

# FUNZIONI DELLA PROFESSIONE PSICOLOGICA NEI PERCORSI SANITARI E SOCIO SANITARI IN EMILIA-ROMAGNA



A CURA DELLA COMMISSIONE SANITÀ  
DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELL'EMILIA ROMAGNA

Il presente libro è accreditato come FAD con riconoscimento ECM per psicologi e psicoterapeuti, solo attraverso apposita registrazione al sito [www.ebookecm.it](http://www.ebookecm.it)



**Licenza Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)**

Questa pubblicazione è liberamente scaricabile, copiabile e ridistribuibile su ogni media o in ogni formato, previa citazione completa delle fonti e indicazione delle eventuali modifiche effettuate. Non è possibile invece distribuire la pubblicazione per fini commerciali diretti o indiretti. [Leggi il testo della licenza integrale.](#)

**B** ebookecm.it

**COLLANA EBOOKECM**

EBOOK PER L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA © 2023

ISBN: 9791281289093

# INDICE

RINGRAZIAMENTI	8
----------------	---

AMBRA CAVINA

INTRODUZIONE	9
--------------	---

ANTONIO CAPODILUPO

## PARTE 1 - FARE SALUTE IN EMILIA-ROMAGNA: DAL PRP AL BUDGET DI SALUTE

Capitolo 1

IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE	15
--------------------------------------	----

MARIA CORVESE

Impostazione del Piano Regionale della Prevenzione	16
--	----

Profilo di salute ed equità	18
-----------------------------	----

Punti di forza del Piano Regionale Prevenzione	18
--	----

Punti di debolezza	20
--------------------	----

Criticità	20
-----------	----

Sitografia	22
------------	----

Capitolo 2

ITINERARI DI PREVENZIONE E RUOLO DELLO PSICOLOGO DI COMUNITÀ	23
---	----

MARIA LUISA ANDREGHETTI

Capitolo 3

SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE (PP01)	25
-------------------------------------	----

MARIA LUISA ANDREGHETTI

Capitolo 4		
<b>DEFINIRE IL BUDGET DI SALUTE</b>		<b>27</b>
AMBRA CAVINA		
Quali sono gli elementi che caratterizzano il BdS?		29
La dimensione territoriale degli interventi, in alternativa o per superare l'assistenza residenziale		32
Bibliografia		34

## PARTE 2 - APPLICAZIONI

Capitolo 1		
<b>IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEI PERCORSI DI REINSERIMENTO SOCIALE IN AMBITO PENALE</b>		<b>36</b>
FULVIO FRATI		
L'evoluzione del sistema penale italiano nella prospettiva del reinserimento sociale del detenuto		36
Gli ambiti di possibile intervento professionale dello Psicologo nel settore della psicologia penitenziaria		44
Bibliografia		46

Capitolo 2		
<b>DISABILITÀ E CRONICITÀ</b>		<b>52</b>
AMBRA CAVINA		
“Immagina una lampada tanto da accenderla” ovvero definire la Disabilità attraverso le normative		52
“Ognuno è un genio, ma se si giudica un pesce dalla sua abilità ad arrampicarsi sugli alberi lui passerà tutta la sua vita a credersi uno stupido” ovvero definire la Disabilità attraverso le Classificazioni dell'Organizzazione Mondiale della Salute		56
“Si vive per vivere” ovvero definire la Disabilità attraverso l'Ascolto della Persona		59
“Quelli che di notte luci spente e finestre chiuse non se ne vanno da sotto i portoni!” ovvero la professione psicologica nella Disabilità e Cronicità		61
Bibliografia		64

Capitolo 3		
<b>IL BUDGET DI SALUTE IN INFANZIA E ADOLESCENZA</b>		<b>68</b>
FABIO VANNI		
La cultura dell'ascolto e della compartecipazione al care di comunità		70
Un esempio di azione sociale ad opera del terzo settore		

nell'ambito della cura psicologica: "Progetto Sum ETS"	71
I progetti con la singola situazione in infanzia e adolescenza	73
Pubblico-privato, una dicotomia fuorviante	74
Bibliografia	75
Capitolo 4	
<b>LO STATO DI SALUTE DEI GIOVANI – I SISTEMI DI SORVEGLIANZA E LE BANCHE DATI</b>	<b>77</b>
MARCO TAMELLI	
Cos'è il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE?	78
Il contesto di riferimento internazionale e nazionale	79
La situazione in Italia prima dell'implementazione del sistema di sorveglianza	79
OKkio alla SALUTE: i risultati dell'indagine 2019 in Emilia-Romagna. Stato ponderale e abitudini alimentari	82
Cos'è il sistema di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare)	84
Cos'è il sistema di sorveglianza Passi	86
Bibliografia e siti di riferimento	89
Capitolo 5	
<b>PROBLEMATICHE RIGUARDANTI IL RITIRO SOCIALE</b>	<b>91</b>
MARIA CORVESE	
Bibliografia	95
Sitografia	95
Capitolo 6	
<b>COMPORTEMENTI DI BULLISMO, CYBERBULLISMO E REVENGE PORN</b>	<b>96</b>
FULVIO FRATI	
Bibliografia	105
Normativa di riferimento	107
Capitolo 7	
<b>DIFFICOLTÀ DI INDIVIDUAZIONE DELLA PROPRIA IDENTITÀ SESSUALE</b>	<b>109</b>
FULVIO FRATI	
Il sesso biologico	111
L'identità di genere	114

La sessualità come fenomeno soggettivo estremo	115
Considerazioni riguardo ad una attuale visione professionalmente condivisa dell'approccio psicologico alle problematiche riguardanti l'identità di genere	118
Bibliografia e sitografia	119

## PARTE 3 - IL LAVORO DI RETE: IL COINVOLGIMENTO DELLE ISTITUZIONI E LE PROPOSTE OPERATIVE PER IL FUTURO

Capitolo 1	
<b>DIFFICOLTÀ DI COMUNICAZIONE ED INTERAZIONI INTRA-FAMILIARI</b>	<b>122</b>
MARIA LUISA ANDREGHETTI	
Relazioni familiari e traiettorie evolutive	122
Sostegno alla genitorialità per favorire una buona qualità della relazione genitori/figlio	124
Prevenzione delle gravidanze indesiderate e delle problematiche perinatali	124
Sostegno al puerperio ed al legame primario madre/figlio	125
Sostegno genitoriale lungo tutto il percorso evolutivo del figlio	125
Il lavoro di accompagnamento dei ragazzi	127
Centri di Aggregazione	127
Educativa di Strada	128
L'intervento integrato dei servizi socio-sanitari	128
Bibliografia	129
Sitografia	130
Capitolo 2	
<b>IL RUOLO DELLO PSICOLOGO SUI TERRITORI E NEGLI ENTI LOCALI</b>	<b>131</b>
ELISABETTA SCALAMBRA	
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>139</b>
ALBERTO GRAZIOLI	
<b>APPENDICE</b>	
<b>ESEMPI DI INTERVENTI DI PREVENZIONE</b>	<b>144</b>
MARIA LUISA ANDREGHETTI	

1) FOCUS sui RAGAZZI/E	144
A- Progetto di sviluppo della resilienza allo stress	144
B- Progetto di intervento sul gruppo classe	145
C- Progetto di intervento nei luoghi informali del tempo libero	146
D - Progetto di intervento presso Centro di libera aggregazione giovanile	147
E - Adolescenza ed educazione alla salute	148
F - Educazione alla salute: identità di genere e sessualità	149
2) FOCUS sulle FAMIGLIE	150
A - Programma PIPPI	150
3) FOCUS sulla GENITORIALITÀ	151
A - Traiettorie di sviluppo e strategie di promozione	151
B - Gruppo pazienti-genitori Ser.D	152
C - Gruppo genitori condotto con metodologia COS-P	153
D - La fatica dell'adulto di fronte al processo di crescita dell'adolescente	154
Riferimenti bibliografici e sitografici	155

## RINGRAZIAMENTI

*“Siediti, prendici e poi tienici...  
 Esisti, resisti, insisti...  
 E liberaci dalla paura,  
 dallo squillo del telefono  
 di notte,  
 dalle botte,  
 dalle notti dei giorni,  
 dal non essere capaci,  
 dal sentirci meno belli...  
 dal non essere migliori...”*

*(Beatrice Zerbini, In Comode Rate, 2019)*

Un ringraziamento speciale alla vicepresidente Luana Valletta e al consigliere Fulvio Frati, compagni del viaggio che ha portato a questa pubblicazione: a loro il merito di aver individuato le macro tematiche su cui si è soffermata la riflessione degli autori.

Un caloroso ringraziamento agli autori che hanno, con generosità, intrapreso questo progetto rendendolo operativo con quello spirito di partecipazione e collaborazione che è elemento fondante di una comunità professionale.

Infine un profondo ringraziamento a tutte le figure sanitarie e sociosanitarie che nell'esercizio quotidiano della loro professionalità costruiscono e ricostruiscono il nostro sistema sanitario regionale, mantenendo vivo e attivo un sistema di reti di cure.

*La coordinatrice della commissione Sanità  
 di Ordine Psicologi Emilia-Romagna  
 Ambra Cavina  
 Ottobre 2023*

## INTRODUZIONE

ANTONIO CAPODILUPO

Dopo le riforme istituzionali del SSN, intervenute con D.Lgs. n. 502/92 (“aziendalizzazione”) e con D.Lgs. n. 229/99 (“esclusività del rapporto di lavoro dipendente”), l’intervento del ministro Livia Turco, in un incontro a Roma organizzato dal Ministero della Salute il 22 marzo 2007, ha riportato l’attenzione sulla necessità di ripensare il modello di sanità, lanciando il progetto della “Casa della Salute”, come *“una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l’insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione, nell’ambito delle aree elementari del distretto ... in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori”*.

Il nuovo modello supera la modalità “attendista” dell’intervento, nella quale la prestazione è attivata dall’accesso del paziente all’ambulatorio o al servizio, e si ispira al *Chronic Care Model* (CCM) del professor Wagner e del *McColl Center for Healthcare Innovation* di California, come modalità “proattiva” di presa in carico assistenziale, nella quale il cittadino definisce con il team un percorso valutativo e terapeutico coerente al suo bisogno di salute, per livelli di stratificazione.

Il CCM, pensato per le malattie croniche, presenta sei linee direttrici, che guidano in generale il modo di “fare sanità”: le organizzazioni sanitarie, per migliorare l’assistenza, devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti); la gestione delle malattie croniche esige l’introduzione di innovazioni processuali per ottenere qualità dell’assistenza; il cittadino è il protagonista attivo dei processi assistenziali; la visita programmata integrata è atto significativo dell’organizzazione e del funzionamento del team; le deci-

sioni fondano su linee guida, basate sull'evidenza; il sistema informativo in rete unifica le informazioni utili.

Nell'*Expanded Chronic Care Model* (E-CCM) canadese, si sottolinea come tale “medicina di iniziativa” produca produttive interazioni tra un team esperto di pratica proattiva e un cittadino definito da Guendalina Graffigna “3.0 attivo”, che succede al 2.0 “informato” e all’1.0 “passivo”.

Il bagaglio formativo degli psicologi contiene competenze coerenti con le sei linee direttrici; tali, in sequenza: la visione sistemica delle risorse territoriali, la capacità di analisi dei bisogni e la programmazione di interventi di comunità, la promozione del *self-management* e la psicoeducazione, l'impostazione multidisciplinare e la modalità di lavoro di rete, la metodologia della formazione basata sull'evidenza, la globalità e unitarietà delle informazioni utili, la relazione e la comunicazione *client-centered*.

Le competenze possono esplicitarsi con specifiche metodiche, quali, ad esempio, il modello trans-teorico del cambiamento, il *problem solving*, il *counselling*, la psico-educazione, le strategie di *coping*.

A fronte di queste risorse, i documenti normativi invocano correntemente il contributo psicologico, non traducendolo sempre nello spazio appropriato alla figura dello psicologo.

Nel DM - Decreto del Ministro della Salute n. 71/2022, “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”, si legge: “*l’attività [nella Casa della Salute - CdS] deve essere organizzata in modo tale da permettere un’azione d’équipe tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell’ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell’area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali ...*”.

Il decreto, così come il PNRR (Missione 6-C1, Investimento 1.1), innova il nome in “Casa della Comunità”.

Lo scrivente lo trova generale e generico, potendosi applicare indistintamente ai centri culturali, ai centri ricreativi, ai centri di aggregazione, ai centri socio-sanitari, e, insieme al coautore (compianto dr. Franco Brugnola) di un *ebook*, pubblicato su questa medesima piattaforma di formazione *ebook.ecm.it*, ha preferito “battezzarla” con l’intestazione “Casa della Salute della Comunità”.

“Casa” esprime la molteplicità delle funzioni, che si svolgono nel domicilio, e il senso di appartenenza e di responsabilità, che connettono le persone che vi risiedono.

“Salute” assume gli arricchimenti concettuali, ricevuti nel tempo dagli esperti e nei livelli organizzativi più elevati: “*stato di benessere fisico, mentale e sociale*” (OMS, 1948), “*processo di promozione di fattori protettivi*” (Carta di Ottawa, 1986), “*one health triad*” riferita compositamente alla salute delle persone, degli animali e dell’ambiente (*Wildlife Conservation Society - WCS*, 2004; Principi di Berlino, 2019; PNRR).

“Comunità” riprende le direttrici del CCM, a indicare sia la platea vasta dei soggetti, di cui è necessario conoscere il bilancio di salute, sia la condivisione e la partecipazione ai piani di intervento, integrati a livello sociale, sanitario, culturale, ambientale, economico.

Il PNRR prevede l’attivazione di 1.288 Case della Comunità, entro la metà del 2026, presso strutture già esistenti o di nuova costruzione, nonché l’istituzione di una Centrale Operativa Territoriale (COT) per lo più una in ciascun Distretto sanitario, con funzione di regia del coordinamento delle reti tra il territorio e l’ospedale e tra il sociale e il sanitario, anche mediante la digitalizzazione del SSN sostenuta dalla Missione M6C2 del PNRR.

Ne discende la grande opportunità di mettere a terra l’intento della prosimità delle cure primarie e della continuità assistenziale, formulato già nel lancio delle Case della Salute del 2007. Il DM n. 71/2022 struttura le Case della Comunità in *hub* di riferimento e in *spoke* diffuse, contemplandovi - come raccomandata - la presenza di Servizi sociali alla persona e alla famiglia, di Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza, di Attività Consultoriali.

Pur condividendo la premura di definire l’assetto organizzativo delle Case della Comunità, in quanto luogo fisico, si ritiene che la caratteristica distintiva del nuovo assetto debba emergere sia dall’indirizzamento dell’impegno verso una riconosciuta e condivisa *core mission*, incentrata sulle attività di prevenzione di comunità primarie (promozione di stili di vita salutari e campagne vaccinali), secondarie (screening validati) e terziarie (presa in carico delle malattie croniche), sia da uno stile di lavoro coordinato, che si realizza con la proposizione di Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA), nelle cui fasi è declinato il contributo delle diverse professionalità

ed è attivata la partecipazione dei cittadini, per comporre progetti personalizzati e per soddisfare le istanze degli *stakeholders*.

La struttura dell'opera, che viene dispiegata in questo *ebook*, prodotta dalla collaborazione di autori diversi, provenienti dall'area psicologica-assistenziale, porta il *focus* sul Budget di salute quale strumento generativo di percorsi di cura personalizzati, integrati e flessibili, incede per itinerari di prevenzione volti ad auto-produrre benessere individuale e di comunità, spazia sulle tematiche ampie del ciclo di vita (bambini, giovani, maturi) e di taluni comportamenti disadattivi, che occupano lo spazio delle Case della Comunità.

Il contributo è stimolante e prezioso poiché immette la funzione psicologica nei percorsi di salute e di cura, individuali e di collettività, dove essa talora è solo enunciata e spesso negletta, e perché sottolinea il ruolo dello psicologo nel benessere di comunità, rafforzando e proseguendo la risposta alla domanda di sostegno esplosa nel triennio di emergenza pandemica da COVID-19.

Le potenzialità del PNRR, secondo molti esperti, potrebbero infrangersi per l'infanziabilità, con il *recovery fund*, delle risorse professionali, ridotte negli anni e necessarie per l'avvio del nuovo modello assistenziale.

Occorrerà mettere a sistema le sinergie statali e regionali, alcune delle quali già si sono rese disponibili, come già avvenuto per l'infermiere di comunità, all'istituzione anche dello psicologo di comunità.

In quest'opera a più mani, il filo conduttore, che connette i vari contributi, è costituito dalla duplice prospettiva di analisi e di intervento, nella quale lo psicologo integra e attua l'abbinamento tra le competenze programmatiche e cliniche.

L'analisi viene praticata mediante la lettura regionale dei dati raccolti dai sistemi nazionali di sorveglianza di comunità: "OKkio alla Salute" - Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria; "HBSC - *Health behaviour in school-aged children*" - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare; "Passi" - Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia.

Il profilo di salute delle fasce di popolazione, indagate nella regione Emilia-Romagna, evidenzia i determinanti di salute, che sono modificabili con l'adozione di stili di vita finalizzati ad accrescere il benessere individuale e

collettivo (sedentarietà vs attività fisica, regime dietetico inappropriato vs alimentazione salutare, riduzione dei rischi da fumo e da alcol ecc.).

Sui comportamenti disadattivi, presenti particolarmente nei gruppi giovanili, l'attenzione è portata alla ricerca degli indicatori di fragilità, che consentano di impostare interventi precoci di prevenzione e di tutela.

L'intervento inverte e realizza le direttrici di prevenzione, promozione, *empowerment* del nuovo modello di "fare sanità", applicato ai gruppi di ragazzi (Progetto di sviluppo della resilienza allo stress, Progetto di intervento presso un centro di libera aggregazione giovanile, Educazione alla salute: identità sessuale e sessualità), alle famiglie (PIPPI - Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione, Gruppo genitori condotto con metodologia COS-P *Circle of Security - Parenting*).

I contenuti del lavoro possono contribuire alla composizione di un modello di intervento, basato sulla intensità e diffusione dei bisogni di salute nella popolazione, suggerendo metodi e strumenti condivisibili di natura psicologica, ben collocati nei percorsi di collaborazione interdisciplinare e idonei a ingaggiare gli *stakeholders* degli ampi e diversificati ambiti operativi delle Case della Comunità.

PARTE 1  
FARE SALUTE IN EMILIA-ROMAGNA:  
DAL PRP AL BUDGET DI SALUTE

## CAPITOLO 1

## IL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

MARIA CORVESE

La “Salute in tutte le politiche” costituisce il quadro di riferimento dell’attuale Piano Regionale della Prevenzione (PRP), in linea con i precedenti Piani regionali dal 2005 a oggi. Questa cornice concettuale, che riconosce la salute come un complesso sistema dipendente da fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali, è stata ulteriormente valorizzata dalla Legge Regionale 19/2018 *“Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria”*. L’impianto della Legge 19/2018 assume a riferimento la dimensione distrettuale e attribuisce un ruolo centrale agli Enti Locali, in quanto soggetti istituzionalmente più prossimi alle comunità, in grado di attuare direttamente o favorire interventi specifici di promozione della salute della persona e della comunità. In tal modo si rafforza la necessità (e la capacità) di una pianificazione regionale partecipata e la realizzazione sul territorio delle iniziative di prevenzione e promozione della salute. Altro elemento importante è lo specifico modello di finanziamento previsto dalla Legge, con priorità di intervento individuate di concerto tra le diverse Direzioni Generali regionali. La Legge 19 condivide gli stessi principi ispiratori e finalità che hanno contraddistinto il PRP 2014-2019 e che si ritrovano ulteriormente rafforzati nel nuovo PRP 2021-2025:

- riconoscimento del benessere generale della popolazione come obiettivo comune nelle decisioni politiche trasversali ai diversi settori;
- valorizzazione della partecipazione e dell’intersettorialità;
- attenzione all’equità e all’integrazione;
- consolidamento del sistema regionale per la promozione della salute e la prevenzione; rilevanza dei processi di monitoraggio e valutazione, della comunicazione sociale e formazione diffusa della popolazione.

In concreto questo si determina nella formalizzazione di una Strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione che, in coerenza con gli indirizzi nazionali, persegue l'integrazione e il coordinamento degli obiettivi e delle azioni proposte dalle singole programmazioni regionali dei seguenti ambiti settoriali, i quali impattano sul benessere della popolazione: sanità, welfare, alimentazione, agricoltura e sicurezza dei prodotti e delle filiere alimentari, ambiente, protezione civile, territorio, mobilità, lavoro, istruzione, formazione, cultura, parità di genere, sicurezza e legalità, sviluppo economico, sport e politiche giovanili. L'elaborazione di questa Strategia è affidata, dalla Legge Regionale, al Tavolo Multisettoriale di Coordinamento delle politiche di promozione della salute e prevenzione, a cui partecipano tutte le Direzioni Generali della Regione e Arpa (art.6 L.R. 19/2018), che costituisce pertanto un ambito privilegiato per lo sviluppo dell'intersettorialità, principio fondante della *vision* "Salute in tutte le politiche".

## IMPOSTAZIONE DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

Il Piano Regionale della Prevenzione rappresenta la declinazione locale del Piano Nazionale della Prevenzione. L'impostazione del Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 si basa su 6 Macro Obiettivi declinati in obiettivi strategici; i Macro Obiettivi ritenuti prioritari sono sviluppati in 10 Programmi Predefiniti che riprendono in continuità temi e ambiti di intervento dei precedenti Piani. Alle Regioni spetta il compito di realizzare i Macro Obiettivi e i 10 programmi Predefiniti indicati dal PNP declinandoli all'interno della propria realtà regionale, attraverso la realizzazione di un Piano Regionale della Prevenzione. Il nuovo PRP 2020-2025 della Regione Emilia-Romagna, oltre ai 10 Programmi predefiniti indicati dal PNP, contiene 10 Programmi Liberi che sviluppano gli Obiettivi Strategici ritenuti di interesse regionale e che non sono contemplati, o lo sono solo parzialmente, dalle azioni preventive previste a livello nazionale. In questo modo il PRP assicura continuità con il precedente Piano e una completa coerenza con la Legge Regionale 19/2018. In particolare, il PL11 Interventi nei primi 1000 giorni vita e il PL12 Infanzia e adolescenza in condizioni di vulnerabilità danno continuità e rafforzano gli interventi del Setting Comunità - Programmi Età Specifici del precedente Piano, individuando azioni efficaci nel promuovere la salute

del bambino e del futuro adulto in armonia col Piano Sociale e Sanitario. Completa il quadro dei Programmi Liberi il PL20 Sani stili di vita: dalla promozione alla presa in carico che si propone di perseguire la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali. La promozione della salute va considerata definita come un complesso sistema dipendente da fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali; nel Piano Regionale della prevenzione la sua realizzazione è favorita da azioni partecipative in cui decisori di settori diversi insieme alla comunità, nelle sue diverse forme ed espressioni, dialogano, riflettono e ponderano, in modo congiunto, questioni di salute, sostenibilità ed equità prima di adottare una politica o un intervento che diventa così co-decisione e co-azione sulle determinanti sociali di salute di una comunità e dei suoi ambienti di vita. L'intersettorialità e l'integrazione delle politiche sono cruciali in una visione della salute in cui le condizioni di vita e benessere dei cittadini sono il risultato dell'azione di una intera società, supportate dal coordinamento delle politiche sanitarie con quelle sociali, ma anche ambientali, urbanistiche, abitative, formative, occupazionali e culturali. I Programmi predefiniti e Liberi del PRP trovano potenziamento in azioni trasversali ritenute strategiche: la comunicazione, l'equità, la formazione.

- La comunicazione si profila come strumento essenziale per favorire l'intersettorialità e il contrasto alle diseguglianze. Viene declinata sia come comunicazione sanitaria sia come comunicazione per la salute. L'approccio non si limita ad avere valenza informativa, ma ricerca strategie per supportare il cambiamento volontario del comportamento, con azioni a livello motivazionale, offerta di percorsi concreti e possibilità di scelta (*call to action*), adottando tecniche derivate dal marketing sociale.
- L'equità sul piano sanitario significa riconoscere le diversità che caratterizzano la popolazione e che comportano eterogeneità nell'esposizione ai fattori di rischio e nell'accesso ai servizi.
- La formazione sarà finalizzata all'acquisizione di nuove competenze, per fornire strumenti innovativi per la promozione della salute, nonché mantenere una forte integrazione fra i vari attori che si occupano dei temi trattati nei diversi programmi.

## PROFILO DI SALUTE ED EQUITÀ

Il Piano Regionale della Prevenzione per l'Emilia-Romagna è stato inquadrato, così come nelle scorse edizioni, all'interno di un profilo che rappresenta i tratti dei principali settori interessati dalla prevenzione. L'ultimo aggiornamento è stato effettuato nel 2019. Il capitolo introduttivo di detto profilo rappresenta il contesto generale basato su caratteristiche demografiche e socio-economiche, carico di malattia e di fattori di rischio, andamento della mortalità ed inquadra inoltre la tematica trasversale delle disuguaglianze sociali. Il tutto è costruito a partire dai dati disponibili sulla popolazione emiliano-romagnola, con elementi per descrivere la variabilità interna al territorio e nel confronto con il resto del Paese. Per l'approfondimento di tali aspetti si rimanda alla lettura del documento.

## PUNTI DI FORZA DEL PIANO REGIONALE PREVENZIONE

La visione e le modalità di lavoro dei PRP precedenti e della Legge Regionale 19/2018 hanno contribuito anche al rafforzamento delle comunità di pratica professionali supportando sinergie di pratiche a livello regionale e aziendale sui temi della prevenzione. Per citare alcuni esempi, i professionisti dei SIAN (Servizio Igiene, Alimenti e Nutrizione), della Medicina dello sport, i Veterinari, hanno incrementato con esiti positivi le occasioni di scambio professionale, di condivisione di procedure, di valutazione del proprio lavoro, oltre che di relazione con altre comunità di pratica anche per quanto riguarda la comunicazione per la prevenzione e la promozione della salute, che si intende rafforzare e sviluppare ulteriormente nel nuovo PRP. Un ulteriore punto di forza è dato dalla capillare presenza nel territorio delle Case di Comunità, ambito privilegiato per il rapporto con la comunità, la promozione della salute e la prevenzione. Si pensi che tali contesti offrono opportunità di contatto con la popolazione, *counselling* breve sui temi di salute, possibilità di rafforzare i rapporti con MMG/PLS che qui sono presenti, ponendo l'attenzione sui temi della prevenzione, oltre che l'eventuale presenza delle associazioni con le quali condividere obiettivi e iniziative. Si segnala come punto di forza della Regione Emilia-Romagna la stretta integrazione delle politiche sanitarie e di prevenzione con le politiche sociali, che si realizza a tutti i livelli: da quello dell'innovazione, della ricerca e della forma-

zione, di cui è responsabile l'Agenda Sociale e Sanitaria Regionale, a quello della programmazione regionale che, sin dal 2008, armonizza in un unico Piano Sociale e Sanitario (PSSR) le pianificazioni sanitaria e sociale, fino al livello aziendale e distrettuale dove Enti Locali e *stakeholder* collaborano alla definizione e implementazione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale. Il presente PRP si pone in continuità con il Piano Sociale Sanitario Regionale sotto moltissimi aspetti, principalmente presidiando il tema equità e collegando la riduzione delle disuguaglianze e la promozione della salute. Il Piano Sociale e Sanitario regionale, con la sua traduzione applicativa nei Piani di Zona a livello distrettuale, costituisce un ponte strategico per la relazione con gli Enti Locali. La convergenza e la sinergia di intenti con il PRP, supportate da confronti costanti e dalla presenza di programmi che coinvolgono l'ambito sociale, rappresentano un'opportunità concreta per garantire l'integrazione delle programmazioni e degli interventi che impattano sulla salute ed il benessere dei cittadini. Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie e Comuni, insieme alle risorse della comunità, sono protagonisti di questo processo. Ulteriore patrimonio che contraddistingue la nostra regione è la forte presenza e partecipazione del mondo dell'associazionismo che, anche sui temi della prevenzione, manifesta la propria azione e vitalità. Alleanze e iniziative comuni accompagnano i programmi del PRP in numerosi ambiti e rappresentano per Istituzioni e Terzo settore opportunità per rafforzare le strategie di prevenzione nel rispetto delle rispettive peculiarità e specificità. Anche per quanto riguarda il mondo imprenditoriale, la capacità di *advocacy* e le opportunità di alleanze permettono di contare su rapporti e *partnership* consolidate (es.: Aziende che promuovono salute, Palestre che promuovono salute) o potenzialmente attivabili. Da questo punto di vista il contesto è fertile per condividere visioni e azioni per la salute dei lavoratori e della comunità. Tra le numerose iniziative, un richiamo meritano le linee di intervento della Legge Regionale 8/2017, "Norme per la promozione e lo sviluppo delle attività motorie e sportive", e in particolare il Protocollo che coinvolge la Wellness Foundation, sperimentazione di lavoro comune tra pubblico e privato che opera nelle tre declinazioni: salute e *wellness*; sviluppo economico, sostegno del turismo, dello sport e promozione del territorio.

## PUNTI DI DEBOLEZZA

Il forte impegno delle Aziende nel fronteggiare le varie fasi dell'emergenza sanitaria da Covid-19 ha reso più difficili i contatti e il lavoro di progettazione del PRP, di conseguenza è necessario prestare attenzione alle modalità e i tempi con cui si è in grado di trasformare in operatività il dialogo intersettoriale che può essere ostacolato da una certa inerzia delle programmazioni e azioni di settore, che possono costituire un parziale freno all'attuazione del principio della "Salute in tutte le politiche".

## CRITICITÀ

Tra i fattori esterni non controllabili che possono rappresentare effettive criticità per lo sviluppo del PRP, si individuano, in particolare, due elementi. Il primo, ineludibile per le caratteristiche della società attuale, consiste nell'estrema frammentazione dei destinatari delle attività di prevenzione e promozione della salute: sono complesse le esigenze informative e relazionali degli interlocutori che si vorrebbe raggiungere e coinvolgere per ottenere risultati concreti di salute, una complessità che rende necessari azioni e messaggi sempre più personalizzati per garantire equità, appropriatezza ed esiti positivi per la salute individuale e collettiva e che richiede costante attenzione e aggiornamento. Un secondo aspetto che a oggi incide sulla pianificazione del PRP riguarda i continui adeguamenti organizzativi legati all'emergenza sanitaria prima e alla conseguente crescita della spesa sanitaria e della conseguente crescita del debito economico delle Aziende USL. Sospensione di servizi, spostamenti di personale e di competenze per gestire le diverse contingenze legate al Covid-19, dal *contact tracing* alle vaccinazioni, hanno spesso ostacolato la continuità di azione anche nel mondo della prevenzione. Si pensi all'impatto sugli screening, con la necessità di definire e attuare intensi piani di recupero delle prestazioni, o alle difficoltà di accesso al test per l'HIV, con potenziale rischio di individuazione tardiva dell'infezione.

## Tab. 1. Struttura del PRP: Elenco dei programmi predefiniti e liberi del PRP

PP01 Scuole che promuovono Salute
PP02 Comunità attive
PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute
PP04 Dipendenze
PP05 Sicurezza negli ambienti di vita
PP06 Piano mirato di prevenzione
PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura
PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro
PP09 Ambiente, clima e salute
PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
PL11 Interventi nei primi 1000 giorni di vita
PL12 Infanzia e adolescenza in condizioni di vulnerabilità
PL13 Screening oncologici
PL14 Sistema informativo regionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro dell'Emilia-Romagna (SIRP-ER)
PL15 Sicurezza chimica
PL16 Vaccinazioni
PL17 Malattie infettive
PL18 Eco Health Salute alimenti, animali, ambiente
PL19 One Health. Malattie infettive
PL20 Sani stili di vita: dalla promozione alla presa in carico

## SITOGRAFIA

<https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblea:legislativa:legge:2018;19>

<https://www.regione.emilia-romagna.it/urp/servizi-e-strumenti/novita-editoriali/piano-regionale-della-prevenzione-2021-2025>

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/profilo-di-salute>, (DGR  
2177/2019)

[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5029\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf)

## CAPITOLO 2

ITINERARI DI PREVENZIONE E RUOLO DELLO  
PSICOLOGO DI COMUNITÀ

MARIA LUISA ANDREGHETTI

Il comportamento umano, secondo il modello bio-psico-sociale, è il risultato della combinazione tra predisposizioni genetiche, temperamento, esperienze di vita e le influenze culturali ed educative assimilate dall'ambiente.

Visto che ciascun individuo beneficia inoltre di molteplici appartenenze (da quella familiare a quella scolastica, da quella informale delle amicizie a quella delle offerte del tempo libero più strutturate), i comportamenti del singolo vanno letti come l'esito di un complesso intreccio tra fattori di rischio e fattori di protezione che si influenzano a vicenda (Dodge, Petit, 2003).

L'intervento preventivo, per essere efficace, deve quindi tener conto non solo del soggetto stesso, ma anche della sua Famiglia, della Scuola e di tutta la Comunità Educante, soprattutto quando rivolto a favorire il benessere evolutivo di un minore.

In tal senso, può rivelarsi funzionale muoversi all'interno di un'ottica di **Rete Integrata di Sistema**, ricercando sinergie organizzative che permettano di pianificare interventi che tengano conto dei bisogni di salute della popolazione incidenti su quel territorio.

Ai fini della individuazione del target di destinatari di un intervento di prevenzione, occorre tenere presente che l'appartenenza ad un gruppo o contesto a rischio non necessariamente implica lo sviluppo di un comportamento problematico, perché questo è l'esito del bilanciamento tra fattori di vulnerabilità e fattori di protezione e della padronanza, da parte del soggetto, di strategie di coping che gli permettano di saper gestire adeguatamente ed essere resiliente rispetto ad eventuali situazioni stressogene.

Ai fini di un funzionale e coordinato **Piano della Prevenzione**, anche per evitare di disperdere energie attivando interventi privi di una reale validità

sociale in quanto non coerenti con le priorità ed i bisogni della comunità, particolare importanza può rivestire il **ruolo specifico dello Psicologo di Comunità**, che si estrinseca nella cura delle relazioni con la Rete Territoriale (Sanità/ASP ed Ente Locale/Scuole/Associazioni di Volontariato-Terzo Settore), in collaborazione con la quale progettare percorsi di prevenzione rivolti a target di popolazione specifici e contribuendo alla definizione delle metodologie di realizzazione più indicate ai fini del perseguimento degli esiti attesi, basandosi sulle evidenze scientifiche.

Lo **Psicologo di Comunità** deve quindi essere a conoscenza dei Nodi della Rete e delle funzioni e missioni di ciascuno di essi, con particolare riferimento alla peculiarità del territorio in cui opera, oltre che avere competenza nel lavoro in equipe multidisciplinare con approccio collaborativo.

Lavorare in ottica preventiva presuppone infatti la capacità di essere pro-attivi nella individuazione precoce degli indicatori di criticità, ma anche saper andare oltre al sintomo per coglierne il significato relazionale ed evolutivo, sapendo porre il focus dell'attenzione sulla comunicazione e sulla qualità delle relazioni, per intervenire con l'offerta di percorsi volti a favorire interazioni positive tra il singolo e la sua Famiglia ma anche con tutto il suo contesto di riferimento comunitario.

## CAPITOLO 3

## SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE (PP01)

MARIA LUISA ANDREGHETTI

La Scuola, in quanto luogo in cui è possibile intercettare le situazioni di disagio e *promuovere il benessere* laddove e quando queste si manifestano, può connotarsi come il luogo elettivo per la prevenzione della salute psicologica dei ragazzi/e.

A partire dal presupposto che non è solo l'individuo che vive una situazione di disagio a dover cambiare ma anche l'intero contesto in cui egli è inserito, la Scuola, in stretta sinergia con tutta la Comunità Educante, può realizzare progetti volti ad aiutare i ragazzi a stare meglio con se stessi e con il gruppo dei pari, trasformando in valore educativo anche le esperienze di insuccesso.

