccolta dei dati, follow up e monitoraggio delle variabili di uscita e di processo quantificabili in due ore settimanali da svolgere presso i locali dell'Associazione Itaca. Il costo totale per le 312 ore annuali necessarie è pari ad € 9.360 annue, oltre a € 1.000 forfettarie per le spese di gestione del progetto e uso locali di Itaca, per un totale costo progetto di € 10.360 annui.

Il risparmio per la Pubblica Amministrazione è relativo a:

- diminuzione del numero degli incidenti stradali;
- diminuzione del numero di accessi al Pronto Soccorso.

Trattandosi di un progetto di ricerca i costi in termini di risparmio economico sono attualmente solo ipotizzabili e non quantificabili per insufficienza dei dati relativi al rapporto incidenti/recidive.



# Un nuovo approccio all'ADHD: laboratorio per mente e corpo

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** La Ciclofficina della Bovisa - Associazione No Profit
- **Indirizzo:** via Marcello Prestinari 3/A, Milano
- **Mail:** centrocpf@gmail.com
- **Telefono:** 3295419056
- **Referente:** Amedeo Bozino Resmini – Psicologo collaboratore
- **Mail:** ciclofficinabovisa@gmail.com
- **Team di lavoro:** Amedeo Bozino Resmini - Neuropsicologo, Silvia Anna Lo Forti - Pedagogista, Psicologa, Psicoterapeuta, Practitioner EMDR - Edoardo Sansone tecnico meccanico educatore, Luca Renzi - Psicologo psicoterapeuta

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Si intende affrontare il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) di origine neurobiologica con esordio nell'infanzia. E' caratterizzato da disattenzione, impulsività, e iperattività motoria. L'ADHD interferisce con aree del normale sviluppo del bambino e predispone a disturbi psichiatrici o disagio sociale se si protrae in adolescenza e in età adulta, con sintomi differenti. Condiziona negativamente prestazioni scolastiche e lavorative, crea un alto livello di stress sulle famiglie, ha un notevole impatto sociale in termini di elevati costi.

Cause sono sia fattori genetici (difetto evolutivo nei circuiti cerebrali alla base dell'inibizione e dell'autocontrollo), che ambientali (nascita prematura, uso di alcool e tabacco da parte della madre). Studi recenti evidenziano anche come l'esperienza della relazione con il caregiver, portata agli eccessi di attaccamento, possa produrre sintomi di ADHD. L'ADHD va affrontato con serietà, poiché riguarda non solo il soggetto in sé, ma anche la famiglia, la scuola e l'intera società. I dati sulle prospettive degli adulti con ADHD sono preoccupanti: il 32-40% dei soggetti abbandona precocemente la scuola, il 50-70% presenta da pochi a nessun amico, il 70-80% ha uno scarso rendimento nel lavoro, il 40-50% presenta comportamenti antisociali. Inoltre, rispetto ai coetanei senza ADHD, maggiore è l'uso di tabacco, droghe ed alcool, frequenza di incidenti stradali, di patologie depressive e gravidanze precoci.

Ricerche internazionali evidenziano una diversità nello sviluppo di questa patologia in soggetti "non trattati" rispetto ai "trattati". Questi ultimi, inseriti in progetti d'intervento familiare, scolastico e sociale, migliorano molto la qualità della vita e riducono il rischio di evoluzioni pericolose.

## BENEFICIARI

- Diretti: 30 minori con ADHD, 60 familiari e 10 insegnanti.
- Indiretto: la società.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Milano.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'ADHD è caratterizzato da mancanza di coordinazione motoria fine e da movimenti costantemente irregolari, disarmonici e regolati da un impulso adrenalinico. L'euforia emozionale che si crea nelle condizioni stressanti libera notevoli dosi di adrenalina e nel tempo la persona ricerca stimoli sempre più forti. Se la persona percepisce mancanza di sicurezza o senso di pericolo reagisce con dispersione di attenzione e preparazione alla lotta: è questa la reazione naturale allo stress. Questo disturbo è la manifestazione di un insufficiente sviluppo del Sistema Vestibolare e di difficoltà nella focalizzazione.

Il cambiamento desiderato viene perseguito tramite il ricorso a nuove terapie corporee (EMDR, Metodo Feuerstein e Kinesiologia Educativa). L'EMDR è evidence-based e incide sulla riattivazione di canali neuronali, il Metodo Feuerstein sviluppa l'intelligenza di bambini con problemi di apprendimento o con handicap mentali, la Kinesiologia Educativa incentiva un miglior funzionamento degli emisferi cerebrali. E' così garantito al massimo il raggiungimento del risultato poiché si lavora direttamente sui fattori compromessi.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

La gestione dell'intervento è affidata a un'equipe di Psicoterapeuti specializzati in EMDR e terapie corporee, in metodo Feuerstein e in Kinesiologia Educativa.

Il progetto prevede una presa in carico dei pazienti e delle loro famiglie tramite:

- interventi psicoeducativi sia ai piccoli pazienti che ai familiari e/o agli insegnanti, con l'obiettivo di modificare e strutturare diversamente l'ambiente e quindi modificare i comportamenti disfunzionali
- sedute individuali EMDR: il trattamento tiene conto che la relazione di attaccamento tra bambino e caregiver non è indipendente dalla manifestazione dei sintomi ADHD. L'EMDR quindi viene usato prevalentemente per la rielaborazione dei traumi relazionali precoci (relativi alla storia di attaccamento) e dei traumi secondari alle manifestazioni dell'ADHD (quali frustrazioni scolastiche o sociali subite). Il trattamento lavorerà inoltre sull'autoregolazione, sull'autostima, sul rinforzo positivo rispetto ai successi
- sedute terapeutiche con ausilio del Metodo Feuerstein e terapie corporee Mindfulness, Brain Gym e Rilassamento Profondo. Gli ultimi studi sottolineano l'efficacia di un approccio multifunzionale che favorisce risultati positivi e stabili nel tempo

Sono previsti momenti di supervisione clinica e di coordinamento con i servizi territoriali di riferimento per i presi in carico (per esempio le scuole). E' prevista la collaborazione con una neuropsichiatra infantile per l'eventuale monitoraggio o verifica di terapia farmacologica. Verranno inoltre programmati momenti di valutazione finale e in itinere al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza del processo terapeutico, oltre che il confronto fra obiettivi della terapie e risultati raggiunti.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

I costi del progetto sono costituiti dai costi diretti per l'erogazione delle terapie, dai costi di gestione e dell'immobile, per un totale annuo di € 79.100. Le entrate sono rappresentate dai contributi diretti dei pazienti (che si ipotizza paghino il 50% dei costi diretti delle terapie e degli incontri) mentre, per la restante parte, è possibile pensare a due diverse soluzioni:

- contributo della PA del 25% dei costi diretti: il risparmio netto per la PA dovrebbe essere rappresentato dalla differenza tra il costo annuo che spenderebbe a oggi per ciascuna persona e la quota versata per il progetto;
- nessun costo per la PA: i costi sono sostenuti da parte del Social Bond. In questo caso la PA non avrebbe entrata da ticket né uscita economica; il risparmio netto per la PA dovrebbe essere pertanto rappresentato dalla differenza tra il costo sostenuto per erogare una sessione di terapia ed il valore del ticket pagato dall'utente.





## AREA PREMINENZA

# PRIMO INTERVENTO PSICOLOGICO

### Progetti

- **aliAnte: servizio di anticipazione delle emergenze comunitarie attraverso la promozione di competenze di gestione dei cittadini/lavoratori e dei servizi territoriali**  
*Cooperativa Sociale Dialogica (Gian Piero Turchi)*
- **Ambulatorio sociale di psicoterapia**  
*Istituto Opera Don Calabria Roma (Damiano Biondi e Miriam Miraldi)*
- **Applicazione del training autogeno alla prevenzione e al trattamento del burnout e dello stress lavoro correlato**  
*Team di 6 Psicologi (Laura Pasquini)*
- **Benessere delle persone attraverso partnership e sinergie per pubblico e privato**  
*Paolo Fusari*
- **Centro Clinico per la Cura e la Ricerca Psicologica**  
*CREA Società Coop. Soc. O.N.L.U.S. (Giuseppe Cersosimo)*
- **Crisi delle Risorse e Risorse nella Crisi**  
*Cooperativa Sociale Arcipelago Centro di Gruppoanalisi Applicata (Marta Gianaria)*
- **Diventare e sentirsi mamme: percorso di accompagnamento al parto e alla genitorialità**  
*Francesca Calavitta*
- **"ESSERE IN EQUILIBRIO". Incontri informativi e attività pratiche per prevenire il disagio emotivo**  
*Comune di Bondeno (Ilaria Vaccari)*

(segue)



## AREA PREMINENZA

# PRIMO INTERVENTO PSICOLOGICO

### Progetti

- **ICHNOS**  
*Coop. Soc. GruppoScuola Onlus (Luca Oppici)*
- **InCreasing**  
*Associazione Volere Volare (Claudia Galiano)*
- **La Psicoterapia Breve Strategica come prevenzione all'interno del SSN**  
*Centro di Terapia Strategica s.r.l. (Sara Parsi di Landrone)*
- **Lo Psicologo a scuola**  
*Rossella Valvasori*
- **Lo Psicologo di Base accanto al Medico di Medicina Generale**  
*Università La Sapienza di Roma, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica (Luigi Solano)*
- **Prevenzione del disagio giovanile**  
*Cooperativa Sociale L'Airone Srl (Alessandra Di Bernardino)*
- **Progetto PERSEO**  
*Istituto Gestalt Romagna a.c. (Efisio Temporin)*
- **Pronto Soccorso Psicologico**  
*Psychology Center di Maria Ines Palumbo*
- **Psicodramma e Sociodramma per il benessere dei lavoratori**  
*Enrico Santori*
- **Psicologo delle cure primarie**  
*International Society of Psychology (Loredana Scalini)*

(segue)



## AREA PREMINENZA

# PRIMO INTERVENTO PSICOLOGICO

### Progetti

- **Psicologo nel Pronto Soccorso**  
*Croce Verde di Ponte a Moriano (Renato Bertolucci)*
- **Psicologo per tutti**  
*Cooperativa Sociale Metamorfosi (Carlotta Longhi)*
- **Quando la psicologia si fa lavoro: la salute di imprenditori e lavoratori**  
*Ambra Cavina*
- **"Seguimi con gli occhi" ...per stare meglio**  
*Spazio Aperto Servizi Cooperativa Sociale ONLUS (Silvia Lo Forti)*
- **Sportello di ascolto psicologico "La terra di mezzo"**  
*Comune di Jesi (Marisa Campanelli)*
- **Stai bene col tuo lavoro**  
*Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como (Vito Tummino)*
- **Step Therapy Reggio Emilia**  
*Centro Epoché (Sara Rivi)*



## aliAnte: servizio di anticipazione delle emergenze comunitarie attraverso la promozione di competenze di gestione dei cittadini/lavoratori e dei servizi territoriali

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Cooperativa Sociale Dialogica
- **Indirizzo:** via Copernico, 22, Milano
- **Mail:** dialogica@dialogica-lab.eu
- **Telefono:** 02 89696553
- **Referente:** Gian Piero Turchi - Responsabile Scientifico
- **Mail:** gianpiero.turchi@unipd.it
- **Team di lavoro:** Silvia de Aloe, Annunciata Maiocchi, Daniela Marchi, Diletta Cigolini e Valeria Gennuso

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è la carente capacità di gestione delle ripercussioni della crisi economica da parte di imprenditori e servizi dedicati, ossia la difficoltà nell'identificazione di strategie alternative flessibili per la gestione del mutamento socio-economico e delle relative risorse necessarie. Questo assetto è rilevante per la salute dell'imprenditore (sul piano personale, fino alla conseguenza estrema dell'intenzionalità suicidaria) e della comunità, in quanto l'impresa è uno snodo che crea lavoro (fornitori, dipendenti e consulenti) e offre servizi/prodotti sia ai clienti che alla collettività; per cui la difficoltà nell'esercitare il proprio ruolo di imprenditore compromette anche tutte queste dinamiche socioeconomiche, risultando critica per la salute della comunità. Le cause:

- carenza di una cultura imprenditoriale, ossia di una visione strategica e gestionale dell'impresa. Diventare imprenditore non sempre coincide con uno scarto dal "saper fare" al "saper gestire", quindi ci si basa sull'esperienza personale, con conseguente difficoltà di adattamento ai cambiamenti del contesto (ossia quando non risulta più efficace quanto fatto sinora);
- parallelamente all'identificazione di strategie alternative, difficoltà nell'identificazione e nell'uso corretto delle risorse disponibili per attuarle. Il cittadino non sempre sa quali sono i servizi socio-sanitari e di consulenza aziendale disponibili e cosa fanno, e si muove per teorie personali;
- l'imprenditore che non gestisce le criticità delega la gestione agli esperti senza definire ruoli e responsabilità;
- il sistema dei servizi stesso non forma al suo uso corretto, limitandosi a informare; inoltre, i servizi si occupano di ambiti specifici e non interagiscono nella gestione del medesimo utente;
- la sovrapposizione tra la dimensione lavorativa e personale dell'imprenditore: se "ciò che faccio" e "ciò che sono" divengono indistinguibili, il fallimento dell'impresa diviene il fallimento della persona, aprendo all'intenzionalità suicidaria.

### BENEFICIARI

- Diretti: imprenditori, lavoratori autonomi, servizi del territorio (Associazioni di categoria, Servizi Sociali, Ordini professionali regionali, ecc.).
- Indiretti: familiari, dipendenti, collaboratori degli imprenditori.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regioni Lombardia, Piemonte, Liguria, Emilia, Toscana, Marche, Sicilia.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto propone una prassi di governo delle interazioni tra imprenditore e sistema dei servizi (socio-sanitari e consulenziali aziendali), con l'obiettivo di promuovere le competenze che consentono la definizione ed il perseguimento dei propri obiettivi imprenditoriali e di vita, considerando il contesto e utilizzando le risorse disponibili. Gli interventi sono finalizzati all'incremento di tali competenze, ovvero modi di concepire la realtà e il "problema", che consentono di generare differenti visioni della situazione e quindi una diversificazione sinergica delle strategie. A questo livello si modifica l'intero contesto interattivo (creato da concezioni e relative azioni) dal "subire lo stato delle cose" alla "gestione in anticipazione e sviluppo". Quindi sono presentate due linee strategiche sinergiche tra loro che promuovono il cambiamento sia nell'imprenditore che nel contesto, innescando un circolo virtuoso in cui le reciproche sollecitazioni aprono a nuove possibilità.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività sono riassumibili come argomentato di seguito.

Servizio Consulenziale:

- istituzione di un numero verde h24 che rappresenterebbe un punto di riferimento per gestire l'emergenza della richiesta di aiuto e offrire uno spazio di confronto per valutare le possibilità di gestione alternative e sinergiche a quelle fino ad ora tentate, indirizzando la persona verso i servizi (socio-sanitari e di consulenza aziendale) del territorio;
- istituzione, quando valutato necessario, di percorsi di consulenza strategica personalizzati (presa in carico dell'utente) sul territorio tramite il ruolo dell'"operatore psicologo", gratuiti e flessibili, per coadiuvare la persona nella gestione delle criticità e nell'uso efficace dei servizi del territorio;
- creazione di una piattaforma web per la pubblicizzazione del progetto e per la ricerca attiva di potenziali situazioni emergenziali.

Servizio di Creazione Reti:

- istituzione di percorsi formativi rivolti ai servizi del territorio finalizzati alla promozione del lavoro di squadra tra servizi e tra servizi e utente. Il percorso formativo guida i servizi sociosanitari e di consulenza aziendale all'identificazione di un obiettivo comune, alla definizione dei punti di forza e degli aspetti critici di ciascun ente e alla creazione di strategie condivise per il perseguimento congiunto degli obiettivi prefissati.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il Servizio Consulenziale costerebbe da un minimo di € 193.800 per il primo anno a un massimo di € 504.000, a seconda della regione e dunque delle risorse presenti; per la costituzione delle Reti partiamo da un minimo per il primo anno di € 147.000 ad un massimo di € 360.000. I costi per la comunità relativi a gestioni alternative della problematica risultano essere categorizzati in:

- costi sociali diretti: il tempo investito dai professionisti delle varie agenzie/enti/servizi a cui si rivolge l'imprenditore per individuare l'interlocutore che possa offrire la risposta alla richiesta, e dall'imprenditore stesso per cercarla;
- costi sociali indiretti: ricadute di una gestione inefficace o inefficiente, l'uso di servizi di assistenza socio-sanitaria (dal sostegno psicologico al trattamento sanitario obbligatorio in caso di gesti autolesivi), l'attivazione delle forze dell'ordine, le ricadute di ordine socio-economico derivanti da una mala gestione dell'impresa (dal licenziamento dei dipendenti, al fallimento non ottimizzato, al mancato piano di rientro dei debiti, al non pagamento di tasse e contributi, ecc.);
- il costo, in termini di qualità della vita, del cittadino che, non vedendo alternative e non avendo disponibili professionisti di riferimento, decide di suicidarsi.



## Ambulatorio sociale di psicoterapia

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Istituto Opera Don Calabria Roma
- **Indirizzo:** via Giambattista Soria 13, Roma
- **Mail:** info@operadoncalabria.it
- **Telefono:** 06 6270390
- **Referente:** Damiano Biondi - Psicologo Psicoterapeuta, Miriam Miraldi - Responsabile area Progettazione e sviluppo
- **Mail:** formazione@operadoncalabria.it
- **Team di lavoro:** Psicologi dipendenti dell'Istituto don Calabria + psicoterapeuti collaboratori dello Studio Associato "Biondi - Zani"

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il profondo e progressivo assottigliamento dei fondi destinati alla salute mentale e al benessere psicologico in Italia, e in particolare nella regione Lazio, sta producendo sui servizi rivolti alla popolazione un impatto che assume contorni sempre più emergenziali. Un crescente numero di persone non riesce infatti a trovare nel SSN una risposta psicoterapica, a medio o lungo termine, dietro corrispondenza di un ticket sanitario. L'alternativa sempre più consistente è quella di rivolgersi al mercato privato che propone tariffe non sempre sostenibili, collegando di fatto il diritto alla cura della persona alle sue possibilità patrimoniali.

Questa situazione va considerata come uno dei fattori implicati nell'esorbitante ricorso al farmaco da parte della popolazione nell'ultimo biennio, come evidenziato da una recente indagine Demoskoepa, con conseguente aumento della spesa sanitaria.

Sebbene lo psicofarmaco sia un ausilio importante, e spesso indispensabile in molte situazioni cliniche, molte ricerche ne testimoniano l'efficacia soprattutto in affiancamento ad una psicoterapia basata sul colloquio psicologico.

Inoltre gli intensi livelli di stress, correlati al disagio psicologico e psichiatrico e alle difficoltà relazionali e familiari irrisolte, impattano fortemente sul livello di produttività del soggetto, in termini di giorni di malattia per motivi psicologici, aumentata probabilità di perdita del lavoro, maggiore difficoltà a ritrovare un lavoro dopo averlo perso. Tutti questi elementi vanno inoltre ad aggravare la spesa sanitaria complessiva.

Scopo del progetto è quello di fornire prestazioni psicologiche professionali a costi accessibili, per consentire ad un numero più ampio possibile di persone l'accesso a percorsi di cura adeguati.

Un riuscito percorso psicoterapeutico può infatti aumentare le risorse e le capacità di adattamento delle persone, oltre che il benessere individuale e collettivo, riducendo, dove possibile, il ricorso non necessario a farmaci e comportamenti che incidono sulla spesa sanitaria.

### BENEFICIARI

- Diretti: in media 250 persone tra adulti e soggetti in età evolutiva.
- Indiretti: in media 800 persone tra familiari e comunità.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, municipio di Roma XIV.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'Ambulatorio Sociale di Psicoterapia è in grado di intercettare sul territorio i bisogni relativi al disagio psicologico.

Garantisce una risposta alle richieste di supporto psicologico e di presa in carico psicoterapeutica attraverso interventi capaci di assicurare continuità nel medio-lungo tempo, qualità e una differenziazione negli approcci di carattere terapeutico, soddisfacendo al contempo la domanda in modo economicamente sostenibile e rapido.

L'attività dell'Ambulatorio ha mostrato che tali caratteristiche sono fondamentali per intercettare e dare risposta al disagio psicologico del territorio a oggi in parte inesperto e in parte non adeguatamente accolto.

## ATTIVITA' E STRATEGIA

L'Ambulatorio offre nell'area adulti: attività psicodiagnostica, consulenza, sostegno psicologico e psicoterapia individuale, familiare, di coppia e di gruppo. I suddetti servizi hanno funzione preventiva nel caso di primo approccio alle problematiche (accoglienza, analisi della domanda, attività psicodiagnostica, sostegno psicologico) e pertanto si collocano nell'area della prevenzione primaria e secondaria.

Sono altresì garantiti una presa in carico psicoterapeutica del disagio psicologico nei casi conclamati e/o complessi, intervenendo quindi nell'area della prevenzione terziaria. Nello specifico, le attività offerte agli utenti sono in molteplici ambiti di intervento, ed hanno come oggetto la prevenzione in età evolutiva, la riduzione della sofferenza psicopatologica attraverso la psicoterapia, la riduzione del danno, la prevenzione del disagio mentale in adolescenza, la promozione della salute rivolta agli anziani, la prevenzione della depressione post-partum nelle neo mamme, la mediazione della conflittualità tra genitori e figli, la consulenza nei conflitti di coppia, il sostegno alla funzione genitoriale in caso di conflittualità coniugale inconciliabile, il sostegno a genitori e fratelli di persone con disabilità.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

La Pubblica Amministrazione potrebbe utilizzare lo strumento del *Social Impact Bond*, nello specifico, per i servizi erogati dall'Ambulatorio Sociale di Psicoterapia. Infatti, se consideriamo l'andamento crescente delle attività dell'Ambulatorio e il numero delle prestazioni erogate, con particolare riferimento a quelle sostenibili economicamente e a quelle gratuite, l'attuale quota di perdita nel bilancio può essere letta, qualitativamente e quantitativamente, in segno positivo, dal momento che ad oggi, considerando le attuali prestazioni del Servizio Nazionale Sanitario erogate tramite ticket, il servizio offerto dall'Ambulatorio copre, con una bassa percentuale di perdita, il fabbisogno di richiesta psicologica che ammonterebbe ad una spesa a carico esclusivo dell'Istituzione di gran lunga maggiore.

Un eventuale intervento di finanziamento, relativo a coprire una perdita stimata di 30.000 euro per l'anno 2014, permetterebbe alla Comunità di usufruire di un valore aggiunto pari a circa 288.000 euro, valore stimato per il 2014 dell'intero costo del progetto dell'Ambulatorio Sociale di Psicoterapia, nel suo pieno funzionamento a regime.



# Applicazione del training autogeno alla prevenzione e al trattamento del burnout e dello stress lavoro correlato

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Team di 6 psicologi
- **Referente:** Laura Pasquini–Psicologa (laura.pasquini.801@psypec.it; pasquinila@libero.it)
- **Indirizzo:** Via Monte Vettore 33, 60131 Ancona
- **Telefono:** 349 8097908
- **Team di lavoro:** Valeria Cegna - Psicologa, Silvia Lippera - Psicologa, Claudia Mosciatti - Psicologa, Laura Pasquini - Psicologa, Valentina Rosetti - Psicologa, Giulia Viconi - Psicologa

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è una sindrome, quella del burnout, caratterizzata da esaurimento emozionale, spersonalizzazione e riduzione delle capacità personali. Si tratta di una reazione alla tensione emozionale cronica, creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare se hanno problemi o motivi di sofferenza. In questo senso si può considerare il burnout un tipo di stress occupazionale proprio delle professioni “high touch” che può colpire tutti coloro che lavorano a stretto contatto con altre persone e si fanno carico della loro assistenza, a seconda delle diverse professionalità. La letteratura ha dato ampio rilievo alla prospettiva secondo cui il burnout è strettamente legato a fonti situazionali di stress cronico, a tensioni eccessive e prolungate in ambito lavorativo e al rapporto interpersonale.

E' meritevole di investimento poiché, sebbene individuata da decenni, la sindrome è ancora relativamente poco riconosciuta nei contesti lavorativi come pure, quasi ignorate, sono le ricadute sul piano della prestazione lavorativa, della qualità dei servizi offerti e le conseguenze dirette sulla salute dei lavoratori. Ne possono conseguire pertanto notevoli costi sia umani che materiali, non solo per l'individuo ma anche per l'impresa e la società in genere. Il progetto intende incidere sul burnout sia in ottica di prevenzione sia in ottica di trattamento della sintomatologia correlata alla sindrome. Inoltre si ricorda che il D.Lgs. 81/2008 pone alle aziende l'obbligo di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute lavorativa, tra i quali si inseriscono anche quelli collegati allo stress lavoro correlato di cui il burnout è una specifica. Pertanto, un vantaggio ulteriore del progetto è offrire un contributo concreto alla gestione di tale rischio, ottemperando agli obblighi di intervento previsti dalla legge laddove lo stress lavoro correlato si riscontri.

## BENEFICIARI

- Diretti: medici, infermieri e oss, giudici/avvocati, insegnanti scolastici, forze ordine e operatori CUP.
- Indiretti: per ogni categoria sopra esposta, gli effetti positivi nei confronti dei soggetti non direttamente coinvolti dal progetto potrebbero essere: maggiore efficacia ed efficienza delle prestazioni lavorative e dei servizi rivolti all'utenza, migliore qualità delle relazioni all'interno del contesto lavorativo, diminuzione della spesa pubblica collegata a permessi, malattie, assenteismo, turn-over, maggiore soddisfazione dell'utenza.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Marche, province di Ancona, Macerata e Pesaro-Urbino.



## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il Training Autogeno è considerato uno dei trattamenti elettivi per ridurre tutti quei sintomi direttamente collegati a eventi stressanti. Considerata la sovrapponibilità tra questi e gran parte di quelli associati alla sindrome del burnout, tale tecnica può produrre il cambiamento desiderato (riduzione dello stress) e, come risultato, ottenere un miglioramento significativo rispetto a:

- motivazione e prestazioni;
- capacità di concentrazione;
- ansia, depressione, perdita del controllo;
- insonnia e disturbi del sonno;
- disfunzioni gastrointestinali (gastrite, ulcera, colite, stitichezza, diarrea);
- disfunzioni a carico del sistema nervoso centrale (astenia, cefalea, emicrania);
- malattie della pelle (dermatite, eczema, acne, psoriasi, alopecia);
- allergie e asma;
- componenti psicosomatiche di artrite e cardiopatie;
- disturbi alimentari.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

L'attività specifica che si intende offrire ai beneficiari del progetto consiste in un corso di Training Autogeno, organizzato in 10 incontri della durata di due ore ciascuno. Ognuna delle sei professioniste, formate come conduttori di Training Autogeno, si occuperà di contattare e selezionare nel territorio di appartenenza, due strutture in cui afferiscono le categorie di cui sopra, per un totale di 12 corsi da realizzare. Il primo dei 10 incontri consisterà in una presentazione della tecnica del training autogeno e sarà aperto ad un numero indefinito di lavoratori. Gli incontri successivi, invece, saranno svolti con un numero massimo di 10 partecipanti. Il Training (allenamento) Autogeno è un metodo di auto distensione da concentrazione psichica che consente di modificare situazioni psichiche e somatiche. È stato messo a punto dal medico tedesco J.H. Schultz e consiste nell'apprendimento graduale di una serie di esercizi di concentrazione psichica passiva, dettagliatamente studiati e concatenati, allo scopo di portare progressivamente al realizzarsi di spontanee modificazioni del tono muscolare, della funzionalità vascolare, dell'attività cardiaca, dell'equilibrio neurovegetativo e dello stato di coscienza. Di fronte a situazioni-stimolo stressanti che superano una certa soglia di tolleranza, l'unità biopsichica reagisce proprio con l'irrigidimento muscolare e vascolare e con l'alterazione funzionale dei meccanismi neurovegetativi. L'allenamento all'auto distensione consente all'unità biopsichica di reagire gradualmente in modo opposto. Il Training Autogeno si pone, dunque, come strumento utile a migliorare, modificare e normalizzare funzioni psichiche o somatiche che si fossero allontanate dal loro equilibrio originario, tanto da aver facilitato l'emergere di uno o più dei sintomi sopraelencati.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale di un corso ammonta a € 2.870. Per la realizzazione dei 12 progetti il finanziamento richiesto è pari a € 34.440. Nel caso in cui fosse necessario avvalersi dell'utilizzo di una struttura esterna si stima un costo extra di € 300 per ciascun corso. I dati ISTAT evidenziano come il 50% delle ore di malattia nel pubblico impiego siano riconducibili allo stress da lavoro correlato. Il costo orario medio per dipendente PA è pari a € 19,15: calcolando 50,16 ore di malattia per stress da lavoro correlato, arriviamo a un totale di € 960,56 come costo complessivo annuo delle assenze per stress da lavoro correlato/dipendente. Il progetto, rivolto a 120 dipendenti pubblici appartenenti a differenti categorie, è finalizzato alla riduzione dei principali fattori che generano lo stress da lavoro correlato. Stimando un impatto positivo per almeno il 50% dei beneficiari, il risparmio per la PA ammonterebbe a circa € 23.000, calcolato nel modo seguente: la spesa della PA non sarebbe di € 115.267, ma di € 57.634, a cui va sommato il costo del progetto per un totale di € 92.074.



## Benessere delle persone attraverso partnership e sinergie per pubblico e privato

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Paolo Fusari - Libero Professionista
- **Indirizzo:** Salita di Greta 33, Trieste
- **Mail:** info@paolofusari.it
- **Telefono:** 040 306427, 347 1500460
- **Referente:** Paolo Fusari - Project e Team Leader (paolo.fusari@pec.paolofusari.it)
- **Team di lavoro:** Gelindo Castellarin - Psicologo Psicoterapeuta, Igor Castellarin - Psicologo Psicoterapeuta, Federica Franzil - Psicologa Psicoterapeuta, Paolo Fusari - Psicologo del lavoro, Giuliana Marin - Psicologa Psicoterapeuta, Francesco Strano - Psicologo Psicoterapeuta, Michela Mottica - Psicologa Psicoterapeuta

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto è relativo alla costituzione di una Società tra Professionisti (StP) Psicologi in risposta ai nuovi bisogni di welfare pubblico del territorio, sviluppo innovativo della professione di Psicologo. La StP prevede l'integrazione tra Pubblico e Privato per offrire servizi/prestazioni; è una forma societaria che fornisce risposte a nuovi bisogni espressi e presenta, quale strumento di sviluppo professionale, caratteristiche nuove per gli Psicologi. La motivazione alla base della volontà di costituire una StP è lo scenario attuale (spending review, razionalizzazione spesa PA, Patto di Stabilità) e in particolare:

- la nuova erogazione dei servizi, specie socio-sanitari;
- i modelli sanitari di ottimizzazione/territorialità dei servizi;
- i limiti per il personale nelle PA per risparmi di spesa (blocchi turnover nei servizi);
- la crisi del mercato che aggrava la professione psicologica dei liberi professionisti;
- i servizi Pubblici che non riescono a rispondere alle richieste/esigenze.

Il progetto è meritevole di investimento perché:

- può offrire alla PA e ai cittadini servizi/prestazioni efficienti, rapidi, professionali/deontologici ed aggregazione professionale innovativa con effetti positivi sul tessuto sociale;
- gli Psicologi possono svolgere un ruolo dirimente nello scenario di crisi solo dotandosi di modelli organizzativi innovativi;
- gli Studi Professionali degli Psicologi sono unipersonali, non sempre capaci di rispondere alle esigenze in modo multidisciplinare/integrato;
- le PA si confrontano più efficacemente con realtà societarie piuttosto che con singoli professionisti.

Il progetto risulta di importanza per il territorio poiché avrebbe un primo sviluppo in Friuli Venezia Giulia, poi a livello più ampio. Il Friuli Venezia Giulia ha più di 2.000 Psicologi iscritti all'Ordine (ogni 650 abitanti). Le PA non assumono più Psicologi, mentre le forme di disagio e le nuove esigenze di servizi/prestazioni aumentano. L'innovativa sinergia tra Pubblico e Privato è in grado di rispondere ai nuovi bisogni in forma professionalmente qualificata, e l'appartenenza alla rete cooperativistica rende la StP più forte, visibile e multidisciplinare.

### BENEFICIARI

Settore Pubblico, Cittadini, Operatori socio-assistenziali, sanitari, Psicologi.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Friuli Venezia Giulia. Non è escluso che, in futuro, possa svilupparsi sull'intero territorio nazionale, e in paesi transfrontalieri (es. Slovenia).

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

1. Creare cambiamento: legame tra Pubblico/Privato per erogazione servizi psicologici a fronte di richieste ed esigenze espresse.
2. Assunzioni esiti: la rete di conoscenze territoriali, il radicamento sul territorio, la professionalità soci, rete Confcooperative FVG.
3. Punti chiave: convenzioni, partnership Pubblico/Privato, multiservizi, rapidità, efficienza, qualità, vantaggi, meno costi.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività offerte ai beneficiari si sviluppano principalmente sulle seguenti direttrici:

- per il settore Pubblico si offrono attività e servizi operativi per tutte le prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche di necessità in forma convenzionata;
- per i privati si offrono attività e servizi di consulenza psicologica e psicoterapia;
- nel settore della formazione si offre l'organizzazione di corsi per le professioni socio assistenziali e sanitarie;
- per gli Psicologi e i loro enti di rappresentanza si offrono tutte le attività utili allo sviluppo della professione psicologica e tutoring ai giovani colleghi, organizzazione di convegni, seminari e workshop sui temi della psicologia.

La StP intende inoltre proporre attività e servizi a favore delle realtà imprenditoriali private o no profit per tutte le esigenze di interventi psicologici, offrire servizi operativi di logistica e consulenza operativa per l'attività dei professionisti Psicologi del territorio, sviluppare iniziative editoriali e redazionali sui temi della psicologia. Da un punto di vista strategico si sottolinea come la nuova forma societaria di Società tra Professionisti Psicologi costituisca un modello innovativo di aggregazione per superare l'isolamento professionale, mettere in rete conoscenze e competenze diversificate, ottimizzare costi e risorse. L'acquisizione del patrimonio cognitivo, composto di conoscenze tecniche e scientifiche, maturato dai Soci professionisti Psicologi, costituisce altresì un arricchimento del know-how Pubblico, oltre che un possibile alleggerimento degli oneri economico-finanziari che le PA devono sopportare in sede di erogazione di servizi. La strategia perseguita è la forte convinzione di un modello di cooperazione e partenariato tra Pubblico e Privato.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

I ricavi nascono dalla stima del monte ore inerente i diversi servizi erogati dalla StP e dalla stima del ricavo orario medio. I costi del progetto nascono principalmente dal costo del servizio fornito dal Socio professionista. Per la percezione del vantaggio competitivo delle prestazioni offerte da StP, si può fare riferimento all'ipotesi di costo di una prestazione psicologica svolta nel servizio Pubblico. I servizi offerti e prestati da StP nell'ambito del servizio Pubblico, a fronte della quantità delle prestazioni offerte in convenzione, pur assestandosi su parametri tariffari mediamente analoghi (costo ora/prestazione), determinano un evidente vantaggio e un risparmio per la PA in termini di: costi logistici, gestione amministrativa del personale, back office, coordinamento, rapidità nell'erogazione del servizio/prestazione, tutti a carico della gestione complessiva della StP. Complessivamente quindi a fronte dei parametri tariffari e di costo, delle convenzioni stipulate e della rapidità dell'erogazioni senza altri costi aggiuntivi di gestione per la PA, si stima un vantaggio e un risparmio per singola ora/prestazione professionale svolta pari a circa il 3-4% sul totale ora/prestazione, con evidenti incidenze di risparmio e di vantaggio sul volume e sulla quantità di ore/prestazioni/servizi prodotti ed offerti. Analogamente si ipotizzano parametri simili anche per gli altri servizi offerti e proposti da StP.



# Centro Clinico per la Cura e la Ricerca Psicologica

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** CREA Società Cooperativa Sociale ONLUS
- **Indirizzo:** via Curtatone 14, 20122 Milano
- **Mail:** info@coopcrea.org
- **Telefono:** 02 97069685
- **Referente:** Giuseppe Cersosimo – Direttore Sanitario
- **Mail:** giuseppe.cersosimo@coopcrea.org
- **Team di lavoro:** Giuseppe Cersosimo, psicologo, Responsabile Scientifico; Roberta Cossutta, psicologa, Responsabile Psichiatria Territoriale; Silvia Cicero, psicologa, Referente Residenziali Leggera Psichiatrica e Housing Sociale; Maria Caruso, psicologa, Direttore Clinico; Ivan D'Amato, medico psichiatra, Responsabile Sanitario; Eliana Mea, medico neurologo, Direttore Clinico; Jorge Adrian Giuntoli, psicologo, Direttore Amministrativo; Stefania Meroni, laureata in filosofia, Coordinatrice di Struttura Complessa

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Affronteremo il problema dei servizi di supporto e cura dei pazienti con disturbi psicologici e disagio sociale, perché impegna ingenti risorse a causa della mancanza di diversificazione degli interventi e dei metodi di cura, oltre che di integrazione delle diverse strutture di accoglienza.

