



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica “**G. Sanarelli**”

Tesi di Dottorato

**Promuovere la cultura del benessere psicologico nei
giovani. Analisi e sviluppo di buone pratiche nel progetto
Guadagnare salute in adolescenza**

Dottorando
Dott. Marco Ventola

Tutor e Coordinatore
Chiar.mo Prof. Gianfranco Tarsitani

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUZIONE..... | 3 |
| Capitolo Primo - IL QUADRO TEORICO: RIFERIMENTI, VISIONE E IMPOSTAZIONE..... | 6 |
| 1. <i>Definizione del concetto di salute mentale</i> | 6 |
| 2. <i>La salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza.....</i> | 7 |
| 3. <i>Modelli utilizzati nell'ambito della salute mentale: una panoramica.....</i> | 10 |
| 4. <i>La teoria dell'apprendimento sociale nei programmi di Life Skills Education.....</i> | 12 |
| 5. <i>Il modello dell'analisi della domanda</i> | 16 |
| 6. <i>Il modello clinico del Counseling individuale.....</i> | 21 |
| 7. <i>Il modello della Peer education.....</i> | 22 |
| 8. <i>Ripensare la promozione della salute mentale nella scuola: i disturbi emotivi comuni come bussola dei servizi</i> ²⁴ | |
| Capitolo Secondo – PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICOLOGICO NEGLI ADOLESCENTI E CONTESTO SCOLASTICO | 27 |
| 1. <i>La promozione della salute mentale nella scuola.</i> | 27 |
| 2. <i>La cultura giovanile e strategie di promozione della salute mentale.....</i> | 30 |
| 3. <i>Il gruppo di pari e la scuola.....</i> | 31 |
| 1. <i>L'assetto mentale dell'adolescente</i> | 34 |
| 2. <i>Il Locus of control, la Self-efficacy e l'Empowerment come concetti chiave nella promozione del benessere psicologico</i> | 36 |
| Capitolo Terzo – IL PROGETTO “GUADAGNARE SALUTE NEGLI ADOLESCENTI ” E SALUTE MENTALE..... | 38 |
| 1. <i>Presentazione del Progetto</i> | 38 |
| 2. <i>La costruzione della rete dei Centri di Documentazione per la Prevenzione e la Promozione della Salute.....</i> | 39 |
| 3. <i>Raccolta ed inserimento dei progetti.</i> | 44 |
| 4. <i>Analisi dei progetti nell'area tematica “Salute Mentale”</i> | 47 |
| 5. <i>Lavorare nella scuola o per la scuola?.....</i> | 49 |
| 6. <i>Distribuzione per target.....</i> | 53 |
| 7. <i>I Centri che hanno valutato l'area salute mentale per l'attività di analisi delle buone pratiche</i> | 55 |
| 8. <i>Analisi di selezione di buone pratiche nell'area Salute Mentale</i> | 57 |
| 9. <i>Analisi e sviluppo di criteri per la promozione di Progetti nella salute mentale per gli adolescenti</i> | 63 |
| CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE | 68 |
| SITOGRAFIA | 79 |

INTRODUZIONE

In questo lavoro di tesi abbiamo voluto analizzare i risultati del progetto “Guadagnare Salute” negli adolescenti in rapporto alla specifica area tematica della “salute mentale” a partire da un’analisi dei principali modelli scientifici di riferimento. Attraverso la formazione di una rete nazionale di Centri di Documentazione si è realizzata un’attività di censimento e ricognizione di progetti e interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 24 anni, nelle diverse regioni italiane.

Difatti il *CCM* (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) ha affidato nel 2006 al *DoRS* - Centro regionale di documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte – il compito di coordinare il lavoro dei vari Centri per poter effettuare una ricognizione sistematica dei vari progetti nelle seguenti aree di interesse quali: abitudini alimentari, attività fisica, infezioni sessualmente trasmissibili, consumo di droghe ed alcol, incidenti stradali e salute mentale.

Laddove si è constatata l’assenza di un Centro di Documentazione sono state coinvolte le Agenzie Sanitarie Regionali o le Università: ciò è avvenuto per la Regione Lazio nell’individuazione del Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica “G. Sanarelli” dell’Università degli Studi “Sapienza” di Roma quale ente preposto alla ricerca.

Bisogna aggiungere che i numerosi progetti censiti, inseriti poi all’interno di una banca dati denominata Pro.Sa e sviluppata ad hoc dal DoRS, ha consentito di rilevare numerosi elementi costitutivi dei singoli progetti, quali soggetti coinvolti, metodologie utilizzate, valutazioni, etc.

L’obiettivo principale di tale operazione è stata quella di poter costruire una descrizione, quanto più affidabile, delle attività di Prevenzione, Educazione e Promozione della salute svolte da enti pubblici e privati per e con gli adolescenti.

All’interno di questa tesi ho analizzato in particolare i progetti svolti nell’area della cosiddetta “salute mentale” cercando di fornire delle griglie di lettura utilizzabili nello sviluppo di buone pratiche: ciò ha significato, in definitiva, esplicitare i modelli teorici di riferimento, le metodologie utilizzate ed infine la prassi di valutazione.

Non si tratta sicuramente di un compito semplice, e questo per svariati motivi.

La rappresentazione di interventi di promozione della salute mentale è sovente vista come “scienza dell’irripetibile” poiché le dimensioni emotive per la loro complessità facilmente sfuggono a criteri di valutazione oggettivabili.

Se si aggiunge, inoltre, che il periodo dell’adolescenza risulta essere ricco di sfumature e di cambiamenti, il poter monitorare l’efficacia di interventi di promozione della salute mentale risulta essere un compito veramente arduo.

La maggior criticità credo però che derivi da un’altra componente: ovvero l’utilizzo di metafore in ambito scientifico fortemente evocative ma poco spendibili sul piano operativo.

Proporre progetti che hanno come area di interesse il benessere psicologico, la promozione della salute mentale o lo sviluppo di *empowerment* risultano essere operazioni che trovano sicuramente ampio consenso generale ma che nella pratica rischiano di essere una mera proposizione di intenti se non è presente la possibilità di definire con chiarezza le modalità per realizzare tali obiettivi e di verificarne la riuscita.

Per questo motivo nel primo capitolo saranno descritti i principali modelli teorici di riferimento utilizzati nella promozione della salute mentale. Ho inserito una parte che considero molto importante dove sintetizzo l’utilità di esplorare le domande di intervento in base ai cosiddetti disturbi emotivi comuni. Troppo spesso ho constatato come, nonostante sia ripetuto di continuo nella letteratura scientifica la centralità della costruzione di senso della domanda da parte della committenza, ciò sia nella realtà progettuale un passaggio completamente disatteso.

Calare dall’alto un progetto di promozione della salute mentale, ad esempio in una scuola, senza motivare l’intervento e non contestualizzandolo, significa mettere le basi per un intervento senza una solida efficacia.

Nel secondo capitolo mi sono occupato del principale contesto nel quale vengono proposti i progetti di promozione di salute mentale per gli adolescenti ovvero la scuola. Si tratta dunque di intercettare due dimensioni culturali: l’adolescenza e l’essere studenti all’interno di una scuola. Ciò permette di delimitare con maggiore chiarezza le costellazioni culturali e quindi emotive all’interno delle quali si è operato.

Da una parte, l’adolescenza come tappa dell’evoluzione umana, come passaggio dall’età dell’infanzia allo sviluppo di autonomia, ma anche come momento di crisi e dunque di cambiamento; dall’altra l’identità di studente che comporta il confronto

con obiettivi di apprendimento ma anche di costruzione di senso rispetto ai propri progetti di sviluppo lavorativo.

Nel terzo capitolo ho sintetizzato il lavoro svolto all'interno del progetto "Guadagnare salute negli adolescenti" mettendo in evidenza le griglie utilizzate per esaminare e valutare i progetti nell'area della salute mentale e poter costruire i riferimenti per l'attuazione di buone pratiche.

Infine nel quarto ed ultimo capitolo sono identificate le proposte di valutazione di un progetto secondo un modello che consente di analizzare a livello qualitativo il processo di intervento.

Capitolo Primo - IL QUADRO TEORICO: RIFERIMENTI, VISIONE E IMPOSTAZIONE

In parte, la salute mentale è una forma di conformismo.

John Nash

1. Definizione del concetto di salute mentale

Rispondere alla domanda di cosa sia la salute mentale risulta essere sicuramente un compito complesso. Difatti la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO) afferma che non sia possibile utilizzare una definizione univoca e condivisa del concetto di salute mentale, e questo a causa di differenze culturali e sociali molto ampie tra i vari paesi. Sicuramente a partire dalla ben nota definizione di salute quale “stato di completo benessere, fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità” (OMS, 1946), si può considerare la salute mentale come parte integrante del concetto di salute. Ricordiamo a tal proposito come la dichiarazione dalla Conferenza di Helsinki dell’OMS sostenga questa visione secondo cui “non c’è salute senza salute mentale”. Inoltre anche la salute mentale, parimenti alla salute in senso generale, è non solo assenza di malattia mentale, ma presenza di benessere mentale. Sempre secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per salute mentale ci si riferisce quindi ad uno “stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l’individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all’interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare costruttivamente ai mutamenti dell’ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”. Si tratta dunque di considerare la salute mentale come concetto che abbraccia sostanzialmente il rapporto individuo-contesto valorizzando l’aspetto della relazione tra le persone e i loro riferimenti sociali ed ambientali.

Un’altra definizione riportata nel libro verde sempre secondo l’OMS è quella di uno “stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità”

(WHO, 2001d, p.1). Questa definizione evidenzia maggiormente le competenze di produttività e di scambio con la comunità. Si tratta a ben vedere, di una concezione che aspira ad utilizzare una visione di integrazione, collaborazione e scambio produttivo nella convivenza sociale. Secondo alcuni autori invece, la definizione di salute ed in particolare di salute mentale risultano essere concetti inutilizzabili poiché eccessivamente generici: in tal senso, promuovere la salute mentale risulterebbe una coperta ampia dove nascondere la mancanza di modelli efficaci e verificabili. Se si tiene conto delle dichiarazioni dell'OMS nell'ambito della promozione della salute mentale come a delle indicazioni di massima per la realizzazione di interventi possiamo allora, in maniera utile, definire con maggiore chiarezza la spendibilità del paradigma di benessere psicologico all'interno di specifici contesti, delineandone i confini.

2. La salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza

I fattori che possono influire sulla salute mentale di un bambino o di un adolescente (Offord, 1998) sono numerosi e possono essere suddivisi in fattori di rischio e fattori protettivi: i primi aumentano la probabilità che si manifestino problemi o disturbi mentali, i secondi attenuano gli effetti dell'esposizione al rischio. Attualmente la letteratura scientifica concorda nel ritenere che quando i fattori di rischio e di vulnerabilità prevalgono su quelli protettivi o su quelli che aumentano la resilienza, possono insorgere problematiche nell'area della salute mentale. Come suggerisce il termine "bio-psico-sociale" usato per definire la salute mentale, questi fattori possono essere presenti a livello biologico, psicologico e sociale.

I disturbi mentali nei bambini e negli adolescenti si manifestano in molte sfere e in vari modi. Oggi è chiaro che i danni provocati dai disturbi mentali in età giovanile possono protrarsi anche in età adulta (Tsuang et al, 1995). Questo significa un carico di sofferenza che si protrae a lungo nel tempo e che diventa un elemento trasversale alla vita dell'individuo.

Non a caso si stima che entro il 2020 la depressione costituirà la seconda causa principale di disabilità in tutto il mondo (WHO, 2001). Inoltre la possibilità di risoluzione del problema diventa minore in relazione alla sua

progressiva cronicizzazione; stiamo parlando sia dei disturbi dell'umore quali gli episodi depressivi e il disturbo bipolare (chiamato in passato mania depressiva) e per i disturbi psicotici come la schizofrenia.

Nel paragrafo precedente abbiamo considerato la definizione di salute mentale; ma essa può essere applicata anche nell'età precedente all'età adulta? Possiamo ritenere valida la seguente definizione di salute mentale nell'età infantile e adolescenziale: “La salute mentale dei bambini e degli adolescenti è la capacità di raggiungere e mantenere la funzionalità e il benessere psico-sociale ottimali. È direttamente correlata al livello e alle competenze raggiunte nella funzionalità psico-sociale”.

Bisogna aggiungere che “la salute mentale dei bambini e degli adolescenti implica sicuramente un senso di identità e di consapevolezza di sé, solide relazioni con i familiari e i coetanei, la produttività e la capacità di imparare, la capacità di raccogliere le sfide dell'ambiente in cui si vive e di sfruttare le risorse culturali per una buona crescita” (Dawes et al., 1997).

