

## ***PROGETTO***

Titolo: Percorso sperimentale per la prevenzione ed il trattamento dello STALKING

Ente responsabile dell'esecuzione: ASL NAPOLI 3 SUD

STRUTTURE COINVOLTE:

numero: 1

elenco: DSM

DURATA PROGETTO: 1 gennaio-31 dicembre 2014.

COSTO: 132000 EURO

COORDINATORE SCIENTIFICO DEL PROGETTO:

nominativo: Dr. Mariano De Furio

struttura di appartenenza: DSM , n tel 081/5509280, n. fax: 081/5509281, E-mail:  
m.defurio@aslnapoli3sud.it

**TITOLO:** Percorso sperimentale per la prevenzione ed il trattamento dello STALKING

### **ANALISI STRUTTURATA DEL PROGETTO**

Il variegato insieme dei comportamenti che configurano azioni di molestie assillanti è noto da tempo, ma solo ultimamente esso è stato individuato quale entità specifica definita "STALKING" e quindi riconosciuto all'interno della nosografia psichiatrica, della ricerca psichiatrico-forense, come fenomeno di rilevanza sociale e quindi nella categoria di reati perseguibili penalmente; tanto che nel 2009 è stata approvata una specifica legge (L. n.°38/2009).

Lo stalking può essere causato da diversi motivi: solo in rari casi esso è un epifenomeno che può essere un'espressione di franca patologia psichiatrica. Nei pazienti affetti da disturbi psicotico, ad esempio, l'azione persecutoria può manifestarsi come un sintomo del quadro schizofrenico e del delirio erotomanico. La maggior parte degli stalkers, tuttavia, non soffre di un disturbo che necessita di trattamento e pertanto la loro responsabilità penale non è diminuita. In alcuni casi, però la differenziazione tra molestatore sano e molestatore affetto da patologia mentale risulta ardua.

In considerazione della rilevanza del fenomeno la Regione Campania ha previsto, quale attività specifica del Piano Sanitario Regionale 2011-2013 affidata ai Dipartimenti di Salute Mentale, l'adozione di azioni tese alla prevenzione e trattamento delle condizioni ad esso legate.

In particolare attraverso la realizzazione di progetti sperimentali capaci:

- di incidere sul fenomeno dell'helplessness (sensazione delle vittime di essere soli e senza aiuto o comunque di non poter essere aiutati in modo sufficiente) a mezzo di campagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla popolazione generale
- di attivare protocolli tra agenzie ed enti per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura;
- di attivare una rete di punti di ascolto e filtro di eventuali segnalazioni per condotte di stalking;
- di produrre attività di formazione per il personale sanitario e degli enti di assistenza (es. Comuni, associazioni di volontariato, organi di polizia, etc.);
- di realizzare percorsi di counseling e sostegno per le vittime di azioni di stalking e di reale presa in carico nel caso di sviluppo di quadri sindromici (es. sindrome post traumatica da stress) o per gli Stalker individuati quali portatori di malattia psichiatrica.

Le vittime di stalking presentano sintomi più confrontabili con quelli di pazienti psichiatrici ambulatoriali che con le caratteristiche della popolazione generale. Circa il 75% delle vittime di

stalking presenta sintomi compatibili con un disturbo psichiatrico. Le sindromi psichiatriche specifiche tra le vittime sono soprattutto il Disturbo Post Traumatico da Stress (37%), la Depressione e l' Ansia; da notare inoltre che i disagi maggiori sono più evidenti nelle vittime che avevano una relazione intima con il molestatore (rappresentato dal partner respinto) forse a causa di più alti livelli di violenza e intimidazioni, combinati con l'intensità dei sentimenti suscitati in questa situazione.

Le vittime, inoltre, possono presentare modificazioni della personalità con aumento del senso di prudenza, sospettosità, ansia e aggressività e spesso presentano cambiamenti nella loro vita sociale e professionale (Pathè and Muller 1997) con modificazioni della loro routine quotidiana e delle loro abitudini.

