

Quali rischi per la salute dei bambini e degli adolescenti?

Fattori personali, familiari e ambientali

Alessandra Simonelli

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione
Università di Padova



Fattori di rischio personali

- **Funzionamento e sviluppo cognitivo**
- Caratteristiche neuroevolutive
- Caratteristiche di personalità

- Il cervello in adolescenza sta completando lo sviluppo in previsione dell'accesso all'età adulta
 - **NB: Sviluppo dei Lobi frontali**
- Scarsi livelli di funzionamento e di sviluppo cognitivo
 - Abbandoni scolastici
 - Bassa scolarizzazione
 - Basso status educativo-socio-relazionale
 - Alti isolamento – devianza - marginalità

Fattori di rischio personali

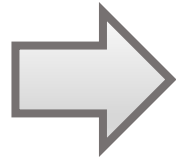
- Funzionamento e sviluppo cognitivo
- **Caratteristiche neuroevolutive**
- Caratteristiche di personalità

- Disturbi ADHD e DSA
 - **NO problemi cognitivi**
 - **MA costellazione complessa**
- Disturbo dello spettro dell'autismo
 - **NB alta atipicità --- incomprensione**
- Disturbi del comportamento
 - **WARNING --- prognosi**

Neuropsicologia del parenting: le funzioni esecutive

Funzioni esecutive

- ✓ Regolazione di comportamenti orientati ad uno scopo
- ✓ Controllo inibitorio
- ✓ Memoria di lavoro
- ✓ Flessibilità cognitiva
- ✓ Autoregolazione delle emozioni



• Trasmissione intergenerazionale

- Solo in piccola parte spiegata su basi genetiche
- In massima parte spiegata dalle modalità di cura del genitore nei confronti del bambino (Harsh parenting = fattore di rischio intergenerazionale; Tomlinson et al., 2022)

• Sembrano connesse con

- Attitudini autoritarie
- Ostilità
- Stile rigido/maltrattante di parenting (Bertrand et al., 2024)



- Sembrano compromettere il processo di acquisizione dei livelli di auto-regolazione del bambino (Bridget et al., 2025)

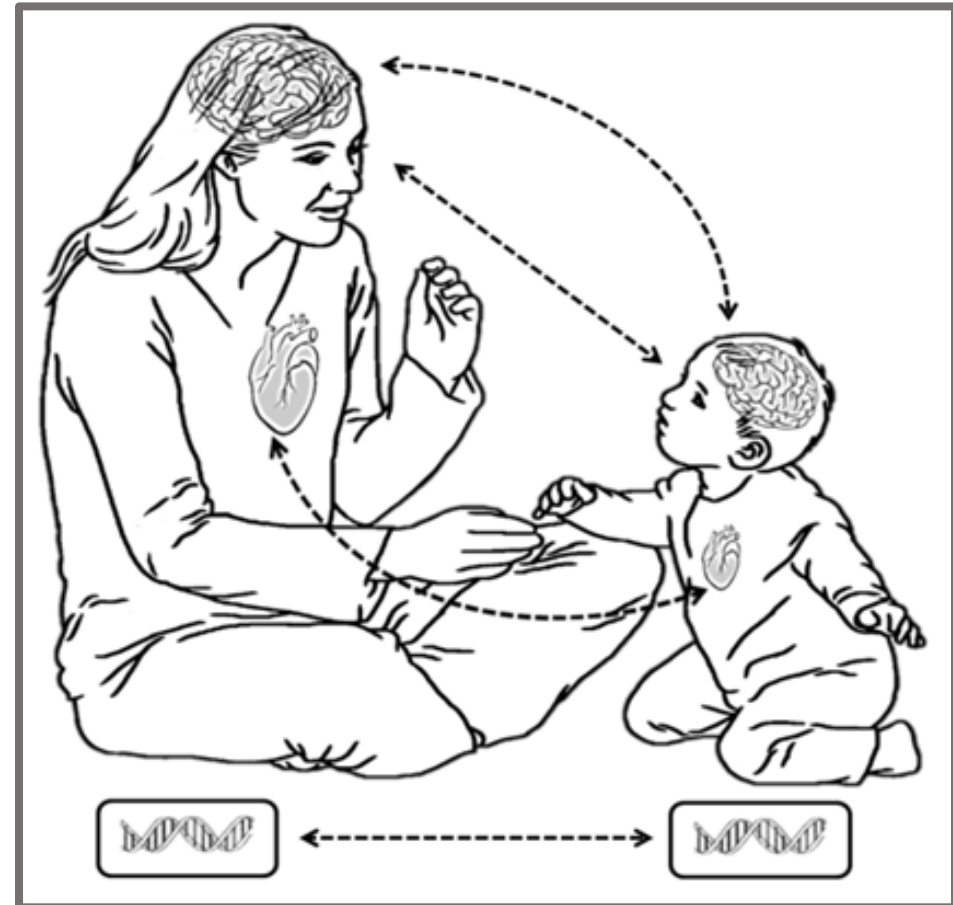
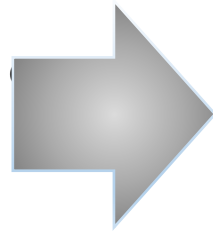
Fattori di rischio personali

- Funzionamento e sviluppo cognitivo
- Caratteristiche neuroevolutive
- **Caratteristiche di personalità**

- Struttura di personalità = pattern di funzionamento stabile dell'individuo
 - **18 anni (DSM5)**
- Organizzazione della personalità (Kernberg)
 - **A partire dall'adolescenza --- verso la strutturazione**
- **HELP: Incremento della casistica clinica delle aree disfunzionali della personalità in epoche precoci dello sviluppo**

Fattori di rischio relazionali

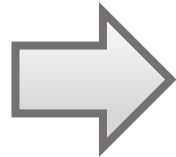
- Qualità delle interazioni primarie
- **LA MATRICE PRIMARIA** ... prima della nascita del bambino e nel corso del suo sviluppo
- Anche attraverso le culture (Bornstein et al. 2012)



Relazioni di cura inadeguate

Caratteristiche

- ✓ Discontinuità di riferimenti
- ✓ Scarsa sintonizzazione
- ✓ Traumi
- ✓ Separazioni - perdite
- ✓ Incoerenza – imprevedibilità
- ✓ Paura relazionale



• Sviluppo fisico

- Arresto/rallentamento della crescita staturale e ponderale per età, genere, etnia

• Sviluppo «architettura» cerebrale

- Corteccia prefrontale
 - Pianificazione – decisione - impulsi
- Integrazione limbico-corticale
 - Emozioni + cognizione
- Amigdala
 - Stress – Asse HPA

• Sviluppo affettivo-relazionale

- Senso di Sé – autostima - autoefficacia
- Modelli relazionali
- Adattamento – capacità di cura di sé e dell'altro

Fattori di rischio ambientali

- La rete familiare di riferimento
- Il gruppo dei pari
- Scuola/sport/attività
- Gli ambienti di vita

- Trasmissione «intergenerazionale» del rischio
 - **Famiglie nella ripetitività**
 - **Supporto sociale reale e percepito**
- Quando il gruppo diventa «branco»
 - **Essere leader negativi – identità**
- Dalla prestazione alla **crescita in relazione**
- **Città/quartieri/strade/palazzi** ... gli ambienti virtuali
 - Psicologia di comunità
 - Psicologia delle emergenze

Implicazioni operative

I «nostri» bambini e adolescenti



- ✓ Arrivano a noi con una lunga storia
 - ✓ Che nasce prima della nascita e prosegue nel corso dello sviluppo
- ✓ Sono biologicamente e psicologicamente «plasmati» da quella storia
 - ✓ Il corpo, il cervello, la psiche
- ✓ Non sempre possono riprendere percorsi evolutivi adattivi e di benessere
 - ✓ La questione del timing

Implicazioni operative

- La questione del timing
 - Quando intervenire
 - Come intervenire



✓ «FINESTRE EVOLUTIVE»

✓ Prima o dopo non è equivalente

✓ I PRIMI 1000 giorni

✓ IL PERIODO 0-6 anni



✓ PRESTO E' MEGLIO

✓ PRESTO E' PRIORITARIO



Implicazioni operative

- La questione del timing
 - Quando intervenire
 - Come intervenire



✓ STRUMENTI ELETTIVI

- ✓ Valutazione delle interazioni precoci
- ✓ Valutazione di «nuove» aree di funzionamento ... aliene: NO!
- ✓ Considerazione dei fattori di contesto

✓ MODELLI E TECNICHE DI INTERVENTO

✓ INTEGRAZIONE TRA ISTITUZIONI E SERVIZI



ORGANIZZAZIONE DI (NUOVI) MODELLI
FONDATI SULLE CONOSCENZE APPLICABILI
ALL'OPERATIVITA' DEL LAVORO CON BAMBINI
E ADOLESCENTI



Grazie per l'attenzione!

alessandra.simonelli@unipd.it

**Fragilità e vulnerabilità sociali :
condizioni che le aggravano e fattori protettivi, negli adolescenti e negli anziani
Fondazione Dr. Antonio Calvani Monastier TV
11.4.2026**

**Prendersi cura della fragilità e della vulnerabilità in età evolutiva:
contesti, relazioni, generazioni, arco di vita**



Lorella Ciampalini, Psicologa Psicoterapeuta Associazione PSIAF

PRENDERSI CURA

come attenzione profonda alla persona basata sul rispetto della sua dignità fin dalla nascita; il prendersi cura costituisce e fonda un ambiente che facilita lo sviluppo equilibrato della persona (soprattutto in età evolutiva), delle relazioni, delle generazioni, dei gruppi, in ottica ecologica.

VULNERABILITA'

Condizione di esposizione a fattori di rischio con esito potenzialmente negativo dal punto di vista fisico, psicologico, relazionale, emotivo, sociale, anche in virtù della plasticità e sensibilità tipiche della fase di sviluppo.

p.e. povertà, migrazione, detenzione, età evolutiva, età anziana, solitudine, disabilità, malattia, disoccupazione, residenza in aree svantaggiate.