Può inoltre permettere ai giovani di sperimentare interazioni cooperative fondate su fiducia, correttezza ed affidabilità, ponendo particolare attenzione a valorizzare le variegate forme di intelligenza, di espressione e di affettività dei singoli nel promuovere interventi volti a facilitarli nella acquisizione di un senso di autoefficacia, sollecitando i ragazzi/e all'autonomia, alla crescita personale, alla acquisizione del senso di responsabilità personale e collettiva.

Ma per fare questo è importante che la Scuola sia in grado di individuare i punti di forza, le risorse, le abilità, le attitudini utili a creare obiettivi motivanti per il singolo ragazzo/a, così come, altrettanto necessario, è saper individuare gli ostacoli che si frappongono al raggiungimento di tali obiettivi.

Privilegiando approcci laboratoriali, adottare metodologie e strumenti di lavoro che prevedano un coinvolgimento attivo degli studenti (ma anche dei loro docenti e genitori) nella realizzazione di un'esperienza, di un'attività, di un prodotto che valorizzi i punti di forza di ciascun ragazzo/a, la Scuola può restituire valore e senso alle loro fatiche ed all'impegno richiesto per affrontarle.

Per essere realmente educativo, un contesto di convivenza deve essere attraversato da interazioni fondate sulla fiducia, sulla correttezza, sulla affidabilità, e ciò comporta la capacità da parte degli insegnanti di gestire il gruppo/classe e le dinamiche che lo attraversano, favorendo la comprensione e il riconoscimento delle emozioni e coinvolgendo i ragazzi/e nei processi di decisione e di scelta. Una relazione è definita “buona” quando ognuno si sente libero di esprimere e discutere i propri obiettivi, attese, timori, preoccupazioni, dubbi, disaccordi e contrasti. È’ quindi molto importante che anche gli insegnanti siano in grado di porsi nei confronti dei ragazzi/e come adulti di riferimento significativi, promuovendo buone relazioni tra loro e con loro, aiutandoli/e a sentirsi protagonisti attivi e consapevoli delle loro scelte.

## CAPITOLO 4

## DEFINIRE IL BUDGET DI SALUTE

AMBRA CAVINA

In Emilia-Romagna il Budget di Salute è stato sperimentato in ambiti diversi grazie al progetto “Soggetto, persona, cittadino: promuovere il benessere e l’inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il budget di salute” attuato dalla Regione Emilia Romagna, con risorse pari a 140mila euro. In particolare si è costituito un programma regionale per la promozione delle linee regionali di indirizzo con il coordinamento dell’AUSL di Parma e rappresentanti di Aziende sanitarie, Comuni, Consulta salute mentale ed è proprio a partire da questa prima esperienza dal 2016 è attivo un tavolo regionale che accompagna il percorso di attivazione e implementazione delle Linee regionali dell’innovativo modello terapeutico. In questo particolare ambito è stato inoltre realizzato il primo programma formativo regionale e sono stati predisposti gli indirizzi per la valutazione dei progetti legati a “Budget salute”, modello peraltro adottato nei Dipartimenti di salute mentale-Dipendenze patologiche delle Aziende sanitarie. In questo progetto sono state predisposte le linee guida nazionali [“Progettare il budget di salute con la persona”](#) messe a punto da un gruppo di lavoro interregionale, coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità, formato da oltre un centinaio di professionisti di tutte le Regioni e Province autonome italiane, referenti per l’ambito sanitario, sociale e dirigenti amministrativi, nominati dalla Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (si veda anche Franco Pesaresi, [Il Budget di salute negli indirizzi nazionali](#), in welforum 20 maggio 2022); un progetto che ha coinvolto, attraverso una consultazione pubblica, anche i portatori di interesse della società civile, le Associazioni del volontariato e i rappresentanti dell’Anci (Associazione nazionale comuni italiani).

Il Budget di Salute (BdS) si configura come strumento innovativo in grado di potenziare ed implementare modalità organizzative e pratiche di integrazione socio-sanitaria, basate sulle seguenti premesse:

- necessità di realizzare progetti sempre più personalizzati con risposte adeguate alle problematiche specifiche della situazione trattata ponendo al centro i bisogni della persona;
- necessità di garantire una effettiva integrazione con tutti i soggetti della rete dei servizi con il fine di fornire una risposta tempestiva, globale e definita nel tempo;
- necessità di lavorare per sostenere la domiciliarità e il lavoro di cura delle famiglie valorizzando come risorsa dei servizi la partecipazione delle Associazioni dei familiari, del volontariato, del privato sociale ed imprenditoriale;
- necessità di potenziare i collegamenti con la comunità civile per favorire percorsi di effettiva cittadinanza;
- necessità di lavorare per evitare la cronicità e ridurre i ricoveri impropri

Il Budget di salute costituisce uno strumento integrato socio-sanitario a sostegno del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato di persone affette da disturbi mentali gravi, costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie al fine di migliorare la salute, nell'ottica della recovery (possibile guarigione), del benessere, del funzionamento psico-sociale, dell'inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla comunità mediante l'attivazione di percorsi evolutivi.

È inoltre uno strumento di assistenza territoriale, attivabile da parte dei Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) in collaborazione con i Servizi Sociali, in alternativa, o in superamento dell'assistenza residenziale, quando il trattamento residenziale non è la risposta di assistenza appropriata ai bisogni della persona o quando tale trattamento si è concluso. Viene attivato infatti per sostenere e consolidare i progetti di domiciliarità a supporto anche del lavoro di cura delle famiglie attraverso interventi relativi all'abitare supportato e di integrazione nel contesto produttivo e/o sociale.

Esso tende a contrastare e, se possibile, a prevenire la cronicizzazione istituzionale o familiare, l'isolamento e lo stigma della persona con disturbi mentali. Il Budget di salute è altresì finalizzato a creare un legame tra il Si-

stema di Cura ed il Sistema di Comunità e mira ad un utilizzo appropriato delle risorse di entrambi.

Inizialmente sviluppato come uno strumento integrato sociosanitario a sostegno del “Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato” (PTRI) di persone con disturbi mentali gravi e complessi a partire dalla preadolescenza (DPCM 12/1/2017), è costituito da risorse individuali, familiari, sociali e sanitarie volte a migliorare la salute nell’ottica del possibile recupero (recover - un processo profondamente e autenticamente personale di cambiamento dei propri valori, sentimenti, obiettivi, capacità, ruoli): è di fatto un modo di vivere la propria vita con soddisfazione, speranza e iniziativa, al di là del disturbo mentale e delle conseguenti limitazioni. L’inclusione della persona e la sua partecipazione attiva alla vita sociale avvengono mediante l’attivazione di percorsi evolutivi e delle risorse di comunità.

Lo strumento è attivabile dalle diverse aziende sanitarie e dai Servizi Sociali degli Enti Locali, singoli o associati, secondo il criterio dell’appropriatezza nei percorsi assistenziali integrati con il coinvolgimento delle diverse componenti dell’offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale, della persona e della sua famiglia. L’obiettivo è favorire la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio e ambiente di vita, attraverso l’attivazione delle risorse disponibili formali e informali, come alternativa o evoluzione dell’assistenza residenziale.

## **QUALI SONO GLI ELEMENTI CHE CARATTERIZZANO IL BDS?**

I *destinatari degli interventi* con la metodologia del Budget di Salute sono persone affette da disturbo mentale grave definito dai Centri di Salute Mentale. Oltre ai CSM anche i Servizi Territoriali possono segnalare eventuali destinatari che andranno poi conosciuti e valutati per essere inseriti in questo tipo di intervento. Si incoraggiano anche i SerT e le Neuropsichiatria dell’Infanzia e dell’Adolescenza ad impiegare questo modello.

La valutazione iniziale deve essere effettuata dall’Equipe del CSM e se deve essere attivato un progetto con Budget di Salute coinvolge l’assistente sociale del Servizio Sociale competente per territorio che effettua le valutazioni di sua competenza. La proposta/idea di avviare un progetto BdS può pervenire da qualunque punto del sistema di soggetti interessati a par-

tecipare al progetto (utente, familiari, operatori sociali o sanitari, MMG/PLS...); tale proposta viene successivamente discussa e sviluppata in modo congiunto da psichiatra, assistente sociale, utente, familiari (o amministratore di sostegno), eventuali altri soggetti interessati. Per la valutazione della appropriatezza della proposta progettuale rispetto alle finalità specifiche del budget di salute si ritiene opportuno condividere la singola progettazione all'interno delle équipe territoriali.

A partire dal confronto con il paziente ed i familiari, il momento valutativo prende in considerazione:

1. criteri diagnostico-clinici: disturbi mentali severi, storia ed evoluzione dei precedenti trattamenti, valutazioni prognostico-evolutive, ecc., durata del disturbo, mediante appositi strumenti (HoNos, CAN, ed altri)
2. funzionamento psicosociale e disabilità (ICF)
3. risorse individuali, familiari e sociali
4. risorse dei sistemi di cura risorse dei sistemi di comunità.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) composta dall'Azienda Usl e dai Servizi Sociali che definisce il progetto personalizzato e le risorse che compongono il Budget di salute.

L'UVM è costituita da una componente fissa - Direttore del DSM o suo delegato e Dirigente del Servizio Sociale o suo delegato - ed una componente variabile ed eventuale definita caso per caso: psichiatra ed assistente sociale di riferimento, infermiere di riferimento ed altri operatori, MMG/PLS, il paziente, i familiari, AdS e ha il compito di valutare le proposte di progetto Budget di Salute, di verificarne l'appropriatezza in termini di coinvolgimento e condivisione di tutti i partner interessati, di costruire sinergie e/o complementarietà tra proposte relative a persone diverse.

L'UVM formula quindi un giudizio di fattibilità sulla proposta di progetto in base alle risorse ed individua una "équipe di progetto", composta dallo psichiatra referente del caso, l'assistente sociale, gli operatori sanitari e/o sociali, l'utente, i familiari, gli operatori dell'ente gestore, eventuali volontari o altri partner in qualche modo collegati o interessati. Ogni équipe di progetto definisce un responsabile di progetto. L'utente deve essere informato della possibilità di farsi accompagnare/assistere da parte di un UFE (utente o familiare esperto), o di un rappresentante di una Associazione, nel percorso di progettazione del proprio Budget di Salute. L'équipe di progetto ha il

compito di definire il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individuale (PTRI), cioè di declinare operativamente il progetto BdS.

Il *Progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato*, centrato sulla domanda della persona e sulla valutazione dei suoi bisogni, abilità e competenze, anziché sull'offerta di servizi, elaborato e sottoscritto dal paziente, condiviso con i suoi familiari e con altri soggetti significativi del territorio coinvolti nella realizzazione del progetto. Il progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato integra il progetto di trattamento e di cura con interventi nelle aree di vita che costituiscono i principali determinanti sociali di salute: l'abitare, la formazione/lavoro, la socialità/affettività.

Il Progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato contiene i seguenti elementi:

- a. Valutazione sintetica del bisogno
- b. Risultati attesi
- c. Gli interventi necessari al soddisfacimento dei bisogni sociali - riabilitativi - formativi - lavorativi
- d. Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal paziente e dalla sua famiglia
- e. Eventuali risorse attivate e messe a disposizione dal volontariato
- f. Le risorse messe a disposizione dall'Azienda Usl e dall'Ente Locale
- g. Individuazione del responsabile del caso;
- h. Le fasi temporali e le scadenze delle verifiche
- i. L'impegno sottoscritto dell'assistito e degli altri soggetti coinvolti a realizzare il progetto, con le relative modalità.

L'intensità del progetto terapeutico-riabilitativo personalizzato è determinata dalla UVM, sulla base della proposta del Servizio inviante e viene stabilita tenendo conto dell'obiettivo da raggiungere, del livello di disabilità della persona e dei bisogni di tipo assistenziale.

## **LA DIMENSIONE TERRITORIALE DEGLI INTERVENTI, IN ALTERNATIVA O PER SUPERARE L'ASSISTENZA RESIDENZIALE**

Rientrano negli interventi territoriali i progetti sull'asse dell'abitare, con diversi gradienti di supporto all'autonomia della persona presso il suo do-

micilio o in appartamenti messi a disposizione dal progetto, interventi che non devono essere confusi con l'assistenza residenziale remunerata a retta giornaliera. A tal fine si propone di usare come discriminante la presenza di un accordo formalizzato che conferisce alla persona il titolo a fruire dell'abitazione nelle regole e per la durata prevista dal progetto personalizzato.

Anche gli interventi educativi sull'asse socialità/affettività che hanno come obiettivo primario la ri-costruzione di relazioni e reti amicali, familiari e sociali insieme allo sviluppo di abilità e competenze sociali richiedono il coinvolgimento e la collaborazione dei familiari, dei cittadini, delle associazioni di volontariato, di organizzazioni e gruppi informali presenti sul territorio.

Le risorse a cui attinge un progetto di Budget di salute sono:

1. Risorse di cura messe a disposizione dall'Azienda USL, sia attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso altro Soggetto gestore
2. Risorse d'integrazione ed inclusione sociale messe a disposizione dall'Ente Locale attraverso le proprie strutture organizzative (es. prestazioni del personale del Servizio Sociale, alloggi di edilizia residenziale pubblica, pasti, sostegni economici, ecc.)
3. Risorse della persona titolare del progetto costituite da risorse economiche (beni e servizi) e relazionali (familiari, amicali)
4. Risorse messe a disposizione dal volontariato e no profit

Per questo il Progetto Individuale (PTRI) di budget di salute è composto da:

- *budget di salute aziendale*: costituito dalle risorse messe a disposizione dall'Azienda USL sia attraverso le proprie strutture organizzative sia attraverso soggetti terzi;
- *budget dell'ente locale*: costituito dalle risorse messe a disposizione dall'ente locale sia attraverso le proprie strutture organizzative, sia attraverso soggetti terzi;
- *budget dell'assistito*: costituito dalle risorse economiche ed affettive messe a disposizione dall'assistito e da eventuali familiari o volontari;
- *budget di comunità* costituito da gruppi, associazioni, singoli volontari

Dunque ciò che specifica la metodologia del BdS è:

- la partecipazione attiva della persona, della famiglia nonché di altri attori sociali come il mondo dell'associazionismo e del volontariato;

- la natura costitutivamente socio-sanitaria dello strumento, orientato a creare e mantenere connessioni e legami tra sistemi di cura e sistemi di comunità ed ad utilizzarne al meglio le risorse;
- la multidimensionalità dell'intervento in tutte le sue fasi
- la finalità dichiarata di perseguire la recovery della persona e il suo funzionamento psico-sociale migliore possibile;
- il contrasto e la prevenzione di quei meccanismi di cronicizzazione sanitaria, istituzionale, familiare e sociale per i disturbi mentali gravi;
- il contrasto all'isolamento e allo stigma della persona portatrice di disturbo mentale grave.

In conclusione le caratteristiche principali che definiscono il BdS:

1. Il Budget di Salute si rivolge a persone prese in carico dalla rete dei servizi sanitari territoriali con bisogni complessi sia sociali che sanitari. Il principale protagonista di questo percorso è la persona considerata nella comunità di riferimento, vista nella complessità delle sue risorse, dei suoi bisogni sia sociali che sanitari, delle sue relazioni e dei suoi obiettivi rispetto ai quali possa esprimere il diritto all'autodeterminazione. Il Budget di Salute sostiene progetti individualizzati, finalizzati a favorire la permanenza della persona nel domicilio prescelto coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.
2. Il Budget di Salute è a governo e coordinamento Pubblico per garantire una reale integrazione sociosanitaria. La richiesta di attivazione del Budget di Salute, anche su proposta della persona e/o di un suo legale rappresentante, deve avvenire ad opera di un operatore sanitario o sociale dei servizi che hanno in carico il caso. L'Equipe socio sanitaria, così composta da almeno un operatore sanitario e sociale, deve prevedere il contributo della persona stessa, dell'eventuale Amministratore di Sostegno in base al mandato ricevuto e, su richiesta della persona stessa, dei soggetti significativi affinché la persona partecipi attivamente alla valutazione di bisogni e risorse ed esprima il diritto all'autodeterminazione nella cura condivisa e nella definizione del proprio progetto di vita.

**BIBLIOGRAFIA**

Convegno “Budget di salute” 18 aprile 2013. Disponibile sul portale SalutER all’indirizzo: <http://www.saluter.it/documentazione/convegni-e-seminari/convegno-budget-di-salute-2013>.

Decreto del 23 maggio 2022, n.77. Recuperato da <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>.

Conferenza Unificata del 6 luglio 2022 Intesa Reo. Atti n. 104/CU, Linee Programmatiche: Progettare il Budget di Salute con la persona - Proposta degli Elementi qualificanti. Recuperato da <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2022/seduta-del-6-luglio-2022/atti/repertorio-atto-n-104cu/>.

Regione Emilia-Romagna, (2013), DGR 478/2013, DGR 805/2014, Fondo per l’Autonomia possibile risorse da destinare prioritariamente agli interventi con il modello del Budget di salute.

Regione Emilia-Romagna (2016), Linee di Indirizzo per la Realizzazione di Progetti con la Metodologia Budget di Salute - DGR 45/2016. Recuperato da [https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15\\_14732/budget-salute-esperienze-regionali-e-dottrina-interesse.html](https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14732/budget-salute-esperienze-regionali-e-dottrina-interesse.html).

## PARTE 2: APPLICAZIONI

## CAPITOLO 1

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO NEI PERCORSI DI  
REINSERIMENTO SOCIALE IN AMBITO PENALE

FULVIO FRATI

L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA PENALE ITALIANO NELLA PROSPETTIVA  
DEL REINSERIMENTO SOCIALE DEL DETENUTO

Il principio del recupero e del reinserimento sociale degli autori di reato è stabilito con chiarezza, nel nostro ordinamento giuridico, a partire dall'articolo 27 della Costituzione Italiana, che tra le altre cose sottolinea esplicitamente come *“Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”*.

Tale principio, tuttavia, ad oltre settant'anni dall'emanazione della nostra Costituzione repubblicana appare ancora in troppi casi inattuato. Basti pensare, ad esempio, al numero ancora alto di suicidi ed episodi di violenza, alle carenze igieniche e inadeguatezza dell'assistenza sanitaria, alla diffusa mancanza di opportunità di lavoro per i detenuti sia all'interno che all'esterno delle strutture in cui scontano le loro pene, alle carenze dell'assistenza post-penitenziaria, all'elevata percentuale dei casi di recidiva.

Da quasi mezzo secolo ormai, vale a dire dall'emanazione della Legge n. 354 del 26/7/1975, nel nostro Paese gli Psicologi sono stati chiamati ad operare nel settore penale e penitenziario sia attraverso rapporti di lavoro di dipendenza che con incarichi di consulenza (in particolar modo in qualità di esperti ex art. 80 di tale Legge). Ciò è avvenuto inizialmente soprattutto nelle attività di “Osservazione e Trattamento”, poi nei “Servizi Nuovi Giunti” e nei presidi per persone tossicodipendenti e/o HIV positive e, successivamente, anche sulla base di progetti specifici.

Al fine di comprendere correttamente le principali tipologie dell'utenza, estremamente diversificata, che gli Psicologi possono incontrare direttamente nelle loro attività afferenti al circuito penale del nostro Paese, ci sembra

innanzitutto necessario fornire qui di seguito alcune definizioni delle loro più frequenti denominazioni, tratte dalla pagina web “Classificazione dei detenuti” di “Wikipedia, l’enciclopedia libera”:

- **Indagati:** coloro che sono sottoposti a procedimento penale ma non ancora rinviati a giudizio. Essi mantengono lo status di “indagati” fino alla chiusura delle indagini preliminari.
- **Imputati:** coloro ai quali è stata formalmente contestata la commissione di un reato. Tale contestazione ha luogo attraverso il rinvio a giudizio o altro atto equipollente (come previsto dall’articolo 60 del Codice Procedura Penale). Per essi vige il principio di innocenza previsto dall’art. 27, comma 2, della Costituzione Italiana. Gli imputati sono distinti in: giudicabili, appellanti e ricorrenti.
- **Condannati:** Per “condannati” s’intendono coloro che hanno subito una condanna definitiva, alla quale può seguire un’esecuzione o meno (ad esempio nel caso di sospensione condizionale della pena). Alcuni si trovano negli istituti penitenziari per espiare la pena loro comminata, mentre nei confronti di altri è stata disposta una misura alternativa alla detenzione (affidamento, detenzione domiciliare, ...) ovvero una sanzione sostitutiva (semidetenzione, libertà controllata, pena pecuniaria, lavoro sostitutivo).
- **Detenuti:** coloro che si trovano negli istituti penitenziari, sia a seguito di condanna definitiva (c.d. “definitivi”) sia a seguito di applicazione della misura cautelare della custodia in carcere.
- **Internati:** Per internati s’intendono coloro che sono sottoposti all’esecuzione delle misure di sicurezza detentive (oggi colonia agricola, casa di lavoro, casa di cura e custodia, residenza per l’esecuzione delle misure di sicurezza o R.E.M.S., in passato ospedale psichiatrico giudiziario o O.P.G.).

In Italia, si rende necessario a questo punto specificarlo, le norme sull’imputabilità degli autori di reato e sui concetti correlati di “capacità di intendere e di volere” e di “vizio parziale o totale di mente” sono regolate, principalmente, dagli articoli 85, 88, 89 e 90 del Codice Penale (CP). Vediamo pertanto insieme cosa affermano in sintesi questi quattro articoli del CP.

- L’articolo 85 del CP stabilisce che «è imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere»; se, pertanto, il soggetto reo o presunto tale presenta un’infermità tale da comportare l’abolizione completa della capa-

oltà di intendere o di quella di volere, allora si realizza il “vizio totale di mente” ed il soggetto non è imputabile (art. 88 del CP).

- Se l’infermità è invece tale da far sì che la capacità di intendere o quella di volere del presunto reo nel momento in cui è stato commesso il fatto-reato siano “grandemente” scemate, ma non completamente assenti, si realizza, invece, il cosiddetto “vizio parziale di mente” (art. 89 del CP): in questa situazione il soggetto è imputabile, ma in caso di condanna la pena può essere ridotta (normalmente di un terzo). Se il grado di interferenza dell’eventuale infermità sulla capacità di intendere o di quella di volere è minimo, per cui né l’una né l’altra risultano compromesse in modo significativo, allora l’imputabilità del presunto reo rimane piena.
- L’articolo 90 del CP, infine, afferma che «gli stati emotivi e passionali non escludono né diminuiscono l’imputabilità». Sino a poco meno di un paio di decenni fa, di fatto, sulla base di queste disposizioni legislative si è attribuita nel nostro sistema penale una certa rilevanza giuridica essenzialmente alle patologie di tipo psicotico e solo in casi eccezionali si è riconosciuta la sussistenza del vizio parziale o totale di mente nei casi di patologia nevrotica. Inoltre si tendeva, in casi rari da specificare di volta in volta, a stabilire l’imputabilità del reo in presenza di disturbi appartenenti ad un’altra categoria nosografica molto importante, quelli ricompresi nell’ambito delle cosiddette “psicopatie” o personalità antisociali. Varie sentenze della Corte di Cassazione, emesse soprattutto tra gli anni 1977 e 1979, affermano che gli “psicopatici” andrebbero ritenuti pienamente imputabili dal momento che si parla, per costoro, di personalità “deviata” e non “malata”; essi sarebbero semplicemente degli “anormali del carattere”, e secondo queste sentenze tale “anormalità” non implicherebbe, automaticamente, la perdita nemmeno parziale della capacità di intendere e di volere.

Poi, con due differenti sentenze della Corte di Cassazione emesse nel corso del primo semestre 2005, anche la legislazione italiana ha ammesso che, ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, rientrano nel concetto di “infermità” anche i “gravi disturbi di personalità” e non solo le “malattie mentali” cosiddette “conclamate”. A seguito di tali sentenze, anche ai disturbi di personalità può essere attribuita un’attitudine, scientificamente condivisa, a proporsi come causa idonea ad escludere o scemare

grandemente la capacità di intendere e di volere del soggetto agente, e a farlo quindi eventualmente considerare come “non imputabile” (o parzialmente imputabile) ove essi pregiudichino totalmente o grandemente la sua capacità di intendere e di volere nel momento del fatto-reato.

Pertanto, per tutte le persone accusate di reato ma valutate come “non imputabili” ai sensi dei combinati disposti degli articoli 85, 88 ed 89 del Codice Penale, non si pronuncia condanna, però il giudice può stabilire l’applicazione delle misure di sicurezza, anche privative della libertà personale, come previsto e disciplinato dagli articoli 199 e seguenti del Codice Penale, nonché dall’articolo 25 della Costituzione.

In Italia vige infatti sin dalla prima approvazione del vigente Codice Penale, entrato in vigore nell’ormai lontano 1930, il sistema fondato sul cosiddetto “doppio binario”, vale a dire un impianto sanzionatorio complessivo nel quale da un lato le pene, ancorate alla colpevolezza del soggetto per il fatto reato commesso e commisurate alla gravità di esso, sono indirizzate a punire il fatto, mentre dall’altro lato le misure di sicurezza tendono invece essenzialmente a prevenire i comportamenti illeciti del reo, basandosi essenzialmente su un giudizio di pericolosità sociale della sua personalità.

Complessivamente, le varie misure di sicurezza attualmente previste dal nostro ordinamento si suddividono in: misure di sicurezza personali detentive, misure di sicurezza personali non detentive e misure di sicurezza patrimoniali (Concas, A., 2015).

Attualmente, nel nostro Paese, le misure di sicurezza personali detentive sono le seguenti:

- la colonia agricola o casa di lavoro (ex artt. 216-218 c.p.): si tratta di istituti nei quali le persone internate eseguono le misure di sicurezza detentive previste al numero 1 comma 1 dell’art. 215 c.p. ovvero, appunto, “l’assegnazione a una colonia agricola o ad una casa di lavoro”. Le due misure si differenziano esclusivamente per il genere di lavoro che dovrebbe caratterizzare la permanenza nell’istituto, se appunto di natura agricola oppure industriale o artigianale;
- la casa di cura e di custodia (ex artt. 219 -221 c.p.): l’inserimento in una Casa di Cura e Custodia è una misura di sicurezza personale e detentiva prevista dall’ordinamento penale italiano per condannati con infermità psichica per cronica intossicazione da alcool e per sordomutismo;

- residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza o R.E.M.S.; in passato l'ospedale psichiatrico giudiziario o O.P.G.

L'articolo 222 del Codice Penale stabilisce infatti quanto segue:

“Articolo 222 - Ricovero in un manicomio giudiziario.

1. Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'Autorità di pubblica sicurezza.
2. La durata minima del ricovero nel manicomio giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di morte o l'ergastolo, ovvero di cinque, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni.
3. Nel caso in cui la persona ricoverata in un manicomio giudiziario debba scontare una pena restrittiva della libertà personale, l'esecuzione di questa è differita fino a che perduri il ricovero nel manicomio.
4. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche ai minori degli anni quattordici o maggiori dei quattordici e minori dei diciotto, prosciolti per ragione di età, quando abbiano commesso un fatto previsto dalla legge come reato, trovandosi in alcuna delle condizioni indicate nella prima parte dell'articolo stesso”.

I soggetti privati della libertà a seguito di una condanna penale, ospitati negli istituti penitenziari come condannati, sono definiti anche con il termine di ristretti, mentre i soggetti ai quali sono state applicate le misure di sicurezza privative della libertà personale previste dall'articolo 25 della Costituzione e dal Codice Penale sono invece indicati con il termine di internati.

Il totale dei presenti all'interno delle strutture del sistema penitenziario italiano, in costante aumento da anni e poi temporaneamente sceso durante il primo anno della pandemia di Covid-19, è quindi rapidamente tornato a crescere: si è passati infatti dalle 53.364 presenze della fine del 2020 alle 54.134 della fine del 2021. A fine Marzo 2022 i detenuti nelle nostre carceri erano 54.609, mentre gli internati nelle R.E.M.S. dopo la definitiva chiusu-

ra degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari avvenuta solo in questi ultimissimi anni a seguito di quanto disposto dal DPCM del 1.4.2008 per il trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale sono, attualmente, circa 600.

Per contro, a fronte delle decine di migliaia di ristretti ed internati negli istituti penitenziari italiani, gli Psicologi complessivamente impegnati riguardo alle problematiche delle persone ospiti di tali strutture sono invece soltanto alcune centinaia. La stragrande maggioranza di questi pur qualificati professionisti, inoltre, non ha purtroppo ottenuto sino ad oggi un adeguato stabile inquadramento in ruolo, ed in molti casi neppure una precisa definizione delle proprie mansioni.

In particolare, comunque, gli Psicologi che lavorano all'interno del circuito penitenziario italiano con queste varie tipologie di utenti si dividono, attualmente, soprattutto in due grandi gruppi:

- gli Psicologi (destinati genericamente alle “attività di osservazione e trattamento” di tutti i detenuti e dei cosiddetti “internati”), che sino ad ora sono stati retribuiti con fondi messi a disposizione dal Ministero della Giustizia mediante onorari relativi alle “singole prestazioni effettuate”;
- gli Psicologi destinati più specificatamente alle attività di assistenza, cura e prevenzione nei confronti dei detenuti tossicodipendenti o alcolisti sulla base delle disposizioni del D.P.R. 309/90, retribuiti attraverso capitoli specifici del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga previsto dall'art. 127 di tale D.P.R.

Lo status giuridico di entrambi i gruppi è quello previsto dall'art.80 della Legge 354/75. Molti di questi colleghi, inoltre, sono spesso impiegati anche per le attività di tutela della vita e dell'incolumità fisica e psichica dei detenuti appena incarcerati, attività teoricamente di competenza del cosiddetto “Servizio nuovi giunti” formalmente però presente, al momento attuale, soprattutto negli Istituti di grandi dimensioni.

La conseguenza di queste minimizzazioni o addirittura negazioni dell'importanza del ruolo dello Psicologo per il trattamento ed il reinserimento sociale degli autori di reato è stata quindi spesso la precarietà, l'insufficienza degli spazi messi a disposizione, la frammentazione che spesso ha reso l'attività psicologica all'interno del sistema penale ancora insufficiente rispetto alle richieste delle singole realtà ed alla normativa che l'istituzione stessa si è

data. L'esperienza maturata nei quasi cinquant'anni di attività degli Psicologi Penitenziari all'interno degli Istituti di pena italiani costituisce comunque oggi una sorta di "memoria della Psicologia Penitenziaria", avendo permesso di formulare ipotesi, di sperimentarle, di verificarle nel tempo e di definire quindi i contenuti e gli strumenti che caratterizzano questa specifica disciplina consentendole pian piano di acquisire confini ed identità propri.

Tale identità non ha probabilmente avuto sempre, almeno sinora, quel pieno riconoscimento sociale e scientifico che le sarebbe dovuto: la Psicologia Penitenziaria è stata infatti spesso fusa e confusa, anche nel nostro Paese, con la Psicologia Giuridica e quella Forense. Ciò nonostante, almeno a livello teorico, queste due ultime Aree di attività hanno ormai acquisito una loro identità ormai ben definita e precisa. Ed anche per la professione e per gli Psicologi Penitenziari è avvenuto qualcosa di analogo, in quanto essi hanno lavorato con grande impegno in questo lungo arco di tempo, per organizzare e mantenere in vita un'attività che potesse soddisfare il più possibile le esigenze dell'istituzione e le numerose funzioni assegnate allo Psicologo.

Attualmente, pertanto, è in atto nel nostro Paese un processo di profonda riorganizzazione delle risorse psicologiche da parte dell'Amministrazione Penitenziaria: recentemente (il 12 Ottobre 2022) sono stati stanziati all'incirca 4 milioni di euro per la creazione e l'attuazione del "fondo per il supporto psicologico al personale della polizia penitenziaria" - 1 milione di euro - e per il potenziamento degli esperti ex art.80 - 2,7 milioni di euro - con un aumento del "fondo per gli esperti" di quasi il 50%. Ne ha dato notizia il Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi David Lazzari, dopo l'incontro avvenuto in tale data al Ministero della Giustizia con la Sottosegretaria di Stato Anna Macina.

Alla riunione, alla quale hanno partecipato anche il Direttore Generale del Personale e Risorse Amministrazione Penitenziaria Massimo Parisi, il Direttore Generale Detenuti e Trattamento DAP Gianfranco De Gesù e il Direttore CNOP Simona Clivia Zucchett, si è fatto il punto sui bisogni psicologici negli istituti penitenziari, evidenziando la necessità di potenziare le risorse psicologiche per i detenuti e il personale. Come ha sottolineato Lazzari in tale occasione, dopo questo primo accordo dovrà essere assunto un impegno condiviso per *"andare ad un protocollo d'intesa per lavorare sui principali temi, tra i quali la revisione delle modalità di reclutamento e presenza degli psicologi in questo ambito"*.

È tuttavia chiaro che, a fronte del numero degli istituti penitenziari presenti sul territorio nazionale, anche quando si sarà provveduto alla copertura di questi posti le risorse disponibili continueranno con ogni probabilità ad essere insufficienti; anche perché la reale popolazione attualmente presente nelle carceri e nelle altre strutture penali italiane è ampiamente superiore alla capacità per esse formalmente previste.

Questa situazione, ormai creatasi da anni e mai effettivamente superata, sta comportando agli Psicologi operanti in tale contesto notevoli difficoltà, in quanto pone spesso i consulenti in una condizione di “inadempienza obbligatoria” rispetto alle funzioni assegnate allo Psicologo dalla normativa con il concreto rischio che le risposte psicologiche ai bisogni della popolazione detenuta o “ristretta” non risultino sempre, al di là delle competenze e della volontà dei professionisti ad esse adibiti, sufficientemente adeguate.

Questa è, in sintesi, l'attuale situazione attuale della Psicologia e degli Psicologi che operano nel settore penitenziario del nostro Paese. Ed è pertanto sulla base della consapevolezza di questa realtà che cercheremo ora di indicare, progressivamente, gli ambiti di possibile intervento professionale dello Psicologo all'interno di esso, le competenze scientifiche e professionali che ogni Psicologo dovrebbe acquisire per lavorarvi ed, inoltre, le ipotesi di nuovi percorsi formativi che oggi si possono prospettare in relazione al raggiungimento di tale specifica capacità di concreto impiego professionale in questo settore.

## **GLI AMBITI DI POSSIBILE INTERVENTO PROFESSIONALE DELLO PSICOLOGO NEL SETTORE DELLA PSICOLOGIA PENITENZIARIA**

È ormai opinione condivisa dalla grande maggioranza degli operatori che nel nostro Paese si occupano di Psicologia Penitenziaria che essa dovrebbe inserirsi all'interno degli Istituti di pena come uno “strumento in più” a disposizione di tutte le persone che si muovono in questa complessa realtà, e quindi sia utenti che operatori. Essa dovrebbe quindi trovare la propria ragione di essere presente all'interno degli Istituti di pena non solo nell'area dell'Osservazione e Trattamento dei detenuti, ma anche nel lavoro con il

personale in un'ottica diretta, soprattutto, alla cosiddetta "formazione permanente".

Per ciò che riguarda il lavoro per e con gli utenti, c'è da rilevare innanzitutto come il carattere occasionale ed accessorio attribuito inizialmente dalla legge di riforma del 1975 contrasti nettamente con la realtà concreta, per cui di fatto la presenza dello Psicologo nell'istituzione penitenziaria è stata invece da allora ad oggi continua e costante. La normativa stessa, attraverso successive integrazioni, ha mutato la natura delle prestazioni psicologiche legandole non più ad una semplice "Osservazione Scientifica della personalità", ma ad un obiettivo di primaria e maggiore importanza: la tutela della salute psichica, nonché la prevenzione del rischio suicida e dell'autolesionismo. La circolare n° 4524/5974 del 15.2.2000, ad esempio, fa esplicito riferimento alla "valutazione ed individuazione dei casi a rischio" (cioè alla loro diagnosi) ed alla loro "presa in carico" (cioè al loro trattamento psicologico e, quando necessario e possibile, anche psicoterapeutico).

Ai fini di una corretta lettura dell'intervento psicologico nel settore Penitenziario è quindi importante definire innanzitutto i concetti di Osservazione psicologica e di Trattamento psicologico differenziandoli, da un lato, sia dall'osservazione che dal trattamento penitenziario e, dall'altro, sia dalla diagnosi e dal trattamento medico-psichiatrici.