Circa la metà riferisce una parziale o totale perdita di produttività lavorativa o nello studio ed una riduzione delle attività sociali.

Pertanto in coerenza con gli obiettivi assegnati, questo DSM ha proposto ed avviato una serie di iniziative, in una progettualità dedicata al fenomeno dello STALKING.. Tra esse anche un progetto finanziato con fondi CIPE annualità 2006, che anche alla luce di azioni già prodotte presentiamo come progetto esecutivo.

**Soluzioni proposte sulla base delle evidenze** Lo stalking è un fenomeno le cui caratteristiche epidemiologiche non sono ancora ben definite. ciò per una serie di concause tra cui ricordiamo:

- la difficoltà di emersione dei casi sia, per la presenza di episodi in cui le vittime non hanno consapevolezza di esso, sia per il fenomeno dell'helplessness;
- la difficoltà di una non univoca individuazione dei casi, la cui fattispecie prevede la coesistenza di azioni di molestia e la soggettiva percezione di disagio e/o sofferenza della vittima, non sempre omologabili sulla base di stili comportamentali e modelli culturali eterogenei;
- limitazioni metodologiche degli studi epidemiologici fin'ora condotti dovute anche alla scarsa conoscenza delle caratteristiche del fenomeno da parte degli addetti ai lavori.

Ulteriore riprova di quanto affermato deriva dai dati emersi dallo studio di uno specifico questionario che è stato distribuito e somministrato a 73 dirigenti sanitari del ns. DSM. L'elaborazione di questo strumento, da parte di un gruppo di lavoro interistituzionale composto dal dr. De Furio Mariano in rappresentanza del DSM e dai dott. Morlino Massimo e Galletta Diana quali rappresentanti del partner istituzionale individuato nella Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, è stata realizzata nel II semestre dell'anno 2012 ed il questionario distribuito nel gennaio del 2013. I dati raccolti sono significativi per una notevole discrepanza tra le stime attese e quelli rilevati; infatti proiettando gli indici di prevalenza ed incidenza di alcuni studi internazionali del fenomeno e/o quelli che l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ha fornito

relativamente alla popolazione generale italiana, sugli oltre 1.000.000 di abitanti del territorio della ns. ASL dovrebbero emergere centinaia se non addirittura migliaia di segnalazioni. Diversamente, i ns. servizi hanno conoscenza di un numero di casi limitato a poche unità.

Sulla base di questa premessa appare chiaro che qualsiasi ipotesi di intervento, sia di sensibilizzazione della popolazione, sia di informazione degli operatori, sia di interazione con enti ed agenzie sanitarie e/o extrasanitarie, sia di individuazione o costruzione di una rete di strutture dedicate al trattamento delle vittime di stalking o agli stalkers, presuppone una migliore lettura e conoscenza del fenomeno, se non altro per evitare o ridurre il rischio di interventi sovra o sottodimensionati.

Inoltre il trattamento di un problema tanto variegato nelle sue manifestazioni e rappresentazioni, legate anche ai modelli culturali ed alle loro evoluzioni ( es. il cosiddetto cyber-stalking), nelle implicazioni giudiziarie, nei risvolti clinici, negli aspetti scientifici e forensi, presuppone l'utilizzo di competenze diffuse e di un codice comunicativo condiviso.

Al fine di ridurre le problematiche descritte e realizzare l'obiettivo generale individuato nel Piano Sanitario Regionale 2011-2013, che affida ai Servizi di Salute Mentale il compito di confrontarsi con i bisogni dell'utenza legati ad aree psicopatologiche emergenti quali lo stalking, proponiamo un piano di interventi organizzato in tre principali azioni coordinate e coerenti tra loro, da realizzarsi nell'arco temporale di 12 mesi, così strutturato

## **OBIETTIVI E RESPONSABILITA' DI PROGETTO**

### **OBIETTIVO GENERALE:**

Adozione di azioni finalizzate alla prevenzione e trattamento delle condizioni legate a psicopatologie emergenti ed in particolare lo STALKING, con interventi tesi al confronto tra azioni generaliste ed interventi specialistici.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 1:**

