



Innovare i servizi non è solo possibile, è necessario.

di Walter Di Munzio

In momenti di crisi finanziaria la scure dei tagli ricade, prima che altrove, sui servizi di assistenza alle cosiddette fasce deboli, quelle cioè meno capaci di negoziare i propri bisogni assistenziali e quindi meno tutelate. Numerose iniziative hanno a lungo tentato di cancellare la riforma proponendo discutibili proposte di legge tese, di fatto, a riaprire strutture asilari di internamento. Ma in Campania, come in Italia, i servizi territoriali di assistenza sono da tempo radicati e consolidati sul territorio e forniscono una rete di strutture¹ tali da garantire l'assistenza al disturbo psicologico-psichiatrico senza le grandi concentrazioni manicomiali del passato, anzi estendono l'intervento anche ad aree di confine che investono ambiti spesso carenti dal punto di vista dell'efficacia della risposta assistenziale, come quelli delle Dipendenze, della Geriatria, della Neurologia (*Demenze*) e delle varie tipologie di handicap psicofisico. La psichiatria ha quindi sviluppato nel tempo non solo i propri protocolli operativi ma anche protocolli fortemente integrati² ed ha goduto in passato di una particolare attenzione legislativa (*Progetti Obiettivo Nazionali e Regionali*) e organizzativa³.

La crisi economico-finanziaria ha determinato il “commissariamento” di alcune regioni da parte del Governo centrale per il deficit della Sanità, imponendo articolati e radicali “Piani di rientro dal deficit” che prevedono massicci tagli finanziari ed ampie riorganizzazioni del modello assistenziale. Sono derivati forti ridimensionamenti dell'offerta prestazionale, delle articolazioni organizzative e riduzioni lineari dei budget disponibili.

Questo stato dei fatti ha imposto agli operatori della salute mentale di ripensare la propria organizzazione per impedire un ridimensionamento selvaggio della autonomia gestionale e la rinuncia alla natura “strutturale” del modello dipartimentale.

Le ASL hanno affrontato questa criticità puntando decisamente, ove esistevano servizi capaci di progettare e difendere il proprio modello organizzativo, su azioni tese ad antagonizzare la pratica dei tagli lineari decisi dall'alto ed a difendere il modello organizzativo della riforma nonostante la riduzione di risorse disponibili.

¹ La rete delle struttura è attualmente ricca e diversificata: Residenze (di varia intensità assistenziale), Servizi Ospedalieri per acuti, Centri Diurni di Riabilitazione, Day/Night Hospital e, soprattutto, Servizi Territoriali di Salute Mentale e la nuova rete delle residenzialità di tipo socio sanitario.

² Cfr. a tal proposito la vasta letteratura teorica ed epidemiologica sulle patologie da Doppia Diagnosi sugli Esordi Psicotici, sull'Autismo e sulle implicazioni comportamentali delle prime fasi delle Demenze, senza parlare del vasto ambito di studi sui comportamenti violenti dei pazienti autori di reato resi attuali dalla chiusura degli ex OPG.

³ Il Dipartimento di Salute Mentale ed il Dipartimento di Prevenzione sono infatti gli unici *dipartimenti strutturali* esplicitamente previsti dalle normative di organizzazione del SSN.

In alcuni contesti gli operatori più attenti hanno proposto una rimodulazione del sistema di finanziamento dei DSM con la promozione di un modello “*Flat Rate*”, che assegni ai DSM un budget forfettario omnicomprensivo (pari ad almeno il 5% dei ricavi aziendali), svincolato da una rendicontazione prestazionale e che includa tutte le spese sostenute per l’assistenza psichiatrica⁴. Ciò al fine di evitare una rendicontazione fondata solo sul consumo di farmaci, sul numero delle visite specialistiche o dei ricoveri effettuati⁵. Ad una rendicontazione meramente prestazionale si sostituisce quindi una maggiore attenzione ai dati di popolazione riferiti alla valutazione dello stato di salute (mentale) della comunità, misurabile con set di indicatori orientati a rilevare con accuratezza la numerosità dei casi osservati ed i risultati di esito complessivi. Su queste valutazioni sarebbe teoricamente possibile anche misurare la reale capacità manageriale⁶ dei responsabili soggetti a verifica annuale.