«Condizione di chi o di ciò che è facilmente attaccabile, lesa o danneggiata» Treccani

FRAGILITA'

Condizione per la quale, a causa di specificità esistenti, la capacità di fronteggiamento dei fattori di rischio è ridotta». Presa in carico prevalente AULSS

p.e. una ridotta capacità di resistenza agli stress fisici, psicologici o ambientali, con maggior rischio di declino funzionale, malattie o emarginazione sociale a causa di stati di disagio già riscontrati.

»Tendenza a rompersi o danneggiarsi facilmente, indicando delicatezza e scarsa resistenza» Treccani



**Pensare l'ottica preventiva
avendo in mente la
vulnerabilità**

**Pensare l'ottica riparativa
avendo in mente la fragilità**



QUALI CARATTERISTICHE PER UN AMBIENTE SOCIALE FACILITANTE/SANO/PROTETTIVO ? (riferito alla nostra cultura di appartenenza)

- Rispetto dei diritti civili (Uomo, Bambino, Disabile)
- Uguaglianza , pari dignità, lavoro degnamente retribuito, parità di genere,
- Tutela il paesaggio e il patrimonio storico e artistico
- **Tutela l'ambiente, la biodiversità e gli ecosistemi, anche nell'interesse delle future generazioni.**
- **Pace**
- **Protezione delle famiglie, dell'infanzia, della gioventu'**
- **Tutela della salute come diritto individuale e comunitario (LEA e sistema integrato)**
- **Scuola e istruzione per tutti con obbligo per i primi 8 anni, inclusione scolastica per disabilità**
- Formazione continua

Costituzione Italiana

QUALI CARATTERISTICHE DEVE AVERE UN AMBIENTE RELAZIONALE FACILITANTE/SANO/PROTETTIVO PER IL BENESSERE E LO SVILUPPO ARMONICO DELLE PERSONE A PARTIRE DALLA LORO ETA' EVOLUTIVA?

- Presenza di **genitori** «sufficientemente buoni» dal punto di vista della capacità di sintonizzarsi sulle necessità del bambino e di attivare coerenti strategie educative, rispettosi dei diritti
- Esposizione a modelli relazionali caratterizzati da **attaccamento sicuro, stabilità emotiva, continuità degli affetti, rete familiare intergenerazionale accessibile**
- **Relazioni familiari affettuose e protettive**, comunicazione interpersonale adeguata, presenza di regole chiare, pratica di ascolto e di rispetto dell'altro, occasioni ludiche, capacità di contenere e di esprimere emozioni in famiglia
- **Accesso a Servizi sanitari** adeguati ai bisogni rilevati, nelle tempistiche e nelle risorse, rispettosi dei diritti
- **Accesso a Servizi scolastici** ed educativi adeguati ai bisogni rilevati, nelle tempistiche e nelle risorse, rispettosi dei diritti
- **Presenza di buone relazioni tra pari**, in gruppo e/o con altro coetaneo e proposte educative di interesse con occasione di condivisione, possibilità di gioire, festeggiare, giocare, parlare...
- **Accesso ai Servizi Socioassistenziali e ricreativi adeguati ai bisogni rilevati**, nelle tempistiche e nelle risorse, rispettosi dei diritti
- **Vita all'interno di famiglie con adeguati standards** abitativi ed economici, in ambiente non degradato, non isolato, salubre, accesso alle cure per tutti i componenti, protezione sociosanitaria adeguata in caso salute mentale, disabilità, dipendenza eventualmente presenti
- **Assenza di lutti non elaborati**, traumi, maltrattamento, violenza in famiglia, malattia in famiglia, carcerazione, marginalità sociale, abbandono educativo.....



La complessità dell'umano

«accanto al principio dell'io, c'è il principio antagonista del noi...fin dalla venuta al mondo, il bisogno dello sguardo, della tenerezza, della carezza, della cura, si sviluppa nel sentimento d'amore in seno alla famiglia, con i genitori, i fratelli, le sorelle,.....questo sentimento potrà estendersi in seguito alla patria, al partito, alla religione, agli amici, agli amati. Vivere è un movimento permanente in cui passiamo dall'io al noi e dal noi all'io...» Edgar Morin

«Non esiste il bambino» «Se mi mostrate un bambino, mi mostrate anche qualcuno che se ne prende cura...anche solo una carrozzina con due orecchie e gli occhi di qualcuno appiccicati ad essa» D. Winnicott

Il mondo del bambino Labrief P.I.P.P.I. P.Milani



RELAZIONI E GENERAZIONI

Divenire io-divenire tu-dialogare

Relazione genitori figli /figli genitori

Relazione insegnante/ alunno /gruppo
classe

Relazione tra pari

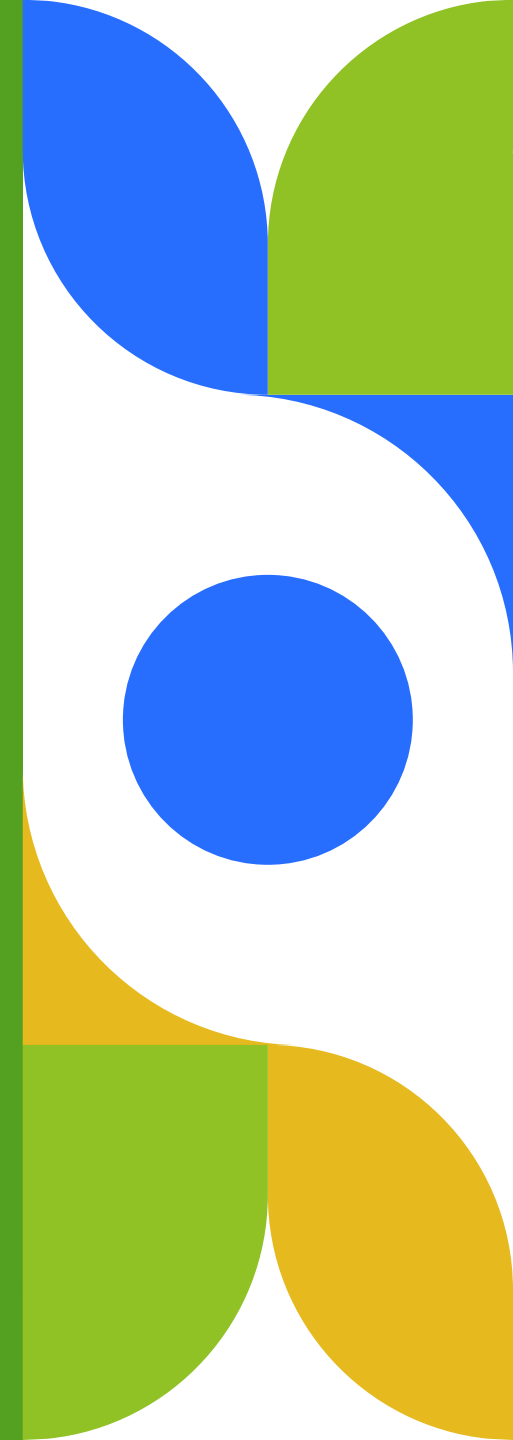
Trasmissione intergenerazionale: il caso
della trasmissione di valori e della
trasmissione del trauma

E' possibile prendersi cura della vulnerabilità e della fragilità in età evolutiva senza lavorare con i genitori e con i contesti di vita??

Chi è il genitore di un bambino nato nel 2025?

Chi è il genitore di un adolescente nato nel 2011?

Quali reti familiari?



COMPLESSITA' DEL CONTESTO DI VITA MULTIGENERAZIONALE

ANZIANI

- **Greatest generation 1901-1927** (I guerra mondiale in infanzia, grande Depressione 1920-30, Fascismo, Il guerra mondiale, in età adulta, dinamica emigratoria)
- **Generazione silenziosa 1928-1945** (Fascismo, Il guerra mondiale, bomba atomica, ricostruzione Piano Marshall, sostenitori Rif sanitaria, Divorzio... era televisione)
- **Boomers 1946-1964** (boom economico, diritti civili, voto alle donne, movimenti pacifisti e ambientalisti, spazio, espansione demografica, Dichiarazione Diritti Uomo)

ADULTI

- **Generazione X 1965-1980** (disastri ecologici Seveso, Chernobil, inquinamento, ozono, contestazioni del 68, crisi energetiche anni 70-80, voto a 18 anni),
- **Generazione Y o Millenials 1981-1996** (chiusura vecchio millennio, tecnologia digitale, internet, telefoni portatili, nascita Unione Europea, abbattimento frontiere in Europa Shengen, abbattimento muro di Berlino, attivismo sociale, consapevolezza ambientale, crisi del mercato del lavoro, dinamica immigratoria, dichiarazione Diritti Bambino, denatalità strutturale)

ADOLESCENTI e BAMBINI

- **Generazione Z 1997-2012** (Attentato torri gemelle del 2001, crisi finanziaria 2008, disponibilità internet fin dalla nascita-nativi digitali, interessati alla diversità, inclusività, ambiente, cambiamento climatico e tecnologico)
- **Generazione Alpha 2013-2024** (Pandemia Covid, screenagers per esposizione a tecnologia fin dalla nascita, guerra Ucraina, guerra a Gaza , avvio di intelligenza artificiale)
- **Generazione Beta 2025-2039** (Intelligenza artificiale.....)