Il problema è meritevole di riflessione poiché, con la dovuta attenzione, si potrebbero liberare importanti risorse per essere utilizzate diversamente, migliorando quindi la qualità dei servizi sociosanitari dedicati alla salute mentale.

L'investimento è considerevole per creare un servizio integrato che sia capace di dare risposte adeguate alla maggior parte delle esigenze degli utenti, promuovendo allo stesso tempo il benessere delle persone, rendendole più autonome e più integrate socialmente.

Il nostro approccio si basa su di una presa in carico globale della persona e del suo sistema sociale significativo (famiglia e rete sociale di appartenenza), intenzionati ad agire a livello di prevenzione secondaria (con l'intervento precoce e immediato in situazione di crisi) e a livello di prevenzione terziaria (con la formulazione di un Piano Assistenziale Individuale, l'individuazione di un case manager che segua tutto il percorso e l'utilizzo di servizi di prossimità come l'assistenza domiciliare), al fine di condurre l'individuo e la sua famiglia ad un migliore utilizzo delle proprie risorse e capacità personali, evitando per quanto è possibile il passaggio da un evento acuto ad una situazione clinica di cronicità; fattore quest'ultimo che siamo convinti possa portare ad un significativo risparmio nella spesa sanitaria e socioassistenziale.

## BENEFICIARI

- Diretti: fino a 100 persone con diagnosi psichiatriche e disagio sociale, i Dipartimenti di Salute Mentale e i Servizi Sociali.
- Indiretti: i famigliari e gli enti erogatori di servizi (ASL, Comune, ecc.).

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Milano, con grandi possibilità di essere replicato successivamente nelle altre provincie della regione.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

I principi di riferimento del nostro progetto prendono spunto dal Piano di Salute Mentale dell'O.M.S. e dal Piano d'Azione 2013 - 2020. Un sistema per la salute mentale più efficace passa attraverso:

- programmi personalizzati, coordinati ed una presa in carico globale;
- la disponibilità di diversi strumenti (dall'intervento sulla crisi all'assistenza domiciliare) che vengano integrati in un Piano di Assistenza Individuale a seconda delle necessità dell'utenza e del suo contesto sociale di riferimento;
- l'attuazione di strategie per la promozione della salute, interventi immediati e la prevenzione delle ricadute;
- un sistema di verifica dei risultati conseguiti attraverso indagini e ricerche per la valutazione dell'impatto sociale.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Sviluppo di un Protocollo di Lavoro con i DSM e i Servizi Sociali territoriali per l'invio degli utenti, soprattutto in caso di ricoveri inappropriati.
- Un Centro Clinico per la Cura e la Ricerca Psicologica che possa valutare la situazione globale dell'individuo e formulare un Piano di Assistenza Individuale.
- Un sistema di strutture residenziali (ad alta e media protezione) che possano accogliere i casi sub-acuti e aiutarli nel percorso di autonomia verso soluzioni abitative più indipendenti, per questo con riduzione a carico del Servizio Sanitario Regionale.
- Un sistema di accoglienza a bassa intensità assistenziale (residenzialità leggera), di cura e sostegno semiresidenziale (centro diurno) e di assistenza domiciliare.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Prevediamo, grazie al nostro progetto, uno SROI di 2,16 euro:

- minor uso dei servizi sanitari da parte dei pazienti psichiatrici e della persone con disagio sociale, e una minor permanenza nel circuito sanitario di ricovero;
- un approccio più ampio e integrato da parte di Croce Rossa Italiana/ASL/DSM all'utilizzo del budget sanitario e socio-assistenziale;
- maggiore soddisfazione lavorativa e maggiore professionalizzazione da parte degli operatori dell'equipe;
- minore stigma, maggiore partecipazione, informazione e inclusione sociale da parte dei cittadini;
- riduzione del carico effettivo ed economico da parte dei famigliari.



## Crisi delle Risorse e Risorse nella Crisi

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Cooperativa Sociale Arcipelago Centro di Gruppoanalisi Applicata
- **Indirizzo:** via Claudio Beaumont 2, Torino
- **Mail:** segreteria@centroarcipelago.org
- **Telefono:** 011 7640440
- **Referente:** Marta Gianaria - Referente progetti
- **Mail:** marta.gianaria@gmail.com
- **Team di lavoro:** Manuela Serra, Nicola Perella, Marta Gianaria

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Esiste un numero importante di persone in disagio psicosociale che non riesce a rivolgersi a nessun servizio.

Una persona che vive una difficoltà psicoemotiva/psicosomatica ha di fronte a sé alcune possibili azioni o non-azioni. Spesso accade che tali persone tollerino il proprio disagio senza afferire ad alcuna struttura specifica: ciò aumenta il rischio di esiti non positivi, ad esempio aumento di conflitti intra familiari, rischio psicosociale, incremento delle difficoltà lavorative (mutua/assenze dal posto di lavoro).

Talvolta le persone si rivolgono al SSN scontrandosi con liste d'attesa spesso lunghe. I tagli al SSN fanno sì che ad oggi possano essere accolte solo le richieste d'intervento più gravi, più raramente le situazioni che si trovano in un'area di gravità intermedia o più lieve, con le quali è indispensabile intervenire in un'ottica di prevenzione.

A causa delle difficoltà spesso accade che le persone tentino di tollerare da sé il proprio malessere, rischiando un aggravarsi della sintomatologia che potrebbe diventare col tempo più onerosa, sia in termini di sofferenza sia in termini di cura.

Per altra via è possibile rivolgersi a professionisti in ambito privato, via che presenta talvolta difficoltà a causa dei costi onerosi.

Capita che anche in questo caso le persone cerchino di tollerare la loro sofferenza senza ricorrere ad un aiuto esperto, con i possibili esiti negativi di cronicizzazione.

La nostra ipotesi, validata anche da un sondaggio interno, è che Arcipelago, Centro di gruppoanalisi Applicata, rappresenti una possibilità di accesso per utenti che avrebbero difficoltà a trovare altrove.

### BENEFICIARI

- Beneficiari diretti: persone che non riescono ad accedere ai servizi in un tempo utile, né arrivano ad altre possibilità di cura.
- Beneficiari indiretti: le strutture del SSN.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Piemonte, città di Torino e provincia.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Arcipelago ha raggiunto il suo break-even con una sostanziale stabilità negli ultimi due anni. Vorremmo iniziare una fase di ricerca, consolidamento e potenziamento per misurare l'impatto sociale dei servizi offerti attraverso un progetto specifico 2015/2017: "Dalla percezione all'evidenza".

Vorremmo:

- impostare una ricerca sulle ricadute di prestazioni cliniche per verificare le ipotesi e costruire evidenze sull'impatto sociale, e anche economico, della presa in carico psicologica. Le ricadute ipotizzate sono sulla salute (diminuzione sintomi, miglioramento dello stato di salute), sui costi diretti (minore/migliore utilizzo di prestazioni sanitarie) e indiretti (ore di lavoro recuperate, minore conflittualità lavorativa);
- indicizzare i fattori che producono buone prassi che, oltre a definire un low cost di qualità, possano essere esportate/replicabili in altri servizi, con la creazione di un "brand" di qualità.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

L'offerta clinica/pedagogica comporta un'analisi del bisogno e la successiva presa in carico che può tradursi in sostegno psicologico, psicoterapia individuale, di coppia, di gruppo.

La rete in cui la Cooperativa è inserita permette di entrare in contatto coi bisogni della popolazione per la costruzione di progetti specifici. La partecipazione a bandi pubblici consente inoltre un accesso gratuito alle fasce meno abbienti.

La ricerca comporterà una rilevazione dati su indicatori specifici in diversi step temporali: ingresso, dimissione e follow-up a un anno.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo previsto per il progetto è pari ad € 84.912.

Ipotesi di risparmio di cui la PA potrebbe beneficiare a fronte della costruzione del progetto: come evidenziato da uno studio condotto da Hoffman et al. (2008, Germany) risulta che tra il 20 e il 30% delle persone affette da depressione/ansia sono stati assenti dal lavoro più di 6 giorni nel mese precedente l'intervista.

Un recente studio britannico pubblicato sul The Telegraph ha rilevato che il 35% si riferisce a diagnosi di depressione. Nel 2010 l'economia europea ha speso per la depressione 92 miliardi di euro di cui 54 miliardi (59%) legata ai costi indiretti come assenza dal lavoro.

I lavoratori depressi in un anno sono assenti dal lavoro 36 giorni per ciascun episodio depressivo.

Calcolando quindi che 36 giorni annui di mutua costano € 870,12 a dipendente mentre i 17 giorni annui di mutua di media per i lavoratori sani costano € 421,23 a dipendente, i 19 giorni annui risparmiati nel caso in cui il lavoratore fosse invece in salute varrebbero un risparmio alla PA pari ad € 448,69 per dipendente.



## Diventare e sentirsi mamme: percorso di accompagnamento al parto e alla genitorialità

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Francesca Calavitta – Libera professionista
- **Indirizzo:** via Croce Rossa 44 - Palermo
- **Referente:** Francesca Calavitta - Psicologa Psicoterapeuta
- **Mail:** francescocalavitta@yahoo.it, francescocalavitta@pec.it
- **Telefono:** 320 8710261, 338 4217042
- **Team di lavoro:** Francesca Calavitta, Davide Ruvolo, Ivan Formica, Maria Laura Falduto

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La depressione post-partum (DPP) rappresenta oggi una delle problematiche familiari e sociali più allarmanti. La gravidanza è infatti un periodo caratterizzato da profondi cambiamenti sia di carattere fisico che emotivo, durante il quale la donna subisce un vero e proprio stravolgimento che investe aspetti corporei, intrapsichici e sociali (Milgrom et al., 2007).

Tutto questo crea, a livelli ed intensità diversi, quote di stress, ansia e depressione che, se non precocemente diagnosticate e gestite attraverso un supporto psicologico adeguato, potrebbero acutizzarsi e causare danni sia sulla madre, che sull'intero sistema familiare (Manning & Gregoire, 2008). I fatti di cronaca, oltre che l'analisi dei dati scientifici presenti in letteratura (Henshaw, 2006), suggeriscono la necessità di una presa in carico multidisciplinare (ginecologo, ostetrica, psicologo, psichiatra) e soprattutto basata sulla prevenzione primaria.

Seppure nelle prime fasi dopo il parto le eventuali difficoltà emotive insorgenti (Maternity Blues) sono da imputare soprattutto a squilibri ormonali e a fattori fisici, lo stesso non si può dire per la DPP vera e propria, le cui cause sono imputabili soprattutto a fattori psicologici e sociali (difficoltà di adattamento ai cambiamenti nelle abitudini indotte dalla cura del bambino, mancanza di sostegno da parte del contesto familiare, ri-attraversamento di problematiche adolescenziali, mancanza di supporto sociale).

Potere programmare percorsi di supporto psicologico, sia nella fase della gravidanza che nel post-partum, permetterebbe una riduzione dei casi gravi di DPP attraverso la prevenzione, una più celere individuazione e gestione di casi e, indirettamente, uno sviluppo emotivo più armonico del nascituro, che favorirà a lungo termine ulteriore benessere sociale per l'intera società. Questo tipo di investimento garantirebbe una migliore presa in carico e, quindi, un sensibile miglioramento della salute psichica personale e familiare e, di conseguenza, del territorio di appartenenza.

### BENEFICIARI

- Beneficiari diretti: dall'8 al 12% delle neomamme (percentuale che arriva al 30% in caso di madri che hanno già sofferto di questa malattia in una precedente gravidanza).
- Beneficiari indiretti: padri, famigliari, la società.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Sicilia, città di Palermo.



## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Per raggiungere gli obiettivi individuati si intende offrire un modello di intervento integrato che miri a prevenire, identificare e curare i disturbi legati alla gravidanza sul sistema familiare. Tale progetto d'intervento si basa su studi effettuati in ambito internazionale che mirano ad adoperarsi sulla questione seguendo tre livelli di azione (Cantwell & Smith, 2009):

- una prevenzione primaria che miri a bloccare l'incidenza dei disturbi riducendo e/o contrastando i fattori di rischio (favorire il supporto emotivo e pratico da parte degli altri familiari, evitare, nel limite del possibile, grandi stress, pianificare le attività della giornata, favorire i contatti sociali);
- una prevenzione secondaria che migliori lo screening, riduca l'incidenza dei disturbi, la loro durata, minimizzando le opportunità di trasmissione intergenerazionale e limitandone le conseguenze;
- una prevenzione terziaria che riduca la disabilità e le conseguenze personali e sociali di una condizione che non è stato possibile prevenire o curare completamente (psicosi puerperali).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Al fine di perseguire gli obiettivi sin qui esposti, si è pensato di agire in tre diversi momenti del periodo perinatale. Un primo intervento sarà effettuato sin dall'inizio della gravidanza, affiancando al ginecologo e all'ostetrica uno psicologo nelle visite di controllo all'interno dell'ambulatorio prenatale, così da potere individuare ed eventualmente prendere in carico le gravide più "a rischio" sin dal loro ingresso.

A tal fine saranno somministrati nei tre trimestri, opportuni strumenti psicodiagnostici che permettono una facile e precoce individuazione dei sintomi (PDSS, EPDS ecc.) che potranno essere integrati con colloqui psicologici, qualora ce ne fosse bisogno. Si provvederà inoltre ad effettuare dei gruppi con i genitori, durante i quali potere esplorare le rappresentazioni mentali a proposito della genitorialità e favorire un processo di elaborazione delle problematiche evidenziate. Un altro screening psicologico verrà effettuato al controllo ginecologico post-partum, previsto 50 giorni dopo il parto e, anche in questo caso, sarà possibile effettuare dei colloqui di approfondimento.

Per i genitori che evidenzieranno disturbi depressivi legati alla nascita del bambino sarà proposta la possibilità di effettuare alcuni incontri in setting di gruppo, come indicato in letteratura (Ugarriza, 2004), al fine di affrontare tali problematiche. Infine, per le situazioni più gravi sarà prevista una presa in carico integrata con servizi sociali e di psichiatria per l'intero nucleo familiare.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Effettuando una stima per difetto rispetto alle percentuali di incidenza e di cura della DPP, a fronte di un costo complessivo del progetto in questione di € 40.000,00, la Pubblica Amministrazione, sulla base delle cifre evidenziate dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), otterrebbe un risparmio pari a circa 2 milioni di euro, presupponendo di poter agire su circa 400 gestanti e di non potere risolvere il problema nel 50% dei casi. Da questi costi restano esclusi quelli ottenuti sui coniugi e sullo sviluppo dei bambini, nonché gli innumerevoli esami clinici che si effettuano prima di rivolgersi ad uno psicologo.

A questo risparmio economico bisogna, inoltre, aggiungere anche il maggiore benessere psicofisico dei sistemi familiari che si troverebbero supportati in questi momenti di difficile passaggio.



## "ESSERE IN EQUILIBRIO". Incontri informativi e attività pratiche per prevenire il disagio emotivo

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Comune di Bondeno - Pubblica Amministrazione
- **Indirizzo:** Piazza G. Garibaldi 1, Bondeno (FE)
- **Mail:** comune.bondeno@cert.comune.bondeno.fe.it
- **Telefono:** 0532 899211
- **Referente:** Ilaria Vaccari - Psicologa
- **Mail:** ilaria.vaccari.013@psypec.it
- **Team di lavoro:** Cristina Coletti - Vice Sindaco e Assessore Politiche Sociali, Paola Mazza - Dirigente Servizi Sociali

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il Comune di Bondeno è in grado, grazie anche ai Servizi attivati dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Ferrara, di offrire servizi di cure primarie e di promozione della salute dei cittadini soprattutto per le fasce d'età:

- Infanzia;
- Adolescenza;
- Anziani.

Il target di popolazione che spazia dai 30 ai 65 anni non viene quindi raggiunto da alcun servizio specifico di prevenzione o promozione della salute.

Percorsi di cura e di trattamento in età adulta vengono forniti dai servizi specialistici ambulatoriali dell'ASL di competenza, dislocati in altri Comuni limitrofi.

Da qui la necessità di attivare un servizio psicologico vicino ai cittadini che, in un'ottica di prevenzione primaria e secondaria, sia in grado di offrire azioni di sensibilizzazione e di supporto di gruppo.

L'obiettivo generale di tale servizio è quello di promuovere una cultura del benessere personale in età adulta, prevenendo l'aggravarsi e il cronicizzarsi di situazioni di disagio psicologico.

### BENEFICIARI

Il progetto si propone di raggiungere almeno il 2% degli adulti tra i 30 e i 65 anni (totale 7.409).

Le attività laboratoriali e i programmi di gruppo si propongono di coinvolgere circa  $\frac{1}{4}$  delle persone partecipanti alle iniziative informative (per un totale di 3 gruppi composti da circa 10 persone) e che dimostrano segnali di disagio personale nell'area nevrotica e affettiva.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia-Romagna, città di Bondeno.

### VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto propone azioni di prevenzione primaria e secondaria: si rivolgerà a tutta la cittadinanza attraverso iniziative informative e laboratoriali e, successivamente, strutturerà programmi di gruppo mirati ad approfondire e consolidare le conoscenze acquisite partendo da disagi personali percepiti.

A tali gruppi parteciperanno le persone che rivelano difficoltà riferibili all'area nevrotica e affettiva.

Acquisire consapevolezza rispetto al proprio modo di funzionare, secondo un approccio cognitivo, significa distinguere pensieri, emozioni, sensazioni corporee e comportamenti per poter influire e cambiare i propri meccanismi interni talvolta forieri di disagio e malessere.

### **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Il progetto, di durata annuale, si propone di attivare iniziative informative con l'obiettivo di presentare il tema generale del benessere emotivo e psicologico. Successivamente saranno proposti approfondimenti attraverso laboratori ed esercitazioni su temi specifici (es. gestione della rabbia, consapevolezza, assertività, ecc.) e l'utilizzo di tecniche cognitive e comportamentali. Seguiranno gruppi di sostegno/psico-educativi a cui parteciperanno persone a rischio di disagio, ossia che manifestano segnali prodromici allo sviluppo di disturbi psicopatologici di area nevrotica e affettiva.

I partecipanti ai gruppi saranno selezionati sulla base degli esiti di questionari (Cognitive Behavioural Assessment-CBA). Il contesto del gruppo predispone uno spazio relazionale, un "laboratorio esperienziale" per acquisire maggior consapevolezza circa il proprio funzionamento e sperimentare modalità alternative, in funzione di una maggior flessibilità e benessere personale.

In sintesi il progetto vorrebbe proporre:

- iniziative di sensibilizzazione (tot. 12 con cadenza mensile);
- laboratori interattività (tot. 6 con cadenza bi-mensile);
- gruppi di sostegno, con un programma di 10 incontri (tot. 3 gruppi di 8/10 persone).

### **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

- Programmazione 12 incontri informativi (30 ore)
- Programmazione 6 laboratori (30 ore)
- Programmazione 3 gruppi (40 ore)
- 12 incontri informativi di 2 ore ciascuno (24 ore)
- 6 laboratori di 4 ore ciascuno (27 ore)
- 3 gruppi di 10 incontri (62 ore)
- Valutazione e rendicontazione (62 ore)

Tot. ore 275 - € 11.000

- Materiale cancelleria impiegato per le attività laboratoriali e per i gruppi
- Stampa materiale informativo e brochure riassuntive
- Stampa questionari per valutazione di gradimento e di efficacia

Tot. € 300



## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Cooperativa Sociale Gruppo Scuola Onlus
- **Indirizzo:** via Monsignor Schiavi 1, Parma
- **Mail:** cooperativa@grupposcuola.it
- **Telefono:** 0521 244855
- **Referente:** Luca Oppici - Psicologo Psicoterapeuta (oppici.luca@gmail.com)
- **Team di lavoro:** Daniela Macrì - Psicologa Psicoterapeuta, Luca Oppici - Psicologo Psicoterapeuta, Materdomine D'ancona - Psicologa, Michelle Mazzotti - Psicologa, Morena Trivelloni - Psicologa

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La psicoterapia è un servizio incluso nei LEA (Livelli Essenziali Assistenziali) che tuttavia non è sostenibile economicamente dal Sistema Sanitario Nazionale. L'intervento che ad oggi viene fornito è per lo più orientato verso cure farmacologiche, le quali, mantenendo un'efficacia nell'immediatezza delle situazioni critiche, non garantiscono una presa in carico globale della persona. Il progetto che si propone prevede la costituzione di un Ambulatorio Sociale di Psicologia Clinica, il quale garantisca l'erogazione di servizi psicologici/psicoterapici a prezzi calmierati, che possano raggiungere una popolazione di utenza che difficilmente utilizzerebbe la risorsa della consulenza privata tradizionale e che potrebbe trovare difficoltà ad accedere al servizio pubblico a causa delle lunghe liste d'attesa. Tale progetto non si sostituisce ai servizi presenti sul territorio, bensì vuole essere una risorsa ad integrazione delle prestazioni offerte dai servizi che si occupano di aiuto alla persona. Inoltre tale intervento può essere richiesto liberamente da tutti i cittadini che necessitano di un sostegno psicologico-psicoterapico e che si trovano ad affrontare una condizione di difficoltà economica-sociale-lavorativa tale da non consentire loro di potere usufruire delle consuete consulenze private. Oltre il 40% della spesa totale (pubblica e privata) per farmaci del Sistema Sanitario Nazionale è per la terapia delle sindromi depressive. Nella "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010" si riporta che il consumo di tali sostanze in Italia è più che raddoppiato negli ultimi 10 anni, con un incremento medio annuo del 15,6%. (fonte: Ministero per la Salute). Questi dati indicano un reale bisogno di servizi psicologici che vadano maggiormente in profondità con una presa in carico totale della persona. Un ulteriore aspetto di tale progetto è l'importanza attribuita ai fattori di prevenzione: un intervento psicoterapeutico tempestivo può generare un circuito virtuoso in cui uno stato di benessere richieda minor intervento da parte del SSN con una conseguente minor spesa.

## BENEFICIARI

Adulti, giovani, adolescenti e famiglie.

Nell'anno 2013 il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL di Parma ha registrato un totale di 5.414 utenti per dipendenze da sostanze, disturbi alimentari, depressioni e reazioni di adattamento, disturbi della condotta, ritardo mentale, disturbi mentali NAS, disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio, disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche, ritardo mentale lieve, disturbi evolutivi globali, disturbi ipercinetici, ritardo mentale di media gravità, disturbi misti della condotta e della sfera emozionale, disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia, altri disturbi comportamentali ed emozionali con esordio nell'infanzia e nell'adolescenza.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia-Romagna, città di Parma.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Anche se non rientra nel campo delle scienze esatte (fisica, biologia, ecc.) la psicoterapia è uno strumento di validata efficacia soprattutto se applicata con competenza e rispetto dell'etica e della deontologia professionale. Essa mira ad un cambiamento strutturale della persona, ad una modifica degli schemi di pensiero e di interpretazione della realtà. Nell'incontro terapeutico si cerca di potenziare una relazione con i significati dei propri vissuti esperienziali ed emotivi, i quali agiscono efficacemente sulla possibilità che la persona sviluppi tutte le sue potenzialità e che ritrovi la strada perduta dei propri significati valoriali autentici. A tal proposito sembra doveroso sottolineare la più ampia visione del processo evolutivo degli individui, in un'ottica attenta alla complessità del reale, alla molteplicità delle relazioni intercorrenti fra il soggetto e i diversi sistemi ambientali, alla scoperta graduale e progressiva di un contesto che, via via, si approfondisce e si dilata entro lo spazio vitale della persona.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività offerte all'utenza sono: percorsi di psicoterapia individuale, di coppia e familiare, consulenza psicologica, colloqui di sostegno psicologico e percorsi di gruppo. La strategia di azione è quella di lavorare in sinergia con le realtà Istituzionali e non, al fine di creare un sistema virtuoso e in rete che possa sostenere le persone e rispondere efficacemente ai loro reali bisogni.

La Legge 328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi regionale e locale) detta le norme per la promozione della cittadinanza sociale, dei diritti e delle garanzie ad essa correlati, per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Tale sistema ha carattere di universalità, si fonda sui principi di cooperazione e promozione della cittadinanza sociale ed opera per assicurare il pieno rispetto dei diritti ed il sostegno della responsabilità delle persone, delle famiglie e delle formazioni sociali; inoltre Regione ed enti locali favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli o associati sulla base del principio di sussidiarietà, ai sensi dell'Art. 118 della Costituzione.

Il progetto di Ambulatorio Sociale di Psicologia Clinica si inserisce in un ottica di comunità, coopera e si integra con servizi già presenti sul territorio, garantendo interventi adeguati, flessibili e personalizzabili, nel rispetto delle opzioni dei destinatari e delle loro famiglie.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

La Pubblica Amministrazione può ottenere un risparmio su più fronti grazie al suddetto progetto: non solo in termini di riduzione della spesa per i farmaci psicoterapici grazie alla prevenzione, ma anche del numero di accessi al Servizio Pubblico. Chi infatti usufruisce delle consulenze psicologiche dell'Azienda USL paga un ticket variabile in base al reddito. Tale ticket (mai superiore a € 36) copre quattro sedute, che alla Pubblica Amministrazione vengono a costare l'intero monte ore di prestazione elargito dallo psicologo alla singola persona. Inoltre l'Ambulatorio Sociale di Psicologia Clinica offrirebbe, rispetto all'Azienda Sanitaria, un'accessibilità diretta, immediata e prestazioni flessibili, garantendo la fruibilità reale del servizio.



## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Volere Volare – Associazione di Promozione Sociale
- **Indirizzo:** via G. ppe Crispi, 40 Palermo
- **Mail:** ass-volerevolare@libero.it
- **Telefono:** 339 8533809 – 329 8121367
- **Referente:** Claudia Galiano – Rappresentante Legale
- **Mail:** claudia.galiano.120@psypec.it, flora.solombrino.029@psypec.it

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

L'attuale crisi economica determina un impatto negativo sulla qualità della vita. Le conseguenze più evidenti dello stallo economico attuale sono la disoccupazione (in Italia salita al 13%, in particolare tra i giovani al 37% – Istat 2014), l'inoccupazione, la precarietà, la cassa integrazione, i prepensionamenti ecc.

Il costo della crisi è elevato non solo a livello economico ma anche psicologico e sociale: si evidenziano infatti disagi sul piano individuale (bassa autostima, vergogna, paura del futuro, ansia, depressione, suicidio ecc.), relazionale e familiare (ritiro sociale, conflitti, violenze domestiche, divorzi, omicidi ecc.) e sociale (devianza, criminalità, usura), esacerbando fenomeni quali vessazioni, molestie morali e sessuali, discriminazioni, dipendenze patologiche. Lo stato di malessere generalizzato e le scarse o poco fruibili risorse economiche incrementano inoltre le "lotte tra poveri", tra etnie, tra generi, le sperequazioni e il mercato del lavoro nero. Il problema che si intende affrontare riguarda dunque il rapporto tra crisi lavorativa e salute: esso non è deterministico e lineare (causa-effetto), ma complesso e circolare, in cui le variabili si influenzano reciprocamente. Ad esempio, il calo dell'umore connesso alla perdita del lavoro può inficiare la motivazione dell'individuo a reinvestire le proprie risorse nell'ambito professionale, acuendone il malessere, la cui cura graverà ulteriormente sulle casse del governo e dell'assistenza sanitaria. Molte persone disoccupate o inoccupate, infatti, sperimentano vissuti di fallimento e/o di impotenza; per evitarli possono allontanare tutto ciò che rimanda alla dimensione del lavoro, vivendo un sentimento di vergogna che ne deteriora le relazioni sociali.

Il problema, dunque, risulta meritevole di investimento considerandone l'emergenza e il progressivo dilagare. A tal fine si ipotizza un intervento di prevenzione e azione che modifichi questo processo e che abbia ricadute positive sia sul piano del benessere individuale che su quello sociale ed economico.

## BENEFICIARI

- Diretti: la popolazione che vive la crisi lavorativa sotto forma di grave instabilità (precari, lavoratori in nero, lavoratori soggetti a pressione fiscale disoccupati, inoccupati, prepensionati, esodati, cassaintegrati).
- Indiretti: familiari (relazioni di coppia, genitori-figli, con le famiglie d'origine), amici e colleghi (relazioni interpersonali), rete di operatori, governo e assistenza sanitaria (riduzione dei costi di cura e dei costi degli ammortizzatori sociali).

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Sicilia. Il progetto è replicabile ed esportabile in altre Regioni Italiane dato che il disagio mentale e la crisi lavorativa sono trasversali al territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Si intende prestare attenzione all'individuo che soffre di disagio mentale connesso alla crisi lavorativa, promuovendone il passaggio da oggetto della crisi a soggetto-agente attivo di se stesso, che riconosce risorse e limiti propri (self-efficacy) e del contesto, e che può investire in un sistema sociale che lo sostiene anche psicologicamente e ne favorisce il rilancio personale e professionale. Tale visione implica effetti positivi diretti e indiretti, sia in termini personali che inerenti la spesa pubblica. Il venire meno di un'occupazione vuol dire non avere più sia un ruolo sociale che la capacità di sostenere sé stessi e la propria famiglia. *“Dal punto di vista della psicologia sociale l'individuo tende a costruire una rappresentazione di sé basata sui ruoli che sente propri e, in base a questi, sviluppa quella sicurezza che gli consente la corretta integrazione sociale. La perdita del lavoro inciderà quindi su ambedue gli aspetti: ruolo sociale ed autostima”* (Rivista *Mente&Cervello*, febbraio 2010).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Analisi dei bisogni e mappatura del territorio, volte a identificare specifici destinatari del progetto.
- Attività di prevenzione primaria (promozione, formazione degli operatori coinvolti nel progetto, pubblicità e apertura di sportelli di ascolto, attivazione di una piattaforma virtuale e di un numero verde, al fine di sensibilizzare ed accogliere la popolazione in merito alla tematica in oggetto), secondaria (lavorare con soggetti a rischio che evidenziano primi sintomi di disagio) e terziaria (riferita a coloro i quali manifestano un disagio psicologico e/o psichiatrico).
- Supporto psicologico e/o psicoterapeutico, consistente nelle attività di accoglienza della domanda, screening, supporto psicologico o psicoterapia, reinvestimento delle proprie risorse anche nel contesto socio-lavorativo.
- Costruzione di una rete che comprende diversi enti ed associazioni quali delegazioni sindacali, uffici ed agenzie del lavoro, all'interno dei quali si ipotizza l'apertura di sportelli d'ascolto in cui lo psicologo accoglierà le richieste da parte dei lavoratori o ex lavoratori e, formulata una diagnosi, procederà ad un invio presso la sede dell'Associazione.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale del progetto, compreso l'affitto della sede, è stimato in € 326.660,00. Possiamo stimare il risparmio della P.A. considerando quanto gravano alcune tipologie di utenti sulla spesa pubblica e sanitaria. Tale stima è esemplificativa e proposta su unità di lavoratori che ipotizziamo rispondano alla crisi lavorativa e al disagio psicologico nelle seguenti modalità:

- con condotte devianti che richiedono un regime carcerario (un carcerato costa allo Stato mediamente € 3.748,80 al mese - fonte: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, anno 2013);
- con disturbi dell'umore o d'ansia che richiedono una spesa farmacologica (ansiolitici o antidepressivi comportano una spesa mensile di circa € 50 - fonte: S.S.R. Emilia Romagna);
- con disturbi psichiatrici che richiedono una degenza (€ 435,00 al giorno - fonte: Centro Studi P. Desiderato);
- con una crisi personale e familiare che implica un'istanza di separazione (gli onorari oscillano tra minimo € 800 massimo € 3.450 per un procedimento di separazione consensuale che si concluda con una sola udienza; nel caso invece di una separazione giudiziale che preveda 4 o 5 udienze essi vanno da un minimo di € 1.055 fino ad un massimo di € 9.790; agli onorari dovranno poi aggiungersi i diritti, le spese vive e un rimborso forfettario delle spese generali pari a 12,5% su onorari e diritti).



## La Psicoterapia Breve Strategica come prevenzione all'interno del SSN

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Centro di Terapia Strategica - S.r.l.
- **Indirizzo:** Piazza Sant'Agostino 11, Arezzo
- **Mail:** [ctsar@centroditerapiastrategica.org](mailto:ctsar@centroditerapiastrategica.org)
- **Telefono:** 0575 354853
- **Referente** Sara Parsi di Landrone – Responsabile
- **Mail:** [sara.parsidilandrone@pec.it](mailto:sara.parsidilandrone@pec.it)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La difficile fruibilità di interventi psicologico-psicoterapeutici all'interno del SSN costringe spesso l'utenza a rivolgersi al professionista privato o, più frequentemente, alla rinuncia a causa dei costi non sostenibili dei servizi psicologici privati. Il dato stimato a livello europeo, da cui l'Italia non si distacca, riporta che solo il 26% dei pazienti con disturbi mentali riesce ad avere un contatto con il sistema sanitario pubblico (MES, 2013). In Italia l'invalidità per malattie mentali colpisce circa 700 mila individui, di cui solo il 2,8% tra gli anziani (Istat, 2014). Tra i problemi di salute mentale, quelli più diffusi sono le sindromi depressive. Nella popolazione si stima siano circa 2,6 milioni le persone (4,4%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età. La carenza all'interno del SSN di servizi psicologico-psicoterapeutici improntati a modelli d'intervento breve e focale, strategicamente orientati alla soluzione del disturbo psicologico visto come un problema da risolvere e non come una malattia organica, genera tre ordini di effetti:

- incremento della spesa sanitaria per la gestione farmacologica di patologie di tipo psicologico. La spesa psicofarmacologica, in cui la voce relativa agli antidepressivi costituisce quella più rilevante, è l'effetto delle prescrizioni effettuate dai medici di medicina generale che trattano la maggior parte delle persone affette da depressione (MES, 2013);
- cronicizzazione del disturbo psicologico e rinuncia da parte dell'utente alle cure psicologiche: il 5,5% della popolazione dichiara di soffrire di disturbi cronici di tipo ansioso o depressivo (Istat, 2014);
- aumento della spesa sanitaria per le patologie che presentano comorbidità tra patologia fisica e componente psichica di tipo ansioso/depressivo. Come dimostrato dalla letteratura internazionale chi soffre di disturbi psicologici, se non adeguatamente trattato, è portato a cronicizzare la malattia fisica.

### BENEFICIARI

Utenti del SSN che faranno richiesta di aiuto psicologico/psicoterapeutico presso il medico di base o altra struttura del SSN. Stando ai dati epidemiologici Istat (2014), le fasce d'età maggiormente interessate alla richiesta di intervento saranno quella degli utenti under 34 e quella tra 45 e 54 anni, con una prevalenza di genere al femminile. Da un punto di vista clinico, i criteri d'inclusione dovranno prevedere l'accesso al progetto per gli utenti affetti da un'ampia gamma disturbi psicologici, ad esclusione dei disturbi d'area psicotica: disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici, disturbi bipolari, disforia di genere, disturbi parafilici, disturbi correlati a sostanze da addiction.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale.



## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

La proposta principale del progetto è di dare accesso, stipulando un regime di convenzione con il SSN, a servizi privati di psicoterapia breve strategica. Ciò fornirebbe all'utente la possibilità di accedere a cure psicologiche improntate a un modello d'intervento breve e focale (in genere di 10 sedute) strategicamente orientato alla soluzione del disagio psicologico, garantendo al contempo una forma di prevenzione decisamente efficace nei confronti della cronicizzazione del disagio e della comorbidità e un risparmio nella spesa sanitaria sia nel breve che nel lungo termine. L'approccio di psicoterapia breve strategica prevede, infatti, un lavoro focalizzato sulle cause presenti del disagio piuttosto che sui vissuti passati, sui meccanismi di persistenza della sintomatologia e sul controllo costante dei risultati terapeutici mediante la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza terapeutica.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

La convenzione si concretizzerà nell'erogazione di uno o più cicli clinici di trattamento psicoterapeutico breve della durata di dieci sedute, più un incontro preliminare di valutazione psicodiagnostica e tre incontri successivi di follow-up. Gli intervalli temporali tra gli incontri sono differenti rispetto ad altri tipi di psicoterapie, dove tradizionalmente è previsto almeno un incontro settimanale, prevedendo al contrario solo un incontro ogni due settimane nella prima fase della terapia per poi passare ad incontri mensili nella fase di consolidamento dei risultati. Ciò si traduce in cicli terapeutici di 10 incontri che si dipanano in media nell'arco temporale di 6-10 mesi. Il primo incontro di valutazione psicodiagnostica consisterà in un colloquio psicodiagnostico e nella somministrazione di alcuni questionari clinici. È prevista durante tutta la fase di trattamento la misurazione dell'outcome terapeutico mediante strumenti altamente standardizzati quali ad esempio il CORE-OM per la misurazione dell'efficacia terapeutica e del cambiamento (Barkham, et al., 2005; Palmieri et al., 2009; Evans, 2012). Valutata l'idoneità all'inserimento nel progetto sulla base dei criteri inclusivi precedentemente descritti, si passerà all'applicazione del ciclo terapeutico di 10 incontri seguendo uno specifico protocollo di trattamento funzionale al problema presentato. Nell'applicazione dei protocolli d'intervento, il focus terapeutico è rivolto ai meccanismi di persistenza ripetuti nel tempo che mantengono e rinforzano il problema. Il disagio è visto come un problema innescato e mantenuto dai modelli d'interazione adottati dal paziente (e/o dal suo sistema familiare e sociale) per fronteggiare i disturbi o sintomi presenti (le cosiddette "tentate soluzioni"). La terapia è focalizzata sull'interrompere questi pattern ridondanti di interazione disfunzionale e sostituirli con pattern funzionali.

