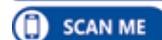


UN METODO DI EMBODIED EDUCATION IN RIABILITAZIONE: APPROCCI DI VALUTAZIONE PARTECIPATA E DI EMPOWERMENT PSICOCORPOREO



Dott.ssa Diamare Sara¹, Dott.ssa Ferrara Anna¹, Dott.ssa Polito Gaetana¹,
Dott.ssa Salerno Marina², Dott.ssa Mantice Marinella³, Dott. Pocetta Giancarlo⁴

¹Area di Psicologia Organizzativa e della Salute, UOC. Qualità & Umanizzazione - ASL Napoli 1 Centro

²Area Pedagogica – Univ. Suor Orsola Benincasa. Coord.Prog. educativi per adolescenti- Comune di NA

³Area di Fisioterapia, libero professionista

⁴Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CeSPES) – Univ. di Perugia

KEYWORDS: Health Advocacy, BenEssere Psico-corporeo, Empowerment, Embodied, Peer Education

ABSTRACT

Nella teoria bio-psico-sociale, la visione salutogenetica (Antonovsky, 1979) è volta a promuovere il benessere. La promozione della salute indica un processo di cambiamento e sviluppo adattivo diretto alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria attraverso la diffusione di stili di vita sani.

Nel presente lavoro si propone un modello di salutogenesi: “I Salotti del Ben-Essere” (S. Diamare, 2015), sperimentato dall’ASL NA 1 Centro UOC. Qualità e Umanizzazione, che prevede lo sviluppo di tematiche di salutogenesi in laboratori esperienziali di consapevolezza psico-corporea, implementato in Campania attraverso la rete OMS di Promozione della Salute: Health Promoting Hospitals & Health Service (HPH & HS).

Quale approccio olistico di Health Advocacy, I Salotti del Ben-Essere© rappresentano uno spazio multicentrico e multiprofessionale di assistenza partecipativa, rivolta a piccoli gruppi ed a comunità, in cui un team specializzato realizza un programma multidisciplinare di educazione sanitaria prevalentemente in un setting di riabilitazione.

L’educazione alla salute trova, durante un trattamento riabilitativo, la collocazione più proficua per sostenere la motivazione al cambiamento consapevole di stili di vita perniciosi.

Il metodo “Salotti del Ben-Essere” può essere utilizzato, come Peer Education, anche nel sistema universitario. Questa metodologia è stata testata, infatti, con gli studenti di Scienze dell’Educazione presso l’Università Suor Orsola Benincasa.

I risultati sono stati soddisfacenti in tutti i contesti.

INTRODUZIONE

A partire dagli anni '70 e '80 del secolo scorso si è sviluppato il concetto di promozione della salute, processo per cui le persone migliorano il controllo e la gestione diretta delle proprie condizioni di salute, ovvero attivano un processo di Empowerment.^[1]

La promozione della salute indica un processo di cambiamento e sviluppo adattivo diretto alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria attraverso la diffusione di sani stili di vita.

Nella teoria bio-psico-sociale, la visione salutogenica^[2] è finalizzata alla promozione del Benessere.

La metodologia dei Salotti del Benessere© nasce dalla prospettiva della co-costruzione di un modello partecipativo di sviluppo di salute^[3], basato sull’empowerment e sulla consapevolezza corporea, per motivare al cambiamento verso stili di vita salutari; utilizza il gioco metaforico e l’Arte-terapia (soprattutto la Danza Movimento Terapia/DMT-APID©) per trasformare le informazioni di educazione alla salute in esperienze pratiche, attraverso laboratori strutturati prevalentemente in setting riabilitativi.

Tale modello di salutogenesi chiamato “Salotti del Ben-Essere”^[4] è stato implementato in Campania dal Servizio Controllo Qualità, attualmente UOC. Qualità & Umanizzazione della ASL Napoli 1 Centro, fin dal 2009.

Attraverso questa metodologia ci si propone di sensibilizzare all’acquisizione della consapevolezza del proprio corpo e dei propri bisogni per promuovere l’auto-gestione e l’auto-responsabilizzazione nelle scelte che riguardano la propria salute, ovvero si intende attivare un processo di *empowerment psico-corporeo* attraverso la relazione con l’altro.