CONTESTI DI VITA



- FAMIGLIA
- SCUOLA
- GRUPPO DI PARI
- CONTESTO AMBIENTALE
- CONTESTO CULTURALE LUDICO RICREATIVO
- «RETE E VIRTUALE»

CONTESTO ISTITUZIONALE:PIANI e LINEE DI INDIRIZZO SPECIFICI

- Next generation EU 2021-2027:**transizione ecologica, transizione digitale, stabilità macroeconomica, equità**
- Programma Nazionale Inclusione e Lotta alla Povertà 2021-27: **LEPS, Inclusione, contrasto alla povertà, supporto alle persone fragili**
- Piano Nazionale Interventi e Servizi Sociali 2024-26: **potenziamento servizi sociali per l'inclusione, garanzia infanzia, povertà alimentare**
- 6 Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2025-2027: **Genitorialità, Educazione, salute**
- Linee di indirizzo famiglie vulnerabili (P.I.P.P.I.). **Inserito nei LEPS dal 2023: promozione, prevenzione, protezione**
- Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025-2030: **prevenzione, screening, salute mentale in età evolutiva, nuove dipendenze.**
- Piano di prevenzione dell'abuso e dello sfruttamento sessuale dei minori 2025/27: **rete di protezione, linee guida per diagnosi, formazione operatori**
- Piano Nazionale anti violenza 2025/27 : **prevenzione, protezione, perseguimento, promozione**
- Le linee di indirizzo scolastico 2026/2030: **didattica per competenze, orientamento formativo digitalizzazione e inclusione.** Indicazioni europee, nazionali e regionali per la promozione del benessere a scuola: **prevenzione, ascolto, supporto**

LORO APPLICATIVI ED INTEGRATIVI REGIONALI

SISTEMA DI RETE:CONTESTO PLURALE

Orientato a

- **EDUCAZIONE:**corresponsabilità,prevenzione,educazione fin dalla nascita
- **EQUITA':**contrasto alla povertà assoluta bambini, inclusione sociale, mantenimento e potenziamento sistema pubblico integrato di servizi per la cura, tutela e protezione
- **EMPOWERMENT:**partecipazione dei minori, patto educativo di comunità, programmazione ,ottimizzazione reattività del sistema, promozione salute materno infantile



CONDIZIONI PER LA EFFICACIA DEL PRENDERSI CURA DELLA VULNERABILITA' E DELLA FRAGILITA'

- **Sistema di Servizi Sanitari e Socio sanitari di area specifica dotati di piante organiche adeguate:** Consultori familiari, NPI, Servizi Età Evolutiva, CSM, Serd, Disabilità, Psicologi di Comunità. per ogni ambito territoriale. Effettività della presa in carico del minore e del nucleo familiare: diagnosi, cura/trattamento supporto ed accompagnamento fino a dimissione. Presenza di integrazioni innovative
- **Sistema di Servizi Sociali e Socio Assistenziali dotati di piante organiche adeguate, per ogni ambito territoriale .** Pronto intervento sociale. Educativa domiciliare, Affidato familiare, Servizi di welfare in generale. Effettività della presa in carico per la protezione in beneficenza. Presenza di integrazioni innovative.
- **Sistema di Servizi Educativi e scolastici dotati di organico e di spazi adeguati,** presenza di integrazioni innovative: Psicologo scolastico, Educatore, mediatore culturale, funzione di tutor....
- **Piano Specifico per la salute dell'infanzia dell'adolescenza, della famiglia, territoriale, per ambito, ricompreso nel Piano di Zona, caratterizzato da prossimità,** integrazione, accordi operativi ed obiettivi comuni e condivisi. Sezione dedicata a innovazione/sperimentazione focalizzata su «obiettivi prioritari storicamente resistenti o nuove criticità emergenti».
- **Patti educativi di Comunità** per ogni ambito sociale basati sulle collaborazioni effettive ed azioni co-costruite con la Scuola, le Associazioni del Terzo Settore, il Volontariato, Associazioni di famiglie e/o genitori, Associazioni di Giovani, Associazioni di Anziani.....

CONDIZIONI FACILITANTI L'EFFICACIA DEL PRENDERSI CURA DELLA VULNERABILITA' E DELLA FRAGILITA'

- **Equipes multiprofessionali** interistituzionali attivabili per linea di intervento, con coordinamento centrato sul progetto individualizzato, coordinate, supervisionate. Rispetto delle indicazioni operative provenienti da comunità scientifiche dei diversi settori.
- **Tavoli di lavoro e coordinamento permanenti**, costituiti dall'intero sistema di rete, integrabili per necessità emergenti (casa, ambiente, immigrazione....)sui bisogni dell'età evolutiva
- **Formazione congiunta** degli operatori, anche peer to peer
- **Attività dedicate alla creatività, alla convivialità, alla cultura, all'ambiente, alla circolarità**, trasversali al sistema di rete ed aperte a tutti.
- **Laboratori di ascolto, di idee**, di citizen science per operatori e cittadini sulla individuazione delle priorità da inserire in agenda. Presenza di adolescenti
- **Coinvolgimento di giovani universitari e di anziani con competenze utili** tra i residenti o domiciliati nel luogo, per avviare progettazione ed attività di promozione e di innovazione. (anche collaborando con Università ad attività di ricerca, ancorarle nel territorio e ridurre il generation gap)
- **Presenza di rappresentanti della rete** all'interno dei Tavoli per l'integrazione sociosanitaria delle Case di Comunità

ELENCO PURTROPPO PARZIALE DELLE VARIABILI e DEI FATTORI INTERVENIENTI (SE LA CAUSA E' IL MIX DI FATTORI AMBIENTALI, GENETICI, PSICOLOGICI e SOCIALI)

+solitudine (stime dal + 15% dopo pandemia) con forte impatto su giovani e anziani

- **+violenza intrafamiliare e violenza di genere(1 bambino su tre assiste a violenza intrafamiliare)**
- **+guerra e relativa esposizione mediatica; convivenza con coetanei scampati da guerra**
- **+povertà anche educativa (1.3 milioni di minori +47% in 10 anni)**
- **+ conflittualità familiare e disgregazione familiare**
- **+Mobilità giovanile (nel 2023 circa 7000 persone tra i 18 ed i 39 anni hanno lasciato il Veneto)**
- **+ Disuguaglianze economiche e in salute**
- **+ abbandono scolastico (11.5% post diploma tra i più alti in europa)**
- **+ analfabetismo di ritorno (16-65 35% su base nazionale**
- **+ linguaggio e contenuti aggressivi online e offline**
- **+ denatalità dal 2008 ad oggi(nel 2025 1,14, per il ricambio generazionale è necessario il 2,1)**
- **+ presenza vicariante dei nonni**
- **+rischi legati al cambiamento climatico: eventi meteo estremi, decessi per clima avverso....**
- **+ disoccupazione giovanile, con picchi intorno al 20%**
- **Costante la percentuale di NEET (le rilevazioni indicano circa 1,5 milioni di giovani 15-29)**
- **+ interventi di chirurgia estetica in età giovanile ed adulta**
- **+body shaming**
- **-partecipazione al voto dal 2008 in avanti (2020 61,16%, 2025 44,64%)**

ELENCO PARZIALE DI QUADRI DISFUNZIONALI E PATOLOGICI PRESENTI NEL SISTEMA DI RELAZIONI (SE LA CAUSA E' IL MIX DI FATTORI AMBIENTALI, GENETICI, PSICOLOGICI e SOCIALI)

- **+sostanze, alcol, fumo** gravidanza e minori(alcol dopo covid +19% in 10 anni)
- **+isolamento sociale e solitudine (13% popolazione, 25-30% over 65, 18% 18-34) dopo pandemia**
- **+ suicidi tra i 15-29 anni (Il causa di morte in Italia dopo gli incidenti stradali)**
- **+Bullismo e cyberbullismo** il 30% ne ha subito nel 2025, il 20% ne ha perpetrato
- **+abuso device** ad ogni età
- **+violenza intrafamiliare e violenza di genere(1 bambino su tre assiste a violenza)**
- **+maltrattamento ai minori (+58% in 5 anni)**
- **+ accessi dei minori al pronto soccorso** in acuzie (65% dovuti ad alcol e droghe)
- **+paura e ansia(+ 50% post covid), attacchi di panico (+25% post covid)**
- **+sindromi da stress post traumatico**
- **+self cutting** (a partire dal 2010 costante con picco di post covid)
- **+disturbi dell'alimentazione e della nutrizione** , abbassamento età di insorgenza
- **+ depressione** (+18% in 10 anni; + 40% in giovani e donne post Covid)
- **+ diagnosi di disturbi del neurosviluppo** (Autismo, ADHD, DSA, Ritardo cognitivo)
- **+ diagnosi di funzionamento cognitivo limite** (QI 70-85)
- **+ insorgenza di ecoansia** con impatto anche sulla neogenitorialità(youtrend Unicef Italia)

PREVENZIONE PRIMARIA:

**il benessere delle giovani generazioni è il benessere della Comunità
Il benessere della Comunità genera il benessere delle giovani generazioni**

INCIDERE SULL'ISOLAMENTO E SULLA CONSAPEVOLEZZA

- **Attuare i Piani Regionali** con focus sulla specificità locale coinvolgendo l'intero sistema di rete con particolare riferimento alle priorità primi 1000 giorni, nuove dipendenze, discontrollo emozionale e comportamentale;
- **Potenziare i Corsi di accompagnamento al parto ed alla nascita**, prolungandoli fino al I anno
- **Prevedere corsi di educazione** all'affettività, alla sessualità, alla mediazione dei conflitti, alla comunicazione ed alla gestione delle emozioni nelle scuole
- **Prevedere attivazione di percorsi/corsi per la gestione delle emozioni**, privilegiando la modalità esperienziale a quella prettamente informativa, in ambito scolastico e associativo, aperti alle diverse generazioni e ruoli.
- **Attivare, dove non ci sono, spazi di incontro e di ascolto tra persone.** Dar valore allo stare insieme, al comunicare, al guardarsi, al condividere: nei centri civici, negli oratori, nelle scuole al pomeriggio (oggi troviamoci per.....)
- **Attivare laboratori di soft skills** sia per ragazzi che per genitori che per educatori
- **Attivare gruppi di cura** dell'ambiente e dell'economia circolare, di cinematografia e fotografia,
- **Implementare attività ludiche**, campi scuola, attività estive, biblioteche, ludoteche, laboratori teatrali, musicali, eventi e sportivi sociali partecipati organizzati con il coinvolgimento diretto dei ragazzi.....
- **Incoraggiare attività di solidarietà** tra generazioni raggiungendo in primo luogo persone sole o senza rete sociale.