E’ inoltre auspicabile la ridefinizione del modello assistenziale ispirandosi ai principi della Medicina di Comunità. Tale modello consente di organizzare servizi realmente integrati (con altre aree organizzative quali la medicina di base, le dipendenze, il materno infantile, i distretti sanitari) e/o servizi dedicati a specifiche patologie ad alta complessità di gestione o riscontrabili in particolari fasce di età. Un modello comunitario consente di investire risorse anche su attività di prevenzione. Ciò può diventare *anche* un potente fattore di razionalizzazione della spesa, consentendo di evitare quelle pericolose implicazioni distorsive (ampiamente documentate) che favoriscono sprechi e cattive pratiche e che producono sistematicamente abbandoni nella continuità di azioni terapeutiche efficaci. Un modello comunitario favorisce lo sviluppo di buone pratiche domiciliari e territoriali. Consente di superare gli assurdi steccati organizzativi del sistema curante (come per es. il passaggio da servizi per l’infanzia a quelli per adulti) consente infine significativi investimenti in ambito riabilitativo, di reinserimento sociale e lavorativo, di prevenzione e di programmi diffusi di informazione e di educazione sanitaria verso le famiglie, verso gli utenti e verso la popolazione in generale.

Un approccio comunitario significa innanzitutto pensare a servizi rivolti a particolari fasce di età, omnicomprensivi e capaci di focalizzare l’attenzione su patologie diffuse in specifici gruppi di popolazione (Adolescenti, Anziani, portatori di handicap, lavoratori o residenti in zone ad alto tasso di inquinamento). I disturbi che si rilevano possono così essere trattati senza le limitazioni e gli ostacoli connessi alla attuale organizzazione che disegna servizi per adulti o per adolescenti, rigidamente separati e con personale dedicato e, spesso, che non comunica.

Il primo esito negativo è rappresentato, in genere, dal mancato trasferimento dei casi dai servizi dell’infanzia ai servizi per adulti (per esempio dalla Neuropsichiatria Infantile dei Distretti di Base ai Servizi di Psichiatria adulti del DSM). Accade così che per alcuni anni il paziente scompare dal seguimiento da parte dei servizi del sistema curante del SSN e ricompare solo dopo anni per un ricovero nei servizi ospedalieri per acuti con una crisi che, per il lungo vuoto assistenziale, ha fortemente compromesso una reale possibilità di recovery. Si calcola che dopo la prima presentazione clinica un seguimiento costante riduce di

⁴ Tale sistema di finanziamento consentirebbe di prestare la attenzione necessaria a sviluppare programmi adeguati di Educazione Sanitaria, di Reinserimento Sociale e Lavorativo, di campagne informative anti stigma e di accompagnamento alla autonomia abitativa ed allo studio ed alla formazione finalizzata al lavoro.

⁵ Il sistema di finanziamento attualmente in uso in ambito di Sanità Pubblica per garantire le attività delle Aziende Ospedaliere o delle Aziende Sanitarie Locali fanno riferimento, nel primo caso, ad una rendicontazione del numero dei ricoveri con la erogazione di budget forfettari per specialità (i DRG) oppure, per le seconde, ad un sistema di quote pro capite per numerosità di popolazione assistita.

⁶ Si auspica una valutazione che si riferisca non solo alla capacità clinica ma anche a quella di gestire adeguatamente le risorse professionali e finanziarie messe a disposizione, mettendo in campo tutte le iniziative necessarie, incluse quelle socio sanitarie, di informazione e di prevenzione.

due terzi le prospettive di cronicizzazione della sintomatologia psichiatrica ottenendo un significativo 30% di remissione completa della sintomatologia ed un altro 30% di buon compenso nel tempo con periodici interventi specialistici. La delibera 476 del 5.5.2014 della ASL Salerno istituisce un Polo Adolescenti, quale servizio ad alta specializzazione di secondo livello di intervento dedicato ai casi complessi di una serie di patologie proprie di quella fascia di età, inviati dalla rete dei servizi del primo livello di intervento. I servizi sono organizzati per un territorio ampio e rappresentativo dell'intero territorio regionale, costituendo la provincia di Salerno il 36% della estensione dell'intera regione con circa il 20% della popolazione. A seguito della delibera citata la ASL emana un bando di evidenza pubblica in cui inserisce il fabbisogno delle nuove strutture e si convenziona con un consorzio di cooperative che fornisce parte del personale sociale e di supporto necessario ad attivare i servizi previsti. Tale personale integra e affianca il personale di ruolo già in servizio nei servizi territoriali del DSM impegnato, a scavalco, anche nelle attività di secondo livello del Polo Adolescenti⁷. Naturalmente le attività di secondo livello del Polo si integrano con un primo livello assistenziale che rimane il naturale front client e che utilizza il secondo livello per i casi più complessi, che richiedono personale dedicato a maggiore specializzazione. La rete delle relazioni è rappresentata nella Fig.1.