La strutturazione del metodo si esprime in quattro fasi terapeutiche:

- rilevazione della tipologia di persistenza del problema, creazione della relazione e strutturazione degli obiettivi terapeutici;
- sblocco della patologia mediante strategie e stratagemmi terapeutici costruiti ad hoc;
- consolidamento, la persona viene guidata all'esplorazione e al mantenimento di nuove strategie funzionali di adattamento;
- graduale responsabilizzazione del paziente per i cambiamenti avvenuti e consolidamento delle risorse personali sino a chiusura del trattamento.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo di una singola unità di risultato atteso (presa in carico singolo paziente, coppia, famiglia) per il primo anno è pari ad € 1.200. In Italia il costo medio annuo stimato di un paziente con un disturbo mentale non psicotico è di circa € 1.700 (Dionisi, 2011; MES, 2013, p. 12). Poiché il ciclo terapeutico proposto può essere anch'esso stimato di durata annuale, il risparmio per la presa in carico di un'utenza mediante prestazioni di psicoterapia breve strategica può essere stimato in € 500 l'anno per paziente, circa il 30% in meno di quanto attualmente speso dal SSN.



## Lo Psicologo a scuola

### SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Rossella Valvasori - Libera Professionista
- **Indirizzo:** Viale della Libertà 8, 33170 Pordenone
- **Mail:** rossella.valvasori@psypec.it
- **Telefono:** 329 7462726

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Per quanto concerne le esigenze di formazione e informazione psico-pedagogica, le scuole, in particolare quelle primarie e secondarie di primo grado, si affidano a professionisti esterni appartenenti al settore Pubblico o Privato.

Questi ultimi intervengono in progetti (formazione, orientamento, sportelli, ecc.) la cui articolazione e qualità sono fortemente condizionate da esigenze di budget: l'attenzione al benessere psicologico di alunni e delle loro famiglie, degli insegnanti, del personale docente e non, si configura così come una delle tante "voci di costo" e non come un obiettivo basilare, formalmente e istituzionalmente riconosciuto.

Questa situazione genera problematiche "a cascata" in tre livelli differenti:

- istituto scolastico: gli elevati costi per l'intervento di professionisti esterni e le disponibilità finanziarie limitate costringono la scuola a drastiche riduzioni (monte ore o numero di professionisti impiegati), che a loro volta incidono pesantemente sulla qualità e sull'efficacia degli interventi. Premesse queste che generano diffidenza e sfiducia rispetto a future progettualità;
- singoli individui: i singoli (famiglie, docenti o personale non docente), non trovando delle "risposte" adeguate alle proprie problematiche e privi di una guida che li orienti nel mondo del Privato/Pubblico esterno alla scuola, disperdono tempo, energie e finanze che potrebbero essere meglio gestite ed "orientate" da una presenza fissa di professionisti all'interno della scuola;
- comunità/territorio: va da sé che i singoli e le famiglie che si rivolgono all'esterno, anche quando non strettamente necessario, graveranno sulla Sanità Pubblica, "rallentando" il sistema e ritardando l'intervento nei casi di reale necessità.

### BENEFICIARI

- Diretti: alunni, genitori, personale docente ed ausiliario degli istituti primari e secondari di primo grado.
- Indiretti: la comunità che ospita l'istituto stesso, partendo dalle singole famiglie per arrivare alla riduzione dei "costi" materiali ed immateriali a carico della Pubblica Amministrazione.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Si è scelta la scuola come ambito di intervento poiché da sempre ha rappresentato un territorio “fertile” per i professionisti della salute psicologica in termini di tematiche da trattare, tipologia di intervento e, ovviamente, potenziale bacino di utenza: agire a livello scuola significa avere la possibilità di realizzare interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria nei confronti di una moltitudine di soggetti. A tali considerazioni corrisponde una sempre maggior apertura dell'istituzione scuola ai professionisti che si occupano di benessere psicologico.

Intervenire dall'interno delle singole scuole consentirà all'equipe di comprendere le necessità peculiari di ogni singola realtà, agendo a livello preventivo da un lato ma garantendo una risposta tempestiva alle situazioni “d'emergenza”, qualora si presentassero, dall'altro. Il contatto diretto con l'ambiente in cui i professionisti si troveranno ad operare permetterà loro di inquadrare con maggior chiarezza le problematiche, adottando un punto di vista interno al contesto e favorendo la collaborazione con le altre figure presenti (Dirigente, docenti, personale ausiliario, ecc.).

Numerose esperienze internazionali dimostrano l'efficacia e l'utilità di integrare un'equipe psico-pedagogica all'interno dei singoli istituti: ciò che inizialmente appare fra le voci di costo, si traduce ben presto in risparmio (una risorsa interna costerà nel lungo e continuato periodo meno di una esterna), oltre ad incrementare la qualità e l'efficacia dell'intervento.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Entrando nello specifico delle attività proposte, l'equipe psico-pedagogica proporrà, in accordo con le specifiche esigenze, interventi a vari livelli:

- raccolta dati ed attività di screening (alunni e famiglie, insegnanti, personale non docente, personale addetto alla segreteria e all'amministrazione, Dirigente) al fine di individuare potenziali nuclei tematici critici nei confronti dei quali proporre attività specifiche;
- interventi di formazione rivolti all'intero gruppo classe, ai singoli alunni, ai genitori o al corpo docente;
- servizio di orientamento e “filtro” per accedere ai servizi erogati dalla Sanità Pubblica o Privata convenzionata, avvalendosi in questo ultimo caso anche di liste di accreditamento o convenzione.

Al fine di monitorare gli effetti della presenza dell'equipe all'interno dell'istituto si prevede la somministrazione ad inizio e fine anno di un questionario di valutazione.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

A titolo di esempio, riportiamo i dati messi a bilancio da un istituto comprensivo del pordenonese, relativi all' anno 2013. L'istituto comprensivo in oggetto ha un totale di 1.173 alunni (185 scuola infanzia, 612 scuola primaria, 376 scuola secondaria I grado) e 114 insegnanti (16 scuola infanzia, 58 scuola primaria, 40, scuola secondaria I grado).

Per i progetti attivati (realizzati da personale esterno), sono stati rendicontati € 14.178 che, distribuiti in 9 mesi di attività scolastica, rappresentano per l'istituto in oggetto una spesa media di circa € 1.575 al mese. Investendo tale somma di denaro l'istituto ha potuto avvalersi di 124 ore totali di presenza di professionisti esterni. Supponendo che tale istituto aderisca alla proposta (6h settimanali di presenza dell'equipe psicopedagogica per un totale di € 500 al mese) le ore di presenza dell'equipe ammonterebbero ad un totale superiore a 200 (6 ore a settimana per 4 settimane al mese per 9 mesi = 216), a fronte di una spesa mensile nettamente inferiore.



# Lo Psicologo di Base accanto al Medico di Medicina Generale

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Università La Sapienza di Roma, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica
- **Indirizzo:** Via degli Apuli 1, Roma
- **Telefono:** 06 49917989
- **Referente:** Luigi Solano - Libero Professionista (luigi.solano@uniroma1.it)
- **Team di lavoro:** da definirsi

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

È noto dalla letteratura che almeno il 50% delle richieste che le persone rivolgono ai medici di base esprimono, dietro la "proposta" di un sintomo somatico, disagi di tipo relazionale/esistenziale (Balint, 1957; Katon, 1985; Magill e Garrett, 1988). Le più recenti tendenze della psicologia della salute e della psicosomatica (Bertini, 2012; Solano, 2013) indicano inoltre che qualunque tipo di problema venga portato al medico può trovare migliore soluzione se, oltre ad essere considerato in termini biologici, viene inquadrato nel contesto relazionale e nel ciclo di vita del paziente. Ciò che accade di fatto è che in molti casi il medico, non essendo in grado di soddisfare la domanda complessa del paziente, tenta di fornire una risposta ricorrendo all'effettuazione di analisi e alla somministrazione di farmaci, di cui lui per primo riconosce la dubbia utilità. L'accesso volontario e diretto a uno psicologo in grado di dare risposta ad un disagio di origine non biologica è reso estremamente difficile dal perdurante pregiudizio sociale nei confronti degli utenti di qualunque tipo di servizio specificamente operante nel campo della salute mentale. A conferma di questa difficoltà, un recente studio dell'Ordine degli Psicologi (Ponzio, 2008) ha mostrato che solo il 5,5% della popolazione adulta ha avuto nel corso della sua vita un contatto professionale con uno psicologo, ivi incluse situazioni non cliniche, quali orientamento, selezione, formazione, ecc. L'invio da parte del medico allo psicologo di pazienti portatori di un disagio relazionale/esistenziale appare difficile non solo per i motivi suddetti, ma anche per una difficoltà del medico ad identificare tale disagio quando non assuma la forma del disturbo psichiatrico esplicito. È quindi evidente la necessità di costituire una situazione in cui l'ascolto psicologico appaia chiaramente come qualcosa previsto per tutti, e non per una categoria particolare di persone. Questo permetterebbe non solo di offrire un'assistenza molto più rispondente ai bisogni dell'utenza, ma anche di realizzare un notevole risparmio sulla spesa sanitaria.

## BENEFICIARI

Tutti gli utenti dei Medici di Medicina Generale (MMG) coinvolti nel progetto. Nell'ipotesi di 12 studi sarebbero coinvolte direttamente circa 18.000 persone. L'intervento comporta ricadute indirette anche sui familiari degli utenti e costituisce anche un'opportunità di formazione psicosociale del MMG. Nell'insieme si ipotizza che la realizzazione del progetto venga a determinare un cambiamento culturale a vasto raggio nella direzione di una modificazione dell'immagine dello psicologo, non più come colui che cura il disagio psichico, ma come qualcuno cui tutti si possono rivolgere come consulente qualificato al pari di tutti i professionisti della sanità.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, preferibilmente comune di Roma.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto prevede l'introduzione di uno "Psicologo di Base" in una dimensione di collaborazione congiunta a fianco del MMGO, allo scopo di offrire un approccio globale alle richieste dei pazienti, senza la necessità di un invio né di una specifica domanda psicologica, entrambi di assai difficile realizzazione. Un'assistenza così organizzata permette di:

- intervenire in una fase del disagio iniziale, in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico od organizzazioni intrapsichiche fortemente limitanti una realizzazione ottimale dell'individuo;
- garantire un accesso diretto ad uno psicologo a tutta la popolazione, evitando il filtro della valutazione medica ed evitando altresì il rischio (o la certezza) per i soggetti di essere etichettati come "disagiati psichici";
- offrire un ascolto che prenda in esame, oltre alla condizione biologica, anche la situazione relazionale, intrapsichica, di ciclo di vita del paziente;
- favorire un'integrazione di competenze tra Medicina e Psicologia, con arricchimento culturale di entrambe le figure professionali;
- limitare la spesa per analisi cliniche e visite specialistiche, nella misura in cui queste derivino da un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto prevede la presenza di uno psicologo qualificato accanto al MMG per un turno settimanale, più un altro turno per colloqui dedicati in casi specifici. L'adesione dei medici avverrà su base volontaria. L'attività dello psicologo si esplicherà nelle seguenti modalità:

- osservazione richieste e modalità di instaurare la relazione con il medico da parte di ogni paziente;
- inquadramento psicosociale dei casi osservati;
- discussione con il medico dei casi osservati;
- eventuale intervento esplorativo-chiarificatore nei confronti del paziente, nel contesto della visita;
- in alcuni casi selezionati, approfondimento del problema in appuntamenti dedicati al di fuori dell'orario di visita del Medico;
- qualora, al di là del lavoro di chiarificazione possibile nel contesto dell'Assistenza Primaria, si verifici una trasformazione da "proposta di sintomo somatico" a "domanda di intervento psicologico", eventuale invio ad operatori della salute mentale.

Scopo del progetto non è di occuparsi del disagio psichico esplicito, che deve trovare accoglienza negli appositi servizi specialistici, ma di esplorare il significato di qualunque richiesta, in qualunque modo espressa, nel contesto della situazione relazionale presente e passata del paziente e nel contesto del suo ciclo di vita. I casi clinici e l'insieme dell'esperienza verranno discussi in incontri di supervisione bisettimanali, di 4 ore ciascuno, in gruppi di quattro psicologi, coordinati da uno psicologo senior dotato di notevole esperienza clinica, in particolare nel contesto sanitario. Gli incontri saranno aperti alla partecipazione dei medici coinvolti. Il progetto viene proposto per la durata di due anni, avendo verificato la necessità di un periodo abbastanza lungo per realizzare il necessario affiatamento tra i due professionisti coinvolti in ciascun studio.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Calcoliamo la spesa relativa a due anni per 3 unità operanti in 4 studi medici ciascuna (totale 12 studi) pari a € 621.520. Dal punto di vista della P.A., è possibile ipotizzare un risparmio per ogni studio medico nel corso del secondo anno del progetto intorno a € 100.000, quindi € 1.200.000 per 12 studi. Rispetto ad un investimento di € 621.520, il risparmio ipotizzabile è quindi di poco inferiore al 200% della cifra investita.



## Prevenzione del disagio giovanile

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Cooperativa Sociale L’Airone srl
- **Indirizzo:** via R. Paolini 110, Pescara
- **Telefono:** 085 9431589
- **Referente:** Alessandra Di Bernardino–Responsabile (dr.alessandra.diberardino@gmail.com)
- **Team di lavoro:** Lediana Pasetti, Annalisa Gatta, Luigi Galbiati, Annalisa Cigliano, Carlo Di Bernardino, Maria Rita Sergi, Emanuela Belfiglio, Maria Chiara Angeloni, Alessandra Di Bernardino

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che s’intende affrontare riguarda la prevenzione del disagio giovanile. Le cause vanno ricercate nella dimensione sociale e personale, entrambe legate allo stato di benessere generale. La dimensione sociale affonda le radici nella cultura della società attuale, carente di valori etici e di affidabili punti di riferimento a livello sociale e culturale; mentre la dimensione afferente all’individuo è strettamente correlata ad alcuni tratti di personalità e nello specifico a schemi disfunzionali che ne compromettono la funzionalità (di inadeguatezza e vulnerabilità), ma anche assenza di regole e scarse abilità di comunicazione interpersonale. Il problema è meritevole di intervento preventivo, in quanto riguarda l’individuazione dei fattori predittivi di possibili disturbi psicopatologici e la promozione del benessere psicofisico. Il benessere è definito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2014) come stato di salute mentale ed è connesso allo stress. Infatti, ad alti livelli di stress, corrisponde uno scarso benessere (Marin et al., 2011). Il rapporto tra queste due variabili è mediato, a livello fisiologico, dal sistema allostatico, regolato dal sistema nervoso centrale e periferico e da delicati processi omeostatici (e.g. Mostafei, 2012) che ne garantiscono un corretto funzionamento. Esso permette un’autoregolazione e un corretto equilibrio tra le risorse interne ed esterne. A livello psicologico, la letteratura evidenzia come nelle personalità di tipo A, il livello di benessere percepito, la consapevolezza emotiva e l’autostima, abbiano un ruolo importante per fronteggiare lo stress e nel mantenimento del benessere (e.g. Slaski e Cartwright, 2003). Gli ultimi dati statistici, riportati dall’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT, 2014), evidenziano come la salute mentale sia in riduzione di 1.6 punti rispetto al 2005. Questo dato riguarda soprattutto la fascia giovanile fino ai 34 anni (-2.7 punti), determinando un aumento dei costi delle spese sanitarie. Il lavoro sulla prevenzione del disagio e la promozione del benessere psicologico inoltre risulta importante per il territorio in quanto riduce il danno e incide sui costi della spesa socio-sanitaria, consentendo un notevole risparmio (OMS, 2014-2013). La prevenzione del disagio rappresenta pertanto la sfida psicoeducativa più importante per garantire un buono sviluppo psicologico delle nuove generazioni.

### BENEFICIARI

Il campione esaminato comprende 72 studenti, ed è costituito da 8 maschi e 75 femmine, di età compresa tra i 15 ed i 18, frequentanti le classi del 3° e del 4° anno dell’Istituto Magistrale “G. Marconi” di Pescara.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Abruzzo, città di Pescara.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto si è avvalso di un protocollo validato di mindfulness che ha l'obiettivo di promuovere la consapevolezza e l'autoconoscenza per una migliore affermazione di sé. L'acquisizione di abilità socio emotive e la pratica della mindfulness, hanno infatti permesso al campione in oggetto di incrementare le skills riguardanti l'intelligenza emotiva (Goleman), nonché di osservare e prestare attenzione (Wallace & Shapiro, 2006) alle sensazioni derivanti dai 5 sensi, aumentando in questo modo la capacità di bloccare gli automatismi disfunzionali e migliorare l'autoregolazione emotiva e quindi il benessere psicologico. Inoltre, è emerso come il training di mindfulness possa agire in maniera positiva nel riconoscimento delle proprie e altrui emozioni e quindi potenziare le capacità di empatia e migliorare le relazioni sociali.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

La metodologia utilizzata si è avvalsa prevalentemente dell'apprendimento strutturato: modeling, role-playing, feedback e generalizzazione. Per ogni incontro, svolto all'interno della classe, dopo una prima parte teorica, sono stati utilizzati alcuni homework che hanno permesso ai ragazzi di sperimentare in prima persona nuovi modelli comportamentali all'esterno del setting. Le esercitazioni previste nel protocollo riguardano nella prima parte del programma lo sviluppo della competenza sociale. Successivamente il focus dell'intervento si è incentrato sulla dimensione della corporeità e delle emozioni riguardante la pratica di mindfulness. In particolare sono stati introdotti i temi dell'ACT quali:

- i fondamentali della felicità;
- gli esercizi sul benessere;
- smettere di preoccuparsi;
- sviluppare pensieri positive;
- l'attenzione al qui ed ora;
- l'essere se stessi ed entrare in contatto con i propri valori e bisogni.

Ci siamo inoltre avvalsi della pratica di meditazione esercitando intenzionalmente l'attenzione consapevole sui pensieri/azione (prendere nota dei pensieri invece che opporsi a loro); sul presente senza anticipazioni, ma vivendo momento per momento (respiro e sensazioni); sulle emozioni (recupero dei sensi) per connetterci ai nostri valori e obiettivi e non essere condizionati dai falsi bisogni indotti dalla società consumistica. Inoltre sono stati inclusi interventi di follow-up per garantire la prosecuzione delle attività di mindfulness e prevenzione delle ricadute, fondamentali ai fini della promozione del benessere psicofisico (Cloninger, 1994). Questi servizi verranno erogati all'interno del Centro Olistico dell'Associazione Italiana Mindfulness e Yoga (AIMY).

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale del progetto è di € 88.433 (iva esclusa). I risultati ottenuti dall'intervento mostrano un miglioramento della salute mentale sul 36% del campione (25 su 72 individui). Con il nostro progetto vogliamo aumentare i beneficiari dell'intervento fino a 120 studenti. Facendo una debita proporzione, possiamo ipotizzare che circa 42 persone si allontaneranno dal rischio di patologia. Il risparmio per la PA va differenziato sotto diversi possibili scenari. Tralasciando costi di farmaci e visite specialistiche a carico del SSN, di cui non è stato possibile avere riscontro ufficiale, se la patologia sfociasse in episodi gravi renderebbe necessario il ricovero comportando quindi un costo di posti letto (€ 120 al giorno, per un totale annuale di € 43.800 per posto letto). Se tutti i 42 individui sfociassero in patologia grave costerebbero pertanto € 1.839.600 totali all'anno. Con il progetto il risparmio al netto del costo dell'intervento sarebbe di circa € 1.749.600.



## Progetto PERSEO

### SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Istituto Gestalt Romagna a.c. (IGRO)
- **Indirizzo:** via Pontescolle 709, Cesena (FC)
- **Mail:** info@istitutogestaltromagna.it
- **Telefono:** 0547/481456
- **Referente:** Efisio Temporin – Legale Rappresentante
- **Mail:** segreteria@istitutogestaltromagna.it
- **Team di lavoro:** Sara Ballotti, Elisa Rossetti, Milena Muccioli, Elena Melioli, Maria Giovanna Bonasso, Samuele Giovagnini, Maria Grazia Zangoli, Antonio Ozzimo, Luana Serafino, Borghi Valeria

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La finalità del progetto è l'incremento della possibilità di accesso a cure psicologiche primarie da parte della cittadinanza, senza aumentarne i costi per il SSN.

Viene così promosso il benessere psicologico della comunità attraverso la costruzione di una rete di collaborazione tra servizi territoriali.

L'obiettivo clinico è fornire cure psicologiche accessibili, efficaci e integrate con altri servizi, nella prospettiva di un'organizzazione di assistenza psicologica a livelli crescenti di intervento (modello che deriva dall'esperienza inglese).

L'area di cura è quella dei cosiddetti Disturbi Mentali Comuni, che non richiedono interventi integrati con i servizi specialistici, ma che se non trattati comportano conseguenze sui costi sociali ed individuali.

Le principali cause del problema sono rappresentate dalla crisi economica, dalla conseguente diminuzione dei posti di lavoro e dall'erosione delle posizioni sociali.

Dati l'aumento del malessere sociale e il conseguente incremento delle richieste, le ASL non riescono a coprire la domanda di servizi psicologici in tempi brevi.

Si sottolinea inoltre che in queste situazioni si registra una maggiore tendenza al consumo di stupefacenti e al gioco d'azzardo.

Il progetto è meritevole di investimento poiché mira a ridurre gli oneri a carico delle Asl e del SSN e il conseguente costo sociale del malessere; inoltre risulta importante per il territorio in quanto in Emilia Romagna, a causa della crisi, si è verificato un sostenuto aumento delle chiusure delle aziende e del conseguente tasso di disoccupazione e cassa integrazione.

Questo trend ha portato all'incremento di casi di malessere, che rischiano di minare il tessuto sociale del territorio.

### BENEFICIARI

- Diretti: soggetti che a seguito della crisi socio-economica hanno subito una perdita economica, che ha portato all'erosione dello status sociale e ad un conseguente malessere psicologico.
- Indiretti: la comunità e i SSN.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia-Romagna, città di Ravenna, Bologna, Forlì-Cesena e Reggio Emilia.



## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Gli elementi chiave del progetto sono:

- un percorso di supporto psicologico e/o di psicoterapia individuale, finalizzato al miglioramento del benessere psicofisico, strutturato in tre colloqui di anamnesi psicodiagnostica e dieci colloqui di supporto psicologico o psicoterapia individuale;
  - la possibilità di altri dieci colloqui individuali;
  - il successivo inserimento dei pazienti in gruppi di sostegno psicologico (mediante valutazione della patologia di ogni paziente) con uno psicologo o psicoterapeuta come conduttore;
- Supporto psicologico, psicoterapia individuale e gruppi di sostegno psicologico sono strumenti principe per affrontare efficacemente il malessere psichico.
- Questo progetto ricalca quello dell'Università di Bologna SAP – Servizio di Aiuto Psicologico rivolto a studenti, che ha portato negli anni a notevoli risultati.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Colloquio di supporto psicologico e/o psicoterapia individuale, gruppi di sostegno psicologico.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il progetto prevede costi vivi solo nella fase burocratica e organizzativa, in quanto l'onorario degli specialisti coinvolti sarà corrisposto, in formula scontata, direttamente dai pazienti per i colloqui individuali; nella seconda parte del progetto (gruppi di sostegno psicologico) psicologi e psicoterapeuti offriranno la loro opera in regime di volontariato.

Il budget iniziale verrà impiegato nella fase di start-up del progetto più ampio così da poter raggiungere un numero più elevato di pazienti.

Il risparmio per la PA è notevole, anche se finanziasse direttamente il progetto: gli psicoterapeuti assunti dall'Asl hanno un costo elevato, mentre in questo caso il costo effettivo sarebbe di soli 10€/orari.

Da studi effettuati in altri paesi europei, risulta come il risparmio per il SSN si attesti tra il 20 e il 30%.



## Pronto Soccorso Psicologico

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Psychology Center di Maria Ines Palumbo
- **Telefono:** 331 4474097
- **Referente:** Maria Ines Palumbo - Psicologa
- **Mail:** m.palumbo@psypec.it; mariolinapalumbo@hotmail.it
- **Team di lavoro:** Maria Ines Palumbo–Psicologa, Antonella Stinga–Progettista e Consulente di formazione professionale, Sandro D'Antonio–Commercialista, Agr. Maria Rita Rasset-Segretaria

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

L'idea consiste nel dare vita ad un centro PSP – Pronto Soccorso Psicologico, ipotizzato inizialmente come operante in un contesto locale (Roma) e che sarà successivamente consolidato e sviluppato come servizio in rete attraverso i mezzi di comunicazione (telefono, internet, skype), fino a raggiungere un'utenza di portata nazionale.

La motivazione fondante del presente progetto è l'esigenza, oramai diffusa e riconosciuta, di ideare e rendere operativi servizi innovativi per rispondere alla complessità di problemi sociali legati al senso di inadeguatezza delle persone nell'affrontare:

- l'esistenza quotidiana in quanto tale;

- le situazioni critiche che di volta in volta compromettono fortemente le loro certezze, le loro consolidate abitudini e, dunque, il loro equilibrio a volte già fragile in sé (ad esempio calamità naturali, terremoti, epidemie fortemente "rimbalzanti" nei mezzi di comunicazione di massa).

Gli eventi drammatici che hanno coinvolto e sconvolto intere fasce di popolazione negli ultimi anni hanno determinato una consapevolezza palpabile di quanto sia indispensabile ripensare il ruolo degli psicologi e organizzare forme di lavoro degli stessi all'interno di formule e dispositivi di accesso che siano, al tempo stesso, raggiungibili in brevissimo tempo, economicamente sostenibili ed efficaci. E' ormai una consapevolezza diffusa il fatto che sempre più persone ricorrano alle prestazioni di uno Psicologo, anche nella quotidianità, molte altre vorrebbero ma talvolta sono frenate dal timore del contatto diretto o dalla presunta onerosità delle prestazioni. Pertanto la creazione di questo centro offrirebbe una valida risposta a entrambe le richieste, rendendo fruibile le prestazioni in modo immediato, semplice e a costo equo.

### BENEFICIARI

Il numero dei soggetti affetti dal problema solo in Italia è di circa il 60% della popolazione; in particolare, sul piano degli psicologi operanti a Roma, si rileva un'elevata richiesta di consulenze a fronte di una carenza di strutture adeguate e soprattutto una di totale mancanza di forme facilmente raggiungibili di interventi urgenti e specialistici.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Roma. Nel corso dei tre anni di tempo ipotizzati per la nascita e la necessaria sperimentazione del modello di PSP nella sua forma compiuta, si prevede una copertura nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il servizio ipotizzato intende rivolgersi, a grandi linee, ai segmenti di fruitori:

- “neofiti” (sono circa il 35% del totale), che si accostano per la prima volta alla consultazione di uno Psicologo, generalmente giovani alle prese con disagi propri dell’adolescenza, bisognosi di un supporto (tendenza della domanda in crescita);
- “occasionalisti” (25%), che hanno già un terapeuta o che si sono già approcciati in passato e che intendono trovare un supporto occasionale e saltuario (tendenza della domanda stabile);
- “ricorrenti” (40%), che invece necessitano di interventi particolari ed urgenti in stato di piena crisi (tendenza della domanda in crescita);

La nostra struttura intende operare h24 venendo quindi incontro alle esigenze dei diversi utenti che compongono il potenziale scenario di riferimento.

In un primo momento del progetto sarà attrezzato un servizio, operante dal vivo ed in voce, per gli utenti/richiedenti, nella città di Roma. Immediatamente dopo sarà attivata la sperimentazione del servizio online, aperto potenzialmente a tutti i richiedenti in ambito nazionale. Successivamente sarà lanciato il modello di servizio (online e in presenza), nel senso che sarà strutturato/proposto e venduto, a richiedenti pubblici/privati sotto forme diversificate di franchising.

In sintesi:

- FORZE: qualità dei professionisti, prezzi competitivi con tariffari chiari, assenza di concorrenti, operatività h24, formazione e know-how già sperimentati;
- DEBOLEZZE: novità dell’offerta, ridotta disponibilità finanziaria, bassa notorietà;
- MINACCE: difficoltà nel reperire i capitali, possibili attacchi concorrenziali;
- OPPORTUNITA’: domanda in crescita, attenzione dei fruitori agli orari e ai tariffari, creazione di posti di lavoro per psicologi e altri.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

La missione di “Pronto Soccorso Psicologico” è quella di offrire un servizio sociale di qualità a prezzi contenuti a tutti coloro che abbiano necessità immediata di assistenza e sostegno psicologico per superare momenti critici come attacchi di panico, pulsioni all’autodistruzione, crisi depressive, ecc.

E’ un servizio pensato per favorire tutti coloro che si trovassero nella necessità di ricorrere ai servizi psicologici e che per logistica, tempo od impellente necessità non potessero rivolgersi ad altre strutture. Perciò il servizio sarà operativo h24.

Nel primo anno di attività il servizio sarà operativo nella sola città di Roma, anche perché si appoggerà allo Psychology Center della dott.ssa Maria Ines Palumbo. In seguito il servizio opererà in ambito nazionale a distanza, con l’aggiunta progressiva delle disponibilità in presenza, man mano che crescerà la rete di studi correlati in franchising.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Nei tre anni del piano si conta di:

- raggiungere un fatturato complessivo di oltre € 400.000;
- recuperare completamente l’investimento iniziale di €100.000;
- accantonare un margine disponibile (differenza fra entrate e uscite complessive nel triennio) di circa € 40.000.

Gli investimenti verranno concentrati soprattutto nella creazione e allestimento della sede e nella pubblicità.

Non si possono identificare comparazioni plausibili, al momento del lancio di questo progetto, data l’inesistenza di un servizio a questo assimilabile.



# Psicodramma e Sociodramma per il benessere dei lavoratori

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Enrico Santori – Libero professionista
- **Referente:** Enrico Santori – Psicologo
- **Mail:** enrico.santori@psypec.it

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è relativo allo stress lavoro correlato e al benessere individuale e organizzativo in realtà lavorative pubbliche e private.

La crisi economica, persistente da alcuni anni in tutti i settori produttivi, ha peggiorato notevolmente le condizioni di lavoro, con impatti inevitabili sullo stato di salute psicofisica delle persone.

Spesso i lavoratori e le lavoratrici non hanno le risorse adatte per far fronte in modo autonomo alla continua pressione a cui sono sottoposti (esternalizzazioni, trasferimenti, licenziamenti, aumento del carico di lavoro, rinnovata pressione sulle performance, vincolatività di rapporti sociali e necessità di risoluzioni di conflitti).

Allo stesso modo, anche le organizzazioni non hanno sempre gli strumenti per intercettare e risolvere casi di malessere individuale.

In Italia l'obbligo valutativo in merito allo stress lavoro correlato risale al D.lgs. 81/2008 (art. 28), in cui il legislatore ha eguagliato tale rischio agli altri (ben più noti e più facilmente identificabili e misurabili) in termini di valutazione, responsabilità ed eventuali sanzioni derivanti dalle inadempienze di osservanza della legge.

Un'indagine dell'EU-OSHA (2011) evidenzia come l'Italia sia agli ultimi posti nell'attuazione di iniziative di gestione dei rischi psicosociali, pur avendo un contesto normativo così pressante. Finora nel nostro Paese ci si è concentrati soprattutto sulla valutazione dello stress nei luoghi di lavoro, sviluppando poche iniziative concrete di intervento dei casi di disagio individuale.

E' necessario, quindi, implementare strumenti di supporto concreto per aiutare i lavoratori e le lavoratrici a gestire (non subire o esacerbare) le richieste lavorative che ricevono e che causano malessere.

Il servizio proposto mira ad aumentare nel singolo e nelle organizzazioni la capacità di dialogo e di gestione delle situazioni critiche/conflittuali che possono sfociare in stress lavoro correlato, con somatizzazioni anche rilevanti.

## BENEFICIARI

- Beneficiari diretti: 40 soggetti, selezionati fra gli utenti del Centro di Disadattamento Lavorativo del Servizio di Medicina del Lavoro dell'Università Tor Vergata di Roma, che percepiscono di vivere una situazione lavorativa pressante, vessatoria o discriminante.
- Beneficiari indiretti: colleghi, famiglia, rete amicale.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Gli interventi incentrati sulla teoria dei ruoli che lavorano sull'analisi e la trasformazione delle dinamiche interpersonali (dunque sul conflitto), quali problem solving, ristrutturazione emotiva e cognitiva, psicodramma e sociodramma, sono strumenti elettivi per la prevenzione, il sostegno e la cura del disagio lavorativo. L'ausilio del gruppo, dei codici paraverbali e degli action methods favoriscono l'intervento specifico sulle tre aree di costrittività organizzative (professionale, comunicativa, delle relazioni sociali) messe in criticità dal conflitto interpersonale.

Gli elementi chiave della soluzione sono:

- l'analisi approfondita del contesto in cui nasce il conflitto;
- la presa di consapevolezza delle proprie e altrui modalità comunicative e interpersonali;
- la conoscenza delle strategie implicite di manipolazione affettiva nei piccoli gruppi;
- una nuova definizione delle proprie competenze e capacità in base al ruolo;
- la scoperta e l'allenamento di nuovi ruoli potenziali.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

La strategia si basa sullo Psicodramma, un intervento di gruppo creato dallo psichiatra e sociologo viennese Jacob Levi Moreno. Elaborato negli Stati Uniti dal 1925, si è affermato con crescente successo nel resto del mondo. È applicato in diversi contesti, dalla psicoterapia alla riabilitazione, dall'insegnamento alla formazione, dal reinserimento sociale al coaching aziendale. La formulazione del metodo è legata alla Sociometria, il sistema empirico che misura la struttura e le tensioni dei rapporti umani. Lo Psicodramma, nella definizione di Moreno, è una forma di trattamento situazionale in cui il conduttore si sposta da un individuo all'altro e incontra ognuno nella sua cruciale situazione di vita, al fine di elaborare un problema interpersonale. Nella sua formulazione classica una sessione di Psicodramma si divide in tre fasi:

- riscaldamento o warming-up: una preparazione al gioco attraverso esercizi o situazioni di stimolo;
- gioco o play: la messa in scena della storia del protagonista;
- condivisione o sharing: ogni membro del gruppo condivide i propri vissuti in relazione al play.

Le tecniche attive utilizzate in Psicodramma sono più di trecento; le cinque fondamentali sono:

- presentazione dei ruoli: il protagonista, invece di raccontare il discorso di un personaggio significativo, lo recita a soggetto;
- inversione dei ruoli: il protagonista passa al compagno di gioco il suo ruolo, per recitare quello del personaggio con cui si confronta;
- soliloquio: il protagonista esprime sentimenti e pensieri in un assolo teatrale;
- specchio: un ego ausiliario riproduce il comportamento del protagonista davanti a lui;
- doppiaggio: il conduttore si avvicina al protagonista e parla a suo nome in prima persona, dando voce a quelle che reputa siano le sue emozioni e dinamiche segrete.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il budget totale previsto per l'intero progetto è di € 25.000. Il risparmio pubblico può essere valutato come "Risparmio di Sistema" (da parte del lavoratore, dell'azienda, del Servizio Sanitario Nazionale) in termini di riduzione di:

- ricorso a contenziosi legali;
- esami di approfondimento diagnostico sanitario;
- spesa farmacologica;
- turn over interno ed esterno all'azienda.

Stando alle stime del Rapporto Eu-Osha (2013), il risparmio nel corso di un anno è di 13 volte superiore all'esborso. Potremmo dunque ipotizzare un risparmio complessivo fino a € 260.000 annui.



## Psicologo delle cure primarie

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** International Society of Psychology (ISP)
- **Indirizzo:** via Dino Campana 15, Roma
- **Mail:** info@i-s-p.org
- **Telefono:** 06 45424587
- **Referente:** Loredana Scalini – Presidente (loredanascalini@i-s-p.org)
- **Team di lavoro:** Loredana Scalini, Alessio Penzo

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Attualmente (2014) in Italia ci sono circa 90.000 psicologi; di questi solo la metà lavora e, di questa metà, solo 6.000 in strutture pubbliche mentre gli altri, nella maggior parte dei casi, esercitano la libera professione con livelli di reddito molto bassi. L'occupazione nel settore della psicologia è dunque un'emergenza che va affrontata anche alla luce di diversi studi dai quali è emersa la presenza di una forte e diffusa necessità di servizi di assistenza psicologica da parte della popolazione che afferisce ai servizi di primary care, in Italia svolti principalmente dalla figura del Medico di Medicina Generale (MMG), al quale è delegato anche il compito di gestire problematiche psicologiche che costituiscono campo di competenza specifica degli psicologi, con il risultato che questa domanda di assistenza psicologica resta di fatto insoddisfatta, con conseguenti effetti negativi sulla salute e sui conti pubblici. Non esistono ancora dati sufficienti sugli effetti della cooperazione tra psicologi e MMG in Italia. Tuttavia numerosi studi hanno dimostrato che l'intervento dello psicologo in diversi ambiti sanitari, ivi compreso il primary care, produce significativi effetti positivi sia in termini economici che in termini di salute. In virtù di tali evidenze empiriche è ragionevole supporre che, anche nello specifico contesto del primary care italiano, l'introduzione dello psicologo, che in questa sede definiremo "Psicologo delle Cure Primarie" (PCP), possa determinare benefici paragonabili a quelli osservati nella sperimentazione già condotta. Il presente progetto è dunque finalizzato a:

- migliorare lo stato occupazionale degli Psicologi;
- potenziare e facilitare l'accesso ai servizi di assistenza psicologica;
- migliorare lo stato di salute psicofisica dei pazienti afferenti ai MMG, anche attraverso l'aumento dell'aderenza alle terapie mediche;
- ridurre la spesa sanitaria pubblica;
- migliorare l'efficienza del SSN;
- sperimentare gli effetti della cooperazione tra MMG e PCP in Italia.

