

Regione Emilia Romagna  
Assessorato Politiche per la salute  
Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri

e

Ministero della Salute  
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

**IL DISTURBO MENTALE IN ADOLESCENZA**  
LA COMPARSA DEL BISOGNO, I PERCORSI DEL DISTURBO.



## PROBLEMA.

La rete sanitaria specialistica e di comunità (neuropsichiatria infantile, psichiatria adulti, pediatri e medici di base, servizi sociali) manifesta difficoltà nella rilevazione e presa in carico tempestiva delle situazioni in cui compaiono in adolescenza disturbi mentali di gravità tale da richiedere trattamenti in regime di ricovero ospedaliero. A livello nazionale i dati disponibili risultano essere assai scarsi. Una rilevazione condotta da Besana e Spinelli (2001) sui ricoveri psichiatrici per adolescenti (fascia di età 12/17 anni) in Regione Piemonte nel 1999 evidenziava come solo un quarto dei ricoveri effettuati nel corso dell'anno era stato richiesto dai Servizi di Npi delle varie Aziende piemontesi. Dalla valutazione incrociata, resa possibile dal confronto dei dati forniti dai Servizi di Npi delle Aziende piemontesi con le SDO (Schede di Dimissioni Ospedaliere) raccolte dalla Banca Informatica della Regionale Piemonte, risultava che i ricoveri per DRG psichiatrici nella fascia 12-17 anni erano molto più numerosi di quelli segnalati dai Servizi di Npi; i ricoveri erano stati effettuati per il 53% presso le due strutture ospedaliere piemontesi di Npi, per il 37% in SPDC, per il 3% presso i Reparti di Pediatria e infine per il 6% in strutture private accreditate.

La maggior parte dei minori ricoverati aveva un'età superiore ai 14 anni e relativamente alle diagnosi prevalevano i disturbi della condotta, gli stati psicotici acuti, la sintomatologia depressiva, l'anoressia mentale. Questo studio conferma il ruolo assolutamente non trascurabile, ma di cui non sembra si sia consapevoli diffusamente, che i Presidi di Diagnosi e Cura svolgono, mettendo contemporaneamente in evidenza l'essenzialità delle strutture ospedaliere di Npi, dove queste esistono, nella cura del disturbo mentale in adolescenza.

Altro dato significativo emerso dalla ricerca piemontese riguardava il fatto che solo il 31% dei soggetti ricoverati in SPDC fossero stati inviati dai Servizi di Npi con un preciso progetto terapeutico; i restanti vi erano giunti a seguito di un accesso diretto attraverso il Pronto Soccorso o a seguito di percorsi diversi ma comunque non gestiti né programmati dai Servizi di Npi. Questo dato conferma che la collaborazione tra operatori degli SPDC e della Npi (così come tra le Npi e più complessivamente i Dipartimenti Salute Mentale) non è ancora ben strutturata. È altrettanto evidente che l'inevitabile confronto interservizi con gli operatori del Dipartimento Salute Mentale determinato dal ricovero non è semplice, soprattutto per una carenza di percorsi formativi e operativi condivisi, che porta anche ad una diversa modalità di gestire il rapporto con il soggetto e i suoi familiari.

Altre rilevazioni (Nardocci 2001, Nardocci e Besana 2004) confermano l'utilità degli studi condotti attraverso le SDO per la valutazione del fenomeno dei ricoveri psichiatrici in adolescenza. Recentemente (Nardocci 2005) il tasso di ospedalizzazione per DRG psichiatrici nella fascia 14/17 anni è stato stimato intorno al 1,5/1000 nel 2002 (1,1/1000 nei maschi e 1,8/1000 per le femmine). Negli Stati Uniti lo stesso tasso per la fascia 12/17 anni varia tra il 2 e il 3/1000.