Fig.1: Afferenze dal I° livello di intervento al II° livello di alta specializzazione

Le modalità del funzionamento sono rapportate ai territori di riferimento ed alle macroaree che svolgono funzioni di *front-client*, di selezione e di invio dei casi da prendere in carico sino all'avvio del trattamento ed alla restituzione del caso al servizio inviante per il seguimiento successivo.

Il Polo propone una articolazione su due livelli e centralizza servizi ad alta specializzazione lasciando inalterata la organizzazione periferica che tende ad uniformarsi nelle procedure cliniche di identificazione dei casi, nel primo trattamento e nelle procedure di invio con l'utilizzo di strumenti di valutazione standardizzati e con l'utilizzo di specifiche liste di inclusione/esclusione.

⁷ Il personale aggiuntivo convenzionato e quello di ruolo impegnati nelle diverse articolazioni del Polo è costituito da: Psichiatri, Neuropsichiatri Infantili, Infermieri Professionali, Psicologi, Sociologi, Tecnici della Riabilitazione, Animatori di Comunità e Maestri d'Arte.

I servizi inclusi nel Polo si configurano quali articolazioni organizzative multi distrettuali, affiancano operazionalmente i servizi periferici ambulatoriali ed i CDR presenti nelle UOSM e sono:

1. Residenza dedicata agli Esordi Psicotici, attivata ispirandosi alle prassi in uso in ambito di Interventi Precoci e Precocissimi⁸.
2. Laboratori sovradistrettuali di formazione e di addestramento al lavoro, attivati utilizzando maestri d'arte ed artigiani del territorio e finalizzati all'inserimento lavorativo.
3. Centro Diurno per il trattamento degli esordi e la somministrazioni di programmi riabilitativi elaborati per interventi precoci su giovani adolescenti.
4. Ambulatori di Alta Specializzazione infanzia e adolescenza problematica.
5. Ambulatorio dedicato a Disturbi della Condotta Alimentare.