Parlare di diagnosi e di trattamento psicologici implica infatti la creazione di uno spazio e di un servizio specifico in cui dovrebbero peraltro rientrare tutte le tecniche di intervento psicologico inclusa, quando possibile, anche la psicoterapia. Con "Trattamento psicologico" ci riferiamo in particolare all'uso di strumenti propri della Psicologia atti a stimolare un cambiamento, inteso come crescita, della persona: esso, che proprio per questo si differenzia quindi nella metodologia e nei contenuti sia dal trattamento penitenziario complessivamente inteso che da quello medico-psichiatrico, costituisce uno strumento utile al fine della riduzione del disagio psichico ma anche, coerentemente con la legge 354/75, per "promuovere un processo di modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale". Di tutto ciò, la Diagnosi Psicologica è evidentemente la necessaria premessa: con questo termine si intende infatti un processo di organizzazione critica dei dati osservati per comporre un quadro delle funzioni mentali e delle capacità personali al fine di decidere un trattamento. In altre parole, una volta inquadrato il disturbo fondamentale della personalità o le parti

non funzionanti, si valuta quali aspetti sani e risorse interiori possono essere mobilitati in favore di un migliore equilibrio, e quale percorso trattamentale sia più opportuno in quello specifico caso.

La Psicoterapia è, invece, uno degli strumenti del Trattamento, finalizzato a stimolare un pensiero intorno a sé ed alla propria esperienza allorquando si crei nell'utente una motivazione in tal senso. Non significa risoluzione di una patologia, né implica l'idea che il deviante sia un malato, ma offre delle possibilità di contenere una sofferenza psichica, legata allo stato di restrizione e/o a tutta quell'area di disagio che non appartiene alla psicopatologia in senso stretto ed in cui rientrano, ad esempio, i disturbi di personalità. Il riconoscimento della funzione psicoterapeutica dello Psicologo nelle carceri, oltre a cercare di rispondere alle esigenze di tutela della salute psichica degli individui detenuti, riprenderebbe e darebbe attuazione a quanto la legge 354/75 definisce, quando essa testualmente afferma che *“gli interventi sono volti a promuovere un processo di modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale”*.

L'applicazione della Psicologia al lavoro con il personale è un altro capitolo, ampio e complesso.

In sintesi, tale applicazione può essere effettuata in particolare attraverso due differenti ambiti di intervento:

- Teorico, per l'acquisizione di concetti e teorie utili ad osservare e decodificare comportamenti e dinamiche di una realtà estremamente complessa;
- Esperienziale, inteso come strumento per riflettere, confrontarsi, elaborare le esperienze attraverso il lavoro di gruppo e sul gruppo.

Il lavoro in carcere, come è noto, rientra infatti tra i lavori psicologicamente più usuranti: è pertanto necessario contenere, attraverso l'applicazione di misure di “formazione continua”, sia i rischi di incidenti critici da stress sia, più in generale, il cosiddetto “burn-out” degli operatori.

## BIBLIOGRAFIA

ACAT (Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento) (2022). Intervento del portavoce dell'ACAT di Parma dott. Luigi Ralli al Convegno *“Le attività gruppalı terapeutiche in ambito penitenziario: esperienze a confronto”*, tenutosi online il 28 Settembre 2022.

- Antigone (2017). *Torna il carcere*. XIII Rapporto sulle condizioni di detenzione, Sito web: [antigone.it](http://antigone.it), 2017. Indirizzo web: <https://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>
- Atri, A. e Sharma, M. (2007). *Psychoeducation: Implications for the profession of health education*. In *Californian Journal of Health Promotion*, 5 (4), pp. 32-39, 2007.
- Augé, M. (1992). *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*. Milano: Eléuthera, 1996.
- Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn., J.W., Williams, B.A., Murray, O.J. (2009). *Psychiatric disorders and repeat incarcerations: The revolving prison door*. In: *American Journal of Psychiatry*: 166 (1), pp. 103-109, 2009.
- Basile, F. e Vallar, G. (2017). *Neuroscienze e diritto penale: le questioni sul tappeto*. In: Milano: *Diritto penale contemporaneo*, Editore Luca Santa Maria, 4/2017. Indirizzo web: [https://dpc-rivista-trimestrale.criminaljusticenetwrok.eu/pdf/DPC\\_Riv\\_Trim\\_4\\_17\\_Basile&Vallar.pdf](https://dpc-rivista-trimestrale.criminaljusticenetwrok.eu/pdf/DPC_Riv_Trim_4_17_Basile&Vallar.pdf)
- Bernstein, D.P., Kaulen-de Vos, M., Jonkers, P., de Jonge, E., Arntz, A. (2012). *Schema Therapy in Forensic Settings*. In van Vreeswijk, M., Broersen, J., Nadort, M. (a cura di) (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. Routledge, West Sussex, (UK): Blackwell Pub, pp. 425-438, 2012.
- Bolanos, A.D., Mitchell, S.M., Morgan, R.D., Grabowski, K.E. (2020). *A comparison of criminogenic risk factors and psychiatric symptomatology between psychiatric inpatients with and without criminal justice involvement*. In *Law and Human Behavior*: 44 (4), pp. 336-346, 2020.
- Branca, G. (a cura di) (1988). *Commentario della Costituzione*. Bologna-Roma: Zanichelli, 1988.
- Brunelli, F. e Mancini, E. (2019). *La Giustizia Riparativa e il ruolo della magistratura. Proposta per l'elaborazione di linee guida*. Indirizzo web: <https://www.questionegiustizia.it/data/doc/3266/articolo-linee-guida.pdf>
- Brunetti, C. (2005). *Pedagogia penitenziaria*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane, 2005.
- Brunetti C. e Ziccone M. (2005), *Manuale di Diritto Penitenziario*. Milano/Piacenza: La Tribuna, 2005.
- Brunetti, C. e Ziccone, M. (2010). *Diritto Penitenziario*. Napoli: Simone, 2010.
- Canepa M., Merlo S. (2004). *Manuale di diritto penitenziario. Le norme, gli organi, le modalità dell'esecuzione delle sanzioni penali*, Giuffrè Editore, Milano.
- Casavola, G. (2021). *30 giugno 1889 – promulgato il Codice Zanardelli*. Indirizzo web: <https://massimedalpascato.it/30-giugno-1889-il-codice-zanardelli/>. Articolo pubblicato il 30 Giugno 2021.

Cavotta, V. e Rosini, M. (2021). *Carcere, lavoro e impresa sociale. Verso una effettiva rieducazione dei detenuti?* In: *Impresa Sociale*, (1), pp.60-68, DOI: 10.7425/IS.2021.01.07.15/03/2021.

Indirizzi web: <https://doi.org/10.7425/IS.2021.01.07>

<https://www.rivistaimpresasociale.it/rivista/articolo/carcere-lavoro-e-impresa-sociale>

Indirizzo web versione scaricabile in formato.pdf: [https://rivistaimpresasociale.s3.amazonaws.com/uploads/magazine\\_article/attachment/234/ImpresaSociale-2021-01-cavotta-rosini.pdf](https://rivistaimpresasociale.s3.amazonaws.com/uploads/magazine_article/attachment/234/ImpresaSociale-2021-01-cavotta-rosini.pdf)

Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., Fazel, S. (2015). *Psychiatric disorders and violent reoffending: A national color study of convinte prisoners in Sweden*. In *Lancet Psychiatry*: 2 (10), pp. 891-900, 2015.

“Classificazione dei detenuti”. Da “Wikipedia, l'enciclopedia libera”. Indirizzo web: [https://it.wikipedia.org/wiki/Classificazione\\_dei\\_detenuti](https://it.wikipedia.org/wiki/Classificazione_dei_detenuti)

Concas, A. (2015). *Le misure di sicurezza, definizione e caratteri*. Articolo pubblicato sul sito web Diritto.it il 16 febbraio 2015. Indirizzo web: <https://www.diritto.it/le-misure-di-sicurezza-definizione-e-caratteri/>

Del Giudice, G. (2019). *Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono chiusi, ma le misure di sicurezza (in particolare quelle detentive) sono dure a morire*. Articolo pubblicato sull' organo di informazione dell'Associazione Nazionale Magistrati “La Magistratura”, Anno LXVII n. 8, in occasione del Quarantennale della Legge Basaglia, 11 Febbraio 2019. Indirizzo web: <http://www.sossanita.org/archives/5683>

Di Nicola, P. (2015). *La chiusura degli O.P.G.: un'occasione mancata*. In: Milano: Diritto penale contemporaneo, Editore Luca Santa Maria, 2015. Indirizzo web: <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/upload/1426203826D1%20Nicola%202015.pdf>

Draine, J., Salzer, M.S., Culhane, D.P., Hadley, T.R. (2002). *Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness*. In *Psychiatry Services*: 53 (3), pp. 565-573, 2002.

Elbogen, E.B., Johnson, S.C. (2009). *The intricate link between violence and mental disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. In *Archives of General Psychiatry*: 66 (2), pp. 152-161, 2009.

Fazel, S., Langström, N., Hjern, A., Grann, M., Lichtenstein, P. (2009). *Schizophrenia, substance abuse, and violent crime*. In *JAMA*: 301 (19), pp. 2016-2023, 2009.

Fioritti, A., Melega, V. (2000). *Italian Forensic Psychiatry: A Story To Be Written*. In *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 9 (4), pp. 219-226, 2000.

Fioritti, A., Boaron, F., Fontanesi, M.G., Gerocarni, B., Perna, A., Cerrato, F. (2021). *Salute mentale e carcere*. In: Nicolo, G. e Pompili, E. (a cura di) (2021). *Psichiatria territoriale*.

*Strumenti clinici e modelli organizzativi*, pagg. 269-290. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2021.

Frati, F., Bruni, A., Giannelli, P. e Gioggi, F. (2001). *La Psicologia Penitenziaria*. Relazione presentata al Convegno Nazionale “*Psicologia e nuove professionalità*” organizzato dal Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi, dall’Università degli Studi di Urbino e dall’Ordine degli Psicologi della Regione Marche. Urbino: 23-24 Novembre 2001.

Frati, F. e Pellegrino, A. (2005). *Il problema dell'imputabilità nei soggetti con disturbi di personalità alla luce dei più recenti orientamenti giuridici e clinici*. In: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2006, XL, 2: 181-202. Milano: Franco Angeli, 2006.

Giannelli, P. (2001). *Modelli di intervento psicologico negli istituti penitenziari in Italia*. Relazione presentata al Convegno “*Psicologia Penitenziaria*”. In: Atti del Convegno: “*Psicologia Penitenziaria*” organizzato dal Coordinamento Nazionale Psicologi Penitenziari e dall’Ordine Psicologi della Regione Marche. Ancona: 20 aprile 2002

Giannelli, P. (2002). *Tutela della salute psichica – Psicologia Penitenziaria: anno zero*. Convegno Nazionale “*La tutela della salute dei detenuti*” organizzato dal Regione Toscana. Firenze: 13 Settembre 2002

Giannelli, P. (2003). *Tutela della salute psichica – Il servizio psicologico nel Penitenziario*. Relazione presentata al Convegno nazionale “*Salute in carcere, un diritto da garantire*” organizzato dalla Consulta Permanente del Comune Roma per i problemi penitenziari. Roma: 19 Marzo 2003.

Gualtieri, F. (2022). L'applicazione delle misure di sicurezza detentive e il “malfunzionamento strutturale” del sistema delle R.E.M.S., secondo la sentenza C. Cost. n. 22 del 2022: un punto di svolta nel percorso del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Articolo pubblicato sul sito web Giustiziainsieme.it in data Lunedì 7 Febbraio 2022. Indirizzo web: <https://www.giustiziainsieme.it/it/diritto-penale/2167-l-applicazione-delle-misure-di-sicurezza-detentive-e-il-malfunzionamento-strutturale-del-sistema-delle-rem-secondo-c-cost-sentenza-n-22-del-2022-un-punto-di-svolta-nel-percorso-di-superamento-degli-ospedali-psichiatrici-giudiziari>

Luciani M. (2010). *Radici e conseguenze della scelta costituzionale di fondare la Repubblica democratica sul lavoro*. In: *Argomenti di diritto del lavoro*, 15(3), pp. 628-652. Milano/Piacenza: La Tribuna Srl, 2010.

Grande M., Serenari M.A. (a cura di) (2002). *In-out: alla ricerca delle buone prassi. Formazione e lavoro nel carcere del 2000*. Milano: Franco Angeli, 2002.

Kuhn, T. (1962). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Torino: Giulio Einaudi editore, 1962.

Ministero della Giustizia (2000). *Mediazione e giustizia riparatoria nel sistema penale italiano. Realizzazione progetto “Percorsi di mediazione penale” - Ufficio interdittrettuale di esecuzione pe-*

nale esterna . Roma: 27 luglio 2020. Sito Web: Giustizia.it. Versione scaricabile in formato pdf:

Indirizzo web: [http://www.ristretti.it/areestudio/territorio/alba/mp\\_mediazione.pdf](http://www.ristretti.it/areestudio/territorio/alba/mp_mediazione.pdf)  
[p\\_mediazione.pdf](http://www.ristretti.it/areestudio/territorio/alba/mp_mediazione.pdf)

Markowitz, F. (2011). *Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control*. In: *Aggression and Violent Behavior*: 16, pp. 36-44, 2011.

Marocchi, G. (2018). *Pubbliche amministrazioni e terzo settore tra competizione e collaborazione*. Articolo pubblicato sul sito web [Welforum.it](http://Welforum.it) in data 29 novembre 2018. Milano: Associazione per la Ricerca Sociale, 2018. Indirizzo web: <https://welforum.it/il-punto/coprogettazione-e-non-solo/pubbliche-amministrazioni-terzo-settore-competizione-collaborazione/>

Mastrangelo, M. G. e Magistro, G. (a cura di) (2013). *Progetti per il reinserimento socio-lavorativo di detenuti ed ex detenuti alcune buone pratiche realizzate in Italia*. Report

Indirizzo web: <https://www.isfol.it/Istituto/chi-siamo/dipartimento-sistemi-formativi/cooperazione-transnazionale-1/progetto-social-1/SocialCompendium.pdf>

Mazziotti di Celso, M. (1973). Lavoro (dir. cost.). In: *Enciclopedia del diritto*. Milano: Giuffrè, Francisce Lefebvre S.p.A., 1973.

Meddings, S., King, T., Harris, J. (2021). *La recovery nel mondo reale*. In: Nicolò, G. e Pompili, E. (a cura di) (2021). *Psichiatria territoriale. Strumenti clinici e modelli organizzativi*, pagg. 37-65. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2021.

Mortati, C. (1975). *Articolo 1*. In Branca G. (ed.), *Commentario della Costituzione*. Bologna-Roma; Zanichelli, 1975.

Nasso, M. (2014). *Custodire o curare? Una scelta di diritto: la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e la presa in carico del paziente giudiziario*. Tesi di laurea in diritto penitenziario. Alma Mater Studiorum - Università di Bologna, Scuola di Giurisprudenza. Bologna: Corso di laurea magistrale in giurisprudenza, Anno Accademico 2013-2014. Indirizzo web: [http://www.ristretti.it/commenti/2014/agosto/pdf1/tesi\\_nasso.pdf](http://www.ristretti.it/commenti/2014/agosto/pdf1/tesi_nasso.pdf)

Nicolò, G. e Pompili, E. (a cura di) (2021). *Psichiatria territoriale. Strumenti clinici e modelli organizzativi*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2021.

Olivieri, A. (2021). *Pena di morte, dal codice Zanardelli al codice Rocco, profili storici e giuridici*. Indirizzo web: <https://www.lanternaweb.it/pena-di-morte-dal-codice-zanardelli-al-codice-rocco-profilo-storici-e-giuridici/> Articolo pubblicato il 2 Febbraio 2021.

Pavarini M. (2002). *Prison work rivisitato. Note teoriche sulle politiche penitenziarie nella post modernità*, in Grande M., Serenari M.A. (a cura di), *In-out: alla ricerca delle buone prassi. Formazione e lavoro nel carcere del 2000*, Franco Angeli, Milano, pp. 7-31, 2002.

Pellecchia, C. (2019). *Neuroscienze e diritto penale*. Indirizzo web: [www.dirittoconsenso.it](http://www.dirittoconsenso.it).

“Residenza per l’esecuzione delle misure di sicurezza”. Da “Wikipedia, l’enciclopedia libera”. Indirizzo web: [https://it.wikipedia.org/wiki/Residenza\\_per\\_l%27esecuzione\\_delle\\_misure\\_di\\_sicurezza#:~:text=La%20residenza%20per%20l%27esecuzione%20delle%20misure%20di%20sicurezza%2C,disturbi%20mentali%20%28infermi%20di%20mente%29%20e%20socialmente%20pericolosi](https://it.wikipedia.org/wiki/Residenza_per_l%27esecuzione_delle_misure_di_sicurezza#:~:text=La%20residenza%20per%20l%27esecuzione%20delle%20misure%20di%20sicurezza%2C,disturbi%20mentali%20%28infermi%20di%20mente%29%20e%20socialmente%20pericolosi).

Pellegrini, P. (2022). *Relazione conclusiva al Convegno finale del “Progetto Nazionale Soggetto, Persona, Cittadino: Promuovere il benessere e l’inclusione sociale delle persone con disturbi mentali attraverso il Budget di Salute”*. Bologna, 12 maggio 2022.

Pieri, M. (2020) *Chi è il Manager di Rete? Nuova professione per la crescita e l’innovazione delle PMI*. Indirizzo web: <https://www.studiomeripieri.it/rete-di-impresa/chi-e-il-manager-di-rete-nuova-professione-per-la-crescita-e-linnovazione-delle-pmi/>

Pompili, P., Paoletti, G., Bianchini, V., Villella, C. (2021). *Organizzare una REMS*. In: Nicolò, G. e Pompili, E. (a cura di) (2021). *Psichiatria territoriale. Strumenti clinici e modelli organizzativi*, pagg. 245-267. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2021.

Roselli, L. R. (2012). L’inserimento lavorativo per detenuti ed ex detenuti: osservazioni, strumenti, percorsi. Sito web: [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it). Indirizzo web: <http://www.ristretti.it/aree-studio/lavoro/ricerche/roselli.htm>

Indirizzo web versione scaricabile in formato.pdf: <https://www.bollettinoadapt.it/old/files/document/18728Roselli.pdfSesta>

Opera San Fedele (a cura della) (2022). *Glossario di diritto penale (revisionato dall’avv. Paola Selleri)*. Indirizzo web: <http://www.ristretti.it/glossario/penale.htm>

Schnepel K.T. (2018). Good Jobs and Recidivism. *The Economic Journal*, 128, pp. 447-469. DOI: 10.1111/econj.12415, 2018.

Sedgley S., Scott C.E., Williams N.A., Frederick D. (2008), *Prison’s Dilemma: Do Education and Jobs Programmes Affect Recidivism?*, *Economica*, 77, pp. 497-517, 2008.

Silvestrini, C., Pompili, E., Fojanesi, M., Versace, G., Nicolò, G. (2021). *L’integrazione dei servizi psichiatrici con gli enti territoriali*. In: Nicolò, G. e Pompili, E. (a cura di) (2021). *Psichiatria territoriale. Strumenti clinici e modelli organizzativi*, pagg. 881-916. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2021.

Starnini, G. (2009). *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*. Articolo pubblicato sul numero 1 del 2009 “Autonomie locali e servizi sociali” della rivista trimestrale *Il Mulino*. Bologna: Casa Editrice Il Mulino S.p.A., 2009. Indirizzo web: [http://www.ristretti.it/commenti/2009/settembre/pdf7/articolo\\_starnini.pdf](http://www.ristretti.it/commenti/2009/settembre/pdf7/articolo_starnini.pdf)

Terenzi, F. (2001). *Linee guida sulla mediazione penale*. Indirizzo web: <http://ristretti.it/areestudio/territorio/opera/documenti/giustizia/Terenzi.htm>

Tribunale di Gela (2006) *Sentenza n. 430*. 15 settembre 2006. Indirizzo web: <https://www>.

[laleggepertutti.it/codice-proc-penale/art-70-cod-proc-penale-accertamenti-sulla-capacita-dell'imputato](http://laleggepertutti.it/codice-proc-penale/art-70-cod-proc-penale-accertamenti-sulla-capacita-dell'imputato)

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., Nadort, M. (a cura di) (2012). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. Routledge, West Sussex, (UK): Blackwell Pub, 2012.

“Zeromandate. Orientarsi dentro e fuori dal carcere” (2022). FAQ (*Frequently Asked Questions*). Indirizzo web: <https://www.zeromandate.it/faq-detenuiti-in-uscita.html>

## CAPITOLO 2

# DISABILITÀ E CRONICITÀ

AMBRA CAVINA

### **“IMMAGINA UNA LAMPADA TANTO DA ACCENDERLA” OVVERO DE-FINIRE LA DISABILITÀ ATTRAVERSO LE NORMATIVE**

La legge 30 marzo 1971 n. 118 (L.118/71) riconosce lo stato di invalidità civile e riguarda “ mutilati ed invalidi civili, i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.” Da qui si può intuire come per invalidità si intende la difficoltà di svolgere alcune funzioni quotidiane a causa di limitazioni fisiche, psichiche, intellettive, sensoriali. La certificazione di invalidità è una valutazione medico-legale delle condizioni della persona che fa la richiesta di riconoscimento, nella quale si pone l’accento sulle limitazioni che portano a uno stato di invalidità e quindi ostacolano la quotidianità della persona stessa.

Diversa è la certificazione di stato di handicap dove si sottolineano le ripercussioni sociali che una persona può avere a causa della sua minorazione. Attualmente i due riconoscimenti di invalidità e di handicap seguono iter simili, ma distinti, anche se l’accertamento può avvenire nel corso di un’unica visita medica.

1 cit. Roberto Juarroz

La legge 5 febbraio 1992, n. 104 (L. 104/92) rubricata legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate è una legge della Repubblica Italiana che tutela i diritti delle persone con disabilità e nella quale si intende per handicap quella situazione di svantaggio sociale che dipende dalla disabilità o menomazione e dal contesto sociale di riferimento in cui una persona vive (art. 3 comma 1...". È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione"...).

La legge-quadro elenca i diritti della persona con disabilità all'art. 5 e al comma 1 punto f, inserisce "...assicurare la prevenzione primaria e secondaria in tutte le fasi di maturazione e di sviluppo del bambino e del soggetto minore per evitare o constatare tempestivamente l'insorgenza della minorazione o per ridurre e superare i danni della minorazione sopraggiunta..."

Il presupposto di questa legge quadro è che l'autonomia e l'integrazione sociale si raggiungono fornendo alla persona in stato di handicap e ai suoi caregiver adeguato sostegno, sostegno può essere relativo all'individuo, ma anche al suo contesto familiare, e si traduce come supporto psicologico, psicopedagogico, tecnico.

Pur riferendosi ancora a un concetto di integrazione e non di inclusione, questa legge-quadro pone l'accento non solo sull'assistenza, ma anche sui diritti della persona con disabilità, promuovendo la massima autonomia individuale e garantendo anche l'integrazione scolastica per tutti i cicli, compresa l'università. Proprio per poter promuovere la realizzazione della diversità come valore e permettere alla persona con disabilità la costruzione di un proprio progetto di vita, la L.104/92 prevede una programmazione coordinata dei servizi scolastici, sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi. Chiunque lavori nell'ambito della disabilità non può dunque se non pensare e pensarsi in un'ottica di multi-interdisciplinarietà, multi-professionalità, multi-esperienzialità e all'interno di un complesso sistema di reti.

La Legge regionale 4 del 19 Febbraio 2008, oltre a disciplinare gli accertamenti della disabilità, la definisce facendo nuovamente riferimento alla [legge 5 febbraio 1992, n. 104](#) alla [legge 12 marzo 1999, n. 68](#) all'"[articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289](#)".

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità all'Articolo 1 Comma 2. esplicita: "...Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri...".

Il decreto legislativo n. 66 del 13 aprile 2017 (Dlgs 66/2017) predispone le Linee Guida (ai sensi dell'articolo 5, comma 6 che definiscono:

“a) i criteri, i contenuti e le modalità di redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica, tenuto conto della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) e della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) dell'OMS;

b) i criteri, i contenuti e le modalità di redazione del Profilo di funzionamento, tenuto conto di ICF dell'OMS”.

Il decreto legislativo n. 66 del 2017 introduce nel preesistente percorso di accertamento dei bisogni dell'età evolutiva per l'inclusione scolastica alcune novità, rispetto alle quali le Linee Guida intendono costituire garanzia di uniformità interpretativa e operativa sul territorio nazionale:

1. una nuova composizione della commissione: l'art. 5, comma 2, lettera a) del decreto legislativo n. 66 del 2017, modificando l'art. 4 della legge n. 104 del 1992, individua specifiche competenze mediche specialistiche per l'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap, nel caso in cui gli accertamenti riguardino persone in età evolutiva;
2. un nuovo momento di accertamento: l'art. 5, comma 2, lettera b) del decreto legislativo n. 66 del 2017, novellando il comma 5 dell'art. 12 della legge n. 104 del 1992, stabilisce che “Contestualmente all'accertamento previsto dall'articolo 4 per le bambine e i bambini, le alunne e gli alunni, le studentesse e gli studenti, le commissioni mediche di cui alla legge 15 ottobre 1990, n. 295, effettuano, ove richiesto dai genitori della bambina o del bambino, dell'alunna o dell'alunno, della studentessa o dello studente con disabilità, o da chi esercita la responsabilità genitoriale, l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica. Tale accertamento è propedeutico alla redazione del profilo di funzionamento...”;

3. una modalità valutativa che tenga conto dei criteri del modello biopsicosociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), con l'obiettivo di descrivere l'interazione fra un individuo con problemi di salute e i suoi limiti e potenzialità con la specificità del contesto reale in termini di barriere e facilitatori;
4. la predisposizione di nuovi documenti a cura delle Aziende sanitarie e dell'INPS: il certificato medico diagnostico-funzionale che correda la domanda per l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica; il verbale di accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica; il profilo di funzionamento necessario ai fini della predisposizione del Piano educativo individualizzato (PEI), e parte integrante del Progetto individuale (PI);
5. l'utilizzo di supporti informatici per la redazione dei nuovi documenti, finalizzato a garantire uniformità di forma e di contenuto sull'intero territorio nazionale;
6. la necessità di fare riferimento a due classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD) e la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF);
7. la necessità di tenere concatenate e coerenti tra di loro la descrizione del funzionamento della persona in età evolutiva e l'individuazione e l'articolazione delle misure di sostegno indicate nel PEI.

La [legge n. 328/00](#) riguarda la predisposizione di un progetto individuale per ogni singola "persona con disabilità fisica, psichica e/o sensoriale, stabilizzata o progressiva per arrivare all'integrazione scolastica, lavorativa, sociale e familiare della persona con disabilità, così da realizzare percorsi individuali in modo da coordinare i vari interventi e da potenziare i benefici effetti degli stessi e diversamente da interventi settoriali e tra loro disgiunti, a rispondere in maniera complessiva ai bisogni ed alle aspirazioni del beneficiario. Sarà l'ente territoriale a predisporre con l'azienda sanitaria locale il progetto individuale indicando i vari interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali che necessita la persona con disabilità, nonché le modalità di una loro interazione: l'individuo non è più un utente passivo di singoli interventi, ma una persona con interessi e potenzialità da promuovere.

Il Decreto Interministeriale 82/2020 “[...] adotta il modello nazionale di piano educativo individualizzato e le correlate linee guida e stabilisce le modalità di assegnazione delle misure di sostegno agli alunni con disabilità...” E definisce come alunni con disabilità “le bambine e i bambini della scuola dell’infanzia, le alunne e gli alunni della scuola primaria e della scuola secondaria di primo grado, le studentesse e gli studenti della scuola secondaria di secondo grado certificati ai sensi dell’articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104; ...” Ribadisce inoltre che “...tiene conto dell’accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell’inclusione scolastica, di cui all’articolo 12, comma 5, della legge 104/1992 e del Profilo di Funzionamento, avendo particolare riguardo all’indicazione dei facilitatori e delle barriere, secondo la prospettiva bio-psico-sociale alla base della classificazione ICF dell’OMS...”.

**“OGNUNO È UN GENIO, MA SE SI GIUDICA UN PESCE DALLA SUA ABILITÀ AD ARRAMPICARSI SUGLI ALBERI LUI PASSERÀ TUTTA LA SUA VITA A CREDERSI UNO STUPIDO”<sup>2</sup> OVVERO DEFINIRE LA DISABILITÀ ATTRAVERSO LE CLASSIFICAZIONI DELL’ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SALUTE**

In una prospettiva sanitaria si è passati da un modello medico che pone l’accento sulla diagnosi dalla quale dipendono le limitazioni per la persona a un modello bio-psico-sociale che pone l’accento sull’interazione tra la persona e l’ambiente e sugli effetti di tale interazione sul miglioramento della qualità della vita: si è passati dunque dalla prospettiva di una classificazione diagnostica a quella di una valutazione multidimensionale del funzionamento sociale della persona e della sua autonomia rispetto alle disfunzioni da cause patologiche.

Il coordinamento regionale delle NPIA dell’E-R ha redatto una lista unica regionale di certificabilità: l’elenco delle varie tipologie di disabilità su cui si è concordi nella necessità di certificazione di handicap ai sensi della L. 104/92 per l’integrazione scolastica. L’elenco poggia sul ICD-10 dell’OMS in

2 cit. Albert Einstein

uso presso le UONPIA del territorio E-R (Si veda [Allegato 1 Indirizzi per la certificabilità per l'integrazione scolastica di alunni con disabilità](#)).

Seguendo le sopracitate Linee Guida del Ministero della Salute, predisposte ai sensi dell'articolo 5, comma 6 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66, si considera la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) come cornice concettuale per definire e descrivere la disabilità e il funzionamento come espressione dell'interazione tra una persona con problemi di salute (o con conseguenze di problemi di salute) e il contesto, inteso come insieme di fattori ambientali e fattori personali.

ICF opera una sintesi concettuale e metodologica tra due modelli di inquadramento della disabilità, il "modello medico" e il "modello sociale", essendo definito "biopsicosociale". Nella prospettiva del modello medico, la disabilità è inquadrata soprattutto nella dimensione della menomazione e dell'impatto che la menomazione ha sulle attività della persona. Secondo l'approccio biopsicosociale invece la dimensione legata alle menomazioni e al loro impatto sulle attività della persona si arricchisce della dimensione legata al ruolo dei fattori ambientali sulla menomazione stessa, sulle attività e sulla partecipazione del soggetto alla società.

Nella prospettiva di ICF, i Fattori ambientali, agendo come Barriere o Facilitatori, qualificano la performance, ovvero la problematicità (da assente a totale) con cui quella persona svolge determinate attività o si coinvolge in situazioni di vita. La valutazione della condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica presuppone l'accertamento del problema di salute (impairment o menomazione) e dello svantaggio sociale (handicap) e si focalizza sui fattori ambientali, siano essi barriere o facilitatori, nell'esperienza della persona e nelle sue performance. Lo scopo dell'accertamento consiste nel delineare il grado di possibilità che la partecipazione alla vita scolastica e sociale possa venire ostacolata dall'interazione tra persona con *impairments* e barriere.

ICF non è uno strumento di valutazione, ma di classificazione dei domini della salute e correlati alla salute e costituisce un modello descrittivo del funzionamento e della disabilità; per la definizione di funzionamento e disabilità intesi come aspetti positivi e negativi delle interrelazioni tra individuo con problemi di salute e contesto.

ICF prevede un modello dove sono rappresentate le componenti del funzionamento, Funzioni e Strutture del corpo umano, Attività e Partecipazio-

ne, con all'apice i problemi di salute e in basso i fattori ambientali e personali. Il problema di salute, inteso in termini di malattie o disturbi può essere influenzato da diverse componenti del funzionamento ed esserne a sua volta influenzato. Inoltre le componenti del funzionamento tra di loro interagiscono reciprocamente, così come i fattori ambientali e personali possono a loro volta interagire con le componenti del funzionamento. Si esclude che le componenti del funzionamento possano modificare i fattori ambientali e personali che invece agiscono su di esso. Il modello non prevede relazioni causali, ma sottolinea le possibilità di "interattività" tra le componenti del funzionamento, i fattori ambientali e personali e i problemi di salute. Tale modello di interrelazioni rende ragione della complessità del modello descrittivo, della disabilità e della salute alla base di ICF.

La Disabilità (traduzione in italiano del termine *disability*) e il Funzionamento, cui si riferisce ICF, sono concetti (o termini ombrello) che descrivono gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo con un problema di salute e i fattori contestuali di quell'individuo. Ogni persona con un problema di salute nel corso della vita può sperimentare funzionamento e disabilità in successione temporale o contemporaneamente, su aspetti diversi. Per descrivere il Funzionamento e la Disabilità si rimanda alle categorie descrittive indicate da ICF .

Al momento l'Italia non ha ancora ufficialmente adottato ICF come standard di codifica delle informazioni sullo stato di salute della popolazione.

### **“SI VIVE PER VIVERE<sup>3</sup>” OVVERO DEFINIRE LA DISABILITÀ ATTRAVERSO L'ASCOLTO DELLA PERSONA**

In una prospettiva *life span* i disturbi neuropsichici e neuropsichiatrici vengono visti nella fase evolutiva specifica del ciclo di vita in cui insorgono, fase che avrà specifici compiti evolutivi, soggetti a una costante interazione tra il patrimonio genetico, le funzioni emergenti e i fattori ambientali. Una

3 cit. cittadino anonimo di un CNPIA di Asl Modena

criticità in un'area può determinare conseguenze in altre aree funzionali e in epoche successive a cascata, quindi il disturbo viene visto considerando l'intero arco di vita, attraverso le interazioni positive o negative che si possono creare, le attenzioni mirate via via necessarie, le conseguenze del disturbo e le eventuali disabilità. Questa prospettiva ha permesso di individuare finestre evolutive, periodi di maggiore sensibilità e trasformabilità delle funzioni e competenze del bambino/a, e questo aiuta nel determinare il momento e la modalità di intervento terapeutico/riabilitativo più opportuni, nonché a quali interventi dare priorità rispetto alla fase di vita e sui compiti evolutivi per trasformare i fattori di rischio in fattori protettivi.

Una parte essenziale del lavorare in ambito sanitario o socio-sanitario con le persone con disabilità in qualsiasi fase del loro ciclo di vita e rispetto ai compiti evolutivi richiesti in ogni fase, è riuscire a dare spazio alla loro soggettività, alla loro esperienza personale, al loro vissuto, di fatto è mettere al centro la persona.

In questo senso le parole sono importanti, le parole aiutano a pensare e possono alzare muri o aprire finestre perché cambiare le definizioni fa cambiare le percezioni e se cambiano le percezioni cambiano gli atteggiamenti e se cambiano gli atteggiamenti possono cambiare i comportamenti. Si tratta di utilizzare le parole "giuste" non solo per favorire una cultura inclusiva a livello sociale, ma anche, nell'intervento professionale, per potenziare l'auto-stima, il senso di sicurezza ed efficacia della persona con disabilità, di fatto l'empowerment individuale.

Scrivendo "persona con disabilità" ci si pone in un approccio Person - First Language (PFL; Melio, 2022) dove la priorità è data alla persona, al soggetto e non alla sua disabilità o patologia, queste sono espresse solo come caratteristica della persona stessa. Questo approccio viene criticato da chi sostiene che sarebbe una forma di *abilismo*, poiché l'accento verrebbe posto su "corpi e menti normali, normodotati" che appunto di fatto non esistono, se non come convenzione: esiste chi è più o meno in salute, chi è più o meno comune. L'altro approccio è quello Identity-First Language (IFL), quello della "persona disabile", dove prima di tutto viene l'identità ossia la disabilità è parte integrante ed essenziale del soggetto, inseparabile dalla sua personalità. Questo approccio porta con sé il rischio di un'identificazione eccessiva con la propria disabilità e quindi dei propri limiti o difficoltà, quasi un'esaltazione degli stessi o viceversa una loro negazione.