La proposta dei Salotti del Benessere©, quale approccio olistico di Health Advocacy, ha evidenziato la possibilità di imparare dall’esperienza di altre persone per aumentare la consapevolezza della condivisione di obiettivi comuni, sviluppare resilienza, promuovere la comunicazione aperta tra i gruppi e le figure professionali coinvolte, infine incoraggiare le persone ad essere agenti attivi del cambiamento e non oggetti passivi del trattamento riabilitativo o educativo.^[3]

■ METODOLOGIA E MATERIALI

Per consentire una comprensione profonda dei contenuti e l'elaborazione dei vissuti in esperienze trasferibili nell'operatività dell'educatore sanitario e del riabilitatore, sono previsti moduli teorici e pratici: Lezioni frontali, Gruppi di discussione, Laboratori di arte terapia (danza-movimento-terapia Dmt-Apid®) in chiave psicosomatica. La psicosomatica, evidenziando la relazione tra l'espressione somatica ed il mondo emozionale ed affettivo^[5], giustifica e rende comprensibile l'efficacia dell'adozione di strumenti di consapevolezza corporea ed emozionale in campi di Educazione alla salute e Riabilitazione.

La metodologia di psicologia della salute descritta prevede 5-10 incontri, durante i quali sono trattate 5 tematiche specifiche, definite Chiavi: 1. Chiave del Respiro Consapevole (associata alla dissuasione dal fumo di tabacco); 2. Chiave del Rilassamento, per favorire la gestione dello stress, improntata sulla Contrazione/Distensione agita; 3. Chiave del Nutrimento, per riflettere sulla qualità ma anche sulle modalità di nutrimento; 4. Chiave dell'Empowerment, improntata sul potenziamento psicocorporeo con la tecnica dell'Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole/EEICC^[6]; 5. Chiave del movimento e dell'emozione, per favorire la consapevolezza del proprio corpo nella relazione con l'altro.

Le tecniche utilizzate per affrontare queste tematiche sono, dunque: il Rilassamento muscolare progressivo (RMP); la Vegetoterapia/Bioenergetica; la Danza Movimento Terapia (DMT-APIID®) e l'Esperienza Estetica Incarnata Creativa Consapevole (EEICC©) di Arteterapia.

Ogni incontro prevede una restituzione verbale sul vissuto e l'elaborazione cognitiva con focus group in un setting circolare, e/o un rituale finale che metaforicamente richiama i contenuti dell'esperienza laboratoriale.

Come incluso nel progetto, ogni momento del metodo "Salotti del Benessere©" rispetta i principi di equità e di bioetica. Innanzitutto, la partecipazione all'esperienza è volontaria. Inoltre, l'anonimato dei partecipanti ai gruppi viene garantito attraverso un codice alfanumerico attribuito a ciascun soggetto e riportato su ogni test. I dati acquisiti durante lo studio di valutazione rimangono, dunque, strettamente confidenziali e la loro diffusione non è possibile senza che i soggetti stessi abbiano dato il proprio consenso. Sicuramente, il metodo si fonda sul principio di equità e salvaguarda il principio di vantaggio, ossia il diritto a non subire danni fisici o psicologici. Se questi eventi si verificano o sono sospetti, l'approccio contenitivo del metodo e di continuo feedback con il gruppo consente al conduttore di interrompere e/o di ricalibrare l'attività.

La metodologia dei Salotti del Ben-Essere infatti, prevede il coinvolgimento di esperti nel metodo e/o con formazione specifica coerente con le tematiche sviluppate. Gli stessi partecipanti contribuiscono attivamente alla co-costruzione del percorso in itinere, con eventuali proposte di perfezionamento. L'implementazione di nuovi corsi prevede, inoltre, uno scambio "peer to peer". Sia i docenti che i discenti, attraversano un processo di Empowerment per migliorare i loro stili

di vita, la loro vita lavorativa e le relazioni con i caregivers e con i pazienti.

La metodologia prevede anche l'utilizzo di una batteria di test che permette di ottenere una valutazione del percorso formativo e /o educativo e che sono parte integrante del modello stesso, in quanto alcuni di essi sono somministrati dagli stessi partecipanti sotto forma di intervista, altri in gruppo per condividere la modalità di evoluzione del singolo partecipante e del gruppo come entità.

La batteria di test proposti subisce delle lievi modifiche sia per consentire una valutazione più appropriata al target a cui si propone il metodo, sia poiché questa metodologia include, quando è possibile, un'autovalutazione dell'efficacia del processo educativo ai fini dell'empowerment del gruppo.