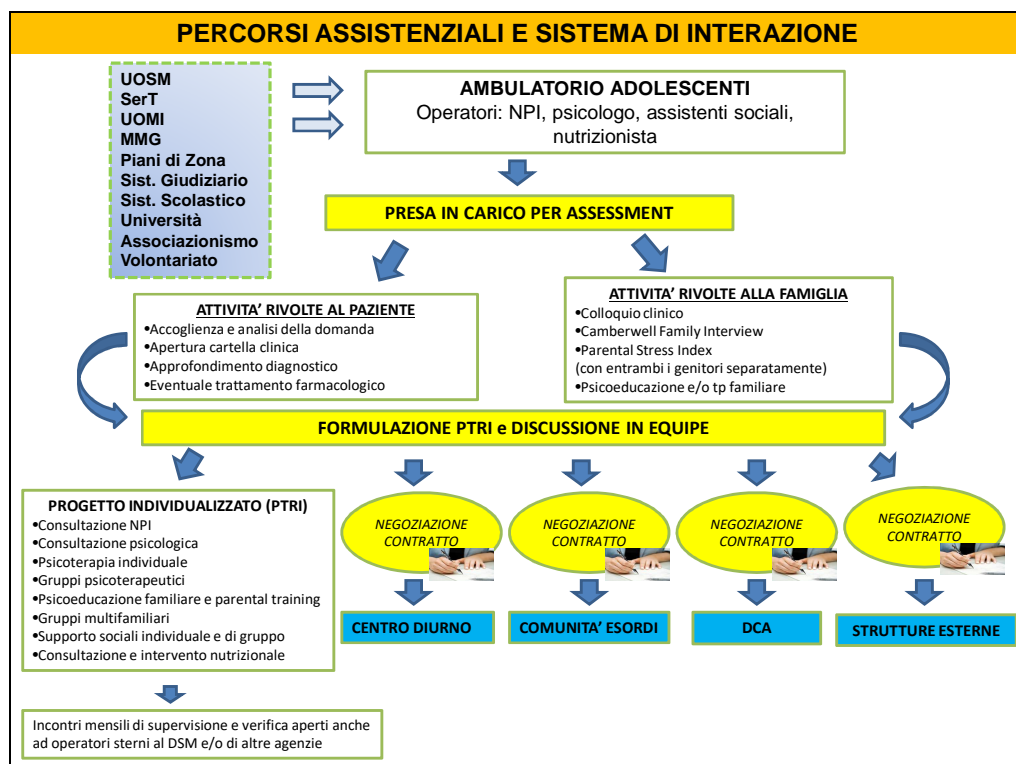


Fig.2: Percorsi assistenziali e sistema di interazione tra articolazioni organizzative

I percorsi che si sviluppano nelle strutture di secondo livello del Polo sono rappresentati dalla Fig.2, nella quale si evidenziano sia le relazioni tra le singole aree del sistema curante che i percorsi di invio, presa in carico e di riorientamento diagnostico e prognostico. Nella figura sono indicati anche i momenti e le sedi in cui si propongono e si firmano i *contratti*⁹ che rappresentano il momento centrale

⁸ Cfr. a tal proposito l'ampio lavoro teorico e di esperienze nazionali contenuto nel volume che raccoglie gli interventi ed i materiali presentati a Salerno al V° Congresso Nazionale AIPP nel 2015. Vedi riferimento bibliografico Di Munzio W., Cocchi A. (2015).

⁹ I CONTRATTI sono di 2 tipi e determinano la assunzione di una serie di impegni:
 1. Contratti di lavoro e/o di formazione e studio,
 2. Contratti di partecipazione attiva al lavoro comune e di collaborazione con l'equipe (anche sul piano della gestione clinica).

della attribuzione di responsabilità e di saldatura operativa tra gli operatori, i pazienti ed familiari, con il relativo carico di lavoro assegnato ad ognuno utilizzando sempre le associazioni del volontariato di settore e le organizzazioni di familiari e pazienti.

Assume particolare rilievo la Residenza Esordi schematizzata nella Fig.3 e di cui si tratta più estesamente in altri scritti dedicati. Sono stati utilizzati i Protocolli di gestione e gli schemi organizzativi elaborati a Vienna dal prof. Katschnig¹⁰.



Fig.3: Residenza per Esordi a forte coinvolgimento delle famiglie

Il riferimento teorico e organizzativo al quale la Residenza Esordi si ispira è il Modello di Pensione Bettina, residenza concepita oltre dieci anni fa per un sistema assistenziale di tipo misto (assicurazioni private e contributi governativi) concepita pensando ad un forte coinvolgimento dei familiari, non solo nel controllo del lavoro professionale ma anche nella gestione quotidiana e professionale della struttura stessa, fino a partecipare a turni di lavoro e mettere a disposizione (come da Contratto) le proprie competenze professionali e lavorative.

Sono negoziati (*personalizzati*) e formalmente firmati dal Responsabile del Trattamento (RdT), da un Familiare di Riferimento e dallo stesso Paziente. Si assumono con tale strumento impegni formali sulla base delle proprie competenze che prevedono anche azioni di sostegno verso altri ospiti. In caso di reiterata non osservanza o di gravi comportamenti negativi (*uso di droghe, aggressività fuori controllo, azioni e comportamenti esplicitamente vietati dal contratto*) prevedono la possibilità di allontanare l'ospite dalla residenza o il trasferimento in altra struttura della rete assistenziale o in una residenza ordinaria.

¹⁰ Il prof. Heinze Katschnig ha partecipato attivamente alla fase della Formazione degli operatori ed ha contribuito ad elaborare i protocolli di funzionamento e di attività della residenza stessa.