Di fatto però nell'intervento psicologico di sostegno a persone minori con disabilità, in particolare preadolescenti e adolescenti, la priorità è dare loro uno spazio dove acquisire auto-consapevolezza delle proprie caratteristiche, delle proprie competenze e abilità, ma anche dei propri desideri e dei propri progetti di vita, nonché di quali fattori contestuali e sociali e relazionali possono facilitarli e quali essere loro di ostacolo o un rischio. Il lavoro psicologico e quello psicoeducativo si focalizzano spesso da una parte sul potenziamento delle Life Skills, in particolare le abilità sociali, poiché un tema di profonda sofferenza è il riuscire a stare nel gruppo di pari quando non si capisce o si parla o ci si muove come la maggioranza! Dall'altra parte l'ascolto psicologico mira a favorire la possibilità di integrare nella costruzione della propria identità proprio la disabilità in quella fase evolutiva di costruzione della struttura di personalità, a poter dare un nome alle emozioni ambivalenti e confuse, a trovare un luogo di condivisione per profonde angosce di morte legate alla malattia e alla medicalizzazione e quelle legate alla affettività e sessualità in un corpo che cambia e spesso sembra "essere lontano ed estraneo" .

L'intervento psicologico si focalizza inoltre sul caregiver principale della persona con disabilità come sostegno psicologico di fronte allo stress per l'accudimento e la gestione dei bisogni della stessa, nonché della relazione particolarmente intensa e significativa che si articola tra i due. In particolare, nel supporto psicologico alla genitorialità di persone minori con disabilità ci sono alcuni aspetti di particolare rilievo: la comunicazione e l'accettazione della diagnosi, l'informazione sulla normativa di accertamento e certificazione, l'elaborazione del lutto da "un figlio desiderato e immaginato" al figlio reale, elaborazione che nella disabilità è un processo ancora più tortuoso rispetto allo sviluppo "tipico" perché in mezzo ci sono troppo spesso le difficoltà con il contesto sociale e il contesto scolastico, c'è la medicalizzazione con angosce di morte e fantasie salvifiche, c'è tutta la fatica dei percorsi di riabilitazione/abilitazione, tutta la difficoltà di riconoscersi in una figlia/o che può pensare, sentire, muoversi, parlare in modo "non comune", molto diverso dal proprio e infine l'elaborazione di sentimenti molto ambivalenti tra dinamiche di iperprotezione e aspettative di autonomia sempre maggiori.

L'intervento psicologico coinvolge spesso tutto il nucleo familiare per promuovere l'empowerment di tutto il nucleo, infatti non si possono di-

menticare i *siblings*, i fratelli e sorelle di chi ha una disabilità, che si trovano a ricoprire il ruolo di essere spesso i figli e le figlie “senza bisogni speciali” e portano la sfida di rendere “facilitatore” una “barriera” dell’ambiente in cui crescono e di diventare “facilitatori” e non “barriere” a loro volta.

### **“QUELLI CHE DI NOTTE LUCI SPENTE E FINESTRE CHIUSE NON SE NE VANNO DA SOTTO I PORTONI<sup>4</sup>” OVVERO LA PROFESSIONE PSICOLOGICA NELLA DISABILITÀ E CRONICITÀ**

La professione psicologica ha due specificità: a) avere come target tutti i soggetti del sistema: utente e caregiver, supporto al volontariato, personale, azienda come organizzazione. b) essere una professione sanitaria con una intrinseca competenza nel favorire una visione integrata della salute dell’individuo e degli interventi in suo favore, come ponte naturale tra gli aspetti sanitari e sociali e gli operatori sanitari e sociali (Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia nel SSN Ottobre 2022).

In tal senso il ruolo della figura dello psicologo da un contributo professionale cruciale nell’ambito della disabilità e cronicità.

Si parla di cronicità quando si fa riferimento a quelle persone con malattia cronica (che è definita dall’OMS come “problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”). Nel Piano Nazionale della Cronicità (PNC - Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016) appare la proposta di un modello gestionale con l’obiettivo di migliorare il quadro clinico e lo stato funzionale, minimizzare la sintomatologia, prevenire la disabilità e migliorare la qualità di vita. Il Piano evidenzia la necessità di un approccio non solo biomedico, ma anche psicosociale, poiché la patologia cronica colpisce la persona nella sua interezza, negli aspetti fisici, psichici, affettivi, sociali e relazionali.

Si osserva dunque come la professione di psicologo nell’intervenire nell’area della disabilità e della cronicità abbia bisogno di competenze sia cliniche sia neuropsicologiche, infatti gli interventi clinici di sostegno e counseling si intersecano con la valutazione delle abilità residue e gli interventi di riabilitazione/abilitazione, quindi con un lavoro di equipe multi-professionale.

4 cit. Elisa e Francesco De Gregori

Si auspica che si possano avviare i seguenti interventi psicologici:

- interventi nell'area della prevenzione e modifica degli stili di vita rivolti a target specifici di popolazione, orientati all'intercettazione precoce e dalla motivazione al trattamento;
- approfondimenti diagnostici multidimensionali con particolare riferimento alle aree del funzionamento cognitivo e sociale, all'adattamento emotivo e comportamentale;
- valutazione dell'impatto delle condizioni di malattia sulla qualità della vita della persona e del nucleo familiare e dello stress del caregiver;
- valutazioni dei bisogni e delle motivazioni espresse dal paziente e dei suoi familiari in una prospettiva di partecipazione attiva alla stesura dei piani assistenziali e di vita;
- progettazione, conduzione e/o supervisione di interventi di comunità, psicoeducativi, supportivi, terapeutici focali, riabilitativi e di inclusione sociale realizzati direttamente dai Servizi Sanitari o in collaborazione con la rete assistenziale sociale e del volontariato;
- supporto emotivo, counseling, psicoterapia dell'individuo e della famiglia in merito specificatamente all'accettazione dello stato di malattia e delle perdite funzionali (lutto);
- supporto specifico all'individuo e dalla famiglia ove vengano espresse Direttive Anticipate di Trattamento e accompagnamento nelle patologie di fine vita;
- supporto psicologico e formazione agli operatori sanitari dedicati che operano e sono coinvolti nella gestione di percorsi terapeutici ad alto impatto traumatico nella gestione (frequenti comunicazioni di diagnosi infauste, gestione del disagio psicologico, accompagnamento al fine vita).

La figura dello psicologo opera nell'ambito delle cure primarie (All. F LEA, Piano Nazionale Cronicità) e quindi si tratta di intraprendere attività ambulatoriali e domiciliari previste dai LEA e dal PNC per la prevenzione, promozione delle risorse, ascolto e sostegno psicologico per la donna, minori, famiglia, situazioni di disagio psicologico (art.24,59), persone con disabilità (art.27), malattie croniche (PNC), cure palliative domiciliari (art. 23).

Anche il Piano Nazionale della Prevenzione-PNP 2020-2025 rappresenta uno degli strumenti per realizzare il LEA "Prevenzione collettiva e sanità

pubblica”, individuando tra i Macro Obiettivi programmi e azioni che ricercano gli obiettivi di salute, che prevedono interventi psicologici.

E pure affrontando il tema delle Case di Comunità (CdC), considerando il nuovo schema delle CdC (integrazione, prossimità, continuità assistenziale e presa in carico globale, sanità di iniziativa, empowerment individuale e di comunità) la funzione psicologica nell’ambito delle Cure Primarie viene incrementata, insieme a una stretta correlazione con i livelli specialistici e delle Cure Intermedie.

In Emilia-Romagna la realizzazione delle Case della Salute (CdS) è iniziata nel 2010 (DGR 291/2010), un percorso non terminato, e forse non così definito o uniforme, ma comunque confermato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR. Secondo il DM 77/2022 le nuove Case della Comunità dovranno acquisire una connotazione dove la dimensione sanitaria è strettamente correlata a quella sociale e comunitaria. Quindi sarebbe pensabile che non siano solo “spazi” per i servizi sanitari e/o i servizi sociali, ma anche per l’associazionismo, il Terzo Settore, in qualche forma i servizi di fatto privati.

Si evidenziano 4 linee di azione per la professionalità dello psicologo nelle CdC (intese come luogo fisico ma anche come snodo di percorsi di cura): due linee riferite al livello di prevenzione e consultazione primaria, una linea di attività specialistica riferita all’area delle cure intermedie ed una linea di natura trasversale e organizzativa avente a che fare con il supporto e la formazione delle diverse reti di professionisti in un’ottica di sinergia di sistema.

Di seguito si sottolineano quelle finalità che possono coinvolgere strettamente le persone con disabilità o con patologie croniche:

- contribuire a costituire un sistema di cura in grado facilitare il riconoscimento di qualsiasi forma di disagio emotivo con rischio di evoluzione psicopatologica o di compromissione della capacità di gestione della malattia fisica garantendo un approccio globale ai sintomi e alla sofferenza considerando i fattori psicologici, ambientali e sociali;
- predisporre trattamenti brevi, di bassa o media intensità, di comprovata efficacia orientati alla costruzione della resilienza a partire dall’individuazione dei fattori di rischio, precipitanti e protettivi; o supportare la possibilità di invii appropriati a tutti i Servizi di secondo livello facilitando la conoscenza dei percorsi; o favorire l’orienta-

mento verso risposte di cura promosse anche dalla rete territoriale e informale.

- promuovere la Salute di Comunità tramite azioni di promozione dei corretti stili di vita, fornendo strumenti per l'autogestione del disagio psicologico al paziente e al caregiver, anche in raccordo con le Associazioni del privato sociale e i Gruppi di Auto Mutuo Aiuto, in un'ottica di empowerment individuale e di comunità; o contribuire alla promozione di reti di sostegno informali quali reti di vicinato, caregiver familiari o amicali, Gruppi AMA o associazionismo, soprattutto in supporto alla permanenza presso il proprio domicilio anche in condizioni di fragilità;
- supportare la persona in condizioni di stabilità clinica che sta affrontando fasi critiche della vita.

## BIBLIOGRAFIA

Decreto Legislativo n. 66 del 2017, “Norme per la promozione dell’inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell’articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107”, così come modificato dall’articolo 4, comma 1, lettera f) del decreto legislativo 7 agosto 2019, n. 96, recante “Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66”. Nel prosieguo delle Linee Guida i riferimenti al decreto legislativo n. 66 del 2017 devono essere intesi così come modificati dal decreto legislativo n. 96 del 2019.

Decreto Interministeriale 82/2020, Adozione del modello nazionale di piano educativo individualizzato e delle correlate linee guida, nonché modalità di assegnazione delle misure di sostegno agli alunni con disabilità, ai sensi dell’articolo 7, comma 2- del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66.

Legge 30 marzo 1971, n. 118 Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili. (GU Serie Generale n.82 del 02-04-1971)

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. (GU Serie Generale n.39 del 17-02-1992 - Suppl. Ordinario n. 30) note: Entrata in vigore della legge: 18-2-1992

Legge n. 328/00, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

Melio I., (2022), È facile parlare di disabilità (se sai davvero come farlo), Ed. Erickson

Ministero della Salute, (2016), Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichici e neuropsichiatri dell'infanzia e adolescenza, Conferenza Unificata Stato Regioni Enti locali Luglio 2019

Ministero della Salute, (2020), Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025

Ministero della Salute, (2020), art. 20- bis del D.L. n. 137/2020 (*Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*), convertito dalla L. n. 176/2020.

Ministero della Salute, (2022), Linee di indirizzo per la funzione della Psicologia nel SSN Documento elaborato dal Tavolo di lavoro per la Psicologia istituito presso il Ministero della Salute Ottobre 2022

ONU, (2009), La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità Stampato per il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali nel mese di settembre 2009

Regione Emilia-Romagna, DGR 1066/2004: Linee guida per la promozione della salute delle persone con autismo e altri disturbi pervasivi dello sviluppo.

Regione Emilia-Romagna, (2017), Circolare 11/2007: "Indirizzi clinico - organizzativi per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da deficit attentivo con iperattività (DDAI/ADHD) in età evolutiva in Emilia-Romagna

Regione Emilia-Romagna, (2008); Legge Regionale 19 febbraio 2008, n. 4, Disciplina degli accertamenti della disabilità- Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia Sanitaria e Sociale

Regione Emilia-Romagna, (2008), DGR 138/2008: Linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie in età evolutiva

Regione Emilia-Romagna, (2010), DGR 2073/2010: "PERCORSO EPILESSIA" Approvazione linee guida per le aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna per l'organizzazione dell'assistenza integrata alla persona con epilessia

Regione Emilia-Romagna, (2011), DGR 694/2011: Screening uditivo neonatale e percorso clinico ed organizzativo per i bambini affetti da ipoacusia in Emilia-Romagna - Approvazione linee guida per le Aziende Sanitarie

Regione Emilia-Romagna, (2012), DGR 1851/2012: Modifiche e integrazioni alla DGR 1/2010: Percorso per l'accertamento di disabilità e certificazione per l'integrazione scolastica di minorenni in Emilia-Romagna

Regione Emilia-Romagna, (2013), Circolare 9/2013: "Indirizzi clinico - organizzativi per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da deficit attentivo con iperattività (DDAI/ADHD) in età evolutiva in Emilia-Romagna. Revisione anno 2013 della circolare n.11 del 5 dicembre 2007

Regione Emilia-Romagna, DGR 1832/2013: Rettifica DGR 1851/2012

Regione Emilia-Romagna, (2016), DGR 212/2016: Programma regionale integrato per l'assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA): obiettivi 2016-2018

Regione Emilia-Romagna, (2016), Relazione PRIA, Anno 2016: Utenza con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico nei Servizi di Salute Mentale della Regione Emilia-Romagna

Regione Emilia-Romagna, (2017), REPORT 2017 • Screening uditivo neonatale e percorso clinico ed organizzativo per i bambini affetti da ipoacusia in Emilia-Romagna. Dati 2016

Regione Emilia-Romagna, (2018), Nota DG 5 luglio 2018 “Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Deficit dell'attività e dell'attenzione nell'adulto in Emilia – Romagna”

Regione Emilia-Romagna, (2019), DGR 640/2019: Programma Autismo 0-6 anni: linee di programmazione e finanziamento delle aziende USL anno 2019 .

Regione Emilia-Romagna, (2021), DGR 1141/21 “Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie in tema di organizzazione dell'area Psicologia clinica e di comunità”

Regione Emilia-Romagna, (2021), Piano Regionale della Prevenzione 2021 - 2025

Regione Emilia-Romagna, DGR 1141/21 “Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie in tema di organizzazione dell'area Psicologia clinica e di comunità” DGR 1/2010: Percorso per l'accertamento di disabilità e certificazione per l'integrazione scolastica di minorenni in Emilia-Romagna

## CAPITOLO 3

## IL BUDGET DI SALUTE IN INFANZIA E ADOLESCENZA

FABIO VANNI

Lo strumento del Budget di salute (BdS) si è sviluppato negli ultimi dieci anni a partire dal tentativo di rispondere ad alcune criticità nella salute mentale della popolazione adulta, in prevalenza per introdurre elementi innovativi e trasformativi per quelle situazioni più statiche e dunque con prospettive di cronicizzazione di condizioni di grave psicopatologia e di elevati costi personali e sociali, oltre che economici. Il BdS costituisce però uno strumento organizzativo della cura che si è fin da subito rivelato ricco di opportunità anche per altre popolazioni (persone nell'area delle dipendenze, adolescenti, disabili, etc) in quanto fondato su principi di *care* che hanno un valore generale e fanno parte da tempo della cultura dei sistemi di welfare più innovativi ed efficaci anche quando il bisogno di cura non riguarda la *cronicità* ma piuttosto la *complessità*. È il caso degli interventi in infanzia e adolescenza per i quali la loro semplificazione corrisponde spesso ad una riduzione dei livelli d'intervento che ne riduce anche l'efficacia.

Quali principi ispirano i BdS? La condizione di partenza riguarda l'interesse della comunità ad aver cura delle persone più fragili che la abitano costruendo nel tempo una cultura ed un'organizzazione atta ad intervenire nelle situazioni complesse con azioni complesse. La complessità dei problemi portati infatti è affrontabile se vi è un'organizzazione che utilizza le risorse presenti nella comunità al fine di rispondere ai bisogni della persona fragile senza delegare in via esclusiva il processo di cura a luoghi specifici e specialistici, un'impostazione tipica del mondo sanitario che si trova a svolgere all'interno dei BdS una funzione diversa da quella che svolge abitualmente: il SSN non svolge semplicemente quella di luogo di erogazione della cura, come accade d'abitudine, ma anche (se non soprattutto) quello di regista del sistema di *care*. Questa posizione rende necessario che i servizi pubblici costruiscano primariamente un'organizzazione che comprenda diversi attori

della comunità che sappiano collaborare attorno ad un progetto di salute. Non è questo ciò che succede abitualmente, dobbiamo dirlo, pur con eccezioni presenti qua e là. I servizi pubblici, a partire da quelli sanitari, si pongono primariamente come risposte dirette ai bisogni, salvo essere sempre meno in grado di soddisfare le esigenze dei cittadini, soprattutto quando questi bisogni sono complessi, lasciando di fatto a questi ultimi l'onere, anche economico, dell'integrazione di ciò che rimane scoperto. Si tratta di un'impostazione 'difensivistica' che pone la collaborazione con altri attori del sistema di cure in una forma distorta già in partenza. Nel modello dei BdS invece siamo di fronte ad un sistema pubblico che progetta con il terzo settore uno scenario di cura che vede anche questo soggetto sociale attivo protagonista fin da subito e nel quale il sistema pubblico assume una funzione di coordinamento condiviso con funzionalità differenti, anche a seconda delle opportunità clinico-operative relative al singolo caso. La funzione pubblica viene quindi *distinta* da quella di erogazione delle attività assistenziali che possono essere variamente distribuite e variamente finanziate.

Appare oggi necessario, rispetto a quest'ultimo punto, superare l'idea che lo Stato copra ogni esigenza assistenziale per chiunque. Sappiamo bene che ciò è irrealistico e perfino ingiusto se dovesse essere attuato compiutamente perché comporterebbe un costo per la fiscalità generale che infine penalizzerebbe anche i meno abbienti, oltre, e forse soprattutto, a non favorire quella partecipazione attiva alle scelte di cura che i cittadini oggi sempre più richiedono per esserne responsabili.

Le normative più recenti riguardanti il Terzo settore (DLgs n. 117 del 2017 e relativi decreti attuativi) invece definiscono il campo giuridico per realizzare forme di compartecipazione al *care* da parte di organizzazioni e cittadini che in tal modo producono risposte che potremmo definire 'orizzontali' o 'fraterne' al bisogno di cura (Santuari, 2022). Il BdS è uno strumento che va in questa direzione e perciò la sua portata è assai innovativa e sostenibile in ambiti dell'assistenza che vanno ben al di là della salute mentale nell'adulto con problemi di cronicità, com'era nel suo intento iniziale.

Il modello del BdS introduce nel sistema di welfare una nuova impostazione culturale ed operativa che merita di essere compresa e sviluppata con attenzione anche perché potenzialmente assai ricca di potenzialità trasformative.

## LA CULTURA DELL'ASCOLTO E DELLA COMPARTECIPAZIONE AL CARE DI COMUNITÀ

Partendo da questi presupposti il sistema di welfare deve porsi in primo luogo come attivatore di forme di ascolto dei bisogni dei cittadini e successivamente di co-creatore di una cultura del *care* che veda attivamente partecipi i soggetti sociali potenzialmente utili a questo fine: formali ed informali, profit e no-profit, singoli e associati.

Nel mondo dell'infanzia e dell'adolescenza questi attori sono davvero numerosi ed eterogenei se pensiamo che solo il mondo della scuola e quello dello sport sono composti da centinaia di soggetti per territori di dimensione distrettuale e si tratta solo di due delle numerose aggregazioni di attori sociali presenti. Vi sono poi associazioni che svolgono funzioni culturali, di condivisione e rappresentanza di gruppi, alcuni ambiti del commercio particolarmente importanti nel lavoro con certe fasce di popolazione come il mondo della cura estetica o delle palestre o dei bar e dei locali di divertimento, ma si potrebbe continuare a lungo. Non sono forse questi attori sociali funzionali a progetti di care con adolescenti e giovani? Assolutamente sì ed esistono esperienze che lo dimostrano<sup>5</sup>. È quindi necessario che il sistema di welfare abbia cura di come questi attori possano partecipare al sistema di *care* attraverso strumenti formativi, culturali, di inclusione e anche di sostegno, ma soprattutto attraverso forme che rendano costoro partecipi del sistema stesso.

La cultura psicologica, attraverso le sue competenze nell'ambito della psicologia di comunità, della salute, dello sviluppo e dell'educazione può fornire, insieme ad altre prospettive conoscitive nell'ambito delle scienze umane e sociali, gli strumenti essenziali a costruire e mantenere questa cultura che è premessa necessaria ad attivare risorse utili relativamente alla situazione specifica di bisogno. Questi attori sono infatti, oltre che risorse per l'intervento, preziosi rilevatori precoci di bisogni e dunque portatori di informazioni preziose per gli attori pubblici (SSN, Scuole, EELL) che vogliano ascoltarli. Non è un passaggio scontato, come potrebbe ingenuamente sembrare. I si-

5 Come out. Intercettare, orientare ed includere adolescenti difficili nel processo di cura', Regione Emilia Romagna <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2017/come-out-intercettare-orientare-ed-includere-adolescenti-difficili-nel-processo-di-cura-a-cura-di-fabio-vanni-adolescenti-in-emilia-romagna-n-4-aprile-2017>

stemi pubblici sono oramai sempre più spesso sulla difensiva, spesso portatori di forme ostilmente chiuse di pseudo ascolto più che di apertura ai bisogni, portatori come sono di una cultura della risposta che non possono più soddisfare, ma incagliati nell'impossibilità di attingere alle risorse sociali presenti appena fuori della loro porta. Ecco che allora i BdS costituiscono una preziosa opportunità per un cambio di rotta che non avviene in forma di rottura rivoluzionaria ma piuttosto di lenta ma forte trasformazione. In Emilia Romagna in realtà sono presenti molti antecedenti di azioni ispirate a questa cultura di comunità e l'ambito infantile, adolescenziale e familiare è stato spesso fra i proponenti e fra i realizzatori di iniziative importanti in questa direzione.<sup>6</sup> Non si parte quindi affatto da zero. Ma vediamo adesso un esempio in merito per poi riprendere il nostro ragionamento sulle specificità dei budget di salute in infanzia e adolescenza.

### **UN ESEMPIO DI AZIONE SOCIALE AD OPERA DEL TERZO SETTORE NELL'AMBITO DELLA CURA PSICOLOGICA: "PROGETTO SUM ETS"**

Progetto Sum ETS nasce all'inizio del 2020 quasi in corrispondenza con l'inizio della pandemia da Covid-19 e si è sviluppato intrecciandosi con questa evenienza sanitaria, sociale, politica che ha visto coinvolto tutto il pianeta. Progetto Sum nasce dall'idea di sviluppare una proposta di cura psicologica che abbia caratteri di qualità (un concetto che vedremo meglio successivamente) ma che proponga una logica di accessibilità universalistica. È la proposta di una 'terza via' tra il pubblico e il privato. Tale proposta condivide con il pubblico l'etica dell'universalità dei destinatari e dunque funziona attraverso un dispositivo economico che basa il compenso delle attività cliniche sulla capacità reddituale dei cittadini. Poiché la forbice tariffaria è molto ampia consente una compensazione interna tra chi può pagare cifre alte e chi solo cifre basse realizzando di fatto un finanziamento delle fasce più abbienti verso quelle meno abbienti rispetto ai loro bisogni di salute psicologica. Sono poi presenti altri accorgimenti che consentono di favorire la sostenibilità per quelle famiglie che fruiscono di interventi multipli (per es.

6 Voglio citare qui la DGR 590 del 2013, cd 'Progetto Adolescenza' che introduce indicazioni relative al care in adolescenza decisamente coerenti con quanto i BdS indicavano in quegli anni per l'ambito della Salute Mentale degli adulti, o il progetto PIPPI che si pone in forte contiguità con il BdS.

psicoterapia individuale e familiare o di gruppo, etc) e che tuttavia permette allo stesso tempo un equilibrio fra la ‘sostenibilità verso l’esterno’, ovvero per i cittadini, e ‘verso l’interno’, ovvero per gli operatori, che non fanno volontariato, nel senso di attività professionale gratuita, ma sono impegnati in una forma di declinazione sociale della loro professione. Ma questo aspetto etico ed economico-sociale sarebbe insufficiente se non si intrecciasse con la massima attenzione alla qualità di ciò che si fa, una qualità fatta di competenza, appropriatezza, clima del gruppo di lavoro, ascolto dello sviluppo delle esigenze interne ed esterne, verifiche degli esiti. Il gruppo iniziale di psicologi e medici psicoterapeuti, composto da sei persone che operavano all’inizio del 2021 su due sedi (Parma e Reggio Emilia) è diventato in poco più di due anni un gruppo di alcune decine di persone che lavorano in sette città (oltre a Parma e Reggio, Fidenza, Salsomaggiore Terme, Pavia, Torino e Cuneo) con competenze diversificate a coprire, al momento solo per la sede di Parma, pressoché tutte le aree della cura psicologica e psicoterapeutica per tutte le fasce d’età. I dati presenti sul sito <https://progettosum.org/comitato-scientifico/report/> ci consentono di apprezzare la sostenibilità sia interna che esterna del progetto che è diventato, anche nella dimensione quantitativa, di un certo rilievo e quindi con un impatto non trascurabile sullo stato di salute delle popolazioni presenti nei luoghi ove Progetto Sum si è sviluppato. Naturalmente siamo solo agli inizi ma le prospettive lasciano intravedere la possibilità di realizzare un sistema privato-sociale del tutto coerente con i principi del Terzo Settore (Bosi, 2022; Fiaschi, 2022) che si pone in modo complementare ai servizi pubblici del SSN, degli EELL, delle scuole, etc ma che è anche portatore di una prospettiva sulla cura psicologica con caratteri di specificità che si ispirano all’idea di ‘fraternità’ di Edgar Morin (2020) e di ‘soggetto relazionale umano’ (Vanni, 2023; Minolli, 2015) nonché alle esperienze e pratiche presenti nel nostro paese (D’Elia, 2020) e fuori di esso le quali stanno dando parallelamente luogo all’organizzazione di una rete nazionale di organizzazioni e professionisti che opera con i principi etico-sociali suindicati ([www.retepsicoterapiasociale.it](http://www.retepsicoterapiasociale.it)) della quale Progetto Sum ETS è uno dei maggiori promotori. È però opportuno ricordare che Progetto Sum ETS non sviluppa semplicemente la cornice etico-culturale ed economica delle attività cliniche ma si fa promotore di iniziative formative e culturali coerenti con gli stessi principi come corsi di formazione e seminari, gruppi di supervisione e di intervizione, consulenze ad organizzazioni, partecipazione

a reti culturali nazionali e internazionali, pubblicazione di libri e articoli, uso dei social a fini etici, etc.

Sia per quanto riguarda l'attività clinica che per quanto riguarda gli aspetti formativi e culturali è in atto una collaborazione con i servizi pubblici che si traduce, nel primo caso, in invii, coordinamento su singole situazioni, partecipazioni ad équipes etc, e nel secondo caso in molteplici forme di condivisione di iniziative culturali e formative nelle diverse realtà. Progetto Sum ETS è inoltre iscritto al Forum del Terzo Settore di Parma e partecipa alle iniziative di area psicologica, sanitaria ed educativa da esso promosse nonché alla sua importante azione politica locale di coprogettazione sinergica con i sistemi pubblici locali.

## **I PROGETTI CON LA SINGOLA SITUAZIONE IN INFANZIA E ADOLESCENZA**

Il lavoro di cura ha a che fare con la singolarità, un elemento che si traduce nella necessità di mettere al centro come *quel* soggetto - bambino, adolescente, padre, nonna - sta nel mondo e buona parte del processo di *care* consiste nell'organizzare forme di relazione utili a questa sua presenza. All'interno delle risorse che abbiamo messo a sistema avremo bisogno di co-costruire un processo di ascolto, comprensione, intervento e verifica che coinvolga diversi attori e che sia capace di tenere, ma anche di rimodularsi, nel tempo al mutare delle esigenze. Un cammino che richiede risorse non solo di natura economica ma anche culturali e di *best practices* nate dall'incontro tra bisogni e risorse presenti. Le azioni da compiere quindi saranno diverse in relazione alle caratteristiche singolari di quella situazione ma ciò che invariabilmente sarà necessario è *la cura dei sistemi di cura*. Non si tratta solo di attenzione alle soggettività degli attori partecipanti - quanta fatica e frustrazione possono essere presenti nella gestione clinica o educativa dei nostri pazienti e cittadini! Una fatica che non va semplicemente sopportata ma che va anche presa a sua volta in considerazione perché la qualità del lavoro di cura sia possibile ed efficace - ma anche di gestione attenta e intelligente delle diverse prospettive per farne un prodotto utile ai destinatari (e magari anche agli attori stessi). Questa funzione, che abbiamo chiamato di 'net manager', è particolarmente vicina alle competenze delle quali è por-

tatore la professione di psicologo e che naturalmente richiederà momenti formativi specifici che aiutino a mettere a fuoco le competenze presenti o a sviluppare meglio alcune potenzialità professionali, come appunto quelle relative ai sistemi di cura, senza la quale il BdS destinato a quel paziente non sarà ben speso. Lavorare insieme infatti costituisce, come sappiamo, il valore aggiunto del lavoro di cura di qualità nei casi complessi, un elemento che troppo spesso viene dato per scontato come se bastasse mettere insieme più professionisti per avere un gruppo di lavoro ben funzionante: pensare che un'organizzazione fra diversi soggetti associativi, istituzionali, singoli, etc diventi spontaneamente un gruppo di lavoro è una mera illusione; così qualsiasi budget produrrà ben poca salute. Ecco che allora si deve prevedere una funzione di cura della rete che coordini i lavori del singolo progetto relativo a quel bambino o a quell'adolescente e che naturalmente sia funzionalmente distinto dalle figure operative collocate nel progetto stesso.

### **PUBBLICO-PRIVATO, UNA DICOTOMIA FUORVIANTE**

È probabilmente utile fare qualche precisazione su alcuni degli attori sociali presenti nella rete del BdS. Abbiamo già detto del ruolo che la normativa attuale assegna agli ETS collocandoli in una posizione spiccatamente pubblica e dunque a fianco delle istituzioni deputate alla salute e alla cura della comunità. Meno chiaro è il ruolo di professionisti singoli o associati che si collocano nella categoria del profit, parola che sembra attribuire loro un *animus* orientato all'interesse economico. Va qui ricordato che i professionisti che, come gli psicologi, sono iscritti ad Albi, sono non solo soggetti a normative che ne fanno degli attori sociali a tutti gli effetti, ma sono anche sottoposti alla vigilanza e alla tutela ordinistica. Nessun cittadino può dirsi al di sopra della comunità di cui fa parte ma i professionisti e le organizzazioni di cura è davvero difficile che possano essere considerate al di fuori o al di sopra di essa. Anzi, essi rappresentano forme di operatività sociale che contribuiscono, nel caso delle professioni sanitarie, alla cura delle persone presenti nella comunità stessa. La dicotomizzazione che vede da un lato i servizi pubblici e dall'altro i professionisti privati e nel mezzo il mondo del no-profit costituisce una semplificazione che mette erroneamente tutta da una parte l'etica e dall'altra il profitto. I professionisti e le organizzazioni profit

nel mondo della salute, e quindi anche gli psicologi e gli psicoterapeuti, sono infatti parte integrante del sistema sanitario anche quando esercitano la loro attività in uno studio privato. Starà piuttosto a chi avrà la funzione di inclusione delle risorse nel sistema territoriale a dover lavorare per mettere in rete anche queste figure. La normativa e gli orientamenti relativi al budget di salute costituiscono una cornice utile a questa operazione di coordinamento inclusivo e valorizzante che può costituire un valore aggiunto rilevante per le comunità.

## BIBLIOGRAFIA

- Bosi, A. (2022), *Storia e identità del terzo settore*. Parma: Batei.
- D'Elia, L. (2020), *La funzione sociale dello psicoterapeuta* Roma: Alpes.
- Fiaschi, C. (2022). *Terzo. Le energie delle rivoluzioni civili*. Milano: Corriere della Sera.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Milano: FrancoAngeli.
- Morin, E. (2020). *La fraternità perché? Resistere alla crudeltà del mondo*. Roma: Ave.
- Vanni, F. (Ed.) (2017). *Come out. Intercettare, orientare ed includere adolescenti difficili nel processo di cura*. Regione Emilia Romagna [Disponibile su <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2017/come-out-intercettare-orientare-ed-includere-adolescenti-difficili-nel-processo-di-cura-a-cura-di-fabio-vanni-adolescenti-in-emilia-romagna-n-4-aprile-2017>]
- Vanni, F. (2023). Presence and Self-learning: an evolutionary hypothesis. In F. Irtelli (Ed.), *Happiness - Biopsychosocial and Anthropological Perspectives*. Intech Open Editore.

## CAPITOLO 4

LO STATO DI SALUTE DEI GIOVANI – I SISTEMI DI  
SORVEGLIANZA E LE BANCHE DATI

MARCO TAMELLI

In sanità pubblica, sorvegliare significa raccogliere informazioni mirate relative ad eventi ben definiti che possono essere modificati da un preciso intervento. La sorveglianza è la sistematica raccolta, archiviazione, analisi e interpretazione dei dati, seguita da una diffusione delle informazioni a tutte le persone che le hanno fornite e a coloro che devono decidere di intraprendere eventuali interventi. Per ottenere informazioni utili ad impostare un intervento efficace, in accordo al principio l'informazione per l'azione è indispensabile la sistematicità nella raccolta dei dati e l'accuratezza nella loro interpretazione. Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è alla base delle politiche nazionali di prevenzione e promozione della salute e di contrasto alle malattie croniche. I sistemi di sorveglianza permettono di identificare le priorità sulle quali è necessario intervenire, di ottenere informazioni utili sull'andamento di malattie e fattori di rischio, di studiare l'influenza dei determinanti di salute, di individuare le disuguaglianze di salute, di osservare cambiamenti a seguito di interventi e politiche adottati.

Per questa ragione, dal 2004, il Ministero della Salute attraverso il [Centro per la prevenzione e il Controllo delle malattie](#) (CCM), in collaborazione con le Regioni, sostiene e affida all'[Istituto Superiore di Sanità](#) la progettazione, la sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, a sostegno del governo locale per pianificare, monitorare e valutare gli interventi di prevenzione e promozione della salute e i progressi verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani sanitari e nei Piani di Prevenzione. Il [programma di governo Guadagnare salute](#) e il [Piano nazionale della prevenzione](#) promuovono l'utilizzo dei dati delle sorveglianze per le funzioni di pianificazione, implementazione, monitoraggio e valutazione dei programmi

di salute, a garanzia dell'accountability della prevenzione. Tra le sorveglianze di popolazione attivate in ambito di infanzia e adolescenza, ed età adulta troviamo:

[OKkio alla Salute](#) - Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria

[HBSC](#) - Health behaviour in school-aged children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare.

[Passi](#) - Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia

Suggeriamo inoltre altri materiali utili allo psicologo di comunità:

I GIOVANI IN EMILIA ROMAGNA - dicembre 2021- Rapporto a cura di ART-ER S. cons. p.a, realizzato con il supporto dell'Ufficio di Statistica Regione Emilia-Romagna - Servizio innovazione digitale, dei dati e della tecnologia.

## **COS'È IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA OKKIO ALLA SALUTE?**

OKkio alla SALUTE è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). Obiettivo principale è descrivere la variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie.

È nato nel 2007 nell'ambito del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM, ed è coordinato dal Centro Nazionale per la Prevenzione delle malattie e la Promozione della Salute (CNAPPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

Il primo passo per l'attivazione e l'implementazione della sorveglianza è stato quello di mettere a punto un protocollo che descrivesse le finalità e le modalità di realizzazione delle diverse attività. I ricercatori del CNAPPS e i referenti delle Regioni hanno lavorato intensamente su questo documento,

che costituisce la mappa e la bussola per la realizzazione del sistema di sorveglianza nei bambini delle scuole primarie.