Se si considera che il rilevamento condotto dallo studio "Progress Acuti" nel 2005 fornisce un tasso di ospedalizzazione psichiatrica negli adulti a livello nazionale del 2,7/1000, il fenomeno del ricovero per problematiche psichiatriche negli adolescenti non sembra essere fenomeno trascurabile. Dalle varie ricerche si evidenziano carenze e contraddizioni nei percorsi decisionali che conducono al ricovero per la scarsa capacità e consuetudine della rete dei servizi a comunicare efficacemente e diffusamente al proprio interno. Altre segnalazioni confermano il ricorso ai Presidi di Diagnosi e Cura per un rilevante numero di minori ed evidenziano la mancanza di strutture adeguate per la cura in condizione di degenza ospedaliera della psicopatologia adolescenziale.

L'aspetto della difficile predittività al ricorso del ricovero psichiatrico, oltre che alle cause sopra menzionate, sembra legato anche alla difficoltà di riconoscere i segni dei disturbi preclinici e clinici dei cosiddetti disturbi minori, quali ad esempio i disturbi d'ansia, della condotta o depressivi, che poi possono dar luogo a crisi improvvise che richiedono un intervento di emergenza. A questo va aggiunta la carenza di informazioni scientifiche riguardo il fenomeno della continuità tra il dato di sofferenza psicopatologica in età infantile e adolescenziale e l'età adulta.

In particolare, mentre i gravi quadri psichici – autismo infantile, psicosi etc – a causa delle gravi perturbazioni di funzionamento sono seguiti e monitorati, e difficilmente danno origine a ricoveri improvvisi in acuto, ancora incerto è il problema della evoluzione dei quadri "minori" di psicopatologia.

Non è ad esempio tutt'ora univoco il rapporto tra le fobie sociali del bambino e il disturbo degli attacchi di panico che potrebbe insorgere improvviso di fronte ad uno stress ambientale in età adolescenziale, e ancora più il rapporto tra i disturbi esplosivi della condotta e l'abuso di sostanze nell'età giovane adulta con i disturbi esternalizzati dell'età evolutiva: mentre sembrerebbe confermato il legame per i soggetti di sesso

maschile, incerta è la relazione per i soggetti di sesso femminile, dove anche i disturbi di tipo internalizzato, e quindi di tipo anche depressivo, potrebbero essere antecedenti significativi.

Una conferma indiretta di questa difficoltà viene dalla importante variabilità dei dati epidemiologici nelle ricerche sull'adolescenza, legati sia agli strumenti utilizzati che alle finestre temporali in cui viene condotta l'osservazione: spostamenti del campione di uno o due anni di età modificano, in preadolescenza, l'aspetto osservabile dei segni e dei comportamenti a rischio.

Un altro possibile fattore che influenza questa variabilità è la difficoltà per il soggetto coinvolto, ma anche per le agenzie educative primarie coinvolte – famiglia e scuola – a individuare i fattori di sofferenza nel loro primo manifestarsi.

Una ricerca epidemiologica italiana recentemente giunta a conclusione, condotta su un vasto campione di preadolescenti di area urbana (progetto PRISMA) di età compresa tra gli 11 e 13 anni, replicando nella metodologia i principali studi epidemiologici europei (Frigerio et al, 2006), ha evidenziato come 8 ragazzi su 100 presentano segni clinici riferibili ad un disturbo psicopatologico, con una importante prevalenza nei disturbi internalizzati – ansia e depressione –, se paragonata a quelli di altri paesi occidentali e non, specie, ma non solo, nei soggetti di sesso femminile, in particolare a partire dai 12 anni, accanto ad una bassa prevalenza di disturbi della condotta. (Molteni et al., 2006 submitted).

I dati di questa ricerca mostrano come solo il 14% degli adolescenti diagnosticati con disturbo psicopatologico aveva consultato un servizio di salute mentale, nonostante che questi soggetti presentino un funzionamento scolastico meno adeguato rispetto ai soggetti senza psicopatologia.