La batteria comprende i seguenti test/questionari:

- A. Test SF12^{TM1}
- B. Mood Visual Analogue Scale (MVAS-9)
- C. Intervista sui Sani stili di vita

a cui si può aggiungere, preferenzialmente per studenti e/o operatori sanitari:

- D. Scheda Dia.de rev.3

A. SF-12. È la versione breve del questionario SF-36; consente un'autosomministrazione in gruppo che ha la durata di circa 10 minuti. Si compone di 12 items per il calcolo di due indici sintetici, che indagano la percezione sullo stato di salute globale del soggetto:

- PCS (Physical Component Summary) relativo al dominio fisico della salute
- MCS (Mental Component Summary) relativo al dominio mentale della salute

Tabella 1. Descrizione di livelli molto alti e molto bassi di PCS e MCS.

Indici sintetici	Molto basso	Molto alto
PCS	Sostanziali limitazioni nella cura di sé e nelle attività fisica, sociale e personali; importante dolore fisico; frequente stanchezza; la salute è giudicata scadente	Nessuna limitazione fisica, disabilità o diminuzione del benessere generale; elevata vitalità; la salute è giudicata eccellente
MCS	Frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; la salute è giudicata scadente	Frequente attitudine psicologica positiva; assenza di disagio psicologico e limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi; la salute è giudicata eccellente

Livelli bassi e alti degli indici sintetici riflettono una combinazione di "function" e "wellbeing" sia mentali che fisici, grado di "disability" a livello sociale e personale, e "personal evaluation" della salute in generale. I peggiori stati di salute riflettono sostanzialmente limitazioni funzionali, importanti disabilità sociali e perso-

¹ Aaronson et al. (1998) permette di descrivere la salute di un gruppo di persone facendo uso di 2 domande per ciascuna delle seguenti scale del SF-36: attività fisica [PF], ruolo e salute fisica [RP], ruolo e stato emotivo [RE] e salute mentale [MH]. Le rimanenti scale - dolore fisico [BP], salute generale [GH], vitalità [VT] e attività sociali [SF] - vengono descritte

nali, disagio psicologico e un poco favorevole giudizio e punto di vista sul proprio stato di salute generale. Va ricordato, data la natura bipolare dello strumento in questione, che punteggi molto alti si possono ottenere solo in caso di assenza di limitazioni e disabilità e con livelli molto alti di benessere e in presenza di molto favorevoli valutazioni del livello della salute in generale; Somministrato a pazienti, caregivers e studenti.

- B.** La Mood Visual Analogue Scale/MVAS-9^[8]: visual-analogue scale che permette di misurare l'umore attraverso la valutazione di 2 componenti: l'*attivazione energetica* (sonnolenza, concentrazione, fatica, energia), il *tono emozionale* (calma, tensione, irritabilità, felicità, tristezza); Somministrato a pazienti e caregivers.
- C.** Un'intervista sui Sani Stili di Vita elaborata sulle note del progetto PASSI 2005 (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'Istituto Nazionale della Salute; Somministrata a pazienti e caregivers.
- D.** Scheda Dia.De© rev.3: si tratta di uno strumento di monitoraggio di una inter-azione consapevole, in cui i soggetti forniscono un'autovalutazione del proprio *controtransfert* motorio, il cui obiettivo è favorire la presa di coscienza delle caratteristiche posturali, espressive e morfologiche delle diverse parti del corpo e del movimento nella relazione con l'altro. La Scheda Dia.De rev. 3 è composta da 8 items: *Chinesfera, Centralità, Strutturazione, Ritmo, Coordinazione, Flusso, Rigidità e Intensità* a cui i soggetti attribuiscono un punteggio servendosi di una scala Likert che va da 1 a 5 (in cui 1 corrisponde al valore minimo attribuito e 5 al valore massimo).^[9]

La batteria di test sopra citata è somministrata da due psicologi, all'inizio ed a conclusione del percorso di educazione alla salute. La valutazione ex-ante ed ex-post consente di evidenziare gli eventuali miglioramenti riconducibili all'intervento, nonché di evidenziare eventuali punti critici su cui intervenire.

La metodologia dei *Salotti del Benessere* è stata sperimentata in diverse strutture sanitarie ed universitarie e la batteria di test è stata somministrata anche a diverse figure sanitarie (e non), per testarne l'efficacia e l'affidabilità in contesti differenti.

■ OBIETTIVO DELLO STUDIO

Il presente studio si propone di affrontare il tema della valutazione dell'efficacia dell'intervento dei Salotti del Benessere© attraverso la variazione di punteggi a test che misurano diverse dimensioni legate al Benessere ed all'Empowerment Psicocorporeo, considerando tre gruppi di soggetti come descritto di seguito.