## **IL CONTESTO DI RIFERIMENTO INTERNAZIONALE E NAZIONALE**

In Italia, come in altri Paesi europei, la necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale e, in particolare, dei nostri bambini è fortemente supportata dall'acquisizione che l'obesità rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. L'obesità ha un impatto negativo sullo stato di salute generale della popolazione sia in età giovanile (dislipidemia, ipertensione, problemi ortopedici, steatosi epatica, ecc.) sia in età adulta (progressivo aumento dei pazienti affetti da diabete e altre patologie croniche) oltre ad essere un fattore associato a disuguaglianze socio-economiche che riguarda in maggior misura le classi sociali più svantaggiate.

## **LA SITUAZIONE IN ITALIA PRIMA DELL'IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA**

In Italia, prima dell'implementazione del sistema di sorveglianza sono stati condotti vari studi regionali o di Asl basati su misurazioni dirette di peso e statura dei bambini tra 6 e 9 anni, ma questi studi differivano per tempi, modalità, età campionate e diversi altri aspetti che ne rendevano difficile il confronto. Le uniche fonti informative nazionali erano rappresentate dalle indagini multiscopo dell'ISTAT (condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000, dove peso e altezza dei minori sono stati comunicati dai genitori): secondo questi dati, nel nostro Paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presentava un eccesso di peso, fenomeno che sembrava interessare le fasce di età più basse e più frequente nel Sud Italia.

Per definire e mettere a regime un sistema di raccolta dati sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni che coinvolgesse le Regioni e che permettesse l'acquisizione di informazioni dirette su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari e attività fisica, il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute e le Regioni hanno affidato al CNAPPS dell'ISS il coordinamento dell'iniziativa "OKkio alla SALUTE - Promozione della salute e della crescita sana

dei bambini della scuola primaria”, collegato al programma europeo “[Guadagnare salute](#)” e al Piano nazionale di prevenzione.

Questa iniziativa ha tracciato il primo passo verso l’evoluzione di un sistema di sorveglianza sostenibile nel tempo (sia per il sistema sanitario che per la scuola), finalizzata a guidare gli interventi di sanità pubblica.

#### *Metodi e materiali*

L’approccio metodologico è quello della sorveglianza di popolazione, da effettuarsi con survey a cadenza bi-triennale ripetuti su campioni rappresentativi della popolazione scolastica.

#### *Popolazione studiata*

All’interno della scuola primaria è stata scelta la classe terza, con bambini di età di 8-9 anni, sia per ragioni di carattere biologico, in quanto la situazione nutrizionale è ancora poco influenzata dalla pubertà, che per questioni di sviluppo cognitivo, essendo i bambini di questa fascia di età già in grado di rispondere con precisione e validità ad alcune semplici domande.

#### *Campionamento*

Il metodo di campionamento scelto è quello a grappolo (cluster survey design - Csd), con la classe come unità di campionamento, metodo raccomandato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e ampiamente adoperato in simili indagini internazionali. La selezione del campione è eseguita a livello di Asl (corrispondente spesso alla Provincia), con una lista di campionamento delle classi terze primarie fornita dai rispettivi Uffici scolastici provinciali (Usp).

Le Regioni e le Asl decidono se effettuare un campionamento che sia rappresentativo della regione o delle singole Asl: questa seconda scelta implica un campione di numerosità maggiore.

#### *Come si svolge l’indagine*

La raccolta delle informazioni avviene attraverso 4 strumenti:

- scheda antropometrica, in cui sarà indicato il peso e la statura dei bambini, misurati dagli operatori dell’Asl nelle scuole con strumenti forniti dall’ISS
- questionario della scuola, compilato dal Direttore scolastico

- questionario dei bambini, compilato dagli stessi bambini in classe
- questionario dei genitori, compilato dai genitori.

Una volta effettuato il campionamento, le scuole con classi campionate per l'indagine devono essere informate dal Referente scolastico regionale o provinciale alla salute e gli insegnanti delle classi saranno invitati a un incontro con gli operatori sanitari per predisporre la raccolta dati. Ai Dirigenti scolastici viene richiesto di compilare un questionario su alcuni elementi dell'ambiente scolastico che possono influire favorevolmente sulla salute dei bambini, da restituire agli operatori sanitari il giorno in cui vengono effettuate le misurazioni nelle rispettive scuole.

Nell'incontro preparatorio verranno spiegati agli insegnanti gli obiettivi, le modalità dell'indagine e i termini della loro collaborazione.

Agli insegnanti viene fornita una scheda con codici univoci anonimi da assegnare agli alunni ai quali Viene chiesto di scrivere il nome degli alunni nella scheda e di trascrivere il codice di ciascun alunno sul questionario e sulla busta per il rispettivo genitore. Almeno cinque giorni prima della realizzazione dell'indagine nella propria classe, l'insegnante consegnerà a ciascun alunno una busta bianca con il questionario per il genitore e l'informativa.

Ai genitori viene chiesto di riempire il questionario e di restituirlo nell'apposita busta chiusa, nonché di esprimere il consenso alla misurazione del proprio figlio, attraverso la compilazione di una informativa a loro destinata. L'insegnante conserva le buste con i questionari e la scheda con codici univoci anonimi degli alunni fino al giorno dell'indagine, nel quale consegna il materiale agli operatori della Asl, insieme alle rispettive informative compilate.

L'insegnante, insieme agli operatori sanitari, compila una scheda con informazioni essenziali sulla classe (quali presenze, assenze, rifiuti), e riporta il codice di ciascun bambino sul questionario che verrà somministrato a questi ultimi. I bambini rispondono per iscritto e individualmente al questionario in aula, con gli operatori a disposizione per chiarire i loro possibili dubbi.

Dopo la somministrazione del questionario, gli operatori sanitari misurano i bambini (peso e statura).

I dati vengono successivamente inseriti dagli operatori sanitari in una base dati predisposta a cura dell'ISS che permette la loro analisi in forma aggregata per Asl e/o per Regione a seconda del livello di rappresentatività scelto per il campione.

I risultati dell'analisi vengono diffusi a livello di Asl, regionale e nazionale entro pochi mesi dalla raccolta, coinvolgendo in modo particolare i referenti, gli operatori e le scuole che hanno partecipato all'indagine.

#### *Aspetti etici. Consenso informato delle famiglie*

Le famiglie dei bambini delle classi selezionate come campione riceveranno una nota d'informazione sull'indagine. Le famiglie potranno esprimere il loro consenso o meno alla misurazione riconsegnando all'insegnante la lettera d'informazione con la loro firma.

#### *Anonimato*

L'indagine mira ad avere dati riferiti alla popolazione ed evita di rilevare informazioni identificative dei singoli individui.

### **OKKIO ALLA SALUTE: I RISULTATI DELL'INDAGINE 2019 IN EMILIA-ROMAGNA. STATO PONDERALE E ABITUDINI ALIMENTARI**

Tra i bambini della Regione l'1,6% risulta in condizioni di obesità grave, il 5,6% risulta obeso, il 19,2% sovrappeso, il 72,4% normopeso e l'1,2% sottopeso. Complessivamente il 26,4% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. Dal confronto con i dati nazionali e delle altre Regioni, l'Emilia-Romagna si colloca a livello intermedio, con valori di sovrappeso e di obesità leggermente inferiori di quelli nazionali. Inoltre, rispetto alle precedenti rilevazioni in Regione si assiste a una lieve diminuzione della prevalenza di bambini in sovrappeso e obesi.

In Emilia-Romagna solo il 57% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata, il 7% non fa colazione e il 36% non la fa qualitativamente adeguata. Inoltre, il 50% consuma una merenda adeguata di metà mattina, mentre il 46% la fa inadeguata e il 4% non la fa per niente. I genitori riferiscono che solo il 20% dei bambini consuma la frutta 2-3 volte al giorno e il 25% una sola volta al giorno.

Riguardo la percezione dei genitori, ben il 46% delle madri di bambini in sovrappeso e il 9% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.

### *Attività fisica*

I dati dell'indagine 2019 rilevano che il 16% dei bambini risulta non attivo il giorno antecedente all'intervista. Solo il 26% ha partecipato a un'attività motoria curricolare a scuola nel giorno precedente (questo può dipendere dal fatto che il giorno precedente poteva non essere quello in cui era prevista l'ora curricolare). La percentuale maggiore di bambini non attivi (19%) vive in aree geografiche con meno di 10.000 abitanti. Il 68% del totale ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine. I maschi giocano all'aperto più delle femmine e il 44% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.

Il 24% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta/monopattino/pattini (indicatore del Piano Nazionale della Prevenzione, PNP); invece, il 73% ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato. In Emilia-Romagna, nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 60% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 36% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 4% per almeno 5 ore. Valori più alti di ore si riscontrano nel fine settimana.

All'interno del gruppo di bambini non attivi, il 57% delle madri ritiene che il proprio figlio svolga sufficiente attività fisica e l'8% molta attività fisica.

### *L'ambiente scolastico e la promozione di stili di vita salutari*

Secondo il giudizio dei dirigenti scolastici partecipanti all'indagine 2019, il 91% delle mense risulta essere adeguato per i bisogni dei bambini. La definizione del menù scolastico è più frequentemente stabilita da un esperto dell'ASL, seguito dall'azienda appaltatrice e dal responsabile comunale.

In Regione le scuole che distribuiscono ai bambini frutta, latte o yogurt, nel corso della giornata, sono il 46%. Durante l'anno scolastico il 44% delle classi ha partecipato ad attività di promozione del consumo di alimenti sani all'interno della scuola con Enti e/o associazioni.

Nel 2019 il 43% delle classi ha partecipato alla distribuzione di frutta, verdura o yogurt come spuntino, il 7% delle classi ha ricevuto materiale informativo e il 16% ha organizzato incontri con esperti esterni alla scuola.

I distributori automatici di alimenti sono presenti nel 54% delle scuole; il 3% è accessibile sia agli adulti che ai bambini. All'interno del gruppo di

scuole con distributori automatici, il 58% mette a disposizione succhi di frutta 100% frutta, nettari/bevande alla frutta, frutta fresca, yogurt o latte.

Complessivamente, nel 46% delle classi delle scuole si svolgono normalmente almeno 2 ore di educazione fisica a settimana mentre non sono riportate classi in cui si fa meno di un'ora a settimana.

*Cos'è il sistema di sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare)*

L'età pre-adolescenziale e adolescenziale rappresenta una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e costituisce quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute.

La comprensione dei determinanti dei comportamenti a rischio che si instaurano spesso in questa età può contribuire alla definizione di politiche ed interventi che indirizzino verso l'elaborazione di valori positivi e facilitino l'adozione di comportamenti orientati ad uno stile di vita sano.

Per comprendere appieno la dimensione e la diffusione di questi comportamenti negli adolescenti è attivo dal 1982 lo studio internazionale HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare), cui l'Italia partecipa dal 2001.

Tale studio è promosso dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e coinvolge ogni 4 anni, nei 44 paesi aderenti, un campione di studenti di 11, 13 e 15 anni. In attuazione del programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" finalizzato alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie croniche secondo un approccio "life course" ed intersettoriale, il Ministero della Salute nel 2010 ha inserito l'indagine nell'ambito del progetto CCM "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni".

### *L'attività fisica*

Secondo l'OMS, i giovani in età compresa tra i 5 e i 17 anni di età dovrebbero accumulare quotidianamente almeno 60 minuti di attività motoria moderata-intensa. Queste attività includono il gioco, lo sport, il trasporto attivo, le attività ricreative e l'educazione fisica, in occupazioni familiari, scolastiche e di comunità. Per rilevare il tempo dedicato all'attività fisica svolta dai ragazzi, il protocollo dello studio, in accordo con altri studi internazio-

nali, e con quanto suggerito dalla stessa OMS, utilizza la domanda “negli ultimi 7 giorni, quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?”

Solo un adolescente su 10 fa attività fisica per un totale di almeno “60 minuti per 7 giorni” e questa abitudine diminuisce all’aumentare dell’età. Ai ragazzi è stato anche chiesto di indicare quante volte, al di fuori dell’orario scolastico, facessero esercizio fisico intenso tale da rimanere senza fiato o sudare, per individuare le differenze con un’attività fisica moderata.

L’8,1% dei ragazzi di 11 anni, il 9,6% dei ragazzi di 13 anni e l’11,3% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre complessivamente il 38% dichiara di svolgere esercizio fisico in occasione di attività extrascolastiche tra le due e le tre volte alla settimana.

### *Comportamenti sedentari*

I comportamenti sedentari, come ad esempio la visione della TV e l’uso dei device elettronici/videogiochi, se protratti per diverso tempo nell’arco della giornata, possono avere ripercussioni sulla salute e sul benessere dell’adolescente. Nei bambini e negli adolescenti, esiste una forte relazione, supportata da molteplici evidenze, tra il comportamento sedentario (principalmente “tempo trascorso davanti a uno schermo” o screen time) e l’obesità. Nella sezione del questionario HBSC dedicata all’attività fisica sono presenti domande sulla sedentarietà, ovvero quante ore al giorno vengono trascorse davanti alla TV e al computer e/o giochi elettronici. Per studiare i modelli di comportamento nella loro globalità il questionario distingue tra giorni settimanali e fine settimana.

## **COS’È IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI**

Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), è stata avviata nel 2006 con l’obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana.

La sorveglianza Passi si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all’insorgenza delle malattie croniche

non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

I [temi indagati](#) sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

Passi nasce in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali e di contribuire alla valutazione del Piano nazionale della prevenzione poiché la conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione è requisito fondamentale per realizzare attività di prevenzione specifiche e mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili e necessaria per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati.

Nel 2006, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del ministero della Salute, affida al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità il compito di progettare e sperimentare un sistema di sorveglianza dedicato al monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi dei Piani sanitari nazionali e regionali e per la valutazione del Piano nazionale della prevenzione, dove le informazioni raccolte possano essere utilizzate dalla programmazione aziendale e regionale e consentire una valutazione e un ri-orientamento delle politiche di sanità pubblica a livello locale.

Nel 2007, in collaborazione con tutte le Regioni e Province Autonome italiane, viene avviato in forma sperimentale Passi, che entra a regime nel 2008 caratterizzandosi come strumento interno al sistema sanitario in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di Asl e Regione.

Passi viene disegnato come un sistema di sorveglianza gestito dalle Asl, che lo portano avanti in ogni fase, dalla rilevazione all'utilizzo dei risultati, giovandosi del supporto e dell'assistenza di un coordinamento centrale, che assicura la messa a punto e diffusione di procedure standardizzate di rilevazione (il piano di campionamento, il questionario standardizzato per la raccolta delle informazioni, strumenti di monitoraggio della qualità dei dati

raccolti e delle performance nella rilevazione delle singole aziende) e di strumenti di analisi dei dati (per l'analisi dei dati aziendali e regionali), e assicura la comunicazione dei risultati (per esempio con la diffusione sul sito web dei principali risultati a livello nazionale e regionale).

Adattandosi bene al servizio sanitario regionalizzato, Passi è costruito dunque come sistema su tre livelli:

- un livello aziendale con le attività di rilevazione, registrazione dei dati, analisi e comunicazione alle comunità locali
- un livello di coordinamento regionale che prevede, tra l'altro, l'analisi e la comunicazione ai pianificatori regionali
- un livello centrale con compiti di progettazione, ricerca, formazione e sviluppo.

Tarato quindi sui bisogni locali, utile ai fini della programmazione regionale e aziendale e della verifica delle performance raggiunte e della eventuale adozione di misure correttive agli interventi già adottati, il sistema si è dimostrato flessibile e adattabile a rispondere a esigenze generali o locali, anche in situazioni di emergenza o per indagini mirate.

Per la gestione della comunicazione dei dati ai responsabili e la diffusione dei risultati al cittadino ci si avvale di una piattaforma web, ad accesso riservato, e di un sito web dedicato, aperto a tutti.

Tra gli obiettivi non secondari della sorveglianza Passi, vi è quello di registrare l'opinione della popolazione sulla propria salute. L'indagine sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passa per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, tra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi. Passi vuole essere una vera e propria piattaforma di comunicazione che, se ben strutturata e utilizzata, può trasformarsi in un'occasione reale di empowerment del sistema di salute aziendale, regionale e delle comunità stesse.

Tra i temi indagati vi sono:

- attività fisica OMS
- mobilità attiva
- sovrappeso e obesità
- consumi di frutta e verdura
- consumo di alcol
- abitudine al fumo

- fumo passivo
- smettere di fumare
- consumo di sale
- rischio cardiovascolare
- diabete
- dispositivi per la sicurezza stradale
- guida sotto l'effetto dell'alcol
- sicurezza domestica
- screening cervicale, mammografico, colorettales
- vaccinazioni
- percezione dello stato di salute
- depressione
- patologie croniche
- caratteristiche socio-anagrafiche

### *I giovani in Emilia Romagna*

Tale rapporto rappresenta la prima analisi condotta ai fini della creazione dell'Osservatorio Giovani della Regione Emilia – Romagna. Il documento si propone infatti di fornire la lettura di alcuni indicatori – demografici, sociali ed economici - utili ad una panoramica sulla condizione giovanile in Regione. La percezione dello stato di salute rappresenta un buon riferimento per la valutazione della condizione di salute complessiva intesa, secondo la definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità, come stato di “completo benessere fisico, mentale e sociale”. In Emilia-Romagna nel 2019, anno precedente la pandemia, lo stato di salute dei giovani appare complessivamente molto buono: circa il 96% dei ragazzi fino a 17 anni e l'86% dei giovani tra 18 e 34 anni dichiarano di stare bene o molto bene. In particolare, si sente “molto bene” il 42% degli adolescenti (11-17 anni) ed il 27,2% dei giovani (18-34 anni). Valuta comunque positivamente il proprio stato di salute, rispondendo di sentirsi “bene” il 53,8% degli adolescenti ed il 58,3% dei giovani.

Nel 2019, in Emilia-Romagna il 30 % dei giovani tra i 18 e i 34 anni risulta in eccesso ponderale (in sovrappeso o obeso), l'incidenza scende al 19,9% tra gli adolescenti. Nella fascia d'età 18-34 anni sono in sovrappeso il 35,1% dei maschi contro il 24,7 % delle femmine. In Emilia-Romagna, nel 2019, il 58,1% dei bambini di almeno 3 anni pratica attività sportiva

in modo continuativo, la percentuale sale al 66,7% tra gli adolescenti e si riduce al 40,9% tra i giovani di 18-34 anni. Coloro che non praticano alcun tipo di attività sportiva o fisica rappresentano il 13,4% degli adolescenti il 16,9% dei giovani. Per tutte le classi di età considerate, la quota di sedentari in Emilia-Romagna è inferiore al livello medio nazionale, che risulta pari al 17,1% nella fascia 11-17 anni e al 25,1% nella fascia 34 anni.

## BIBLIOGRAFIA E SITI DI RIFERIMENTO

Health Behaviour in School-aged Children (sito web). Recuperato da <https://hbsc.org/>

Health Behaviour in School-aged Children - Italia (sito web). Recuperato da <https://www.epicentro.iss.it/hbsc/hbsc-italia#>

I GIOVANI IN EMILIA ROMAGNA - Report sulla condizione giovanile in Emilia-Romagna (sito web). Recuperato da <https://www.gioviazoom.emr.it/it/partecipazione/notizie/i-giovani-in-emilia-romagna>

Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica (sito web). Recuperato da <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

Ministero della Salute. (2020). Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. [Documento PDF]. Recuperato da [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2955\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf)

Ministero della Salute. (2022). Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità - anno 2022. [Documento PDF]. Recuperato da [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3256\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3256_allegato.pdf)

Ministero della Salute. (s.d.). Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione. [Documento PDF]. Recuperato da [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2828\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf)

Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. (s.d.). Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute. [Documento PDF]. Recuperato da [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_3607\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3607_listaFile_itemName_0_file.pdf)

Ministero della Salute. (s.d.). Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari. [Documento PDF]. Recuperato da [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_605\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf)

Ministero della Salute. (s.d.). Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle racco-

mandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. [Documento PDF]. Recuperato da [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5693\\_1\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf)

Rapporto Istisan 22/27 “Obesità e stili di vita dei bambini: OKkio alla Salute 2019” (Documento PDF). Recuperato da <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/22-27+web.pdf/659d3d23-9236-e3ff-fbbf-0e06360e3e71?t=1670838825602>

Regione Emilia-Romagna, Servizio Sanitario regionale. (2021). Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 dell'Emilia-Romagna - Piano Regionale della Prevenzione - Documento completo.

## CAPITOLO 5

## PROBLEMATICHE RIGUARDANTI IL RITIRO SOCIALE

MARIA CORVESE

Ragazzi che si pongono in isolamento volontario e progressivamente si assentano dalle relazioni sociali con i coetanei e che, nei casi più gravi, si chiudono nelle proprie camere ed evitano i contatti anche con i familiari: “ritiro sociale” è il nome italiano di questo fenomeno che è stato inizialmente osservato e studiato in Giappone negli anni ‘70 e detto “hikikomori” (stare in disparte, isolarsi). In quel contesto il senso clinico del gesto estremo dell’isolamento è stato codificato nella muta protesta contro una società adulta votata alla competizione, al prestigio e alla presentabilità sociale, che mette sotto pressione gli individui obbligandoli a un adattamento che ignora la realizzazione personale. La protesta del giovane maschio hikikomori è contro l’imposizione di un falso sé che non prevede possibilità di insuccesso e che condanna alla vergogna l’intera famiglia di chi fallisce questo adattamento sociale.

La declinazione Italiana del fenomeno, osservata a partire dagli anni 2000, ha una impronta più narcisistica e riguarda la realizzazione del sé ideale, scambiato per il vero sé. Le sue manifestazioni sintomatiche si iscrivono nell’area delle fobie, l’oggetto evitato è il fallimento sotto lo sguardo dei coetanei, ma il suo senso clinico è squisitamente narcisistico. Nell’età del passaggio dal narcisismo infantile alla scoperta adolescenziale del corpo imperfetto, incompleto e mortale, alcuni adolescenti restano impigliati nel sentimento di impresentabilità vergognosa del proprio sé, proprio nel momento del debutto sul palcoscenico sociale extrafamiliare. Il primo e il più complesso scenario in cui prende forma il problema è la scuola secondaria di primo e di secondo grado: l’età tra gli 11 e i 16 anni è quella che più di altre trasforma il corpo degli ex bambini e in meno di 5 anni li tramuta in soggetti generativi, attraversati da spinte di ogni tipo verso esperienze nuove, da sperimentare in gruppo e fuori casa (Bignamini, 2018; Charmet, 2009).

La loro prima cellula sociale extrafamiliare è il gruppo classe, dove si scopre che le regole del gioco relazionale non sono più quelle delle elementari, improntate semplicemente all'ubbidienza e alla benevolenza da parte dell'adulto educante. Dalle scuole medie in poi, arrivano altre regole, non chiare e non scritte, che hanno a che fare con la possibilità di essere accettati o isolati dai coetanei; il galateo delle relazioni tra pari si impara a suon di prove ed errori e prevede una certa dimestichezza con la frustrazione da una parte e la resilienza dall'altra. Dal punto di vista di un ragazzo o di una ragazza pre adolescenti, la realtà sociale della scuola è piuttosto complessa: è vitale ottenere la cooptazione nel gruppo dei compagni di classe, ma è necessario aderire anche alle richieste fatte dagli adulti come insegnanti e genitori. Nella complicata traiettoria tra le vicende con i compagni di classe, quelle del giudizio sulle proprie capacità assegnato dagli insegnanti attraverso i voti e le aspettative dei genitori, gli adolescenti si trovano impegnati nella costruzione di una nuova immagine di sé. Per avviare questo processo, tendenzialmente, usano il codice binario successo/insuccesso, approvazione/disapprovazione, da cui deriva un semplicistico giudizio lineare sulla propria presentabilità o impresentabilità sociale al gruppo dei pari. È al loro sguardo e al proprio rischio di insuccesso che questi ragazzi si sottraggono. Il meccanismo di difesa dell'evitamento produce un effetto di sollievo immediato dall'ansia e mitiga le emozioni negative collegate alla complessità del momento trasformativo descritto; l'effetto positivo ne rinforza l'utilizzo che tende a diventare estensivo. Nel medio periodo, tuttavia, l'effetto secondario di questa strategia è quello di amplificare la sensazione che tra sé e i coetanei si sia scavato un solco incolmabile. Si osservano gli altri, come un gruppo omogeneo che è stato capace di salire su un treno in corsa, mentre il proprio sé non ce l'ha fatta. L'iniziale scelta protettiva di ritiro diventa una comfort zone da cui è difficile portare fuori il corpo, ma che non azzera la spinta evolutiva verso la crescita sociale. La strategia di compromesso di questi ragazzi e ragazze è quella di spostare le proprie esperienze sociali in piazze di incontro virtuali. Attraverso il gaming e le piattaforme social di ogni tipo questi adolescenti proseguono la costruzione del proprio sé in un ambiente a rischio attenuato di fallimento narcisistico (Lancini, 2019; Comazzi et al., 2015). La regione Emilia Romagna ha recentemente licenziato le linee guida per la prevenzione e l'intervento sul ritiro sociale in adolescenza. Nel documento viene sottolineato che la prevenzione universale del fenomeno ha come ambito

privilegiato la scuola. Ad essa viene infatti raccomandato di riappropriarsi di quella funzione educativa volta a promuovere un clima di collaborazione tra compagni di classe e a promuovere le life skills nei singoli studenti. Una buona attività di accoglienza nelle classi prime e la possibilità di adottare metodologie di promozione di buona comunicazione sia tra pari che tra studenti e insegnanti costituiscono azioni in grado di promuovere benessere tra i ragazzi e sono molti sono i programmi che si possono adottare, dal Circle Time alla Ruota Comunitaria.

La promozione del benessere in classe ha ottime ricadute sugli apprendimenti: lo studio è infatti più efficace se lo spazio in cui esercito il sapere è connotato da relazioni positive. In uno scenario di questo genere, sbagliare o avere una performance non ottimale rappresentano occasioni di miglioramento e non una prova di assenza di valore. La prevenzione selettiva al fenomeno del ritiro sociale riguarda le azioni volte a prevenire il radicamento del malessere, e i presidi capaci di cogliere i segnali di richiesta di supporto. Uno dei nodi di questa strategia preventiva è costituito dallo sportello di ascolto psicologico interno alla scuola: un nodo importante nella rete scolastica formata da docenti, coordinatori di classe, dirigenza, personale non docente. Lo sportello dello psicologo scolastico non è un luogo di sanitizzazione delle difficoltà evolutive, ma è uno spazio di ascolto che svolge il ruolo di accogliere la sofferenza relazionale portata dagli studenti che vi si rivolgono, aiutandoli a ricodificare gli eventi tra coetanei, in modo da depotenziare il rischio che vengano utilizzati per costruire una definizione di sé in termini autosvalutanti o supportandoli nell'utilizzare i fallimenti come un'importante occasione di apprendimento. Lo sportello psicologico scolastico è anche il luogo del confronto tra adulti; può essere un insegnante che voglia condividere alcune osservazioni fatte su alcuni studenti per essere supportato circa il comportamento da tenere; può trattarsi di un genitore che chiede una consulenza per qualcosa che riguarda il rapporto con i propri figli.

Le linee guida regionali sul ritiro sociale attribuiscono allo psicologo scolastico un ruolo importante anche per la prevenzione selettiva del fenomeno. Questi, infatti, costituisce un nodo fondamentale del gruppo di lavoro che si attiva internamente alla scuola nei casi in cui il coordinatore della classe osservi la tendenza di uno studente o di una studentessa ad assentarsi con una certa frequenza, anche se in modo non continuativo. In questo caso il suo ruolo è soprattutto quello di consulente degli adulti e contribuisce a

decodificare i bisogni espressi dal ragazzo o ragazza attraverso il segnale delle assenze. Lo psicologo dello sportello potrà vedere in consulenza il ragazzo e, in accordo con i genitori, facilitare il contatto con la rete dei servizi sanitari, nei casi necessari.

Lo psicologo scolastico, attivato dall'insegnante coordinatore di classe e in accordo con i genitori coinvolti, prende parte attiva alla costruzione dei percorsi di primo livello previsti dalle linee di indirizzo, facilitando il contatto con i servizi dell'Ente Locale volti a contrastare l'abbandono scolastico e supportando la rete interna alla scuola nella costruzione di strategie che abbassino il livello di ansia sociale del ragazzo/a. Il coinvolgimento dello psicologo scolastico nel team di intervento interno alla scuola ha anche la funzione di rendere tempestivo l'intervento. La lettura in termini psico-relazionali delle difficoltà manifestate dai ragazzi orienta immediatamente la tipologia di intervento tra primo e secondo livello; se l'intervento di primo livello ha una caratteristica essenzialmente socio educativa, l'intervento di secondo livello prevede l'integrazione della parte sanitaria nel piano di azione. L'attivazione del Servizio Sanitario è suggerita dal team della scuola ai genitori che devono, necessariamente esserne i promotori; i servizi sanitari da chiamare in campo saranno diversi a seconda della gravità e complessità della situazione, con la finalità di curare la psicopatologia eventualmente presente. Nei casi di ragazzi/e in ritiro sociale e già in carico ai servizi sanitari è opportuno prevedere l'attuazione di un percorso inverso che arricchisca il piano di intervento con le risorse socio educative attivabili nel territorio e internamente alla scuola.

L'intercettazione precoce delle situazioni di ritiro sociale è fondamentale per sostenere il percorso evolutivo di questi ragazzi ed è una tipologia di intervento complessa perché richiede l'azione sinergica di più attori: la scuola, la famiglia, l'Ente Locale, la sanità e, a volte, anche il terzo settore. Stante la trasversalità di questo fenomeno, l'attuazione delle linee guida regionali costituisce una delle azioni inserita nel Piano regionale della Prevenzione, nella parte che riguarda "infanzia e Adolescenza in condizioni di vulnerabilità" (Programma Libero 12).

## BIBLIOGRAFIA

- Bignamini, S. (2018). *I Mutanti*. Solferino.
- Charmet, G. P. (2009). *Fragile e Spavaldo*. Laterza.
- Comazzi, D., et al. (2015). *Il corpo in una stanza*. Franco Angeli.
- Lancini, M. (2019). *Il ritiro sociale degli adolescenti*. Cortina.

## SITOGRAFIA

<https://www.dire.it/newsletter/psicologia/anno/2016/maggio/10/?news=03>, Intervista a Matteo Lancini, Istituto “Il Minotauro”- Milano

<https://www.ordinepsicologier.it/it/calendario/1122>

<https://www.scuola.net/news/530/circle-time-che-cos-e-e-perche-e-efficace>

<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/notizie/2022/giugno/vicini-ma-lontani-approcci-per-prevenire-ed-intercettare-il-ritiro-sociale-di-ragazze-e-ragazzi>

[https://www.ted.com/talks/daniela\\_lucangeli\\_emotional\\_short\\_circuits\\_the\\_intelligence\\_behind\\_mistakes/transcript?language=it](https://www.ted.com/talks/daniela_lucangeli_emotional_short_circuits_the_intelligence_behind_mistakes/transcript?language=it)

## CAPITOLO 6

## COMPORAMENTI DI BULLISMO, CYBERBULLISMO E REVENGE PORN

FULVIO FRATI

Nel nostro Paese, tra le varie Istituzioni attivamente presenti riguardo ai temi del bullismo, del cyberbullismo e, più in generale, di ogni forma di violenza, vi sono in particolare il Parlamento ed Ministero dell'istruzione ad essere impegnati da molti anni sul fronte della prevenzione primaria e secondaria di questi fenomeni. Varie e diversificate, peraltro, sono le strategie di intervento da essi ritenute utili per arginare i comportamenti a rischio in questo specifico ambito.

Il legislatore è già intervenuto a più riprese sul tema: il più recente atto legislativo emanato al riguardo è, al momento attuale, il Decreto prot. n. 1176 del 18/05/2022 - *Assegnazione fondi per contrastare il fenomeno del cyberbullismo (Legge n. 234/2021)*. Si tratta, in particolare, di un atto che stanZIA e regola i criteri di assegnazione di fondi, da destinare agli Uffici Scolastici Regionali, per contrastare con sempre maggiore efficacia il fenomeno specifico del *cyberbullismo*.

In precedenza, per accennare almeno ad alcuni tra i più significativi interventi legislativi che sono stati attuati nell'ultimo decennio, già la Legge 107 del 2015 aveva introdotto, tra gli obiettivi formativi ritenuti prioritari dal nostro sistema scolastico, l'aumento delle competenze digitali degli studenti, anche al fine di un loro uso consapevole e responsabile dei *social network* e dei *social media*. Lo sviluppo di tale progettualità è stato poi declinato nel *Piano nazionale scuola digitale*, un documento pensato per guidare le scuole in un percorso di innovazione e digitalizzazione, come previsto nella riforma della Scuola approvata in quello stesso anno (Legge 107/2015 - *La Buona Scuola*). Quest'ultimo documento ha funzione di indirizzo: punta infatti soprattutto ad introdurre le nuove tecnologie nelle scuole, a diffondere l'idea di *apprendimento permanente* ("*lifelong learning*") e ad estendere il concetto di

scuola dal tradizionale luogo fisico fatto di aule e laboratori a nuovi e sempre più efficienti spazi di apprendimento virtuali.

Parallelamente a ciò, la Legge 71 del 2017 aveva già sancito un ulteriore obiettivo strategico nel medesimo ambito: quello di contrastare il fenomeno del *cyberbullismo* in tutte le sue manifestazioni. Azioni a carattere preventivo e strategie di attenzione, tutela ed educazione sono così entrate decisamente in campo nei confronti dei minori coinvolti sia in quanto vittime sia come eventuali responsabili di illeciti, per assicurare l'attuazione di validi interventi, senza alcuna distinzione di età, nell'ambito delle istituzioni scolastiche.

L'aggiornamento 2021 delle *Linee Guida per la prevenzione e il contrasto del Bullismo e Cyberbullismo* (Decreto ministeriale 18 del 13 gennaio 2021, emanato con nota 482 del 18 febbraio 2021) ha cercato infine di fornire a dirigenti, docenti ed operatori scolastici ulteriori strumenti e mezzi per comprendere, ridurre e contrastare i fenomeni negativi di questo tipo che colpiscono bambine e bambini, ragazze e ragazzi.

Ciò nonostante, l'incidenza dei fenomeni di bullismo, "cyberbullismo" e "revenge porn" in Italia negli ultimi dieci anni non appare affatto in diminuzione, ma - soprattutto a causa della recente pandemia di COVID-19 - si è accentuata proprio nelle sue forme di espressione che utilizzano gli strumenti informatici: vale a dire, appunto, il *cyberbullismo* e il cosiddetto "revenge porn".

Ci sembra pertanto utile, al riguardo, fornire innanzitutto per ciascuno di questi fenomeni sociali una specifica ed oggi significativamente condivisa definizione:

- *Bullismo* - Situazione in cui avvengono, "in modo ripetuto e continuato nel tempo, abusi di potere e comportamenti di prepotenza tra ragazzi non di pari forza, ed in cui, pertanto, chi subisce non è in grado di difendersi da solo" (I Servizi in rete del Comune di Ferrara, *Che cos'è il bullismo*, 2022, cit.).
- *Cyberbullismo* - Con la parola *cyberbullismo* (in inglese "cyberbullying") si fa riferimento a "telefonate, SMS, squilli molesti sul cellulare, fotografie o video ripresi solitamente senza o contro la volontà del soggetto, e poi diffusi in rete, tramite MMS, frequentemente con commenti dispregiativi sui blog personali e ogni altra forma di diffamazione attraverso strumenti elettronici" (I Servizi in rete del Comune di Ferrara, *Che cos'è il bullismo*, 2022, cit.).