PREVENZIONE SECONDARIA

RILEVAZIONE PRECOCE E PROMOZIONE PRECOCE DI COMPETENZE

- **Intercettazione precoce di stili di attaccamento** disorganizzati ed evitanti (primi 1000 giorni) ed avvio protocollo trattamento
- **Intercettazione precoce di rischio** di depressione puerperale ed attivazione protocollo
- **Home visiting post partum** almeno tre accessi nei primi due mesi offerti al 100%
- **Intercettazione precoce di maltrattamento** ed avvio protocollo presa in carico
- **Intercettazione precoce uso di sostanze e alcol** in età minorile
- **Attività educativa domiciliare**, centri educativi diurni, centri per potenziamento scolastico, per supporto alla vulnerabilità sociale
- **Attivazione gruppi di parola, laboratori** di elaborazione emotiva, di mediazione dei conflitti, teatrali...per ognuno dei seguenti profili: funzionamento cognitivo limite, adhd,dsa, condizione di profugo, condizione di migrante
- **Attivazione di gruppi** (psicoeducativi, di supporto) o percorsi di coppia o individuali per genitori fragili (tossicodipendenti, con patologia psichiatrica etc
- **Attivazione di gruppi di supporto per genitori, educatori, adulti, al corretto utilizzo dei social (su di loro)**
- **Gruppo/ Laboratorio** per puberi ed adolescenti all'analisi del linguaggio mediatico e all'esercizio del pensiero critico

Cura e protezione

- **Attuazione delle Linee guida regionali e nazionali** e dei protocolli standardizzati esistenti
- **Integrazione di Protocolli di trattamento (AULSS/ATS)** multiprofessionali ed interistituzionali, pianificati fino a remissione, rivolti alle persone in età evolutiva , con presa in carico entro i 30 giorni, se non urgente (per il 100%)
- **Trattamento sociosanitario e sanitario bifocale quando la disfunzione impatta le relazioni** e gruppi di supporto genitoriali costantemente attivi 100%
- **Definizione di vie prioritarie per i servizi AULSS ed ATS**, al di là dell'urgenza, dedicate a **bambini 0-3 ed adolescenti a partire dalla pubertà** 100%
- **Gruppi per adolescenti con finalità supportive**, potenziamento delle capacità relazionali e comunicative, di contatto e di ascolto delle proprie ed altrui emozioni, di costruzione di sé nella relazione
- **Gruppi di supporto per fratelli o per figli** di persone con difficoltà relazionali
- **Gruppi di supporto per adulti con esperienza di trauma** (lutti, perdita di autonomia, separazioni conflittuali, sradicamento, violenza subita)
- **Gruppi di supporto/elaborazione per adulti affidatari**, adottivi, di vicinato solidale, genitori fragili, genitori con affievolimento di responsabilità

Accompagnamento

- Co-Costruzione del progetto quadro individualizzato da parte della equipe di riferimento in modo partecipato e condiviso con il minore ed i suoi genitori.

Alcuni dei percorsi a possibile integrazione del progetto:

- Supporto alla **costruzione del proprio progetto di vita/ orientamento scolastico e/o lavorativo (intervento intergenerazionale)**
- Percorsi di ascolto ed accompagnamento **per fratelli** coinvolti nella disfunzione rilevata
- Percorsi di accompagnamento per genitori **all'accettazione della crescita dei figli** ed alla differenziazione generazionale, promozione della **consapevolezza circa la relazione con i loro propri genitori**
- Gruppi di supporto **per nonni o parenti vicarianti**
- Progetti riduzione gap generazionale, mediazione dei conflitti, tutela ambientale, partecipazione sportiva.....

Monitoraggio della condizione emotiva ed affettiva della persona in età evolutiva a 6 mesi ed ad un anno dal termine del percorso di cura e/o di presa in carico socio educativa

Ascolto e coinvolgimento

Dar voce: le persone in età evolutiva, soprattutto gli adolescenti temono/pensano/di essere invisibili e senza valore. La loro partecipazione invece è essenziale

Attivare forme di coinvolgimento sociale e di ascolto degli adolescenti da parte di Amministratori, Dirigenti, Educatori, Allenatori nei processi decisionali in ambiti che riguardano la loro vita e la vita della Comunità. Estendere agli anziani che vivono soli.

TU COSA NE PENSI? VOI COSA NE PENSATE? COSA PROPONI?



Grazie per l'attenzione!

Lorella Ciampalini

Psicologa Psicoterapeuta

Ass. PSIAF





Cofinanziato
dall'Unione europea



Progetto: “DISCUTIAMONE A SCUOLA”

PR Calabria FESR FSE+ 2021 - 2027 - Azione 4.K.1

Lo Psicologo Scolastico in Calabria

Monastier, 11 aprile 2026

Dott. Massimo Aiello

Dirigente Psicologo ASP di Catanzaro
Presidente Ordine Psicologi della Calabria

DATI GENERALI

- **16.000.000** persone in Italia vivono una condizione di disagio psicologico
- **Prevalenza diagnosi: 3 su 4** riguardano disturbi d'ansia e dell'umore
- 75% di tutti i disturbi si sviluppa prima dei venticinque anni d'età e circa la metà emerge entro i primi sedici
 - **Anno 2023:** n. 854.040 utenti assistiti Servizi Salute Mentale **+ 77.211 (10%)**
 - **Anno 2022:** n. 776.829
 - **Rapporto M/F:** 45,5 maschi – 54,5 femmine
 - **Età media accesso CSM:** **67,3% over 45 anni**
 - **127** adulti su **1.000** in trattamento con **antidepressivi** (Siep, n. 10/2023)
 - **33,2/1000** trattati con **antipsicotici** (Siep, n. 10/2023)
 - **Calabria:** **30 milioni € spesa annuale SSRI**



DATI GENERALI

- **Accessi Servizi Salute Mentale:** 7 su 10 non presentano condizioni cliniche significative ma necessitano di supporto psicologico/psicoterapia
- **Agenas:** mancano 12.000 operatori
- **D.M. 77/2022:** 1 Consultorio ogni 20 mila abitanti, 10 mila aree interne e rurali
- **Consultori:** 2,38 Psicologi ogni 100.000 abitanti
- **Reggio Calabria:** 1/86.450 rapporto Psicologo CSM/Popolazione
- **Vibo Valentia:** 1/75.000
- **Poco spazio per la prevenzione, lunghi tempi di attesa per trattamento psicoterapico**

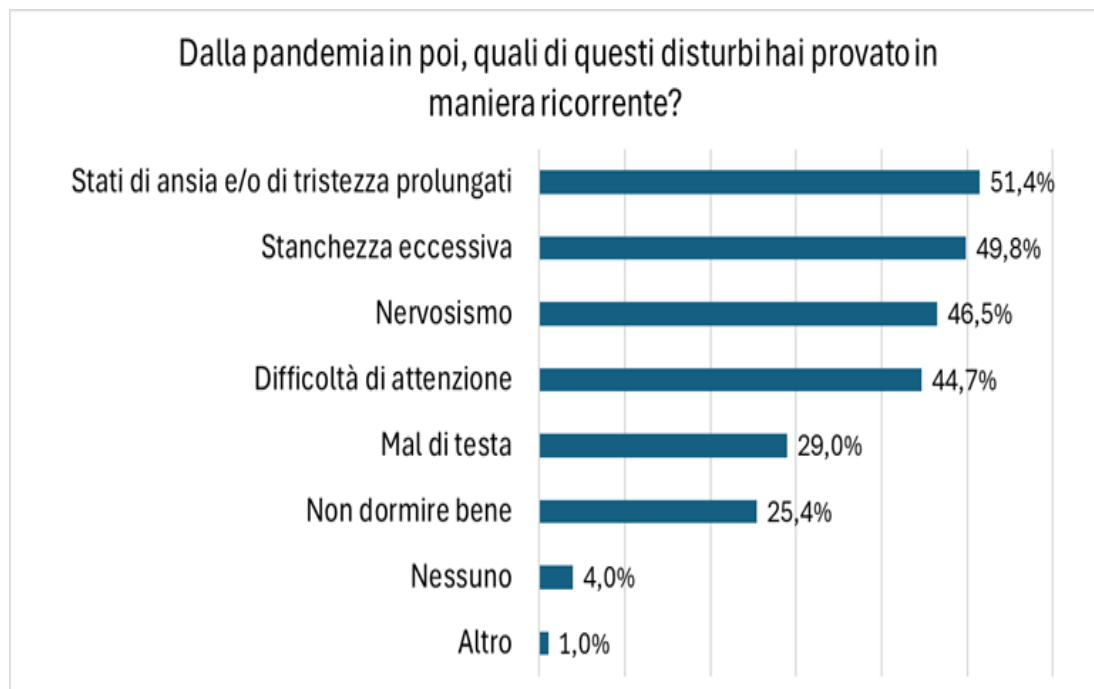


DATI GENERALI

- **Disturbi alimentari: 3 milioni** le persone in Italia in cura per anoressia, bulimia e binge eating (Fonte: Min. Salute.)
59% età 13-25 anni, 6% meno di 12 anni
- **Calabria, il 25,6% degli adolescenti è in sovrappeso o obeso,**
- **Bullismo: 68,5%** ragazzi età 11-19 anni, almeno una volta nei 12 mesi precedenti (aggressione, diffamazione, esclusione)
21% più volte al mese, 8% settimanale
13,5% adolescenti vittime bullismo in Calabria
- **Cyberbullismo: 14,5** adolescenti vittime (Fonte: Istat, rif. 2023)
- **Dipendenza digitale: 14,7%** adolescenti Calabresi utilizzano computer/console/tablet, 5 o più ore al giorno durante la settimana (Fonte: 11° Rapporto CRC)
- **Autolesionismo: + 27%** rispetto pre-Covid ragazzi
- **Dispersione scolastica: 17%** nell'anno 2023