Uno Studio Pilota è stato condotto in Riabilitazione Cardiologica P.O. S. Gennaro (2013) con un Progetto Sperimentale^[4] a cui hanno preso parte **25 soggetti** con cardiopatia ischemica, sottoposti ad un programma di cardiologia riabilitativa, che hanno partecipato ai 5

incontri previsti dalla metodologia dei Salotti del Benessere, i cui risultati sono stati messi a confronto con quelli ottenuti da un gruppo di controllo che, invece, non ha preso parte ai Salotti del Benessere.

All'esperienza con i pazienti di cardiologia ha fatto seguito una nuova sperimentazione della metodologia che ha visto coinvolti caregivers di utenti della ASL Napoli 1 Centro. In particolare, il campione considerato include 13 soggetti (10 femmine e 3 maschi) di età compresa tra i 45 e i 75 anni. I caregivers che hanno accettato di fare parte di questa ulteriore sperimentazione rientrano in 2 diversi gruppi: al primo appartengono caregivers di pazienti affetti da Alzheimer (afferenti all'RSA di Villa Walpole), al secondo appartengono caregivers di pazienti affetti da disabilità psichiatriche (afferenti alla Salute Mentale, presso la Lega Navale di Napoli).

Inoltre, il modello è stato sperimentato anche in ambito Universitario, con gli studenti di Scienze dell'Educazione (52 soggetti di età compresa tra i 21 e i 23 anni), presso l'Università Suor Orsola Benincasa, come formula di Peer Education in laboratori psicocorporei. La formula utilizza gli studenti degli anni precedenti che, riportando la loro esperienza e il loro vissuto emozionale, impostano alcuni interventi su argomenti salutogenetici, in modo partecipativo, veicolando tali contenuti ai loro compagni attraverso giochi relazionali, di decodifica della espressività emozionale e della comunicazione non verbale.

All'uopo è stata introdotta la scheda di auto-valutazione della gestualità e dell'uso dello spazio relazionale: la Scheda Dia.De© rev. 3 Form, attraverso cui si rileva l'autopercezione del movimento.

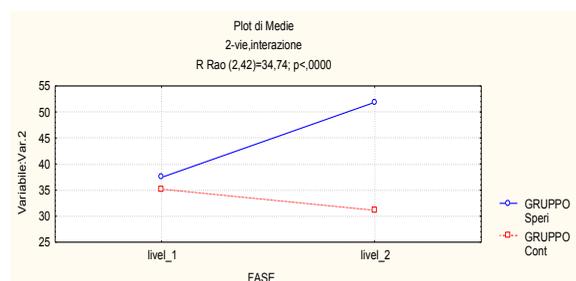
Risultati e Discussione

Test SF12

Come evidenziano i dati riportati, il test SF-12 ha prodotto risultati positivi e coerenti in tutti i contesti considerati (riabilitazione con i pazienti; caregivers; studenti universitari).

Nel campione dei pazienti cardiopatici considerato, si rilevano variazioni negli indici di percezione di salute mentale (MCS) e fisica (PCS) ed in particolare l'ANOVA rileva un aumento significativo dei livelli di MCS nella somministrazione post (Grafico 1).

Grafico 1: Dati SF12 pazienti cardiopatici



Dai dati ricavati dalla somministrazione del test ai caregivers, seppur senza analisi statistica, emerge un aumento dei valori totali della percezione della Salute

con una sola domanda ciascuna. Numerosi studi empirici hanno mostrato che gli indici sintetici del questionario SF-12 correlano con i corrispondenti indici del questionario SF-36 con un range di valori compresi tra 0,93 e 0,97.^[7]

Fisica e della percezione della Salute Mentale (Tabella 1; Grafici 2 e 3).

Tabella 1. Valori Totali PCS e MCS (gruppo caregivers)

	Indice PCS e x-ante	Indice PCS ex-post	Indice MCS ex-ante	Indice MCS ex-ante
Totale	616	666	456	478