- *Cyberstalking* – Persecuzione attraverso l’invio ripetitivo di minacce mediante l’uso di mezzi elettronici. “Il *cyberstalking* può anche essere definito come *stalking online*, denotando quindi l’uso della tecnologia (in particolare di Internet) per molestare una persona. Fra le sue caratteristiche più frequenti vi sono: false accuse, monitoraggio, minacce, furto di identità e distruzione o manipolazione di dati. Le molestie possono assumere varie forme, ma il comune denominatore è dato dal fatto che sono indesiderate, spesso ossessive e solitamente illegali” (Santalucia, I. L., *Cyberbullismo e Cyberstalking*, 2021, cit.).
- *Cyber molestie* – Molestie prodotte per via informatica o telematica “attraverso messaggi di insulti o false voci fatte circolare su blog o altri *social media* che si diffondono rapidamente in quanto replicabili con estrema facilità. Spesso sono attuate utilizzando profili falsi sui social, che consentono all’autore di spiare e molestare le sue vittime restando nell’anonimato. Secondo un sondaggio sulla vittimizzazione pubblica in Francia nell’ottobre 2020, il 9% degli studenti è vittima di molestie informatiche via SMS e Internet” (All Media Print, *Cyber molestie: quali rimedi?*, 2022, cit.).
- *Pedopornografia* – La *pedopornografia* è “un reato che ha come protagonisti minorenni e bambini” (*I dizionari di Repubblica*, 2022, cit.).
- *Pedopornografia online* – La *pedopornografia online* è “un reato (art. 600-ter comma 3 del c.p.) che consiste nel produrre, divulgare, diffondere e pubblicizzare, anche per via telematica, immagini o video ritraenti persone minorenni coinvolte in comportamenti sessualmente espliciti, concreti o simulati o qualsiasi rappresentazione degli organi sessuali a fini soprattutto sessuali” (Ministero dell’Istruzione, *Generazioni connesse*, 2014, cit.).
- “*Revenge porn*” - Il *revenge porn* (in Italiano: “*vendetta porno*”) è un reato previsto dall’art. 612-ter del Codice penale (che è stato inserito dopo l’art. 612-bis dall’art. 10 comma 1 della Legge n.69 del 19 Luglio 2019) che punisce la divulgazione illecita di immagini o video sessualmente espliciti. Esso consiste infatti nella “diffusione di immagini pornografiche o sessualmente esplicite a scopo vendicativo (ad esempio per punire l’ex partner che ha deciso di porre fine ad un rapporto amoroso), per denigrare pubblicamente, bullizzare e molestare la persona a cui si riferiscono. Si tratta quindi di una pratica che può avere effetti dram-

matici a livello psicologico, sociale e anche materiale sulla vita delle persone che ne sono vittime”. (Garante per la protezione dei dati personali, *Vademecum Revenge porn e pornografia non consensuale*, 2021, cit.).

In Italia, secondo alcuni studi recenti, si sono sviluppati in questi ultimi anni soprattutto i fenomeni del *cyberbullismo* e del *revenge porn*, vale a dire quei comportamenti di molestia e di denigrazione nei confronti di vittime particolarmente fragili (in particolare minori, donne, disabili) che, anche durante i periodi di pandemia e di isolamento causato dal conseguente *lockdown*, si sono potuti comunque attuare anche “a distanza” attraverso l’utilizzo di strumenti informatici e telematici. Ad esempio, secondo Loredana Lombardo, “I dati sono allarmanti: nel 2020 il 61% dei giovani afferma di essere vittima di bullismo o di cyberbullismo, e il 68% di esserne stato testimone [...] L’incubo per le ragazze è il *revenge porn*, vale a dire l’atto di condivisione di immagini o video intimi di una persona senza il suo consenso, attuato sia online che offline. Il punto di partenza del *revenge porn* è il materiale pornografico che rappresenta la vittima in situazioni private e/o intime sia da sola che con il partner che, a sua volta, può essere sia stabile che occasionale, sia incontrato di persona che online. Da un punto di vista criminologico ci si trova di fronte di fronte ad una forma avanzata di cyber bullismo e il materiale pornografico può essere carpito in diversi modi:

- Mediante il cosiddetto “*sexting*”, ovvero l’auto ripresa di immagini o video in pose intime da parte della vittima e successivamente inviate a terzi, anche mediante *webcam*;
- Mediante la ripresa delle immagini intime durante un rapporto sessuale con il consenso della vittima;
- Mediante la ripresa della vittima durante momenti intimi (rapporto sessuale, bagni pubblici, spogliatoi ecc..) con telecamere nascoste (*spycam*);
- Attraverso l’*hacking* dello spazio cloud della vittima (*icloud*, *gmail*, *microsoft space*, ecc..) del dispositivo della vittima (*smartphone*, *laptop*, *smartpad*) anche con la consegna spontanea del dispositivo (es. invio di un PC o di un telefono in assistenza)”.

Specifica inoltre la medesima giornalista al riguardo: “Non c’è solo il *revenge porn* a fare paura, ma anche il timore di subire molestie online per il 51,24% dei giovani sentiti, l’adescamento da parte di malintenzionati (49,03%) e la perdita della propria *privacy* (44,73%).

Un adolescente su 3 conferma di aver visto circolare foto intime sue, o di amici sui *social network*. Quasi tutte le ragazze (95,17%) riconoscono che vedere le proprie foto/video *hot* circolare senza il proprio consenso online, o su cellulari altrui è grave quanto subire una violenza fisica.

La percentuale scende leggermente per i ragazzi (89,76%).

Persistono, anche se minoritari, vecchi pregiudizi da sconfiggere, in quanto il 15,21% dei ragazzi considera come una “ragazza facile” la ragazza che decide di condividere foto o video a sfondo sessuale con il partner. Mentre per le ragazze questo è vero per l’8,39% dei casi”.

Questi dati, decisamente molto elevati, provengono in particolare da uno studio dell’Osservatorio Indifesa 2020, di *Terre des hommes* e *Scuolazoo*.

Un altro studio non meno interessante che riguarda la popolazione Italiana è stato condotto dall’Associazione *Permesso Negato*. Afferma, al riguardo, Francesco Mercadante, Analista del linguaggio e già docente di Analisi dei Testi presso l’Università degli Studi di Palermo:

“Nata nel novembre del 2019, essa è una *no-profit* il cui obiettivo consiste nello sviluppare “strategie per la non proliferazione della pornografia non consensuale” e che, in poco meno di tre anni, ha già gestito addirittura 4.000 vittime, fornendo loro supporto. In pratica, *Permesso Negato* ha il grande merito di essere un vero e proprio osservatorio, sebbene, purtroppo, sembri mancare di un adeguato contributo di analisi linguistica. Ciò, naturalmente, non riduce i meriti dei suoi fondatori e dei suoi ricercatori, che, anzi, sono attivi e determinanti quant’altri mai.

Secondo il loro ultimo *report*, *State Of Revenge* – Novembre 2021. *Analisi dello Stato della Pornografia Non Consensuale su Telegram in Italia*, il fenomeno della pornografia non consensuale cresce in modo inarrestabile: si è calcolato che, in un solo mese, gli utenti di un canale *Telegram* che divulga questo materiale possono crescere anche di un milione di unità. Nel mese di novembre del 2020, gli 89 gruppi rilevati avevano un totale di 6.013.688 di account”.

Non meno preoccupanti sono i dati di carattere internazionale.

Come nota, al riguardo, lo stesso Francesco Mercadante, per il quale “Secondo gli studi dell’*American Psychological Association*, il 10% della popolazione avrebbe lottato, almeno una volta nella vita, contro le ‘vendette porno’. I ricercatori della summenzionata Associazione avrebbero anche scoperto e documentato che la maggior parte di coloro che subiscono ag-

gressioni di questo genere pensa al suicidio. Le statistiche diffuse dalla *Cyber Civil Rights* sono infatti inquietanti: il 51% delle vittime considera il suicidio l'unica soluzione possibile. A tal proposito, prima di procedere oltre e fare delle valutazioni dettate dai nostri criteri di sostenibilità, è doveroso precisare che il Legislatore italiano ha adottato un *Codice Rosso* per punire i “colpevoli di pornografia non consensuale”. La disciplina penale è affidata alla Legge 69 del 2019” (Mercadante, F., 2022, cit.).

Come si vede, quindi, sia in Italia che nel resto dei Paesi dell'area occidentale industrializzata del nostro Pianeta i fenomeni di bullismo, cyberbullismo e “revenge porn” non solo non sono più in alcun modo minimizzabili o trascurabili, ma hanno ormai di fatto assunto la dimensione di vere e proprie “emergenze sociali”, per il cui contrasto non possono essere sicuramente considerate sufficienti le pur lodevoli iniziative sinora messe in atto dal Ministero dell'Istruzione e dal mondo della Scuola ma a cui devono necessariamente concorrere, in modo il più possibile congiunto e coordinato, tutte le risorse – sia professionali che sociali, familiari e del Volontariato – presenti nei vari territori locali.

La prevenzione “primaria” di questi fenomeni, infatti, non appare prioritariamente come un problema di carattere “sanitario”, bensì – soprattutto – di carattere educativo, culturale e – in senso ampio – “sociale”. Ben venga pertanto, a questo livello, l'azione attenta e continua del mondo della Scuola e dell'Istruzione, purché tale compito non sia totalmente ad esso “delegato” ma sia invece affrontato e svolto, il più possibile, attraverso una stretta e continua collaborazione delle Scuole con le Famiglie e tutte le altre risorse (Associazioni Sportive, Circoli Giovanili, Parrocchie, Associazioni del volontariato ecc.) attive e disponibili sui vari territori di competenza.

Anche gli interventi relativi alla cosiddetta “prevenzione secondaria” (cioè le azioni messe in atto con i soggetti che già si sono resi responsabili di tali comportamenti, purché essi non si siano manifestate in modo grave e se le relative situazioni individuali dei protagonisti non evidenzino tratti di una vera e propria condizione di patologia o di rischio della stessa) possono essere messi in atto soprattutto da una “rete” sociale analoga a quella descritta a proposito degli interventi di prevenzione primaria, a meno che i comportamenti messi in atto non si configurino come veri e propri reati perseguibili penalmente.

In quest'ultimo caso, tra i “nodi” della rete coinvolta, è spesso previsto anche il diretto coinvolgimento delle Forze dell'Ordine, della Magistratura penale competente (Tribunale per i Minorenni, Tribunale Ordinario, Magistrato di sorveglianza ecc.) oltre che, necessariamente, quello di figure sanitarie quali ad esempio lo Psicologo, lo Psicoterapeuta ed, eventualmente, lo Psichiatra o altre figure mediche o infermieristiche (soprattutto nel caso in cui sia presente nei soggetti responsabili di tali comportamenti, oltre alle varie forme di violenza qui esaminate, anche il consumo o addirittura la dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope).

È ormai decisamente diffusa, infatti, l'idea che i percorsi individuali a scopo non più solo “preventivo”, ma anche “riabilitativo” se non addirittura “terapeutico”, debbano necessariamente prevedere innanzitutto la presenza di figure di tipo sanitario come quelle qui appena sopra citate, ma anche che l'attività di queste ultime debba svolgersi il più possibile in una stretta relazione di collaborazione con tutte le altre risorse educative, familiari e sociali di volta in volta disponibili.

Tali percorsi devono essere inoltre sempre di volta “personalizzati” in base alle specifiche esigenze individuali e sociali di ogni persona per la quale essi vengono attivati, anche attraverso – qualora essi si rendano necessari e siano concretamente disponibili – l'utilizzo di strumenti quali, ad esempio, il “P.T.R.I” (acronimo solitamente interpretato come *Piano Terapeutico-Riabilitativo Individuale*, ma anche come *Piano Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato*, *Programma Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato*, *Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato*, *Piano Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato* e così via, a seconda delle varie normative vigenti nei singoli Servizi Sanitari Regionali o Provinciali), o il cosiddetto “Budget di Salute” (B.d.S.), di istituzione relativamente recente ma già sempre più adottato e diffuso anche nel nostro Paese.

Con tali presupposti, è evidente che le sedi territoriali idealmente più indicate per la gestione di tali percorsi “integrati” di recupero e riabilitazione individuale delle persone responsabili di comportamenti di bullismo, cyberbullismo e “revenge porn” potrebbero essere individuate nelle cosiddette “Case delle Comunità”, che, proprio per definizione, sono state ideate per offrire occasioni di reciproca e continua interazione tra tutti i soggetti che nelle singole realtà locali possono – e molto spesso necessariamente *devono* – essere coinvolti in azioni congiunte finalizzate alla cura della salute dei cittadini in esse presenti.

Altrettanto condivisa è, inoltre, l'opinione che per la gestione di tali percorsi integrati debba essere di norma utilizzata una specifica "micro-équipe", ispirata al cosiddetto modello *bio-psico-sociale* di George L. Engel (1977, 1980) e di volta in volta costituita sulla base delle specifiche esigenze di quella persona di cui dovrà farsi carico per la miglior promozione e lo sviluppo possibile del suo stato di salute. All'interno di tali micro-équipe "individualizzate", inoltre, la figura dello Psicologo viene oggi considerata come assolutamente "centrale", proprio perché le competenze riconosciute a questa figura professionale risultano, nei casi di comportamenti socio-distonici come quelli qui presi in esame, come tra quelle maggiormente indicate, non solo per svolgere particolari ruoli e funzioni di tipo specialistico, ma anche per fungere da raccordo e coordinamento tra le altre varie professionalità (educative, scolastiche, sociali, sanitarie ecc.) che, di volta in volta e, sulla base delle specifiche esigenze della persona di cui ci si deve insieme occupare a tutela della sua salute e del suo miglior inserimento sociale possibile, si deciderà insieme di coinvolgere.

Gli autori dei comportamenti qui presi in esame presentano infatti una vastissima gamma di livelli di problematicità e di complessità, che vanno dai più semplici casi di condizionamento sociale e gruppale – che ancora non possono sicuramente essere classificati all'interno di precise categorie diagnostiche della Psicopatologia – a situazioni non più riconducibili ad un semplice stato di "immaturità", legata all'età ed ai conseguenti progressivi stadi di strutturazione della complessiva architettura cerebrale e mentale, bensì di vera e propria patologia classificabile come tale secondo i più diffusi e condivisi criteri diagnostici contemporanei.

All'interno di questo ultimo gruppo di condizioni, Otto Kernberg (1975, 1984, 1993) ha a più riprese affrontato e descritto ciò che può frequentemente rappresentare la base psicologica dei comportamenti qui considerati, vale a dire la condizione di "narcisismo patologico". Esso, secondo la sua visione, può presentare vari livelli di gravità, i quali che vanno da quelli – meno gravi – presenti nei pazienti a struttura di personalità di tipo nevrotico e che nella vita sociale funzionano abbastanza bene, ma che possono frequentemente presentare difficoltà nelle relazioni sentimentali o professionali a lungo termine, a quelli più gravi riferibili alle strutture di personalità con un livello borderline di tipo pervasivo, con significative problematiche sia in ambito professionale nelle relazioni sentimentali ed intime. Nel suo più recente la-

voro su questi temi, scritto con la collaborazione di Lina Normandin, Karin Ensink ed Alan Weiner (2022), Kernberg presenta anche un modello di intervento specificatamente dedicato agli adolescenti, che si colloca all'interno delle cosiddette "psicoterapie focalizzata sul transfert".

Altre modalità di intervento sicuramente valide e proficuamente utilizzabili sia con adolescenti sia con adulti autori di comportamenti come quelli qui analizzati sono, comunque, stati messi a punto praticamente da tutte le altre Scuole di psicoterapia scientificamente riconosciute presenti oggi nel nostro Paese, da quelle di orientamento cognitivista a quelle sistemiche o ad altri filoni di stampo fenomenologico, psicodinamico, psicoanalitico, bio-sistemico, integrato ecc.

Il dibattito su queste tematiche è tuttora in corso, sia a livello italiano sia internazionale. Ricorrente, all'interno di esso, appare peraltro la tematica (introdotta da Erich Fromm con il suo lavoro del 1964 *Psicoanalisi dell'amore*), relativa al cosiddetto *narcisismo maligno*, concetto peraltro anch'esso a più riprese successivamente considerato ed approfondito, tra gli altri, da Otto Kernberg e dai suoi collaboratori inclusa la moglie Paulina scomparsa nel 2006, e che appare ancor oggi di grande interesse ed attualità.

A tutti questi Autori, ed ai loro lavori citati nella seguente bibliografia, si rimanda quindi per ulteriori approfondimenti eventuali.

## BIBLIOGRAFIA

"Bullismo" (definizione). In: *Che cos'è il bullismo*. (2022). I Servizi in rete del Comune di Ferrara, 2022. Indirizzo web: <https://servizi.comune.fe.it/3340/che-cos-il-bullismo#null>

Casale, S., Fioravanti, G., Rugai, L. (2016). *Grandiose and vulnerable narcissists: who is at higher risk for social networking addiction?* In: *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(8), 510-515. DOI: 10.1089/cyber.2016.018, 2016. Indirizzo web: [https://flore.unifi.it/bitstream/2158/1043642/5/2158-1043642\\_preprint.pdf](https://flore.unifi.it/bitstream/2158/1043642/5/2158-1043642_preprint.pdf)

Costello, C. G. (Ed.). (1996). *Personality characteristics of the personality disordered*. New York City: John Wiley & Sons, 1996.

Crick N.R., Casa J.F. & Nelson D. A.(2002). Toward a more comprehensive understanding of peer mal treatment: studies of relationship victimization. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3) 96-101, 2002

"Cyberbullismo" (definizione). In: *Che cos'è il bullismo* (2022). I Servizi in rete del Co-

mune di Ferrara, 2022. Indirizzo web: <https://servizi.comune.fe.it/3340/che-cos-il-bullismo#null>

“Cyberstalking” (definizione). In: *Cyberbullismo e Cyberstalking*, di Iolanda L. Santalucia (2021). In: *Osservatorio sulla violenza*. Milano, Delphiethica, 2021. Indirizzo web: <https://www.osservatoriovioolenza.org/informazione-formazione/cyber-bullismo-cyber-stalking>

“Cyber molestie” (definizione). In *Cyber molestie: quali rimedi?* (2022). All Media News, 2022. Indirizzo web: <https://all-media-news.net/1529454-cyber-harassment-what-remedies>

Engel G.L. (1977). *The need for a new medical model: a Challenge for biomedicine*. Science: 196:129-36, 1977. Indirizzo web: <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>

Engel G.L. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*, Am. J. Psychiatry: 137(5): 535-44, May 1980. Indirizzo web: <https://www.pacesconnection.com/fileSendAction/fcType/0/fcOid/466307103267301137/filePointer/466166364394606238/fodoid/466166364394606234/Engel%201980%20The%20clinical%20application%20of%20of%20the%20biopsychosocial%20model.pdf>

Fromm, E. (1964) *Psicoanalisi dell'amore*. Roma: Newton Compton, 1971

Genta M.L., Brighi A., Guarini A. (2009). *Bullismo elettronico. Fattori di rischio connessi alle nuove tecnologie*. Roma: Ed. Carocci, 2009.

Hinduja S. & Patchin J.W., (2009). *Bulling beyond the schoolyard: preventing and responding to cyberbullying*. Corwin Press, 2009

Kernberg, O. F. (1975). *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.

Kernberg, O. F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.

Kernberg, O. F. (1993). *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1996

Kernberg, P.F. (1998). *Developmental aspects of normal and pathological narcissism*. In E.F. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications* (pp. 104-120). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1998

Kowalski R.M. & Limber S.P. (2007). *Elettronic Bullying Among Middle School Student*. In: *Journal of Adolescent Health*, 41 (6), S22-S30. 2007

Kowalski R.M., Limber S.P., Agatston P.W. & Malden D. (2008). *Cyber bullying*. Blackwell, 2008

Kraft, E.M., Wang, J. (2009). *Effectiveness of Cyber bullying Prevention Strategies: A Stu-*

dy on Students' Perspectives. International Journal of Cyber Criminology Vol 3 Issue 2 July - December 2009. Indirizzo web: <https://www.cybercrimejournal.com/pdf/KrafwangJulyIJCC2009.pdf>

Lombardo, L. (2021). *Cyberbullismo e revenge porn, i mostri in rete amplificati dalla pandemia*. Sito web Il Capoluogo d'Abruzzo. Barisciano (AQ): Duel Poggio srl, 07 Febbraio 2021. Indirizzo web: <https://www.ilcapoluogo.it/2021/02/07/cyberbullismo-e-revenge-porn-i-mostri-in-rete-amplificati-dalla-pandemia/>

Manca, M. (2016). *Generazione hashtag. Gli adolescenti dis-connessi*. Ed. Alpes Italia S.r.l., 2016

Mercadante, F. (2022). *Vendetta porno: il 51% delle vittime considera il suicidio l'unica soluzione possibile*. Tech Economy 2030. Roma: Digital Transformation Institute ONLUS, 10/06/2022. Indirizzo web: <https://www.techeconomy2030.it/2022/06/10/vendetta-porno-il-51-delle-vittime-considera-il-suicidio-lunica-soluzione-possibile/>

Nocentini A., Calmaestra J., Schultze-Krumbholz A., Ortega R. & Menesini E. (2010). *Cyberbullying: labels, behaviors and definition in three European countries*. In: *Australian Journal of Guidance and Counseling*, 20 (2), 129-142, 2010.

Normandin, L., Ensink, K., Weiner, A., Kernberg O.F. (2022). *Adolescenti con Gravi Disturbi di Personalità. La psicoterapia focalizzata sul transfert*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1996

Orofino, M., Pizzetti, F. G. (2018). *Privacy, minori e cyberbullismo*, Torino: G. Giappichelli Editore, 2018.

“Pedopornografia” (definizione). In: *I dizionari di Repubblica* (2022). Torino: GEDI News Network S.p.A., 2022. Indirizzo web: <https://dizionari.repubblica.it/Italiano/P/pedopornografia.html>

“Pedopornografia online” (definizione). In: *Generazioni connesse*. Roma: Ministero dell'Istruzione, 2014. Indirizzo web: <https://www.generazioniconnesse.it/site/it/0000/00/00/pedopornografia-online/>

Permesso Negato (2021). *State Of Revenge - Novembre 2021. Analisi dello Stato della Pornografia Non Consensuale su Telegram in Italia*. Milano: Matteo Flora, Novembre 2021. Indirizzo web: [https://www.permessonegato.it/doc/PermessoNegato\\_StateofRevenge\\_202011.pdf](https://www.permessonegato.it/doc/PermessoNegato_StateofRevenge_202011.pdf)

“Revenge porn” (definizione). In: *Garante per la protezione dei dati personali* (2021). *Vademecum Revenge porn e pornografia non consensuale. I suggerimenti del Garante per prevenirli e difendersi*, Marzo 2021. Indirizzo web: <https://www.garanteprivacy.it/documents/10160/0/Revenge+porn+e+pornografia+non+consensuale.+1+suggerimenti+del+Garante+per+prevenirli+e+difendersi.pdf/ca0ec1b8-3805-5aa8-8771-e8bf6287c925?version=5.0>

Ronningstam, E.F. (Ed.) (1998). *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical and empirical implications*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1998.

Slonje, R., Smith, P.K. (2008). *Cyberbullying: another main type of bullying?* In: *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 147-154, 2008. Indirizzo web: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9450.2007.00611.x>

Willard N. (2004). *Educator's guide to cyberbullying: Addressing the harm caused by online social cruelty*. In: <http://cyberbully.org/>, 11 Luglio 2005. Indirizzo web: <https://www.chino.k12.ca.us/site/handlers/filedownload.ashx/moduleinstanceid=24949&dataid=41040&FileName=EducatorsGuidetoCyberbullying.pdf>

Willard N. (2005). *Educator's Guide to Cyberbullying, Cyberthreats & Sexting*, 2005. Indirizzo web: <https://cdn.ymaws.com/www.safestates.org/resource/resmgr/imported/educatorsguide.pdf>

Wink, P. (1996). *Narcissism*. In C. G. Costello (Ed.), *Personality characteristics of the personality disordered* (pp. 146-172).. New York City: John Wiley & Sons, 1996.

## NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Direttiva del Ministro della Pubblica Istruzione n. 16 del 5 febbraio 2007. *Linee di indirizzo generali ed azioni a livello nazionale per la prevenzione e la lotta al bullismo*. Indirizzo web: [https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2007/dir16\\_07.shtml](https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2007/dir16_07.shtml)

Direttiva del Ministro della Pubblica Istruzione Prot. n. 30/dip./segr. del 15 marzo 2007. *Linee di indirizzo ed indicazioni in materia di utilizzo di telefoni cellulari e di altri dispositivi elettronici durante l'attività didattica, irrogazione di sanzioni disciplinari, dovere di vigilanza e di corresponsabilità dei genitori e dei docenti*. Indirizzo web: [https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2007/allegati/prot30\\_07.pdf](https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2007/allegati/prot30_07.pdf)

Legge 13 Luglio 2015, n. 107. *Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti*. Indirizzo web: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/07/15/15G00122/sg#:~:text=Il%20piano%20e'%20il%20documento,nell'ambito%20della%20loro%20autonomia>

Legge 29 Maggio 2017, n. 71. *Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione ed il contrasto del fenomeno del cyberbullismo*. Indirizzo web: <https://www.astrid-online.it/static/upload/legg/legge-29-maggio-2017-n-71.pdf>

Legge 19 luglio 2019, n. 69. *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e alle tre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere*. Indirizzo web: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/07/25/19G00076/sg>

Decreto del Ministero dell'Istruzione n.18 del 13 gennaio 2021, emanato con nota 482 del 18-02-2021. *Linee di Orientamento per la prevenzione e il contrasto del Bullismo e Cyberbullismo - aggiornamento 2021 - per le istituzioni scolastiche di ogni grado*.

Legge 30 Dicembre 2021, n. 234. *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*. Indirizzo web: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/12/31/21G00256/sg>

Decreto Direttoriale del Ministero della Pubblica Istruzione Prot. n. 1176 del 18 Maggio 2022. *Decreto assegnazione fondi per contrastare il fenomeno del cyberbullismo da destinare agli Uffici Scolastici Regionali. (Legge n. 234/2021)*. Indirizzo web: <https://www.miur.gov.it/documents/20182/6735034/Decr.+fondi+cyberbullismo-DD+n.+1176.18-05-2022.pdf/41b31be5-2104-f436-cfe4-9e8d84ff29cb?version=1.0&t=1653915251505>

## CAPITOLO 7

## DIFFICOLTÀ DI INDIVIDUAZIONE DELLA PROPRIA IDENTITÀ SESSUALE

FULVIO FRATI

In questi ultimi anni, nel nostro Paese, sono state segnalate da più fonti indicazioni di un probabile aumento dei casi di persone che chiedono aiuto e supporto ai Servizi psicologici e medici, sia pubblici sia privati, relativamente a significative difficoltà di individuazione della propria identità sessuale. Queste segnalazioni, inizialmente basate soprattutto su di una soggettiva percezione di questo fenomeno da parte dei singoli operatori e Servizi, sono state recentemente confermate anche da alcuni rigorosi studi statistici, come ad esempio quello recentissimo – pubblicato sul n. 2/2022 della rivista *Journal of Psychopathology*, i cui precisi riferimenti sono riportati nella bibliografia qui in calce.

Attraverso tale studio, disponibile anche in italiano, in un periodo di circa sei mesi (e più precisamente dal marzo all'agosto 2021) è stata condotta una ricerca online a livello nazionale che ha coinvolto la popolazione italiana su un totale di 1532 soggetti. Dai risultati è emerso che la maggior parte dei partecipanti (il 64,8%) ha dichiarato di essere, “alla quale hanno partecipato in totale n.1532 soggetti. La maggior parte dei partecipanti (per la precisione il 64,8%) ha dichiarato di essere attratta solo da persone del sesso opposto al proprio. Inoltre:

- il 93,1% dei partecipanti ha dichiarato di aver sentito parlare di identità di genere
- il 93,3% dei partecipanti ha definito “identità di genere” come: “un ruolo in cui l’individuo si identifica, sentendosi un maschio, sentendosi una femmina o sentendosi qualcos’altro che essi non riconoscono psicologicamente nel loro sesso biologico alla nascita”;
- il 96,1% ha definito “sesso biologico” una “categoria anatomica di appartenenza”;

- l'89,2% ha definito il “ruolo di genere” come “comportamenti o aspettative socialmente definiti come maschili o femminili”;
- il 55% ritiene che non sia possibile scegliere il proprio orientamento sessuale;
- il 94,7% conosce direttamente le persone LGBT
- il 25,4% ha affermato che nella propria famiglia ci sono membri LGBT.

Sono inoltre state rilevate differenze statisticamente significative tra gli atteggiamenti dei partecipanti per le situazioni proposte in base alla loro conoscenza personale dell'identità di genere ( $p < .05$ ).

Lo studio ha evidenziato in conclusione che anche in Italia l'identità personale non è qualcosa di unitario e stabile nel tempo e nelle diverse situazioni, ma al momento attuale è soggetta a sensibili oscillazioni di significato statistico non trascurabile.

Un altro recente studio che ci pare utile citare in questa sede è contenuto nel volume a cura di Fabio Vanni *Ricerche e pratiche della transizione di genere in adolescenza* (Quaderni di Parma, n. 4/2020, edizioni Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma in collaborazione con il 'Progetto Sum ETS', 2020) anch'esso citato in dettaglio nella presente bibliografia.

Secondo l'autore:

*“L'esigenza di adolescenti e giovani, dai 13/14 ai 21/22 anni, di affrontare la questione del genere, nelle diverse forme che vedremo, è nuova e particolare. Corrisponde all'emersione del fenomeno anche sul piano sociale, nei luoghi reali e virtuali della relazionalità di questo avvio di XXI secolo.”*

Se infatti fino a qualche decennio fa i *trans* erano persone in gran parte dedite alla prostituzione, o appartenenti a mondi molto elitari e circoscritti come quello dello spettacolo (comunque fenomeni rari e che si rivelavano da adulti al mondo), da un po' di tempo non è più così.

Non solo infatti il fenomeno transizionale riguarda età molto più precoci, anche infantili, ma esso è divenuto vicenda umana, certo non usuale, ma non collocabile, di per sé, né nell'area della marginalità né, di *default*, in quella della psicopatologia.

La presenza, la rilevanza ed il non trascurabile incremento sul piano sociale di questo fenomeno, quindi, stanno rendendo necessaria anche nel nostro Paese una profonda riflessione sul tipo di risposte che i professionisti

ed i Servizi sono in grado di fornire a coloro che, per le difficoltà personali – sia sul piano soggettivo, individuale, che su quello più oggettivo e “sociale” – che queste condizioni (definite ad esempio come “*transizione di genere*” o “*gender nonconforming*”) frequentemente inducono in chi ne è interessato, sia che venga richiesto un sostegno, un supporto o, come accade in alcuni casi, un semplice “accompagnamento”.

Al riguardo, per ineludibili necessità di chiarezza e comprensione rispetto a ciò che esporremo in questo lavoro di sintesi, ci pare innanzitutto necessario evidenziare alcune distinzioni, di carattere sia concettuale sia più strettamente semantico, riguardo ad alcuni termini di uso comune, ma non sempre chiaramente definito, che frequentemente si presentano a chi intende affrontare questa area di ricerca e di intervento sia scientifico che professionale.

## IL SESSO BIOLOGICO

Il sesso (o “*sesso biologico*”) di una persona è una definizione formale - che si esprime con le etichette “maschio” o “femmina” – la quale viene assegnata alla nascita di ciascun individuo dai genitori, da un medico oppure da altro personale sanitario o amministrativo, sostanzialmente in base ai genitali esterni con cui quella persona nasce e, a volte, anche sulla base dei cromosomi che compongono il suo DNA.

Come viene dettagliatamente spiegato alla voce “Genere” della versione in lingua inglese di “Wikipedia – L’Enciclopedia libera” (URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Gender>):

“Il genere è invece un concetto molto più complesso: è uno stato sociale e legale e un insieme di aspettative da parte della società, riguardo a comportamenti, caratteristiche e pensieri. Ogni cultura ha standard sul modo in cui le persone dovrebbero comportarsi in base al loro genere. Questo è anche generalmente maschio o femmina. Ma invece di riguardare le parti del corpo, si tratta più di come ci si aspetta che tu agisca, a causa del tuo sesso.

L’*identità di genere* descrive invece come una persona si sente dentro di sé, la propria immagine interiore, e come essa esprime il proprio genere attraverso l’abbigliamento, il comportamento e l’aspetto personale. È, questa, una sensazione soggettiva che di norma inizia molto presto nella vita.

C'è quindi molto di più nell'essere maschio, femmina o qualsiasi genere rispetto al sesso assegnato alla nascita; né il sesso biologico o quello assegnato sono in genere sufficienti per descrivere la storia e l'esperienza sessuale completa di quella persona.

Invece di dire “sesso biologico”, alcune persone usano la frase “assegnato maschio alla nascita” o “assegnato femmina alla nascita” riconoscendo che qualcuno (spesso un medico) sta prendendo una decisione per qualcun altro. L'assegnazione di un sesso biologico può o meno allinearsi con ciò che sta accadendo con il corpo di una persona, come si sente o come si identifica”.

Come viene inoltre spiegato alla voce “Sesso” della versione in lingua inglese di “Wikipedia - L'Enciclopedia libera” (URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Sex>):

“I fattori che determinano il nostro sesso assegnato iniziano già dalla fecondazione. Ogni spermatozoo contiene infatti un cromosoma X o Y; tutti gli ovuli femminili hanno invece sempre, di norma, un solo cromosoma X.

Quando lo sperma fertilizza un ovulo, il suo cromosoma X o Y si combina con il cromosoma X dell'ovulo. Una persona con cromosomi XX di solito ha sesso femminile e organi riproduttivi, e quindi di solito viene considerata biologicamente femmina. Una persona con cromosomi XY di solito ha organi riproduttivi e modalità di rapporti sessuali maschili, ed è quindi di solito considerata biologicamente come maschio.

Possono però verificarsi, sia subito dopo la fecondazione che durante la gravidanza, vari tipi di combinazioni di cromosomi, ormoni e sviluppi fisici delle zone sessuali, e in questi casi la persona che ne è interessata può di conseguenza essere definita come *intersessuale*.

Invece, quando la struttura fisica complessiva, l'abbigliamento o l'atteggiamento relazionale di qualcuno non sembra adattarsi alle definizioni tipiche di femmina o maschio, queste persone possono essere descritte come *transessuali* o *transgender*”.

Come viene ulteriormente spiegato alla voce “Genere” della versione in lingua inglese di “Wikipedia - L'Enciclopedia libera” (URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Gender>):

“La distinzione tra sesso e genere differenzia quindi il *sesso biologico* di una persona (l'anatomia del sistema riproduttivo di una persona e le caratteristiche sessuali secondarie) dal *genere* di quella persona, che si riferisce invece ai ruoli sociali basati sul sesso della persona (*ruolo di genere*) o anche alle

soggettive identificazione personali in un proprio genere sulla base di una consapevolezza interna (*identità di genere*)”.

In questo modello, per quella che è la concezione generalmente oggi più diffusa e condivisa, l'idea di un “genere biologico” è un controsenso, un *ossimoro*, una “contraddizione nei termini”: gli aspetti biologici non sono infatti legati in assoluto al genere e, reciprocamente, gli aspetti legati al genere non sono in assoluto biologici. In alcune circostanze, infatti, il sesso e il sesso assegnati a una persona non si allineano e la persona può essere pertanto definita come *transgender*. In altri casi, un individuo può avere caratteristiche sessuali biologiche che complicano l'assegnazione del sesso e la persona può essere definita come *intersessuale*.

La differenziazione tra sesso e genere non è tuttavia universalmente diffusa e considerata quindi come scontata: nel linguaggio ordinario infatti, anche nel nostro Paese, le parole *sesso* e *genere* sono tuttora spesso usate in modo sostanzialmente intercambiabile. Alcuni dizionari italiani attribuiscono a questi termini definizioni diverse, mentre altri ancora no: alcune lingue straniere inoltre, come il tedesco o il finlandese, non hanno parole separate per sesso e genere e la distinzione deve essere compiuta attraverso l'analisi del contesto. A volte appare perciò appropriato usare semplicemente, per riferirsi al concetto di genere, la parola inglese *gender*.

Tra gli scienziati, il termine *differenze sessuali* (rispetto alle *differenze di genere*) viene in genere applicato a tratti sessualmente dimorfici che si ipotizza possano essere conseguenze evolute della selezione sessuale. Gli studi su questo argomento sono tuttavia ancora molto frammentati, e la discussione su questi temi appare oggi estremamente aperta e tuttora in corso di definizione.