DATI GENERALI

- **Autorità Garante Infanzia e Adolescenza** (10/2024, indagine su campione 16-20 anni)



- Soltanto il **35% si definisce sereno**
- **24%** soddisfa i criteri del disturbo d'ansia



PIANO REGIONALE SUPPORTO alle FRAGILITA'

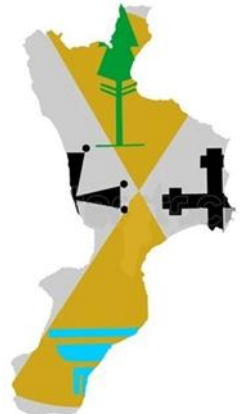
Investimento Piano Strutturale di 88.517.000,00 €

- Progetto a prevalenza sanitaria **«Apprendere Insieme»** € 25.017.000,00
 - Costituzione Equipe DSA: in ogni Distretto sono presenti due equipe costituite da 1 NPI, 2 Psicologi, 2 Logopedisti;
- Progetto a prevalenza sociale **«Autipack»** € 5.000.000,00
 - Sostegno alle cure di pz con autismo per la fruizione di servizi che applicano metodi educativi/comportamentali riconosciuti dall'ISS Sanità ed erogati da operatori specializzati.
- Progetto a prevalenza sociale **«Educational Framework»** € 9.000.000,00
 - Supporto alle famiglie con educatori familiari domiciliari (5 operatori per ATS per 3 anni) assunti all'interno dei 32 Ambiti Sociali Territoriali
- Progetto a prevalenza sanitaria **«Discutiamone a scuola»** € 9.000.000,00
 - Presenza strutturata dello Psicologo nelle scuole. Enti coinvolti (Regione Calabria, Ordine Psicologi Calabria, Ufficio Scolastico Regionale)

Progetto: Discutiamone a scuola

Cosa prevede?

- Assunzione delle 5 Aziende Sanitarie Provinciali di **n. 43 Dirigenti Psicologi**, 38h/sett. (CS ha assunto con P. IVA)
- Ogni ASP ha nominato un coordinatore aziendale di progetto
- Il personale è strutturato all'interno del Dipartimento Materno Infantile - Consultori
- Assegnazione in base alla popolazione scolastica residente (CZ n.8, CS n.15, KR n.4, RC n.13, VV n.3)
- **N. 285** Scuole interessate: **Primo e secondo grado**
 - Terze classi Scuole Secondarie primo grado
 - Primo biennio Scuole Secondarie secondo grado
- **N. 967** Classi Terze Medie
- **N. 1967** Classi Biennio
- **N. 2893** Totale Classi
- **Ordine Psicologi Calabria** finanzierà un **Corso di Alta Formazione** organizzato insieme all'Università della Calabria - UNICAL



OBIETTIVI PROGETTO

1. Identificare precocemente segnali di disagio psicologico e/o disturbo psicopatologico
2. Favorisce il benessere emotivo e relazionale degli studenti
3. Migliorare la qualità della convivenza e delle relazioni all'interno della comunità scolastica e non solo;
4. Interagire con la famiglia per sostenere e favorire la crescita sana dei figli;
5. Promuovere interventi individuali e collettivi per fornire strategie utili per affrontare momenti critici o difficoltà in ambito scolastico
6. Interventi di gruppo sulle responsabilità genitoriale e su come intercettare eventuali disagi;
7. Supporto al corpo docente nelle situazioni di difficoltà nella relazione gli alunni
8. Supporto individualizzato per gli alunni con BES
9. Interagire con la comunità educativa per sviluppare e realizzare interventi in classe sulle **emozioni, regolazione emotiva, gestione ansia e potenziamento autostima;**
10. Lavoro integrato con ATS, ASP, Servizi sul Territorio, per l'attivazione di strumenti e risorse per una presa in carico appropriata e tempestiva
11. **Non fare psicoterapia ma supporto, consulenza, orientamento e soprattutto prevenzione!!**

Progetto AscoltaMI

Ministero dell'Istruzione e del Merito

- **Progetto AscoltaMI:** finanziato con 10 milioni (A. 2025) più 18,5 milioni (a.2026) Protocollo MIM-CNOP
- Si introduce in via sperimentale lo psicologo anche a supporto delle scuole per **via telematica (?)** piattaforma UNICA
 - **Supporto psicologico:** gestire il disagio psico-fisico, e fornire assistenza a studenti, docenti, dirigenti e famiglie
 - **Prevenzione:** Sviluppare percorsi progettuali per prevenire forme di disagio e promuovere il benessere psicologico fin dalla giovane età.
 - **Competenze:** Favorire l'acquisizione di competenze cognitive, emotive e relazionali per la vita, promuovendo il dialogo e il confronto.
 - **Cultura del rispetto:** Promuovere la cultura del rispetto della persona all'interno delle scuole, soprattutto in seguito a episodi di violenza.
- **Destinatari:** 3^a media e biennio superiori
- **Appuntamento su prenotazione online** (superare barriere logistiche e temporali, nonché lo stigma)
- **Colloqui:** max 5
- **Monitoraggio e valutazione:** CNOP-Fondazione Ossicini

Problema frammentazione fondi

- **PNRR**
- **MIUR 2020 e 2021**- € 1600,00 a Istituto Comprensivo per fornire assistenza psicologica agli alunni ed al personale
- **Bonus Psicologo:**
- **Fondo 2022:** 10 milioni euro **Domande presentate: N= 387.000** **Accolte: 41.000 (10,6%)**
- **Età richiedenti: N= 230.000 Under 35 N= 157.000 Over 35** (Fonte: Commissione UE – Inps)
- **Regione Calabria:** domande presentate **N=14.000** e accolte **N= 104 (0.75%)**

PROPOSTA DI LEGGE QUADRO

Tutti i paesi europei prevedono la presenza dello psicologo scolastico tranne **Romania e Turchia**

- **DDL n. 2613 del 6 dicembre 2016;** Sen. Laura Fasiolo (PD), proposta inserimento Psicologo in 100 Istituti Comprensivi - sperimentale
- **Proposta di legge (C. 1413) 4 dicembre 2018;** BELLUCCI Maria Teresa; MELONI Giorgia; Rampelli; Lollobrigida; Frassinetti; Mollicone; Bucalo; Ciaburro; Ferro; Butti; Fitzgerald Nissoli; La Marca ; Marrocco; Maschio; Musella; Spina; Vietina
- **DDL (N.1826) del 22 maggio 2020:** Masini Barbara
- **Proposta di legge (C. 3121) 18 maggio 2021;** Carelli; Gagliardi; Mugnai; Napoli; Ruffino; Vietina;
- **Proposta di Legge (C. 3365) 11 novembre 2021:** Marrocco Patrizia
- **DDL (C.3623) del 15 giugno 2022:** Di Lauro Carmen
- **DDL (N. 1587) del 16 Luglio 2025** «Legge quadro per l'istituzione della figura dello psicologo scolastico nel sistema nazionale di istruzione»
Iniziativa SEN. Occhiuto, Gasparri, Silvestro, Ternullo, Damiani, Trevisi, Galliani, Fazzone, Rosso, Craxi, Ronzulli, Lotito, De Rosa, Paroli, Zanettin
- **Primo scenario:** 1 Psicologo ogni 4 scuole, indipendentemente dal contributo delle regioni (Fondi Regioni e FSE+) Impatto: € 22.500.000,00
- **Secondo scenario** ottimale pari a 1 Psicologo ogni 2 scuole

PROPOSTA DI LEGGE QUADRO

Ipotesi 1 – base calcolo n. psicologi per scuola

	scuole	euro	ore sett	settimane	mesi	Netto psic	totale	20 per cento oneri
I scen minimo	3175	30	20	4	9	21600	68.580.000,00 €	82.296.000,00 €
II scen ottimale	6350	30	20	4	9	21600	137.160.000,00 €	164.592.000,00 €

Ipotesi 2 – base calcolo n. psicologi per popolazione studentesca

Studenti sec. I grado*	Studenti sec. II grado*	Totale studenti	N psicologi (proporzione psic/studenti)		Netto psic (30 euro*20h sett*4sett*9mesi)	Netto complessivo (netto per psic per n. psicologi)
1.533.509	2.631.879	4.165.388	1/1000	4.165	21.600	89.972.380,80 €
1.533.509	2.631.879	4.165.388	1/2000	2.083	21.600	44.986.190,40 €
1.533.509	2.631.879	4.165.388	1/3000	1.388	21.600	29.990.793,60 €
1.533.509	2.631.879	4.165.388	1/4000	1.041	21.600	22.493.095,20 €

Proposte Regionali, Ordinistiche, Università

- **CNOP: GdL Psicologia nella scuola** (K. Castellini, N. Panza, E. Confalonieri, M.R. Mamei, L. Mengheri, I. Perrucci)
- Quasi tutti gli Ordini regionali hanno un GdL Psicologia Scolastica che hanno lavorato su Linee Guida Regionali
- **Regione Puglia:** L.R. n. 31/2009, modificata 2019 istituisce l'Unità Regionale di Psicologia scolastica (2007-2013 con POR)
- **Regione Abruzzo:** Del. Reg, n. 6/2016 Istituzione elenco psicologi scolastici
- **Regione Marche:** L.R. n. 23/2021 Istituzione del servizio di psicologia scolastica
- **Regione Calabria:** in discussione Proposta di Legge Istituzione dello Psicologo Scolastico nel Sistema Scolastico Regionale
- Rispetto all'offerta formativa accademica nazionale sulla Ps. Scolastica, vi sono soltanto **2 CdL Magistrale in Psicologia Scolastica:** Università di **Foggia** e Università di **Bologna** (Psicologia scolastica e di comunità)
- **Master post-Lauream e Perfezionamento:** Torino, Bologna, Padova, Firenze; Roma, Foggia, Palermo, Napoli, Catania.....)