Grafico 2. Indice PCS Totale

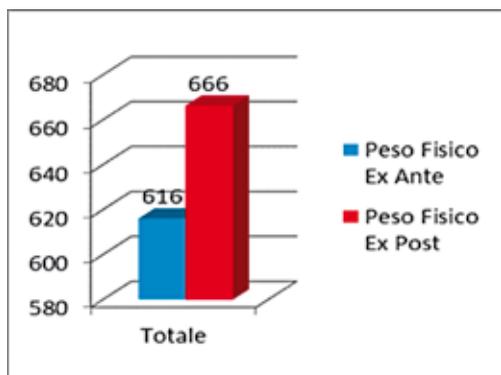
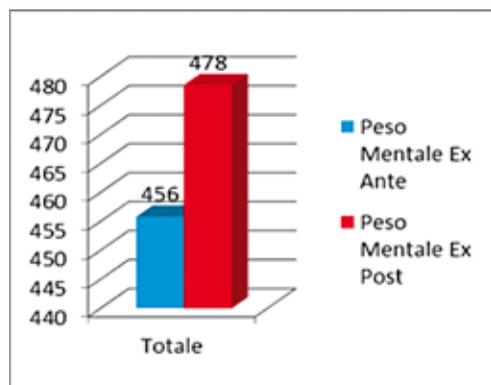


Grafico 3. Indice MCS Totale



Nel contesto universitario, i risultati ottenuti sono in linea con quelli descritti per il gruppo dei pazienti ed il gruppo dei caregivers. Si sono verificate importanti variazioni nelle due dimensioni dell'SF12, che risultano statisticamente significative per la componente fisica (PCS) (Tabella 2; Grafici 4 e 5).

Tabella 2. Valori PCS e MCS degli studenti universitari.

	Media (DS)	Media (DS)	
	Range	Range	
	Ex ante	Ex post	P (.05)
PCS	50,73 (6,863)	53,33 (5,121)	t = -2,983
	36 - 63	38 - 63	.004
MCS	38,50 (9,656)	40,40 (9,367)	
	23 - 56	19 - 56	.101

Grafico 4. Indice PCS Totale

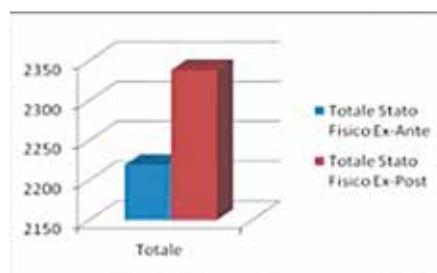
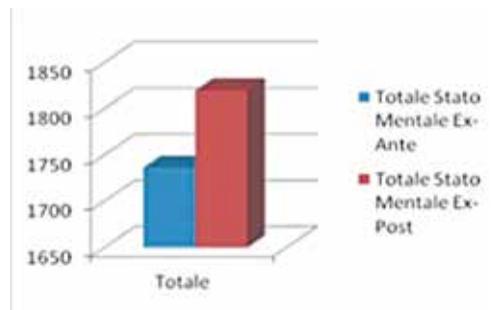


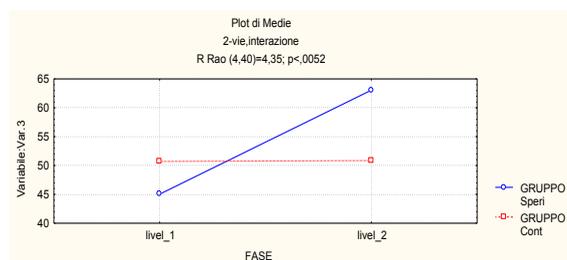
Grafico 5. Indice MCS Totale



TEST MVAS-9

Per quanto riguarda l'attivazione energetica (MVAS-9) nello studio pilota che ha riguardato i pazienti, l'ANOVA ha evidenziato risultati significativi a tutti i livelli dell'attivazione energetica (concentrazione, stanchezza, energia, sonnolenza) (Grafico 6), allo stesso modo sono emerse differenze significative nella dimensione del tono affettivo (calma, tensione, irritabilità, tristezza).

Grafico 6. Differenze tra i gruppi per il livello di energia (fase post)



In particolare, nella valutazione post, il gruppo sperimentale presenta maggiori livelli del tono affettivo rispetto a quelli del gruppo di controllo. Nel gruppo sperimentale in particolare, aumenta significativamente la dimensione *contentezza* (Grafico 7), mentre diminuiscono i livelli di *tristezza* (Grafico 8).