## L'IDENTITÀ DI GENERE

Alcune persone chiamano il sesso che ci è stato assegnato alla nascita “sesso biologico”: ma questo termine non descrive a sufficienza le complesse variazioni biologiche, anatomiche e cromosomiche che possono verificarsi in natura. Avere solo due opzioni (maschio biologico o femmina biologica) potrebbe non descrivere affatto in modo adeguato ciò che sta accadendo all'interno del corpo di una persona.

È abbastanza comune che le persone identifichino i termini “sesso”, “genere” ed “identità di genere” attribuendo a tutti e tre questi termini un significato sostanzialmente analogo, ma in realtà essi esprimono condizioni diverse e non sempre sostanzialmente sovrapponibili.

L'identità sessuale e di genere assegnata ad alcune persone sono praticamente uguali o in linea tra loro: in questo caso si parla di persone *cisgender*. Altre persone ritengono che il loro sesso assegnato sia dell'altro genere dalla loro identità di genere (cioè, il sesso assegnato è femmina, ma l'identità di genere è maschio): in questo caso. Queste persone sono chiamate *transessuali* o *transgender*, ma non tutte le persone transgender condividono la stessa identica identità.

Quando l'anatomia sessuale e riproduttiva di qualcuno non sembra adattarsi alle definizioni tipiche di femmina o maschio, queste persone possono essere descritte come *intersessuali*.

Come viene dettagliatamente spiegato alla voce “Genere” della versione in lingua inglese di “Wikipedia - L'Enciclopedia libera” (URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Gender>):

“Il genere è quindi un concetto molto più ampio e molto più complesso di quello di “sesso assegnato alla nascita”. Il genere include tutta una serie di *ruoli*, cioè di aspettative che la società e le persone hanno su comportamenti, pensieri e caratteristiche che si accompagnano al sesso attribuito a una persona: ad esempio, le idee su come uomini e donne dovrebbero comportarsi, vestirsi e comunicare contribuiscono al genere. Il genere è anche uno status sociale e legale in quanto definisce bambini e bambine, ragazze e ragazzi, uomini e donne”.

È pertanto molto facile confondere *sesso* e *genere*. Occorre quindi sempre tenere presente, al riguardo, che il sesso biologico o assegnato riguarda biologia, anatomia e cromosomi; il genere, invece, è l'insieme di aspettative, standard e caratteristiche della società su come dovrebbero agire uomini e donne.

L'identità di genere di una persona definisce come essa si sente dentro di sé e come essa esprime quei sentimenti: ad esempio l'abbigliamento, l'aspetto e i comportamenti possono essere tutti modi per esprimere la tua identità di genere.

Molte persone pensano di essere maschi o femmine, altre si sentono come una femmina maschile o un maschio femminile; altre ancora non si

sentono né maschi né femmine. e scelgono di utilizzare etichette come “*genere queer*”, o “*variante di genere*” o “*fluidi di genere*”. I sentimenti di ogni persona sulla propria identità di genere iniziano spesso già all’età di 2 o 3 anni, o al massimo negli anni immediatamente successivi.

## LA SESSUALITÀ COME FENOMENO SOGGETTIVO ESTREMO

Questo paragrafo prende in esame l’esperienza vissuta delle persone riguardo al sesso, che da sempre si configura come un fenomeno soggettivo tra i più estremi che le persone possono provare, e spesso provano, durante la loro vita.

Al riguardo, appare innanzitutto importante distinguere tra *desiderio sessuale* ed *attrazione sessuale*, due termini abbastanza simili ma che in realtà descrivono due momenti differenti della medesima condizione soggettiva.

Si definisce infatti *desiderio sessuale* uno stato motivazionale e un interesse per “oggetti o attività sessuali, o come desiderio, o spinta a cercare oggetti sessuali o ad impegnarsi in attività sessuali” (Regan, P.C., Atkins, L., 2006). Il desiderio sessuale è un aspetto della sessualità di una persona, che varia in modo significativo da una persona all’altra e varia anche a seconda delle circostanze in un determinato momento. Non tutte le persone sperimentano il desiderio sessuale; coloro che non lo sperimentano possono essere etichettati come .

Il desiderio sessuale può essere, e molto spesso in effetti lo è, “il singolo evento sessuale più comune nella vita di uomini e donne” (Regan, P.C., Atkins, L., 2006, cit.)

Il desiderio sessuale è uno stato di sentimento soggettivo che può essere “innescato da segnali sia interni che esterni e che può o meno comportare un comportamento sessuale palese” (Beck, J.G., Bozman, A.W., Qualtrough, T., 1991). Il desiderio sessuale può essere suscitato attraverso l’immaginazione e le fantasie sessuali, o percependo un individuo che si trova attraente. Il desiderio sessuale è anche creato e amplificato attraverso la tensione sessuale, che è causata dal desiderio sessuale che deve ancora essere consumato.

Il desiderio sessuale può essere spontaneo o reattivo. Il desiderio sessuale è dinamico, può essere positivo o negativo e può variare in intensità a seconda dell’oggetto / persona desiderati. Lo spettro del desiderio sessuale è

descritto da Stephen B. Levine (1984, 1987) come: avversione → disinclinazione → indifferenza → interesse → bisogno → passione.

La produzione e l'uso della fantasia e del pensiero sessuale sono una parte importante del desiderio sessuale correttamente funzionante. Alcune manifestazioni fisiche del desiderio sessuale nell'uomo sono: leccare, succhiare, incresparsi e toccare le labbra, così come la sporgenza della lingua.

L'*attrazione sessuale* è, invece, l'attrazione sulla base del desiderio sessuale o della qualità di suscitare tale interesse. L'*attrattiva sessuale* o *appello sessuale* è la capacità di un individuo di attrarre gli interessi sessuali o erotici di altre persone ed è un fattore nella selezione sessuale o nella scelta del coniuge, per le qualità fisiche o di altro tipo o le caratteristiche di una persona, o per tali qualità nel contesto in cui appaiono ma anche rivolta all'estetica o ai movimenti di una persona o alla sua voce o al suo odore, oltre ad altri fattori. Può essere inoltre arricchita dagli ornamenti, dagli abiti, dal profumo o dallo stile di una persona, ed influenzata da singoli fattori genetici, psicologici o culturali o da altre qualità più amorphe. È indicata infine come una risposta a un'altra persona che dipende da una combinazione della persona che possiede i tratti e dai criteri della persona che è attratta.

Sebbene siano stati fatti tentativi per individuare criteri oggettivi di attrattiva sessuale e misurarlo quantitativamente come una delle diverse forme corporee di *potenziale erotico* individuale, nel concreto l'attrattiva sessuale di una persona è in larga misura una misura dipendente dall'interesse, dalla percezione soggettiva e, soprattutto, dall'orientamento sessuale di un'altra persona. Ad esempio, una persona gay o lesbica trova in genere una persona dello stesso sesso più attraente di quella di un altro sesso; una persona bisessuale troverebbe invece attraente entrambi i sessi.

L'*asessualità* si riferisce altresì a coloro che non provano attrazione sessuale per nessuno dei due sessi, sebbene possano avere un'attrazione romantica (*omoromantica*, *biromantica* o *eteroromantica*) o una libido non diretta. In questo caso l'attrazione interpersonale comprende fattori come la somiglianza fisica o psicologica, la familiarità o il possesso di una preponderanza di caratteristiche comuni o familiari, somiglianza, complementarità, simpatia reciproca e rafforzamento.

La capacità delle qualità fisiche e di altra natura di creare un interesse sessuale per gli altri è la base del loro uso nella pubblicità, nei film e in altri media visivi, nonché nella modellistica e in altre professioni.

In termini evolutivi, l'ipotesi del cambiamento ovulatorio presuppone che le donne manifestino comportamenti e desideri sessuali diversi nei punti del loro ciclo mestruale, come mezzo per garantire che attraggano un compagno di alta qualità con cui confrontarsi durante il loro periodo più fertile. I livelli ormonali durante il ciclo mestruale influenzano i comportamenti palesi di una donna, influenzando il modo in cui una donna si presenta agli altri durante le fasi del suo ciclo mestruale, nel tentativo di attrarre compagni di alta qualità quanto più la donna è vicina all'ovulazione.

Numerosi Autori, da Freud ai giorni nostri, considerano l'impulso sessuale e l'aggressività come due fenomeni tra loro intimamente connessi, anche sulla base del fatto che l'eccitazione e soprattutto la frustrazione sessuale possono facilmente indurre - soprattutto, ma non soltanto, nei maschi - comportamenti aggressivi e violenti. In effetti, molti studi anche recenti evidenziano che, biologicamente, il sesso e la violenza condividono una serie di stati e funzioni cerebrali comuni. Entrambi i comportamenti evocano infatti un'eccitazione intensa, probabilmente gli stati di eccitazione più intensi possibili negli esseri umani. Combattimento e accoppiamento condividono sicuramente alcuni degli stessi circuiti neuronali, neurotrasmettitori e ormoni dell'eccitazione, ed entrambe le attività stimolano fortemente i sistemi di ricompensa e piacere del cervello. Questo circuito cerebrale può indurre gli uomini a cercare la violenza, a lottare senza alcuna ragione apparente se non quella di trarre soddisfazione dal sentimento gratificante che viene dalla repentina scarica di dopamina nel cervello che accompagna l'aggressione. Questo è, negli effetti, lo stesso potenziamento del medesimo neurotrasmettitore prodotto dalla cocaina e da altre droghe. Anche il neurotrasmettitore serotonina appare inoltre coinvolto sia nella gratificazione sessuale che nella violenza, e tutti questi studi ci portano pertanto a dover necessariamente considerare sempre, oggi, la sessualità come un fenomeno soggettivo potenzialmente, e a volte anche effettivamente, estremo.

## CONSIDERAZIONI RIGUARDO AD UNA ATTUALE VISIONE PROFESSIONALMENTE CONDIVISA DELL'APPROCCIO PSICOLOGICO ALLE PROBLEMATICHE RIGUARDANTI L'IDENTITÀ DI GENERE

Partendo da una visione unica complessa del Soggetto (o della persona) abbiamo cominciato a valutare quali possono essere gli aspetti principali da prendere sin dall'inizio in considerazione riguardo alla corretta presa in carico delle persone con difficoltà personali ascrivibili all'area delle problematiche "transgender" e "gender nonconforming"). Al riguardo, si è qui già accennato al fatto che, anche se le neuroscienze ci danno dei dati sicuramente utili sia sull'identità di genere sia sulle differenze di genere, tali dati sono ancora insufficienti, soprattutto per i minori prepuberi, se non vengono considerati anche altri elementi, partendo da quelli ambientali, sociali e familiari, dove attraverso una linea temporale progressiva si costituisce l'unicità soggettuale, sia individuale che in relazione al contesto.

L'apertura di un lavoro sulle persone transgender o comunque "in transizione di genere" (maschi transgender, donne transgender, persone "non binarie", persone "gender nonconforming" ecc.) ci dà come Psicologi e Psicoterapeuti non solo l'opportunità di potere ampliare le nostre vedute e di costruire individualmente per ciascuno di noi un percorso di ricerca e formazione complesso ed estremamente attuale, ma ci conduce sicuramente verso la necessità di ulteriori significative riflessioni sia sul piano teorico sia su quello della concreta azione clinica di aiuto a chi richiede un nostro specifico intervento di aiuto.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Beck, J.G., Bozman, A.W., Qualtrough, T. (1991). *The Experience of Sexual Desire: Psychological Correlates in a College Sample*. The Journal of Sex Research. 28 (3): 443-456. doi:10.1080/00224499109551618. Abstract in Inglese consultabile al seguente indirizzo web: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499109551618>

"Genere". Voce della versione in lingua inglese di "Wikipedia - L'Enciclopedia libera". URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Gender> Versione in lingua italiana: <https://it.wikipedia.org/wiki/Genere>

Levine, S.B. (1984). *Un saggio sulla natura del desiderio sessuale*. Journal of Sex & civile terapia. Volume 10, Numero 2/1984, pp.83-96.

Levine, S.B. (1987). *Più della natura del desiderio sessuale*. Journal of Sex & civile terapia. Volume 13, Numero 1/1987, pp.35-44.

“Sesso”. Voce della versione in lingua inglese di “Wikipedia - L'Enciclopedia libera”. URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Sex>

Versione in lingua italiana: <https://it.wikipedia.org/wiki/Sesso> Regan, P.C., Atkins, L. (2006). *Sex Differences and Similarities in Frequency and Intensity of Sexual Desire*. Social Behavior & Personality. 34 (1): 95-101. doi:10.2224/sbp.2006.34.1.95. Integralmente scaricabile al seguente indirizzo web: [https://www.calstatela.edu/sites/default/files/academic/psych/html/Regan%20%26%20Atkins%20\(2006\)%20-%20Sex%20Differences%20and%20Similarities%20in%20Frequency%20and%20Intensity%20of%20Sexual%20Desire.pdf](https://www.calstatela.edu/sites/default/files/academic/psych/html/Regan%20%26%20Atkins%20(2006)%20-%20Sex%20Differences%20and%20Similarities%20in%20Frequency%20and%20Intensity%20of%20Sexual%20Desire.pdf)

Valerio, P., Bochicchio, V., Mezza, F., Amodeo, A.L., Vitelli, R. e Scandurra, C. (2018). *Adattamento italiano delle linee-guida per la pratica psicologica con persone transgender e gender nonconforming dell'American Psychological Association*. Napoli: Ordine degli Psicologi della Campania, Marzo 2018. Integralmente scaricabile al seguente indirizzo web: [https://www.iris.unina.it/retrieve/e268a72f-a558-4c8f-e053-1705fe0a812c/linee-guida%20trans%20APA\\_con%20copertina.pdf](https://www.iris.unina.it/retrieve/e268a72f-a558-4c8f-e053-1705fe0a812c/linee-guida%20trans%20APA_con%20copertina.pdf)

Vanni, F. (a cura di) (2020). *Ricerche e pratiche della transizione di genere in adolescenza*. Quaderni di Parma, n. 4/2020. Parma: Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e 'Progetto Sum ETS' - Il soggetto al centro, 2020. Integralmente scaricabile al seguente indirizzo web: [https://www.ausl.pr.it/download\\_ricerche\\_pratiche\\_della\\_transizione\\_gener\\_adolescenza\\_1.pdf?h=6e07f96e15b8faf38f8e32a04df7be331b753c7c](https://www.ausl.pr.it/download_ricerche_pratiche_della_transizione_gener_adolescenza_1.pdf?h=6e07f96e15b8faf38f8e32a04df7be331b753c7c)

Vitale, E., Lupo, R., Clemente, C., Calabrò, A., Carvello, M., Ercolani, M., Benedetto, A., Conte, L. (2022). *Attitudes and perceptions on gender identity among Italian general population: a pilot investigatory study*. Journal of Psychopathology, Organo Ufficiale della Società Italiana di Psicopatologia (SOPSI), n. 2/2022. Pisa: Pacini Editore Srl. DOI 10.36148/2284-0249-459, Luglio 2022. Indirizzo web: <https://old.jpsychopathol.it/article/attitudes-and-perceptions-on-gender-identity-among-italian-general-population-a-pilot-investigatory-study/>

Una sintesi in lingua italiana di tale studio, dal titolo *Atteggiamenti e percezioni sull'identità di genere nella popolazione generale italiana: uno studio pilota sperimentale* e datata 21 Luglio 2022, è altresì reperibile all'indirizzo web: [https://www.pacinimedicina.it/medicina\\_famiglia/atteggiamenti-e-percezioni-sullidentita-di-genero-nella-popolazione-generale-italiana-uno-studio-pilota-sperimentale/](https://www.pacinimedicina.it/medicina_famiglia/atteggiamenti-e-percezioni-sullidentita-di-genero-nella-popolazione-generale-italiana-uno-studio-pilota-sperimentale/)

PARTE 3  
IL LAVORO DI RETE: IL COINVOLGIMENTO DELLE ISTITUZIONI E LE  
PROPOSTE OPERATIVE PER IL FUTURO

## CAPITOLO 1

DIFFICOLTÀ DI COMUNICAZIONE ED INTERAZIONI  
INTRA-FAMILIARI

MARIA LUISA ANDREGHETTI

## RELAZIONI FAMILIARI E TRAIETTORIE EVOLUTIVE

Ogni bambino, unico e diverso dagli altri, presenta fin dalla nascita schemi comportamentali e funzioni che gli permettono di crescere e di adattarsi all'ambiente.

Già nei primissimi momenti di vita infatti, i neonati si differenziano tra loro per fattori fisici, costituzionali e genetici, aspetti comportamentali e temperamento; ma ci sono anche differenze che possono essere provocate, sostenute o apprese.

Ogni bambino quindi ha bisogno dell'ambiente per sviluppare al meglio le proprie potenzialità, in funzione del tipo e della qualità degli stimoli che riceve.

La genitorialità riguarda il prendersi cura dei bisogni evolutivi del figlio, che dai suoi adulti di riferimento non ricerca solo nutrimento ma anche protezione, serenità, calore affettivo.

Per favorire al meglio lo sviluppo delle capacità adattative di un minore è importante quindi la qualità della relazione Genitore/Bambino.

Poter beneficiare di un "**Attaccamento Sicuro**" permetterà al figlio/a di acquisire:

- le basi della fiducia e della reciprocità, che gli serviranno come modello per tutte le relazioni affettive future;
- la capacità di riconoscere le proprie emozioni e l'abilità di regolare e modulare i propri impulsi;
- valori ed abilità pro-sociali, identificandosi con i propri genitori ed interiorizzando i loro modelli di comportamento;

- un solido senso di Sé, che gli permetterà di sviluppare credenze ed aspettative positive su di sé, sulle sue relazioni interpersonali e sulla vita in generale;
- la capacità di creare e mantenere relazioni emotivamente stabili nel corso del tempo;
- la consapevolezza degli stati mentali dell'Altro, che protegge dallo sviluppo di comportamenti antisociali in adolescenza e nell'età adulta;
- la capacità di esplorare l'ambiente con sicurezza ed autonomia, facilitando lo sviluppo delle sue potenzialità cognitive ed abilità sociali;
- la capacità di gestire stress e avversità con resilienza e flessibilità per tutto il corso della vita.

Per converso, un'infanzia difficile coinvolge l'intera identità del minore e ne condiziona il modo in cui reagirà agli eventi della vita anche in adolescenza e nell'età adulta. La trascuratezza emotiva che un minore può sperimentare nei suoi primi anni di vita, se i suoi genitori non riescono a prestare le dovute attenzioni ai suoi bisogni, a saperne riconoscere e contenere le emozioni, a farlo sentire accettato e degno della loro stima e fiducia, potrà avere effetti negativi su tutto il suo decorso evolutivo. I ragazzi/e cresciuti all'interno di situazioni familiari disfunzionali possono sviluppare difficoltà del funzionamento adattivo, influenzando negativamente le loro emozioni e risposte comportamentali agli stimoli dell'ambiente: le emozioni possono venire esternate con eccessi di collera eterodiretta oppure, all'opposto, esitare in comportamenti auto-lesivi; possono avere difficoltà di riconoscimento delle emozioni altrui, fraintendendole attribuendo loro intenzioni malevole e percependo i loro comportamenti come un attacco all'integrità del proprio Sé. Diviene quindi fondamentale intervenire precocemente, per poter incidere positivamente sul decorso evolutivo di un minore.

*“La salute mentale ha le sue origini nell'infanzia. È fondamentale che venga messo in atto un maggiore investimento dell'intera società civile, a partire dal concepimento, lungo tutto l'arco dell'età evolutiva e in particolare nei primi anni di vita”.*

*(Margaret Chan, Direttore Generale Organizzazione Mondiale della Sanità)*

## **SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ PER FAVORIRE UNA BUONA QUALITÀ DELLA RELAZIONE GENITORI/FIGLIO**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità già nel 2007 raccomandava di *“Implementare precocemente interventi a sostegno della genitorialità, per facilitare lo sviluppo di un sano legame di accudimento, per garantire una buona partenza a tutti i bambini, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche in cui si trovano”*, indicazioni poi ribadite anche nel documento *“Health21: La salute per tutti nel XXI secolo”*, nel quale sottolinea l'importanza di investire sulle fasi precoci della vita:

*“La promozione di sani stili di vita in gravidanza, la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento, le visite domiciliari (home visiting) per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita, interventi a sostegno della genitorialità possono garantire una traiettoria di sviluppo coerente con il proprio potenziale, indipendentemente dalle condizioni di partenza”.*

Anche la Commissione Europea nel 2013 richiamava alla importanza di identificare e contrastare i fattori di rischio e di sostenere la famiglia nel riconoscere e valorizzare le proprie risorse, quelle della rete familiare allargata e del contesto sociale di riferimento a partire già dai primi anni di vita del bambino, al fine di favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri.

## **PREVENZIONE DELLE GRAVIDANZE INDESIDERATE E DELLE PROBLEMATICHE PERINATALI**

Importanti quindi tutti gli interventi precoci, a partire dalla responsabilizzazione alla contraccezione in adolescenza, soprattutto per quelle ragazze che presentano già un quadro psicopatologico trattato farmacologicamente, per renderle consapevoli dell'importanza di programmare insieme allo specialista di riferimento il piano terapeutico più indicato durante una eventuale gravidanza e, qualora si trovino già in stato gestazionale, per evitare che vengano lasciate sole durante la fase del puerperio.

Stesso accorgimento sarebbe opportuno adottare con le ragazze che utilizzano sostanze o alcool al fine di renderle consapevoli della maggior incidenza di disturbi a carico di un eventuale figlio oltre che per loro stesse.

## SOSTEGNO AL PUERPERIO ED AL LEGAME PRIMARIO MADRE/FIGLIO

La nascita di un figlio e l'acquisizione dell'identità genitoriale comporta per ogni coppia una fase di ri-organizzazione per riuscire ad integrare il nuovo nato nel sistema familiare, ristrutturare l'idea di Sé, trovare nuovi equilibri all'interno della relazione di coppia ed acquisire routine familiari che consentano di far fronte alle esigenze di accudimento del bambino/a. Tenendo conto che lo stress da parto e la deprivazione di sonno nei primi mesi di vita del neonato possono innescare una depressione perinatale che, se non riconosciuta e trattata, può rappresentare un fattore di rischio per la qualità delle interazioni precoci col bambino, grande importanza possono rivestire gli interventi volti a favorire una interazione piacevole madre/figlio, come ad esempio quelli di **avviamento all'allattamento al seno** o di **Infant Massage** che, contestualmente, ha il vantaggio di avviare il neonato a localizzare e differenziare le sensazioni corporee e a distinguere ciò che è interno da ciò che è esterno. Molto utili possono essere inoltre percorsi di sostegno alla genitorialità quale il **Circle Of Security Parenting** che, basato sulla teoria dell'attaccamento, mira ad aiutare i genitori a comprendere i bisogni del figlio ed a rispondervi nel modo più adeguato. Tutti gli interventi volti a favorire un "Attaccamento Sicuro" permetteranno infatti al bambino, attraverso la sperimentazione di una relazione "Ben Adattata" con la propria Figura di Attaccamento Primario, di acquisire funzioni fondamentali per tutto il suo decorso evolutivo, rendendolo più resiliente rispetto ad eventuali avversità future.

## SOSTEGNO GENITORIALE LUNGO TUTTO IL PERCORSO EVOLUTIVO DEL FIGLIO

Dopo i primi anni di vita del bambino, un successivo passaggio evolutivo meritevole di essere attenzionato ed adeguatamente supportato è quello dell'ingresso all'interno del circuito educativo-formativo, che comporta uno "strappo" e che inevitabilmente innesca nei genitori timori, aspettative, confronti, per contenere i quali è importante la qualità della interazione con gli adulti del contesto scolastico che devono essere in grado di impostare con la famiglia una interazione fiduciaria di reciproca collaborazione.

Altra fase particolarmente critica è quella del passaggio dall'infanzia all'età adulta, percorso difficile e complesso sia per il minore che per i suoi genitori che, per riuscire ad accompagnare il figlio/a nel suo non sempre lineare percorso di separazione/individuazione, dovranno imparare a cambiare il loro modo di rapportarsi a lui. Non sarà facile per loro accettare che il figlio inizi a chiuderli fuori dalla propria stanza o ad assumere nei loro confronti atteggiamenti polemici e provocatori.

Dovranno imparare a tollerare le critiche che inizierà a muovere loro in modo sempre più mirato, senza vivere questi cambiamenti come l'esito di un loro **fallimento educativo**.

Secondo una lettura bio-psico-sociale, lo sviluppo di comportamenti rischiosi in adolescenza è l'esito di un complesso intreccio tra fattori di rischio e fattori di protezione che si influenzano a vicenda.

Tra i fattori di rischio legati al contesto familiare, possiamo trovare modelli di comportamento problematico a carico degli adulti, stili educativi tra loro incoerenti, relazioni di coppia conflittuali, assenza di un sistema di regole chiare; tra i fattori di protezione possiamo per converso trovare relazioni familiari supportive, caratterizzate da una buona comunicazione tra genitori e figli e da un adeguato monitoring genitoriale.

Per ridurre la probabilità che l'esposizione ai fattori di rischio evolva verso forme di psicopatologia conclamata, si rende quindi necessario lavorare con i genitori al fine di renderli capaci di offrire al figlio/a la possibilità di sperimentare la propria autonomia senza dover ricorrere a rotture estreme.

Molto utili potranno rivelarsi gli interventi volti a rendere i genitori consapevoli che per il figlio/a il percorso di ricerca della propria identità passa anche attraverso il bisogno di appartenenza/accettazione da parte del gruppo dei pari; che la sperimentazione dei propri limiti, la trasgressione, la sfida del rischio, la contrapposizione alle norme e valori del mondo degli adulti sono compiti di sviluppo fisiologici.

Offrire alla coppia la possibilità di confrontarsi con altri genitori che stanno affrontando le loro stesse fatiche, magari all'interno di un percorso di gruppo condotto con la metodologia del **Parent Connect Group**, permetterà loro di sentirsi meno soli, di imparare anche dalla esperienza degli altri e di acquisire nuove strategie, tolleranze ed abilità per riuscire a *restare consapevolmente dentro al conflitto*.

## IL LAVORO DI ACCOMPAGNAMENTO DEI RAGAZZI

In ottica preventiva, risultano utili interventi programmati a partire dalla lettura delle specifiche caratteristiche dei destinatari che, in quanto portatori di una unicità di strategie di funzionamento e di diversi livelli di elaborazione degli eventi di vita che li hanno attraversati, presenteranno anche bisogni, tempi e modalità diverse di manifestarli.

Questo implica una differenziazione delle offerte di aiuto, per essere certi di riuscire ad incidere sulle aree di maggiore fragilità e facilitare l'acquisizione di un repertorio di abilità che permetta di evitare agiti dannosi per sé stessi e per gli altri. Lavorare in ottica preventiva presuppone quindi l'andare oltre al sintomo rappresentato dal comportamento problematico del ragazzo/a, per coglierne il significato evolutivo ed offrire possibilità alternative di sperimentazione di sé.

## CENTRI DI AGGREGAZIONE

Per un accompagnamento al loro percorso di crescita, i ragazzi possono trovare punti di riferimento significativi oltre che a scuola anche all'interno di un centro aggregativo, dove potranno avere la possibilità di mettersi in gioco, condividere culture e linguaggi, imparare regole di convivenza, sperimentare il rispetto e la valorizzazione delle diversità, la collaborazione.

Frequentando un **contesto aggregativo strutturato**, avranno occasione di condividere il tempo libero con i pari e, contestualmente, di beneficiare della interazione con adulti accoglienti al di fuori del contesto familiare.

Potranno usufruire di un aiuto mirato che, tenendo conto delle loro specifiche caratteristiche di funzionamento, favorisca il confronto e la collaborazione tra pari, sostenga il senso di appartenenza, li avvii alla consapevolezza del loro modo di agire nel mondo ed a riflettere su di esso.

Attraverso la fruizione di attività ludico/ricreative, sportive o laboratoriali, potranno essere messi in condizione di sperimentarsi in gruppo, riflettere sulle conseguenze delle proprie azioni, modificare il proprio comportamento quando non si riveli efficace al raggiungimento degli obiettivi, condividere uscite esplorative del territorio acquisendo dimestichezza ed autonomia nell'uso dei mezzi pubblici.

## EDUCATIVA DI STRADA

Per i ragazzi/e più resistenti al contatto col mondo degli adulti, potrà rivelarsi invece utile l'attivazione di interventi di **Educativa di Strada**, che permetteranno di intercettarli all'interno dei loro naturali luoghi di aggregazione, dove tentare di agganciarli per orientarli alla adozione di comportamenti rispettosi di Sé, degli Altri e dell'ambiente.

## L'INTERVENTO INTEGRATO DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

Quando si parla di attività socio-sanitaria integrata, ci si riferisce ad un complesso percorso di lavoro di collaborazione tra le Aziende di Servizi alla Persona (che fanno capo agli Enti Locali, a cui viene delegata la funzione di tutela del minore nel senso ampio del termine) e l'Azienda Sanitaria (che ne deve tutelare la salute psico-fisica).

La loro collaborazione è normata in particolare dalla L. 328/2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi socio sanitari") e dalla DGR 1102/2014 ("Linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento").

La tipologia di interventi socio-sanitari integrati attivati varia in funzione del bilanciamento tra i fattori di rischio e di protezione rilevati non solo a carico del minore ma anche all'interno del suo sistema familiare di riferimento. Nello specifico, a beneficio di un minore che presenta i sintomi di una **fatica che appartiene a tutto il suo sistema familiare**, adottando un atteggiamento non giudicante si cercherà di motivare il nucleo ad aderire alla proposta di collaborare alla individuazione di interventi che possano incidere sui loro specifici bisogni, coinvolgendo poi nella loro realizzazione tutte le risorse del territorio necessarie e seguendo, quando possibile, le indicazioni e modalità suggerite dal **Programma PIPPI**.

Quando invece ci si trova di fronte a famiglie caratterizzate da forti disfunzionalità quali instabilità dei legami, conflitti coniugali irrisolti nei quali vengono coinvolti anche i figli, situazioni di **violenza assistita** o forme di **trascuratezza e negligenza** tali da configurare una ipotesi di **maltrattamento**; quando ci si trova di fronte a ragazzi che hanno già compiuto agiti autolesivi o espresso ideazioni autosoppressive, che hanno messo in atto comporta-

menti di stampo antisociale o comunque si dedicano a frequentazioni che possono orientare in questa direzione e, contestualmente, genitori che manifestano serie difficoltà nel riconoscere e farsi carico dei loro problemi, il percorso di intervento integrato viene attivato e regolamentato da un mandato dell' Autorità Giudiziaria.

A beneficio di questa tipologia di situazioni che presentano alti livelli di complessità a fronte di una scarsa/assente disponibilità a lasciarsi aiutare, si attiva l'*Equipe Territoriale Integrata* quale luogo tecnico di concertazione di uno specifico progetto di intervento che preveda la messa in campo di azioni di sostegno/orientamento al cambiamento dell'intero sistema familiare attivando tutti i servizi ritenuti necessari.

In tal senso si opera secondo un modello a Rete, il quale attribuisce valore fondamentale alla integrazione tra Servizi nel fornire prestazioni collegate tra loro, con una forte enfasi sulla collaborazione inter-professionale.

## BIBLIOGRAFIA

- Erwin, L. G., et al. (2007). *Early child development: a powerful equalizer*. Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina Editore.

## SITOGRAFIA

- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza. (1991). La salute mentale degli adolescenti - Documento di studio e di proposta. Recuperato da <https://www.garanteinfanzia.org>
- Circle of Security International. (n.d.). Formazione per facilitatori COSP. Recuperato da <https://www.circleofsecurityinternational.com>
- Comune di Ferrara. (n.d.). Promeco - Osservatorio Adolescenti. Recuperato da <https://www.comune.fe.it>
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali. (2017). Linee di indirizzo per l'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Recuperato da <https://www.lavoro.gov.it>

Ministero per i Diritti e le Pari Opportunità. (n.d.). Il Programma P.I.P.P.I. Recuperato da <https://www.minori.gov.it>

Organizzazione Mondiale della Sanità. Health21: La salute per tutti nel XXI secolo.

Patto Educativo di Comunità del Distretto Sud-Est della Provincia di Ferrara. (n.d.). Linee Guida per la prevenzione della dispersione ed abbandono precoce dei percorsi di istruzione e formazione. Recuperato da <https://www.istitutoremobrindisi.it>

Pulcinelli, C., & Pistono, D. (2022). LA SALUTE DELLE BAMBINE DEI BAMBINI E DEGLI ADOLESCENTI. Save the Children. Recuperato da <https://www.savethechildren.it>

Regione Emilia-Romagna. (2014). Linee d'indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento. Recuperato da <https://sociale.regione.emilia-romagna.it>

Regione Emilia-Romagna. (n.d.). I Quaderni del Servizio politiche familiari, infanzia e adolescenza - Tutela, accoglienza e promozione del benessere. Recuperato da <https://sociale.regione.emilia-romagna.it>

## CAPITOLO 2

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO SUI TERRITORI E  
NEGLI ENTI LOCALI

ELISABETTA SCALAMBRA

Partiamo parlando di Budget di Salute: che cosa intendiamo?

L'insieme delle risorse umane, professionali ed economiche necessarie per la realizzazione di un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, allo scopo di agevolare l'inclusione sociale della persona nei contesti della propria quotidianità familiare, relazionale e più in generale, sociale.

Il Budget di Salute vuole quindi contribuire a generare percorsi di cura personalizzati, che permettano alla persona di investire nel proprio progetto di vita attraverso interventi flessibili in ambito sociale e sanitario, con l'obiettivo di integrazione e di miglioramento della qualità della propria vita nel contesto nel quale si trova.

La persona quindi diventa la vera protagonista del proprio percorso di recupero in termini di integrazione, crescita e cura. La presa di responsabilità della persona in quanto individuo che si avvicina a questo percorso e l'impegno di tutti i soggetti che ne prendono parte, creano nell'insieme un'azione centrata sulla persona appunto e sui suoi bisogni, dando una risposta puntuale, strutturata e specifica.

Da ciò deriva un miglioramento reale e percepito circa l'evoluzione qualitativa della propria vita personale, della propria autonomia ed indipendenza, sociale e anche lavorativa, grazie alla sinergia fra diverse figure professionali, Enti Locali e Aziende sanitarie insieme a soggetti privati anche in un'efficiente ottica di ottimizzazione dei costi a fronte delle risorse sia economiche che umane a disposizione.

Enti Locali quindi insieme alle Aziende sanitarie come detto, a cui si aggiungono i soggetti privati e il terzo settore nella fase della programmazione e della progettazione, pur mantenendo in capo alle Pubbliche amministrazioni l'onere e la responsabilità di garantire funzioni e servizi, attraverso

l'interazione con gli organi di Giunta comunali e i diversi assessorati presenti, da cui dipendono vari uffici preposti alla sottoscrizione di Convenzioni, erogazione di contributi, bandi specifici, ecc.

Emerge chiaramente da qui l'importanza del lavoro multidisciplinare che sia ben coordinato e che, attraverso un monitoraggio continuo e funzionale, si ponga come scopo finale il raggiungimento degli obiettivi andando a raccogliere competenze ed esperienze pregresse. Nasce contemporaneamente l'esigenza imprescindibile della sinergia di rapporti fra la Pubblica amministrazione e le varie realtà presenti sul territorio, per arrivare a progetti condivisi ed interventi che vedano il contributo costruttivo e partecipato.

Per una Pubblica amministrazione è fondamentale la conoscenza del territorio sul quale esercita le proprie funzioni, al fine di poter valutare in maniera puntuale quelli che sono i bisogni ai quali dare risposta e che, quando riferiti ad eventi e problematiche particolari, prevedano e siano in grado di rispondere attraverso studi mirati e personalizzati, ponendo la persona al centro quale protagonista indiscussa della propria vita.

Tutto ciò non può ovviamente prescindere dagli aspetti psicologici dell'individuo che sappiamo essere incostanti e fluttuanti nell'intero arco della vita, sia per eventi strettamente correlati ma anche per impulsi e situazioni esterne anche imprevedibili.

La consapevolezza della persona circa la propria condizione diventa un aspetto importantissimo attraverso il quale vanno cercate le risorse personali da mettere in campo supportate da azioni sociali e sanitarie mirate di supporto e complementari.