Questioni aperte

- Psicologo nella scuola: deve essere assunto come **Dirigente, Funzionario** o **Libero Professionista**?
- Dipendente del **MIM, USR** o **SSR**?
- Deve essere **specializzato oppure no**? Non fa psicoterapia
- **Quale formazione deve avere?**
- Coordinato dal **Dirigente Scolastico** oppure da un **Coordinatore del Servizio di psicologia scolastica** (ambito o provinciale)
- L'assenza di una normativa chiara in materia, accade spesso che attività esclusivamente psicologiche vengano svolte indebitamente da altre professionalità (Tar del Lazio, Sentenza 17 novembre 2015, n. 13020)
- **Necessità di criteri condivisi e uniformi sul territorio nazionale**, sui **requisiti di accesso da possedere per la partecipazione ai bandi scuola** (es. anni iscrizione Albo, formazione specifica, esperienza, ecc..)
- Bandi selezione progetti scuola: Unico regionale/provinciale o d'Istituto?

Grazie per l'ascolto



Grazie

Dott.ssa Emanuela Calvani - Presidente Centro Studi Psicosociali Calvani dr. Antonio
Prof. Paolo Michielin – Università degli Studi di Padova

DE SENECTUTE, OGGI

vittorio filippi
primavera 2026



DOVE SIAMO? IL CASO DEL VENETO (dal 2021 al 2031)

- ▶ Fino a 14 anni: - 19,2%
 - ▶ 15-39 anni: + 3,1%
 - ▶ 40-64 anni: - 9,8%
 - ▶ 65 e oltre: + 19%
-
- ▶ Totale popolazione: - 0,9%

LE QUATTRO NOVITA' DEGLI ANZIANI

- ▶ Mai così tanti > i *baby boomer* degli anni 50/60
- ▶ Mai così longevi > tre mesi per anno, 23 mila centenari
- ▶ Mai così soli > famiglie unipersonali, 4 su 10 a metà secolo
- ▶ Mai così giovanili > «Noi siamo i giovani | giovani più giovani ...» (Spaak 1964)

FRAGILITA': LA TRAPPOLA DI TITONE



PIU' ANNI ALLA VITA, MA NON PIU' VITA AGLI ANNI

- ▶ In Italia la speranza di vita alla nascita è cresciuta a 83,4 anni ma quella in buona salute scende a 58,1.
- ▶ Ciò significa vivere in media con malattie croniche o disabilità per i 25 anni finali della vita.

ATTREZZARSI AL NUOVO SQUARCIO DI VITA

- ▶ *One life* > le tre dimensioni: cronologica, biologica, della pienezza di sé
- ▶ *One Health* > interdipendenza tra uomo, animali, ambiente; le morti evitabili
- ▶ *One longevity*: un inedito paradigma che ridisegna demografia, società, tecnologie, economia, mentalità (la nostra *Weltanschauung*)

GLI INVECCHIAMENTI A CUI TENDERE (un circolo virtuoso)

- ▶ Invecchiamento attivo
 - ▶ Invecchiamento in salute
 - ▶ Invecchiamento insieme
-
- ▶ Quando si impara ad invecchiare? Da quando si nasce, possibilmente ...

DEL BUON INVECCHIARE IN 4 PUNTI

- ▶ Prevenzione: primaria e secondaria
- ▶ Attività: fisica, mentale, spirituale
- ▶ Alimentazione (Feuerbach, 1862)
- ▶ Socialità: familiare ed extrafamiliare

Giri il collo, alzi le braccia
pieghi le ginocchia e senti:
crik, crok, crak...tranquilla,
non stai invecchiando,



stai diventando croccante!!!

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

L'evoluzione del sistema dei Servizi in risposta alla fragilità

Monastier, 11 aprile 2026

La rete dei Servizi

Area Anziani

- Centri di Servizi
- ★ Centro Sollievo
- ◆ Centro Parkinsoniani





Sistema di offerta di servizi per le persone non autosufficienti nell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana.

Il sistema di risposta ai bisogni della persona anziana in provincia di Treviso vede

- n. 58 Centri di Servizi per anziani non autosufficienti, per un totale di n 5.775 posti autorizzati all'esercizio e accreditati (religiosi inclusi);
- n. 26 Centri diurni per anziani non autosufficienti (alcuni temporaneamente chiusi per carenza di personale OSS), per un totale di n. 461 posti autorizzati all'esercizio e accreditati;
- n. 48 Centri di Sollievo per persone affette da decadimento cognitivo e n. 5 per persone affette da malattia di Parkinson, gestiti da associazioni del territorio.



Il sistema di finanziamento della rete residenziale

La gran parte dei servizi residenziali per anziani non autosufficienti viene finanziato dal Fondo Non Autosufficienza erogato annualmente dalla Regione del Veneto, il cui valore complessivo per la Provincia di Treviso è pari a circa **94,8 milioni di euro**, di cui **2,782 mln. €** per la gestione dei casi più gravi con demenza (cosiddetti ospiti di Area 3).



Il sistema di finanziamento della rete residenziale

In aggiunta a detto importo, nel bilancio dell'ULSS 2 vengono stanziati inoltre **3,8 milioni €** per prestazioni di fisioterapia e logopedia agli ospiti, prevista dall'accordo contrattuale con gli enti gestori e altri **1,5 mln €** che solo la ULSS 2 Marca Trevigiana mette da anni a bilancio per finanziare le dimissioni protette ospedale-territorio (**75 posti letto**)



La situazione attuale

- Complessivamente le risorse messe a disposizione sommano a **100,1 mln €**. per gli utenti ospiti nei quasi 5.600 posti accreditati.
- **Importo interamente speso nel corso del 2025.**
- Il medesimo valore nel 2023 era pari a 93,2 mln € e nel 2024 si assestava su 98,6 mln €.
- **Per cui l'incremento di spesa rispetto al 2023 è pari al 6,9% e rispetto al 2024 pari all'1,5%.**



Il sistema dei servizi della domiciliarità

- 75 posti per dimissioni protette di uno o due mesi, per la riabilitazione dell'anziano dopo il ricovero in ospedale, o per permettere alla famiglia di organizzare il suo rientro al domicilio o per altra soluzione a lungo termine.
- L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero breve (di norma 15-20 posti letto) inserita nel territorio, che funge da "ponte" tra l'ospedale per acuti e il domicilio. Gestito prevalentemente da infermieri con assistenza medica programmata, accoglie pazienti che necessitano di cure intermedie, monitoraggio clinico o riabilitazione prima di tornare a casa, riducendo i ricoveri impropri



Il sistema dei servizi della domiciliarità

Il progetto Sollievo ha preso avvio in fase sperimentale con D.G.R. n. 1873/2013, come iniziativa volta a favorire la permanenza nel contesto familiare delle persone anziane affette da demenza (anche a esordio giovanile). E' stato poi esteso anche ai malati di Parkinson con l'obiettivo di:

- lavorare sulle capacità e sulle competenze degli utenti, offrendo un “sollievo” sempre più personalizzato ai caregiver;
- favorire l'ascolto, il supporto e il coinvolgimento nel progetto di cura;
- coinvolgere attivamente le Associazioni di Volontariato e il loro coordinamento provinciale nella gestione della problematica del disturbo cognitivo negli anziani.



Il sistema dei servizi della domiciliarità per chi resta a casa

- Rete di assistenza domiciliare integrata (Adi) che nel 2024 ha preso in carico più del 12% - 24 mila persone circa- della popolazione con più di 65, offrendo prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative a domicilio dell'assistito.
- Per il biennio 2025-2026 è attivo un contributo regionale di 400 euro mensili per un massimo di 12 mesi per le famiglie che assistono a domicilio anziani in stato di vulnerabilità con punteggio S.Va.M.A dai 70 punti in su e con un Isee inferiore a 40 mila euro»75 posti per dimissioni protette di uno o due mesi, per la riabilitazione dell'anziano dopo il ricovero in ospedale, o per permettere alla famiglia di organizzare il suo rientro al domicilio o per altra soluzione a lungo termine.



Il sistema dei servizi nella transizione Ospedale-Territorio

Nella fase di dimissioni le famiglie si trovano disorientate a gestire il nuovo assetto del proprio caro, che a seguito del ricovero si ritrova in una nuova dimensione assistenziale

- Il passaggio dei pazienti dall'ospedale al ricovero temporaneo o al domicilio con l'Adi viene coordinato dalla COT, che è in collegamento informatico con tutti gli Ospedali pubblici della Marca Trevigiana, quelli convenzionati e con le strutture territoriali. Il PNRR ha implementato la rete delle COT per facilitare la comunicazione diretta con gli operatori sanitari sia ospedalieri che territoriali, sempre nell'interesse della risposta più appropriata per la persona. La Cot raccoglie i bisogni rilevando le informazioni sulle condizioni di salute e sulla rete di supporto rappresentata dal proprio caregiver o da altre relazioni sociali.



Il sistema dei servizi nella transizione Ospedale-Territorio

Le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità

- nelle case di comunità, ormai di prossima apertura, sono previsti i punti unici di accesso (PUA), sportelli aperti ai cittadini che si ritrovano in condizioni particolari, a cui dare risposte sui vari servizi esistenti nella nostra azienda.
- Gli Ospedali di Comunità rispondono ai bisogni delle famiglie per stabilizzare l'utenza e gestire i percorsi non urgenti dal territorio



Per una analisi seria e approfondita basata sui dati, è opportuno sottolineare quanto segue:

- ✓ che gli anziani inseriti nelle strutture mediamente vivono più a lungo, confermando la buona qualità del sistema di risposta residenziale;
- ✓ che gli ovvi effetti del decremento demografico stanno progressivamente incrementando la prevalenza degli anziani over 65 aa. (circa 209 mila pari al 23,8% nella nostra provincia nel 2024, erano il 20,1% nel 2007).
- ✓ L'AULSS2, nella consapevolezza di quest'ultimo dato, ha messo in campo una rete diversificata di servizi che, oltre alla residenzialità continuativa sopra citata, prevede quella nei **26 centri diurni** della provincia (446 posti con in carico 289 pazienti), nei **44 Centri di Sollievo** (con 415 utenti trattati) per persone affette da decadimento cognitivo e nei **5 altri centri per 48 utenti affetti da malattia di Parkinson**.