- **Ob. 1.1:** Realizzazione di azioni incisive sul fenomeno dell'helplessness (sensazione delle vittime di essere soli e senza aiuto) a mezzo di campagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla popolazione generale.
- **Ob. 1.2:** Attivazione di protocolli tra agenzie ed enti per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 2:**

- **Ob. 2.1** Produzione di iniziative formative per il personale sanitario e degli enti di assistenza (es. Comuni, associazioni di volontariato, organi di polizia, etc.).

**OBIETTIVO SPECIFICO 3 :**

- **Ob. 3.1:** Attivazione di una rete di punti di ascolto e filtro di eventuali segnalazioni per condotte di stalking.

- **Ob. 3.2:** Realizzazione di percorsi di counseling e sostegno per le vittime di azioni di stalking e di reale presa in carico nel caso di sviluppo di quadri sindromici (es. sindrome post traumatica da stress) o per gli Stalker individuati quali portatori di malattia psichiatrica.

| <b>CAPO PROGETTO: dr. Mariano De Furio</b> |                             |   |
|--|-----------------------------|---|
| <b>UNITA' OPERATIVE COINVOLTE</b>          |                             |   |
| <b>Unità Operativa 1</b>                   | <b>Referente</b>            | <b>Compiti</b>  |
| <b>Dipartimento di Salute Mentale</b>      | <b>Dr. Mariano De Furio</b> | -- Realizzazione di azioni incisive sul fenomeno dell'helplessness (sensazione delle vittime di essere soli e senza aiuto) a mezzo di campagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla popolazione generale;<br>- attivazione di protocolli tra agenzie ed enti per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura<br>- Produzione di iniziative formative per il personale sanitario e degli enti di assistenza (es. Comuni, associazioni di volontariato, organi di polizia, etc.).<br>- Attivazione di una rete di punti di ascolto e filtro di eventuali segnalazioni per condotte di stalking;<br>- Realizzazione di percorsi di counseling e sostegno per le vittime di azioni di stalking e di reale presa in carico nel caso di sviluppo di quadri sindromici (es. |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | sindrome post traumatica da stress) o per gli Stalker individuati quali portatori di malattia psichiatrica. |
|--|--|---|

## PIANO DI VALUTAZIONE

|   |   |
|---|---|
| <b>OBIETTIVO GENERALE</b>                 | <b>Adozione di azioni finalizzate alla prevenzione e trattamento delle condizioni legate a psicopatologie emergenti ed in particolare lo STALKING, con interventi tesi al confronto tra azioni generaliste ed interventi specialistici.</b> |
| <b>Indicatore e standard di risultato</b> | Attivazione di spazi dedicati al counseling e/o presa in carico per soggetti con psicopatologie legate al fenomeno dello Stalking, entro il XII mese  |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>OBIETTIVO SPECIFICO 1</b> | <p><u>- Ob. 1.1 Realizzazione di azioni incisive sul fenomeno dell'helplessness (sensazione delle vittime di essere soli e senza aiuto) a mezzo di campagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte alla popolazione generale;</u></p> <p><u>- Ob. 1.2 Attivazione di protocolli tra agenzie ed enti per stimolare azioni sinergiche di prevenzione e cura.</u></p> <p>Una valida azione di comunicazione e/o in-formativa rivolta alla popolazione generale presuppone la consapevolezza dei contenuti da diffondere e dei canali informativi da utilizzare. Nel ns. caso il raggiungimento dello scopo perseguito dovrebbe avere come conseguenza l'emersione di un bisogno e quindi di una domanda, per la quale relativamente alla dimensione sanitaria dovremo predisporre una coerente capacità di accoglienza.</p> <p>Per la peculiarità dell'oggetto e per la complessità delle azioni da attivare anche con la partecipazione di agenzie ed enti non esclusivamente sanitarie, questa fase non può essere limitata agli interventi del DSM, ma presuppone la partecipazione della Direzione Strategica Aziendale.</p> |
|------------------------------|---|