Questo dato conferma quindi la difficoltà ad intercettare il fenomeno della psicopatologia preadolescenziale prima che si manifesti con segni clamorosi come quelli che conducono ad un contatto in condizioni di emergenza o urgenza, probabilmente perché i disturbi meno clamorosi in età evolutiva non vengono portati all'attenzione dei servizi di Npi. Ciò è anche legato al problema dello stigma sociale tutt'ora culturalmente molto forte e alla conseguente difficoltà a far adottare modalità diagnostiche fenomeniche basate sulla classificazione nosografica del problema rilevato; alcuni studi, ad esempio, evidenziano come la presenza di comorbidità è legato ad un aumentato rischio di episodi acuti, ma la diagnosi di comorbidità è possibile solo con sistemi di classificazione nosografica categoriale.

### **SPIEGAZIONI POSSIBILI.**

Non vi è ancora una precisa e adeguata valutazione del fenomeno del ricovero psichiatrico in adolescenza, che non è ben conosciuto nella sua specificità, sovente per la sua commistione con episodi di abuso di sostanze che slatentizzano i problemi psicopatologici e rendono difficile una stima attendibile della sua entità: diversi studi evidenziano un possibile legame tra alcuni quadri psicopatologici dell'età evolutiva (es. adhd) e il ricorso a abuso di sostanze in età adolescenziale.

Un ruolo giocano anche altri fattori quali: la frammentazione dei servizi e la scarsa comunicazione tra rete dei servizi territoriali e ospedalieri, tra i servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e quelli di Psichiatria degli adulti; la carenza di servizi dedicati a questa problematica molto particolare e le carenze nei processi di formazione di neuropsichiatri infantili e psicologi in merito alla presa in carico della sofferenza psichiatrica, specie quella di particolare gravità. Questi fattori generali si ripercuotono in modo particolare nelle azioni di diagnosi e presa in carico dei disturbi preclinici sia per la varietà delle diverse manifestazioni sintomatologiche che per la loro difficile valutazione prognostica.

**L'ATTESO:** In questo contesto problematico occorre aumentare le capacità operative dei servizi di Neuropsichiatria infantile di riconoscere precocemente i segni di disagio psicopatologico, in una visione di stretto raccordo interservizi al fine di attivare interventi preventivi, di ridurre il rischio di ricoveri e di contenere i processi di stigmatizzazione. Occorre altresì precisare i percorsi di presa in carico dei disturbi internalizzati ed esternalizzati in adolescenza migliorando le capacità di diagnosi precoce e di attivazione di interventi di presa in carico specifici e selettivi, finalizzati a ridurre il manifestarsi del problema in forma acuta in età adolescenziale.

### **SOLUZIONI PROPOSTE.**

- Acquisire maggiori informazioni attraverso lo studio a livello nazionale e di quattro Regioni selezionate, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Lazio, dei DRG psichiatrici (425/432) riferiti alla fascia di età 14/17 analizzati per sesso, per singole classi di età, per singolo DRG, per tipo e luogo di ricovero e per durata delle degenze.

- Acquisire maggiori informazioni, sempre attraverso i DRG, sul fenomeno dei ricoveri psichiatrici ripetuti da adolescenti nel corso dello stesso anno e sui ricoveri totali (per ogni tipo di DRG) di pazienti che hanno avuto almeno un ricovero psichiatrico nell'anno. I ricoveri ripetuti in psichiatria adolescenziale sembrano costituire una forma di vera e propria "cronicità" precoce. Questo studio, più specifico, sarà condotto solo nelle quattro aree territoriali regionali menzionate.
- Acquisire informazioni sull'evoluzione nel tempo dei disturbi internalizzati ed esternalizzati, partendo dai dati acquisiti dal progetto Prisma ed effettuando il follow-up di un segmento della popolazione del progetto stesso. Si intende individuare gli "eventi sentinella" (fattori di rischio, stressors ambientali e segni precoci) e la stabilità ovvero il cambiamento delle manifestazioni critiche nel corso dei primi anni adolescenziali, quale prima tappa di una survey che potrebbe dare importantissime informazioni sulla evoluzione dei quadri psicopatologici infantili.