Grafico 7. Differenze tra i gruppi per il livello di contentezza (fase post)

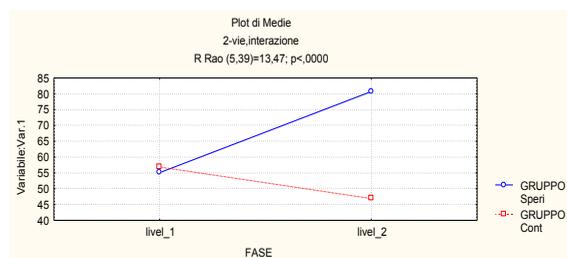
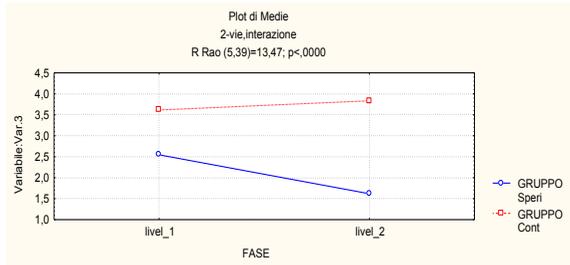


Grafico 8. Differenze tra i gruppi per il livello di tristezza (fase post)



Allo stesso modo, nel gruppo sperimentale, rispetto al gruppo di controllo, migliorano i livelli di calma e diminuiscono i livelli di tensione e di irritabilità, ed anche i livelli di sonnolenza e di stanchezza, che aumentano invece nel gruppo di controllo (Grafici 9 e 10).

Grafico 9. Differenze tra i gruppi per il livello di sonnolenza (fase post)

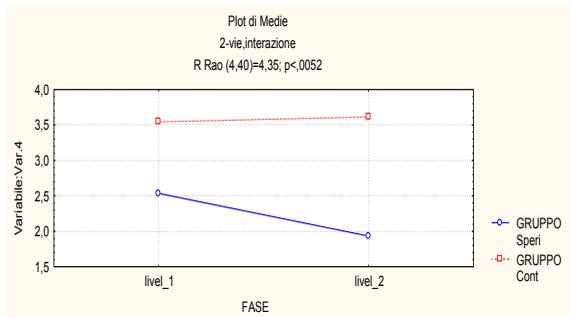
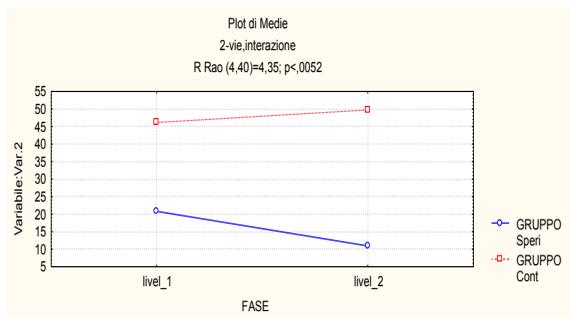
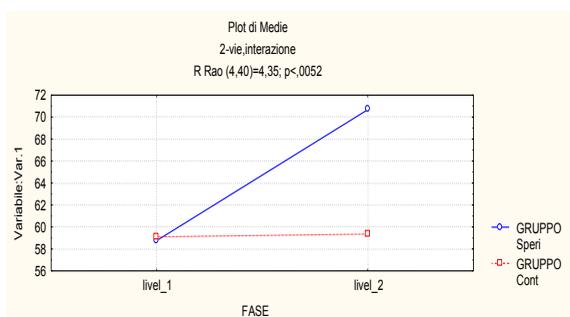


Grafico 10. Differenze tra i gruppi per il livello di stanchezza (fase post)



Inoltre è emerso un miglioramento della concentrazione nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo.

Grafico 11. Differenze tra i gruppi per il livello di concentrazione (fase post)



Con i caregivers i risultati ottenuti sono coerenti con quelli appena descritti per i pazienti (studio pilota) anche se non è stata effettuata una valutazione statistica comparativa. Il test MVAS-9 somministrato ai careg-

vers ha evidenziato dei miglioramenti nelle due dimensioni (attivazione energetica e tono affettivo), rilevabili dal confronto fra i dati raccolti in ex ante e quelli in ex post.

Emerge (grafico 12) un miglioramento dell'attivazione energetica (migliora la concentrazione e l'energia; e contestualmente, diminuisce la stanchezza percepita); dal grafico 13, si evince inoltre, un aumentato senso di felicità e di calma ed una diminuzione della tristezza percepita.