Il benessere mentale nell'infanzia è un prerequisito perché in età adulta il soggetto raggiunga uno sviluppo psicologico ideale, abbia rapporti sociali sani, sia capace di apprendere, abbia la propria autonomia, sia in buona salute fisica e produttivo per la società. Vi è la necessità di promuovere lo sviluppo di tutti i bambini e gli adolescenti, con o senza problemi di salute mentale. Questo può essere attuato da un lato cercando di ridurre l'impatto dei fattori di rischio, dall'altro promuovendo gli effetti di quelli protettivi. Solitamente si pone la diagnosi di disturbo o di malattia mentale quando vengono rilevati alcuni segni e sintomi associati a uno squilibrio della funzionalità psico-sociale, che rientrano nei criteri dei sistemi di classificazione comunemente riconosciuti come l'International Classification of Disease, versione 10 (ICD-10, WHO, 1992) o il Diagnostic and Statistical Manual IV (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Alcuni esempi sono: disturbi dell'umore, disturbi legati allo stress e somatoformi, disturbi psichici e comportamentali provocati dall'uso di sostanze psicoattive. Studi su base comunitaria hanno evidenziato che la prevalenza generale di questi disturbi è del 20% circa in vari contesti nazionali e culturali (Bird, 1996; Verhulst, 1995). È stato rilevato che la prevalenza dei disturbi psichiatrici varia dal 12

al 29% fra i bambini che si presentano ai servizi di base di vari paesi (Giel et al., 1981). Soltanto il 10-22% di questi casi è stato riconosciuto dagli operatori sanitari del settore primario; ciò significa che la maggior parte dei bambini non ha usufruito dei servizi adeguati. È importante tenere presente che, a parte i soggetti con malattie mentali diagnosticabili, un numero ancora più elevato ha problemi che si possono considerare "sottosoglia" in quanto non rientrano nei criteri diagnostici. Questo non significa che non si tratti di persone in situazione di sofferenza, che potrebbero trarre beneficio dagli interventi.

Le situazioni di disagio e i problemi legati alla salute mentale possono essere correlati in vari modi, rappresentando talvolta fattori di rischio per i problemi psichici, come il disturbo post-traumatico da stress in un bambino che ha subito abuso sessuale. Al tempo stesso, i problemi legati alla salute mentale possono a loro volta essere un fattore di rischio nelle situazioni di disagio, ad esempio nei casi in cui gli adolescenti ricorrono all'alcool o alle droghe per vincere il senso di depressione. Indipendentemente dal tipo di rapporto fra problemi mentali e situazioni di disagio, è necessario definire strategie specifiche di intervento che rispondano ai bisogni dei bambini e degli adolescenti. Vi sono vantaggi quando i servizi per la salute mentale rivolti all'infanzia e all'adolescenza vengono considerati parte di un ambito diverso da quello sanitario. Ciò perché permette di attuare interventi su dimensioni complesse utilizzando modelli bio-psico-sociali.

Un intervento precoce su bambini e adolescenti, e talvolta sui genitori e sui familiari, può sicuramente ridurre o eliminare alcuni disturbi mentali e promuovere l'integrazione con i normali servizi educativi e sanitari rivolti all'infanzia e all'adolescenza, che altrimenti rischierebbero servizi specializzati e intensivi. L'evidenza scientifica conferma sempre più la convenienza anche sul piano economico della prevenzione e degli interventi mirati al trattamento nella salute mentale (Durlak, 1998, Keating, Hertzman, 1999).

3. Modelli utilizzati nell'ambito della salute mentale: una panoramica

Riflettere sui modelli che vengono utilizzati per leggere la realtà non è certamente un compito semplice. Grazie al contributo dell'epistemologia sappiamo bene quanto i modelli, le teorie, per dirlo con le parole di K.R. Popper (1959, tr. it., p.43), sono reti gettate per catturare quello che noi chiamiamo "il mondo"; per razionalizzarlo e per spiegarlo. Allora, a seconda delle reti utilizzate, rimanendo all'interno della metafora, pescheremo pesci molto diversi tra di loro. Un esempio di ciò lo ritroviamo nella curiosa enciclopedia cinese citata da Jorge Luis Borges (1952), dove si trova che gli animali si dividono in:

a) appartenenti all'Imperatore, b) imbalsamati, c) addomesticati, d) maialini di latte, e) sirene, f) favolosi, g) cani in libertà, h) inclusi nella presente classificazione, i) che si agitano follemente, j) innumerevoli, k) disegnati con un pennello finissimo di peli di cammello, l) et caetera, m) che fanno l'amore, n) che da lontano sembrano mosche (tr. it., p.1005)

Se allora i modelli sono da considerarsi modi di organizzare e rappresentare la realtà, dobbiamo altresì tener conto di quanto i modelli modellino, per l'appunto, le informazioni che otteniamo dall'esterno.

Quando poi ci accostiamo all'oggetto di ricerca "salute mentale" non possiamo che riferirci ad un paradigma di complessità (Benkirane, 2002), poiché entrano in gioco elementi che non possono essere scomposti come parti ed esaminati individualmente, ma sono appunto costitutivi di un sistema complesso.

Grasso, a tal proposito, ci ricorda la differenza tra complicato e complesso a partire dall'etimologia delle due parole. Se complesso deriva dal latino "cum plexum" tessuto insieme, invece "complicato" deriva dal latino cum plicum, piegato insieme. Ed allora:

"Una questione "complicata" si governa cercando di affrontare il problema nelle sue "pieghe", spiegandole appunto, analiticamente, come smontando e rimontando nelle sue componenti un meccanismo, mentre una questione "complessa" deve essere affrontata con un taglio sistemico, che non scomponga un insieme, come l'ordito di una stoffa, ma lo consideri

globalmente e non solo come somma delle sue parti.” (M. Grasso, Aprite piccini). All’interno dei vari modelli esaminati possiamo sottolineare alcuni aspetti comuni:

1) *Costruzione di senso attraverso l’attivazione della funzione riflessiva sulle componenti emozionali.*

Non troviamo tecniche da applicare per curare disagi psicologici ma sviluppo di competenze per migliorare la qualità delle relazioni. Alla diagnosi di disturbi si sostituisce l’implementazione di competenze nella convivenza sociale.

2) *Passaggio dal paradigma individualista al paradigma relazionale*

Se è vero che tradizionalmente i lavori definiti come promozione della salute mentale si sono focalizzati sulle conoscenze, sugli atteggiamenti, sulle credenze e sulle abilità individuali (Weare, 2000), ciò segnala la difficoltà a spostare il focus da un paradigma individualista ad un paradigma relazionale. Se nel modello medico il paradigma individualista è agito in funzione del rapporto medico-paziente, nella promozione della salute mentale dei giovani non è possibile adottare le stesse regole. La centralità è spostata sulla relazione individuo-contesto

3) *Destrutturazione del rapporto Tecnico-Profano*

Non vi è più una visione di un rapporto di un Tecnico esperto che trasmette il suo sapere all’adolescente privo di conoscenza. Lo studente non viene visto come vaso vuoto da riempire ma come attore attivo nella sua formazione. Questi sono i tre elementi costitutivi comuni che abbiamo rintracciato all’interno dei modelli utilizzati solitamente nella promozione della salute mentale. Ma quali sono in particolare questi modelli?

4. La teoria dell'apprendimento sociale nei programmi di *Life Skills Education*

La psicologia è stata in grado di mettere in evidenza una serie di competenze della mente che possono essere descritte come *skills* o “competenze” che permettono di affrontare efficacemente le richieste della vita quotidiana.

Con il termine *Skills for life* si intendono “tutte quelle *skills* (abilità, competenze) che è necessario apprendere per mettersi in relazione con gli altri e per affrontare i problemi, le pressioni e gli stress della vita quotidiana. La mancanza di tali *skills* socio-emotive può causare, in particolare nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta agli stress; tentativi di suicidio, tossicodipendenza, fumo di sigaretta, alcolismo, ecc. Per insegnare ai giovani le *Skills for life* è necessario introdurre specifici programmi nelle scuole o in altri luoghi deputati all'apprendimento.” (Bollettino OMS “*Skills for life*”, n. 1, 1992).

Le *Life Skills* hanno come principale modello di riferimento la teoria dell'apprendimento sociale sviluppata da Bandura (1977). Secondo tale approccio l'apprendimento non è un processo passivo di trasmissione d'informazioni ma comporta un'acquisizione attiva che avviene attraverso la trasformazione e la strutturazione dell'esperienza. Il focus si sposta dunque da una visione di un individuo che subisce passivamente le influenze del proprio ambiente a quella di un individuo che si sforza di migliorare il proprio livello di autoefficacia acquisendo nuove conoscenze e abilità per affrontare e gestire situazioni diverse e problematiche.

Le *Life Skills Education* (LSE) rappresentano una tecnica completa e articolata per la progettazione d'interventi di promozione della salute nelle scuole. Eccone una definizione:

Il termine life skills education viene generalmente riferito ad una gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale (Bertini, Braibanti e Gagliardi, 2006).

Le *L.S.E.*, che si pongono l'obiettivo dello sviluppo di autoefficacia e di *empowerment* nell'adolescente, sono fondamentali per la realizzazione di specifici comportamenti di salute.

L'acquisizione di abilità è basata su una partecipazione attiva attraverso esperienze concrete che coinvolge sia gli insegnanti che gli allievi attraverso un lavoro di gruppo nel quale si valorizza lo scambio reciproco.

Nel 1993, l'OMS ha identificato alcune caratteristiche per la promozione delle *Life Skills Education*, intesa come una delle tecniche fondamentali per l'educazione alla salute degli adolescenti nel contesto scolastico. Queste possono essere identificate dal seguente elenco:

- **Decision making** come capacità di prendere decisioni: competenza che aiuta ad affrontare in modo costruttivo le decisioni nelle diverse situazioni e contesti di vita. La capacità di elaborare in modo attivo il processo decisionale può avere implicazioni positive sulla salute attraverso una valutazione delle diverse opzioni e delle conseguenze che esse implicano.

- **Problem solving** come capacità di risolvere problemi: competenza che permette di affrontare in modo costruttivo i diversi problemi, i quali, se lasciati irrisolti, possono causare stress mentale e tensioni fisiche.

- **Creatività**: competenza che aiuta ad affrontare in modo versatile tutte le situazioni della vita quotidiana; contribuisce sia alla capacità di prendere decisioni che alla capacità di risolvere problemi, permettendo di esplorare le alternative possibili e le conseguenze delle diverse opzioni.

- **Senso critico**: abilità nell'analizzare informazioni ed esperienze in modo oggettivo, valutandone vantaggi e svantaggi, al fine di arrivare a una decisione più consapevole. Il senso critico può contribuire alla promozione della salute permettendo di riconoscere e valutare i diversi fattori che influenzano gli atteggiamenti e il comportamento, quali ad esempio le pressioni dei coetanei e l'influenza dei mass media.

- **Comunicazione efficace**: consiste nel sapersi esprimere, sia verbalmente che non verbalmente, in modo efficace e congruo alla propria cultura e in ogni situazione particolare. Significa esprimere opinioni e desideri, ma anche bisogni e sentimenti; essere in grado di ascoltare in modo accurato, comprendendo l'altro. Significa inoltre essere capaci, in caso di necessità, di chiedere aiuto.

- **Capacità di relazionarsi con gli altri**: abilità di interagire e relazionarsi con gli altri in modo positivo sapendo creare e mantenere relazioni significative, fondamentali per il benessere psico-sociale, sia in ambito amicale che

familiare. Tale competenza permette anche la possibilità di interrompere le relazioni, quando necessario, in modo costruttivo.

- **Autocoscienza:** autoconsapevolezza o conoscenza di sé, del proprio carattere, dei propri punti forti e deboli, dei propri desideri e bisogni. Abilità di comprensione dello stress. Prerequisito indispensabile per una comunicazione efficace, per relazioni interpersonali positive e per la comprensione empatica degli altri.

- **Empatia:** capacità di comprendere gli altri, di «mettersi nei loro panni», anche in situazioni non familiari. Abilità di migliorare le relazioni sociali, l'accettazione e la comprensione degli altri.

- **Gestione delle emozioni:** capacità di riconoscere le emozioni in sé stessi e negli altri. Abilità di provare emozioni intense, come rabbia e dolore. Consapevolezza di come le emozioni influenzano il comportamento e capacità di gestione delle stesse.