#### **FATTIBILITA'.**

I dati raccolti attraverso lo studio delle Schede di Dimissione Ospedaliera dei ricoveri psichiatrici (DRG 425-432), sia a livello nazionale che delle diverse regioni, rendono possibili analisi molto dettagliate e facilmente comparabili. Lo studio delle SDO a livello regionale permette, inoltre, senza ledere la privacy, di focalizzare l'attenzione sul fenomeno dei ricoveri ripetuti, consentendo di condurre uno studio sulla consistenza del fenomeno del "revolving door" in adolescenza, e quindi di analizzare realtà e specificità di percorsi di ricoveri che sembrano far trasparire la comparsa di una vera e propria "cronicità psichiatrica" fin dai primi anni dell'adolescenza.

La consuetudine dei Servizi di Neuropsichiatria di Rimini, Lecco, Alessandria e Roma ad un lavoro di analisi epidemiologica e statistica faciliterà il lavoro di quantificazione dei pazienti che hanno effettuato ricoveri psichiatrici nell'anno definito.

I Servizi di Npi di Rimini e Lecco, inoltre, avendo partecipato alla ricerca epidemiologica "Progetto Prisma; Progetto Italiano Salute Mentale", sono in condizione di attivarsi rapidamente per una rivalutazione dei soggetti già studiati nel corso del progetto precedente.

In particolare in questa fase appare consigliabile, e fattibile, un percorso di screening sui soggetti già valutati con il progetto Prisma teso a verificare, con scale di funzionamento globale e check list, se sono stati registrati cambiamenti nell'adattamento sociale e di quale entità, valutando nel contempo la presenza/assenza di stressors ambientali, come fattore di concausa per l'eventuale cambiamento fenomenico.

Questo studio, condotto su una popolazione campione nei due servizi individuati, di fatto pone le premesse per un successivo sistematico lavoro di assessment clinico sui partecipanti al progetto Prisma, che potrà essere svolto in una fase successiva con un progetto nazionale costruito ad hoc, così da costituire un data base di rilievo epidemiologico internazionale sulla evoluzione dei quadri di psicopatologia "minore" dalla preadolescenza all'età adulta.

#### **CRITICITA'.**

- Per quanto riguarda il lavoro delle SDO va valutato che si possono incontrare difficoltà ad applicare lo stesso sistema di interrogazione ai vari sistemi informativi regionali e quindi deve essere individuato un protocollo per la richiesta dei dati che sia omogeneo per i diversi uffici statistici regionali emiliani, lombardi, veneti e laziali.
- Altro punto di criticità è la formazione degli operatori all'applicazione di scale diagnostiche specifiche per l'individuazione del disturbo depressivo e la definizione della sua gravità, operatori di territori anche piuttosto lontani tra di loro. La complessità di questo processo di formazione richiede l'organizzazione di momenti specifici di formazione di tipo teorico, di verifica pratica delle nozioni apprese e applicate, di mantenimento di una supervisione sulle indagini cliniche che verranno utilizzate durante lo svolgimento della ricerca.

## Bibliografia

- Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E.M.Z., *et al* (2002). Psychiatric Disorder, Impairment, and Service Use in Rural African American and White Youth. *Archives of General Psychiatry*, 59, 893-901.
- Besana D., Spinelli G., (2001) Il ricovero psichiatrico in adolescenza, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 7 (suppl.)
- Boys, A., Farrell, M. Taylor, C., *et al* (2003) Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, 182, 509-517.
- Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., *et al* (2003) Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837-844.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., *et al* WHO Mental Health Survey Consortium. (2004) Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291, 2581-90.
- Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R. (2004) Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 727-34.
- Fombonne, E. (1995) The Chartres Study: I. Prevalence of Psychiatric Disorders Among French School-Aged Children. *British Journal of Psychiatry*, 164, 69-79.
- Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H (2003) The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1203-1211.
- Frigerio, A., Cattaneo, C., Cataldo, M.G., *et al* (2004) Behavioral and Emotional Problems Among Italian Children Aged 4 to 18 years as Reported by Parents and Teachers. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 124-133.
- Frigerio, A., Vanzin, L., Pastore, V., *et al* (2006) The Italian Preadolescent Mental Health Project (PrISMA): Rationale and Methods. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 15, 22-35.
- Molteni, M., *et al.* (2006) Prevalence And Correlates Of Psychiatric Disorders Among Adolescents In Italy- *BMJ*, submitted.
- Nardocci, F. (2001) La rete dei Servizi di neuropsichiatria infantile: I percorsi di crescita, la realtà attuale, le problematiche future. *Ministero della Sanità, Prima conferenza Nazionale per la Salute Mentale*, 107-122
- Nardocci, F., Besana D. (2002) L'assistenza neuropsichiatrica infantile nella realtà nazionale, *XIX Congresso Nazionale Società Italiana Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza*, Catania
- Nardocci, F., (2005) Emergenza e ricovero psichiatrico in adolescenza, *XXII Congresso Nazionale Società Italiana Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza*, Napoli
- National Institute of Mental Health "Research on Child and Adolescent Mental Health, 2001
- Steinhausen, H.C. (2006) Developmental psychopathology in adolescence: findings from a Swiss study – the NAPE lecture 2005. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 6-12.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F., *et al* (1997) The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-36.