|   |   |
|---|---|
|   |   |
| <p><b><i>Indicatore/i e standard di risultato</i></b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione di un gruppo di lavoro formato da una rappresentanza del DSM e delle articolazioni della Direzione Strategica che verranno all'uopo individuate; tale gruppo di lavoro definirà contenuti, tempi e modalità di attuazione della campagna informativa. <u>I e II mese</u></li> <li>- Individuazione delle agenzie sanitarie ed extra-sanitarie da coinvolgere nel progetto con elaborazione e ratifica dei relativi protocolli. <u>III e IV mese</u></li> <li>- Attivazione delle procedure di acquisizione dei beni e servizi da utilizzare. <u>Dal V al XII mese.</u></li> <li>- Lancio della campagna informativa. <u>A partire dal V mese.</u></li> <li>- Monitoraggio dell'azione informativa e raccolta dati di attività. <u>Dal V al XII mese.</u></li> </ul> |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <p><b>OBIETTIVO SPECIFICO 2</b></p> | <p><u>- Ob. 2.1 Produzione di iniziative formative per il personale sanitario e degli enti di assistenza (es. Comuni, associazioni di volontariato, organi di polizia, etc.).</u></p> <p>La eterogeneità dei soggetti da coinvolgere nel progetto comporta la organizzazione di programmi formativi differenziati. Pur prevedendo una diffusione progressiva per continuità e contiguità dei percorsi informativi, possiamo prefigurare almeno 4 tipologie di popolazioni bersaglio delle iniziative formative.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori del DSM, individuati all'interno delle varie UU.OO.C., che nelle fasi iniziali del progetto avranno funzione di facilitatori dei processi di attivazione degli interventi di rete. Essi poi avranno ruolo nella formazione delle altre popolazioni bersaglio, e successivamente saranno impegnati nella realizzazione delle risposte assistenziali, secondo il modello operativo che andremo ad individuare e quindi attuare. Ad essi sarà dedicata una iniziativa realizzata secondo gli standard della formazione residenziale.</li> <li>- Dirigenti sanitari che a vario titolo avranno ruolo nel progetto (operatori delle Direzioni Sanitarie sia distrettuali che ospedaliere, medici impegnati nei P.S. dei P.O. o del 118, dirigenti delle UU.OO.M.I., M.M.G., et. al). Ad essi saranno dedicate iniziative realizzate secondo gli standard della formazione residenziale.</li> <li>- Operatori del DSM che potrebbero svolgere attività di front-office rispetto ad eventuali segnalazioni. Essi dovranno avere competenze utili alla accoglienza di eventuali casi con la capacità di indirizzare verso percorsi di tipo giudiziario e/o clinico-assistenziali. Al fine di permettere la massima diffusione di tali competenze e nella consapevolezza delle complessità organizzative e dell'impatto che tali attività hanno sulla organizzazione delle attività istituzionali, si prevedono iniziative di FSC all'interno delle UU.OO.C.S.M., anche con aggregazioni</li> </ul> |
|-------------------------------------|---|