- **Gestione dello stress:** competenza nel riconoscere le cause di tensione e di stress della vita quotidiana e nel controllarle, sia tramite cambiamenti nell'ambiente o nello stile di vita. Capacità di rilassarsi e gestire le tensioni.

Bisogna sottolineare come l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), ha dato un forte impulso alla diffusione delle *L.S.* nel mondo. Secondo questa prestigiosa agenzia internazionale, le “competenze psicosociali” giocano un ruolo importante nella promozione della salute, intesa nel senso più pieno di benessere bio-psico-sociale.

Le *L.S.* sono coerenti con una trasformazione del particolare quadro epistemologico, entro il quale è nata e cresciuta la psicologia scientifica. Risulta essere il superamento di un concezione del funzionamento della mente concepito e trattato più come meccanismi “dati”, da individuare e correggere, che non come processi evolutivo-adattivi sul cui orientamento giocano precisi fattori autopoietici.

Nell'esperienza internazionale, i programmi *Life Skills* sono stati inizialmente orientati ad obiettivi di carattere preventivo, misurabili, ma settoriali, quali ad es. la prevenzione dell'abuso di droghe (Botvin et al., 1980, 1984; Pentz, 1983), la prevenzione delle gravidanze in adolescenza (Zabin et al., 1986;

Schinke, 1984) la promozione dell'intelligenza (Gonzalez, 1990), la prevenzione del bullismo (Olweus, 1990), dell'HIV (WHO/GPA, 1994).

Nei vari Paesi dove la sperimentazione di questi programmi è in atto si registra un forte consenso sia nell'ambito degli operatori sia degli utenti. I risultati positivi riguardano non solo gli obiettivi di prevenzione o di promozione a livello individuale, ma si estendono allo stesso contesto scolastico, dove si registra un miglioramento delle relazioni fra pari, della relazione insegnante alunno, delle prestazioni scolastiche stesse.

Più specificamente la *Life Skills Education* rappresenta uno dei modelli di intervento della prevenzione dell'uso di sostanze che negli ultimi venti anni ha ricevuto il maggior numero di validazioni con effetti positivi sia a breve (1 anno) che a lungo termine (3/7 anni) (Griffin et al., 2004). Alcuni programmi inseriscono la *Life Skills Education* in una prospettiva più ampia (ad es. l'educazione alla pace, Prutznam et al. 1988).

Successivamente la prospettiva si è ampliata in direzioni più sensibili al contributo delle *LS* al conseguimento di obiettivi di carattere più generale, in sintonia con le esigenze educative dei diversi sistemi. Un passo significativo in questa direzione può venire da esperienze orientate all'educazione delle *life skills* come abilità generali per la vita quotidiana.

Questi programmi costituiscono soprattutto un approccio efficace per la prevenzione primaria (Errecart et al., 1991, Perry and Kelder, 1992; Caplan et al. 1992).

Secondo alcuni autori (Bertini, Braibanti e Gagliardi, 2006; Braibanti, Benaglio e Servidati, 2008) le *life skills* non costituiscono tanto delle competenze che debbano essere acquisite ex novo, quanto piuttosto delle aree di esplorazione delle relazioni complesse tra una personalità in crescita e i compiti evolutivi che impegnano i soggetti nel corso dello sviluppo: non si tratta di un "pronto soccorso" emotivo e relazionale, condotto attraverso esercitazioni e schede didattiche, quanto invece di una strategia che mira a riconoscere e a riflettere sulle condizioni che possano favorire la mobilitazione di risorse personali e collettive da impegnare nello sviluppo individuale e sociale.

Le *life skills*, insomma, si focalizzano sulle competenze d'azione che si rendano accessibili nella vita personale e collettiva e che l'adolescente impari

a riconoscere come proprio patrimonio disponibile che può essere condiviso con le altre persone.

Obiettivo della promozione della salute centrata sulle *life skills* è dunque quello di costruire spazi e occasioni in cui l'azione si coniughi con la riflessione. C'è indubbiamente una priorità dell'azione: è nell'azione che si rendono coniugabili l'oggettivo con il soggettivo, la dimensione della teoria con la dimensione dell'agire nell'incontro. Però, lo spazio della riflessione è uno spazio estremamente importante, in cui si può dar voce e restituire all'azione la sua capacità efferativa nei confronti di un mortificante conformismo, rendere disponibile al pensiero una possibilità diversa, diversi sentieri per un'identità aperta e liberata.

Il principale rischio nell'utilizzo del modello delle *life skills* risiede nella possibilità di una gestione puramente tecnica, di un utilizzo come di una medicina da somministrare senza una riflessione nel contesto nel quale le *life skills* vengono utilizzate. Ciò significherebbe subire il fascino di un approccio tecnico che non tenga conto della valenza simbolica che si struttura nel rapporto che si istituisce.

La riflessività è il *file rouge* che contrassegna il processo di cambiamento e di apprendimento nelle *life skills*.

Lo sfondo che contrassegna il modello delle *life skills* risiede nell'intento dello sviluppo di competenze psicosociali valorizzando gli studenti, l'organizzazione scolastica, la famiglia e la comunità territoriale come agente centrale di cambiamento.

5. Il modello dell'analisi della domanda

Il modello di analisi della domanda, proposto da R. Carli, Professore Ordinario di Psicologia Clinica presso la I Facoltà di Psicologia La Sapienza di Roma, sicuramente rappresenta un costrutto innovativo che permette, attraverso una lettura dei processi psicodinamici dei rapporti propri dei sistemi culturali, di poter intervenire all'interno del contesto scolastico,.

Il modello dell'analisi della domanda ha come oggetto di studio i sistemi di convivenza, intendendo con questo termine la componente simbolica della relazione sociale.

La convivenza, in questo modello, è strutturato attraverso tre nodi principali così schematizzabili:

a – i sistemi di appartenenza

b – l’estraneo

c – le regole del gioco

Il primo punto denominato “sistemi di appartenenza” riguarda tutte quelle dimensioni simboliche della relazione fondate sulla sola simbolizzazione affettiva dell’altro senza alcuna costruzione di un prodotto/servizio. Un esempio classico è il sistema familiare che, tranne nelle cosiddette aziende a carattere familiare, non ha come obiettivo la costruzione di un prodotto o di un servizio, ma si regola sulla gestione della relazione affettiva, solitamente autoriferita e chiusa al rapporto con l’estraneo. Non è raro trovare, anche in contesti diversi da quello familiare, un funzionamento basato sulla produzione unica di processi di perpetuazione della relazione stessa. In altri termini l’estraneo viene negato, ed il sistema familistico pervade l’organizzazione esaurendo completamente l’intera dinamica relazionale.

Il secondo concetto chiave di questo modello è l’estraneo, ovvero ciò che non appartiene al sistema familiare, e che quindi non è noto o conosciuto e può essere conosciuto attraverso un percorso di costruzione della relazione, che non è obbligata da vincoli familistici.

L’estraneo permette lo sviluppo di un sistema di appartenenza, che si può aprire alla diversità e al cambiamento. La convivenza in tal senso si configura proprio come modo di organizzarsi con l’estraneo, non dato per scontato, ma che necessita di uno sforzo di conoscenza e comprensione.

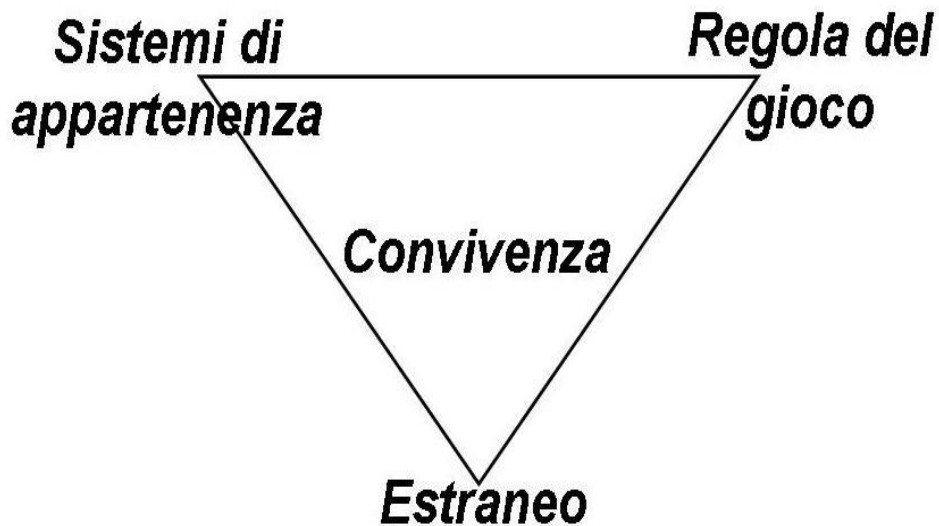
A supporto di questo sforzo, il modello prende in considerazione la dimensione delle regole del gioco, intese come accordi che permettono lo scambio produttivo tra il sistema di appartenenze e l’estraneo

Possiamo quindi affermare che le regole del gioco svolgono una funzione di regolazione della dinamica relazionale con l’estraneo: senza regole del gioco vi è un sistema di anarchia distruttiva ed improduttiva.

Dallo schema si può vedere con chiarezza come il modello intenda la convivenza come sistema integrato tra i tre nodi presi in considerazione e che

le regole del gioco abbiano una funzione centrale per il superamento di sistemi familistici autoreferenziali.

La convivenza è l'humus culturale dentro il quale siamo immersi. Di conseguenza, la consapevolezza di stili di convivenza diventano visibili solo quando si generano conflitti o problematiche di relazione.



Il modello proposto dagli autori prende in considerazione tre tipi di problematiche legate alla convivenza:

- a- la negazione delle regole del gioco**
- b- la negazione dell'estraneo**
- c- l'esclusione del sistema di appartenenza**

La negazione delle regole del gioco si configura come vera e propria trasgressione alla convivenza; essa è caratterizzata dalla pretesa di fondare il proprio rapporto con l'altro senza vincoli specifici, anche se tali vincoli sono stati precedentemente negoziati e condivisi con l'altro.

Inoltre quando vi è la negazione delle regole del gioco la convivenza si configura come relazione emozionata, fondata cioè su fantasie conseguenti

alla simbolizzazione collusive del sistema di appartenenza, dove l'estraneo viene considerato emozionalmente come nemico.

L'appartenenza diventa quindi il rifugio stesso per emozioni come insicurezza e senso di incapacità produttiva all'interno del rapporto sociale. In tale situazione, frequentemente si sviluppano rapporti basati sulla complicità, sulla condivisione tacita di valori e di gerarchia di poteri.

Il gruppo di appartenenza finisce per ritenere l'estraneo un nemico incapace di condividere le regole del gioco del gruppo stesso. Le regole non vengono negoziate e condivise, ma vengono istituite entro la simbolizzazione collusive del contesto, che, per definizione, non sono conoscibili dall'esterno. In tal senso, la relazione con l'estraneo, in mancanza delle regole che hanno la funzione di contenimento, rappresenta un elemento di compensazione nei confronti delle angosce collusive evocate dal rapporto di appartenenza fondato sulla sola simbolizzazione emozionale dell'altro.

La conseguenza tipica della negazione delle regole è l'impossibilità a conoscere l'estraneità e di rendere questa come fonte di apprendimento. Ciò diventa una chiusura sociale violenta.

Basti pensare alla violenza in tutte le sue manifestazioni, alla riduzione della distanza di rispetto nei confronti dell'altro attraverso una corrispondenza totale al modello familistico dove la relazione è costruita esclusivamente sull'affettività.

Gli esempi sono numerosi e ben visibili nella realtà sociale. Ad esempio la negazione delle regole del gioco è presente in tutte quelle organizzazioni dove la meritocrazia viene esclusa e le competenze non vengono ritenute il fulcro dell'organizzazione stessa.

L'appartenenza diviene l'unico elemento valido di valutazione e di accettazione.

La seconda minaccia alla convivenza deriva da quello che può essere chiamato negazione dell'estraneo.

Esso, nel suo contenuto minimo, significa negazione della differenza ed assimilazione di ogni elemento del reale (incontro, relazionale, dimensione) alle proprie fantasie sul reale, in una continua fusione tra quello che può essere considerato il mondo esterno e quello interno. In tal senso, l'incontro con l'altro viene trasformato in una proiezione sull'altro dei propri bisogni, delle

proprie paure, dei propri stereotipi tramite il quale viene alimentato il proprio sistema di appartenenza.