### BENEFICIARI

- Psicologi (il numero può essere aumentato a seconda dalle disponibilità del finanziatore).
- 1.500.000 pazienti afferenti presso i MMG coinvolti.
- La collettività.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto si articola in due fasi e prevede l'introduzione dello PCP nella stessa stanza o in una stanza vicina a quella in cui opera il MMG cooperante, per un totale di 10 ore lavorative a settimana, durante gli stessi orari di visita del MMG.

Ci si attende una riduzione della spesa sanitaria per farmaci, visite specialistiche e analisi ed un aumento dello stato di benessere e salute dei pazienti.

Nel medio termine si auspica che, grazie ai dati raccolti tramite l'attuazione di questo progetto (relativi ai vantaggi socio-sanitari ed economici derivanti dall'introduzione del PCP), la PA trovi la giusta motivazione ad introdurre in modo permanente la figura dello PCP nel SSN, ciò che contribuirebbe significativamente alla soluzione dei problemi su esposti.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Poiché il successo del progetto è legato alla facilità d'accesso ai servizi di psicologia, i pazienti potranno usufruire gratuitamente dell'attività dello Psicologo delle Cure Primarie in una stanza situata nella stessa struttura in cui opera il MMG o, in alternativa, nella stessa stanza del MMG, una o due volte a settimana, durante le ore di visita del MMG, a seconda delle disponibilità dei professionisti Medici e Psicologi cooperanti. Le principali caratteristiche del progetto, articolato in due fasi, sono:

- durata: 2 anni (fase 1) + 2 anni (fase 2);
- numero PCP coinvolti: 100 (fase 1), 1.000 (fase 2);
- numero di MMG coinvolti: 100 (fase 1), 1.000 (fase 2);
- ambito territoriale: Italia (per entrambe le fasi);
- numero ore a settimana di assistenza psicologica con i pazienti: 4-6/settimana (per entrambe le fasi);
- numero ore a settimana di attività accessorie: 4-6/settimana (per entrambe le fasi);
- numero ore lavorative totali: 10/settimana (per entrambe le fasi);

L'attivazione della Fase 2 è subordinata agli esiti della Fase 1. Il numero dei PCP da inserire nel progetto può essere variato a seconda della disponibilità del finanziatore.

Tutti i pazienti afferenti allo studio del MMG cooperante potranno beneficiare di un servizio di assistenza psicologica in loco consistente nelle seguenti attività:

- psicodiagnosi
- consulenza e sostegno psicologico
- prevenzione ed educazione
- indicazione di assistenza psicologica a livello di cure secondarie e terziarie

L'assistenza è rivolta ai pazienti afferenti allo studio del MMG e, ove ritenuto necessario per il benessere dei pazienti, anche ai loro familiari o alle persone che si prendono cura di loro.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Considerando i due anni iniziali del progetto (fase 1), il costo dello stesso è calcolato per € 4.828.000.

Il risparmio totale per il SSN è pari ad € 10.350.000, quindi al netto dei costi del progetto in fase 1 risulta un risparmio per il SSN di € 5.522.000.

Considerando il terzo e quarto anno di attività (fase 2), il costo del progetto è di € 48.070.000.

Il risparmio totale per il SSN è pari ad € 103.500.000, quindi al netto dei costi del progetto in fase 2 risulta un risparmio per il SSN di € 55.430.000.

In sintesi, si stima che la realizzazione di questo progetto sperimentale, oltre a migliorare lo stato di salute psicofisica della popolazione e a creare occupazione nel settore della psicologia, alla fine dei 4 anni frutterà alle casse dello Stato un risparmio pari a € 60.952.000.



## Psicologo nel Pronto Soccorso

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Croce Verde di Ponte a Moriano
- **Indirizzo:** via Vecchiacchi 17, Ponte a Moriano, 55100 Lucca
- **Mail:** info@croceverdeponte.it
- **Telefono:** 0583 406490; cell 3382734864
- **Referente:** Renato Bertolucci - Psicologo Psicoterapeuta iscritto al Consiglio dell'Ordine degli Psicologi della Toscana
- **Mail:** renato.bertolucci.259@psypec.it
- **Team di lavoro:** Gruppo psicologi dell'emergenza inseriti nella Protezione civile della Croce Verde di Ponte a Moriano: Renato Bertolucci, Lisa Bolognesi, Lisa Carrara, Gemma Iacopetti, Piera Marchetti, Eleonora Quadrelli, Sonia Polinelli

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto nasce dall'esperienza di complementarietà di due competenze presenti sul territorio di Lucca: il Servizio di Protezione Civile della Croce Verde Ponte e il Servizio Civile delle Istituzioni Pubbliche che vede la presenza del Comune di Lucca, Provincia e ASL.

Operanti per le medesime finalità (il benessere dell'utente) ma con due modalità differenti (intervento di soccorso di protezione civile, sanitario vs psicosociale), le differenti realtà si integrano in un unico obiettivo: la presa in carico e gestione completa dei bisogni di cura, informativi ed emotivi espressi dagli utenti.

L'attivazione del Gruppo Psicologi dell'Emergenza all'interno di manifestazioni pubbliche ad alto impatto sociale (tipo Comics Lucca) all'interno di PMA (Punto Medico Avanzato che svolge funzioni di Pronto Soccorso sul campo in situazioni di criticità) ha portato a confermare la necessità del supporto psicologico per i trattamenti di crisi di ansia, panico, anche in codici gialli. Nei quattro giorni dell'evento, che ha visto la presenza di 250.000 persone, sono stati trattati circa 90 pazienti e supportati 5 operatori per la gestione delle emozioni e dello stress. I medici dell'emergenza dei PMA ci hanno coinvolto nel trattamento in alcuni dei casi, delegandone completamente la gestione; altri soggetti con crisi d'ansia, somatizzazioni da stress, crisi di panico, tratti isterici, sono stati trattati con colloqui psicologici, terapie brevi, (previa anamnesi personale) anziché farmacologicamente.

Il progetto è meritevole di investimento perché comporta una minore invasività dell'intervento sanitario sul paziente, una presa in carico e risoluzione della criticità, un risparmio di farmaci ed esami strumentali clinici, l'invio a consulenza psicologica sul territorio.

I casi valutati avevano pregressi problemi psicologici che alcuni non sapevano di avere, e l'immersione in eventi pubblici, con vasta presenza, ha avuto un effetto scatenante. L'esperienza è riproducibile nella struttura del Pronto Soccorso Nazionale per l'accoglienza, la cura e la gestione dei casi afferenti e il sostegno agli operatori per la gestione delle emozioni e dello stress, nell'esercizio del proprio compito.

### BENEFICIARI

Utenti, famigliari e operatori.



## TERRITORIO D'INTERVENTO

Tutte le strutture di Pronto Soccorso Nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

La nostra teoria del cambiamento consiste nell'introduzione dello Psicologo dell'Emergenza nell'equipe dei Pronto Soccorso, sulla base dell'esperienza del servizio svolto nei PMA.

Inoltre l'offerta di informazioni sulle strutture di assistenza psicologica presenti sul territorio si sono rivelate utili per:

- migliorare la qualità del servizio erogato, portando a un allargamento nell'inquadramento diagnostico/terapeutico/prognostico del caso;
- offrire una risposta psicologica a patologie di natura nevrotica e psicosomatica, consentendo un risparmio di risorse umane ed economiche;
- contribuire a sviluppare la cultura e la conoscenza del ruolo professionale dello Psicologo nel tessuto sociale.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Verso l'utenza:

- previa richiesta dell'infermiere del Triage che assegna il codice, breve anamnesi, colloqui e osservazione clinica se il paziente può interagire, altrimenti raccogliere informazioni dal familiare;
- riempire la scheda valutativa da offrire al medico per migliorare la qualità del servizio erogato, portando a un allargamento nell'inquadramento diagnostico/terapeutico/prognostico del caso e per offrire una risposta psicologica a patologie di natura nevrotica e psicosomatica, consentendo un risparmio di risorse umane ed economiche;
- colloquio clinico/terapia breve.

Verso i familiari:

- colloquio/incontro per gestire le emozioni correlate alla criticità dell'informazione che il contesto comporta, miglioramento del clima relazionale utenti-equipe.

Verso gli operatori:

- colloquio clinico per sostegno individuale in presenza di vissuto di massima criticità;
- riunioni mensili per la comprensione e la gestione delle emozioni nella relazione di equipe e verso l'utenza

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Ci basiamo su uno studio effettuato all'epoca della lira: se il Policlinico Le Scotte di Siena nel dipartimento DEU ha risparmiato lire 65.359.554 in sei mesi di attivazione, è ipotizzabile un risparmio di circa lire 130.719.108 su base annuale, oltre al costo etico di una minore invasività, non strettamente necessaria verso il paziente, come si evince dalla relazione del dott. Napoli a fronte della convenzione Croce Verde Ponte per il compenso di due Psicologi part time con reperibilità.



## Psicologo per tutti

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Cooperativa Sociale Metamorfosi
- **Indirizzo:** via Alessi 10, Milano
- **Mail:** info@coopmetamorfosi.it
- **Telefono:** 02 58115103
- **Referente:** Carlotta Longhi – Consigliere di Amministrazione
- **Mail:** carlotta.longhi@coopmetamorfosi.it
- **Team di lavoro:** Francesca Urciuoli, Carlotta Longhi, Chiara Giovanelli, Elisa Rigamonti, Mariarosaria Imbimbo

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La Cooperativa dal 2006 propone il servizio di psicologia sostenibile, che si basa sul presupposto che la comunità e in particolare gli enti non profit possano contribuire alla presa in carico psicologica delle persone con minore disponibilità economica. I servizi pubblici risultano sempre più in difficoltà nel potere fornire prestazioni psicologiche, data la scarsità di risorse economiche e di personale a loro disposizione. Questo comporta, per il cittadino, l'affrontare tempi di attesa sempre più lunghi oppure ricorrere ai servizi privati per ottenere cure; si configura quindi una automatica selezione discriminante rispetto a coloro che non possono usufruire delle necessarie azioni di cura. L'OMS ha più volte sottolineato la necessità di proporre interventi psicologici e psicoterapeutici nei programmi di politica sanitaria, facendo riferimento a numerosi studi internazionali che ne dimostrano l'efficacia nelle più svariate condizioni di disagio psicologico, individuale e familiare. Per quanto riguarda il territorio a noi più prossimo (Milano) le liste d'attesa per i servizi di tipo psicologico e psicoterapeutico pubblici variano da 30 giorni a 6 mesi a seconda delle strutture (ASL, servizi ospedalieri). Inoltre, salvo rare eccezioni, nei servizi del SSN in Lombardia è possibile usufruire solo di percorsi psicologici brevi, di durata non superiore a qualche mese o a un anno, mentre una presa in carico psicoterapeutica di maggiore durata non è più prevista. Ciò comporta che chi necessita di una psicoterapia e non ha la possibilità economica di rivolgersi ad un professionista privato, non ha di fatto nessun servizio a disposizione. Ciò impedisce, quindi, una presa in carico tempestiva e preventiva di persone che vanno così incontro a una possibile cronicizzazione del disturbo, con il rischio talvolta di esiti anche drammatici o comunque invalidanti per la persona.

### BENEFICIARI

- Diretti: nel 2013 il servizio ha seguito 101 persone.
- Indiretti: il sistema relazionale e sociale dei pazienti (la famiglia, la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e la società in generale).

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Milano e hinterland, città di Ceriano Laghetto e comuni limitrofi della Brianza.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Oggi in Italia, a fronte di una domanda di intervento psicologico consistente e varia, la risposta è circoscritta al servizio sociosanitario e ai professionisti privati.

Le due tipologie, oltre ai limiti già sottolineati, soffrono di scarsa integrazione: è difficile lavorare in una rete di tipo pubblico-privato.

In questo scenario l'offerta non profit:

- unisce il servizio pubblico ai percorsi lunghi del privato, garantendone uniformemente l'accesso;
- integra la flessibilità del privato con il lavoro in rete del pubblico.

Il cambiamento atteso è l'ampliamento dell'intervento psicologico grazie al superamento degli stereotipi della medicalizzazione (pubblico) e dell'esclusività (privato), con una proposta che sottolinea la vicinanza ai bisogni attraverso comunicazione trasparente, concreta presenza nel territorio, qualità garantita dall'équipe e dal lavoro di rete.

Infine, la possibilità che molte persone si avvicinino facilmente all'aiuto psicologico influisce a livello culturale rendendolo familiare e consueto.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività previste dal progetto sono:

- consulenza psicologica e psicoterapia con bambini, adolescenti, adulti, coppie, famiglie e gruppi;
- orientamento scolastico-professionale;
- sostegno alla genitorialità;
- mediazione familiare;
- valutazione e intervento nei disturbi dell'apprendimento.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Voci di risparmio per la PA:

- rimborso prestazione psicoterapia (fonte Regione Lombardia): € 40/colloquio per 861 colloqui;
- costi fissi sistema sanitario (stima di affitto, utenze, amministrazione, segreteria): € 1.500/mese per 12 mesi;
- detenzione di un minore per un anno (fonte Ministero Giustizia): € 125/giorno per 365 giorni;
- abbandono scolastico di uno studente (perdita di reddito annuale dovuta al basso livello di istruzione conseguente al precoce abbandono scolastico - fonte: ricerca Lost a cura di Daniele Checchi, Università degli Studi di Milano, ottobre 2014): € 8.700/anno per tre studenti;
- sostegno scolastico (stima): € 1.550/anno per un insegnante di sostegno su tre studenti;
- costo della depressione (farmaci, psicoterapia, assenze lavorative, perdita di lavoro, caregiver ecc. - fonte: convegno "The global Crisis of depression: the low of the 21st Century?", organizzato dall'Economist nella giornata del 25 novembre 2014): € 2.875/anno per una persona;
- separazione giudiziale (stima): € 5.000 (differenza media di costo tra una separazione consensuale ed una giudiziale).

Il risparmio totale della PA è pari a € 147.040, a fronte di un investimento nel progetto di € 46.115.



## Quando la psicologia si fa lavoro: la salute di imprenditori e lavoratori

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Team di liberi professionisti
- **Indirizzo:** via C. A. Pizzardi 26, 40138 Bologna
- **Referente:** Ambra Cavina – Psicologa psicoterapeuta
- **Mail:** ambra.cavina@alice.it, ambra.cavina.287@psypec.it
- **Telefono:** 340 9798117
- **Team di lavoro:** Ambra Cavina psicologa clinica e di comunità e psicoterapeuta, Federica Modena psicologa del lavoro e delle organizzazioni e psicoterapeuta, Michele Piattella psicologo del lavoro e delle organizzazioni

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema principale che si intende affrontare si riassume in un'azione globale di promozione di corretti stili di vita e percorsi di formazione e informazione per il benessere organizzativo negli ambienti di lavoro, e soprattutto di presa in carico di un malessere generale e diffuso causato dalla crisi economica lavorativa. Riflettendo sul clamore mediatico che ha accompagnato lo stillicidio di imprenditori e lavoratori in Emilia Romagna e sull'attuale assenza di servizi in grado di intercettare la richiesta di "aiuto" con le modalità i tempi e la struttura adeguati, diventa necessario organizzare la variegata presenza di servizi sorti sul territorio al fine di valorizzare e di garantire degli standard qualitativi alla cittadinanza. Inoltre, a fronte delle manifestazioni di malcontento ed abbandono palesate dagli imprenditori e lavoratori emiliani, serve offrire alla popolazione un forte segnale di presenza nella gestione delle ricadute che tale crisi economica sta avendo sulla salute del territorio. Senza trascurare l'effetto negativo sulla salute mentale derivato da difficoltà finanziarie, disoccupazione e indebitamento e le conseguenze in termini di spese sanitarie. Lo scopo del progetto consiste nel riproporre in Emilia Romagna il modello di eccellenza InOltre del Veneto, che ha ampiamente dimostrato non solo la sua validità (da giugno 2012 a giugno 2014 sono pervenute al servizio 1.316 chiamate), ma anche la necessità di riproporre il modello in altre regioni (da giugno 2013 a giugno 2014 il 24% delle chiamate è arrivato da altre regioni, soprattutto Emilia Romagna). La strategia alla base è quella di migliorare l'efficienza/efficacia dei servizi esistenti nel territorio attraverso una organizzazione in rete, avente come centro di riferimento una piattaforma interattiva e multimediale con operatori psicologi polifunzionali, idonea a fornire al cittadino, in modo rapido, il sostegno di cui ha bisogno. Gli obiettivi del progetto sono: diminuzione spesa socio-sanitaria, creazione di apposite politiche attive per il lavoro; diminuzione dei suicidi e tentati suicidi.

### BENEFICIARI

- Diretti: imprenditori, lavoratori e disoccupati.
- Indiretti: nucleo familiare e relazionale, colleghi e/o dipendenti, tessuto socio-economico, servizio socio-sanitario.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia Romagna.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto è una risposta globale di più soggetti messi in rete alla situazione dei piccoli e medi imprenditori e dei lavoratori e/o disoccupati, in questo tempo di crisi economica che va procrastinandosi. Il progetto supera la valutazione di quei fenomeni come lo stress lavoro correlato, il mobbing e la disaffezione dal lavoro, conseguenti a un mondo del lavoro in crisi. Il modello teorico di riferimento è il metodo dialogico della Psicologia della Salute dell'Università di Padova. L'obiettivo è la promozione della salute: non focalizzandosi sul problema ma sulle sue possibili soluzioni, progressivamente si adattano le risposte d'intervento alle nuove esigenze dell'utente. Il modello operativo di riferimento è il progetto InOltre della Regione Veneto nato dall'interfaccia tra l'Università di Padova (prof. G. P. Turchi, Psicologia Clinica Applicata, supervisore e partner tecnico) e le Ulss (dott.ssa Emilia Laugelli, responsabile del progetto, responsabile servizio di Psicologia Ospedaliera Ulss Vicenza) con lo scopo di gestire l'intenzionalità suicidaria degli imprenditori e dare supporto, psicologico e non, all'emergenza.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Sono coinvolti più soggetti che costituiscono una rete: il SSN, le istituzioni, l'Università, le associazioni di volontariato e quelle di categoria, i sindacati, le agenzie di collocamento e di credito e i liberi professionisti del territorio. La prima e indispensabile attività è quella di promozione del servizio. Si parte poi attivando un numero verde attivo 24 ore su 24 che raccoglie le domande e la richiesta d'aiuto dell'utente. Verranno attivati anche forum, chat, servizi e-mail, social network, e blog per chi preferisce evitare il contatto diretto telefonico. La gestione di questa attività di informazione e raccolta dati sull'utente è affidata a psicologi la cui formazione prevede anche competenze amministrative e finanziarie del mondo del lavoro e dell'imprenditoria. Lo psicologo dovrà quindi accogliere il disagio psicologico dell'utente e dare una prima valutazione della sua gravità, indirizzando poi lo stesso ai soggetti adatti nella sua provincia (associazioni di categoria, sindacati, agenzie di credito, ecc.). Il soggetto verrà poi seguito da uno psicologo specifico che lo accompagnerà nei contatti con i servizi e attiverà quindi un percorso di sostegno psicologico. Sarà poi compito dell'esperto valutare se sia necessario per l'utente un intervento a lungo termine, individuale o di gruppo. L'Ulss provinciale si occuperà di coordinare la rete di professionisti che si crea intorno all'utente, mentre l'Università e gli Enti di formazione preposti dovranno attivare una formazione specifica sugli psicologi coinvolti. Infine è prevista una fase di follow up che possa verificare i risultati dell'intervento, sia in termini di soddisfazione dell'utenza sia di gestione del problema.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

La pianificazione economico finanziaria prevede un investimento iniziale di circa € 220-250mila per il primo anno e € 200mila/anno per la messa a regime del progetto. A fronte di questo la P.A. ne ricaverà un risparmio su diversi fronti: diminuzione disoccupazione e illegalità, aumento consumi, miglioramento benessere psicologico. In particolare, abbattendo la spesa pubblica per gli ammortizzatori sociali causati dalla perdita di lavoro: ad esempio, l'INPS eroga a un lavoratore del CCNL del Terziario in Cassa Integrazione a zero ore con un contratto full time 2° livello qualifica impiegato e un retribuzione lorda mensile di € 2.034,44 circa € 1.340,23 lordi. Prendendo questo dato e moltiplicandolo per 30 soggetti di un'azienda, abbiamo € 40.206,9/mese, per 12 mesi € 482.482,8. Il nostro progetto costa la metà. Se la Cassa Integrazione dura 24 mesi, saranno € 964.965,6. Il dato è chiaramente falsato dal livello alto del lavoratore in questione, ma non così inaffidabile come metro di paragone. Alla fine, l'azienda chiude e si hanno 30 soggetti disoccupati a cui l'INPS dovrà provvedere per tot mesi e un datore di lavoro che, se è stato acuto, perde soltanto il lavoro. Mettiamo che attraverso il nostro progetto, riescano a ricollocarsi 10 di questi 30 soggetti ed evitano il secondo anno di CIGs, saranno sempre € 160.827,6 in meno da dare e 10 persone più soddisfatte e con una qualità della vita nettamente migliore.



## "Seguimi con gli occhi"...per stare meglio

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Spazio Aperto Servizi Cooperativa Sociale ONLUS
- **Indirizzo:** via Gorki 5, Milano
- **Mail:** [progettazione@spazioapertoservizi.org](mailto:progettazione@spazioapertoservizi.org); [sicoterapiaEMDR@spazioapertoservizi.org](mailto:sicoterapiaEMDR@spazioapertoservizi.org)
- **Telefono:** 02 425527
- **Referente:** Silvia Lo Forti - Psicologa progettista
- **Team di lavoro:** Patrizia Dondio - Psicologa Psicoterapeuta, Silvia Dell'Orto - Pedagogista Psicologa Psicoterapeuta, Chiara Bassani - Psicologa Psicoterapeuta, Silvia Lo Forti - Pedagogista, Psicologa Psicoterapeuta

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è duplice:

- contrastare la crescita dei comportamenti di addiction e delle sindromi ansiose-depressive che hanno un grosso impatto sociale e incidono sull'economia della Sanità e dello Stato in modo evidente;
- garantire il diritto alla salute psicologica della fasce meno abbienti della popolazione.

Le problematiche correlate ai comportamenti di addiction costituiscono una priorità nell'intervento sociale e sanitario: l'OMS considera la dipendenza da sostanze tra i principali fattori di rischio per la Salute Pubblica. Gli effetti direttamente indotti dall'uso delle diverse sostanze e/o le conseguenze del loro uso esercitano un impatto sociale e sanitario fortemente negativo in termini di mortalità, morbosità, criminalità e disgregazione sociale. Comportamenti di abuso e dipendenza possono determinarsi in relazione all'utilizzo di sostanze (es. eroina, cocaina, alcol, nicotina, ecc.) o manifestarsi in altri ambiti, come quello alimentare, della sessualità o dello svago e divertimento (anoressia/bulimia, gioco d'azzardo, shopping compulsivo, dipendenza da internet o videogiochi, ecc.). Le dipendenze comportamentali sono diffuse nella società e sempre meno confinate o riconducibili a specifiche categorie di persone; inoltre, è condiviso il fatto che per ogni soggetto affetto da problemi di addiction, ci sono almeno altre cinque persone significative che ne patiscono gli effetti e le conseguenze negative, economiche, relazionali, affettive. Studi sui fattori psicosociali indicano che i disturbi ansioso-depressivi (ansia, depressione e alcuni sintomi psichiatrici, come gli attacchi di panico) sono più comuni di quanto dichiarato, hanno un grosso impatto sociale e sono ormai uno dei principali problemi in materia di Salute Pubblica. La depressione in particolare è diventata un enorme drenaggio di risorse economiche in ogni Paese.

### BENEFICIARI

- Diretti: persone con comportamenti di addiction e/o persone con disturbi ansioso-depressivi (per questo progetto: 30 con problemi di addiction e 20 con problemi ansioso-depressivi), familiari di persone che soffrono di comportamenti di addiction e/o disturbi ansioso-depressivi.
- Indiretti: l'intera comunità.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Milano.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Per curare comportamenti di addiction e disturbi ansioso-depressivi si intende ricorrere alla terapia con EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) a tariffe calmierate. L'EMDR è una delle maggiori novità del panorama scientifico della psicoterapia negli ultimi 20 anni. E' una tecnica innovativa, in Italia ancora in fase di sperimentazione: un approccio in grado di affrontare gran parte dei disturbi ansioso-depressivi e dei comportamenti di addiction, considerata un trattamento evidence-based validato che offre ai pazienti una soluzione più rapida ai disturbi rispetto alle psicoterapie convenzionali. Il trattamento con l'EMDR può durare da un minimo di poche sedute fino a un anno e più nei casi complessi. Il metodo sfrutta i movimenti oculari e la stimolazione bilaterale per facilitare ed accelerare la desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva di ricordi traumatici, che porta a una riduzione significativa dei sintomi del paziente (stress emotivo, ansia, depressione, comportamenti di addiction, ecc.).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

La gestione dell'intervento è affidata a un'equipe di Psicoterapeuti, specializzati in EMDR e supervisionati dall'Associazione Italiana EMDR. Per raggiungere l'obiettivo di garantire pari opportunità al diritto alla salute anche a persone con poche risorse economiche si ritiene necessario collaborare con le agenzie territoriali preposte alla cura e con l'Associazione EMDR Italia, cui spesso convergono domande di presa in carico da parte dei servizi territoriali. Il progetto prevede le seguenti fasi:

- promozione del progetto nei servizi territoriali (circa 1 mese);
- segnalazione graduale da parte dei servizi territoriali di situazioni da prendere in carico (circa 6 mesi);
- presa in carico di situazioni e terapia con EMDR; interventi psicoeducativi e di gruppo (intero anno);
- supervisione degli operatori ad opera dell'Associazione EMDR Italia (intero anno);
- verifica in itinere e finale dell'andamento del progetto.

Costanti saranno i momenti di supervisione degli Psicoterapeuti coinvolti al fine di garantire una reale efficacia dell'intervento. Ai beneficiari primari e secondari verranno garantite:

- sedute individuali di psicoterapia EMDR a cadenza settimanale e a tariffa calmierata;
- percorsi di psico-educazione e di gruppo al fine di rendere consapevole la persona portatrice di un disturbo psichico e i membri della sua famiglia circa la natura della patologia di cui è sofferente e circa i mezzi per poterla fronteggiare.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Le uscite del progetto sono costituite dai costi diretti per l'erogazione delle terapie e dai costi di gestione, per un totale annuo di € 97.245. Le entrate sono rappresentate dai contributi diretti dei pazienti (€33.000, ossia il 50% dei costi diretti delle terapie) e, per la restante parte, da due possibili opzioni:

- nessun costo per la PA: la copertura totale dei costi di gestione (€31.425,00) + € 33.000 (il restante 50% dei costi diretti delle terapie) da parte del Social Bond: il risparmio netto per la PA è pertanto rappresentato dalla differenza tra il valore normalmente pagato per una sessione di terapia ed il valore del ticket normalmente percepito, se il progetto non fosse realizzato
- contributo della PA: la copertura totale dei costi di gestione (€31.425,00) + il 25% dei costi diretti delle terapie (50% del restante 50% non coperto dai pazienti) da parte del Social Bond. Il restante 25% del costo delle terapie è la quota parte richiesta alla PA: in questo caso, il risparmio netto per la PA è pertanto rappresentato dalla differenza tra il costo netto di una terapia e la quota versata per il progetto.



## Sportello di ascolto psicologico "La terra di mezzo"

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Comune di Jesi - Ente pubblico
- **Indirizzo:** piazza Indipendenza 1, Jesi (AN)
- **Tel:** 0731 538212
- **Referente:** Marisa Campanelli, Assessore alle politiche sociali ed educative del Comune di Jesi, psicologa – psicoterapeuta (m.campanelli@comune.jesi.an.it)
- **Team di lavoro:** Marisa Campanelli, psicologa - psicoterapeuta, Luca Di Maio, psicologo - psicoterapeuta, Marilù Apollonio, psicologa - psicoterapeuta, Chaty Gambadori, psicologa del lavoro.

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Con quasi 2 suicidi ogni settimana ed una media di 6,2 suicidi ogni 100mila abitanti, le Marche si collocano al terzo posto in Italia in questa triste classifica. Tra le cause emergono la crisi economica e la mancanza di lavoro. In aumento anche i suicidi tra i giovani.

Per anni le Marche sono state dipinte come una delle regioni italiane dove si vive di più e meglio.

Addirittura la rivista americana Arp (35 milioni di abbonati) qualche anno fa la definiva la "nuova Florida", inserendola tra i cinque paradisi terrestri dove vivere. Peccato, però, che ad Arp e a tanti altri (politici in testa) sia sfuggito un dato che stride terribilmente con l'immagine di "isola felice" che molti si affannano a descrivere: si tratta appunto del numero dei suicidi, un numero elevatissimo che da alcuni anni colloca le Marche tra le regioni più nefaste d'Italia.

E, secondo i dati dell'Istituto Superiore della Sanità, negli ultimi 12 mesi la situazione è addirittura peggiorata, visto che le Marche sono al terzo posto tra tutte le regioni italiane per media suicidi ogni 100mila abitanti. Solo nel 2013, infatti, sono stati ben 97 i marchigiani che si sono tolti la vita: in pratica un suicidio ogni quattro giorni. Ugualmente agghiacciante è il numero dei tentati suicidi, ben 107, con una media di 6,4 tentati suicidi ogni 100 mila abitanti, di gran lunga superiore alla media nazionale (5,4). Alla provincia di Ancona spetta il triste primato di suicidi con ben 31 casi, seguita dalla provincia di Macerata con 20 casi, da quella di Ascoli con 18, da quella di Pesaro con 16 e da quella di Fermo con 12.

E la conferma che questo triste trend continua si è avuta sin dai primi giorni del nuovo anno, con ben 6 suicidi in meno di 2 mesi, compreso quello di una ballerina 23enne jesina che ha suscitato grande scalpore.

### BENEFICIARI

- Diretti: tutti i cittadini residenti nel comune di Jesi e della Media Vallesina in una fascia d'età compresa tra l'adolescenza e l'età adulta che si trovano in situazioni di particolare stress e/o disagio psicologico.
- Indiretti: l'ambiente personale, di lavoro, i partner, la famiglia, la società.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Marche, comuni di Jesi e della Media Vallesina.



## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'idea è quella di attivare uno "Sportello di Ascolto Psicologico": il SAP è un servizio di ascolto, sostegno ed orientamento psicologico volto a promuovere la tutela e il benessere psicologico dei cittadini, uno spazio riservato di accoglienza e ascolto, privo di giudizio dove, grazie all'aiuto di professionisti del settore, è possibile chiedere aiuto al fine di gestire idee e pensieri negativi e affrontare la sensazione di disorientamento tipica dei nostri giorni. Lo Sportello è un'utile risorsa in più per il cittadino nei momenti di crisi (come un lutto, la perdita del lavoro, una situazione di stress, disagio psicologico, crisi generalizzata, ecc.), di cambiamento dell'arco della vita (come l'adolescenza, il pensionamento, l'invecchiamento, la maternità, ecc.) e/o nella risoluzione di problemi generali, per poi prendere delle decisioni e migliorare il rapporto con se stessi e con gli altri.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

L'attività prevista consiste in colloqui psicologici tesi all'ascolto, al contenimento, al sostegno e all'orientamento. L'accesso al servizio è gratuito e verranno messi a disposizione adeguati locali del Comune per l'accoglienza e l'ascolto dell'utente. Il cittadino potrà recarsi direttamente nelle giornate e negli orari concordati, prendere appuntamento o prenotarsi. L'attività del SAP sarà così strutturata:

- accoglienza;
- registrazione dell'accesso;
- ascolto e decodifica della domanda;
- individuazione degli eventuali elementi di complessità e multidimensionalità della richiesta;
- risposta ai bisogni semplici attraverso informazione, orientamento ed invio alle diverse opportunità offerte;
- risposta ai bisogni complessi con avvio della presa in carico attraverso l'attivazione degli specialisti di riferimento.

Il pensiero di fondo che muove l'opera dell'attività presso lo sportello, si realizza come promozione della salute, delle potenzialità e delle risorse latenti e/o residue dell'individuo, anche attraverso l'attivazione di una rete sociale radicata sul territorio capace di sostenere in modo adeguato processi mentali e progetti utili a favorire il benessere psicologico, sociale e fisico dell'utente. I promotori di questo servizio si occuperanno pertanto di interfacciarsi costantemente con le diverse istituzioni e strutture socio-sanitarie (scuole, enti, istituzioni territoriali, ospedali, centri anziani, associazioni, ecc.).

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo totale del progetto è pari ad € 20.000 per un anno; di questi, € 18.000 sono per 3 professionisti per 10 mesi lavorativi (€ 600 per mezza giornata alla settimana a professionista). In media un assistente sociale guadagna da € 800 a € 1.200 per 20/30 ore settimanali, e un educatore più o meno la stessa cifra, incidendo considerevolmente sul budget annuale dei servizi all'adulto:

- servizio sociale professionale = € 705.503;
- interventi educativo assistenziali e di inserimento lavorativo = € 1.226.627.

Purtroppo nessuna delle due figure è in grado di attivare per sua natura quegli interventi di prevenzione tipici dello psicologo, l'unica figura in questo particolare momento in grado di contenere il disagio sociale, arrivato ad essere più di natura psicologica che socio-assistenziale; ecco allora che con un impiego minimo di risorse ci aspettiamo una diminuzione dei suicidi, dei tentati suicidi, di atti di vandalismo/microcriminalità, di almeno il 3% rispetto ai dati dell'anno precedente all'inizio dell'attivazione dello Sportello di Ascolto Psicologico.



## Stai bene col tuo lavoro

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Ospedale Sant'Anna di Como - Azienda Ospedaliera
- **Indirizzo:** via Ravona 20, San Fermo della Battaglia (CO)
- **Mail:** urp.como@hsacomo.org
- **Telefono:** 031 5855896
- **Referente:** Vito Tummino - Responsabile Dipartimento DSM
- **Mail:** vito.tummino@hsacomo.org
- **Team di lavoro:** Vito Tummino - Responsabile Dipartimento DSM, Matteo Radavelli - Psicologo, Marilena Simionescu - Psicologa

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il contesto socioeconomico attuale e le ripercussioni che esso ha sulla qualità di vita dell'individuo enfatizza sempre più il ruolo fondamentale che l'attività lavorativa ricopre nel determinare il benessere personale. Le difficoltà economiche e sociali sempre crescenti che interessano la popolazione mettono a dura prova le capacità del singolo di far fronte, quindi di adattarsi, a richieste sempre più alte e difficili da soddisfare.

A causa di ciò spesso si verifica una situazione in cui l'individuo percepisce un disagio intimo e personale, in cui il lavoro è il principale fattore esacerbante, che non necessariamente sfocia in una sintomatologia evidente, ma che è causa di sofferenza.

Tra gli effetti a lungo termine di questa situazione si individuano disturbi cronici del sonno, malattie cardiovascolari, gastrointestinali e cutanee, disfunzioni metaboliche ed ormonali, patologie immunitarie, sindromi ansiose, depressive e burn-out.

Frequenti sono le conseguenze negative sul benessere sociale in termini di relazioni coniugali, cura dei figli, relazioni amicali e sociali, aspettative e prospettive sul proprio futuro.

Da non sottovalutare è inoltre l'effetto sull'economia, poiché in risposta ad una situazione di disagio prolungato la persona reagisce riducendo le proprie capacità di risolvere problemi in modo flessibile e aumentando invece la possibilità di commettere errori.

Il disagio psicologico sul lavoro ha un costo, poiché agisce negativamente sulla produttività dell'azienda e del lavoratore in termini di impegno, prestazione, numerosità degli incidenti, turnover, abbandono precoce, tassi di presenza, soddisfazione per il lavoro e potenziali implicazioni legali.

### BENEFICIARI

- Diretti: tutti gli imprenditori ed i lavoratori, occupati o disoccupati, che desiderano accedere ad uno spazio specialistico, gratuito e riservato, in cui effettuare un percorso psicologico volto a recuperare le risorse personali.
- Indiretti: le aziende, l'economia del territorio e la rete di servizi psicologici alla persona già esistente.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lombardia, città di Como e provincia.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

La presenza di un aiuto psicologico strutturato e specialistico offre la possibilità al lavoratore di far luce sulla propria situazione di difficoltà, di individuare obiettivi lavorabili a breve termine e di rinforzare il proprio senso di autoefficacia percepita.