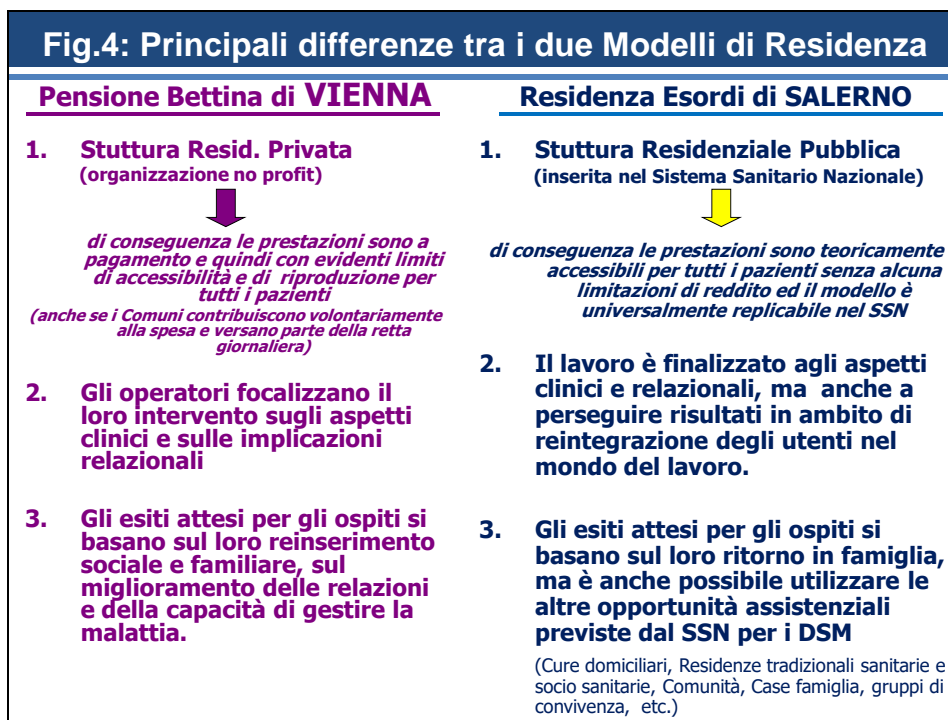


Fig. 4. Principali differenze tra i due modelli di residenza

Il principio ispiratore è quello di una “Scuola per imparare a gestire la schizofrenia”. Si tratta di apprendere tecniche di gestione della malattia affrontando le crisi ed intervenendo attivamente nella gestione della residenza; imparando a fronteggiare nei momenti difficili altri giovani utenti, verso i quali ci si può relazionare applicando le tecniche apprese senza le forti implicazioni emotive associate alla gestione della malattia (e quindi al dolore) dei propri figli o familiari. A questo modello sono state apportate sostanziali variazioni possibili utilizzando le profonde differenze e opportunità del sistema curante italiano, concepito come sistema universale che consente una presa in carico globale da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Tali differenze sono indicate nel dettaglio nella fig.4.

BIBLIOGRAFIA

- DI MUNZIO W., PINTO V.: *Percorsi inversi*, Fondazione CeRPS Editore, Nocera Inferiore, 2007.
- DI MUNZIO W., D’AQUINO G., INTOCCIA L., SALOMONE G.: *Manuale Pratico di Psichiatria Territoriale. Linee strategiche ed operazionali per il lavoro dei centri di salute mentale*, Idelson Ed., Napoli, 2008.
- DI MUNZIO W., D’AQUINO G., SALOMONE G. (curatori della edizione italiana): *Conoscere, godersi la vita, vivere meglio. Un seminario per persone con esperienza di psicosi*, Fondazione CeRPS Editore, Nocera Inferiore, 2009.
- VERSIONE ORIGINALE: AMERING. M., SIBITZ I., GOESSLER R., KATSCHNIG H.: *Wissen - genießen - besser leben. Ein seminar für menschen mit psychoserfahrung*, Psychiatrie-VERLAG Editore, Bon, 2002.
- TWINNING PROJECT – “*Support for the development of community mental health services and the deinstitutionalization of persons with mental disorders*” (RO/06/IB/OT/02), progetto di affiancamento della Comunità Europea per supportare la Romania nell’adeguamento degli standard sanitari a quelli comunitari, dal 2007 al 2009.

DI MUNZIO W., Gruppo di Ricerca Interregionale (a cura di): *Implementare buone pratiche per interventi di integrazione sanitaria e sociale mirati a contrastare la non autosufficienza nelle persone con disabilità mentale*, Fondazione CeRPS Editore, Nocera Inferiore, 2010.

KATSCHNIG H., FREEMAN H., SARTORIUS N., DI MUNZIO W. (a cura di): *Qualità della vita nei Disturbi Mentali*, CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2011.