Qui si comprende come l'efficienza degli interventi abbia una ripercussione sull'efficacia degli stessi, e di come un intervento multidisciplinare sia fondamentale per poter valutare e vagliare ogni aspetto coinvolto, per poter intervenire in maniera puntuale e altrettanto efficace e duratura nel tempo.

La competenza è un aspetto fondamentale che non va trascurato e per garantirla è necessario il coinvolgimento di professionalità preparate e dedicate, di diverse realtà associazionistiche e cooperative, definendo gli spazi entro cui ciascuna realtà può e deve muoversi, creando un tutt'uno complementare, collaborativo e sinergico, ottimizzando in questa maniera le risorse professionali e umane a disposizione, definendo in questa maniera in modo inequivocabile, le responsabilità in capo a ciascuno, nella direzione di un obiettivo comune.

Un territorio rappresenta una grande rete non solo di servizi ma anche di professionalità, idee, risorse, progettualità e obiettivi ma anche bisogni, esigenze, domande con necessità di risposte. La grande responsabilità di un Ente locale sta proprio nel percepire, comprendere, approfondire e analizzare questa grande complessità di elementi per potere offrire non solo risposte e servizi ma anche idee innovative e capacità di organizzazione funzionale e predittiva su potenziali innovazioni, che devono trovare un valido coordinamento. Intendo quindi non solo un Ente pubblico che eroga servizi ma che eserciti anche un ruolo di regia circa il coordinamento delle azioni da mettere in campo sul territorio.

Come detto in precedenza, il grande valore che si ha su un territorio non è solo la presenza del servizio pubblico ma anche dei soggetti privati, delle associazioni e delle cooperative. In tutto questo va inserito come elemento necessario e funzionale alla lettura puntuale e meticolosa più prettamente psicosociale la figura dello psicologo a cui va riconosciuto un ruolo indiscusso per la capacità intrinseca ed estrinseca di cogliere e analizzare gli elementi, valutarne la specificità e proporre, di concerto con la rete, soluzioni mirate insieme a una funzione di coordinamento di tutti gli aspetti psicologici gestiti a livello territoriale, nei diversi ambiti.

Andiamo a vedere sul territorio in quali modi la figura dello psicologo può essere impiegata e quale possa diventarne la vera e preziosa utilità ai fini non solo del raggiungimento degli obiettivi, ma anche nel miglioramento delle relazioni e all'ottimizzazione dei servizi e delle risorse.

L'importanza della figura di uno psicologo all'interno di un ente locale, si esplicita nella necessità di monitorare le dinamiche interne all'istituzione per quanto riguarda relazioni fra colleghi di pari livello ma anche gerarchiche, così come anche le dinamiche fra specifici ruoli dirigenziali che si trovano necessariamente a collaborare quotidianamente riuscendo ad entrare nel vivo di queste dinamiche cogliendo le difficoltà relazionali, attivando percorsi mirati a gestire quanto accade cercando di far emergere le capacità e le strategie personali e professionali di ciascuno, in un'ottica di collaborazione e di reciproco aiuto, portando il personale a vedere nelle differenze, non dei limiti ma grandi occasioni di crescita e non di semplicistica competizione.

La possibilità quindi di potersi avvalere di uno psicologo che possa affrontare in maniera sia individuale che grupppale le problematiche legate ai conflitti che possono nascere all'interno degli uffici nell'espletamento del

lavoro quotidiano, va vista come una grande opportunità di miglioramento del clima aziendale, con un conseguente miglioramento delle relazioni e quindi delle performance di ciascuno e per creare delle basi fertili in cui ciascuno, nel sentirsi parte integrante di un tutto dove non solo rappresenta il ruolo che svolge, ma ne è parte fondamentale.

Il monitoraggio e la valutazione dello stress da lavoro correlato diventa fondamentale all'interno di una struttura dove più persone a diversi livelli gerarchici si trovano a dover interagire in maniera trasversale, spesso con tempistiche molto ridotte e con livelli di tensione talvolta elevati che portano ad incomprensioni, discussioni, a volte incrinature dei rapporti e decadimento del clima organizzativo e lavorativo. Senza contare quelle che possono essere le ripercussioni legate a lunghi periodi di malattia e astensione lavorativa per persone che, a seguito di situazioni come quella descritta, necessitano di riposo e serenità. Sarebbe importante in questa ottica, attraverso uno psicologo che svolge la propria attività all'interno dell'ente locale, lavorare su progetti mirati e specifici, basati sull'organizzazione di quella struttura che si prefigga come obiettivo il benessere organizzativo e la prevenzione di valori elevati di stress, malattie psicosomatiche e assenze prolungate. La stessa figura professionale sarebbe fondamentale anche per fare fronte agli episodi di molestia: l'attivazione di strumenti di rilevazione circa problematiche di questo genere sarebbe di grande aiuto per la persona che trova un professionista in grado di accogliere le paure e la vergogna, elementi che, talvolta, diventano il vincolo più grande e potente e che impedisce alla persona di parlarne e cercare aiuto. Anche l'istituzione di una mail dedicata che viene recepita dallo psicologo, sarebbe un ulteriore strumento nelle mani dei dipendenti per potersi avvicinare ad un primo contatto e a seguito del primo colloquio, scegliere di avere un incontro successivo, preludio per un potenziale percorso supportivo.

Dal canto suo, il professionista che opera all'interno dell'Ente locale deve avere una panoramica generale dei bisogni interni all'istituzione così come degli elementi sociali che connotano quel territorio nel quale l'ente amministra la sinergia che potrebbe crearsi tra gli uffici dell'Ente locale e le istituzioni esterne (come la scuola) diviene fondamentale.

A tal proposito proprio la scuola ha autonomia di organizzazione e di procedure ma si trova in sinergia con l'Ente locale per una serie di aspetti tra cui servizi erogati come per esempio la mensa, il servizio di scuolabus ma

anche per esempio il sostegno ai ragazzi certificati offre anche la possibilità di avvalersi di uno psicologo responsabile dello sportello psicologico scolastico a cui possono fare riferimento gli allievi e le rispettive famiglie. È in quest'ottica che si trova la necessità di una connessione tra lo psicologo scolastico e quello dell'Ente locale che, a fronte di particolari e gravi situazioni che possono emergere proprio allo sportello, valuti ad esempio l'intervento dei Servizi sociali per un monitoraggio più ampio del contesto familiare.

In un caso come questo, la possibilità da parte dei Servizi sociali di avvalersi di una figura di uno psicologo che possa attivare, in accordo con le altre figure di riferimento, un percorso individualizzato di supporto emotivo e psicologico per quel minore che sta attraversando un momento particolare nella propria famiglia e, avvalendosi di un servizio già esistente, sarebbe ottimale. Ciò permetterebbe una vera e propria sinergia tra Servizi sociali, istituzioni e contesto familiare, attraverso un'ottica multidisciplinare che consenta di valorizzare le competenze di ognuno e le informazioni raccolte dal minore stesso per strutturare un percorso quanto più mirato possibile. È evidente in questo caso l'importanza di una regia interna all'Ente locale che a conoscenza delle diverse situazioni gestite dai Servizi sociali, possa con competenza interagire con lo psicologo scolastico.

In sintesi, dobbiamo pensare alla figura di uno psicologo che possa monitorare l'afflusso di minori presso lo sportello psicologico scolastico potendo intervenire anche attraverso iniziative pubbliche mirate alla conoscenza di questo servizio, allo scopo di ampliare l'ottica genitoriale di un servizio essenziale contrastando così, resistenze e pregiudizi.

Una figura professionale in grado di posizionarsi nel coordinamento di altre figure all'interno di cooperative o associazioni con quali l'Ente locale stipula convenzioni o appalti, sempre con la necessità di creare una rete tra i servizi offerti, fortemente influenzata dalla conoscenza della realtà territoriale, dai bisogni e dalle esigenze specifiche dei cittadini, delle persone. L'obiettivo dello psicologo di comunità diventerebbe dunque quello di porre la Persona al centro di questa rete estesa, oltre a rendere ogni cittadino protagonista attivo in prima battuta e la cittadinanza tutta in seconda, in una cornice proattiva per il benessere psicofisico della collettività.

Ciò su cui dobbiamo focalizzarci è il potenziamento e la valorizzazione di ogni forma di utilità del ruolo dello psicologo, all'interno dell'Ente locale in un'ottica che miri al benessere organizzativo dei dipendenti, ma anche

in ambito sociosanitario, con ruolo di monitoraggio e coordinamento per azioni che puntano al benessere della comunità e attraverso forme di integrazione pubblico e privato.

Per fare un altro esempio, chiediamoci quanto sia profonda la connessione fra la salute e l'ambito sociale dove una persona che, per motivi economici e trovandosi in grave difficoltà, mangia in maniera povera e scorretta. Ipotizzando che possa anche trovarsi in una realtà sociale di isolamento o quasi, uno psicologo interno all'Ente locale, attraverso i Servizi sociali può intercettare un caso come questo portato in esempio, proponendo con un percorso individualizzato che vada a supportare la persona per quanto riguarda l'aspetto di inserimento sociale per portarlo a contatto e a conoscenza di ulteriori realtà, aprendogli opportunità lavorative e di vita fino a quel momento considerate inimmaginabili.

Così come una persona potrebbe per esempio abusare di cibo, avere per questo forti problematiche a livello di salute fisica, isolarsi per vergogna o per sfiducia verso la società di cui fa parte ma di cui *non sente di fare più parte*. La solitudine quindi prende piede fino a portare l'individuo ad una totale chiusura dei rapporti e quindi all'impossibilità ad essere aiutata. È chiaro che la presenza di uno psicologo sul territorio che possa far fronte a situazioni come questa supportando la persona in un percorso di valorizzazione della propria esistenza, di accettazione del proprio essere e di reinvestimento delle proprie potenzialità sia nell'ambito lavorativo ma anche interpersonale, sia fondamentale per stimolare l'Altro ad un'ottica proattiva verso sé stessa e anche verso gli altri, dove la rete aiuta e incentiva la crescita del singolo, non solo in termini di aumento di contatti sociale ma anche di esperienze e opportunità.

Molto utile sarebbe anche poter attivare percorsi partecipativi con i cittadini per venire a conoscenza di realtà molto spesso relegate ai margini e che in pochi conoscono oppure che in tanti vedono ma che non sanno come gestire e che finiscono purtroppo per essere ignorate. Un percorso partecipativo che possa coinvolgere tutte le realtà del territorio, dall'Ente locale stesso alle parrocchie, le associazioni, i cittadini, un grande lavoro di coordinamento e di raccordo che porti come frutti idee, pensieri e realtà esistenti sul territorio per poter intervenire, con la sempre unica priorità: *la persona*.

È importante che gli Enti locali mettano a disposizione luoghi dove possano essere fatte iniziative mirate a temi sensibili come per esempio il disagio

giovanile, le dipendenze, l'uso e l'abuso di droghe, in un'ottica di prevenzione delle recidive e di cura della cronicità.

Anche attivare convenzioni tra gli enti locali e l'Ordine degli Psicologi regionale, diventa strumento importantissimo per poter avere sul territorio psicologi che esercitano la libera professione e che, con prezzo di convenzione appunto, possano dare disponibilità a cittadini bisognosi e in tempi brevi, offrendo un servizio sul territorio funzionale e immediato per le persone che lo abitano.

Sono tanti gli esempi che si potrebbero fare come quelli avvenuti in periodi di emergenza sanitaria e a causa dello scoppio della guerra in Ucraina. In quest'ultimo caso infatti l'arrivo di tantissime persone sul territorio nazionale, spaventate e inserite in diversi contesti familiari nuovi di persone che hanno aperto la propria casa per accogliere tale sofferenza, sono stati attivati sportelli psicologici gratuiti di volontari che garantivano un numero limitato di colloqui per dare supporto in urgenza alle persone che ne avevano necessità per poi inviarle, per percorsi strutturati e continuativi, a professionisti in libera professione.

A testimonianza di ciò, possiamo portare l'esempio del Comune di Castenaso (Bologna) che nel periodo della pandemia ha attivato uno sportello psicologico volontario gratuito gestito da 4 psicologi del territorio per i cittadini residenti che versassero in specifiche condizioni: positività da Covid, persone che avevano subito un lutto a causa del virus, cittadini in isolamento, cittadini con ruoli sociosanitari coinvolti e a rischio burnout, ma anche persone che a causa del lockdown si trovavano a vivere nella propria casa subendo violenza intrafamiliare. Ciò che veniva offerto era un supporto di 3, massimo 5 incontri gratuiti, in modalità telefonica o in videochiamata, per poi inviare se necessario per un percorso strutturato e continuativo, a liberi professionisti oppure inviando ai Servizi nei casi più gravi. Anche per quanto riguarda la guerra in Ucraina, lo sportello ha lavorato in sinergia con il Servizio sociale del Comune, e su indicazioni di esso con il supporto dell'Assistente sociale, con donne ucraine con elevati livelli di ansia per aver abbandonato tutti i propri beni, parte degli affetti, con una preoccupazione fortissima circa il proprio futuro. Lo sportello ha lavorato anche con famiglie accoglienti che nella più grande disponibilità e generosità ad accogliere in casa queste persone, hanno dovuto gestire dinamiche, ritmi di vita e relazioni nuove, trovando in alcuni casi alcune difficoltà.

## CONCLUSIONI

ALBERTO GRAZIOLI

Il lungo percorso che propone il testo accende una luce su una moltitudine ampia e variegata di interventi e quindi di possibilità che lo psicologo, e la psicologia come scienza e come approccio metodologico, può operare. Le potenzialità e gli sguardi che ogni capitolo offre aprono la strada a molti interrogativi e a molte questioni che rendono, il tentativo di proporre una conclusione, un esercizio ozioso.

Per questo motivo più che tentare una conclusione proverò a tracciare, in estrema sintesi, tre direttrici che a mio avviso possono rappresentare lo spazio cartesiano su cui articolare le varie tematiche affrontate nei diversi capitoli.

Un asse mi sembra possa essere rappresentato dalla polarizzazione individuo-progetti. Ortogonale al primo traccerei l'asse che considera la competenza messa in campo dallo psicologo nel transitare attraverso i contesti, finalizzando capacità di contestualizzare e integrare. Il territorio cartesiano in cui possono situarsi i molteplici significati presenti nel testo si completa con l'asse rappresentato dalla dimensione etica. Vorrei tentare di articolare le tre direttrici per offrire, in forma di conclusione, una rappresentazione tridimensionale degli sguardi, degli indirizzi e delle problematiche affrontate nel testo per rilanciare riflessioni e prassi.

In un contesto articolato come quello attuale in cui il paradigma di riferimento mette in relazione con equal valore: "l'essere vivente" ("bio"), le funzioni cerebrali, emotive, affettive e relazionali ("psiche") e gli elementi socio-culturali, articolare il micro, l'individuo, e il macro, la polis, risulta opera realmente delicata e impegnativa, ardua. Si corre continuamente il pericolo che la focalizzazione sull'individuo renda sfocata la complessità e viceversa. Con il rischio di apparire irriverente sottolineo quanto i progetti nascano

per gli individui, non il contrario. In questo senso quando si ha a che fare con elaborazioni articolate che intersecano livelli molteplici e che possiedono ampi margini di connessioni, potrebbe avvenire che l'adesione dell'individuo diventi un elemento stereotipico. Sottolineo questo aspetto perché a volte, in alcuni paradigmi, si dà per scontato che l'essere umano sia mosso da pensieri ragionevoli, se non addirittura razionali. Sappiamo molto bene che così non è: rimane dunque una sfida quella che ogni psicologo deve affrontare nel relazionarsi con una soggettività avendo in mente la complessità e le sue sfaccettature, mantenendo vivo l'interesse per la singolarità irripetibile di ogni individuo. A volte ad esempio, si può essere erroneamente persuasi di ritenere la Sanità Pubblica un elemento acquisito e l'adesione alla cura, e quindi la richiesta della cura stessa, come naturale e inequivocabile derivato.

Questa riflessione ci conduce al secondo asse: quale formazione e quale, o quanti, paradigmi deve possedere lo psicologo per transitare in contesti così multiformi, contestualizzando e integrando continuamente elementi frammentati. José Bleger<sup>7</sup> riflettendo sulla psicologia istituzionale individua quattro ambiti (individui, gruppi, istituzioni, comunità) che possono essere attraversati dal micro al macro (dall'individuo alla polis) e dal macro al micro (dalla polis all'individuo). Partendo da questa schematizzazione risulta di fondamentale importanza avere teorie e prassi di riferimento che possano permettere al professionista di transitare tra contesti e significati senza smarrirsi e senza alimentare una pericolosa onnipotenza: una sorta di "panopticon"<sup>8</sup> attraverso il quale osservare elementi diversi e complessi ma interconnessi. Un osservatore, tra l'altro non neutro né tanto meno neutrale ma, al contrario, che modifica continuamente il campo che osserva<sup>9</sup> <sup>10</sup>. In questo senso trova un significato ulteriore e maggiormente articolato la concezione dello psicologo come "esperto della relazione": si potrebbe declinare questa affermazione e mutuarla in "esperto delle/nelle connessioni". Lo psicologo, e la psicologia, quindi come esperto di "connessioni" non solo "relazionali" ma fulcro di contatti, elemento di facilitazione, osservazione e cura del raccordo tra concezioni, progetti e individui. In un tempo in cui i paradigmi puntano

7 Bleger J., *Psicoigene e psicologia istituzionale*, edizioni la meridiana, Molfetta, 2011

8 Foucault M., *Sorvegliare e Punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1993

9 Maturana H., *Autocoscienza e realtà*, Raffaello Cortina, Milano, 1993.

10 Galletti A., Speri L. *Con la lente nella mente*, edizioni la meridiana, Molfetta, 2020.

ad una iperspecializzazione questa sfida è quanto mai costellata di insidie e non è difficile cadere, o scadere, nella tentazione, che diventa a volte realizzazione, di delimitazioni e separazioni invece che di “relazioni”.

E qui arriviamo alla terza direttrice: l’etica.

Non entrero in questa questione attraverso una disamina storico-filosofica del concetto, ma vorrei orientarmi direttamente verso la fine della narrazione: l’etica della responsabilità<sup>11</sup>, non solo intesa con uno sguardo professionale ma in un’ottica più generale di forte connessione tra obiettivi e strumenti utilizzati. In questo senso il fine non giustifica più i mezzi e dispositivi carenti o troppo semplicistici rischiano di non interpretare correttamente la complessità: se anche i mezzi non sono orientati ad un profilo etico e coerenti con le premesse il risultato finale sarà, nel complesso, non-etico. Tutta la moderna medicina, a partire dagli anni ‘70 del secolo scorso, si è fortemente interrogata su temi etici in riferimento alla responsabilità, arrivando addirittura a mettere in discussione, e il risultato è ad oggi non così scontato, il giuramento di “Ippocrate”: si pensi all’eutanasia. In questo contesto, ad esempio, il rapporto tra pubblico e privato, anche relativo al terzo settore, non può essere relegato alla sola dichiarazione di intenti, da entrambe le parti. Appare necessario che ogni professionista senta di far parte della comunità professionale, non solo attraverso la matrice deontologica, ma in quanto responsabile di processi nella loro complessità: dalle premesse alle realizzazioni. Solo attraverso la contiguità di orizzonti etici, processi etici e strumenti etici, è possibile esprimere professionalità in grado di prendersi cura dell’essere umano nel III millennio.<sup>12</sup>

Attenzione orientata dal micro al macro e viceversa, ai transiti e alla dimensione etica appaiono quindi elementi in cui iscrivere le diverse articolazioni progettuali e i concetti espressi nel testo. Sapere interpretare queste tre direttrici con competenza e maneggiarle con rigore attiene davvero ad una teoria e ad una professione giovane, la psicologia, che vive una forte spinta a farsi strumento di comprensione e intervento di e in questo tempo: l’attenzione va posta affinché nel suo progredire non diventi veicolo di discriminazione e parzialità, di ingiustizia in ultima analisi.

11 Jonas H., *Il principio di responsabilità. Un’etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Firenze 2002

12 Grazioli A., Livelli N., *Funamboli – psicoterapeuti incontrano l’età evolutiva*, edizioni la meridiana, Molfetta, 2020.

## APPENDICE

Per completezza dell'Opera, riportiamo di seguito alcuni esempi di interventi utili per lo Psicologo di Comunità, con particolare attenzione ai progetti finalizzati alla Prevenzione e alla Promozione del benessere in bambini e adolescenti. Gli interventi hanno come obiettivo, tra le altre cose, il potenziamento delle capacità di coping, la gestione delle emozioni e lo sviluppo di skills utili al fronteggiamento di situazioni stressogeni. Dal punto di vista operativo, è possibile attuare tali programmi sia in modalità individuali che di gruppo, in modo tale da coinvolgere attivamente figure significative come la famiglia, il sistema scolastico e la rete di professionisti sanitari.

## ESEMPI DI INTERVENTI DI PREVENZIONE

MARIA LUISA ANDREGHETTI

### 1) FOCUS SUI RAGAZZI/E

#### A- Progetto di sviluppo della resilienza allo stress

##### *Metodologia*

Training di gruppo condotto con metodologia cognitivo-comportamentale e finalizzato alla modificazione dei pensieri e dei comportamenti disfunzionali attraverso:

- il potenziamento delle capacità di coping
- l'aumento delle capacità di riconoscimento e gestione delle emozioni
- lo sviluppo di funzionali capacità di gestione degli eventi stressanti.

##### *Obiettivi*

L'intervento si prefigge di:

- modificare il sistema di pensieri e credenze disfunzionali che influenzano negativamente le emozioni e i comportamenti dei destinatari;
- aumentare l'autonomia nella gestione degli eventi critici della vita quotidiana addestrando al ricorso delle tecniche necessarie;
- renderli in grado, attingendo dalle proprie risorse personali, di fronteggiare le situazioni stressanti e problematiche proprie delle loro specifiche situazioni di vita;
- aiutare a diventare agenti attivi nel prendere decisioni per sé e nel fronteggiare, anche in autonomia, i compiti di sviluppo propri dell'età.

##### *Destinatari*

Gruppo di adolescenti dai 14 ai 17 anni esposti ad eventi di vita stressanti in quanto esposti a situazioni familiari disfunzionali

#### *Struttura del training*

Il percorso di lavoro è pensato secondo una struttura gerarchica ed organizzato a moduli. Ciascun modulo è focalizzato sulla acquisizione di abilità specifiche:

1. Incremento delle capacità di coping e gestione degli eventi stressanti (MODULO COPING);
2. Capacità di riconoscere e gestire le proprie emozioni (MODULO EMOZIONI);
3. Incremento delle abilità sociali (MODULO ABILITA' SOCIALI);
4. Potenziamento del senso di autoefficacia (MODULO AUTO-EFFICACIA).

#### *Tempi*

Il training è suddiviso in quattro moduli e ciascun modulo si sviluppa nell'arco di quattro sedute a cadenza settimanale.

#### *Sede*

Ambulatoriale presso UO NPIA

#### *Verifica degli esiti*

Test in entrata ed in uscita di ciascun modulo

#### *Operatori coinvolti*

Psicologo e Ed. Prof.le UO NPIA, Tirocinante Psicologa Specializzanda in Psicoterapia

### **B- Progetto di intervento sul gruppo classe**

Intervento di educazione alle abilità pro-sociali di cooperazione ed empatia.

#### *Obiettivi*

Orientare alla individuazione di modalità alternative di fronteggiamento delle dinamiche che producono attriti nel gruppo classe e sofferenza in alcuni componenti attraverso la proposta di attivazioni mirate a:

- mettere a fuoco la propria posizione e ruolo all'interno del gruppo
- far riflettere sui rapporti fra sé e i pari e fra sé e gli adulti di riferimento
- effetto/conseguenze delle parole che usiamo
- ricercare soluzioni alternative a diverse situazioni problematiche
- favorire relazioni positive a livello interpersonale e di gruppo

*Destinatari*

Gruppo classe I - Scuola Secondaria di I grado

*Tempi*

3 incontri di 2 ore

*Sede*

Contesto scolastico

*Operatori coinvolti*

Psicologo Scolastico, insegnante di sezione

### **C- Progetto di intervento nei luoghi informali del tempo libero**

Intervento di Educativa di Strada

*Metodologia*

Mappatura dei luoghi di spontanea aggregazione giovanile del territorio per aggancio informale dei ragazzi/e e proposta di collaborazione attiva nella individuazione e realizzazione di micro-progettualità volte a valorizzarne gli interessi e punti di forza, quali laboratori teatrali, musicali, pittura e/o scultura, danza, video-making, aggiustamento biciclette, riciclaggio creativo, fotografia in esplorazione del territorio, cacce al tesoro, tornei sportivi, ...

*Obiettivi*

- prevenzione e riduzione del rischio di orientamento verso la devianza sociale

- prevenzione e riduzione del rischio di isolamento e ritiro sociale
- rafforzamento di fattori protettivi
- potenziamento competenze relazionali e senso di autoefficacia
- sviluppo competenze tese al benessere personale

*Destinatari*

Ragazzi/e dai 12 ai 17 anni

*Tempi*

Pomeriggio/prima serata dal lunedì al sabato

*Sede*

Luoghi di spontanea aggregazione (bar, piazze, centri commerciali, skate-park, stazioni, biblioteche, parrocchie, palestre,...)

*Operatori coinvolti*

Educatori di strada

*Interfacce*

Volontariato Sociale, Associazioni Sportive, Sportello Informagiovani, Parrocchie, Ente Locale

**D - Progetto di intervento presso Centro di libera aggregazione giovanile***Metodologia*

Ciclo di incontri tematici paralleli con gruppo ragazzi e gruppo genitori, sui temi dei cambiamenti fisici, psicologici e relazionali dell'adolescenza, con particolare attenzione all'ambito della comunicazione interpersonale ed ai problemi nel rapporto genitori-figli.

*Obiettivi*

- Facilitare la comprensione dei cambiamenti in ottica bio-psico-sociale
- Normalizzare la percezione delle difficoltà legate alle trasformazioni psicofisiche nell'adolescenza che implicano un mutare del rapporto con se stessi, con i pari, con l'adulto e con l'altro sesso

- Facilitare la comunicazione genitori-figli

*Destinatari*

- Ragazzi dagli 11 ai 17 anni
- Genitori

*Tempi*

- 2 incontri di due ore ciascuno con i ragazzi in orario pomeridiano;
- 3 incontri di 2 ore ciascuno con i genitori in orario serale

*Sede*

Centro aggregativo

*Operatori coinvolti*

Psicologo, Assistente Sociale e Ginecologo Spazio Giovani; Coordinatore del Centro

**E - Adolescenza ed educazione alla salute***Metodologia*

Ciclo di incontri tematici condotti con attivazioni volte ad attivare interesse al confronto tra partecipanti

*Obiettivi*

Facilitare l'acquisizione di maggior consapevolezza in merito all'importanza di essere protagonisti attivi nella cura del proprio benessere

Facilitare l'adozione di un corretto regime alimentare

Sensibilizzare all'importanza dell'igiene personale come segno di rispetto per sé e per l'altro.

*Destinatari*

Gruppo classe di ragazzi/e in età puberale

*Tempi*

3 incontri di 2 ore in orario scolastico

*Sede*

Scuola secondaria di I grado

*Operatori coinvolti*

Psicologo, Ostetrica e Dietista di Spazio Giovani e Pediatra di Comunità

## **F - Educazione alla salute: identità di genere e sessualità**

*Metodologia*

Serie di incontri condotti adottando le tecniche del “brainstorming” e “circle-time”, a cui segue lavoro di piccolo gruppo e successiva restituzione/discussione a gruppo allargato.

*Obiettivi*

Far riflettere e favorire il confronto sulle influenze culturali sottese al concetto di genere, alle differenze attese ed agli stereotipi di ruolo, ai vantaggi e/o svantaggi dell’essere maschio o femmina nella società attuale

Orientare all’importanza del rispetto della persona nella sua globalità, indipendentemente dal genere, età, ruolo sociale

*Destinatari*

Gruppo classe

*Tempi*

3 incontri con gruppo classe

*Sede*

Scuola secondaria di I e di II grado

*Operatori coinvolti*

Psicologo e Ginecologo Spazio Giovani

## 2) FOCUS SULLE FAMIGLIE

### A - Programma PIPPI

#### *Metodologia*

Improntato ad una visione bio-ecologica dello sviluppo, il programma di intervento si prefigge di offrire risposte mirate agli specifici bisogni di una famiglia operando in una logica multidimensionale e di co-costruzione delle risposte, adottando un approccio intensivo e strutturato di presa in carico dell'intero nucleo familiare per un tempo definito, coinvolgendo nel percorso sia il minore che i suoi genitori compresi all'interno delle loro reti sociali

#### *Obiettivi*

Promuovere una genitorialità positiva potenziando le risorse già presenti e rimuovendo eventuali ostacoli

Migliorare la qualità delle dinamiche familiari

Facilitare nella famiglia la conoscenza delle risorse del territorio di cui può beneficiare

Valorizzare e sostenere la funzione educativa dei genitori

Prevenire forme di disagio e problemi di sviluppo del figlio in età preadolescenziale e adolescenziale.

Per ottenere tutto ciò è centrale saper stabilire con la famiglia una relazione di aiuto fiduciaria, che consenta di mantenere alta nei genitori la motivazione al cambiamento, accompagnarli a prendere coscienza dei loro punti di forza, aiutarli a mettere in atto le competenze preservate.

#### *Destinatari*

Famiglie “vulnerabili” che presentano criticità nelle relazioni genitori/figli o che non riescono a dare risposte adeguate ai bisogni fondamentali del minore

#### *Tempi*

1 anno di intervento intensivo

#### *Sede*

Al domicilio e sul territorio

#### *Operatori coinvolti*

Equipe multidisciplinare territoriale integrata, a cui afferiscono Assistente Sociale, Psicologo ed altri professionisti dei servizi sanitari specialistici necessari, Educatore Professionale, Insegnanti, Famiglie Accoglienti, Volontariato Sociale e qualunque altro professionista ritenuto pertinente dall'equipe, oltre alla famiglia stessa.

### 3) FOCUS SULLA GENITORIALITÀ

**A - Traiettorie di sviluppo e strategie di promozione: come stimolare al meglio la crescita del bambino/a?**

#### *Metodologia*

Incontro on line sostenuto da presentazione di slide impostate tenendo conto dei principi delle Teorie dell'Attaccamento e delle traiettorie di sviluppo ed acquisizioni del minore nei primi tre anni di vita

#### *Obiettivi*

- sostenere la relazione genitori/bambino
- rinforzare le competenze genitoriali
- valorizzare le risorse di sviluppo del bambino
- valorizzare opportunità ed esperienze della vita quotidiana
- contribuire a migliorare la qualità della vita dei bambini e del loro sistema familiare..

#### *Destinatari*

Genitori afferenti al Centro per le Famiglie

#### *Tempi*

1 incontro di gruppo della durata di 2 ore e 30 minuti, riproposto a cadenza annuale

#### *Sede*

On line

#### *Operatori coinvolti*

Equipe multidisciplinare di UO NPIA; Operatore Centro per le Famiglie

## **B - Gruppo pazienti-genitori Ser.D**

### *Metodologia*

Ciclo di incontri di gruppo condotti con modalità volte a favorire la partecipazione attiva dei partecipanti attraverso tecniche di “brainstorming” e “circle-time”, proiezione di slide impostate tenendo conto delle Teorie dell’Attraccamento, focus group sugli stimoli offerti e discussione allargata, rielaborazione da parte dei conduttori dell’andamento di ciascun incontro e delle dinamiche che hanno caratterizzato il gruppo

### *Obiettivo generale*

Divenire più consapevole del proprio funzionamento tendente a correre rischi, coniugandolo con la responsabilità connessa all’essere genitori

### *Obiettivi specifici*

- delineare il proprio modo di funzionare
- trasmettere l’importanza del senso di auto-protezione per poter essere protettivi
- comprendere come le sostanze interferiscono con il ruolo genitoriale
- acquisire strategie di fronteggiamento dello stress e soluzione di problemi
- evidenziare i criteri generali per essere genitori responsabili (focus group)
- apprendere quali sono i bisogni dei bambini ed imparare a disgiungerli dai propri
- favorire la creazione di una “cultura condivisa” ed imparare a trarre supporto dal gruppo

### *Destinatari*

Adulti in carico al SerD con figli

### *Tempi*

10 incontri di gruppo a cadenza quindicinale della durata di 90 minuti, riproponibili ogni anno se richiesto dal gruppo

*Operatori coinvolti*

Fissi: Operatori del Ser.D, 1 Conduttore Psicologo, 1 co-conduttore Ed Prof.le, 1 Osservatore Infermiere;

A partecipazione variabile ed alternata: 1 Psicologo UO NPIA per 2 incontri, 1 Assistente Sociale Area Minori per 1 incontro

**C - Gruppo genitori condotto con metodologia COS-P***Metodologia*

Percorso di gruppo condotto secondo metodologia manualizzata “*Il Circolo della Sicurezza* (Circle of Security – Parenting, COS-P®), “*metodo esperienziale di sostegno alla genitorialità attraverso il quale i genitori sono guidati e coinvolti direttamente da un terapeuta appositamente formato e da un co-conduttore a migliorare la relazione con il proprio figlio*”).

Test in entrata ed in uscita per la verifica degli esiti

*Obiettivi*

Aiutare i genitori a:

- comprendere i bisogni del figlio
- riflettere sulle proprie reazioni emotive di fronte alle sue richieste
- riflettere sul ruolo delle proprie esperienze passate nel determinare l'attuale relazione di attaccamento – accudimento
- spostare l'attenzione dalla gestione dei comportamenti problematici alla qualità della relazione
- incrementare la capacità di analisi dei momenti difficili, per diventare consapevoli delle rotture e imparare a ripararle
- aiutare il figlio nella regolazione delle proprie emozioni, sintonizzandosi con esse

*Destinatari*

Due gruppi paralleli, 1 di madri ed 1 di padri, in condizione o in via di separazione coniugale.

*Tempi*

10 incontri per ciascun gruppo parallelo di 1,30 ore.

*Sede*

Contesto ambulatoriale UO NPJA

*Conduttori*

1 Conduttore Psicologo UO NPJA formato ed abilitato al metodo, 1 co-conduttore Psicologo UO NPJA, 1 Osservatore Psicologo UO NPJA.

**D - La fatica dell'adulto di fronte al processo di crescita dell'adolescente***Metodologia*

Ciclo di incontri di gruppo, dedicati alla analisi delle diverse componenti che intervengono nello sviluppo psico-affettivo dell'adolescente, unitamente ai modelli di riferimento proposti dalla società, il tema della trasgressione, del conflitto generazionale e delle aspettative dei genitori, durante i quali vengono offerti stimoli ed adottate modalità volte a favorire il confronto e la discussione

*Obiettivi*

- Facilitare la condivisione della fatica del genitore nel supportare l'adolescente durante il suo percorso di crescita affettivo-relazionale
- Facilitare la condivisione delle ansie legate alla condizione di genitore di un figlio in età adolescenziale
- Aiutare i genitori a sostenere il compito evolutivo del figlio adolescente durante il suo percorso di separazione-individuazione

*Destinatari*

Genitori con figli in età adolescenziale

*Tempi*

3 incontri di 2 ore

*Sede*

Parrocchia

*Operatori coinvolti*

## Psicologo e Assistente Sociale Spazio Giovani

### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

Linee di indirizzo nazionali “L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità - Promozione della genitorialità positiva”, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

“Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna, Catalogo 1995-1997- Vol. 1 e 2”, pubblicato nella Collana Dossier (n° 40) a cura della Regione Emilia Romagna e del Centro di documentazione per la Salute:

1. di Andregghetti: “La fatica dell'adulto di fronte al processo di crescita dell'adolescente” (Vol. 1, pag. 90);
2. di Andregghetti: “Corso di formazione in itinere per educatori di strada” (Vol. 1, pag. 96);
3. di Andregghetti: “Incontri di educazione alla relazione” (Vol. 1, pag. 96);
4. di Andregghetti: “La fatica di crescere ... avere 14 anni oggi” (Vol. 1, pag. 119);
5. di Andregghetti: “Progetto ragazzi 2000” (Vol. 1, pag. 121)