Ciò permette all'individuo di uscire da quella situazione di "stallo" che lo porta a vivere un sentimento di impotenza e sfiducia nei confronti del futuro.

Per quanto riguarda i lavoratori disoccupati, affrontare i pensieri e le emozioni disfunzionali al raggiungimento dei propri obiettivi permette la riscoperta delle capacità individuali e la messa in atto di nuove strategie.

Considerando invece i lavoratori attivi, l'elaborazione di vissuto emotivo negativo si traduce in un generale aumento del benessere personale ed in particolare in un miglioramento dell'efficienza e della produttività sul lavoro.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il servizio mette a disposizione un breve ciclo di colloqui psicologici gratuiti incentrati sull'analisi della domanda e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

In particolare è prevista una prima fase di assessment, strutturata in due incontri (composta da colloquio clinico ed indagine testologica) e l'eventuale attivazione di un percorso di sostegno all'interno del servizio o l'indirizzamento verso servizi del territorio più adatti alle esigenze dell'utente.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Le risorse finanziarie necessarie per la realizzazione del progetto sono pari ad € 18.000.

Le azioni a supporto del servizio sono volte alla intercettazione precoce del disagio psicologico, alla presa in carico della persona e all'eventuale indirizzamento verso altri professionisti, contribuendo attivamente ad una riduzione degli accessi ad altri servizi (sanitari e non) e migliorando la congruenza della domanda per consulti rivolti ad altre professionalità.



## Step Therapy Reggio Emilia

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Centro Epoché - Studio Consociato
- **Indirizzo:** Corso Vallisneri 17/V, Scandiano (RE)
- **Mail:** info@centro-epoche.org
- **Referente:** Sara Rivi – Consociata
- **Team di Lavoro:** Andrea Ruoizzi, Ramona Elgari, Jlenia Frasca, Elena Benassi

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che intendiamo affrontare è quello dovuto ai disturbi d'ansia e depressivi, poiché l'Organizzazione Mondiale della Sanità li inserisce tra le prime dieci cause di disabilità, stimando che nel 2020 la depressione sarà la seconda causa d'invalidità tra le malattie croniche e poiché sono patologie molto diffuse e frequenti nella popolazione occidentale.

La ricerca multicentrica internazionale condotta nell'ambito della Medicina Generale dall'OMS "Psychological Problems in General Health Care" (Ustun&Sartorius, 1995) ha rilevato che il 24% dei pazienti che si recano dal Medico di Medicina Generale (MMG) presenta un disturbo psichiatrico diagnosticabile secondo i criteri dell'ICD-10; le patologie più frequenti sono la depressione, con una prevalenza del 10,4%, seguita dal disturbo da ansia generalizzata (7,9%). Nello studio condotto in Italia e in altri paesi europei sulla epidemiologia dei disturbi mentali ("European Study on the Epidemiology of Mental Disorders", ESEMeD) emerge che circa una persona su cinque del campione intervistato soddisfa i criteri diagnostici per almeno un disturbo mentale durante il ciclo di vita, dove i più comuni sono la distimia, la depressione maggiore e le fobie specifiche, seguiti da fobia sociale, disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo post traumatico da stress.

Un altro dato significativo sta nel fatto che le donne sono maggiormente a rischio di soffrire di un disturbo mentale e anche le persone che non hanno un'occupazione fissa o che presentano una disabilità fisica.

Un'ulteriore ricerca italiana (non ancora pubblicata) citata dall'articolo di Tansella e De Girolamo sulla diffusione dei disturbi mentali, ha esplorato la frequenza dei principali disturbi mentali in un campione casuale della popolazione generale.

Emerge come nel comune di Sesto Fiorentino dalle liste degli assistiti di 18 medici di base, su un campione complessivo di 2.366 persone il 13% dei soggetti di sesso maschile e il 27% di quelli di sesso femminile hanno sofferto, in un qualche momento della loro vita, di un disturbo mentale significativo. In particolare il disturbo d'ansia generalizzato costituisce la categoria diagnostica con la maggiore frequenza.

### BENEFICIARI

Persone adulte sopra i 18 anni con disturbo depressivo o d'ansia, in un campione di pazienti che afferiscono ad ambulatori di MMG del comune di Scandiano (RE).

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia-Romagna, città di Scandiano.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il progetto permette di poter concretizzare, in un numero inferiore di sedute e di tempo, miglioramenti sintomatologici estendendo l'intervento a una porzione rilevante del bacino di utenza. Ha la possibilità di un maggior impatto sociale, agendo rapidamente sulla sintomatologia e a costi contenuti. E' in grado di raggiungere una parte della popolazione impossibilitata ad intraprendere un percorso psicoterapeutico, e offre un accompagnamento e/o alternativa al trattamento farmacologico, in modo tale da ridurre l'impatto sociale-economico del sintomo e aumentare il senso di autoefficacia personale. Consente la riduzione dello stigma associato alla diagnosi e al trattamento dei disturbi emotivi/mentali comuni, riduce il rischio dei drop-out, conduce a un miglioramento del benessere emozionale, della qualità della vita e delle abilità funzionali, previene o modera l'inattività lavorativa a lungo termine e l'impatto sulla famiglia, supporta il bisogno personale di sentirsi parte attiva nella cura. Viene inoltre applicato il modello CBT riconosciuto efficace, condivisibile e replicabile.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Si intende realizzare il cambiamento desiderato attraverso un modello a step che prevede interventi di intensità maggiore a seconda della gravità del disturbo. Le fasi del progetto prevedono:

- ricognizione del problema con un primo colloquio di assessment. In caso di disturbi lievi o moderati invio allo step 2, in caso di disturbi gravi invio allo step 3;
- step 2: intervento di auto-aiuto guidato e psico-educazione sulla base dei modelli cognitivo comportamentali per disturbi d'ansia e dell'umore lievi e/o moderati. Si associa a questi la partecipazione ad un gruppo Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) da effettuarsi tra i tre colloqui e il colloquio finale di follow up;
- follow up, retest per verificare l'eventuale miglioramento della situazione e, qualora non avvenisse, il progetto prevede il suggerimento di intraprendere una psicoterapia ad alto impatto;
- step 3: psicoterapia individuale di gruppo indicata per la problematica presentata.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo annuo del progetto è pari ad € 260.000,00. Attualmente il progetto si finanzia attraverso una tariffa che i pazienti devono sostenere. Il risparmio per la P.A. risulterebbe notevole come dimostrato dai dati provenienti da esperienze simili realizzate in Gran Bretagna (progetto IAPT - Improved Access to Psychological Therapies). Uno studio condotto da un autorevole gruppo di ricerca inglese (Layard e collaboratori, 2006) ha rilevato che mediamente una persona con disagi psicologici presenta fino al 50% di disabilità in più rispetto a persone con patologie croniche. Inoltre i disturbi psicopatologici impattano sino al 40% se in presenza di altre malattie mediche: ad esempio, per il diabete si calcola che uno stato di depressione fa aumentare del 50/75% la spesa sanitaria per paziente. In particolare depressione ed ansia costituiscono circa la metà dei motivi di assenze dal lavoro nella popolazione sotto i 65 anni, hanno effetti simili a quelli del fumo sull'aspettativa di vita e maggiori di quelli dell'obesità. Fino al 75% dei cittadini inglesi che si rivolgono al medico di base hanno dolori lombari, cefalee, intestino irritabile o altri sintomi di somatizzazione funzionale, mentre il 70/90% hanno disturbi depressivi benché si rivolgano al medico solo per sintomi fisici. Si stima che meno del 5% della popolazione con ansia e depressione riceva un trattamento psicoterapeutico adeguato (a fronte di un ampio uso di antidepressivi ed a fronte del dichiarato gradimento degli utenti verso la psicoterapia). Il costo di una psicoterapia per singolo cittadino in Inghilterra è stimato intorno a € 1.000, mentre per lo stato (tra costi diretti e indiretti) si arriva ad un costo di oltre € 5.800.



## AREA PREMINENZA

# DISTURBI PSICOSOMATICI

### Progetti

- **Il paziente come persona**  
*Cooperativa Sociale Nuova Vita Onlus (Emanuele Goldin)*
- **Intervento di Empowerment e Gestione dello Stress del paziente chirurgico ospedaliero**  
*Azienda Ospedaliera Santa Maria (David Lazzari)*
- **Lo Psicologo e la spending review: un intervento che genera risparmio**  
*A.O. Università Città della Salute e della Scienza di Torino (Fabrizio Margollicci)*



## Il paziente come persona

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Nuova Vita Onlus - Cooperativa Sociale a Responsabilità Limitata
- **Indirizzo:** strada Borghetto Saviabona 9, Vicenza
- **Mail:** segreteria@nuovavitaonlus.it
- **Telefono:** 0444 505925
- **Referente:** Emanuele Goldin – Direttore (emanuele.goldin@nuovavitaonlus.it)
- **Team di lavoro:** Giorgia Bogoni, Emanuele Goldin, Mirko Carollo, Sandro Pilan

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La rilevazione del problema parte dalla stima che almeno il 50% delle richieste da parte dei pazienti che pervengono ai Medici di Medicina Generale (MMG) esprimono un disagio di tipo relazionale più che un problema somatico. In molti casi il medico, non essendo in grado di soddisfare la domanda complessa del paziente, e per placare l'ansia dello stesso, tenta di fornire una risposta prescrivendo analisi, consulti specialistici e farmaci. La collaborazione dello psicologo con il medico di medicina generale si prospetta finalizzata a ricostruire e sostenere il benessere della persona e della comunità, non trascurando le importanti ripercussioni economiche in termini di risparmio di spesa sanitaria. Il progetto di collaborazione dello psicologo con il medico è una richiesta che nasce dal gruppo di MMG dell'Unità Territoriale di Assistenza Primaria (Utap) al fine di rispondere ai bisogni di cura emersi dalle persone appartenenti al territorio di Carmignano del Brenta e limitrofi. Questo progetto propone di rispondere alla necessità di:

- considerare il paziente come persona, membro della comunità e portatore del diritto alla salute;
- considerare l'integrazione bio-psico-sociale della persona rispetto alla separazione del corpo ad opera della medicina specialistica, con la riaffermazione dell'unità mente-corpo, al fine di promuovere le risorse personali e la motivazione alla cura di sé, il risparmio della spesa sanitaria per farmaci, analisi cliniche e strumentali, visite specialistiche, laddove gli stessi siano un tentativo di lettura di ogni tipo di disagio all'interno di un modello esclusivamente biologico;
- ricerca di un codice multidimensionale che accolga la domanda di senso di cui il soggetto è portatore nel momento in cui si rivolge al medico.

La prima sperimentazione in Italia di co-presenza di uno psicologo e un medico di medicina generale è iniziata nel 2000 ad opera della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute della Sapienza di Roma sotto la direzione del prof. Luigi Solano. Secondo quanto emerge dalla ricerca, nel corso del triennio 2008-2010 è ipotizzabile un risparmio sulla spesa per indagini strumentali e ricoveri ospedalieri.

### BENEFICIARI

- 153 utenti presi in carico dal 2012 al 2014 su una popolazione di quasi 8.000 abitanti, rispondenti all'esigenza di una consulenza psicologica non presentando problematiche biologiche.
- I medici generali, che hanno manifestato il loro apprezzamento per il servizio di consulenza psicologica e la collaborazione con lo specialista. La presa in carico condivisa del paziente ha portato a una migliore risposta ai bisogni e a un aumento della qualità del servizio percepita da parte del paziente.

## **TERRITORIO D'INTERVENTO**

Regione Veneto. Popolazione afferente all'UTAP di Carmignano e residenti nello stesso comune, nella provincia di Padova.

## **VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO**

Il progetto che prevede la presenza dello psicologo all'interno della medicina di gruppo intende affrontare la necessità di considerare il paziente come persona e come cittadino, al fine di promuovere le risorse personali e la motivazione alla cura di sé. Il progetto intende ricercare un codice multidimensionale che accolga e che sia in grado di interloquire con la domanda di senso di cui il soggetto è portatore nel momento in cui si rivolge al medico; intende inoltre favorire lo sviluppo e l'integrazione della medicina di gruppo con la funzione psicologica, al fine di migliorare la collaborazione e di mantenere la buona motivazione al lavoro di gruppo tra i medici di medicina generale. Questo progetto, in corso dal 2012 al 2014, ha generato risultati di miglioramento della qualità della vita dei pazienti e maggior percezione della presa in carico e della valutazione della problematica emersa. Gli elementi chiave rimangono le supervisioni cliniche, gli incontri con i MMG, la consulenza psicologica al paziente, la collaborazione con la rete territoriale dei servizi già esistenti.

## **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

L'intervento prevede che lo psicologo sia presente almeno un giorno a settimana nello studio di medicina integrata, considerando:

- alcune ore di sportello libero in cui lo psicologo riceve i pazienti che ne fanno richiesta in uno spazio dedicato, al di fuori dell'orario di ricevimento del medico;
- alcune ore dedicate al ricevimento dei pazienti inviati direttamente dal medico per approfondire situazioni di disagio evidenziate dal curante stesso;
- alcune ore di co-presenza di medico e psicologo, ovvero ricevimento congiunto dei pazienti durante il normale orario di ricevimento in un giorno fisso della settimana, lasciando in tal modo la possibilità agli stessi pazienti di decidere di rivolgersi al medico quando è presente lo psicologo o meno.

Ciò significa che nell'ambito dello studio di medicina integrata non verranno effettuati e proposti percorsi di psicoterapia, ma percorsi di approfondimento, chiarificazione e orientamento della domanda della persona, al fine di fare una diagnosi che inquadri la problematica stessa e il funzionamento di personalità, le risorse del paziente e il suo stile di coping, per attivare le sue risorse personali per la risoluzione del problema o per affrontare il particolare momento di difficoltà, in un'ottica di promozione della salute e di empowerment e non di psicopatologizzazione del disagio.

## **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

Il piano finanziario del progetto prevede attualmente la copertura economica mediante finanziamento da parte dell'amministrazione comunale. Tuttavia il risparmio economico che il servizio permette di conseguire impatta su capitoli di spesa relativi alle ASL e alla Regione Veneto (basta pensare che il costo giornaliero di un ricovero di paziente diabetico/obeso/fumatore in reparto di medicina interna è di circa € 3.500, e per la maggior parte dei casi i ricoveri sono dovuti a complicanze che si potrebbero prevenire con uno stile di vita adeguato e una compliance; a questo vanno poi aggiunti i costi per farmaci ed esami/visite specialistiche non completamente coperti dalla quota parte richiesta ai pazienti con ticket). La previsione è che il risparmio venga conseguito attraverso: la riduzione degli accessi a visite specialistiche ed esami medici impropri; il miglioramento della gestione delle condizioni patologiche croniche in cui è rilevante il peso del disagio psicologico e del comportamento, in termini di compliance alle cure e di stile di vita, del paziente.





# Intervento di Empowerment e Gestione dello Stress del paziente chirurgico ospedaliero

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Azienda Ospedaliera Santa Maria
- **Indirizzo:** via Tristano di Joannuccio 1, Terni
- **Mail:** info@aosp terni.it
- **Telefono:** 0744 205297
- **Referente:** David Lazzari - Responsabile Servizio Psicologia e Presidente SIPNEI-Società Italiana di Psico Neuro Endocrino Immunologia (lazzarid@aosp terni.it)

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il Progetto consiste in un “Intervento di Empowerment e Gestione dello Stress del paziente chirurgico ospedaliero”, nato dall’analisi delle evidenze scientifiche e dalla sperimentazione di Ricerche-Intervento effettuate in tale ambito. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una notevole evoluzione delle tecniche chirurgiche, che vanno sempre più orientandosi verso l’utilizzo della robotica e di chirurgia mininvasiva. Questa evoluzione tecnica contribuisce inoltre al contenimento della spesa ospedaliera, riducendo i tempi e i relativi costi di ospedalizzazione.

L’esperienza dei pazienti sottoposti a chirurgia resta, tuttavia, un’esperienza globale, caratterizzata da alterazioni psicofisiche complesse, non riconducibili al mero dato fisiopatologico per cui viene programmato l’intervento. Le più recenti evidenze scientifiche documentano come l’ansia, le aspettative relative al dolore, la paura dell’intervento chirurgico, il dolore pre-operatorio, l’età ed il tipo di chirurgia risultino essere i predittori più significativi per il dolore postoperatorio (Sommer M., 2010). Consistenti metanalisi hanno evidenziato il fatto che fattori psicosociali, come l’umore e le attitudini, sono fortemente predittivi della durata del ricovero postoperatorio degli esiti postchirurgici (Rosenbregger, 2006), mentre lo stress preoperatorio è associato a problemi nella cicatrizzazione e disregolazione dei relativi biomarker (Walburn J., 2009). Queste evidenze determinano, pertanto, la necessità di agire sulla dimensione psicobiologica dell’esperienza legata agli interventi chirurgici, attraverso modelli operativi di intervento psicologico di gestione dello stress, dell’ansia e del dolore.

Alcune ricerche, nel panorama internazionale, documentano inoltre con sempre maggiore evidenza l’efficacia di tali interventi psicologici sul piano endocrino e immunitario (Phillips M. K. et al., 2008; Cohen L. et al., 2011; Broadbent E. et al., 2012) e sul piano della ulteriore riduzione dei tempi e dei costi di degenza (Lazzari D., 2011, Bartoli S., 2012).

## BENEFICIARI

**Diretti:** pazienti candidati a interventi chirurgici programmati, con particolare, ma non esclusivo, riferimento alle persone affette dalle principali patologie croniche non trasmissibili (cardio-metaboliche ed oncologiche) a più alto tasso di incidenza e impatto economico di spesa.

**Indiretti:**

- care-givers e familiari dei pazienti, grazie alla riduzione dello stress ed abbattimento dei costi umani e indiretti della gestione di tali patologie e dell’ospedalizzazione;
- Azienda Ospedaliera (risparmi sulle spese di degenza) e personale sanitario (beneficio di un approccio più attivo e propositivo dei pazienti ai processi che li coinvolgono durante l’ospedalizzazione e la convalescenza).

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Umbria. Progetto già sperimentato, testato e collaudato presso l'Azienda Ospedaliera di Terni. Possibile espansione a livello regionale e nazionale (progetto definito, replicabile e facilmente implementabile).

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Premessa concettuale di questo lavoro sono il paradigma della Psico Neuro Endocrino Immunologia e i filoni di ricerca nell'ambito delle dinamiche di funzionamento e di azione dello stress, con particolare riferimento al modello della "Bilancia dello Stress" (Lazzari, 2007, 2011) che descrive come stress e disagio psicologico emergano ogni volta che si produce uno squilibrio tra cambiamento imposto da una situazione (le richieste, che possono essere esterne: adattamento all'evento; o interne: paure e bisogni collegati allo stesso) e risorse che le persone sono in grado di mettere in campo in quella data situazione (esterne: sostegno familiare, caregivers, personale sanitario; interne: conoscenze, competenze e capacità motivazionali di gestione dello stress).

L'intervento è stato concepito con lo scopo di potenziare le risorse interne dei pazienti, renderli più abili nell'utilizzo delle risorse esterne, con l'obiettivo di ridefinire e gestire al meglio le richieste poste da un intervento chirurgico.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività del progetto sono suddivise in tre incontri da 45 minuti ciascuno e si dividono in:

- Empowerment;
- ristrutturazione cognitive;
- addestramento alla tecnica psicofisiologica della "Risposta di Rilassamento" (RR).

In particolare:

- dotazione ai pazienti di strumenti di analisi della dinamica dello stress (secondo il modello della Bilancia) e della sua dimensione bio-psico-sociale, promuovendo la consapevolezza di poter avere un ruolo attivo nella gestione dello stress e del dolore;
- sensibilizzazione all'ascolto dei vissuti psicologici e dei livelli di tensione psicofisici;
- addestramento alla tecnica psicofisiologica di rilassamento e sospensione dei pensieri ricorrenti, spiacevoli ed intrusivi (dotazione di diario e istruzioni di rilassamento);
- consulenza di follow-up psicologico e rinforzo della tecnica psicofisiologica di rilassamento (a tre mesi dalle dimissioni). Allo scopo di monitorarne l'efficacia, l'intervento prevede una rilevazione psicometrica effettuata con i test Hospital Anxiety and Depression Scale (H.A.D.S.) e il Test della Bilancia dello Stress, in versione ridotta (Lazzari, 2011).

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il piano finanziario è il seguente:

- € 40.000 di budget annuo complessivo (più eventualmente € 2.000 una tantum per l'acquisto dello strumento per il biofeedback);
- 1.976 ore di prestazioni professionali annue dello psicologo a contratto (ottenute moltiplicando 38 ore settimanali per 52 settimane annue) di cui: 1.500 ore di attività clinica con i pazienti e 476 ore di back-office (raccordo con il personale, atti organizzativi ed amministrativi, ferie);
- 3 ore di lavoro con ciascun paziente;
- 500 pazienti assistibili dallo psicologo (calcolato dividendo le 1.500 ore stimate di lavoro clinico dello psicologo per le 3 ore necessarie all'intervento con ciascun paziente);
- € 800 circa di risparmio per ogni giorno in meno di ricovero (Fonte Ministero della Salute).



## Lo Psicologo e la spending review: un intervento che genera risparmio

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** A.O. Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino
- **Indirizzo:** corso Bramante 88/90, Torino
- **Mail:** protocollo@pec.cittadellasalute.to.it
- **Telefono:** 340 0938013
- **Referente:** Fabrizio Margollicci, Psicologo-Specializzando in Psicoterapia
- **Mail:** fabrizio.margollicci@gmail.com; fabrizio.margollicci.895@psypec.it
- **Team di lavoro:** Riccardo Torta, Direttore Psicologia Clinica e Oncologica; Valentina Ieraci Ph.D, Dipartimento Neuroscienze; Andrea Bovero, Psicologo-Psicoterapeuta; Stefania Molinaro, Psicologa-Psicoterapeuta; Fabrizio Margollicci, Psicologo-Specializzando in Psicoterapia; Marianna Zanlungo, Psicologa-Specializzanda in Psicoterapia; Lorena Giovinazzo, Psicologa-Specializzanda in Psicoterapia; Francesca Monoli, Psicologa-Specializzanda in Psicoterapia; Francesca Zizzi, Medico-Specializzanda in Psichiatria

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

L'idea progettuale che si delinea ha come obiettivo la valutazione dell'impatto economico, in termini di risparmio, derivante dalla presa in carico psicologica di un paziente affetto da malattia tumorale o cardiologica, rispetto a pazienti che presentano il medesimo quadro diagnostico ma che sono privi di supporto psicologico. Sono oltre 1,9 milioni le persone che in Italia, nel periodo precedente il 2010, hanno ricevuto una diagnosi di tumore. Tali numeri si ritrovano anche nell'esperienza del lavoro dell'equipe di Psicologia Clinica ed Oncologica della Città della Salute e della Scienza di Torino, che rileva attualmente un continuo incremento dei passaggi annui durante l'osservazione di protocolli di ricerca volti al monitoraggio della qualità di vita. L'incidenza dei tumori nel 2010 nella sola Regione Piemonte è stata di 4.342,5 ogni 100.000 abitanti (Censis, 2010). Il rischio di co-morbilità di disturbi del tono dell'umore (quali ansia e depressione) è osservato sia nei pazienti oncologici (Torta & Mussa, 2007) che nei pazienti cardiologici (Torta & Scalabrino, 2002). Considerata quindi la presenza di una sintomatologia complessa e potenzialmente collegata al decorso della patologia primaria del paziente, è necessario evidenziare come la presa in carico dei pazienti affetti da disturbi ansioso-depressivi possa ridurre i costi standard stimati, che risultano di € 90,00/die a carico del SSN per cittadino residente in Piemonte (Ministero Salute, 2007). Tale considerazione trova conferma nelle prime analisi preliminari svolte dal gruppo di lavoro mediante l'analisi di questionari consegnati a 59 medici di base del territorio Piemontese, con l'obiettivo di rilevare la percentuale di richieste, da parte di pazienti oncologici o cardiologici, di eseguire esami strumentali che risultassero motivate da reale patologia e non dalla necessità di assicurazione da parte di soggetti non fruitori di un supporto psicologico.

### BENEFICIARI

- Il SSN, che vedrebbe ridotti i costi in merito a durata dei ricoveri, ricorso a Pronto Soccorso e a Medici di Base, richiesta di esami strumentali non dovuti a cause organiche di malattia.
- la categoria professionale degli psicologi, che potrebbe trarre vantaggio dall'incremento della domanda di presa in carico.

- I pazienti, beneficiari dell'attenzione del professionista psicologo, che applicherà strumenti di trattamento psicologico volti alla riduzione dello stato sintomatologico percepito.

## **TERRITORIO D'INTERVENTO**

Regione Piemonte, città di Torino.

## **VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO**

Per creare cambiamento l'idea progettuale mira a:

- informare e sensibilizzare cardiologi, oncologi e medici di base sulla condizione psico-sociale e sulla sintomatologia ansioso-depressiva dei pazienti oncologici e cardiologici;
- predisporre, a seguito della diffusione delle informazioni, adeguati momenti di formazione al fine di creare competenze condivise nell'ambito della sintomatologia osservata;
- creazione e invio di un report di analisi delle prese in carico dei pazienti e dei relativi costi al SSN al fine di motivare una maggiore stabilizzazione del precariato degli psicologi operanti in ambito ospedaliero.

La stessa équipe si occupa attualmente di una ricerca relativa ai bisogni del paziente affetto da tumore al polmone, il cui scopo è quello di raccogliere informazioni tramite colloquio psicologico e somministrazione di test al paziente, al caregiver, al personale infermieristico e all'oncologo di riferimento, al fine di creare corsi di formazione specifici per migliorare il servizio di cura offerto.

## **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Nell'ambito della sua quindicinale attività assistenziale, didattica e di ricerca, la struttura di Psiconcologia della Città della Salute della Scienza di Torino si attesta attualmente su circa 9.000 prestazioni annue di cui circa 2.250 (25%) di tipo esclusivamente farmacologico, 1.350 (15%) relative ad interventi esclusivamente psicologici e 5.400 interventi (60%) con caratteristiche di integrazione tra farmaco e psicoterapia.

Le attività che si propongono consistono nel:

- creare un database di assessment degli ingressi dei pazienti, delle prese in carico e delle prestazioni offerte da inviare al SSN;
- sensibilizzare e informare oncologi, cardiologi e medici di base sull'esistenza del progetto e dei suoi obiettivi, al fine di promuovere un incremento di invii di pazienti allo psicologo;
- prendere in carico pazienti ai quali viene offerto un percorso di cura psicologico, farmacologico o integrato, oltre che un supporto psicologico ai famigliari dei pazienti.

## **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

L'équipe di lavoro ha condotto, nel periodo settembre-novembre 2014, uno studio preliminare, effettuato dalla Struttura di Psicologia Clinica e Oncologica in collaborazione con 59 medici di base, in merito alle richieste di esami di laboratorio e/o strumentali da parte di pazienti oncologici e cardiologici sulla base di sintomatologia ansioso-depressiva. Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che su un campione di 593 pazienti oncologici e cardiologici che si sono rivolti al proprio medico di base nel periodo gennaio-ottobre 2014, 188 hanno richiesto al proprio medico di base esami strumentali e/o di laboratorio per sintomatologie riconducibili a uno stato ansioso-depressivo. Di questi, 25 hanno riscontrato un'effettiva causa organica dei propri sintomi (13,3%), a fronte di 163 che non hanno avuto alcun riscontro fisiologico (86,7%). Considerando che il costo medio di una Risonanza Magnetica Nucleare (RM) a carico del Sistema Sanitario Nazionale presso l'Ospedale Molinette di Torino è pari a € 223,00 si calcola che l'intervento psicologico su almeno il 50% dei pazienti richiedenti esami incongrui con la propria condizione medica, avrebbe ridotto le spese per il SSN di € 17.840,00.



## AREA PREMINENZA

# VIOLENZA DI GENERE

### Progetti

- **Che Genere di Violenza**  
*Associazione LUI (Jacopo Piampiani)*
- **CTM - Centro per il Trattamento degli uomini Maltrattanti**  
*Delfi Associazione Culturale (Andrea Spada)*
- **FENICE: Formazione Empowerment ed Incontro a Contrasto della violenza**  
*IACP- Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona srl (Marta Borrelli)*



## Che Genere di Violenza

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Associazione LUI
- **Indirizzo:** via Alessandro Pieroni 27, Livorno
- **Mail:** lui@associazionelui.it
- **Telefono:** 334 3296864
- **Referente:** Jacopo Piampiani - Co-fondatore (jacopo.piampiani.429@psyppec.it)
- **Team di lavoro:** Jacopo Piampiani - Psicologo Psicoterapeuta e Mediatore Familiare, Gabriele Lessi, Moira Picchi, Dunja Di Biagio

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che il progetto intende affrontare è relativo alla violenza maschile sulle donne. Tra le cause principali vi sono le modalità in cui abbiamo storicamente considerato gli uomini e le donne.

Prima dei cambiamenti intercorsi negli ultimi cento anni, alle donne erano negati diritti basilari quali il voto, l'esercizio di una professione, il possesso di proprietà o un'istruzione superiore. La violenza non è soltanto una questione di potere degli uomini sulle donne, è anche una conseguenza delle esperienze di vita e delle paure degli uomini stessi. Per alcuni uomini, ricorrere alla violenza è un modo per provare a se stessi e alle persone intorno a loro di essere "dei veri uomini".

Il problema risulta meritevole d'interesse in quanto, per l'Istat, il 32% delle donne fra i 16 ed i 70 anni ha subito almeno una violenza fisica o sessuale nel corso della vita. In particolare:

- il 14,3% delle donne italiane ha subito un'aggressione dal coniuge
- il 34,5% delle donne aggredite da un partner maschio ha dichiarato che la violenza subita è stata grave
- il 21,3% delle donne ha avuto la sensazione che la sua vita fosse in pericolo
- nel 2005, 124 donne sono state uccise dal coniuge, dall'ex coniuge, dal fidanzato o dall'ex fidanzato (una donna ogni tre giorni)
- le bambine costituiscono il bersaglio della violenza sessuale intra familiare molto più spesso dei bambini: 4 vittime su 5 di aggressioni sessuali da parte di familiari sono bambine (79%), e lo stesso vale per il 55% di quelle fisiche
- nel 1997 i padri sono stati autori del 97% delle aggressioni sessuali e del 71% di quelle fisiche commesse da genitori contro i propri figli
- soltanto il 7,2% delle donne che subisce violenza sporge denuncia. Molto frequentemente si tratta di aggressioni ripetute dallo stesso autore sulla stessa donna o bambino. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, almeno una donna su cinque ha subito abusi fisici o sessuali da parte di un uomo nel corso della sua vita

Per il territorio è importante: il problema lede i diritti civili e investe l'universo maschile.

### BENEFICIARI

- Diretti: autori di comportamenti violenti.
- Indiretti: donne, minori e anziani grazie alla prevenzione della violenza di genere.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Toscana, città di Livorno.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

**Cambiamento:** assunzione di responsabilità delle proprie azioni da parte dei perpetrator, spostandosi da un paradigma incentrato su di sé a una visione del mondo più indipendente, comprendendo come il comportamento violento sia una scelta consapevole tra una più vasta serie di scelte che possono essere prese.

**Assunzioni:** la risposta abusiva è basata su un senso di autorizzazione causato dalle esperienze personali ma anche dagli stereotipi culturali legati al genere: questi devono essere conosciuti e cambiati.

**Elementi:** lo staff lavora da anni contro l'abbattimento degli stereotipi di genere e si è formato presso i principali centri mondiali (Emerge) ed Europei (ATV). Il video-database consentirà di monitorare il lavoro dello staff implementandone gli strumenti, ampliandone le conoscenze e verificandone l'affidabilità oltre che osservare gli utenti stessi, creando quindi un video-archivio, il primo in Italia.

**Scopo:** dare vita al primo Centro Italiano di Studio e Ricerca del Fenomeno della Violenza Domestica.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- ChiAma LUI: sportello di ascolto telefonico.
- Percorso di fuoriuscita dai comportamenti violenti: programma specifico, attraverso incontri singoli e/o di gruppo, rivolto a persone che agiscono o hanno agito comportamenti violenti, anche nelle relazioni. I moduli proposti dal percorso rappresentano un unicum d'interventi differenti e multidisciplinari che tendono a creare un rapporto empatico e di fiducia tra facilitatori e utente. Una volta acquisita l'autorizzazione, è possibile mettersi in contatto con la (ex)partner fissando un incontro, in cui si parla con la vittima/sopravvissuta, al fine di renderla partecipe del fatto che vi è stata un presa in carico nei confronti dell'abuser, ma anche al fine di illustrare alla vittima/sopravvissuta i servizi presenti sul territorio (Rete), che possono orientarla e sostenerla nel difficile percorso di uscita dal ciclo della violenza alla quale è stata, o è, sottoposta.
- Gruppo di condivisione e follow up: al termine del percorso base di fuoriuscita dai comportamenti violenti, gli utenti che lo desiderano possono accedere al gruppo di condivisione e follow up.
- Video-database: ciascun incontro del percorso di fuoriuscita dai comportamenti violenti verrà video-registrato. Il materiale prodotto verrà conservato secondo le vigenti norme in materia di privacy e potrà essere riutilizzato con le stesse persone facenti parte del percorso di fuoriuscita dai comportamenti violenti per analizzare passaggi salienti, per lavorarci insieme ma soprattutto verrà utilizzato per fini di studi e ricerca sul fenomeno della violenza e come strumento di intervizione nel lavoro svolto dallo staff.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

I costi per il progetto sono, a seconda del numero di persone che formano un Gruppo di Criticità, pari ad € 1.040 per utente singolo, ad € 4.120 per 3 utenti, ad € 7.920 per 8 utenti. Nell'ottica di portare il servizio offerto a regime, costituendo 5 Gruppi di Criticità, vengono richiesti complessivamente € 50.000.

Ad oggi sul territorio livornese non vi è un altro servizio che si occupa degli autori di comportamenti violenti nei confronti delle donne.



## CTM - Centro per il Trattamento degli uomini Maltrattanti

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Delfi Associazione Culturale - Associazione Culturale Senza Scopo di Lucro (APS)
- **Indirizzo:** via San Martino 13, Forlì
- **Mail:** ctm.forli@gmail.com
- **Telefono:** 0543 30518
- **Referente:** Andrea Spada - Presidente (andrea@saips.it)
- **Team di lavoro:** Andrea Spada, Daniele Vasari, Michele Piga, Andrea Montesi, Stefano Pasqui, Davide Casto, Mariagrazia Castiglione

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La problematica alla quale si intende rispondere è quella della violenza di genere, attivando una strategia operativa a contrasto. Gli atti di violenza agita nei confronti delle donne o dei minori sono all'ordine del giorno. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la violenza sulle donne è globalizzata: il 30% delle donne interpellate dai ricercatori ha dichiarato di avere subito abusi o violenza all'interno di una relazione. Anche in Italia, una ricerca ISTAT del 2006 (per il Territorio dell'Emilia Romagna) sottolinea che una donna su tre ha subito nel corso della propria vita violenza da parte di un uomo; risulta poi che il 90% di queste non ha avuto la forza di denunciare il fatto.

Secondo alcuni studi il background degli aggressori è piuttosto tipico e ben delineato: generalmente, si tratta di soggetti che da bambini sono cresciuti in famiglie gerarchizzate in cui loro stessi hanno subito violenze da parte di genitori, diventando così frustrati e profondamente incapaci di gestire le reazioni emotive. Questo provoca quindi un forte e incoercibile desiderio di dominio che li spinge al gesto violento. A volte però sembra che il cercare la componente di diversità nella persona, come una sorta di "deformità personologica", ci possa aiutare ad allontanare l'ipotesi che questa, che ha commesso violenza, sia uguale a noi. In realtà chiunque può attuare comportamenti violenti, al di là della cultura, del ceto sociale e del contesto di appartenenza.

Arginare la violenza di genere solo con un intervento rivolto alle donne è riduttivo. Occorre, invece, affrontare il problema anche su chi ha perpetrato la violenza, in modo che questo tipo di comportamento non venga ripetuto. In altri Paesi è ormai prassi supportata e regolamentata: nell'attesa che ciò avvenga anche in Italia, riteniamo giusto che si attivino azioni a riguardo, anche se in via sperimentale. Il CTM di Forlì, forte di professionisti del settore psicosociale adeguatamente formati e preparati, attualmente è uno dei pochi centri specializzati in questa tematica.

### BENEFICIARI

- Uomini autori di violenza di genere.
- Donne che hanno subito violenza.
- Altri componenti nucleo familiare: non è raro che i figli siano vittime di violenza sia fisica che assistita.



## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia Romagna, Provincia di Forlì-Cesena.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'apertura di un centro rivolto al trattamento degli uomini autori di violenza deve avere alcune caratteristiche: oltre agli elementi organizzativi, agli aspetti logistici, di rete e operativi, il focus deve essere posto sugli operatori che saranno coinvolti nelle azioni, che hanno bisogno di percorsi formativi per poter agire nella modalità terapeutica più efficace possibile. Gli operatori del CTM di Forlì, grazie alla loro esperienza nella consulenza e nella formazione, permettono di strutturare le competenze degli operatori dei servizi, seguendo le direttive terapeutiche originarie del modello ATV di Oslo, che la regione Emilia Romagna segue come linea guida per servizi di questo tipo. Riteniamo comunque che siano prevenzione e sensibilizzazione a produrre cambiamento, attraverso l'attivazione di procedure di sensibilizzazione nei confronti della popolazione (con conferenze pubbliche e percorsi nelle scuole) e formazione per operatori del settore.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

In generale, si svolgono le attività di:

- consulenza terapeutica individuale e di gruppo rivolta agli uomini autori di violenza di genere;
- azioni formative e seminariali rivolte al grande pubblico e agli operatori dei servizi pubblici.

Nello specifico, le attività possono essere così strutturate:

- accoglienza e raccolta informazioni tramite colloqui e questionari (da parte dei referenti posti al primo contatto informale);
- percorso terapeutico e di ristrutturazione cognitiva (incontri guidati da psicologi psicoterapeuti);
- previsione di gruppi terapeutici e di mutuo confronto, previa analisi personologica e possibilità di integrazione e interazione;
- follow-up trimestrale (a 3 e 6 mesi) dalla fine del percorso terapeutico per monitorare l'effettivo miglioramento (e stabilità) del maltrattante.

Inoltre, sono previste attività extra terapeutiche quali:

- percorsi formativi basati su studi specifici relativi alla violenza di genere;
- formazione specifica per psicologi psicoterapeuti, operatori, centri ed enti interessati.
- seminari, incontri per sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema, dal punto di vista scientifico, di ricerca, esperienziale e di confronto;
- incontri in scuole superiori di primo e secondo grado al fine di sensibilizzare sul tema e prevenire atti di natura violenta.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Così come presentato, il progetto ha un costo annuo di € 81.000. Allo stato attuale esso è autofinanziato, sia con le quote degli utenti (€ 35,00 a incontro), sia con l'attività svolta in modo volontario da parte degli operatori. Il risparmio che la P.A. può avere è pari al totale del costo del progetto, in quanto realizzato da un soggetto privato. In prospettiva e in relazione ai costi relativi al fenomeno della violenza, ogni soggetto istituzionale coinvolto nella problematica (sistema sanitario, servizi sociali, forze dell'ordine, ecc.) può stimare l'ammontare del risparmio derivato da una efficace attuazione del progetto. A fronte di un costo annuo, per ciascuna Provincia italiana, di circa 170 milioni di euro nel supporto alle vittime di violenza di genere (stima data dal costo complessivo di 17 miliardi diviso tra circa 100 province italiane), il territorio della Provincia di Forlì potrebbe contenere in modo significativo tale voce di spesa.



## FENICE: Formazione Empowerment ed Incontro a Contrasto della violenza

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** IACP Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona - Srl
- **Indirizzo:** piazza Vittorio Emanuele 99, Roma
- **Mail:** segreteria.centrale@iacpedu.org
- **Telefono:** 06 77200357
- **Referente:** Marta Borrelli - Direttore di corso e docente (marta.borrelli@iacpedu.org)
- **Team di lavoro:** Alberto Zucconi-Psicologo/Psicoterapeuta, Marta Borrelli-Psicologa/Psicoterapeuta, Emanuela Tardioli-Psicologa/Psicoterapeuta, Maddalena Vagnarelli-Psicologa/Psicoterapeuta, Maria Cristina Bivona-Psicologa/Psicoterapeuta e Sessuologa, Mario Meringolo-Psicologo/Psicoterapeuta, Rossella Lauria-Psicologa/Psicoterapeuta e Sessuologa, Francesco Rappoccio-Facilitatore dell'insegnamento, Elena Lionetti-Laureata in Psicologia del Lavoro, Norma Patricia Collao-Segretaria di Direzione, Simonetta Pangrazi-Ragioniera e perito commerciale

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La violenza contro le donne comprende reati che hanno sulle donne un notevole impatto dal punto di vista individuale e sociale, una violazione dei diritti fondamentali relativamente a dignità e uguaglianza. La violenza di genere, in particolare quella domestica, non colpisce solo le donne, ma tutta la famiglia, i minori e la società intera. La società, lo Stato e nello specifico il singolo comune, devono attivare misure a livello nazionale ed europeo per contrastare e prevenire la violenza contro le donne.

La ricerca europea "Violence against women: an EU-wide survey" (2014), ha messo in evidenza che in Italia il 19% delle donne ha subito nel corso della vita violenze fisiche o sessuali da un partner o da un ex-partner, e il 38% ha subito da lui abusi psicologici gravi; il 9% inoltre ha subito comportamenti di persecuzione (stalking).

La violenza domestica è caratterizzata da percosse, violenze fisiche e sessuali, ma anche minacce, insulti, denigrazioni sistematiche, svalutazioni, segregazioni, ricatti e pressioni economiche. La violenza contro le donne è una grave violazione dei diritti umani che causa profonde ferite fisiche e psicologiche e che coinvolge anche i bambini, spettatori di violenza. Per potere contrastare questo fenomeno bisogna conoscerlo e valutarne gli effetti in termini di ripercussioni sulla salute e sul sistema economico: una donna che subisce violenze domestiche richiede infatti interventi sanitari in misura molto maggiore rispetto alle altre donne; spesso è costretta a recarsi al P.S. per vari motivi quali aggressioni fisiche, malattie sessualmente trasmissibili dal partner, aborto a seguito di aggressioni violente.

Inoltre, ma non meno importante, gli effetti psicologici: stati d'ansia e di panico, depressioni e tentativi di suicidio. Il territorio paga inevitabilmente le conseguenze anche economiche della violenza di genere.

### BENEFICIARI

Bambini, giovani, donne che sono (o rischiano di diventare) vittime di violenza, gli studenti e le studentesse di scuola secondaria superiore italiani e stranieri residenti nel comune di Guidonia Montecelio. Saranno inoltre previsti interventi a favore di gruppi target fra i quali donne straniere e donne disoccupate, famiglie e insegnanti. Il progetto mira a creare effetti a cascata anche su popolazioni non direttamente coinvolte nel progetto a seguito di un intervento di sensibilizzazione delle generazioni più giovani e delle agenzie educative.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Lazio, città di Guidonia Montecelio.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

La prevenzione, in accordo con la Convenzione di Istanbul (2011), è il pilastro fondamentale per contrastare la violenza. Occuparsi delle problematiche inerenti le vittime è di cruciale importanza, ma è indispensabile anche agire sugli aspetti culturali che sono alla base della violenza di genere, facilitando un profondo cambiamento nella cultura e nella prospettiva. Per potere operare un simile cambiamento è necessario agire sulla scuola non solo come sensibilizzazione e informazione, ma anche attraverso interventi formativi e di presa di coscienza che nel tempo promuovano un cambiamento radicale della cultura e di genere. Elementi chiave nella promozione del cambiamento sono la formazione ai sentimenti e alle emozioni, lo sviluppo della consapevolezza dell'identità e dell'uguaglianza di genere, la conoscenza dell'origine delle discriminazioni, il coinvolgimento attivo di insegnanti e famiglie, affinché l'intervento non resti fine a se stesso ma ottenga risultati ampi e stabili.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

- Attività di consulenza individuale e di gruppo organizzata nelle scuole coinvolte e nei locali dell'Associazione Arnica Onlus. Le attività saranno destinate a gruppi target omogenei per caratteristiche di età ed etnia, al fine di centrare la consulenza dal punto di vista socio-culturale.
- Attività di informazione e sensibilizzazione presso 20 classi prime di diversi istituti di istruzione secondaria superiore, differenziati per collocazione geografica e tipologia di corso di studi. Tale attività ha il fine di contattare una popolazione giovanile trasversale per quanto riguarda il genere, la situazione socio-economica e culturale di provenienza e gli interessi, e avrà come argomenti cardine le tematiche relative alla violenza di genere.
- Follow up e ricerca qualitativa svolta annualmente, nelle stesse classi oggetto dell'attività di informazione e sensibilizzazione, fino alla fine del ciclo scolastico (5 anni). Questa ricerca avrà il fine di verificare gli effetti a lungo termine delle attività svolte in classe relative alla violenza di genere.
- Evento conclusivo delle attività, con presentazione di dati e attività divulgative e di animazione territoriale, con la partecipazione di tutti gli attori coinvolti e rivolto a tutta la cittadinanza.
- Realizzazione, stampa e distribuzione di materiale informativo.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo del progetto è calcolato per € 60.000; si evidenzia che al momento lo IACP può sicuramente garantire, come copertura economica, i costi di struttura (€ 6.000): il finanziamento richiesto sarà quindi prevalentemente impiegato in risorse umane, al fine di garantire un servizio di sostegno e assistenza alle popolazioni target dell'iniziativa. La presente iniziativa produce un risparmio economico che coinvolge diverse Amministrazioni Pubbliche:

- gli istituti scolastici che spesso ricorrono a consulenti esterni per realizzare attività di informazione e prevenzione alla violenza attingendo ai propri budget già molto limitati (costo che varia da € 2.000 a € 5.000 a seconda della durata e del numero di classi coinvolte);
- a un Comune come quello di Guidonia Montecelio con una densità demografica di oltre 90.000 abitanti, simile a un Municipio di Roma, la gestione di un centro antiviolenza costa annualmente circa € 120.000,00, parte dei quali sarebbe ammortizzabile con il finanziamento della presente proposta. Si evidenzia che la presente proposta progettuale può determinare un significativo risparmio per la P.A. perché uno dei costi più onerosi per la gestione di centro antiviolenza, riguarda l'impiego di psicologi professionisti nel servizio di counselling e sostegno alle donne;
- il progetto può determinare a medio lungo termine un risparmio anche per il SSR (le prestazioni sanitarie alle donne vittime di violenza hanno un costo valutabile in circa 23 milioni di euro l'anno, considerando la spesa annua italiana totale di 460 milioni).



## AREA PREMINENZA

## ALTRO

### Progetti

- **Adolescenza, Sport e Cibo: educare alla salute**  
*Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica e Scienze della Vita e dell'Ambiente (Dina di Giacomo)*
- **Centro di sviluppo di comunità e mediazione civica**  
*Prâgmata Politika Srl (Gian Pier Turchi)*
- **Centro Servizi Rainbow**  
*Unione Professionisti Matrimonialisti (Tiziana Carella)*
- **Don't eat but do it - più peso allo sport**  
*Luana Minasso*
- **FAI META con l'UNIPD**  
*Università degli Studi di Padova (Alessandro Biscaro)*
- **Fuoriclasse e Attiva Giovani**  
*Comune di Montecchio Emilia Settore Politiche Sociali (Marta Campion)*
- **Generare Welfare. Da segni internalizzanti ed esternalizzanti, allo sviluppo dell'individuo e del capitale umano**  
*Comune di Vigasio (Daniele Venturini)*
- **La Behavior Analysis al servizio della sicurezza sul lavoro: costruire comportamenti per ottenere risultati misurabili**  
*A.A.R.B.A. Association for the Advancement of Radica Behavior Analysis (Fabio Tosolin)*
- **La rete di Proteo: progetto per la presa in carico multidisciplinare dei soggetti affetti da DIG e DSD**  
*Associazione Kyklos Onlus (Barbara Vallesi Cardillo)*

(segue)



## AREA PREMINENZA

## ALTRO

### Progetti

- **Le amministrazioni comunali del torinese affrontano la crisi economica attraverso l'ausilio della psicologia**  
*Comune di Volvera (Massimo Zedda e Anna Rita Rocca)*
- **Non mollare! Percorsi di prevenzione dell'abbandono universitario: il ruolo di motivazioni ed emozioni**  
*Laboratorio APsyM dell'Università di Verona (Daniela Raccanello)*
- **Protezione giuridica persone fragili**  
*AGAPE Società Cooperativa Sociale Onlus (Annalisa Mascia)*
- **PsycART Social Factories**  
*PsycART - Associazione Culturale di Promozione Sociale (Gianfilippo Guidi)*
- **Sito dell'ordine degli psicologi**  
*Lisa Pillot*
- **TICE**  
*Cooperativa Sociale Tice (Francesca Cavallini)*
- **Y2Y - Youth to Youth: giovani terapeuti aiutano giovani neet**  
*Riccardo Capozzi*



## Adolescenza, Sport e Cibo: educare alla salute

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Università degli Studi dell'Aquila, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica e Scienze della Vita e dell'Ambiente - Ente Pubblico
- **Indirizzo:** Piazzale Salvatore Tommasi 1, Coppito (AQ)
- **Mail:** mesva@pec.univaq.it
- **Tel:** 0862 434694
- **Referente:** Dina Di Giacomo – Ricercatore (dina.digiaco@cc.univaq.it)
- **Team di lavoro:** Cattedra di Psicologia Clinica

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto intende focalizzarsi sui disturbi del comportamento alimentare nei ragazzi che praticano sport a livello agonistico, i quali rientrano all'interno di una problematica di crescente interesse dal punto di vista sociale ed istituzionale. L'appartenenza a un gruppo in cui è presente una forte pressione socio-culturale verso l'idea di una forma del corpo ideale e tendente alla magrezza rappresenta uno dei fattori di rischio più comunemente associati ai disturbi del comportamento alimentare. Tale ideale è strettamente connesso all'insoddisfazione per le proprie forme e per la propria immagine corporea, oltre che a una scarsa autostima, e può sfociare in comportamenti di controllo del peso corporeo.

La prevalenza dei disturbi alimentari negli atleti varia dallo 0-19% nei maschi al 6-45% nelle femmine (Bratland-Sanda and Sundgot-Borgen, 2013). Nonostante l'ampia variabilità presente in letteratura, probabilmente dovuta agli strumenti self-report utilizzati per la rilevazione dei disturbi, è possibile notare che, come nei "non-atleti", la prevalenza è maggiore nelle femmine che nei maschi ma anche che la prevalenza nei maschi è maggiore negli atleti che nei "non-atleti".

Oltre ai fattori di rischio comunemente associati ai disturbi del comportamento alimentare legati ad aspetti psicologici (scarsa stima, insoddisfazione corporea, perfezionismo, ecc.) e sociali (pressione del gruppo dei pari, influenza dei media, ecc.), è possibile individuare fattori di rischio specifici per i ragazzi coinvolti in attività sportive agonistiche (frequente regolazione del peso, inizio precoce del training sportivo, overtraining, comportamento del coach).

Studi longitudinali (Stice et al., 2008) sull'efficacia degli interventi di prevenzione hanno messo in evidenza che tali interventi hanno una efficacia maggiore se indirizzati a persone che presentano già alti livelli di insoddisfazione corporea associati a stati emotivi negativi e all'ideale della magrezza.

### BENEFICIARI

Diretti: giovani di età compresa tra i 15 e i 25 anni, coinvolti in attività sportive di tipo agonistico (stimati 3.000 casi).

Indiretti:

- famiglie degli atleti che beneficeranno delle migliori condizioni psicologiche dei figli e a livello economico;
- coach che beneficeranno in termini di consapevolezza ed eventuale modificazione degli atteggiamenti.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

I giovani usano internet quotidianamente e le nuove tecnologie consentono di avere un costante accesso alla rete, con il vantaggio, rispetto al classico intervento “faccia a faccia”, di raggiungere un bacino di utenza notevolmente più ampio, di facilitare l'immediatezza delle comunicazioni e di ridurre i costi dell'intervento, oltre che facilitare il confronto tra coetanei aventi gli stessi bisogni ma che vivono realtà culturali e sociali diverse e che spesso sono impegnati in attività lontane dalla propria abitazione.

Importante è l'uso di programmi di prevenzione che coinvolgano sia le famiglie che gli ambiti educativi e ricreativi dell'adolescente, incluso l'ambito sportivo, anche mediante l'uso di internet o di materiale multimediale (Rapporto ISTISAN 2013).

Il progetto intende sfruttare l'uso di internet per intervenire precocemente ed in modo preventivo sul potenziamento dell'autostima e del senso di autoefficacia tramite interventi psicoeducativi e mediante la stimolazione di discussioni di gruppo, oltre che l'incoraggiamento a sessioni individuali. E' stato infatti dimostrato (Pratt & Woolfenden, 2009) che l'empowerment ha effetti sulla soddisfazione personale e sull'adozione di comportamenti adeguati.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto prevede la realizzazione delle seguenti attività, basate quasi esclusivamente sulle nuove tecnologie di comunicazione:

- individuazione dei soggetti che presentano fattori di rischio tramite il contatto con associazioni sportive e la compilazione di un questionario;
- sito internet: i contenuti saranno inseriti da esperti su tematiche inerenti la nutrizione, la gestione emotiva correlata alla propria immagine corporea, ecc.;
- applicazione per Smartphone: con suggerimenti sull'adozione di uno stile alimentare sano e con la possibilità di adeguare l'alimentazione al piano di allenamento seguito; sarà previsto un monitoraggio step by step;
- messaggi istantanei (chat): sostegno psicologico individuale tra l'esperto e l'utente per consulenze “immediate”;
- Skype: sostegno psicologico individuale;
- forum: stimolazione di discussioni di gruppo guidate e monitorate da un esperto.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il progetto si basa sul finanziamento di un ente interessato alla prevenzione di comportamenti a rischio in età giovanile. Il finanziamento garantirebbe la assoluta gratuità di servizi di diverso livello (psicologico, nutrizionale e igienico) orientati tutti allo sviluppo di pratiche quotidiane e comportamenti volti alla implementazione e/o al mantenimento di una condizione di salute ottimale.

Il risparmio per l'Amministrazione Pubblica è legato alla prevenzione quale fattore di riduzione di malattie/disfunzioni psicologiche e fisiche già in età adulta che hanno costi sociali ed economici non sostenibili, sia a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che delle famiglie.



## Centro di sviluppo di comunità e mediazione civica

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Prâgmata Politika srl
- **Indirizzo:** Via San Biagio n. 16 – 35100 Padova
- **Mail:** valeria.gherardini@pragmata.eu
- **Tel :** 049 8762551 – 340 0640993
- **Referente :** Gian Piero Turchi, Responsabile Scientifico (gianpiero.turchi@unipd.it)
- **Team di lavoro :** Andrea Guido, Annalisa Trovò, Alessandra Vannucci, Chiara Bortolani, Cosimo Renzi, Cristina Landi, Daniela Muneroni, Enrica Vitali, Gabriele Colla, Fulvia Bregoli, Marco Cafiero, Mariarosita Lamanna, Marta Benedini, Michele Romanelli, Monia Paita, Lisa Fantelli, Lisa Frassi, Luisa Zani, Luigi Colaianni, Luca Florio, Nicoletta Coviello, Patrizia Ciardiello, Valeria Gherardini.

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è relativo ai conflitti che si generano tra la comunità migrante e comunità accogliente in un medesimo territorio. I mutamenti dati dai flussi migratori e dalla crisi economica hanno modificato il tessuto sociale del territorio, generando situazioni critiche che assumono un carattere emergenziale, ovvero:

- l'incremento di migranti richiedenti asilo politico e protezione internazionale in maniera diffusa su tutto il territorio nazionale;
- l'incremento di cassa integrati migranti che hanno investito in mutui;
- richieste di sostegno economico da famiglie a servizi sociali e associazioni;
- la presenza, nelle scuole, di gruppi composti da studenti di varie provenienze;
- richieste di intervento delle forze dell'ordine per controversie di quartiere e vicinato.

Considerando che le persone costruiscono le realtà a partire dalle teorie che adottano, la presenza di persone di provenienza culturale diversa può generare la possibilità che ciascuno interagisca solo in virtù della propria appartenenza culturale. Questo avviene ancor più se le persone della medesima appartenenza culturale interagiscono quasi esclusivamente all'interno dei propri gruppi di origine. Ciò fa sì che in luogo del ruolo di "cittadino" trovino spazio il ruolo di "italiano", "indiano", "pakistano"... Ciò consente l'innescare di processi di frammentazione, esclusione e di situazioni di controversia/conflitto, in quanto ciascun abitante di un territorio percorre strade proprie utilizzando teorie "culturali" e "personali", che rispondono alla tutela di interessi particolari, anziché concorrere al perseguimento di obiettivi per il "bene comune". Le prospettive demografiche del nostro pianeta disegnano scenari orientati ad incremento della popolazione soprattutto nelle zone più povere. I flussi migratori aumenteranno e gli assetti della comunità saranno sempre più caratterizzati da interazioni tra popolazioni migranti e popolazioni accoglienti; la responsabilità delle politiche pubbliche è quella di governare tali assetti interattivi, partendo dall'assunto che sia la popolazione migrante che quella accogliente danno vita alla comunità.

### BENEFICIARI

- Diretti: cittadini immigrati presenti sul territorio della Valle del Chiampo (30), amministrazione comunale (50), servizi socio-sanitari (50), forze dell'ordine (30) e associazioni del territorio



(50).

- Indiretti: i cittadini migranti, i cittadini della popolazione accogliente e i servizi/istituzioni/associazioni e imprese del territorio che beneficiano come parte della comunità locale degli interventi di sviluppo di competenze di cittadinanza e mediazione dei conflitti realizzati nel territorio (n. 67.932 i residenti della Valle del Chiampo), con l'effetto positivo di potenziare l'azione del progetto coinvolgendo e attivando tutta la comunità.

### **TERRITORIO D'INTERVENTO**

Seppur nato dall'esigenza specifica dei comuni dell'Ovest Vicentino di far fronte alle criticità derivanti dai flussi migratori, il progetto considera aspetti trasversali al territorio nazionale.

### **VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO**

Si propone una prassi di governo delle interazioni tra popolazione migrante e accogliente, con l'obiettivo di promuovere la coesione sociale della comunità attraverso lo sviluppo della cittadinanza come responsabilità condivisa nella gestione della comunità di appartenenza. Le persone che abitano una comunità possono trasformarsi da agenti che generano/mantengono frammentazione, insicurezza e controversie/conflitti, a coloro che contribuiscono alla gestione degli aspetti critici della comunità, incrementandone la coesione, la percezione di sicurezza e ottimizzando le risorse economiche disponibili. Questo è possibile se:

- le popolazioni accogliente e migrante si riconoscono vicendevolmente come interlocutori/risorse per la gestione delle esigenze della comunità;
- si sviluppano competenze di cittadinanza, ovvero di perseguimento di obiettivi per il bene comune del territorio di comune appartenenza;
- le politiche pubbliche utilizzano, in un'ottica di integrazione con le realtà non istituzionali del territorio, competenze di cittadinanza per gestire o anticipare criticità del territorio, valutando efficacia e costi-benefici delle azioni intraprese e realizzate.

### **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Le attività realizzate sono le seguenti:

- costruzione della matrice organizzativa del progetto, con una cabina di regia istituzionale e non istituzionale (territoriale), che garantisca un sistema di gestione unico degli interventi di sviluppo di comunità e di mediazione;
- analisi esigenze del territorio, attraverso la conduzione di ricerche esplorative che coinvolgano la cittadinanza in azioni di mappatura delle esigenze;
- formazione del pool territoriale di mediatori (migranti e cittadini);
- eventi e iniziative di promozione del progetto e comunicazione pubblica per la sua diffusione capillare nel territorio;
- progettazione, attuazione, monitoraggio interventi di sviluppo comunità e mediazione civica;
- valutazione dell'efficacia e analisi costi-benefici del progetto;
- eventi e iniziative che consentano di offrire visibilità ai risultati del progetto.

### **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

Il progetto per la prov. di Vicenza ha avuto un budget complessivo di € 432.760,00, con un co-finanziamento di risorse proprie dell'11% (€ 47.603,60) da parte dell'Amm. Comunale come capofila, e un co-finanziamento da parte del Ministero Interni dell'89% (Bando F.E.I.). Secondo le risultanze dell'analisi dei costi-benefici da noi effettuata, i costi sostenuti dalla comunità per la realizzazione degli interventi del Centro di Mediazione civica risultano inferiori a quelli che la stessa sosterebbe nella gestione di un intervento se agissero i servizi territoriali pubblici senza avere a disposizione la presente sperimentazione.



### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Unione Professionisti Matrimonialisti (Associazione U.P.M.)
- **Indirizzo:** via Napoli n. 2 - 71122 Foggia (FG)
- **Mail:** tizianacarella@inwind.it
- **Tel:** 347 1807373
- **Referente:** Tiziana Carella, Psicologa/Psicoterapeuta (tizianacarella@inwind.it)
- **Team di lavoro:** Tiziana Carella (Psicologa/Psicoterapeuta), Giovanni Papa (Psicologo/Psicoterapeuta), Claudia Girardi (Psicologa), Antonio Petito (Avvocato).

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il problema che si intende affrontare è tutto l'ampio spettro delle tematiche psicologiche e psicopatologiche legate all'identità sessuale nei suoi diversi aspetti, in particolare quello dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale. L'identità di genere è il genere in cui la persona si identifica, e può essere congruente o meno rispetto al sesso biologico. Nel secondo caso si parla di disforia di genere, condizione che può comportare l'inizio di un percorso di transizione dal sesso biologico a quello psicologico, che può comprendere cure ormonali, psicoterapia individuale e riattribuzione chirurgica. Gli ingenti costi di tali percorsi sono spesso a carico del Sistema Sanitario Nazionale. Inoltre, non sono da trascurare tutte quelle situazioni in cui altre problematiche psicologiche portano le persone a dubbi in merito alla propria identità di genere. Una diagnosi differenziale in tal caso è indispensabile al fine di attivare interventi psicoterapeutici adeguati. L'orientamento sessuale, invece, è l'attrazione emotiva e sessuale nei confronti del sesso opposto (eterosessualità), del medesimo sesso (omosessualità) o di entrambi i sessi (bisessualità). Successivo alla presa di consapevolezza della propria omosessualità, vi è il processo, non sempre effettuato e mai semplice, del coming out, ossia dello svelamento del proprio orientamento sessuale agli altri. Il coming out comporta l'adozione di un'identità non tradizionale, la ristrutturazione del concetto di sé, e spesso la riorganizzazione della propria esperienza passata (Graglia, Chiari, 2006). Di per sé non è, dunque, un processo semplice e comporta una notevole dose di stress. Studi scientifici hanno messo in evidenza come questa minoranza sessuale possa essere più vulnerabile, poiché più esposta a stressor sociali e subire gli effetti del cosiddetto minority stress, che si riverberano spesso in problematiche depressive, ansiose e al consumo di sostanze stupefacenti (Cochran, Mays, 2006) oltre che in ideazioni suicidarie e suicidi compiuti.

La non accettazione del proprio orientamento sessuale spesso porta a omofobia interiorizzata, ossia al ripudio della propria omosessualità che si esplica in atti omofobi verbali ed espliciti e nel vissuto di parti di sé come disprezzanti. Il bullismo omofobico, invece, riguarda tutti gli atti di prepotenza rivolti a persone apertamente omosessuali o che si pensa lo siano. Rilevante è anche la condizione delle coppie omosessuali, che vivono la mancanza del riconoscimento civile della loro unione, con l'implicito affettivo spesso che il loro legame valga di meno, aumentando intolleranza e omonegatività nei confronti delle persone LGBT. Degna di attenzione è anche la condizione delle "famiglie rainbow", famiglie in cui i figli crescono di fatto con genitori omosessuali. In tali famiglie, soltanto il genitore biologico esercita diritti civili sul figlio mentre l'altro genitore acquisito, seppur esercita di fatto funzioni educative, vive la frustrazione di non potersi dichiarare apertamente genitore dei figli del proprio partner.

## BENEFICIARI

- Beneficiari diretti: preadolescenti, adolescenti e adulti che presentano dubbi rispetto ad aspetti della propria identità sessuale, persone con disturbi dell'identità sessuale, persone che si confrontano con il processo di coming out, famiglie di persone LGBT, coppie omosessuali, persone vittime di discriminazione omofobica, famiglie omosessuali.
- Beneficiari indiretti: adolescenti e adulti che non trovano il coraggio di fare coming out, coloro che mettono in atto atti omofobici, sistemi familiari, contesti scolastici e lavorativi, contesti sociali più allargati.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Puglia.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il cambiamento desiderato sarà reso possibile adottando la teoria del cambiamento per la quale la promozione della salute è quel processo che mette l'individuo nella condizione di aumentare il controllo sulla propria salute fisica e psicologica migliorandole, e di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, facendo fronte all'ambiente circostante o cambiandolo (Graglia, 2009). L'assunzione che guida il progetto è anche quella legata alla teoria della resilienza, per cui eventi potenzialmente stressanti, se affrontati e gestiti, spesso con il supporto di una rete sociale o di servizi medici e psicologici, possono trasformarsi in situazioni di apprendimento di strategie da utilizzare per affrontare altri problemi che possono presentarsi nel ciclo di vita. Inoltre, abbracciando una visione psicologica di tipo sistemico-relazionale, fa auspicare come intervenire sulla persona, coppia o famiglia in disagio possa avere effetti benefici sui sistemi sociali più vasti. Prevenzione, informazione e intervento sono le tre grandi risorse per realizzare il cambiamento desiderato. Prevenzione sugli aspetti psicopatologici e fisici legati alle questioni connesse all'identità sessuale; informazione scientifica sulle questioni connesse all'identità sessuale; intervento psicoterapeutico secondo metodologie scientifiche etiche, efficienti ed efficaci.

## ATTIVITA' E STRATEGIA

- Interventi individuali di consulenza psicologica e di sostegno psicologico.
- Psicoterapia individuale e di gruppo.
- Interventi familiari.
- Consulenza di coppia e psicoterapia di coppia.
- Sostegno alla genitorialità (psicoterapico e legale).
- Sostegno alla omogenitorialità (psicoterapico e legale).
- Eventi formativi e informativi sulle tematiche LGBT.
- Consulenza ed assistenza legale.

Le strategie utilizzate sono quelle del colloquio clinico con l'ausilio dell'ascolto attivo e della testistica psicodiagnostica.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

E' possibile richiedere coperture economiche attraverso la "Strategia nazionale per la prevenzione ed il contrasto alle discriminazioni basate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere" emanata dal Consiglio Nazionale. In assenza di dati specifici circa l'attuale costo che pregiudizi e discriminazioni comportano, si può ipotizzare una riduzione della spesa pubblica in ragione della percentuale della popolazione LGBT (5-10% orientamento non eterosessuale; 1% disforia di genere) e delle loro famiglie. In particolare, se si assumono i dati relativi al risparmio prodotto dallo Psicologo di base sul SSN (17% in meno su spesa farmaceutica e ricoveri - ricerca di Solano) è facile ipotizzare una sovrapposibilità dei dati in percentuale.



## Don't eat but do it - più peso allo sport

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Luana Minasso, psicologa-psicoterapeuta, consulente in psicologia dello sport
- **Mail:** luana.minasso.954@psypec.it - luana.minasso@gmail.com
- **Tel:** 346 3014727
- **Team di lavoro:** Luana Minasso, psicologa-psicoterapeuta, consulente in psicologia dello sport; Daria Fera, psicologa, consulente in psicologia dello sport; Fabrizio Margollicci, psicologo, consulente in psicologia dello sport

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

L'ipotesi progettuale ha come obiettivo la valutazione dell'impatto economico, in termini di risparmio, della presa in carico psicologica e della creazione di percorsi fisico-motori di pazienti adulti affetti da obesità. In Italia vi sono circa 16 milioni di soggetti sovrappeso e oltre 5 milioni di obesi; da un punto di vista economico, l'impatto della patologia, soprattutto dell'obesità grave, supera ogni anno gli 8 miliardi di euro, pari al 6,7% della spesa sanitaria nazionale, a cui aggiungere i costi intangibili, altrettanto gravosi, legati al nucleo sociale dell'obeso (ANCI, Piemonte 2010). Negli ultimi anni la ricerca ha cercato di stabilire particolari quadri psicopatologici che potessero caratterizzare i pazienti obesi (Carano, Berardis et al., 2005). Tra le diverse cause dell'eziopatogenesi dell'obesità un ruolo importante risiede nei fattori psicologici, soprattutto legati ad una condizione di bassa autostima, sensi di colpa e scarsa percezione di auto efficacia (Frost e altri 1990). Negli adulti, l'eccesso di peso corporeo viene definito dall'indice di massa corporea (IMC)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>. L'obesità è definita da un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> e la pre obesità da un IMC compreso fra 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>. Durante l'evoluzione della malattia l'individuo perde progressivamente la propria autostima a causa dei fallimenti dei tentativi di perdita di peso e la situazione psicologica e fisica peggiora progressivamente. Il problema dell'obesità sta avendo un'importanza sempre più crescente dal punto di vista epidemiologico nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) e soprattutto dell'obesità collegata a binge eating disorder (BED), che a sua volta rappresenta uno dei più gravi problemi di salute pubblica a livello mondiale (Leombruni, Fassino, 2009). Considerata la presenza di una sintomatologia complessa e potenzialmente collegata al decorso della patologia primaria del paziente, è necessario evidenziare come la presa in carico dei pazienti affetti da obesità anche da un punto di vista psico-fisico improntato all'empowerment del paziente possa andare a ridurre i problemi legati alla sedentarietà e cronicizzazione della malattia e i relativi costi assistenziali a carico del SSN.

### BENEFICIARI

- Pazienti obesi e in sovrappeso presi in carico a seguito di segnalazione della rete dei medici di base e dei Centri del Disturbo Alimentare della città Metropolitana di Torino aderenti al progetto; i pazienti risulterebbero beneficiari di un nuovo approccio integrato psico-fisico per fronteggiare il disagio derivante dalla malattia.
- Il SSN, che vedrebbe ridotti i costi in merito a recidiva dei ricoveri, numero di esami strumentali e terapie farmacologiche per la gestione della patologia.
- La categoria degli psicologi, che potrebbe trarre vantaggio dall'incremento della domanda di presa in carico per percorsi psico-educativi e psico-fisici.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Piemonte, città di Torino.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Il cambiamento sarà apportato tramite:

- integrazione tra percorsi psico-fisici e psico-educativi già presenti nel SSN in modo da promuovere un cambiamento nello stile di vita delle persone con obesità;
- informazione e sensibilizzazione dei medici di base e dei DCA sulle possibilità di integrare la cura con attività fisico-motorie strutturate sulle specifiche esigenze di pazienti;
- predisposizione di adeguati momenti di formazione per creare competenze condivise tra professionisti nell'ambito della sintomatologia e delle possibili modalità psico-fisiche per intervenire sul problema;
- innovazioni su metodi di intervento psicologici centrati su percorsi fisico-motori per contrastare la patologia in esame.

Il principale assunto di riferimento è che la vicinanza mente-corpo sia un fattore di promozione per il benessere psicofisico, e che la sperimentazione fisica di un cambiamento abbia un'influenza anche a livello cognitivo.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività che si propongono, considerando i beneficiari di questo intervento sono:

- presa in carico a 360° dei pazienti attraverso un percorso di cura psico-educativo e psico-fisico, con momenti di formazione sulla patologie e sulle strategie operative con cui affrontare la patologia, dedicati anche ai famigliari dei pazienti;
- per il Servizio Sanitario Nazionale, la creazione di un database di assessment dei pazienti obesi e in sovrappeso presi in carico nel progetto, sulla base di diversi indicatori psicosociali e monitoraggio dei costi di tali pazienti;
- sensibilizzare e informare medici di base e operatori dei Centri dei Disturbi Alimentari dell'esistenza del progetto e dei suoi obiettivi, al fine di promuovere un incremento di invii di pazienti allo psicologo, e dunque un aumento di lavoro.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

La spesa pubblica legata ai costi diretti ed indiretti dell'obesità che sostiene ogni anno l'Italia è una delle principali voci nel bilancio del Sistema Sanitario Nazionale.

Sulla base delle casistiche internazionali e delle proiezioni future, i costi sono destinati a crescere a causa dell'incidenza della patologia su sempre più persone.

Il costo calcolato per il progetto è pari ad € 27.100.

Si ritiene che il risparmio per la Pubblica Amministrazione sia relativo a:

- riduzione della spesa annua pro capite del SSN per i pazienti osservati in relazione alla media nazionale di pazienti con analoga patologia;
- riduzione degli accessi a presidi medico sanitari dovuti a condizioni di salute legate all'obesità, o in comorbilità con essa, per i pazienti osservati in relazione alla media nazionale di pazienti con analoga patologia.



## FAI META con l'UNIPD

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Università degli Studi di Padova - Ente Pubblico
- **Indirizzo:** Via VIII Febbraio 2, Padova
- **Mail:** urp@unipd.it
- **Tel:** 049 827 5031
- **Referente:** Alessandra Biscaro – Funzionario (alessandra.biscaro@unipd.it)
- **Team di lavoro:** Servizio Tutorato di Ateneo, Scuola di Psicologia, Dipartimenti Psicologici DPG e DPSS e strutture annesse

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il tasso di ritardi e interruzioni degli studi terziari in Italia è particolarmente elevato, con le conseguenti externalità negative sulla Pubblica Amministrazione: su 100 laureati, terminano l'Università "in corso" solo 41 laureati triennali, 34 laureati a ciclo unico e 52 magistrali, con una forte "inefficienza" dei percorsi formativi terziari; il dropout (abbandono degli studi) raggiunge punte del 16-20% solo tra il primo ed il secondo anno nella maggioranza degli Atenei italiani. Ciò provoca costi elevati sostenuti sia direttamente che indirettamente dalla collettività, dalle famiglie e dai singoli a causa di questi ritardi/abbandoni. Programmi di intervento specificatamente orientati alla riduzione dei tassi percentuali di dropout e di ritardo nel completamento dei percorsi di studio appaiono potenzialmente di grande impatto sia sociale (con externalità positive di forte rilievo nella formazione terziaria della popolazione nazionale) che economico (miglioramento dell'efficacia ed efficienza della spesa pubblica relativa alle Università e all'alta formazione).