## **DEFINIZIONE DELL'OBIETTIVO**

### **OBIETTIVO GENERALE**

Acquisizione di informazioni più puntuali su tipologia e entità dei fenomeni di ricovero psichiatrico in adolescenza; acquisizione di una prima valutazione di evoluzione, su un campione selezionato, della psicopatologia minore dalla preadolescenza alla adolescenza, finalizzato a sviluppare un miglioramento degli interventi integrati di neuropsichiatria infantile per l'emergenza in psicopatologia adolescenziale e per la presa in carico precoce dei disturbi internalizzati in età preadolescenziale.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 1**

Acquisire le informazioni relative all'entità degli interventi in regime di ricovero ospedaliero per patologie psichiatriche in adolescenza individuandone le caratteristiche rispetto alle diverse patologie, al sesso e all'età. Valutare consistenza e caratteristiche del fenomeno della "cronicità psichiatrica" in adolescenza. Formazione degli operatori delle Npi delle Regioni coinvolte.

### **OBIETTIVO SPECIFICO 2**

Analisi dell'evoluzione clinica e del funzionamento sociale dei minori individuati nella precedente ricerca "Progetto Prisma" come sofferenti di un disturbo psicopatologico, attraverso la rivalutazione, secondo una metodologia standardizzata, di un campione dei soggetti che avevano aderito al Progetto Prisma. Questo potrà dare ulteriori dati sulla evoluzione dei quadri psicopatologici nell'area di passaggio – adolescenza/età adulta – che risulta particolarmente critica.



## PIANO DI VALUTAZIONE PER L' OBIETTIVO SPECIFICO 1

### Obiettivo Specifico

Acquisire le informazioni relative all'entità e alla qualità degli interventi in regime di ricovero ospedaliero per patologie psichiatriche in adolescenza. Valutare consistenza e caratteristiche di qualità del fenomeno della "cronicità psichiatrica" in adolescenza. Formazione degli operatori.

### Articolazione attività:

- Verranno acquisiti ed analizzati i dati nazionali di ospedalizzazione per DRG psichiatrici (425-432) per gli anni 200/2004, per le fasce di età 14/17, accedendo alle banche dati del Ministero della Salute.
- Verranno analizzate e comparate le distribuzioni regionali
- Sarà effettuata la formazione degli operatori di riferimento nelle quattro Regioni coinvolte, al fine di omogeneizzare la metodologia di raccolta e di analisi dei dati. Saranno effettuate verifiche in itinere con cadenza semestrale
- Nelle quattro Regioni verrà effettuata, dopo l'interrogazione delle banche dati delle Regioni stesse, un'analisi di dettaglio delle distribuzioni dei DRG per sesso, per singole classi di età, per singolo DRG, per tipo e luogo di ricovero e per durata delle degenze
- Verranno prodotti report di elaborazione e valutazione dei dati