Esempi tipici sono la ripetizione dei comportamenti nella paura verso ogni tipo di cambiamento e di novità; la presunzione di conoscere e controllare tutto e tutti, non riuscendo mai a tentare di costruire qualcosa di nuovo senza ancora di salvezza a cui aggrapparsi; infine la forte negazione dell'altro e della sua alterità, negato non in quanto tale ma nella sua capacità corrompente e distraente dalla centratura sull'appartenenza. Il sistema che nega l'estraneo si configura, quindi, come sistema votato alla ripetizione entropica.

In tal caso le regole del gioco assumono un valore eminentemente autoriferito: cadiamo entro le situazioni di familismo, inteso come assimilazione dell'altro a sé, al proprio sistema di appartenenza. Qui le norme assumono non tanto il senso del contenimento per la convivenza, quanto la funzione di riparo dall'aggressività che l'assimilazione dell'altro a sé comporta. Le regole, in altri termini, si trasformano in "buone maniere": l'unica condizione che metta al riparo dalla violenza, entro i sistemi familistici. Altre volte le regole si trasformano in rituali di violenza: la violenza del più forte sul più debole; la violenza fondata sull'uso dell'altro per la propria costruzione ed affermazione distorta di identità. Dalle violenze sessuali ai riti giovanili, dal bisogno di cambiare l'altro a propria immagine all'esigenza di ordine e di controllo si tratta sempre di trasformazioni di regole del gioco in violenza.

La negazione dell'estraneo comporta l'apprezzamento dei soli sistemi di appartenenza e la riduzione al proprio sistema di appartenenza di tutte le realtà che si incontrano entro la relazione sociale. A questo consegue la riduzione, sino all'annullamento, delle distanze sociali, segnatamente delle distanze di rispetto a fondamento etologico. La regola del gioco serve per affermare l'appartenenza, per trasformarla in obbligo, ad esempio nel conflitto e nella competitività tra gruppi ideologicamente orientati; è al servizio dell'appartenenza e non della conoscenza.

Il terzo modo di violare la convivenza, secondo gli autori, è quello in cui la regola del gioco diviene norma che sancisce l'obbligo dell'accettazione incondizionata dell'estraneo.

Alla luce di questo modello si può evidenziare quale possa essere il tipo di intervento possibile per promuovere il benessere psicologico negli

adolescenti, sottolineando il contesto scolastico come luogo elettivo di intervento.

Il modello dell'analisi della domanda sottolinea l'importanza di costruire un processo nel quale il professionista non lavori nella scuola ma per la scuola, ovvero orientando l'intervento agli obiettivi di sviluppo del contesto all'interno del quale si opera. In tal senso promuovere il benessere psicologico significa sostenere un processo di riflessione sulle emozioni evocate nel contesto scuola a partire dalle richieste del gruppo classe o da altri sistemi interni al contesto scolastico. L'intervento non si delinea dunque se non a partire da una dimensione problematica, talvolta conflittuale che ne evidenzia le premesse culturali.

L'analisi della domanda si propone come modello di intervento volto a permettere la comprensione dei modelli culturali agiti all'interno di uno specifico contesto.

6. Il modello clinico del *Counseling* individuale

La consulenza psicologica individuale è forse l'unica prestazione di servizio, peraltro ampiamente utilizzata dagli psicologi sotto forma di sportello scolastico, che risente dell'impronta individualistica.

Secondo tale modello la problematica risiede unicamente nell'individuo, nello studente che attraverso un intervento clinico può correggere il suo comportamento. Risulta quanto mai palese il rischio che si corre nell'utilizzare un modello clinico: ovvero la stigmatizzazione dell'utenza. Inoltre vi è la difficoltà a tradurre in risultati documentabili il lavoro svolto insieme allo studente. Ciò avviene poiché il concetto di consulenza psicologica pare mettere al bando qualunque possibile studio scientifico dell'attivazione di funzioni psichiche, visto che la soggettività rimanda ad un'esperienza intima ed esclusiva, conoscibile solo "dal di dentro".

Questo non significa, a mio avviso, che il *counseling* psicologico sia totalmente inutile, ma che debba essere posizionato all'interno di una cornice concettuale che consenta di prendere in carico non l'individuo in astratto ma lo studente quale cliente della formazione. In altri termini, significa che il professionista impegnato in questa strategia di intervento debba focalizzarsi

principalmente sulla relazione individuo-contesto anche se i fruitori sono i singoli soggetti.

Detto in altri termini il *counseling* a scuola è una pratica che ha obiettivi limitati. Cerca di produrre cambiamenti nei modi di vedere più che di essere, modificando le rappresentazioni che gli studenti hanno dei propri problemi o che gli insegnanti hanno degli studenti. Lo scopo che si propone non è il trattamento di problemi personali degli studenti e la loro soluzione, ma la loro riduzione per quanto possibile della loro interferenza con il compito di lavoro della scuola e con i processi di apprendimento.

7. Il modello della *Peer education*

La *Peer education* si caratterizza come un paradigma centrale nella prevenzione e promozione della salute. La base storica può essere rintracciata nel metodo monitorale: un metodo a cascata incentrato su elementi minimi di apprendimento trasmessi dal maestro ai monitori, i ragazzi più svegli e maturi, che li ripetevano mnemonicamente a piccoli gruppi di bambini pari o più piccoli. Con il termine *peer education* (che tradotto letteralmente significa educazione tra pari) si intende “un metodo educativo in base al quale alcuni membri di un gruppo vengono responsabilizzati, formati” (Boda, 2001; p.30) per realizzare precise attività con i coetanei. Nello specifico, un gruppo di coetanei opportunamente formati mette in atto una serie di azioni finalizzate a informare e influenzare il resto del gruppo su particolari argomenti. Essa prevede una formazione specifica di alcuni adolescenti su particolari argomenti e sulle modalità per comunicarli in modo adeguato ai coetanei (Croce, Gnemmi, 2003; Celata, Leone, 2006).

Questa pratica fu utilizzata dai colonialisti inglesi per diffondere in modo rapido e poco costoso, la lingua inglese e le nuove leggi a cui attenersi, ma venne anche utilizzata in altri paesi in via di industrializzazione per rispondere ai bisogni di alfabetizzazione dei bambini appartenenti a classi svantaggiate. Fermo restando alcune similitudini, tuttavia la principale differenza tra il metodo monitorale e molte pratiche contemporanee di *peer education* risiede nel fatto che il metodo monitorale viene pianificato in modo centralizzato, in base a esigenze che non derivano necessariamente dai bisogni del target finale

mentre nella *peer education* centrale è il ruolo ed anche “il potere” dei cosiddetti destinatari.

Inoltre l’obiettivo della *peer education* non si limita a trasmettere delle mere nozioni tecniche da diffondere ad altri pari (modello dell’indottrinamento), ma a promuovere strumenti di analisi, riflessione, di partecipazione non finalizzati alla promozione del pensiero critico ed alla promozione di capitale sociale (modello dell’*empowerment*).

Per tale motivo è importante che gli adolescenti che svolgono il ruolo di *peer educator* siano ben inseriti nel gruppo dei pari. Attraverso l’azione dei *peer educator* e le dinamiche relazionali che spontaneamente si creano all’interno del gruppo di pari, si instaura una forma di comunicazione reciproca. L’uso del linguaggio comune e una modalità di relazione diretta tra coetaneo e coetaneo permettono di adattare le informazioni da veicolare alle caratteristiche del gruppo dei pari.

Si può inquadrare la base moderna della *peer education* all’interno di una cornice concettuale le cui tecniche discendono soprattutto da modelli psicologici quali la teoria dell’apprendimento sociale (Bandura, 2000), da principi pedagogici elaborati da Vygotskji (1980) e dalle teorizzazioni sulla rilevanza del gruppo ai fini dell’apprendimento mediato dall’esperienza così come è stato proposto da Bion (1971, 1972).

In questo modello il *peer educator* è un compagno che si è interessato allo sviluppo personale sotto la guida di un tutor ed ha sviluppato alcune competenze relazionali con compiti specifici e ben delineati e si pone come sostegno agli altri coetanei.

L’educazione tra pari è quindi un’utile metodologia di lavoro con gli adolescenti in quanto, durante l’adolescenza è maggiore il bisogno di condividere con i propri coetanei esperienze, sentimenti, emozioni e comportamenti. Il confronto con individui ritenuti simili a sé, infatti, da un lato permette di apprendere come i coetanei si pongono di fronte alle difficoltà e quali strategie utilizzano per superarle e dall’altro offre l’occasione di riflettere su se stessi, di mettersi in discussione e di sperimentare nuove competenze e comportamenti (Hurrelmann, Hengel, 1989).

Certo è che gran parte delle esperienze di *peer education* “moderna” – almeno quelle più datate – sembrano nascere quale risposta alla diffusione del virus Hiv prima nel mondo nordamericano e quindi nel nord Europa (Swenson, 1998).

Ma quali possono essere gli sviluppi della *peer education* “al di fuori” del tema dell’aids? Diverse ed interessanti sono le esperienze che evidenziano uno sviluppo “dell’oggetto” della *peer education* esponendola a un utile confronto e all’apprendimento sociale. Il gruppo dei pari esercita un ruolo importante non solo nei processi di socializzazione, ma anche a livello di costruzione di sé, compito che impegna costantemente l’agire dell’adolescente (Amerio et al., 1990), oltre a costruire un ambiente supportivo per la crescita e lo sviluppo del sé dell’adolescente (Fonzi, Tani, 2000).

L’utilizzo di esso nella promozione della salute mentale è ormai una prassi consolidata anche se il modello della *peer education* rischia, se male utilizzato, di alimentare funzioni disadattive. Il *peer educator* può essere scambiato dai compagni di classe come “complice” dei professori per edulcorare messaggi del mondo adulto e per gestire un controllo occulto. Ed è questo il motivo per cui va tenuta presente la necessità che gli adulti sostengano gli adolescenti che svolgono il ruolo di *peer educator* (Bonino Cattellino, 2008).

Monitorare questi aspetti diventa di fondamentale importanza per non trasformare la *peer education* in una pratica di gestione che, pur richiedendo minori sforzi a livello economico, risulti inefficace.

8. Ripensare la promozione della salute mentale nella scuola: i disturbi emotivi comuni come bussola dei servizi

Nell’ambito medico la diagnosi è sicuramente l’inizio di un processo complesso utile ai fini della terapia e della previsione del possibile decorso. Il concetto di gravità in medicina risente di tali criteri. Nel caso dei disturbi psichici la questione risulta diversa: mentre in passato il paziente grave era definito tale in base alla psicopatologia di cui era portatore (disturbi schizofrenici, disturbi dell’umore, disturbi di personalità), attualmente ci si

occupa più pragmaticamente di situazioni gravi o di non collaboratività nella quale i sistemi sociali non “tengono” la relazione.

Poi vi è una classe molto ampia di disturbi che non si possono catalogare attraverso la nomenclatura psichiatrica e che vengono definiti disturbi emotivi comuni (Goldberg e Huxley). Ciò non significa che siano disturbi “lievi” poiché essi causano una enorme sofferenza ed essere associati ad una grave disabilità, ed alcuni di essi possono perdurare per molto tempo. Si tratta dunque di un fenomeno di rilevante impatto sociale e sanitario. I disturbi emotivi comuni possono essere alla base di un pensiero critico sull'erogazione di servizi di promozione di salute e benessere psicologico poiché si sposta la visione del disagio psichico come caratteristica dell'individuo a quella della problematicità della relazione individuo contesto.

Inoltre si diviene maggiormente consapevoli di quanto le problematiche psicologiche non riguardino solo una piccola porzione di popolazione ma che molti ne sono coinvolti.

Gli interventi di promozione della salute mentale possono essere considerati come interventi di promozione della qualità delle relazioni e quindi funzionali alla prevenzione attraverso l'attenuazione di fattori di rischio e l'implementazione di fattori protettivi.

Promuovere la salute mentale significa dunque non solo prevenire la malattia mentale, ma si accompagna anche a numerosi benefici sia di salute che sociali, quali salute fisica, resilienza emotiva, partecipazione sociale e maggiore produttività.

La promozione di salute mentale negli adolescenti è inoltre da considerarsi molto importante poiché spesso i disturbi che si manifestano in età infantile o nell'adolescenza perdurano nell'età adulta e dunque un intervento precoce può prevenire o ridurre la probabilità di danni a lungo termine.