La rete del futuro

- Nuclei monofamiliari
- Maggiore supporto alla famiglia
- Maggiore autonomia e salute della persona anziana
- Gestione della vita autonoma il più a lungo possibile
- Rete di Co-housing
- Supporti di servizio
- Supporti variabili



La rete del futuro

È in atto una strategia di rafforzamento dei servizi per gli anziani non autosufficienti per il periodo 2024-2026 puntando sulla continuità tra ospedale e territorio.

Una delle figure che faciliterà questa continuità è anche l'Infermiere di Famiglia, che ha il compito di rafforzare il sostegno educativo alla persona e alla famiglia, in relazione alla nuova terapia in fase di dimissione, laddove ovviamente sono stati segnalate delle problematiche che ne attivano la necessità.



PUNTI PROGRAMMATICI	
1	Promozione progetti Telemedicina-teleconsulto
2	Promozione strategie rispetto Tempi di attesa e appropriatezza prescrittiva
3	Potenziamento del rapporto ospedale-territorio
4	Monitoraggio attivazione e funzionamento Case della Comunità
5	Promozione e monitoraggio progetto PNRR «Casa come primo luogo di cura»
6	Individuazione progetti di prevenzione della cronicità
7	Promozione campagne di informazione territoriale su percorsi di telemedicina
8	Rafforzamento di progetti volti all'Umanizzazione delle Cure
9	Promozione della conciliazione vita - lavoro per il personale sanitario
10	Attivazione di programmi di deblictering

FRAGILITA' DELL'ANZIANO..UN PO' DI DATI..

Una ricerca del 2018 del servizio epidemiologico della regione Veneto ha evidenziato che per la prima volta dal 1861, in Italia chi ha oltre 60 anni è più numeroso di chi ne ha meno di 30. (28,7% >28,4%) e secondo le previsioni Istat nel 2040 un individuo su tre avrà più di 65 anni.

L'invecchiamento della popolazione genera un cambiamento nella domanda di servizi sociali e sanitari, prescrivendo nuovi modelli territoriali basandosi su un'individuazione precoce del bisogno per poterne rispondere in modo tempestivo.

CONCETTO DI FRAGILITA'

La fragilità rimanda spesso ad un concetto biomedico o bio-psicosociale, concetto che declinato nell'area anziani può riassumersi in << condizione che coinvolge soggetti di età avanzata, affetti spesso da:

- patologie multiple o stato di salute instabile
- problemi socio- economici: solitudine, basso reddito, difficoltà relazionale..
- fragilità della rete familiare >>

Di base, l'anziano è caratterizzato da suscettibilità ad eventi avversi, incapacità o ritardo di reazione al cambiamento. --> aumenta la sua fragilità

➡ una precoce individuazione del tipo di fragilità può portare quindi ad attivare strumenti di valutazione multidimensionale e di conseguenza impostare le politiche sociosanitarie anche su un approccio preventivo



FRAGILITA' GERIATRICA

Da un'indagine dell'ADI (assistenza domiciliare integrata), l'Italia è all'ultimo posto in Europa per la long-term care (cura a lungo termine), alla quale viene destinato il 10% della spesa sanitaria (25% in Europa) e nel 2016 ne gode solo l'1,3% della popolazione



Che interventi offrire prima della RSA?

- favorire la permanenza degli anziani in famiglia, attivando misure di controllo sulla qualità della vita degli anziani non istituzionalizzati (telesoccorso, telemedicina, servizio trasporto Anziani, il servizio pasti a domicilio, i soggiorni climatici protetti);
- attivare o potenziare dei servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI) in modo da assistere gli anziani ultrasessantacinquenni non ospitati in RSA, che siano essi non autosufficienti, parzialmente autosufficienti o a grave rischio di invalidità;

- promuovere l'attivazione di centri diurni di riabilitazione o socializzazione
- sensibilizzare l'utenza per agevolazioni come assegno di cura e aiuti finanziari per sostenere i costi di assistenti familiari (badanti).
- Sensibilizzare a nuove sperimentazione sull'esempio di altre regioni d'Italia.

RSA Aperta: servizi della RSA erogati a domicilio o ambulatorialmente all'interno della struttura stessa (in alcune regioni come la Lombardia esistono già), come interventi educativi o sanitari specifici tipo ambulatoriali



Nello specifico sono servizi rivolti a:

PERSONE AFFETTE DA DEMENZE (IN RELAZIONE AL GRADO DI GRAVITÀ CERTIFICATO):

COSA:

- interventi di stimolazione cognitiva;
- interventi di consulenza alla famiglia per gestione disturbi del comportamento;
interventi di supporto psicologico al caregiver;
- ricoveri di sollievo;
- interventi di stimolazione/mantenimento delle capacità motorie;
igiene personale completa;
- interventi di sostegno in caso di disturbi del comportamento;
- consulenza e addestramento del caregiver/famiglia per l'adattamento degli ambienti abitativi;
interventi di riabilitazione motoria;
- nursing;
- interventi per problematiche legate alla malnutrizione/disfagia;
- consulenza e addestramento del caregiver/famiglia per l'adattamento degli ambienti abitativi.

ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI CON INVALIDITÀ CIVILE AL 100% (IN CONDIZIONI DI DIPENDENZA TOTALE RILEVATA CON APPOSITA SCALA)

COSA:

- interventi per il mantenimento delle abilità residue;
- consulenza e addestramento del caregiver/famiglia per la protesizzazione degli ambienti abitativi;
- consulenza alla famiglia/caregiver per la gestione di problematiche specifiche relative all'alimentazione;
- consulenza alla famiglia/caregiver per la gestione di problematiche specifiche relative all'igiene personale;
- interventi al domicilio occasionali e limitati nel tempo in
- sostituzione del caregiver;
- accoglienza in RSA per supporto al caregiver (solo in territori sprovvisti di Centri Diurni Integrati).

LA PROGRAMMAZIONE IN VENETO IN AMBITO ANZIANI

Le persone anziane o non autosufficienti possono avvalersi di una pluralità di servizi di tipo domiciliare e residenziale, nonché di contributi economici e di sostegno in relazione ai diversi tipi di non autosufficienza

- Impegnativa di cura domiciliare (ICD)
- Servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.)
- Stati Vegetativi Permanenti (SVP)
- Servizi semiresidenziali e residenziali: Centri diurni per persone anziane non autosufficienti
- Telesoccorso
- Contributi economici per il sostegno nella gestione dei carichi assistenziali della persona anziana

- Contributo ai Care Giver
- Bonus Anziani – Prestazione Universale

Si tratta di una nuova misura economica istituita in via sperimentale per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane ultraottantenni non autosufficienti già beneficiarie dell'indennità di accompagnamento

- Barriere architettoniche: contributi
- Servizio civile anziani
- Registro regionale degli assistenti familiari (badanti) e Sportelli per l'assistenza familiare
- Emergenza caldo



IL CAMBIAMENTO NELLE RSA

Dai primordi “spontanei” negli anni Ottanta e Novanta ai nostri giorni, tutte le strutture sono molto controllate, accreditate con l’ente pubblico e dotate di personale formato.

Ma l’utenza che si rivolge alle strutture spesso è *multivariegata*, in una società dove dilagano il “policonsumo” (droghe, alcol, farmaci) e con utenti adulti/anziani che arrivano in condizioni di gran lunga peggiori rispetto al passato, spesso all’ultimo stadio e con

complicanze psichiatriche. Fonte Sabrina Molinaro (ricercatrice del Cnr), Riccardo De Facci (ex presidente del Cnca), Alberto Barni (di Comunità Nuova di Milano e del Ceal) e Giovanni Gaiera (della Comunità Cascina Contina di Merate).



STRUTTURE RESIDENZIALI A SOSTEGNO DEGLI ANZIANI

- centro servizi **per autosufficienti**: l'utente è l'anziano pressochè fisicamente autosufficiente, e la struttura è orientata alla cura, ma sempre nel mantenimento e nella promozione dell'autonomia (si tratta per lo più di offrire un servizio alberghiero)
- **comunità alloggio o co-housing**: appartamenti in cui vivono insieme un piccolo numero di persone anziane, che non hanno la possibilità di rimanere nel proprio domicilio per motivi di carattere economico-familiare alloggiativo. Rispondono sia ad esigenze di pronto intervento che a necessità di permanenza. Sorgono in aree urbane, così da consentire l'effettiva partecipazione alla vita sociale e prevenire l'emarginazione dell'anziano.

CENTRI SERVIZI PER NON AUTOSUFFICIENTI

Rispetto all'impianto delle case di riposo del passato, i centri servizi e le RSA, hanno ora l'intento (come previsto da Piano Regionale) di concentrare i loro obiettivi sulle caratteristiche dell'anziano ospite e in questo senso prevede un adeguamento del personale sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo professionale basato alle esigenze del residente. Proprio per questo le RSA consentono un modellamento dell'intervento, nel pieno rispetto dei ritmi di vita quotidiana del paziente → l'azione quotidiana è mirato a mantenere l'autonomia, prendersi cura della vulnerabilità e mirare al mantenimento della dignità/identità dell'anziano

MOTIVI DI ACCESSO AI C.S. = quali fragilità

- Compromissione della salute (motivi clinici) ed in particolare l'aumento della patologia dementigena che rendono a volte pericolosa la permanenza in casa (rischio fuga, incidenti domestici, necessita di rapporto 1:1..) o post acuzie (ricovero ospedaliero)
- Pluripatologie croniche con necessità di interventi di cura erogati da professioni infermieristiche/medici
- fragilità della rete familiare (caregiver in burnout, malattie del caregiver..)
- solitudine e isolamento sociale (a causa ad esempio di barriere architettoniche o di mancanza di rete di vicinato)
- "inadeguatezza" del SAD o ADI in quanto la situazione è troppo complessa

CRITERI DI ACCESSO AI C.S. IN VENETO

Qualora l'anziano stesso e/o la sua famiglia reputino la necessità di far domanda di ingresso presso un C.S. non basta la volontà (se non per accedere alle strutture in regime privato), in Veneto è necessario far domanda tramite i servizi sociali del proprio comune di Residenza che a loro volta attivavano una valutazione formale dell'anziano tramite UVMD (unità valutativa multidimensionale distrettuale). Questa valutazione produce un documento "riassuntivo" denominato scheda SVAMA che valuta le autonomie dell'anziano da diversi punti di vista; medico, infermieristico, delle autonomie residue, motorio, cognitivo e comportamentale.