|  |   |
|--|---|
|  | <p>funzionali di UU.OO.C. ed edizioni ripetute.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operatori di altre agenzie ed istituzioni (rappresentanti delle Forze dell'Ordine, associazioni forensi, Comuni, associazioni di volontariato, etc.) ai quali i referenti delle UU.OO.C.S.M. nella funzione di facilitatori degli interventi di rete dedicheranno iniziative strutturate e/o informali.</li> </ul>   |
| <p><b>Indicatori e standard di risultato</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progettazione e programmazione di un evento formativo di tipo residenziale con la formula del convegno/congresso, destinato ad operatori del DSM che nelle diverse UU.OO.C. verranno individuati quali referenti del progetto. A tale proposito si definisce che la partecipazione attesa per ogni U.O.C.S.M. è di un gruppo di lavoro costituito da 1 dirigente sanitario, 1 assistente sociale o figura simile, 2 II.PP. (ciò compatibilmente con le dotazioni organiche). <u>Entro il II mese.</u></li> <li>- Progettazione e programmazione di eventi formativi di tipo residenziale con la formula del corso, destinati a dirigenti medici della ASL (Direzioni sanitarie, Operatori del 118 e dei P.S., UU.OO.M.I., et al.) ed ai M.M.G. <u>III e IV mese</u></li> <li>- Progettazione e programmazione di iniziative di FSC all'interno delle UU.OO.C.S.M., anche con aggregazioni funzionali di UU.OO.C. ed edizioni ripetute. <u>III e IV mese</u></li> <li>- Progettazione e programmazione da parte dei referenti delle UU.OO.C.S.M. di iniziative strutturate e/o informali dedicate agli Operatori di altre agenzie ed istituzioni (rappresentanti delle Forze dell'Ordine, associazioni forensi, Comuni, associazioni di volontariato, etc.). <u>A partire dal III mese</u></li> </ul> |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <p><b>OBIETTIVO SPECIFICO 3</b></p> | <p>- <b>Ob. 3.1</b> <u>Attivazione di una rete di punti di ascolto e filtro di eventuali segnalazioni per condotte di stalking;</u></p> <p>- <b>Ob. 3.2:</b> <u>Realizzazione di percorsi di counseling e sostegno per le vittime di azioni di stalking e di reale presa in carico nel caso di sviluppo di quadri sindromici (es. sindrome post traumatica da stress) o per gli Stalker individuati quali portatori di malattia psichiatrica.</u></p> <p>Nel ns. caso avendo come obiettivo l' abbattimento del HELPLESSNESS (sensazione delle vittime di essere soli e senza aiuto o comunque di non poter essere aiutati in modo sufficiente) è evidente che le risorse da mettere a disposizione della popolazione devono rispondere a requisiti adeguati di accessibilità e utilizzabilità. Se a ciò si unisce la particolare condizione geo-demografica del territorio della ns. ASL e la opportunità di offrire servizi di prossimità, ne consegue che "i luoghi" destinati ad accogliere le segnalazioni di eventuali casi di stalking non possano che essere individuati in strutture già esistenti. Infatti fatto salvo la opportunità di creare o adeguare una struttura centralizzata con l'eventuale attivazione di un n. verde, in via preliminare sembra opportuno proporre di mettere in rete ed utilizzare strutture e funzioni già esistenti sul territorio. (Servizi del DSM, URP nelle sue articolazioni, Servizi dei Distretti Sanitari, Presidi dei P.O.e del 118, M.M.G., Servizi Sociali dei Comuni, Polizia Municipale o altre agenzie di Forza Pubblica, Associazioni di volontariato, on lus, associazioni di categoria et al.). Per tanto per ogni U.O.C.S.M. dovrebbe costituirsi un gruppo di lavoro formato da un dirigente sanitario, un assistente sociale o figura simile ed un infermiere professionale che avranno funzione di facilitatori dei processi di attivazione degli interventi di rete, in coerenza con quanto definito negli altri obiettivi del progetto. Si prevede per questo compito individualmente un impegno per 12 settimane.</p> <p>Il modello operativo di intervento di presa in carico di eventuali "pazienti" sarà oggetto di riflessioni e valutazioni nelle quali verranno aggregate e rese compatibili le risorse disponibili, il bisogno assistenziale ancora da definire e valutazioni di opportunità rispetto alle caratteristiche dei luoghi dove prestare assistenza; infatti per una eventuale vittima di STALKING, per la quale si renda opportuno un trattamento specifico, potrebbe non essere indifferente in termini di utilizzabilità recarsi presso una struttura altamente connotata come un CSM o diversamente una struttura più neutra come un poliambulatorio. Altri parametri da valutare in termini di equità e sostenibilità del progetto saranno quelli relativi alle procedure amministrative, come la gestione delle prenotazioni e di eventuali riscossioni di diritti.</p> <p>Per tanto, sulle base di valutazioni di opportunità che verranno effettuate in itinere, potrebbero essere attivati 2 ambulatori dedicati, (utilmente distribuiti sul territorio della ASL), dove gruppi di lavoro multiprofessionali creati dalla aggregazione funzionale del personale proveniente dalle diverse UU.OO.C.S.M. gestiranno programmi di "presa in carico", per quelle condizioni psicopatologiche abbisognevole</p> |
|-------------------------------------|---|