Nella costruzione di un progetto di promozione di salute mentale per gli adolescenti è spesso utile condurre una analisi **SWOT** in cui vengono individuati punti di forza (*strengths*), punti deboli (*weaknesses*), opportunità (*opportunities*) e pericoli (*threats*) delle situazioni contingenti. Ciò significa innanzitutto:

- creare un elenco di proposte potenzialmente utili per l'implementazione della promozione della salute mentale
- promuovere un brainstorming con i principali soggetti coinvolti per sviluppare le strategie
- rivedere, utilizzando i *feedback* dei soggetti coinvolti, le strategie per poterle modificare in modo ottimale
- definire i particolari dell'attuazione di ciascuna strategia d'intervento

Riteniamo di importanza cruciale il coinvolgimento dei soggetti interessati nella costruzione di progetti di promozione del benessere psicologico. Se difatti intendiamo la produzione di un progetto di salute mentale come erogazione di un servizio dobbiamo tener conto del fatto che i servizi, differenziandosi da un prodotto materiale, possiede dunque alcune caratteristiche peculiari quali ad esempio l'immaterialità: non si può oggettivamente valutare e confrontare in quanto non ha forme visibili e tangibili; la simultaneità tra la produzione e il consumo dei servizi. Questo comporta che il servizio non è rimborsabile o sostituibile nel momento in cui lo si trova scadente; infine la dipendenza dalle persone: essendo prodotto dall'intervento umano e non dalla mediazione di una fabbrica, è l'uomo che determina la qualità del servizio. Diventa evidente, dunque, che un progetto di promozione di benessere psicologico che ha come obiettivo per definizione la promozione di un orientamento attivo e con motivazione intrinseca risulta essere paradossale quando imposto dall'alto senza alcuna valutazione critica da parte dei clienti di tale formazione. In altri termini, ritengo sia improponibile l'attuazione di progetti che non basino la loro attuazione all'interno di un processo di negoziazione dell'esperienza che si vuole proporre.

Capitolo Secondo – PROMOZIONE DEL BENESSERE PSICOLOGICO NEGLI ADOLESCENTI E CONTESTO SCOLASTICO

1. La promozione della salute mentale nella scuola.

La scuola risulta essere, in termini di sistema produttivo relativo alla costruzione di un servizio, ovvero la formazione, l'organizzazione più grande del paese. In essa operano oltre 10 milioni di persone di età compresa tra i tre e i sessantacinque anni (Associazione Treelle, 2002). Inoltre bisogna aggiungere che gli istituti scolastici statali (istituti comprensivi, circoli didattici, scuole secondarie di primo e secondo grado) attivi sul territorio nazionale (ad eccezione delle province autonome di Trento e Bolzano e della regione a statuto speciale della Valle D'Aosta) sono più di 10.000 (Fonte MIUR, www.istruzione.it).

Ma la sua complessità non deriva unicamente dal grande numero di persone che confluiscono nella scuola ma dalla tensione dialettica tra due istanze, ambedue legittime: le esigenze di riproduzione economica e sociale da un lato e lo sviluppo degli individui dall'altro (Bruner, 1996). Se da un verso assistiamo ad una marginalizzazione della missione scolastica, dall'altro, la scuola viene investita delle domande educative e dei bisogni più vari. L'ambivalenza investe anche la funzione docente: da una parte si sancisce la centralità progettuale del docente, dall'altro l'erosione del prestigio sociale e scarsa implicazione nella progettazione dei cambiamenti. Si tratta a ben vedere di una situazione complessa nella quale le proposte educative provenienti dalla società civile sono cresciute a dismisura: educazione alla diversità, educazione alla sicurezza, educazione stradale, educazione ai diritti umani, educazione alla corporeità, educazione ambientale, educazione alimentare... La proposta educativa sembra diventare un magico passe-partout per poter avere un mandato sociale nella scuola; quando poi si ricorre a dimensioni metaforiche e letterarie troviamo progetti per la qualità totale, per l'adozione di monumenti, per la prevenzione dei comportamenti a rischio, pedofilia, bullismo, etc.

La scuola in rapporto a questa pressione sociale ha utilizzato quello che Romei (1999) ha definito strategia dell'accondiscendenza, accogliendo le istanze più disparate, senza poterle integrare nel processo formativo. La situazione paradossale è stata che in molti istituti si sono vissute le iniziative extracurricolari non come occasioni integrative ma come elementi d'intralcio alla normale attività didattica.

All'interno di queste dimensioni critiche riteniamo che la promozione della salute, ed in particolare della salute mentale, possa differenziarsi dalle varie educazioni solo nel caso in cui si proponga l'obiettivo di costruzione di mandato sociale all'interno di una negoziazione con l'organizzazione scolastica. Ciò significa dare un'importanza centrale alla costruzione del rapporto con la committenza rispetto ad una analisi della domanda non data per scontata.

E' pur vero che la scuola si situa come contesto privilegiato per interventi educativi e questo per svariati motivi. Innanzitutto risulta essere un luogo dove facilmente si può contattare gran parte della fascia giovanile della popolazione nel periodo adolescenziale e quindi maggiormente a rischio. Bisogna aggiungere che il target è una popolazione giovanile ritenuta in gran parte sana e che quindi si presta ad interventi di promozione della salute che mirano ad orientare la cultura giovanile verso una cultura dello sviluppo bio-psico-sociale attraverso delle coordinate legate alla prevenzione primaria.

Non a caso l'OMS riconosce questo valore specifico della scuola parlando di "scuola promotrice di salute" quale ambiente favorevole alla salute, all'apprendimento e al lavoro (OMS, 2002). In particolare è utile sottolineare l'attuazione di un programma europeo del 1992 costruito in concertazione con la Commissione Europea, con il Consiglio d'Europa e l'OMS Regione Europa, e denominato **ENHPS** – *European Network of Health Promoting School*- ovvero rete delle scuole promotrici di salute.

La rete delle scuole che aderiscono a tale programma hanno come obiettivo esplicito quello di condividere le esperienze in ambito educativo e sanitario contribuendo allo sviluppo di buone pratiche.

Se poi si aggiunge che l'OMS riporta come il 20% degli adolescenti soffre di un problema dello sviluppo, emozionale o del comportamento e uno su otto

di un disturbo mentale si comprende come la promozione della salute mentale e del benessere psicologico nelle scuole diventi una priorità centrale.

Per quanto riguarda le ricerche internazionali, lo studio svizzero SMASH-02 evidenzia che la maggioranza dei ragazzi generalmente si sente in buona salute, ma una proporzione importante (più elevata rispetto a dieci anni fa) ha delle difficoltà che manifesterebbe attraverso l'utilizzo della droga, una vita sessuale mal gestita, la violenza auto o etero aggressiva: l'ipotesi dello studio è che molti disturbi comportamentali siano in realtà una sorta di rilevatori del funzionamento psicologico degli adolescenti, e segnali di malessere.

I fattori di rischio che favoriscono l'emergere di comportamenti rischiosi sarebbero (studio HBSC, 2006, progetto Mindmatters di Louise Rowling, SMASH-02):

- l'abbandono precoce della scuola
- sintomi depressivi iniziali (una proporzione importante di ragazzi - 35% delle ragazze e 20% dei ragazzi secondo lo studio SMASH 2 - si sente a volte depressa al punto da aver bisogno di un sostegno)
- l'auto-percezione relativa all'immagine corporea (ancora secondo lo studio SMASH-02, il 40% delle ragazze e il 18% dei ragazzi si dichiarano insoddisfatti del proprio aspetto e del proprio corpo indipendentemente dall'età e dalla formazione)

Tra i fattori protettivi vengono individuati (progetto Mindmatters, progetto SMASH):

- l'effettivo coinvolgimento dei genitori nelle dinamiche scolastiche
- avere una cerchia familiare, scolastica, professionale e sociale ricca

Spostando l'attenzione dalla prevenzione del malessere psichico alla promozione della salute mentale in termini di benessere psico-fisico, scopriamo come la letteratura enfatizzi l'importanza di realizzare interventi volti a cambiare gli atteggiamenti, a promuovere le competenze sociali e il senso di auto-efficacia negli adolescenti e nei giovani (Slater, 1989; Maibach & Flora, 1993; Kelly et al., 1990).

Le ricerche degli ultimi anni (Caprara et al., 2000; Bandura, 1996; Fuligni, 2002), hanno infatti messo in luce l'effetto benefico di capacità di autoregolazione e percezione di auto-efficacia, capacità di affrontare e risolvere i problemi, le abilità socio-relazionali ed empatiche (le cosiddette *Life Skills*), e l'effetto protettivo del sostegno sociale - abilità e situazioni che fornirebbero una sorta di "substrato protettivo ad ampio raggio" rispetto al coinvolgimento in più tipologie di condotte rischiose da parte degli adolescenti; in questo senso, la promozione della salute mentale attraverso il potenziamento di competenze e abilità potrebbe essere una base da cui partire, per poi proseguire con successivi o concomitanti interventi specifici preventivo-educativi.

Le evidenze ad oggi disponibili sulla efficacia degli interventi di promozione della salute mentale spingono gli operatori a rivolgere gli interventi preventivo-educativi ai fattori comuni sottostanti ai diversi comportamenti a rischio (Greenberg et al., 2001), soprattutto nel contesto scolastico (Jane-Llopis E, Mittelmark MB, 2005)

2. La cultura giovanile e strategie di promozione della salute mentale

Innanzitutto è utile sottolineare come il costrutto di cultura si possa delineare quale insieme di codici ed alfabeti attraverso i quali un gruppo legge la realtà e si adatta ad essa, trasformando la dinamica collusiva in un sistema produttivo di rapporti sociali per scoprire l'estraneità.

Parlare nello specifico di cultura giovanile significa parlare di processi collusivi, non solo in ambito scolastico ma in tutte le dimensioni giovanili.

E' per esempio, parlare del tipico consumismo giovanile, o della dipendenza da modelli che sono "alla moda", o della sostituzione del sistema meritocratico con quello fondato sull'appartenenza ad una "famiglia di potere", che sembrano aver spento il desiderio del nuovo, la spinta al cambiamento, il desiderio di pensare, tipici dei giovani.

Culture giovanili di questo tipo, motivate da fatti ed eventi, possono creare forti discrepanze tra scuola e contesto. In un contesto dove il familismo è l'unico sistema che assicura un futuro al giovane, sarà per quest'ultimo

difficile integrarsi in una compagine di valori di una scuola che promuove l'apprendimento.

Le strategie di promozioni della salute mentale e dunque del benessere psicologico devono basare il loro intervento su queste dimensioni culturali poiché esse sono alla base del benessere relativo alla convivenza sociale.

Difatti il rischio più forte della scuola è che essa si trasformi in un grande sistema di appartenenza, dove le regole del gioco servano solamente per sancire tale appartenenza, creando in definitiva un sistema autoriferito. In tal modo, ciò che più è conosciuto e definito sono le regole per sancire le condizioni di appartenenza e quelle per l'espulsione. E' dunque centrale la visione del rapporto con l'estraneità dentro la scuola. Si badi bene: l'estraneo non è necessariamente chi viene da fuori, bensì è interno alla scuola. L'estraneo è l'altro, è il gruppo-classe, è la cultura che gli allievi portano attraverso la loro esperienza, è la cultura dell'insegnante, è la relazione che si instaura tra i vari membri. Promuovere benessere psicologico significa partire da queste coordinate di sviluppo.

3. Il gruppo di pari e la scuola

In ogni società e cultura esistono relazioni tra soggetti pari, le quali svolgono una funzione nella socializzazione delle nuove generazioni, si pensi, ad esempio, ai bambini che creano gruppi di pari riunendosi per giocare con i coetanei, apprendendo così le diverse regole di comportamento cooperativo ed alcune norme universali.

Sulla nozione di gruppo dei pari, come gruppo formato da individui della stessa età, occorre fare alcune precisazioni: innanzitutto non è sempre necessario che si tratti di un gruppo organico, può trattarsi soltanto di sporadiche relazioni interpersonali, soprattutto fra bambini in età prescolare.

In secondo luogo, ci si riferisce soltanto alle relazioni fra individui delle medesime età non adulti; inoltre il lasso di tempo che differenzia gli individui tra loro può essere superiore ad un anno, soprattutto nell'età fra i 13 e i 15 anni. Infine si tratta di individui simili per comportamento ma non per attributi personali (sesso, intelligenza, forza e prestanza fisica) o per attributi sociali (status socio-economico).

Bisogna ricordare che la scolarizzazione comporta un notevole cambiamento: la scuola diventa per i bambini un luogo privilegiato per l'incontro tra pari; tale relazione è anzi ricercata e desiderata, divenendo spesso la maggior attrattiva verso la scuola. Il periodo compreso tra i 3 e i 19 anni, che i giovani trascorrono a scuola, è un tempo di particolare importanza per l'incontro tra pari e la difficoltà principale è consentire una integrazione tra adolescenti, post-adolescenti e adulti nell'ambito della cultura scolastica.