### BENEFICIARI

- 60.000 studenti iscritti all'Ateneo di Padova.
- Le reti famigliari degli studenti.
- Il sistema didattico dell'Ateneo di Padova.
- Il MIUR.
- Altri beneficiari sono attesi in un'ottica di ottimizzazione degli output formativi terziari nel Sistema-Paese nel suo complesso, aspetto strategico per lo sviluppo economico nazionale.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Veneto. Coinvolgimento del bacino di studenti afferenti all'Ateneo di Padova e della relativa comunità territoriale; oltre alla popolazione di studenti residenti nella Regione Veneto, anche gli oltre 10.000 studenti fuorisede, provenienti da tutte le regioni italiane.

### VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Vi è in psicologia una lunga tradizione di ricerche applicate alla psicologia dell'orientamento agli studi terziari, alla tutorship universitaria e agli interventi finalizzati al contenimento, gestione e riduzione del dropout accademico e dei tempi di laurea. L'Ateneo di Padova è già stato capofila a livello nazionale di progetti innovativi di tutorato universitario, sviluppati dalle esperienze scientifiche di docenti della Facoltà di Psicologia, con lo scopo di studiare e ridurre l'abbandono accademico, il ritardo nei tempi di laurea ed il disagio studentesco; esperienze che, ampliate nel sistema di tutorship dell'Ateneo e messe in rete con i servizi universitari di orientamento e SAP/supporto psicologico, hanno

ricevuto negli anni numerosi riconoscimenti e finanziamenti ministeriali. Il fine è gestire, con una modalità sistemica e multilivello, le cause primarie, secondarie e terziarie dell'abbandono e del ritardo accademico, focalizzando le dimensioni di empowerment psicologico e skills metacognitivi dello studente.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività fanno parte di un paradigma di "prevenzione estesa" e sono dettagliate di seguito.

- Diagnostica: si valutano preventivamente le principali criticità e i processi a esse sottesi e si effettuano monitoraggi didattici in itinere ed ex-post, a livelli di singolo Corso di Laurea e/o esame.
- Prevenzione primaria: onde evitare le condizioni di insorgenza delle criticità potenziali si attuano interventi di orientamento iniziale ed in itinere, di formazione sulle metodologie di studio universitario e su skills metacognitivi, di promozione dell'empowerment psicologico degli studenti immatricolati;
- Prevenzione secondaria: azioni atte a ridurre l'impatto delle criticità emerse, quali counselling didattico, interventi tutoriali, supporto allo studio, gruppi di studio con metodologie di derivazione psicologica.
- Prevenzione terziaria: azioni atte a ridurre le conseguenze di una criticità già intercorsa, quali la gestione del dropout, il contatto rimotivazionale con studenti "dormienti", il supporto psicologico SAP.
- Interventi Sistemici e di Network: relativi alle interrelazioni funzionali tra i vari "attori" e parti del Sistema accademico.

Le macroattività previste sono strutturate come di seguito:

- funzione "Tutorato": attività di supporto ai processi di apprendimento, sviluppati in ottica "peer", e con una forte enfasi sulla dimensione del supporto allo studio strategico e metacognitivamente orientato;
- funzione "Dropout": l'intervento prevede una modalità di monitoraggio attivo dei Corsi di Laurea a maggiore rischio di abbandono, secondo le rilevazioni statistiche di Ateneo;
- funzione "Risvegli": l'intervento prevede un'attività di individuazione e contatto degli studenti con carriera "dormiente", considerati a forte rischio abbandono.

Lo sviluppo dei progetti permetterà in tre anni di:

- approfondire e sviluppare il modello scientifico di riferimento;
- potenziare e ottimizzare la formazione iniziale ed in itinere dei Tutori;
- migliorare l'organizzazione della supervisione e dello scambio operativo tra strutture coinvolte, costituendo una "Comunità di Pratiche".

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Nell'arco di un triennio si immatricolano presso l'Ateneo circa 33mila nuovi studenti. Ognuno di essi ha un costo per la collettività di circa € 8.000/anno (dati OCSE). Di questi, su base statistica, andranno in dropout nei tre anni circa 5.000 (15% anno), per un totale di circa 40 milioni di euro di costo-studente medio generale per la collettività. Sempre nell'arco dei tre anni, si laureano in media 16.000 studenti triennali e altri 10.000 magistrali, con un ritardo medio di laurea di 0,7 anni per la triennale e altrettanti per la magistrale. Il costo, su parametri OCSE, è ingente: 26.000 studenti per € 8.000 Euro/anno = 208 milioni di euro; moltiplicato per 0,7 annualità di ritardo = 145,6 milioni di euro).

Complessivamente, dropout e ritardi di laurea generano circa 185 milioni di euro di costi generali per la collettività, in un solo triennio ed in un solo Ateneo (tra i più virtuosi d'Italia). I margini di risparmio ipotizzati, derivanti da una riduzione del 3-5% dei dropout e dell'8-10% dei ritardi medi di laurea nell'arco di un triennio, sono quindi orientativamente stimabili in circa 13-17 milioni di euro (1,2/1,5 milioni per il dropout, 12-15 per il ritardo). In via teorica, riuscire a esportare simili margini di risparmio a tutto il Sistema Universitario nazionale significherebbe estenderli dagli attuali 60.000 studenti a una popolazione di 1.700.000, portando a 420 milioni il risparmio nell'arco di un triennio.



## Fuoriclasse e Attiva Giovani

### SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Comune di Montecchio Emilia Settore Politiche Sociali - Ente Pubblico
- **Indirizzo:** via Marconi 7, Montecchio Emilia (RE)
- **Mail:** montecchio-emilia@cert.provincia.re.it
- **Telefono:** 0522 861811
- **Referente:** Marta Campion - Psicologa e Psicoterapeuta (martacampion@libero.it)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il lavoro integrato con il territorio sul problema “adolescenti, disagio giovanile e prevenzione” ha permesso di riflettere sui bisogni emergenti di adolescenti e giovani di età compresa tra gli 11 e i 25 anni: ragazzi con scarsa motivazione e interessi, che manifestano fatica e difficoltà nell'apprendimento fra i banchi di scuola, con curriculum scolastici sospesi e percorsi plurimi di insuccesso personale e formativo, in dispersione scolastica. Sono emerse le difficoltà di numerose famiglie nel conciliare il tempo del lavoro e della cura della famiglia, come se per le più fragili e con meno strumenti personali e relazionali fosse impossibile educare.

FUORICLASSE e ATTIVA GIOVANI sono progetti a valenza collettiva promossi e realizzati dal Settore Politiche Sociali in collaborazione con la Parrocchia San Donnino, il Centro di Formazione Professionale Ciofs FP-ER di Bibbiano, studenti universitari e volontari singoli, che hanno permesso di rispondere ai bisogni sopra citati e di rilevare nell'incontro con famiglie, volontari e gruppo di lavoro, nuove esigenze.

FUORICLASSE è rivolto ai ragazzi della scuola secondaria di primo grado per tre giorni alla settimana ed è incentrato sul lavoro motivazionale allo studio e sull'affiancamento extrascolastico nello svolgimento dei compiti. ATTIVA GIOVANI è un progetto di inclusione socio-occupazionale rivolto ai giovani di età compresa tra 15 e 25 anni, realizzato in collaborazione con il Centro di Formazione Professionale Ciofs FP-ER di Bibbiano (RE) e la parrocchia S. Donnino di Montecchio Emilia. L'obiettivo è quello di permettere il confronto con realtà formative e produttive che sappiano sollecitare nei partecipanti interessi e motivazione; promuove e attiva opportunità di crescita professionale e di inserimento lavorativo.

Il lavoro integrato compiuto nella prima annualità dei progetti ha permesso di rilevare alcune difficoltà legate allo stare in relazione con adolescenti e giovani che i genitori stessi e i volontari hanno manifestato. Si ravvede quindi la necessità di promuovere nuovi spazi di pensiero, innovativi percorsi di accompagnamento e di supervisione per i giovani inseriti nel progetto ATTIVA GIOVANI, per le famiglie dei ragazzi inseriti nel progetto FUORICLASSE e per i volontari.

### BENEFICIARI

- Ragazzi tra gli 11 e i 25 anni che partecipano ai progetti FUORICLASSE e ATTIVA GIOVANI.
- Le famiglie dei ragazzi che partecipano al progetto socio-educativo FUORICLASSE.
- Il gruppo di lavoro che collabora per la realizzazione del progetto FUORICLASSE e precisamente insegnanti volontarie, studenti universitari, volontari singoli, educatore territoriale, assistente sociale, referenti della Parrocchia San Donnino.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Emilia-Romagna, città di Montecchio Emilia.



## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'essere a contatto con ragazzi in età pre-adolescenziale innesca situazioni e dinamiche che possono mettere in difficoltà gli stessi operatori e volontari. Il gruppo di lavoro può pertanto risentire sia a livello emotivo che comportamentale di queste situazioni a rischio. All'interno dello stesso gruppo di lavoro sono presenti dinamiche relazionali che si possono innescare a partire da situazioni vissute con i ragazzi o con i colleghi, e vanno anch'esse pertanto affrontate. Si è quindi pensato di inserire nelle riunioni di coordinamento la presenza di una psicologa in compresenza con una tecnica della riabilitazione psichiatrica, per raccogliere le impressioni sui singoli casi, le difficoltà nell'affrontarli e gli aspetti emotivi delle relazioni con i ragazzi e con i colleghi, per fornire un supporto psicologico di gruppo e per promuovere una condizione di maggior consapevolezza e capacità di gestione delle situazioni. È previsto anche un percorso di accompagnamento per il gruppo di genitori.

Nel progetto ATTIVA GIOVANI invece, è necessario lavorare con il gruppo sugli aspetti motivazionali, sulla tenuta emotiva, sul concetto di fatica, per favorire una maggior efficacia del percorso formativo e laboratoriale che viene loro proposto. Si è pertanto pensato di inserire degli incontri di gruppo per sviluppare e potenziare la motivazione al cambiamento e per avviare una psico-educazione che servirà a promuovere la tenuta dei ragazzi nelle sedi lavorative, oltre che dotarli di migliori capacità relazionali.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Sono previste le seguenti attività:

- attività di affiancamento extrascolastico per tre pomeriggi alla settimana realizzata in collaborazione con volontari e studenti universitari e coordinata da un'assistente sociale e da un educatore territoriale;
- riunioni di coordinamento con il gruppo di lavoro coinvolto nel progetto FUORICLASSE con cadenza quindicinale di cui una dedicata al supporto psicologico di gruppo, alla supervisione dei casi, alla formazione in ambito emotivo e di gestione dello stress con la presenza della psicologa e tecnica della riabilitazione psichiatrica;
- percorso di accompagnamento e supporto psicologico per i genitori dei ragazzi inseriti nel progetto FUORICLASSE;
- avvio di percorsi di visita e laboratoriali in diverse realtà professionali e produttive del territorio con successiva scelta e attivazione di uno stage formativo rivolto a giovani di età compresa tra i 15 e i 25 anni in dispersione scolastica e non inseriti in altri contesti di formazione professionale;
- percorso di accompagnamento per il gruppo di giovani inseriti nel progetto ATTIVA GIOVANI sullo sviluppo motivazionale e psicoeducazione.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il costo del progetto è di € 30.824. Il lavoro con i gruppi comporta, grazie all'omogeneità di bisogno, un risparmio per la Pubblica Amministrazione, in quanto permette una ottimizzazione delle risorse umane, finanziarie e di tempo-lavoro impiegate. Crediamo tuttavia che il maggior grado di risparmio della spesa pubblica possa in particolar modo riguardare le ricadute sul contesto locale nel lungo periodo tramite la promozione di un maggior benessere. Questo è reso possibile lavorando sulla prevenzione al disagio giovanile, sulle dinamiche di gruppo, sulla fragilità delle famiglie, promuovendo sinergie tra scuola, famiglia, servizi sanitari e agenzie educative per il tempo libero sulle sempre più frequenti diagnosi dei disturbi speciali dell'apprendimento e del comportamento.

Nel risparmio per la P.A. rientra anche l'ottimizzazione di tempo lavoro degli operatori del servizio sociale e del servizio di educativa territoriale, chiamati diversamente ad intervenire in stretta connessione con le agenzie educative e i soggetti della rete informale di aiuto, in situazioni di disagio conclamato.



## Generare Welfare. Da segni internalizzanti ed esternalizzanti, allo sviluppo dell'individuo e del capitale umano

### SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Comune di Vigasio – Ente pubblico
- **Indirizzo:** via Montemezzi 17, Vigasio (VR)
- **Mail:** sociale@comune.vigasio.vr.it
- **Telefono:** 045 7363700
- **Referente:** Daniele Venturini – Istruttore Coordinatore Servizi alla Persona
- **Mail:** sociale.venturini@comune.vigasio.vr.it

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Con l'inizio del nuovo millennio si possono cogliere due importanti processi che hanno influito sul Welfare italiano:

- la crisi economica e finanziaria mondiale, che ha determinato una maggiore povertà nella popolazione, in particolare nei nuclei famigliari e nelle persone più fragili, quali famiglie con figli, con disabili, ecc.;
- la riorganizzazione di organi, funzioni, personalità giuridiche degli enti pubblici (anche in termini di finanziamenti economici) che ha completamente ridimensionato le disponibilità finanziarie del Welfare.

Il Comune di Vigasio è un territorio di "cintura" a sud della città di Verona. Si estende su una superficie di circa 31 km<sup>2</sup> ed è popolato da circa 10.000 abitanti. Ha avuto un elevato incremento demografico dal 2001. Con la crisi socio economica mondiale e la contrazione di risorse di Welfare statale italiano, il Comune di Vigasio si è trovato ad affrontare da una parte i crescenti disagi derivanti dalla crisi e dalla conseguente disoccupazione e dall'altra la limitazione delle risposte ai bisogni per la scarsità di risorse del Welfare. L'investimento da parte di terzi (quali Casse previdenziali, Fondazioni, ecc.) diventa importante perché rende proficua la collaborazione con l'Ente pubblico: il comune infatti può attivare processi che coinvolgano fasce di popolazione che vivono in condizione di fragilità, inserendole nella produzione di attività e beni (promossi dal comune attraverso processi finanziati dagli enti terzi), permettendo loro di avere un minimo reddito garantito.

In questo modo il progetto permette la rioccupazione di persone disoccupate, inoccupate o fragili, conferendo loro un ruolo costruttivo nella comunità locale e nelle reti di appartenenza. Queste persone quindi non rappresentano più un costo assistenziale per l'ente locale, ma diventano capitale umano di un Welfare generativo.

### BENEFICIARI

- Diretti: 5 adulti disoccupati e 5 giovani inoccupati (in conseguenza della crisi del 2007); 5 invalidi civili.
- Indiretti: 140 persone della rete famigliare; 10.000 persone della comunità; 5 enti pubblici e del non profit; 175 persone non diversamente impiegabili, alle quali andranno le risorse risparmiate dagli organismi nei confronti dei beneficiari diretti.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Veneto, città di Vigasio.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Gli aspetti del cambiamento sono rappresentati da:

- inclusione lavorativa attraverso la costituzione di un'impresa sociale tra disoccupati, inoccupati, disabili inoccupati per realizzare prodotti agricoli (coltivazione terre incolte), beni e accessori per la persona (attraverso il riutilizzo di materiali non usati da industrie) o lavorare materiali non più usati da cittadini (riciclaggio);
- creazione di una microeconomia a vantaggio della collettività estesa;
- produzione di un proprio reddito (non gravando sulla spesa pubblica di intervento di Welfare del Comune);
- reinvestimento nella società di denaro attraverso la percezione di un proprio reddito.

Allo stato attuale della crisi è quindi riconosciuto che parte delle risorse destinate al Welfare riducono l'efficienza del sistema economico nazionale. Le politiche retributive del passato non hanno dimostrato un'efficienza e risulta necessario incrementare gli scambi sulla reciprocità valorizzando le persone e le relazioni che sostengono le capacità (Polany K., *La grande trasformazione*, 2010).

Gli elementi chiave che incidono sul problema sono:

- reti di enti (coordinamento dell'ente pubblico e partnership con enti profit e non profit);
- valorizzazione delle abilità e potenzialità delle persone coinvolte nel progetto;
- riqualificazione delle risorse da investire;
- reciprocità contrattuale tra persone ed enti coinvolti nel progetto;
- monitoraggio e verifica delle azioni risultanti.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Le attività per i beneficiari riguardano:

- attività lavorative di coltivazione di terre incolte (o comunque non produttive) attraverso mezzi a sistemi biologici/integrati;
- attività di commercializzazione delle produzioni orticole attraverso reti di aziende e società;
- produzione di beni e utensili attraverso materiali non utilizzati, in collaborazione con aziende di fama nazionale e internazionale e loro commercializzazione;
- risistemazione di materiali e prodotti dismessi per successiva commercializzazione.

Le strategie riguardano:

- il reclutamento delle persone da impiegare attraverso la banca dati delle situazioni prese in carico dai servizi alla persona del Comune;
- la partnership con enti non profit per inquadramento lavorativo delle persone;
- la formazione di base delle persone;
- il sostegno allo sviluppo di motivazione, competenze, integrazione nell'ambiente lavorativo attraverso uno psicologo;
- condivisione della mission del progetto e della organizzazione produttiva attraverso uno psicologo;
- il sostegno psicologico al gruppo dei beneficiari e allo staff lavorativo.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il risparmio per il sistema di Welfare è di 162.000 euro, rappresentato da:

- risparmio diretto per il comune: € 60.000 per persone disoccupate/inoccupate e € 30.000 per invalidi civili disoccupati;
- risparmio del Welfare esteso: € 72.000 per 15 persone disoccupate/inoccupate e invalidi civili.



# La Behavior Analysis al servizio della sicurezza sul lavoro: costruire comportamenti per ottenere risultati misurabili

## SCHEMA ANAGRAFICA

- **Proponente:** A.A.R.B.A. Association for the Advancement of Radical Behavior Analysis
- **Indirizzo:** corso Sempione 52, Milano
- **Mail:** segreteria@aarba.it
- **Telefono:** 02 40047947
- **Referente:** Fabio Tosolin – Presidente (segreteria@aarba.it)
- **Team di lavoro:** Fabio Tosolin-Presidente, Maria Gatti-Segretario, Alessandro Valdina-Ricercatore, Paola Silva-Ricercatore, Alberto Tosolin-Ricercatore, Morgan Aleotti-Ricercatore

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La situazione della sicurezza sul lavoro in Italia è caratterizzata da un elevato numero di infortuni e di malattie professionali. Dal rapporto annuale INAIL del 2013 emerge come vi siano state 695 mila denunce di infortuni sul lavoro, 460 mila dei quali sono stati effettivamente riconosciuti e 660 di essi sono stati mortali.

Benché siano numeri inaccettabili, si rileva come il trend degli infortuni sia comunque in calo:

- I 695 mila infortuni denunciati all'INAIL nel 2013 sono stati circa il 7% in meno rispetto a quelli del 2012 e il 21% in meno rispetto ai 790.000 del 2009;
- I 660 morti del 2013, sono decisamente meno dei 920 del 2011 e dei 1.053 del 2009.

Il trend in diminuzione del numero di infortuni deve però tenere conto della contrazione del numero di ore lavorate, conseguente la situazione di crisi che ha colpito le aziende italiane a partire dal 2008.

Rispetto ai dati infortunistici, Du Pont ha riscontrato che, su 10 anni lavorativi, il 96% delle assenze per incidenti sono da imputare ad azioni non sicure da parte dei lavoratori, e solo il 4% è ascrivibile a condizioni non sicure del posto di lavoro (Terry E. McSween "The Values-Based Safety Process", 2003). La comunità scientifica concorda sul fatto che più dell'80% degli infortuni è il risultato di una condotta incauta dei lavoratori e non delle condizioni di sicurezza sul lavoro (Heinrich, H.W., 1959, Industrial Incident Prevention, 4th ed., McGraw-Hill, New York). Questi dati hanno spinto gli psicologi comportamentali ad applicare i principi della Behavior Analysis all'ambito organizzativo, delineando un protocollo atto a migliorare i comportamenti di sicurezza degli operatori, noto come Behavior-Based Safety (BBS). La BBS è un protocollo evidence-based, consistente cioè in una serie di step da seguire rigorosamente per replicare i risultati in letteratura, che permette una riduzione media degli infortuni del 54% in tre anni (Sulzer-Azaroff, Beth, and John Austin, "Does BBS work", Professional Safety 45.7, 2000: 19-24). Tale efficacia in ambito lavorativo è provata da innumerevoli esperimenti randomizzati e controllati di 3° livello e da metanalisi comparative sia in Italia che nel resto del mondo (L. Carrara, 2011).

## BENEFICIARI

Lavoratori e lavoratrici di tutti i settori.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Mondiale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

L'Organizational Behavior Management (OBM) è la disciplina fondata sulle leggi scientifiche che spiegano il comportamento umano e che ne consentono la previsione e il controllo all'interno del contesto lavorativo. Nell'ambito dell'OBM diverse tecniche sono state messe a punto e collaudate nel corso degli ultimi 40 anni. In particolare, la Behavior Based Safety (BBS) è il protocollo che consente di ridurre drasticamente il numero di incidenti in ambito lavorativo. La BBS individua nella Behavior Analysis (l'analisi del comportamento) il proprio schema scientifico di riferimento e il modus operandi, rigorosamente evidence-based: il metodo fonda il suo successo sulla capacità di agire direttamente alla radice delle "cause" dei risultati aziendali, vale a dire sui comportamenti e sulle loro contingenze. Caratteristica peculiare della BBS è agire, oltre che sui comportamenti di tipo motorio (indossare i DPI, anticipare le richieste del supervisore, agire in assenza di ordini specifici o in presenza di alternative concorrenti, ecc.), anche sui comportamenti verbali ed emotivi, che sono alla base dei valori e della cultura aziendale. Per questa ragione il processo di sicurezza comportamentale è anche detto Values Based Safety Process (VBSP). Il processo garantisce l'aumento dei comportamenti sicuri, in una percentuale che varia tra il 9 e il 157% (Grindle, Dickinson e Boettcher, 2000). Citiamo come esempio lo studio in contesto ospedaliero, durato 26 settimane, del dott. Cooper (Cooper M. e altri, Changing personnel behavior to promote quality care practices in an intensive care unit, The clinic risk management, 4, 321-332, 2005): al termine del periodo sperimentale è stato rilevato un aumento dell'emissione dei comportamenti sicuri agiti dalle infermiere nei confronti dei pazienti (dal 72% a 86%) e, in contemporanea, una significativa diminuzione delle infezioni crociate contratte. Gli psicologi di AARBA a loro volta hanno implementato il protocollo BBS in due strutture ospedaliere a inizio 2014, affiancando l'INAIL nel progetto strategico PMS 50/08.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Indichiamo di seguito le attività specifiche offerte ai beneficiari che coincidono con le fasi del protocollo:

- presentazione del progetto alla dirigenza, alle rappresentanze sindacali e al personale operativo;
- Functional Behavioral Assessment, che prevede un'analisi in merito all'organizzazione del lavoro e alle specifiche problematiche di sicurezza attraverso un behavioral functional assessment;
- progettazione: dopo un seminario di formazione, il gruppo di progetto, composto da persone provenienti da tutte le aree, definisce la Mission specifica, elabora le checklist dei comportamenti sicuri che i lavoratori devono mettere in atto al fine di ridurre gli infortuni, provvede alla loro verifica sul campo, definisce le linee guida per condurre le osservazioni e il sistema di misurazione, definisce il sistema premiante;
- seminari formativi per osservatori e safety leader;
- avvio del processo attraverso attività di coaching in campo e monitoraggio continuo.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Le uscite di competenza di INAIL relative agli infortuni sul luogo di lavoro sono quantificate da INAIL in 9 miliardi e mezzo per il 2013. Essendo la BBS un protocollo che riduce di 2/3 il numero di infortuni in due anni, risulta automatico percepire l'immane risparmio che lo stato registrerebbe se il protocollo fosse uniformemente applicato nella realtà produttiva italiana. Guardando al 2013 ad esempio, avremmo ottenuto un risparmio di circa 6 miliardi di euro. Lo stesso avviene anche nell'ambito sanitario, dove il risparmio deriva dalla mancanza non solo dei costi legati all'infortunio del personale, ma anche alla possibilità di evitare profilassi del personale e rischio infezioni per i pazienti.



## La rete di Proteo: progetto per la presa in carico multidisciplinare dei soggetti affetti da DIG e DSD

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Kyklos Associazione Onlus
- **Indirizzo:** Piazza Sant'Oliva 37 – 90141 Palermo
- **Referente:** Barbara Vallesi Cardillo - Presidente
- **Mail:** barbaravallesi@gmail.com; barbara.vallesicardillo.156@psypec.it
- **Team di lavoro:** Barbara Vallesi Cardillo, Alessia Riolo, Viviana Giardina

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il nostro progetto intende focalizzarsi sulla cura integrata dei DSD (disordini della differenziazione sessuale) e dei DIG (disforia di identità di genere) che, a volte, risultano correlati. I nati con diagnosi medica di DSD rappresentano l'1,7% della popolazione italiana (1/4.500 abitanti).

Le storie di chirurgia e di silenzio, caratteristiche dei vecchi protocolli medici, hanno lasciato i bambini e le famiglie incapaci di affrontare molti dei traumi associati all'intersessualità, ivi inclusi lo stigma, la vergogna, le complicazioni chirurgiche e le potenziali questioni di identità sessuale e di genere.

Le moderne linee guida americane delineano raccomandazioni per trattamenti alternativi che, oltre a rimandare gli interventi chirurgici necessari, richiedono l'inserimento di psicologi come parte integrante di un team interdisciplinare di trattamento.

Ci sono numerose ragioni per rivedere i protocolli fino ad ora utilizzati: ad esempio, la chirurgia ricostruttiva per i genitali in età pediatrica ha un alto tasso di complicanze e ci sono pochi dati sulle indicazioni, sui rischi a lungo termine o sull'efficacia di questi interventi. L'assegnazione del sesso non è un processo infallibile e in letteratura sono stati riportati numerosi "fallimenti" (circa il 40%). Rimandare la chirurgia ad un'età più matura della vita potrebbe ridurre non solo il tasso di futuri spostamenti di genere, ma anche, per coloro che sono stati assegnati senza successo, le conseguenze fisiche/psichiche di procedure chirurgiche precedenti.

Questa condizione è spesso avvolta nel silenzio e nella menzogna: ai genitori viene consigliato di mantenere il segreto e sono spesso poco informati sulle condizioni di salute del loro bambino; i bambini con DSD quindi non sono solo male informati circa i loro corpi, ma non hanno neanche il sostegno dei loro genitori quando chiedono chiarimenti e informazioni.

### BENEFICIARI

- Diretti: individui con condizione di DSD e DIG e i loro familiari.
- Indiretti: personale medico e paramedico che si occupa dei pazienti affetti da DIG e DSD e delle loro famiglie.

La mancanza di un team multidisciplinare orientato in senso psicologico ha comportato che parte del peso e delle problematiche legate alla presa in carico di questi pazienti gravasse sul personale medico e paramedico, non adeguatamente preparato a gestire il disagio psicologico e sociale di queste persone, con conseguente abbassamento del livello generale di soddisfazione percepita sul lavoro, casi di stress lavoro-correlato, difficoltà nella gestione dei drop-out.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Sicilia, strutture ospedaliere di riferimento del territorio di Palermo.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Questa idea progettuale si colloca in continuità con i principi dei nuovi protocolli di trattamento alternativi e si caratterizza per il coinvolgimento di psicologi, i quali siano garanti di costruire un intervento centrato sul paziente.

Secondo le linee guida per il trattamento dei DSD in età infantile (Intersex Society Of North America) del 2006, assimilate dal SSN italiano nel 2012, l'obiettivo del trattamento dei DSD è il benessere fisico, psicologico e sessuale a lungo termine del paziente. Curare gli aspetti psicologici del paziente con DSD rappresenta una via di prevenzione di errori di attribuzione precoci del sesso, dunque un modo per ridurre il tasso di futuri spostamenti di genere, riducendo così anche i costi per il SSN; rappresenta inoltre un intervento di prevenzione primaria e secondaria del burnout dei medici che trattano i casi di DSD, e un trattamento degli aspetti traumatici legati alla patologia sia per il paziente che per la sua famiglia.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto prevede l'istituzione di uno sportello informativo e di sostegno e cura per i pazienti e le loro famiglie. A preparazione dell'avvio dello sportello, verranno predisposte 8 giornate di studio multidisciplinare finalizzate alla formazione e alla creazione di un gruppo di lavoro formato da diversi professionisti, che parlano linguaggi

differenti e che sostengono culture della cura a volte molto lontane fra loro. Le giornate di studio, che si concluderanno con un Convegno divulgativo e pubblicitario, elaboreranno e prepareranno il terreno per l'implementazione delle nuove linee guida, e proveranno a fare convergere le differenti prospettive di approccio in una modalità operativa comune.

Al termine della prima fase progettuale si attiveranno gli sportelli di ascolto, che si rivolgeranno ai pazienti con DSD e alle loro famiglie.

Verranno poi svolte diverse attività di supporto rivolte a:

- pazienti bambini/adolescenti: diagnosi e gestione della salute psichica, valutazione dello stato cognitivo ed emotivo, accompagnamento al processo decisionale, determinazione dello stato del rapporto paziente/genitori e promozione dell'equilibrio dello stesso, aumento della consapevolezza sugli aspetti che riguardano la condizione del suo corpo e sugli aspetti emotivi correlati, valutazione della necessità di intervenire chirurgicamente;
- pazienti adulti: assistenza terapeutica per affrontare il trauma e lo stigma, supporto a sviluppare le competenze di empowerment, informazione precisa sul proprio stato fisico, sulla storia chirurgica nonché sulle questioni psicoeducative per quanto riguarda il trauma, la sessualità, la biologia e la diversità umana;
- genitori: sostegno al percorso di trattamento dei figli, promozione di gruppi di supporto, assistenza nella cura del loro rapporto con i figli, riduzione del vissuto di isolamento e unicità, aiuto nel rapporto con gli insegnanti e con qualsiasi altra figura sia necessario informare delle condizioni del bambino;
- medici: spazi di supporto per sviluppare un sistema integrato e multidisciplinare basato sulla discussione regolare in gruppo, prevenzione primaria e secondaria del burnout.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Stimiamo un risparmio annuo del SSN di € 57.400 dovuto ad operazioni di spostamento di genere e sesso non effettuate e quindi alle relative complicitanze post operatorie non sopravvenute.

Vanno poi considerati altri aspetti non immediatamente monetizzabili, ma ugualmente incisivi come impatto sull'economia della Pubblica Amministrazione quali:

- effetto sul lavoro del personale sanitario dovuto al diminuito livello di burnout;
- effetto sulla qualità della vita dei familiari.



## Le amministrazioni comunali del torinese affrontano la crisi economica attraverso l'ausilio della psicologia

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Comune di Volvera - Ente pubblico
- **Indirizzo:** via Vincenzo Ponsati 34, Volvera (TO)
- **Mail:** comune.volvera.to@legalmail.it
- **Tel:** 011 9857200
- **Referente:** Massimo Zedda e Anna Rita Rocca (massimo@zedda.it; annaritarocca@alice.it)
- **Team di lavoro:** Massimo Zedda, Anna Rita Rocca - Assessore, Antonietta Lamura - Assessore, Ivan Marusich - Sindaco

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

I comuni della provincia di Torino sono particolarmente colpiti dalla crisi.

Le aziende produttive e i settori dell'indotto delle principali industrie torinesi soffrono del perdurare della crisi: sempre più attività chiudono, e non vi è nessuna prospettiva che possano riprendere nel breve periodo.

Questo comporta che sempre più famiglie si trovino a doversi confrontare con una mutata prospettiva di vita e che si debba modificare il proprio progetto lavorativo e personale, ad esempio rinunciando alla prosecuzione degli studi per i figli, all'acquisto di una casa, alla continuazione di una professione a cui si è dedicata tanta fatica.

Tale mutamento causa disagio, con evidenti ricadute sul piano fisico e psicologico.

Potere intervenire sul problema è un dovere che le amministrazioni locali sono chiamate ad affrontare e l'aiuto degli psicologi è un elemento chiave per un intervento mirato e proficuo.

### BENEFICIARI

Disoccupati, lavoratori, artigiani, commercianti, imprenditori e liberi professionisti.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Piemonte, città di Volvera, Piossasco e None.

### VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Le amministrazioni pubbliche sono i primi luoghi dove i segnali della crisi diventano tangibili: le persone che perdono il lavoro e coloro che conseguentemente si trovano a concludere un rapporto professionale (negozianti, artigiani, ecc.) si rivolgono ai comuni per chiedere risposte.

Tali risposte non possono essere solo di tipo economico (contributi alle attività o sostegno alle famiglie), ma devono necessariamente passare attraverso il sostegno, l'accompagnamento al cambiamento, l'orientamento verso nuove forme di lavoro, nuove professionalità, nuove ridefinizioni del proprio progetto di vita.

Lo sportello che verrà proposto ha l'obiettivo di offrire - a coloro che vorranno beneficiarne - una consulenza gratuita per valutare le aspettative che lavoratori, artigiani, negozianti, imprenditori avevano e pianificare contestualmente un nuovo progetto di vita che tenga conto del mutato contesto in cui i cittadini sono inseriti.



## **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Le attività specifiche offerte ai beneficiari sono degli sportelli di ascolto della durata di due ore; tali sportelli saranno distribuiti sul territorio dei tre comuni coinvolti nel progetto (Volvera, Piosasco e None).

## **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

Per quanto riguarda i costi calcoliamo: una riduzione dei contributi sui servizi alla persona come mensa (€ 120.000 euro), trasporti (€ 10.000 circa), pagamenti bollette utenze ed aiuti su locazione (€ 80.000 circa).



# Non mollare! Percorsi di prevenzione dell'abbandono universitario: il ruolo di motivazioni ed emozioni

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Laboratorio APsyM Università di Verona - Ente pubblico
- **Indirizzo:** Lungadige Porta Vittoria 17, Verona
- **Mail:** segreteria.dfpp@ateneo.univr.it
- **Tel:** 045 8028053
- **Referente:** Daniela Raccanello – Ricercatrice (daniela.raccanello@univr.it)
- **Team di lavoro:** Daniela Raccanello - Ricercatrice, Margherita Brondino - Assegnista di Ricerca, Margherita Pasini - Professore Associato

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La questione del drop-out universitario, così come quella degli studenti universitari “fuori corso”, è un problema di rilevanza numerica: nell'anno accademico 2010-2011 era fuori corso il 33,6% degli iscritti nelle università italiane, e uno studente su sei non si iscriveva al secondo anno (rapporti Eurostudent IV, 2008-2011). Secondo il XVI Rapporto AlmaLaurea 2013, i laureati di primo livello hanno in media quasi 26 anni. Questo significa che, statisticamente, si accumulano circa quattro anni fuori corso (pur considerando che non tutti si iscrivono subito dopo il diploma).

Il focus del progetto riguarda la prevenzione di fenomeni di fallimento durante il percorso universitario (drop-out e studenti fuori corso). In una prima fase, già avviata, il focus è lo studio del valore predittivo di indicatori di natura emotivo-motivazionale, misurati durante il primo anno di corso, su indicatori di carriera accademica. L'esame di tale relazione è fondamentale per la seconda fase, in cui si prevede la messa in atto di un intervento per potenziare alcuni aspetti legati ad emozioni e motivazioni, con lo scopo di prevenire fenomeni di insuccesso accademico. Due gli obiettivi principali:

- un obiettivo di tipo teorico-applicativo, riguardante l'accrescimento della consapevolezza sul fenomeno dell'abbandono e del fuori corso nei soggetti interessati all'interno e all'esterno della struttura universitaria. Il raggiungimento di tale obiettivo è reso possibile attraverso lo studio delle relazioni tra emozioni, motivazioni e carriera accademica, e tramite la costruzione di strumenti validati che permettano un costante monitoraggio
  - un obiettivo maggiormente centrato sugli aspetti socio-educativi orientati al benessere delle persone, riguardante la possibilità di mettere in atto interventi per il potenziamento di dimensioni emotivo-motivazionali in studenti identificati come “a rischio” su tali dimensioni
- Rispetto al raggiungimento del primo obiettivo sono stati già raccolti dati su circa 2000 studenti.