DI MUNZIO W.: *Regional and Local experiences in Mental Health*. Documento finale “Meeting with the Minister of Health of Denmark on mental health”, Ministry of Health, Roma, 8 aprile 2013.

ISFOL: Redazione manuale finale della ricerca intervento “*La progettazione partecipata operatori per l’inserimento lavorativo di persone con disturbo psichico*”, Eulab Ed., Benevento 2013.

DI MUNZIO W.: *Il tema del benessere fisico nella organizzazione di strutture dedicate agli esordi*, Relazione in ATTI della III Giornata Scientifica Nazionale AIPP “Benessere fisico e salute mentale: la necessità di intervenire precocemente”, (Camera di Commercio di Modena, 21 ottobre), Modena, 2013.

DI MUNZIO W.: *Il potere nella cura: meccanismi di partecipazione fra i soggetti protagonisti*, Conferenza in ATTI del Ciclo di Incontri della Regione Umbria “La salute mentale al tempo della crisi: un percorso per riprogettare i servizi” (Villa Umbra – Perugia 5 dicembre), Perugia, 2013.

DI MUNZIO W.: *L’adolescenti schizoide, la risposta organizzativa del servizio pubblico*, Relazione in ATTI del Convegno “Le prigionie del sé”, (Ordine dei Medici di Salerno, 15 marzo), Salerno, 2014.

LORA A., STARACE F., DI MUNZIO W., FIORITTI A.: *Italian Community Psychiatry in Practice: Description and Comparison of Three Regional Systems*, JNMD - Journal of Nervous & Mental Disease, USA, June 2014 - Volume 202 - Issue 6 - p 446-450.

COCCHI A., BALBI A., CORLITO. G., DITTA G., DI MUNZIO W., NICOTERA M., MENEGHELLI A., PISANO A., PRETI A.: *Early intervention in psychosis: a feasibility study financed by the Italian Center on Control of Maladies*, *Early Intervention in Psychiatry* 2014, 10.1111/eip.12135, Wiley Publishing Asia Pty Ltd, 2014, pp. 1-9.

DI MUNZIO W.: *Modelli organizzativi in Psichiatria dell’Adolescenza: nuove utenze e committenze complesse*, Relazione in ATTI del XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica “Politiche di salute mentale e buone pratiche: etica, evidenza, esperienza”, Università degli Studi di Trieste, 12-14 giugno 2014.

DI MUNZIO W.: *La Riabilitazione Precoce nelle Psicosi*, Relazione in ATTI del XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale “La Riabilitazione Psicosociale oggi: contesti e paradigmi in cambiamento”, Sala Conferenze Grand Hotel Salerno, Salerno 2- 4 ottobre 2014.

DI MUNZIO W.: *Un progetto per la residenzialità di adolescenti con diagnosi di esordio psicotico*, relazione in ATTI del V Congresso Nazionale AIPP “Intervento precoce nei disturbi mentali gravi dei giovani e Servizi di Salute Mentale: le strade percorse e gli obiettivi da raggiungere” (Ordine dei Medici e Camera di Commercio 29-31 ottobre), Salerno 2014.

DI MUNZIO W., DIAVOLETTA A.: *Aspetti organizzativi dei servizi in psichiatria dell’adolescenza*, relazione in ATTI del V Congresso Nazionale AIPP “Intervento precoce nei disturbi mentali gravi dei giovani e Servizi di Salute Mentale: le strade percorse e gli obiettivi da raggiungere” (Ordine dei Medici e Camera di Commercio 29-31 ottobre), Salerno 2014.

CASERTA D., DIAVOLETTA A., DI MUNZIO W., ZOTTOLI G., BOCCIA A., SAPIA C.: *Bisogni di cura che cambiano ed integrazione degli interventi: un Polo per l’Adolescenza*, relazione in ATTI del V Congresso Nazionale AIPP “Intervento precoce nei disturbi mentali gravi dei giovani e Servizi di Salute Mentale: le strade

percorse e gli obiettivi da raggiungere” (Ordine dei Medici e Camera di Commercio 29-31 ottobre), Salerno 2014.

DI MUNZIO W., COCCHI A. (a cura di): *Intervento precoce nei disturbi mentali gravi dei giovani e Servizi di Salute Mentale: le strade percorse e gli obiettivi da raggiungere. Abstract Book del V° Congresso Nazionale AIPP (Salerno 29-31 ottobre 2014)*. Camera di Commercio Editore, Salerno, 2015.