Grafico 12. Attivazione Energetica (A.E.) Totale

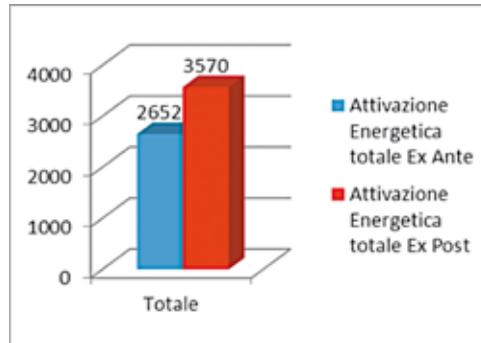
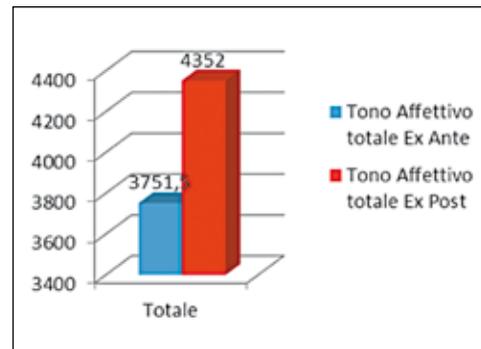


Grafico 13. Tono Affettivo (T.A.) Totale



■ INTERVISTA “SANI STILI DI VITA”

I punteggi che si ottengono da questa intervista sono di tipo sia quantitativo che qualitativo, ma la tipologia dei dati impedisce l'effettuazione di un'analisi statistica completa e di un'eventuale comparazione fra i risultati ottenuti nei diversi gruppi (pazienti e caregivers), pertanto l'analisi effettuata è di tipo qualitativo.

L'intervista “Sani Stili di Vita” dei pazienti cardiopatici non ha rilevato effetti di interazione significativa rispetto al consumo di frutta e verdura, al consumo di carni rosse, formaggio, al controllo di consumo di sale, all'uso di bevande alcoliche e alla pratica dell'attività fisica nel tempo libero. Dei risultati positivi hanno interessato il fumo, ma sembrano riguardare entrambi i gruppi (sperimentale e di controllo). Infatti, il 60% dei pazienti ha smesso di fumare dopo l'intervento operatorio, e solo il 10% ha continuato a fumare.

La brevità del percorso educativo, probabilmente non ha consentito di ottenere risultati sensibili. Infatti, la letteratura in questione evidenzia che soprattutto la disassuefazione dal fumo di tabacco richiede interventi più lunghi e strutturati.

I risultati ottenuti dall'intervista “Sani Stili di vita” sui caregivers, sono positivi rispetto a quelli ottenuti dal gruppo dei pazienti. Emergono alcuni miglioramenti: una diminuzione delle sigarette fumate quotidianamente dai partecipanti (in linea con i risultati ottenuti con i pazienti); una diminuzione delle unità al-

54 coliche assunte nel corso di una settimana; un aumento dei valori, seppur lieve, riguardanti il consumo di frutta; una diminuzione del consumo della carne; un aumento dell'attività fisica.

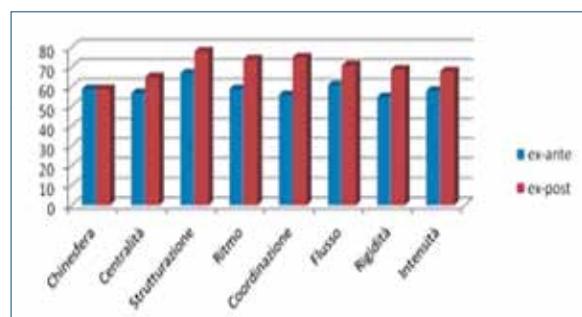
Agli studenti non è stato somministrato né il test MVAS, né l'intervista Sani Stili di vita in quanto non pertinenti al laboratorio di embodied education, sebbene implementato con la stessa metodologia dei Salotti del Benessere©.

■ SCHEDA DIA.DE REV.3

Come già evidenziato in precedenza, con gli studenti universitari è stato preferito un ulteriore strumento (Scheda Dia.de rev. 3) che ha consentito di rilevare il comportamento motorio/relazionale.

È stato evidenziato un miglioramento delle dimensioni prese in esame dalla Scheda: i movimenti diventano più spontanei e l'armonia nella modalità di esecuzione del gesto è più in sintonia con gli altri e con la musica; aumenta l'intensità del movimento che si infonde di pathos, anche se risulta invariata la chinesfera sperimentata a partire dal proprio baricentro corporeo, che suggerisce la necessità di rimanere nel proprio spazio di equilibrio; diminuisce la sensazione di rigidità nel controllo motorio, ovvero le contratture difensive a livello tonico-muscolare globale. Il corpo viene percepito come libero di potersi esprimere in un movimento più fluido ed aperto al contatto con l'esterno (Grafico 14).