Infatti, con l'inizio dell'adolescenza, tutti gli individui entrano in una fase nuova ed al contempo critica determinata dalla rottura della propria identità. Tale situazione è conseguenza dei profondi cambiamenti che la vita dell'adolescente subisce: egli non è più un bambino, ma non è ancora un adulto; questa situazione ambivalente alimentata da bruschi mutamenti nello sviluppo biologico, accompagnati da notevoli modifiche qualitative a livello psicologico.

Gli adolescenti sentono la necessità di svincolarsi dalla dipendenza affettiva rispetto ai genitori, tipica della relazione instaurata nell'età dell'infanzia e devono inoltre accostarsi al mondo degli adulti. In tale situazione, essi trovano nella relazione tra pari un rifugio in cui condividere le esperienze: l'altro, in fondo, attraversa la medesima crisi.

Vi è quindi il momento dell'amicizia basata sulla somiglianza di caratteristiche e bisogni.

L'esistenza di un *leader* è un elemento strutturale nel gruppo di pari; tuttavia i membri dello stesso trovano difficoltà a riconoscerne la presenza. Tali *leaders* possono avere una funzione variabile: sono di tipo strumentale (gli organizzatori di feste, di gite...) o anche di tipo espressivo, ove ciò che emerge è un maggior potere di controllo o di prestigio.

All'interno del contesto scolastico, la costituzione dei gruppi di pari, gruppi informali, determina la nascita di una subcultura giovanile. Appare infatti inevitabile che essa coesista accanto alla cultura scolastica ufficiale, soprattutto se si considera che la scuola dagli studenti è vista frequentemente come contesto adempitivo. L'esistenza di questa subcultura può avere diverse influenze nei confronti dei valori scolastici: i gruppi possono infatti favorevoli, passivi o all'opposto negativi rispetto ai valori accademici.

Altri fattori che possono creare difficoltà di integrazione scolastica e quindi di benessere psico-sociale nella scuola è rappresentato dalle peculiari dinamiche che concernono la relazione del docente con il gruppo classe.

Carli e Mosca (1980), notano come all'interno del gruppo classe molto frequentemente viene valorizzato il rapporto dei singoli allievi a discapito della relazione tra i pari, considerando quest'ultima come ostacolo all'apprendimento: ciò comporta una scissione tra rendimento e disciplina.

Dunque il gruppo scolastico, che è posto come luogo dell'appartenenza, diviene, nella sua dimensione dinamica e interattiva, un elemento di minaccia per il buon funzionamento istituzionale. Bisogna ricordare che la connotazione del gruppo scolastico porta con sé una duplice caratteristica: ha un dichiarato fine educativo che è la socializzazione, ma allo stesso tempo le interazioni che si realizzano al suo interno possono essere vissute come ostacolo alla realizzazione degli obiettivi educativi.

Non è da sottovalutare, inoltre, che non è il solo ambito scolastico a modificarsi: esistono cambiamenti anche nel mondo produttivo che incidono sul contesto in esame. L'inserimento in esso viene sempre più ritardato, per cui, di conseguenza, il periodo dell'adolescenza viene artificialmente prolungato, tanto che si parla di una nuova tappa del ciclo vitale.

Infine lo sviluppo dei mezzi di comunicazione di massa propone ai bambini ma soprattutto agli adolescenti, nuovi modelli di identificazione, come ad esempio di divismo.

L'adolescenza, considerata da più parti come una fase delicata dello sviluppo, riguarda un momento del ciclo di vita caratterizzato dal tema dell'identità e dalle trasformazioni in atto relativamente all'immagine di sé, al rapporto con i genitori e con gli altri, alla maturazione sessuale. L'aspetto centrale, che rende in parte conto della delicatezza di questa fase di vita, è la natura radicale del cambiamento che presuppone una maturità affettiva e relazionale ancora non del tutto sviluppata. Infatti, saranno lo sviluppo neurobiologico e psicologico che porteranno l'adolescente a completarsi nell'identità di adulto.

La dinamica principale che porta gli studiosi a porre particolare attenzione al rapporto tra l'adolescenza e l'adozione di specifici stili di vita è soprattutto insita in una caratteristica di questo periodo della vita, ossia nel fatto che a questa età si sviluppano e si sperimentano l'autonomia e l'indipendenza

personale all'interno della ricerca di una propria identità. Si tratta di aspetti fondamentali per lo sviluppo psicologico e sociale dell'individuo, anche in rapporto agli stili di vita in termini di salute, laddove l'adolescente inizia concretamente a scegliere attivamente comportamenti e modalità relazionali specifici, iniziando a sentire un certo controllo sulla propria vita e a definirsi in una identità seppur ancora non stabile.

1. L'assetto mentale dell'adolescente

L'adolescenza può essere considerata una fase molto particolare e complesso nell'arco di vita dell'individuo poiché è proprio in questi anni che si definisce l'identità personale ed il proprio rapporto con il mondo esterno.

In tal senso l'adolescenza è un periodo particolarmente vulnerabile poiché il conflitto tra dipendenza e indipendenza dal mondo adulto spiega in parte l'assunzione di comportamenti rischiosi, ambivalenti e potenzialmente dannosi.

Secondo alcuni autori inoltre, l'attuale contesto storico rende opaco il mondo adulto rendendolo particolarmente difficile da interpretare: la difficoltà a dotare di senso la realtà esterna contribuirebbe a rendere precario un possibile equilibrio psicologico.

Bisogna aggiungere come siano inoltre presenti diversi fattori che alimentano comportamenti rischiosi quali: l'insicurezza, il desiderio di trasgredire le regole per rendersi autonomi dai genitori ed infine il bisogno di emulare i pari. Si tratta di elementi psicosociali che possono determinare comportamenti maladattivi e capaci di stabilizzarsi nell'età adulta.

Possiamo prendere due modelli teorici che cercano di spiegare la tendenza adolescenziale di sperimentare comportamenti a rischio (Guarino, 2007):

- *Risk taking* con la dicitura anglosassone *risk-taking* ovvero prendersi il rischio si definisce un particolare assetto mentale che predispone l'individuo ad agire comportamenti rischiosi e potenzialmente dannosi. Naturalmente lungo il percorso di sviluppo dell'intero arco di vita l'essere umano continuamente si prende carico di possibili rischi poiché è l'unico modo per poter affrontare cambiamenti e sviluppare competenze. Poiché il *risk-taking* soddisfa anche alcuni bisogni psicosociali di sviluppo personale, durante il periodo adolescenziale, che per definizione è considerato un periodo di

enormi cambiamenti dal punto di vista sia fisico che psicosociale, facilmente il giovane corre il rischio di non saper gestire questa dimensione. I comportamenti caratterizzati dal *risk taking* sono stati teorizzati da Richard Jessor (1991, 1998). Il modello di Jessor ha evidenziato che in adolescenza i comportamenti legati alla salute non si presentano in modo isolato ma costituiscono delle "costellazioni" rilevanti per il benessere della persona; tali comportamenti sono "sostenuti" dai cosiddetti fattori di rischio e fattori protettivi, che sono in interazione dinamica tra di loro, e agiscono a livello sociale, individuale, comportamentale e psico-sociale. In questa cornice teorica il comportamento problematico viene analizzato alla luce delle "funzioni" adattive a cui questo assolverebbe (Bonino S., Cattelino, E., Ciairano S. 2007). Il *risk-taking* per l'adolescente rappresenta dunque una condizione normale e favorente lo sviluppo e la crescita personale nonché di misura della propria stima. Talvolta il *risk-taking*, quando si sviluppa sulla base di un qualche disagio psicologico, è collegato a comportamenti distruttivi, quali ad esempio l'utilizzo di sostanze stupefacenti o pratiche sessuali non protette, che possono essere alimentare, in una sorta di circolo vizioso, problematiche psicologiche.

- *Sensation seeking* al modello di *risk-taking* si associa spesso il costrutto di *sensation-seeking* (ricerca di sensazioni) da intendersi come ricerca di sensazioni intense, inedite, complesse e variegate, correlate alla possibilità di affrontare rischi a livello fisico, sociale ed economico. Di notevole importanza appaiono gli studi di Zuckermann (Zuckermann, 1979) rispetto alla correlazione tra attrazione verso attività spericolate e desiderio di provare sensazioni nuove ed intense. Talvolta questo desiderio può avere inoltre una funzione di rito di iniziazione rispetto alla vita adulta, ma anche di conquista della leadership del gruppo, o semplicemente per sfuggire alla noia che produce la mancanza di progetti a breve e medio termine. Non è difficile inserire il costrutto del *risk-taking* all'interno della cornice concettuale del fenomeno della trasgressione. Si trasgredisce a delle norme, a delle regole del gioco, e questo mette in guardia su quanto l'elemento culturale sia centrale nell'interpretazione dei fenomeni giovanili rispetto ad una lettura genetica e caratteriologica dell'adolescente con una predisposizione innata alla ricerca di sensazioni intense e conseguente alto rischio.

2. Il *Locus of control*, la *Self-efficacy* e l'*Empowerment* come concetti chiave nella promozione del benessere psicologico

Il concetto di *Locus of control* trae origine dalla teoria dell'apprendimento sociale di Rotter (1966), nella quale il controllo si riferisce allo scarto tra le proprie azioni e il raggiungimento di determinati risultati.

Egli distinse due tipi di orientamenti al controllo negli individui: quello interno riferito a coloro che valutano gli eventi come una conseguenza delle proprie azioni, e quello esterno, riferito a chi crede che gli eventi siano fuori dal proprio controllo, quindi causati da altre persone o dal "destino".

Da queste premesse si ottiene che un soggetto adotterà con maggiore probabilità un comportamento, se si aspetta un certo risultato che per lui abbia importanza.

Sono state effettuate numerose ricerche riguardanti il *locus of control* (ovvero "il punto di controllo") per cercare di spiegare comportamenti di salute: la maggior parte di queste è partita dal presupposto che chi possiede un *locus of control* interno si sforzi di controllare maggiormente il proprio ambiente, e si assuma le responsabilità del proprio comportamento e della propria salute, adottando più frequentemente attività di prevenzione e promozione della salute.

Si capisce bene quanto il concetto di *Locus of control* interno sia direttamente correlato al benessere psicologico.

Non a caso accanto al concetto di *locus of control* si incontra, nella letteratura scientifica, quello di *self-efficacy* (autoefficacia), elaborata da Bandura nel 1989, che si riferisce alla stima che una persona possiede circa le proprie capacità di riuscita; essa si basa su un'autovalutazione le cui fondamenta sono da ricercare nell'esperienza concreta della storia personale.

La si associa al *locus of control* di tipo interno (del cui possesso ne risulta rinforzata), in quanto l'individuo tende a spiegare gli eventi, meglio se positivi, come dipendenti dalla sua volontà.

Altro concetto chiave nella promozione della salute mentale negli adolescenti che facilmente si accosta ai due precedentemente nominati è l'*empowerment*. Termine preso in prestito dall'inglese trova una sua elegante definizione attraverso le parole di Putton che la descrive come "l'insieme di conoscenze, competenze, modalità relazionali che permette a individui e a gruppi di porsi

obiettivi, di elaborare strategie per raggiungerli, utilizzando risorse esistenti” (Putton, 1996). Verosimilmente il concetto di *empowerment* è assimilabile a quello di potere. E’ pur vero che molte delle emozioni che l’uomo prova, sono tentativi di evitare l’impotenza di fronte ad una situazione avversa o alla frustrazione di un desiderio. Di conseguenza il posizionamento lungo un continuum tra senso di potere ed impotenza dota l’individuo di una maggiore sensazione di controllo sulla propria vita.

L’*empowerment* degli individui e delle comunità rappresenta certamente, insieme ai concetti di *locus of control* e di *self efficacy*, un concetto chiave nella promozione della salute mentale poiché corrispondono all’idea che il farsi carico del proprio benessere emotivo contribuisca a costruire una spirale virtuosa all’interno della quale l’individuo può sviluppare la propria autorealizzazione. Sviluppare l’*empowerment* significa in definitiva aiutare i ragazzi a riconoscere le ragioni del proprio comportamento e, attraverso una migliore comprensione di se stessi, dotarli in tal modo della capacità di far fronte più efficacemente ai loro problemi; fornendo loro delle alternative ai loro attuali modelli comportamentali, aiutarli a riconoscere le proprie risorse ed i propri successi, e quindi confidare nel fatto che i mutamenti di atteggiamenti che essi hanno constatato su di sé come risultato della partecipazione al programma preventivo si traducano in durevoli mutamenti sul piano concreto dei comportamenti vissuti dagli studenti.