|   |  |
|---|--|
|   | di interventi clinico-assistenziali. Si prevede a partire dal VII mese del progetto l'attivazione di 2 ambulatori aperti 1 giorno la settimana nei quali saranno presenti 1 psichiatra, 1 psicologo, 2 II.PP. e le cui attività saranno poi contabilizzate dal personale amministrativo. |
| <b>Indicatori e standard di risultato</b> | - Individuazione e realizzazione degli interventi rete. <u>II, III e IV mese</u><br>- Attivazione degli ambulatori dedicati. <u>A partire dal VII mese</u>   |

## CRONOGRAMMA

|                       | Mese   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-----------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| Obiettivo specifico 1 | <b>Ob. 1.1</b> - <u>Realizzazione di azioni incisive sul fenomeno dell'helplessness</u>  | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x  | x  | x  |
|                       | <b>Ob. 1.2</b> - <u>Attivazione di protocolli tra agenzie ed enti</u>  |   |   | x | x | x | x | x | x | x | x  | x  | x  |
| Obiettivo specifico   | <b>Ob. 2.1</b> - <u>Produzione di iniziative formative</u>   |   | x | x | x | x | x | x | x | x | x  | x  | x  |
| Obiettivo specifico 3 | <b>Ob. 3.1</b> - <u>Attivazione di una rete di punti di ascolto e filtro di eventuali segnalazioni per condotte di stalking;</u> |   |   |   |   | x | x | x | x | x | x  | x  | x  |
|                       | <b>Ob. 3.2</b> - <u>Realizzazione di percorsi di counseling e presa in carico</u>  |   |   |   |   |   | x | x | x | x | x  | x  | x  |

| Obiettivo   | Peso          | Indicatori e standard di risultato   | Figure professionali e valore economico  |
|---|---------------|--|--|
| <p>- <b>Ob. 1.1</b> Realizzazione di azioni incisive sul fenomeno dell'helplessness</p> <p>- <b>Ob. 1.2</b> attivazione di protocolli tra agenzie ed enti</p> | <b>15,0 %</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione di un gruppo di lavoro con rappresentanza del DSM e della Direzione Strategica. <u>I e II mese</u></li> <li>- Individuazione delle agenzie da coinvolgere nel progetto. <u>III e IV mese</u></li> <li>- Attivazione delle procedure di acquisizione dei beni e servizi. <u>Dal V al XII mese.</u></li> <li>- Lancio della campagna informativa. <u>A partire dal V mese.</u></li> <li>- Monitoraggio dell'azione informativa e raccolta dati di attività. <u>Dal V al XII mese.</u></li> </ul> | <p>Dirigenti Sanitari = € 8000,00</p> <p>Dirigenti non Sanitari = € 2000,00</p> <p>Amministrativi = € 5000,00</p>  |
| <p>- <b>Ob. 3.1</b> Attivazione di una rete di punti di ascolto e filtro di eventuali segnalazioni per condotte di stalking</p>                               | <b>45,0%</b>  | <p>- Individuazione e realizzazione degli interventi rete. <u>Dal II al IV</u></p>   | <p>Dirigenti Sanitari = € 16500,00</p> <p>II.PP = € 19000,00</p> <p>Assistenti Sociali = € 9500,00</p>   |
| <p>- <b>Ob. 3.2</b> Realizzazione di percorsi di counseling e sostegno</p>  | <b>40%</b>    | <p>Attivazione degli ambulatori dedicati. <u>A partire dal VII mese</u></p>  | <p>Dirigenti Sanitari Psichiatri = € 12000,00</p> <p>Dirigenti Sanitari Psicologi = € 10500,00</p> <p>II.PP. = € 14.000</p> <p>Assist. Ammin. = € 3500</p> |