Grafico 14. Dati Scheda Dia.de Rev.3 (ex-ante/ex-post)



■ CONCLUSIONI

In linea generale, i risultati attesi sono coerenti con quelli ottenuti ed hanno evidenziato dei miglioramenti nei gruppi che hanno preso parte agli incontri dei Salotti del Benessere©.

In particolare, è stato rilevato un aumento della percezione di salute mentale in tutti i partecipanti.

I soggetti hanno modificato alcune abitudini o comportamenti a rischio. Tale cambiamento può essere considerato una conseguenza del lavoro di équipe svolto, che ha incluso la partecipazione attiva dei gruppi come previsto dallo stesso programma di empowerment centrato sugli aspetti relazionali per motivare al cambiamento di stili di vita perniciosi. Il percorso intrapreso ha consentito ai partecipanti di passare da una comunicazione prescrittiva, alla sperimentazione di una comunicazione circolare basata sull'ascolto empatico e sulla relazione. Ciò favorisce un'evoluzione delle capacità comunicative e, più in generale, delle capacità relazionali.

A fronte di queste considerazioni, vanno evidenziati alcuni limiti metodologici: in primo luogo il carattere soggettivo dei test, questa potenziale fonte di distorsione è stata affrontata con la presenza e l'assistenza degli psicologi dello staff in tutto il percorso valutativo; in secondo luogo, i gruppi di rispondenti sono piuttosto eterogenei per i contesti e le esperienze di vita, diversità tuttavia è un elemento ricercato dallo studio.

In conclusione, la valutazione qualitativa e quantitativa integrata nel metodo "I Salotti del Benessere" consente di stimare la domanda di salute, utilizzando indicatori sanitari monitorabili, verificare l'efficacia di azioni di promozione della salute basate su di un processo di empowerment psico-corporeo dei partecipanti, e favorire la diffusione di una cultura del Ben-Essere.

La pratica, fino a questo momento, non ha avuto bisogno di finanziamenti e/o donazioni specifici, perché è stata effettuata dagli operatori sanitari coinvolti nel processo in orario di servizio e/o in aggiornamento professionale obbligatorio. È il sistema sanitario stesso, infatti, a sostenere il processo, in collaborazione con altre istituzioni locali (Università) che hanno messo a disposizione sedi ed esperti. Naturalmente, se il metodo dovesse essere esportato in altri contesti (pubblici o privati), non appartenenti all'attuale rete di stakeholders locali, potrebbe necessitare di sovvenzioni per sedi, strumenti ed esperti.

La trasferibilità è possibile perché il metodo è flessibile, si adatta, pur conservando la sua struttura di base, all'utenza al quale è rivolto. Al momento, non sono stati individuate barriere particolari che impediscano la trasferibilità dei Salotti del Ben-Essere, proprio grazie alla flessibilità insita nel metodo stesso. Dal 2017 il metodo è coperto da copyright (Salotti del Ben-Essere©).

■ BIBLIOGRAFIA

- [7] Aaronson, N.K. et al, (1998). *Translation, Validation, and Norming of the Dutch Language Version of the SF-36 Health Survey in Community and Chronic Disease Populations*. Journal of clinical epidemiology. Volume 51, issue 11, November 1998, 1055-1068
- [2] Antonovsky A. (1979). *Health, stress, and coping*. S. Francisco: Jossey- Bass
- [6] Diamare, S., Montalto M. (2011) *Curarsi con le Immagini*. Riza Scienze n. 272
- [3] Bertini, M. (2012). *Psicologia della Salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- [4] Diamare, S. (2015). *I salotti del Benessere*. Napoli: Poligrafia-F.lli Ariello Editori s.a.s.
- [5] Ferri, G., *Analisi del carattere e vegetoterapia caratteroanalitica: primi passi all'interno dell'analisi reichiana*. S.I.A.R PsicoterapiaAnaliticaReichiana, rivista semestrale della Società italiana di Analisi Reichiana, 30 marzo 2018.
- [8] Violani, C. (1996). *Umore e attività sportive*. In Caprara G.V. & Lombardo G. P (A cura di), *Temì di psicologia dello sport*. Istituto di Scienza dello sport, Roma
- [9] D'Ambrosio, M.; et al. (2016) *Teatro come metodologia trasformativa. La scena educativa fatta ad arte. Tra ricerca e formazione*. in *Cartografie Pedagogiche*, Napoli: Liguori ed.
- [11] *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*. The Ottawa Charter for Health Promotion 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada. <https://www.aslnapoli1centro.it/documents/420534/447092/CartaOttawa.pdf>