Capitolo Terzo – IL PROGETTO “GUADAGNARE SALUTE NEGLI ADOLESCENTI ” E SALUTE MENTALE

1. Presentazione del Progetto

Il progetto denominato "Guadagnare Salute in Adolescenza" è nato nel 2006 dall'accordo tra **CCM** (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) che ne ha promosso e finanziato lo sviluppo e la Regione Piemonte che attraverso il **DoRS** (Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute) ha gestito il coordinamento sul territorio nazionale.

E' innanzitutto utile ricordare come sul territorio nazionale siano stati prodotti numerosi interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti: vi è quindi una prassi consolidata nel tempo; tuttavia la loro diffusione sul territorio è ancora complessivamente insufficiente, frammentata e disarticolata. Difatti il Piano Socio-Sanitario Regionale del Piemonte per il 2006-2010 afferma “il primato della prevenzione e il ruolo strategico delle attività di promozione della salute” e sottolinea l'importanza di “operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all'appropriatezza degli interventi ed alla valutazione di efficacia degli stessi, per migliorare le condizioni di salute, razionalizzare gli interventi e implementare un processo di miglioramento qualitativo dei risultati”.

In questa direzione il progetto “Guadagnare salute negli Adolescenti” del Ministero della Salute ha previsto l'attuazione di un programma che consenta di inquadrare e resocontare le azioni svolte rispetto alla prevenzione e la promozione della salute per gli adolescenti al fine di poter definire indicazioni utili alla programmazione di interventi efficaci e realizzabili attraverso il coordinamento e l'armonizzazione degli interventi esistenti e la promozione di interventi che siano continuativi, multidisciplinari, integrati su tutto il territorio nazionale.

La prima fase del progetto (2006-2008) ha previsto

- una ricognizione dei progetti e degli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti su tutto il territorio italiano con il coinvolgimento di 15 centri di documentazione coordinati da DorS;

- la costituzione di tavoli tematici composti da operatori della Regione Piemonte impegnati nell'ambito della prevenzione e promozione della salute in adolescenza al fine di individuare indicazioni operative che tengano conto dell'esperienza;
- la revisione della letteratura relativa alle tematiche del progetto.

Sulla base delle informazioni raccolte e dei risultati emersi, la seconda fase (2008-2010) prevedeva la diffusione e la sperimentazione di interventi efficaci e di qualità su tutto il territorio nazionale.

La ricognizione ha avuto come scopo principale dare una rappresentazione il più possibile completa e veritiera delle attività di Prevenzione - Educazione - Promozione della Salute che gli enti pubblici e privati rivolgono agli adolescenti, con particolare attenzione ad alcune aree tematiche che la letteratura internazionale rivela come centrali quali:

- alimentazione
- attività fisica
- malattie sessualmente trasmissibili
- incidenti stradali
- consumo di droghe e alcol
- salute mentale

A tal fine è stato attuato il censimento di tutte le iniziative di Prevenzione e Promozione della Salute rivolte agli adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 24 anni, condotte nelle Regioni italiane attraverso il coordinamento dei centri di documentazione.

2. La costruzione della rete dei Centri di Documentazione per la Prevenzione e la Promozione della Salute

Possiamo considerare una rete sociale o social network come quell'intreccio di relazioni sociali e interpersonali che caratterizzano una comunità e che ne permettono lo scambio produttivo. L'antropologo Barnes (1954), nel suo studio su un villaggio di pescatori norvegesi, fu il primo a utilizzare la distinzione tra il termine "rete personale" e "rete sociale", intendendo per *rete personale* quell'insieme di legami che coinvolgono un singolo individuo e *rete sociale* tutti quei legami che caratterizzano tutti i membri di una popolazione. Solitamente si possono considerare quattro dimensioni di una rete:

- 1) la struttura, ovvero la densità della rete, l'ampiezza, la frequenza delle interazioni tra i singoli nodi della rete
- 2) l'interazione come reciprocità, direzionalità, molteplicità e simmetria delle relazioni tra i vari nodi della rete
- 3) la qualità che sottintende la dimensione affettiva dei legami in termini di vicinanza o lontananza affettiva
- 4) la funzione che si riferisce alla attività che vengono svolte dai singoli attori della rete come fornire sostegno, informazioni o aiuto materiale (House, 1981).

Costruire una rete, dunque, non significa semplicemente mettere in contatto più membri ma costruire obiettivi e regole di lavoro condivisi attraverso metodologie specifiche.

Questa breve premessa per introdurre il dispositivo attivato attraverso il DoRs per coordinare i vari Centri di Documentazione appartenenti a strutture pubbliche o ad enti del privato sociale, che si occupano di salute e sanità, sociale, scuola, e di altri temi legati alle realtà dell'infanzia, della famiglia, degli adolescenti e dei giovani.

I Centri in questione, rispondono alle esigenze di documentazione e studio del personale interno delle istituzioni, ai ricercatori ed agli operatori del settore dell'infanzia e dell'adolescenza, agli studenti universitari, compiono un'attività di raccolta, selezione, catalogazione e disseminazione di materiali rappresentativi.

Le tipologie di documentazione trattate sono svariate: troviamo l'utilizzo di libri, periodici, articoli, ma anche prodotti video, normativa nazionale ed internazionale, ricerche, tavole statistiche e progetti.

A seguito di tali ricerche, solitamente le informazioni raccolte vengono diffuse attraverso banche dati, bibliografie, rassegne, newsletter, riviste, siti web, ecc..

Le attività di raccolta e disseminazione delle pubblicazioni e di altri materiali costituiscono una rilevante opportunità di crescita culturale; infatti, i centri studi e i centri di documentazione sono spesso caratterizzati da una costante attenzione al mutamento sociale e all'evolversi dei fenomeni di malattia, incidenti, rischio, integrazione, disuguaglianza, dipendenze e altre tematiche che si intrecciano con la realtà giovanile.

In molti casi, i centri studi e i centri di documentazione producono analisi, ricerche e dati statistici sulla condizione di vita dei minori e su fenomeni non ancora approfonditi o su problematiche connesse all'operatività di processi di riforma del sistema di assistenza e tutela della salute.

L'attività di documentazione costituisce in molti casi un sostegno alle politiche sociali ed educative per i minori e le famiglie supportando tali politiche a livello locale, regionale, nazionale ed internazionale contribuendo alla diffusione di adeguate e attendibili forme di conoscenza e consapevolezza, stimolando la programmazione e la progettazione di interventi e di servizi a loro favore, attuando interventi rivolti alla formazione degli operatori del settore attraverso la diffusione della conoscenza e l'analisi di informazioni e aspetti caratterizzanti la condizione dei bambini e degli adolescenti.

I centri studi e documentazione rappresentano, grazie all'attività di ricerca che realizzano, un sostegno naturale ed efficace all'attuazione del progetto "Guadagnare salute negli adolescenti" che ha fra i suoi obiettivi specifici il monitoraggio degli interventi rivolti agli adolescenti.

Il Centro di Documentazione DoRS ha contattato *ad hoc* i centri studi e documentazione operanti nelle varie Regioni, ottenendo da loro una piena collaborazione. Difatti alcuni dei centri di documentazione regionali hanno già avviato e sviluppato da anni un'esperienza di rete territoriale che si è dimostrata occasione proficua di lavoro comune e scambio di informazioni, saperi e risorse.

Nelle Regioni dove centri studi o documentazione non erano presenti è stata ricercata la collaborazione di Enti regionali, Agenzie sanitarie regionali e Dipartimenti universitari con una vocazione ed un'esperienza di ricerca e documentazione nel settore dei minori o dell'adolescenza o, più in generale, in tematiche relative alla Promozione ed Educazione alla Salute. Il gruppo di ricerca costituitosi è costituito dai 16 centri regionali presenti nella tabella 1.

Tabella 1 - Centri aderenti alla ricognizione e riferimenti istituzionali per regione

| Regione | Centro di riferimento | Responsabile | Indirizzo |
|-----------------------|---|---|--|
| Abruzzo | Agenzia Sanitaria Regionale | Prof. Lamberto Manzoli | Via Attilio Monti 9 - 65127 Pescara |
| Calabria | Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie - Servizio pianificazione, ricerca, innovazione ed epidemiologia | Dott.ssa Caterina Azzarito | Via E. Buccarelli 30 88100 Catanzaro |
| Campania | Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 – Centro di Documentazione e Ricerca sull’Ambiente e la Salute (CEDRAS) | Dott. Pio Russo Krauss | Via Vicinale Campanile 156 - 80126 Napoli |
| Emilia-Romagna | Azienda USL Reggio Emilia - Programma Aziendale Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; In collaborazione con: Lega italiana per la Lotta contro i Tumori – sezione provinciale di Reggio Emilia | Prof. Umberto Nizzoli | Ser.T. Via Amendola 2 Padiglione Tanzi - 42100 Reggio Emilia |
| Friuli Venezia Giulia | Comune di Udine – Dipartimento Politiche Sociali Educative e Culturali – Ufficio Integrato Progetto Città Sane | Dott.ssa Gianna Zamaro (referente tecnico) Chiara Gallo (referente amministrativo) | Viale Duodo 77 – 33100 Udine |
| Lazio | “Sapienza” Università di Roma. Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica “G. Sanarelli” | Prof. Gianfranco Tarsitani | Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma |
| Lombardia | ASL Provincia di Pavia – CenDES Centro di Documentazione in Educazione Sanitaria e Promozione della Salute | Dott.ssa Liliana Coppola | Via Forlanini 2 – 27100 Pavia |
| Marche | Regione Marche Agenzia Regionale Sanitaria | Dott. Claudio Bocchini | Via Giannelli 36 – 60125 Ancona |
| Puglia | ASL Foggia 1 San Severo – Servizio per le Tossicodipendenze | Dott.ssa Concetta De Nucci | Viale Matteotti 38 – 71016 San Severo (FG) |
| Sardegna | Università di Cagliari – Dipartimento di Sanità Pubblica | Prof. Paolo Contu | Via Porcell 4 – 09124 Cagliari |
| Sicilia | CEFPAS – Centro per la Formazione Permanente e l’Aggiornamento del personale del Servizio Sanitario, Regione Sicilia | Dott.ssa Rosa Giuseppa Frazzica | Cittadella Sant’Elia - Via G. Mulè 1 – 93100 Caltanissetta |

| Regione | Centro di Riferimento | Responsabili | Indirizzo |
|----------------|---|-------------------------|--|
| Toscana | Azienda USL 10 – Ce.S.D.A. Centro Studi , Ricerca e Documentazione su Dipendenze e AIDS | Dott.ssa Mariella Orsi | Via San Salvi 12 – 50135 Firenze |
| Umbria | Università di Perugia – CSES (Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria); Regione Umbria – Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Servizio VII Prevenzione | Dott. Giancarlo Pocetta | Via del Giochetto 6 – 06126 Perugia |
| Veneto | CRRPS Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute - Azienda ULSS 20 di Verona | Dott. Massimo Mirandola | Via Marconi 27 F – Regional Centre for Health Promotion – 37122 Verona |

Nella tabella sottostante (tabella II) abbiamo riportato tramite l'utilizzo di una cartina dell'Italia la distribuzione dei vari centri che si sono occupati delle rilevazioni. Si può notare come ogni Regione sia stata contattata per ottenere un quadro preciso degli interventi svolti.

Tabella 2 – Cartina dei Centri aderenti alla ricognizione e riferimenti istituzionali per regione



Per la Regione Lazio, il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica “G. Sanarelli” dell’Università degli Studi “Sapienza” di Roma è stato scelto come ente per la realizzazione delle attività di ricognizione degli interventi di Educazione e Promozione della Salute rivolti agli adolescenti.

I centri aderenti al Progetto si sono riuniti 5 volte tra Roma (presso la sede del CCM) e Torino (presso la sede dell’Assessorato Tutela e Sanità Pubblica della Regione Piemonte).

Gli incontri hanno perseguito obiettivi quali la definizione di strategie di ricerca, l’apprendimento dell’utilizzo della banca dati, la verifica dell’andamento del progetto ed infine l’individuazione dei criteri di selezione delle “buone pratiche”.

La partecipazione alle riunioni nazionali è stata sempre molto alta e gli operatori dei vari centri regionali hanno collaborato nell'individuazione ed utilizzo di modelli di comunicazione e lavoro a distanza (es. comunicazioni via e-mail e area riservata del sito) che hanno affiancato e sostenuto gli "incontri in presenza".