### Cronogramma suddiviso per 8 trimestri (1-8)

Trimestre/due anni	1	2	3	4	5	6	7	8
Costituzione gruppo di lavoro								
Formazione operatori delle Regioni								
Studio DRG nazionali								
Studio DRG regionali								
Valutazione ricoveri ripetuti								
Elaborazione finale dati								

## PIANO DI VALUTAZIONE PER L' OBIETTIVO SPECIFICO 2

### Obiettivo Specifico

Evoluzione degli indicatori di rischio in un campione di popolazione preclinica: analisi dell'evoluzione e del funzionamento sociale e degli stressors ambientali intercorsi in un campione di minori delle province di Lecco e Rimini individuati nella precedente ricerca "Progetto Prisma" come sofferenti di disturbi di tipo internalizzato e esternalizzato.

### Articolazione attività:

- Verranno individuati gli strumenti per la rivalutazione standardizzati e validati e in programmi analoghi
- Verrà selezionato il personale dei due servizi di Npi di Lecco e Rimini, che dovrà effettuare le rivalutazioni
- Verrà formato il personale, addestrandolo all'utilizzo omogeneo degli strumenti standardizzati
- Dopo la selezione del campione di soggetti da rivalutare verranno avviate le attività per ricontattarli
- Verrà effettuata la rivalutazione dei soggetti inclusi nel campione
- Sarà effettuata l'analisi dei dati raccolti
- Verranno redatti i report finali

### Cronogramma suddiviso per 8 trimestri (1-8)

Trimestre/due anni	1	2	3	4	5	6	7	8
Individuazione del personale e degli strumenti di rivalutazione								
Selezione dei soggetti da rivalutare								
Individuazione e contatto con i soggetti selezionati								
Formazione del personale coinvolto								
Valutazione dei soggetti selezionati								
Analisi dei risultati								
Stesura dei report finali								

## REFERENTE RICERCA

Franco Nardocci, ASL di Rimini. Presidente Società di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza  
Molteni Massimo, Direttore Polo territoriale di NPI di Lecco, IRCSS Medea – per il proseguimento dello screening epidemiologico-

## COORDINAMENTO

Regione Emilia Romagna, Assessorato Politiche per la salute - Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri

## UNITA' OPERATIVE

- Servizio di NPI, ASL di Rimini, Direttore Andrea Tullini.
- IRCSS Medea, Sede Bosisio Parini; Polo Territoriale di NPI di Lecco, Direttore Massimo Molteni.
- Struttura Operativa Complessa di NPI ; Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria, Direttore Dante Besana.
- Unità Operativa Complessa " Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva", Azienda Sanitaria Roma B, Direttore Irene Sarti.

## UNITA' OPERATIVE E OBIETTIVI SPECIFICI

- |  |               |
|--|---------------|
| 1. Unità Operativa Asl Rimini                  | Obiettivi 1-2 |
| 2. Unità Operativa IRCSS Medea; Bosisio Parini | Obiettivi 1-2 |
| 3. Unità Operativa Azienda Alessandria         | Obiettivo 1   |
| 4. Unità Operativa Azienda Roma B              | Obiettivo 1   |

## PIANO FINANZIARIO

	<b>Totale</b>
1 Borsa di studio per Psicologo o Sociologo (30 ore per 15.000 Euro anno per 2 anni) per Unità Operativa 2. Obiettivi 1-2 e coordinamento organizzativo Obiettivo 2.	30.000 €
1 Borsa di studio per Psicologo o Sociologo (25 ore per 12.000 Euro anno per 2 anni) per Unità Operativa 1. Obiettivo 1-2-	24.000 €
1 Borsa di studio per Psicologo o Sociologo (12 ore per 6.000 Euro anno per 2 anni) per segreteria e coordinamento organizzativo generale	12.000 €
Consulenze per elaborazione DRG	10.000 €
Consulenza per elaborazione statistica risultati questionari di screening e dei fattori di stress ambientali	7.000 €
Spese per organizzazione e conduzione seminari formativi	17.000 €
Spese per trasferte e spese generali	15.000 €
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>115.000 €</b>