.La SVAMA produce un profilo di autonomia (da 1 a 17) e un punteggio (da 60 a 100) con cui l'anziano viene inserito nelle graduatorie dei C.S. che le famiglie scelgono tra quelle territoriali. Maggiore è il punteggio ed il profilo, maggiore è la priorità di urgenza/chiamata presso i C.S dal RUR (registro unico residenzialità). La Regione riconosce il pagamento dell'impegnativa/quota unica sanitaria quantificata in 52,00€, riconosciuta all'assistito in seguito allo scorrimento della graduatoria del RUR che esercita la libera scelta nella rete dei Centri di Servizio.

FRAGILITA' EMERGENTE QUANDO UN ANZIANO VIENE ACCOLTO NEI CENTRI SERVIZI

L'assistente sociale ha il compito primario di dare una lettura delle famiglie che si rivolgono alle strutture residenziali per individuare il motivo della scelta:

- hanno alle spalle anni di assistenza, spesso fornita in sostanziale solitudine per questo → esprimono la necessità di informazioni sul funzionamento della struttura, hanno bisogno di un tempo di riconoscimento e di ascolto, necessitano di ricevere un orientamento competente sulle risorse di aiuto disponibili a livello locale e sulle misure e opportunità previste dalle istituzioni territorialmente competenti
- Vi sono situazioni patologiche e disfunzioni familiari che rendono difficile costruire un percorso collaborativo → in questi casi l'AS è chiamato a occuparsi delle relazioni familiari affinché possano distendersi, per quanto possibile sanarsi e diventare risorsa, o almeno non ostacolare l'intervento di supporto e tutela dell'anziano non autosufficiente. È un'attività spesso nascosta, che però risulta determinante affinché l'eventuale presa in carico possa essere attivata in un contesto favorevole e possa quindi portare i risultati sperati; molti interventi, infatti, rischiano di essere vanificati a causa di dinamiche disfunzionali presenti nei nuclei familiari (Corradini, *et al.*, 2019).

I CENTRI DIURNI

I **Centri Diurni** in Veneto per persone anziane non autosufficienti svolge un ruolo fondamentale nell'integrazione delle politiche territoriali a favore degli anziani, fornendo sostegno alle persone che non sono autosufficienti e alle loro famiglie con l'obiettivo di favorirne la permanenza a domicilio.

Si tratta di un servizio socio-sanitario che, attraverso interventi mirati, offre assistenza a persone anziane non autosufficienti durante la giornata. Le principali finalità del centro diurno sono le seguenti:

- ritardare l'istituzionalizzazione e il decadimento psico-fisico dell'anziano, offrendo sostegno e sollievo alle persone anziane non autosufficienti e alle loro famiglie.
- sostenere il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente familiare e sociale, anche in situazioni di rilevante gravità, evitando l'ingresso in strutture residenziali.
- alleviare il carico assistenziale delle famiglie, in particolare per le persone anziane dimesse dall'ospedale, riducendo la durata del ricovero e facilitando il ritorno alla vita quotidiana.

Il Centro diurno si distingue per la sua flessibilità, adattandosi alle diverse necessità degli utenti attraverso una serie di servizi differenziati. Le principali attività proposte sono:

- .Attività sanitarie: prevenzione, terapia e riabilitazione.
- .Attività assistenziali: cura della persona, sostegno all'autonomia personale.
- .Attività sociali: animazione, terapia occupazionale, socializzazione.

PROGETTI SVP (stati vegetativi permanenti)

In Veneto la DGR 702/2001 e DGR n. 708/2001 definiscono la situazione di Stato Vegetativo come *una sindrome clinica caratterizzata da assoluta non coscienza di sé e dell'ambiente, con parziale ripresa del ritmo sonno-veglia e delle funzioni automatiche vegetative, cioè delle funzioni autonome ipotalamiche del tronco encefalico, individua i principali criteri diagnostici e ne definisce le differenze rispetto alla situazione di coma o coma vigile.*

All'interno della dotazione dei posti letto autorizzati e accreditati nelle strutture residenziali extraospedaliere per persone non autosufficienti, vengono compresi anche dei posti letto finalizzati a garantire assistenza a persone in stato vegetativo permanente.



La domanda di accoglimento in Sezione per SVP può essere presentata di norma non prima dei 3 mesi dal fatto acuto.

.La stessa potrà essere presentata da un familiare, dal tutore, dall'amministratore di sostegno della persona rivolgendosi al Distretto Socio-Sanitario dell'Azienda ULSS di competenza o al Comune/ATS competente per residenza. Il processo di ammissione prevede l'attivazione della valutazione multidimensionale effettuata da un team di professionisti, denominato Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.).

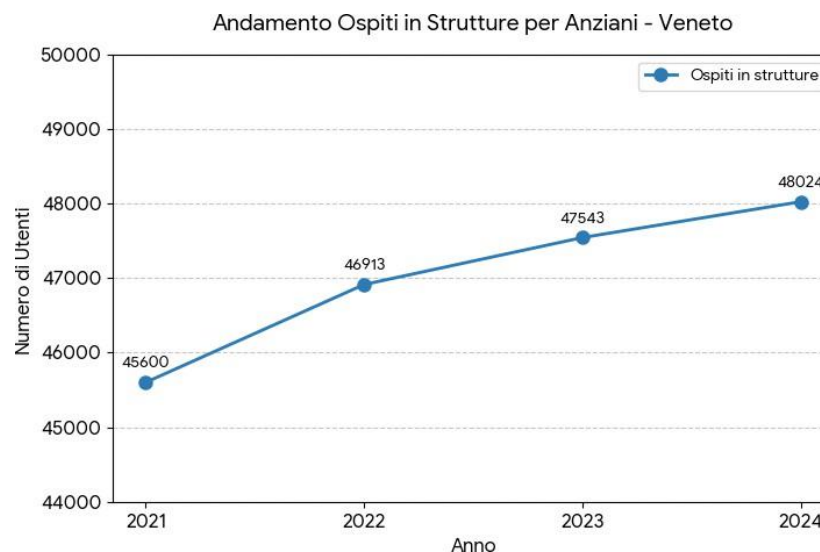
UN PO' DI DATI SUI CENTRI SERVIZI..

Nel 2024, circa 48.024 persone hanno usufruito di servizi residenziali o semiresidenziali, registrando un aumento costante rispetto ai 46.913 utenti del 2022.

Capacità ricettiva: in Veneto sono presenti circa 324 strutture.

Nel 2020 si contavano oltre 31.500 posti letto autorizzati per anziani non autosufficienti, con una media di circa 2,76 posti ogni 100 residenti over 65.

Distribuzione territoriale: Gli accessi sono distribuiti su tutto il territorio, con le concentrazioni maggiori nelle ULSS Marca Trevigiana (18,7%), Euganea (16,8%) e Scaligera (16,5%).



PROSPETTIVE FUTURE ..



Proiezioni Demografiche (2030-2050)

Invecchiamento di massa: entro il 2050, quasi un abitante su tre in Veneto avrà più di 65 anni. Gli ultra-ottantenni cresceranno in modo significativo, raggiungendo le 640.000 unità (rispetto alle attuali 390.000).

Indice di vecchiaia: Il rapporto tra giovani (0-14 anni) e anziani è destinato ad aumentare drasticamente: si stima che a metà secolo ci saranno 296 anziani ogni 100 ragazzi, aggravando lo squilibrio generazionale.

Solitudine: Si prevede un aumento marcato degli anziani che vivono soli, con un impatto sociale rilevante sulla gestione della fragilità e dell'isolamento.

Criticità per il Futuro

Sostenibilità del Welfare: L'aumento degli anziani non autosufficienti richiederà un incremento sostanziale di risorse economiche e di personale qualificato.

Malattie Croniche: La gestione di ipertensione, diabete e demenze diventerà la sfida principale per la tenuta del sistema sanitario regionale

SFIDE E STRATEGIE REGIONE VENETO

Per far fronte a queste tendenze, la Regione Veneto sta adottando un approccio integrato focalizzato su tre pilastri:

Potenziamento della Domiciliarità: L'obiettivo è favorire la permanenza dell'anziano a casa propria. Programmi come il Bonus Anziani 2025-2026 (400€ al mese per chi è assistito a domicilio) e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sono centrali in questa strategia.

Riforma del Sistema di Cura: La Regione sta promuovendo l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, rafforzando il ruolo dei distretti socio-sanitari per creare reti di assistenza personalizzate.

Invecchiamento Attivo: Attraverso leggi regionali specifiche, si incentivano attività che promuovano la salute, la socializzazione e la prevenzione delle malattie croniche, che colpiscono circa la metà degli ultra-65enni veneti



CONCLUSIONE:La speranza, e anche “la scommessa”, che le cose possano migliorare viene dalla “Legge delega 33/23 in materia di politiche in favore delle persone anziane”,.

Una riforma – spiega Cristiano Gori, ordinario di Politica sociale all’Università di Trento e promotore del “Patto per la non autosufficienza” – che si propone di costruire un sistema integrato di assistenza alla non autosufficienza che potenzi la domiciliarità, proponendo nuovi modelli di intervento e incrementando i finanziamenti pubblici.