DI MUNZIO W. e COCCHI A.: *Prefazione. Intervenire presto e bene*, in Di Munzio W., Cocchi A. (a cura di): *Intervento precoce nei disturbi mentali gravi dei giovani e Servizi di Salute Mentale: le strade percorse e gli obiettivi da raggiungere. Abstract Book del V° Congresso Nazionale AIPP (Salerno 29-31 ottobre 2014)*. Camera di Commercio Editore, Salerno, 2015, p.5.

CASERTA D, DIAVOLETTA A, BOCCIA A., SAPIA C, ZOTTOLI G, DI MUNZIO W.: *Bisogni di cura che cambiano ed integrazione degli interventi. Adolescenza ed interventi precoci: attivazione del Polo per l'Adolescenza problematica e patologica*, in DI MUNZIO W., COCCHI A. (a cura di): *Intervento precoce nei disturbi mentali gravi dei giovani e Servizi di Salute Mentale: le strade percorse e gli obiettivi da raggiungere. Abstract Book del V° Congresso Nazionale AIPP (Salerno 29-31 ottobre 2014)*. Camera di Commercio Editore, Salerno, 2015, p.51.

DI MUNZIO W., DIAVOLETTA A., CORRIVETTI G.: *Adolescenza ed Interventi Precoci: Attivazione del Polo per L'Adolescenza problematica e patologica. Modelli Organizzativi in Psichiatria dell'Adolescenza*, in DI MUNZIO W., COCCHI A. (a cura di): *Intervento precoce nei disturbi mentali gravi dei giovani e Servizi di Salute Mentale: le strade percorse e gli obiettivi da raggiungere. Abstract Book del V° Congresso Nazionale AIPP (Salerno 29-31 ottobre 2014)*. Camera di Commercio Editore, Salerno, 2015, p.76.

DI MUNZIO W.: *Recuperare la centralità dell'approccio comunitario, politiche di empowerment e modelli innovativi di residenzialità*, in Fogli di Informazione, Associazione Epidauro Editore, Firenze, terza serie n. 31/32: pp.531-535, 2015, (anno XLI n.228/229), Firenze 2015.

DI MUNZIO W.: *La crisi dei DSM nella Sanità delle Regioni*, in STARACE F. (a cura di): *Atti - MAT, settimana della salute mentale*, 5° edizione, (17/23 ottobre), Modena 2015.

DI MUNZIO W.: *Interventi precoci in psichiatria. Orientamenti ed esperienze*, poster in ATTI della IV Giornata Scientifica Nazionale AIPP “Alti rischi psicotici: strategie di individuazione e di trattamento” (Palace Hotel, 6 novembre), Bari 2015.

DI MUNZIO W., DE MARTINO F., SPACAGNA S.: *Sviluppo della Rete della Residenzialità in Campania tra cronicità e nuova utenza*, in Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, in stampa, vol. 12 - Dicembre, Siena 2015.

DI MUNZIO W.: *Il Trattamento della Schizofrenia nella ASL Salerno*, relazione in ATTI della IV Giornata Scientifica di Aggiornamento “Schizofrenia: dalla prevenzione al trattamento a lungo termine” (Hotel Royal Continental, 28 gennaio), Napoli 2016.

DI MUNZIO W.: *Politiche regionali: implementazioni e criticità*, in ATTI del XII Congresso Nazionale della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica “Quale Salute Mentale per il Sistema Paese?”, Auditorium Camera di Commercio di Modena, 14-16 aprile 2016.

DI MUNZIO W.: *Innovare la residenzialità non è solo possibile ma anche necessario*, Lettura Magistrale tenuta presso l'Università di Verona nell'ambito dell'incontro organizzato dalla Scuola di Specializzazione in Psichiatria “La residenzialità nei dipartimenti di salute mentale. Fra Rischio di Istituzionalizzazione, Potenzialità di Innovazione e Necessità di Monitoraggio”, Verona, 16 maggio 2016.

Di Munzio W., Caserta D.: *Fattori di Rischio e Determinanti Sociali nella Genesi*

delle Patologie Psichiatriche: Nuovi Modelli Sanitari, in Congresso Scientifico Nazionale “Sport, Cibo, Comportamenti Psico-Sociali: Uniti per il Benessere”, (29 Luglio 2016), Montoro, 2016.