## BENEFICIARI

- Beneficiari diretti: gli studenti del Corso di Laurea Triennale di Scienze della Formazione nelle Organizzazioni dell'Università di Verona, immatricolati nell'anno accademico 2015-2016 che in base a rilevazioni su aspetti emotivi e motivazionali risulteranno “a rischio” (si stimano 90 studenti); studenti tirocinanti della Laurea Magistrale che esercitano nei confronti degli studenti “a rischio” un'attività di tutorato (con supervisione)
- Beneficiari indiretti: famiglie e collettività su cui gravano i costi dell'istruzione universitaria; Collegio Didattico del Corso di laurea oggetto di sperimentazione.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale, bacino di utenza dei corsi di laurea coinvolti.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

- Assunzioni per la riuscita del progetto: la ricerca in psicologia documenta il ruolo di fattori cognitivi, motivazionali ed emotivi nel favorire la riuscita e prevenire il fallimento accademico (Durlak et al., 2011; Graham & Weiner, 2012; Pekrun, 2006), anche nel contesto italiano (es. Brondino, Raccanello, & Pasini, 2014).
- Elementi chiave della soluzione: rafforzamento di evidenza empirica (rilevabile dai dati già raccolti) che individua variabili emotivo-motivazionali come predittori della prestazione accademica, quindi connesse a drop-out e fuori corso; individuazione precoce degli studenti "a rischio" tramite strumenti validi di rilevazione delle percezioni emotivo-motivazionali che caratterizzano attività o esiti legati a contesti di apprendimento; uso di metodologie formative sulla relazione corpo-mente-emozioni, per una maggiore consapevolezza emotivo-motivazionale (pratica della pedagogia di Freire, cammino della Nonviolenza Gandhiana, teatro dell'oppresso di Boal).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il progetto prevede una prima attività che consiste nella rilevazione iniziale delle percezioni emotivo-motivazionali connesse ai contesti di studio e ai contesti valutativi dei circa 225 studenti che si immatricoleranno al primo anno nell'anno accademico 2015-16 per individuare gli studenti "a rischio". Tra gli studenti della Laurea Magistrale in Formazione e sviluppo delle risorse umane saranno poi individuate delle figure di "tutor" degli studenti "a rischio". Le attività proposte sono:

- intervento formativo per gli studenti "a rischio" basato su metodologie quali la pratica della pedagogia di Freire, il cammino della Nonviolenza Gandhiana e il teatro dell'oppresso di Augusto Boal, per individuare criticità e risorse per l'avvio di un cambiamento individuale nella sfera emotivo-motivazionale legata agli apprendimenti
- attività di tutorato per gli studenti "a rischio" tramite sportello e di coaching individuale gestito dai tirocinanti tutor
- percorso di formazione e di supervisione per "tirocinanti tutor" consistente in incontri di gruppo condotti da un formatore con il supporto di un supervisore del progetto
- rilevazione in itinere delle percezioni emotivo-motivazionali secondo un disegno di ricerca longitudinale e dei dati di carriera accademica, monitorando il numero di esami sostenuti e il voto medio negli esami superati, su tutti gli studenti coinvolti nella prima rilevazione. In questo modo sarà possibile disporre di due gruppi di controllo, costituiti l'uno dagli studenti "a rischio" che non beneficeranno delle attività e l'altro dagli studenti non a rischio. Questo disegno di ricerca sarà utile per la valutazione dell'efficacia del progetto

Considerando i beneficiari indiretti, in particolare il Collegio Didattico dei corsi di laurea coinvolti, le famiglie degli studenti e la comunità di appartenenza, si prevedono attività mirate di diffusione dei risultati quali riunioni periodiche con gli altri soggetti aderenti.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Ipotizzando che su circa 90 studenti a rischio, 50 di questi diano la disponibilità a partecipare al percorso di formazione e usufruiscano del servizio di tutorato, si verificherebbe questo scenario: Costi totali del progetto: € 133.920,61 (finanziamento richiesto a completamento della copertura dei costi indicati: € 64.440,00).

Costi sociali attuali: € 1.075.250,00 (Costo totale per le famiglie: € 107.525,00 + Costo totale per la pubblica amministrazione: € 967.625,00).

Totale risparmio per P.A, al netto dei costi del progetto: € 903.285,00.



## Protezione giuridica persone fragili

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** AGAPE – Società Cooperativa Sociale Onlus A.R.L.
- **Indirizzo:** via Figari 7, Cagliari
- **Mail:** info@agapesardegna.it
- **Telefono:** 0702359757
- **Referente:** Annalisa Mascia - Presidente/Rappresentante Legale
- **Mail:** a.mascia@agapesardegna.it

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il progetto mira a sostenere, migliorare e implementare gli ambiti di azione della normativa che istituisce la figura dell'Amministratore di Sostegno (legge n. 6/2004), che ha lo scopo di aiutare chi, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi (art. 404 c.c.) e aspira invece alla piena realizzazione di quei diritti di integrazione sociale sanciti dalla nostra Costituzione.

Sempre più spesso leggiamo e sentiamo notizie di casi di truffa e inganno ai danni del disabile/anziano da parte di persone che si appropriano del loro patrimonio. Ciò accade quando la persona non è più in grado di gestire autonomamente la propria situazione economica e non dispone di una figura specifica, quale appunto l'Amministratore di Sostegno (AdS).

In altri casi le persone che arrivano al nostro Servizio di Protezione Giuridica delle Persone Fragili non hanno nessuna fonte di sostentamento economico. Le cause principali sono: provvidenze spettanti non attivate, fondi trattenuti da terzi, proprietà immobiliari non sfruttate.

I problemi presi in analisi sono meritevoli di investimento in quanto attraverso il servizio si tutelano i diritti di coloro che non sono più in grado di gestirsi in completa autonomia e che sono quindi a completo carico dello Stato, garantendo loro un miglioramento sia economico sia della qualità di vita, con conseguente incremento della loro integrazione e inclusione nel tessuto sociale.

Il progetto rappresenta la tappa di un percorso di cittadinanza attiva nel territorio, che riconosce nel cittadino fragile un soggetto portatore di valori e competenze che può contribuire a operare scelte responsabili legate al territorio in cui abita.

Grazie al lavoro degli AdS, che aiutano il beneficiario a risolvere dispute, percepire provvidenze spettanti, recuperare fondi, utilizzare immobili propri, si favorisce un enorme ritorno economico nelle casse della P.A.e, alleggerendo di conseguenza la Spesa Pubblica.

### BENEFICIARI

- Diretti: persone con disabilità fisiche, dipendenze, disagio, anzianità, senza fissa dimora e/o di minore età; l'Assessorato ai Servizi Sociali e l'Assessore di riferimento.
- Indiretti: famiglie dei destinatari, CSM, Serd e Uepe di riferimento, personale di Cancelleria, Giudici Tutelari.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Regione Sardegna, province di Cagliari.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Intendiamo creare il cambiamento desiderato attraverso la progettazione congiunta dei servizi. La costituzione di equipe multidisciplinari garantisce l'attivazione di percorsi di confronto, coordinamento e integrazione. Il cambiamento è inteso come il ridisegno dei processi produttivi, partendo dalla persona fragile e dai suoi bisogni, in un sistema di interazione e approccio integrato tra soggetti istituzionali e non, nella cura collettiva della responsabilità sociale.

La reingegnerizzazione del processo ha mostrato ampi spazi di miglioramento sia dal punto di vista dei benefici per gli utenti, che di costi di produzione (Longo, F. 2007).

Gli elementi chiave dell'intervento in grado di fare la differenza sull'impatto sociale sono:

- Stakeholder;
- risorse impiegate ed erogazione (input);
- prestazioni (output);
- visione del cambiamento (outcome).

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il servizio nello specifico svolge attività che sostengono sia il beneficiario soggetto fragile, sia la sua famiglia. Esse si suddividono in:

- attività istruttoria: viene svolta in raccordo con i servizi sociali e socio-sanitari di base ed è relativa alla raccolta di informazioni sulla condizione psico-fisica dell'assistito;
- attività gestionali: all'Amministratore di Sostegno può essere affidata sia la cura del patrimonio del beneficiario che la cura della sua persona; i compiti che l'Amministratore svolge sono definiti caso per caso nel decreto di nomina con cui viene creato il progetto su misura;
- monitoraggio e verifica: il servizio dispone di un Coordinamento che coinvolge tre figure: uno psicologo (responsabile del servizio), un educatore (che si occupa dell'aspetto amministrativo e gestionale), un giurista (che si occupa dell'aspetto legale). L'intero Coordinamento supporta e monitora le attività.

La strategia del servizio corrisponde al lavoro di supervisione degli Amministratori di Sostegno che possono condividere buone prassi e che, senza il supporto dell'equipe, avrebbero agito in solitudine azzardando scelte non strettamente attinenti alle proprie competenze.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Il risparmio che la pubblica amministrazione può ottenere dalla realizzazione del progetto è un risparmio doppio:

- immateriale, relativo al tempo risparmiato negli uffici pubblici su richieste difficilmente evadibili riportate dagli utenti;
- materiale, relativo alle risorse economiche degli stessi utenti sbloccate e in ingresso nelle casse comunali per risoluzione di debiti stagnanti.

Quantificare il risparmio è una formula complessa, quindi solitamente facciamo riferimento a casi concreti di compartecipazione economica pubblica/privata di seguito all'attivazione del servizio: se prima un determinato comune pagava la retta mensile presso un struttura sanitaria in favore di un determinato beneficiario per un totale di € 2.000 al mese, in seguito all'attivazione del servizio il comune ne pagherà € 810 e il beneficiario € 1.190, grazie ai contributi che percepisce e che risultavano bloccati per mancato rinnovo dei documenti necessari.

Questo dato risulta essere importante se analizzato su larga scala presupponendo, sulla base di questo esempio, un risparmio mensile di € 1.190 a beneficiario per le casse comunali.



# PsycART Social Factories

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** PsycART - Associazione Culturale di Promozione Sociale
- **Indirizzo:** via Fiume 25, Cesena FC
- **Mail:** info.psycart@gmail.com
- **Tel:** 339 4045414
- **Referente:** Gianfilippo Guidi - Project Manager
- **Team di lavoro:** Gianfilippo Guidi - psicologo, Francesco Cosco - psicologo, Sergio Basti - psicologo, Rita Di Nino - psicologa, Steve Camagni - architetto

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

I problemi sociali che il progetto intende affrontare sono:

- accoglienza di persone in condizioni di svantaggio;
- integrazione sociale, interculturale e intergenerazionale;
- formazione e inserimento lavorativo delle fasce svantaggiate;
- disoccupazione e inoccupazione di psicologi e di altre figure professionali;
- scarsa validità/efficacia dei percorsi socioriabilitativi comunitari.

I problemi ecologici che il progetto intende affrontare sono:

- difficoltà di gestione dei rifiuti ingombranti e degli scarti di taglio industriale;
- mancanza di un "filtro umano" fra sistema di raccolta e sistema di smaltimento;
- spreco di risorse ed energie (eco-in-sostenibilità);
- necessità di riqualificazioni ambientali;
- consumismo VS manutenzione/restauro;
- scarsa informazione sull'utilità dello smaltimento differenziato;
- scarsa sensibilizzazione al riciclo e all'acquisto etico.

In Italia la situazione è sempre più drammatica e di difficile gestione. Comunità di accoglienza sociale, socioeducative, riabilitative e terapeutiche sature o insufficienti; minorenni inseriti in strutture per adulti in condizioni precarie o in carceri sovraffollate; difficoltà a proseguire i progetti (PEI) anche dopo il compimento dei 18 anni; raramente si riesce a integrare residenzialità, formazione e lavoro.

## BENEFICIARI

Oltre 20.000 giovani a rischio emarginazione sociale e devianza; oltre 50.000 immigrati, richiedenti asilo, minori stranieri non accompagnati; oltre 10.000 giovani con svantaggio sociale/disabilità, affidati a Servizi Sociali e Comunità Residenziali.

Destinatari: Sistema Socio-Assistenziale (Assistenti Sociali, Operatori dei Serv. Sociali, di CDA e CARA); Sistema Rieducativo (circuito comunitario residenziale); Sistema di Giustizia Minorile (tribunali, carceri); centinaia di psicologi operanti nel settore (min. 5/struttura); progettisti, designers, artisti, tecnici, formatori, volontari d'impresa, informatici e pubblicitari; cittadini aree coinvolte e popolazione nazionale, interessata più o meno direttamente, a tutela ambientale e integrazione sociale.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

I primi centri residenziali nasceranno in Emilia Romagna e in Lombardia, ma il progetto nasce dalla necessità di dare vita a un programma nazionale.

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

PsycART Social Factories è un progetto di innovazione sociale, sostenibile e replicabile. Abbiamo elaborato un sistema organizzativo basato sulla sinergia fra recupero umano e recupero ambientale, per fare in modo che due problematiche distinte si risolvano a vicenda. Vogliamo promuovere il reinserimento sociale di giovani a rischio attraverso la produzione di artigianato ecosostenibile. Promuoviamo un processo che porta dall'emarginazione al reinserimento sociale, passando per il protagonismo e la co-costruzione dello spazio comune: dimensioni che vanno ben oltre il semplice assistenzialismo delle classiche strutture di accoglienza. La nostra Mission consiste nel diffondere un innovativo modello di gestione, applicabile sia presso Comunità già esistenti che si occupano di integrazione sociale sia presso nuovi centri sorti ad hoc.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Il nostro operato consiste nel dare vita ad un ampio sistema di rete (stakeholders istituzionali e privati, incontro profit-noprofit) basato sulla sinergia di diverse figure professionali, prevalentemente psicologi. Gli ospiti hanno la possibilità di co-costruire il proprio ambiente di vita, trasformando non-luoghi in luoghi di idee e cambiamento, aumentando l'alleanza educativa e il gradimento del servizio. Contemporaneamente è favorita la sensibilizzazione della popolazione dei territori circostanti, coinvolgendo i ragazzi stessi, che autopromuoveranno il proprio operato, in segno di incontro e dialogo. L'organizzazione delle Social Factories è concepita per favorire il senso di appartenenza e si qualifica come opportunità rara che i ragazzi hanno in alternativa agli ambienti di mero assistenzialismo. Le domande di inserimento sono concordate fra il Serv. Sociale e i ragazzi, solo in caso di loro specifica richiesta e il buon esito dello stesso è determinato dalla selezione delle persone più motivate. Le Comunità Socioriabilitative che partecipano al progetto vengono edotte e sostenute nella partecipazione ad un percorso comune di formazione e lavoro, accreditando solo quelle che rispettano gli standard operativi previsti. Attraverso attività artigianali di riuso e riciclo intelligenti viene appreso un nuovo mestiere, dall'alto valore artistico e simbolico: il processo di trasformazione di materiali e oggetti diviene metafora del processo socio-evolutivo dei ragazzi. Gli artefatti ciclicamente prodotti vengono commercializzati online, in serie limitate, attraverso un portale e-commerce e una App molto semplici: i proventi economici vengono reinvestiti sul progetto stesso. Non tutti gli oggetti creati o restaurati saranno venduti: molti verranno utilizzati per arredare le Comunità stesse, altri verranno portati a casa dai ragazzi una volta terminato il percorso (oggetti transizionali), altri verranno restituiti ai donatori. Verranno inoltre garantite modeste attività di autosostentamento ecologico (piccoli orti e animali da cortile) e attività sportive regolari.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

L'allestimento di una PSF ha un costo di circa € 40.000, che scende alla metà in caso di strutture già esistenti da riadeguare; una volta a regime si sostengono con i costi standard delle Comunità tradizionali. La P.A. risparmia sulla riduzione dei tempi di recupero e sulla diminuzione delle recidive (non protrarsi dei percorsi di recupero e riduzione delle ri-prese in carico) e guadagna dal miglioramento del servizio offerto. Si investe in prevenzione e in riduzione del danno anziché nella gestione delle emergenze, con conseguente risparmio anche per le Forze dell'Ordine. Inoltre, il riuso creativo di oggetti e il riciclo di materiali seguono una prospettiva di protezione ambientale: si tratta infatti di una produzione ecologica, ecocompatibile ed ecosostenibile, che si colloca anche come attività-filtro fra la fase di raccolta e quella di smaltimento differenziato di materiali. Si contribuirebbe cioè ad alleggerire il carico di lavoro e gli spazi dedicati agli ingombranti presso le isole ecologiche, gestite dalle aziende di smaltimento rifiuti, con relativo risparmio nella tutela ambientale.



## Sito dell'Ordine degli Psicologi

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Lisa Pillot - Libera Professionista
- **Mail:** lisa.pillot.811@psypec.it
- **Tel:** 333 4363935
- **Referente:** Lisa Pillot - Libera Professionista (lisa.pillot.811@psypec.it)

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Orientarsi all'interno dell'offerta di "prestazioni psicologiche" è molto complesso se non si dispone di strumenti adeguati. Per un individuo, una coppia, un'istituzione, un gruppo, o uno stesso collega psicologo, trovare la risposta adatta alla propria necessità senza "rimbalzare" fra un professionista e l'altro, o fra un servizio ed un altro, determina la positiva risoluzione della propria ricerca, la soddisfazione della propria domanda e incrementa la fiducia nella professione dello psicologo. Diversamente, il peregrinare alla ricerca "della risposta nel campo psicologico" seguendo indicazioni approssimative o completamente fuorvianti nuoce gravemente all'immagine della professione, allungando i tempi del raggiungimento della risposta soddisfacente. Il richiedente finisce per "accontentarsi del primo psicologo che trova", o trovarlo per tentativi, o rimandare nel tempo la ricerca di aiuto se non abbandonarla del tutto. Alcuni si affidano ad internet per soddisfare la propria domanda di salute psicologica, o almeno iniziano così la propria ricerca, navigando in numerosi siti dedicati: ma quale criterio di scelta utilizzano? Come possono individuare il professionista adatto fra pubblico e privato? Come possono essere tutelati e supportati in questa ricerca? Consultano il sito dell'Ordine?

Nel documento del Consiglio Nazionale in data 3 luglio 2004 si afferma che "l'Ordine Professionale dovrà sostenere lo sviluppo dei nuovi settori di specializzazione e applicazione creando condizioni che favoriscano l'incontro della domanda e dell'offerta anche attraverso Protocolli di Intesa Istituzionale e attività promozionali di mercato".

Un database più ricco di informazioni relative alla professionalità, che utilizzi uno schema comune a tutti gli Ordini, organizzato in modo chiaro e fruibile, posto sotto la supervisione degli Ordini Regionali competenti per Regione, salvaguarderebbe il cliente e il professionista facilitando la ricerca dello psicologo e l'incontro di domanda e offerta.

Uno strumento di questo tipo disincentiverebbe la concorrenza proveniente anche da professioni "limitrofe", poiché fornirebbe un numero di informazioni tale da sgombrare il campo da equivoci.

### BENEFICIARI

Diretti:

- tutti coloro che pensano di rivolgersi ad un professionista psicologo per rispondere ad un proprio bisogno e compiono autonomamente questa ricerca;
- i professionisti psicologi che hanno la necessità di inviare ad altro professionista in possesso di una competenza specifica, o hanno la necessità di una consulenza oppure di un confronto professionale su un tema specifico, ecc.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Il territorio di riferimento è nazionale, declinato poi a carattere regionale per quanto riguarda le funzioni di monitoraggio, aggiornamento e compilazione del progetto.



## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Data la crescente domanda di salute psicologica, la persona/ente/organizzazione/gruppo si attiva autonomamente per ricercare un professionista. Questa ricerca può avvenire:

- per passaparola (con successiva verifica sul sito dell'Ordine degli Psicologi);
- tramite consulto internet (con successiva verifica sul sito dell'Ordine degli Psicologi) e scelta a seconda della posizione dello studio, della grafica del sito, della frequenza con cui appare il nominativo nel web, ecc.;
- direttamente tramite il sito dell'Ordine degli Psicologi.

Il sito dell'Ordine degli Psicologi avrebbe le seguenti caratteristiche:

- efficacia: chiarezza rispetto alla professionalità e alla persona alla quale rivolgersi, diminuzione del numero di tentativi di ricerca;
- fruibilità: facile e immediato accesso, pubblicizzazione del servizio;
- tutela: tutti gli iscritti vi possono accedere, informazioni visibili ai colleghi, monitoraggio.

## ATTIVITÀ E STRATEGIA

Si intende proporre un database con una struttura comune a livello nazionale per tutti i professionisti psicologi (operanti all'interno del Servizio Pubblico, del privato, del privato convenzionato e di quello accreditato) e gestito dal Consiglio Regionale e da quello Provinciale. Oltre alle notizie base (per es. nome, cognome, iscrizione albo numero e data, abilitazione alla Psicoterapia) ogni professionista potrà decidere quali specifiche inserire rispetto alla propria professionalità, dettagliando per es. competenze, abilitazioni, esperienze, convenzioni, ecc.; ogni iscritto avrà a disposizione anche uno spazio più "libero".

Si ipotizzano quindi per ogni iscritto:

- una sezione con le informazioni base comuni
- una sezione (facoltativa) con informazioni relative al proprio orientamento, competenze, contesto lavorativo (pubblico-privato, ecc.), destinatari dei propri interventi, ecc.
- una sezione (facoltativa) di presentazione più "libera" dove ognuno possa decidere di inserire un CV europeo piuttosto che una presentazione di sé, ecc.

I rispettivi Consigli degli Ordini e il Consiglio Nazionale si attiveranno per divulgare e pubblicizzare tale strumento rendendolo noto e fruibile. Gli Ordini monitoreranno per quanto nelle proprie competenze rispetto alla veridicità dei dati e faranno in modo che il profilo dei propri iscritti sia aggiornabile in tempi ragionevoli.

Ogni professionista potrà comunque essere presente anche in altri spazi on-line a propria discrezione come avviene comunemente.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

L'investimento iniziale è pari a € 10.000 in tre anni circa, di cui:

- € 2.000 a carico degli Ordini Regionali e Provinciali
- € 8.000 a carico dell'Ordine Nazionale degli Psicologi

In alternativa l'intero piano di costo potrebbe essere ripartito fra gli iscritti agli Ordini, dilazionato in tre anni; € 10.000€ / 92.366 iscritti = € 0.10 in totale ad iscritto.



# TICE

## SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Tice - Cooperativa sociale
- **Indirizzo:** via Giuseppe Garibaldi 7, Castel San Giovanni (PC)
- **Mail:** direzione@centrotice.it
- **Tel:** 0523 882356
- **Referente:** Francesca Cavallini – Presidente (francesca.cavallini@unipr.it)

## DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Il sistema del welfare pubblico ha bisogno di un privato sociale efficiente, economicamente indipendente, in grado di collaborare per costruire insieme un nuovo modello di welfare civile. Si stima che il 20% della popolazione scolastica presenti bisogni educativi speciali: dislessia, disgrafia, discalculia, disturbi da deficit attentivi, ritardo mentale, ritardi nello sviluppo, difficoltà di linguaggio, disturbi dello spettro autistico o disabilità plurime. Il bisogno delle famiglie di bambini con bisogni educativi speciali è trovare luoghi in cui allenare e potenziare le loro competenze deficitarie in modo efficace ed efficiente. Le difficoltà di apprendimento nella lettura, scrittura e calcolo sono responsabili di elevatissime spese. Le difficoltà nelle abilità elementari (leggere, scrivere) sono presenti nel 69% delle persone arretrate, nel 79% delle persone che dipendono dai servizi sociali e nel 72% delle persone senza lavoro (Berlin e Sum, 1988). Queste sono alcune delle tante ricerche che sottolineano il peso sociale ed economico di un'educazione inefficiente. Centri di ricerca e università producono studi che non vengono trasferiti a chi fa educazione (insegnanti, psicologi, logopedisti, pedagogisti). Si diventa insegnanti, psicologi e pedagogisti imparando cosa insegnare e non come insegnarlo: confrontando i vari piani formativi destinati ai professionisti dell'educazione e della riabilitazione si osserva la drastica predominanza della formazione teorica. Il bisogno di insegnanti e professionisti dell'educazione è trovare luoghi in cui imparare ad insegnare nella pratica soprattutto a bambini e ragazzi con bisogni educativi speciali. L'aumento della cultura media dei cittadini e l'esplosione della comunicazione e dell'informazione hanno promosso nelle famiglie una maggiore percezione del bisogno di interventi psico-educativi efficaci ed efficienti per i bambini con BES. In aggiunta, l'enorme variabilità delle caratteristiche psicologiche, sociali ed etniche delle nuove classi scolastiche rende impossibile alla scuola lo sviluppo di proposte educative efficaci ed efficienti.

## BENEFICIARI

In ogni scuola (fonte MIUR 2013) circa il 16% degli allievi ha bisogni educativi speciali. Il 35% delle famiglie nel nostro paese ha possibilità economiche di accedere a percorsi di potenziamento e supporto psicologico privatamente, purché siano efficaci e con costi inferiori a € 400 mensili (ISTAT). Considerando che gli under 16 (età dell'obbligo scolastico) sono il 15% della popolazione, ogni 300.000 abitanti (una provincia media) ci sono 7.200 potenziali beneficiari diretti, 7.200 genitori e 7.200 insegnanti.

## TERRITORIO D'INTERVENTO

Il contesto territoriale di intervento è nazionale ed europeo (per le nazioni con un sistema di Welfare state simile a quello italiano).

## VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO

Intendiamo migliorare l'educazione di bambini con bisogni educativi speciali creando una rete nazionale di privato sociale leggero, specializzato e legato al mondo della ricerca, in grado di offrire percorsi psicoeducativi efficaci ed efficienti che cambino la prognosi, il benessere e il futuro. I dati di efficacia percepita dalle famiglie e i risultati ottenuti sono testimoniati dal curriculum scientifico dell'organizzazione, dalla diffusione nazionale della stessa, dal fatturato e dal numero di occupati in Tice e nelle organizzazioni affiliate. L'elemento chiave del nostro progetto è l'innovazione sociale su tre livelli:

- come modello: Tice propone per la prima volta un privato sociale organizzato per rispondere a bisogni psicologici;
- come tecnologia: Tice utilizza metodologie derivate dalla ricerca scientifica;
- come servizio: Tice vende educazione intensiva.

## ATTIVITA' E STRATEGIA

L'innovazione di Tice è far coesistere in modo cibernetico quattro servizi sinergici:

- Tice Apprendimento - insegnare ad imparare: una palestra dell'apprendimento, in cui allievi di ogni età (3-18) e livello di sviluppo possono imparare abilità di vita importanti afferenti sia vita quotidiana che competenze complesse attraverso percorsi individuali e di gruppo;
- Tice Lab - imparare ad insegnare (per scuole e agenzie educative): un centro di ricerca privato creato per trasferire conoscenze dalle università al territorio. Tice Lab valida, sviluppa strumenti, metodi, materiali e tecnologie innovative per l'insegnamento e la riabilitazione. Tice Lab ospita ricercatori, dottorandi, tesisti da università italiane ed estere e finanzia assegni di ricerca, dottorati e borse di studio per valutare l'efficacia delle metodologie proposte;
- Tice School - insegnare ad insegnare (per università): è una graduate school d'eccellenza, nata dalla sinergia tra i laboratori Tice e le più importanti università pubbliche italiane e alcuni centri di formazione riconosciuti. Tice School progetta e sviluppa percorsi di formazione e aggiornamento per professionisti dell'educazione e agenzie educative che desiderano portare innovazione e scienza nei loro servizi;
- IncubaTice - insegnare a fare impresa (per start up): è il primo incubatore italiano per start up no profit del mondo dell'educazione. IncubaTice nasce dall'esperienza di Tice Lab nella creazione di centri educativi evidence based in Italia. IncubaTice favorisce la nascita di nuove imprese con potenzialità di crescita fornendo loro spazi attrezzati, servizi di consulenza e professionali per avviare la propria attività imprenditoriale e un network di imprenditori, manager e investitori.

## SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO

Relativamente al risparmio per la Pubblica Amministrazione calcoliamo:

- bambini con disabilità grave: risparmio per la PA di € 16.000 l'anno per bambino (risparmio di € 7.000 per insegnate di sostegno, € 2.000 per riunioni equipe con neuropsichiatra, € 7.000 per l'educatore che dovrebbe assistere il bambino);
- bambini con disabilità lieve: risparmio per la PA di € 10.000 l'anno per bambino (risparmio di € 4.000 per insegnate di sostegno, € 2.000 per riunioni equipe con neuropsichiatra, € 4.000 per l'educatore che dovrebbe assistere il bambino);
- bambini con DSA/difficoltà: risparmio per la PA di € 18.900 per bambino.

Le famiglie pagherebbero l'intervento utilizzando l'indennità di accompagnamento; la presa in carico rimarrebbe pubblica ma il privato potrebbe effettuare interventi intensivi precoci.



## Y2Y - Youth to Youth: giovani terapeuti aiutano giovani neet

### SCHEDA ANAGRAFICA

- **Proponente:** Riccardo Capozzi - Psicologo Psicoterapeuta
- **Indirizzo:** via Satrico 53, Roma
- **Mail:** info@riccardocapozzi.it
- **Telefono:** 06 7005703
- **Mail:** capozzi@psypec.it

### DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Seguendo il demografo Livi Bacci (Avanti giovani, alla riscossa, Il Mulino), osserviamo un quadro che caratterizza la passività generazionale dei nostri giovani rispetto ai loro coetanei del passato. Infatti, circa un secolo fa, oltre un terzo della popolazione attiva aveva meno di 30 anni, mentre oggi è in questa situazione solo un giovane su otto.

In questo contesto problematico si evidenziano per le loro peculiari caratteristiche i giovani “rassegnati”, che non hanno più obiettivi e vivono nel limbo del non lavoro e del non studio.

Vi sono un numero crescente di giovani fra i 16 ed i 29 anni che non compiono più alcun investimento, non sembrano chiedere più nulla né al mondo del lavoro, né a quello della formazione. Si tratta di giovani senza lavoro, che non seguono corsi e nemmeno cercano un impiego.

Sono definibili perciò come “rassegnati”, destinati a farsi mantenere dai genitori, a vivere alla giornata, senza alcuna progettualità se non quella di passare il tempo il più rapidamente possibile.

Le statistiche del 2013 mostrano che in Italia oltre il 22% dei giovani vive questa particolare condizione: né scuola, né lavoro, né formazione. Tuttavia non si tratta soltanto di una triste realtà italiana, in quanto in tutta Europa questi giovani costituiscono sempre più un serio problema, al punto che sono stati sociologicamente definiti dei Neet (Not in Education, Employment or Training).

Come per altre statistiche socioeconomiche, l'Italia raccoglie anche qui risultati molto deludenti allineandosi fra le nazioni più colpite dal fenomeno Neet, insieme alla Spagna. La condizione esistenziale di questi ragazzi è veramente allarmante: oltre a non cercare lavoro od impegni, nemmeno protestano per la loro situazione, che viene percepita quasi come inevitabile, rassegnandosi così ad un destino compiutamente rinunciatario e silente. Nessuna società può permettersi ed accettare una quota così estesa di giovani senza fiducia che si lascia andare al vuoto, allo scomparire, al non esserci. Sentimenti come ansia e fallimento sono in loro assenti, ma a noi tutto questo deve spaventare: per questo il presente progetto.

### BENEFICIARI

1.000 giovani Neet fra i 20 ed i 35 anni che verranno seguiti per circa un anno da 1.000 giovani Psicologi Psicoterapeuti.

### TERRITORIO D'INTERVENTO

Territorio nazionale.

## **VISIONE E TEORIA DEL CAMBIAMENTO**

Il cambiamento desiderato è quello di un sensibile recupero motivazionale ed operativo nei 1.000 giovani interessati dal progetto.

Si pensa di dimostrare l'efficacia di un supporto psicoterapeutico personalizzato che consenta ad ogni giovane sia di analizzare i propri vissuti di fallimento e di distacco dalla realtà sia di elaborare insieme al giovane "coetaneo" Psicologo Psicoterapeuta diverse strategie di approccio alla realtà lavorativa ed affettiva.

## **ATTIVITÀ E STRATEGIA**

Attività di sostegno psicologico mirato ad un recupero motivazionale attraverso 40 incontri individuali, con scadenza settimanale, da effettuarsi nell'arco di un anno.

## **SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA E RISPARMIO PUBBLICO**

In Europa il costo economico della non integrazione dei Neet è stimato in oltre 150 miliardi di euro e nel 2011 rappresenta in media l'1,2% del PIL.

Tuttavia per quanto riguarda alcuni paesi, come Bulgaria, Cipro, Grecia, Ungheria, Irlanda, Italia, Lettonia e Polonia si arriva al 2% o più del loro PIL.

I Neet costano in Italia oltre 30 miliardi di euro l'anno.

# Allineare le scelte di investimento alla propria missione sociale

a cura di *Giovanna Melandri, Presidente Human Foundation—Giving and Innovating*

Le numerose proposte presentate in questo lavoro dimostrano come anche nel nostro Paese sia molto sviluppata la consapevolezza che il sistema di welfare debba essere interessato da un profondo ripensamento. Come già accaduto in Europa, vi è oggi la consapevolezza che pubblico e privato possano, anzi, debbano collaborare per rispondere ai vecchi e nuovi bisogni sociali emersi a seguito del lungo ciclo recessivo.

Le statistiche sono piuttosto eloquenti, pensiamo al progressivo invecchiamento della popolazione, il 21,7% dei residenti in Italia è formato da over 65, oppure al rischio povertà o esclusione sociale che riguarda oltre il 28 % dei cittadini. L'aumento di fasce di popolazione debole, la forbice sempre più ampia tra i pochi facoltosi e i molti in difficoltà, insieme alla crisi del welfare state, sono sintomi di un malessere che deve essere affrontato con coraggio per sperimentare nuove soluzioni che contribuiscano a rafforzare il sistema di protezione sociale.

La riduzione costante delle risorse per il welfare, oltre ad erodere la capacità di erogare le prestazioni ordinarie, limita fortemente la possibilità di sostenere i processi di innovazione. In tal senso, lo sviluppo di strumenti di Payment by Result (PbR) rappresenterebbe per la Pubblica Amministrazione una straordinaria occasione per mobilitare nuove risorse provenienti dal settore privato e per testare e scalare modelli di intervento innovativi in un contesto di maggiore sostenibilità economica. Questo è vero soprattutto negli ambiti del welfare

pubblico nei quali si possano mettere in campo programmi di natura preventiva, in grado di essere più efficaci ma anche più efficienti. Programmi preventivi per i quali i costi di oggi produrranno ingenti risparmi domani.

A mio avviso, dunque, gli strumenti PbR possono rappresentare un'opportunità per i gestori di asset per allineare le scelte di investimento alla propria missione sociale, perseguendo, al medesimo tempo, ritorni spesso vicini a quelli del mercato (ma meno volatili), e un concreto impatto sociale a favore delle comunità. Le proposte elaborate per la Call for Ideas di ENPAP si inseriscono, dunque, in un momento particolarmente favorevole; a livello istituzionale, infatti, la Riforma per il Terzo Settore apre importanti spazi di innovazione; d'altro canto, da tempo si manifesta un crescente fermento "dal basso" che dimostra come le organizzazioni del Terzo Settore si stiano attrezzando a gestire la transizione verso modelli "impact based".

L'iniziativa di ENPAP è, di certo, un ulteriore contributo a quanto si stia muovendo su questi temi, offrendoci l'opportunità di verificare le capacità progettuali reali che stanno maturando in Italia. Emerge un variegato portfolio di idee che, se opportunamente sostenute, possono divenire nuovi modelli di intervento capaci di valorizzare ruolo, saperi e competenze dello psicologo, in un differente sistema di programmazione e gestione.

A partire dalla crisi occupazionale che investe la professione degli psicologi, al pari di altri settori del mondo del lavoro, ENPAP ha proposto una soluzione caratterizzata da un elevato livello di innovatività, mobilitando direttamente i suoi iscritti, per valorizzarne la professionalità e, contestualmente, per individuare nuove modalità che possano contribuire a garantire la sostenibilità del sistema pensionistico.

I progetti vincitori della Call for Ideas si caratterizzano per la capacità di legare, in maniera sistemica, soluzioni ad impatto sociale con la possibilità di generare risparmi a vantaggio della PA e, di conseguenza, ritorni a favore degli investitori privati. In uno schema di PbR, nel quale l'ENPAP potrebbe proporsi come investitore privato, i ritorni generati dalle iniziative selezionate potrebbero

alimentare il fondo di previdenza, con un ulteriore vantaggio per gli associati.

Questa soluzione, immaginata dall'ente, denota grande fiducia nei confronti delle professionalità dei propri iscritti, e sottolinea l'impegno concreto di ENPAP per la promozione della cultura dell'innovazione, confermata nella scelta di aderire alla Social Impact Agenda per l'Italia, il network italiano attivo nella diffusione degli strumenti degli investimenti ad impatto sociale.

Non da meno, mi preme evidenziare un ulteriore elemento che attraversa la pubblicazione e le varie proposte raccolte: la grande attenzione riposta nella valutazione dell'impatto sociale. Affinché si affermi, all'interno della PA, una differente modalità di programmazione, basata su evidenze empiriche dell'efficacia degli interventi, è necessario infatti lavorare per sviluppare la cultura della valutazione. Si tratta, a mio avviso, di uno strumento irrinunciabile ed imprescindibile se davvero vogliamo favorire una crescita armonica e sostenibile del settore, incrementando così i livelli di accountability del sistema di welfare.

Sperimentazione, professionalità, valutazione sono allora gli elementi alla base dell'esperienza di ENPAP, che offre un prezioso contributo al dibattito sulla modernizzazione del sistema di protezione sociale italiano e rappresenta una good practice da osservare e prendere ad esempio, per testare nuove soluzioni, scalare interventi socialmente ed economicamente sostenibili, mobilitare risorse private e stimolare la Pubblica Amministrazione ad avviare processi di innovazione. Il cambiamento è appena cominciato, ed è davvero un piacere poter avere ENPAP come compagno di viaggio.