## PIANO FINANZIARIO GENERALE

| Risorse  | Totale in €   |
|--|---|
| <b>Personale:</b><br>- <i>Dirigenti sanitari</i><br>- <i>Dirigenti non sanitari</i><br>- <i>infermieri professionali</i><br>- <i>assistenti sociali</i><br>- <i>amministrativi</i> | <b>100000,00</b><br>47000,00<br>2000,00<br>33000,00<br>9500,00<br>8500,00 |
| <b>Beni e servizi</b><br><br>- <i>stampa, legatoria e produzione grafica e n. verde telefonico</i>   | <b>22000</b><br><br>22000   |
| <b>Formazione</b>  | <b>10000</b>  |
| <b>Totale</b>  | <b>132000</b>   |

### PIANO FINANZIARIO Ob 1.1 ed Ob. 1.2

|   |                   |
|---|-------------------|
| - 1 Dirigente Sanitario del DSM responsabile progetto<br>Impegno x 52 settimane   | 4000,00 €         |
| - 1 Dirigente Sanitario referente Direzione Strategica Aziendale<br>Impegno per 52 settimane  | 2000,00 €         |
| - 1 Dirigente Sanitario DSM (psicologo)<br>Impegno per 52 settimane   | 2000,00 €         |
| - 1 dirigente non sanitario DSM (sociologo)<br>Impegno per 52 settimane   | 2000,00 €         |
| - 1 amministrativo Direzione Strategica<br>Impegno per 52 settimane   | 1000,00 €         |
| - 1 amministrativo DSM<br>Impegno per 52 settimane  | 1500,00 €         |
| - 1 amministrativo URP aziendale<br>Impegno per 52 settimane  | 1000,00 €         |
| - 1 amministrativo Servizio Acquisizione Beni e Servizi<br>Impegno per 45 settimane   | 1500,00 €         |
| - campagna informativa<br>comprendente acquisizione di servizi e beni ( attivazione e gestione n.verde,<br>materiale a stampa, p.c., materiale di cancelleria etc.) | 22000,00 €        |
| sub   | Totale 37000,00 € |

### PIANO FINANZIARIO Ob 2.1

La spesa prevista per gli interventi di tipo formativo è preventivata in 10000,00 €. In essi sono compresi costi di progettazione, organizzazione e realizzazione delle attività secondo gli standard del SFAP aziendale, che verrà compulsato per eventuali procedure di accreditamento ECM.

### PIANO FINANZIARIO Ob 3.1 e 3.2

#### interventi di rete Ob 3.1

|  |            |
|--|------------|
| Assistenti sociali: 1 x ognuna delle 10 U.O.C.S.M.. x 12 sett. | 9500,00 €  |
| Dirigenti sanitari: 1 x ognuna delle 10 U.O.C.S.M.. x 12 sett. | 16500,00 € |
| I.P. : 2 unità x ognuna delle 10 UU.OO.C. x 12 settimane       | 19000,00 € |

-----  
sub Totale 45000,00 €

#### attività cliniche Ob 3.2

|  |            |
|--|------------|
| Psichiatri: 1 psichiatra x 28 sett. x ogni polo ambulatoriale (o similare)<br>€        | 120000,00  |
| Psicologi: 1 psicologo x 28 sett. x ogni polo ambulatoriale (o similare)               | 10500,00 € |
| Il.PP.: 2 unità x 28 sett. x ogni polo ambulatoriale (o similare)                      | 14000,00 € |
| Assis. amministr.: 1 ass. Amministr. x 28 sett. X ogni polo ambulatoriale (o similare) | 3500,00 €  |

-----  
sub Totale 40000,00 €