Ovviamente le criticità sono state diverse: ad esempio la gestione delle distanze tra i vari centri ma anche la differente configurazione organizzativa tra i vari enti (ASL, Università, Agenzie) con competenze specificità e rapporti con il territorio notevolmente diversi tra loro.

Si è comunque costruito un patrimonio condiviso e incrementale di esperienze di promozione della salute sul territorio nazionale, suscettibile di analisi a più livelli e funzionale alla selezione di buone pratiche.

Inoltre, ma non di minore importanza vi è stata la possibilità di mettere in azione una rete in grado di garantire la manutenzione e l'alimentazione a scopi di valutazione, disseminazione ed organizzazione.

Ciò ha comportato la costruzione di gruppi di lavoro che hanno potuto condividere professionalità, esperienze e funzioni istituzionali diverse e per questo arricchenti.

Gli incontri hanno perseguito i seguenti obiettivi:

- definire la strategia di ricerca
- apprendere l'utilizzo della banca dati
- verificare l'andamento del progetto
- individuare i criteri di selezione delle "buone pratiche"

È stata inoltre creata un'area di lavoro comune all'interno del sito DoRS (<http://www.dors.it/prado/>), con password, curata dal referente informatico DoRS ed implementata dai documentalisti dei Centri aderenti al progetto, allo scopo di favorire il lavoro a distanza attraverso lo scambio e la condivisione di materiali e di pareri.

3. Raccolta ed inserimento dei progetti.

Il reperimento dei progetti è stato attuato attraverso svariate strategie: dalla revisione di banche dati esistenti all'attivazione di contatti, anche attraverso l'intervista diretta dei responsabili o protagonisti dei progetti recensiti.

Si è concordato che ogni Centro poteva individuare la modalità più consona alla propria tradizione di rapporti con i servizi e più appropriata al proprio contesto. I ricercatori/documentalisti hanno pertanto reperito i progetti tramite i canali istituzionali (Regione, Aziende Sanitarie Locali, Comuni, Province, Associazioni, ecc.), l'intervista a testimoni privilegiati (ricercatori o esperti), o anche attraverso una ricerca in internet dei progetti relativi al proprio territorio ivi segnalati o pubblicati.

Le principali strategie di ricognizione dei progetti adottate sono così delineabili:

- la selezione dei progetti da raccogliere è stata effettuata direttamente dagli operatori dei servizi ed enti locali, che hanno scelto autonomamente quali esperienze inviare; successivamente i documentalisti hanno compilato la scheda di rilevazione (cfr. ALLEGATI), inserendo come allegati gli eventuali materiali in formato elettronico disponibili;
- è stato realizzato un corso di formazione specifico per gli operatori locali, addestrandoli a compilare direttamente la scheda di rilevazione e ad inviare i materiali in formato elettronico;
- sono stati realizzati degli incontri con i referenti per la Promozione della Salute delle ASL locali ed è stato loro chiesto di scegliere i progetti che ritenevano interessante recensire e condividere;
- i documentalisti sono andati direttamente nei servizi ed hanno selezionato insieme agli operatori locali i progetti da raccogliere;
- sono state inviate richieste scritte a vari enti e servizi: i progetti inviati in risposta sono stati successivamente inseriti tutti in banca dati;
- sono stati raccolti progetti da vari enti e servizi, attraverso una richiesta verbale o scritta, sui quali è stata successivamente operata una selezione: i documentalisti hanno scelto di inserire in banca dati solo una parte dei progetti raccolti.

Per quanto riguarda la selezione dei progetti censiti, sono stati adottati vari criteri in sequenza temporale: è stata effettuata una "estrazione preliminare" (9 giugno 2008) al fine di enucleare i progetti terminati, cioè in fase di stesura di redazione di relazione conclusiva con valutazione di processo e risultato; una "I selezione" (effettuata sempre il 9 giugno) ha riguardato l'individuazione delle cosiddette "buone pratiche", secondo alcuni criteri di buona progettazione dal punto di vista

metodologico-formale stabiliti durante una riunione plenaria (maggio 2008) in base alle indicazioni fornite dalla letteratura.

Più precisamente sono stati selezionati i progetti:

- per i quali sono stati esplicitati i modelli teorici usati per la progettazione e per il cambiamento dei comportamenti;
- in cui sono stati citati e trasferiti esempi di buona pratica e/o prove di efficacia;
- per i quali è stata prevista ed effettuata una valutazione di processo (indipendentemente dal fatto che i materiali siano o non siano resi disponibili);
- per i quali è stata prevista ed effettuata una valutazione di risultato (indipendentemente dal fatto che i materiali siano o non siano disponibili).

Infine, si è giunti a ipotizzare una "II selezione", in base a dei criteri di contenuto (cosiddetti "criteri tematici"), specifici per ciascuno dei temi della ricognizione.

Le principali difficoltà rilevate durante la ricognizione sono state svariate: innanzitutto la scarsa autorevolezza dei Centri rilevatori nel poter chiedere i progetti agli operatori. In alcuni casi si rilevava la difficoltà a capire quale sarebbe stato il ritorno (personale e come servizio) nel mettere a disposizione il proprio lavoro. Vi era la riluttanza da parte di alcuni operatori (soprattutto nell'area no-profit) nel condividere i propri progetti, giustificata dal timore che il materiale venga "copiato" ed utilizzato da altri operatori, "bruciando" così la possibilità di presentare i propri progetti originali in bandi nazionali ed europei necessari al finanziamento del proprio lavoro

Un ulteriore elemento critico è stata la confusione presente tra gli operatori rispetto alla contemporanea realizzazione di altri progetti di ricognizione nazionale coordinati dal CCM, tra cui la rilevazione del Formez (Centro di formazione e studi del Dipartimento della Funzione Pubblica) sui progetti multisettoriali e la ricognizione sulle dipendenze coordinata dalla Regione Toscana.

Spesso alla confusione si accompagnava anche stanchezza da parte degli operatori per la sollecitazione a partecipare ad iniziative quasi contemporanee e percepite come molto simili o sovrapponibili. Ed infine abbiamo incontrato difficoltà burocratiche da parte degli enti contattati nel poter consegnare progetti scritti e concordati tra diversi enti e servizi.

Bisogna aggiungere che il censimento effettuato rispecchia parzialmente la ricchezza di progettualità inerenti le tematiche di Promozione ed Educazione alla Salute all'interno del territorio nazionale. Parzialità che è principalmente dovuta

all'esclusione di quei progetti che, nonostante le dovute sollecitazioni di integrazione, sono comunque risultati mancanti o incompleti alla data di scadenza dell'inserimento in banca dati. Ma anche dalla impossibilità di poter raccogliere tutti i progetti effettuati da singoli liberi professionisti che sono risultati irraggiungibili.

4. Analisi dei progetti nell'area tematica "Salute Mentale"

Effettuando una analisi quantitativa un primo dato significativo è relativo al numero totale dei progetti afferenti all'area tematica Salute Mentale (430 progetti) che hanno riguardato poco meno di un terzo del totale dei progetti inseriti all'interno della banca dati Pro.Sa (il 28,22%).

Se andiamo ad analizzare i dati in riferimento all'area geografica risulta evidente come quasi un quarto, il 23,95% del totale dei progetti inseriti afferenti all'area, è costituito da progetti effettuati in Emilia-Romagna (103 progetti) seguita da Lazio con il 15,58% e Veneto con il 15,12% (67 e 65 progetti, rispettivamente). Le tre regioni, complessivamente, superano la metà dei progetti inseriti dall'insieme delle regioni italiane (53,65%). Relativamente modesto è il contributo delle regioni Puglia, Lombardia e Toscana con 4 per le prime due e solamente 2 per l'ultima (0,93% e 0,47%, rispettivamente). Le regioni hanno contribuito in misura nulla sono la Regione Marche e la Sardegna con nessun progetto per entrambe.

Tabella 3 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per regione (valori assoluti e percentuali)

| Regione | Progetti Salute Mentale | Totale Progetti Inseriti | Percentuale sul totale dei progetti inseriti dalle Regioni | Percentuale sul totale dei progetti inseriti nell'area tematica Salute mentale |
|-----------------------|-------------------------|--------------------------|--|--|
| Lazio | 67 | 120 | 55.83 | 15.58 |
| Friuli Venezia Giulia | 41 | 74 | 55.41 | 9.53 |
| Sicilia | 52 | 119 | 43.70 | 12.09 |
| Umbria | 32 | 84 | 38.10 | 7.44 |
| Abruzzo | 39 | 103 | 37.86 | 9.07 |
| Veneto | 65 | 245 | 26.53 | 15.12 |
| Emilia-Romagna | 103 | 399 | 25.81 | 23.95 |
| Campania | 12 | 75 | 16 | 2.79 |
| Puglia | 4 | 40 | 10 | 0.93 |
| Lombardia | 4 | 50 | 8 | 0.93 |
| Toscana | 2 | 28 | 7.14 | 0.47 |
| Piemonte | 9 | 129 | 6.98 | 2.09 |
| Marche | 0 | 25 | 0 | 0 |
| Sardegna | 0 | 33 | 0 | 0 |

In merito alle percentuali dei progetti inseriti relativi all'area tematica Salute Mentale sul totale dei progetti inseriti per singola regione, il Lazio (67 progetti) e il Friuli Venezia Giulia (41 progetti) si affermano come le regioni il cui contributo progettuale è maggiormente contraddistinto dalla presenza di progetti relativi all'area tematica in oggetto con il 55,83% e il 55,41%, rispettivamente. Di seguito, la Sicilia (52 progetti), l'Umbria (32 progetti) e l'Abruzzo (39 progetti) con il 43,70%, 38,10% e il 37,86%, rispettivamente. Degno di nota è il dato relativo all'Emilia-Romagna: i 103 progetti afferenti all'area rappresentano poco più di un quarto (il 25,81%) del totale dei progetti inseriti in banca dati (399). In chiusura si segnalano le regioni Lombardia (4 progetti), Toscana (2 progetti) e Piemonte (9 progetti) con il 8%, 7,14% e il 6,98% sul totale dei progetti inseriti, rispettivamente.

L'aggregazione per area dei dati relativi all'apporto regionale di progetti concernenti l'area tematica Salute Mentale (Tabella 3), vede le regioni dell'area Nord-Orientale contribuire per quasi la metà del totale dei progetti (il 48,6%), seguite dalle regioni del Centro con il 32,56%, chiude la Regione Nord-Occidentale con il 3,02%.

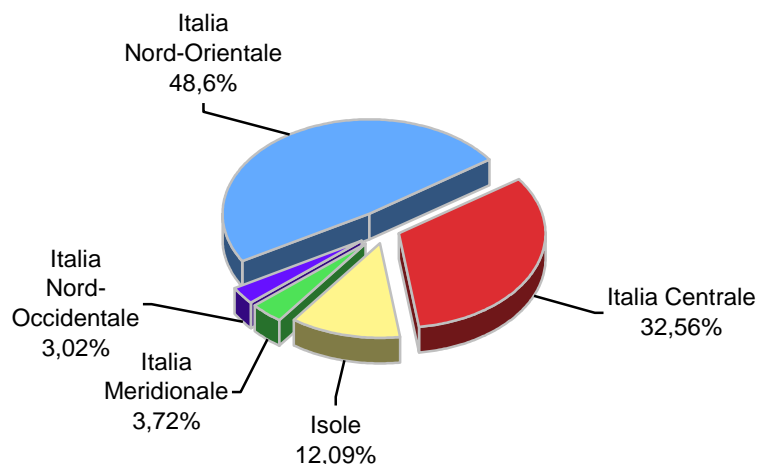
Tabella 4 - Area tematica Salute Mentale-- Distribuzione dei progetti per area geografica (valori percentuali)

| Area geografica | Percentuali aggregate |
|------------------|-----------------------|
| Nord-Orientale | 48.6 |
| Centro | 32.56 |
| Isole | 12.09 |
| Sud | 3.72 |
| Nord-Occidentale | 3.02 |

Le differenti percentuali sono sicuramente dovute a una diversa composizione delle aree geografiche: le tre più "prolifiche" regioni (Veneto, Friuli Venezia Giulia e soprattutto Emilia-Romagna) si raggruppano nell'unica area del Nord-Est; non riescono a dare simile contributo, benché più numerose, le regioni dell'area centrale (Toscana, Umbria, Marche e Lazio).

Si evidenzia, altresì, la percentuale aggregata dell'area geografica "isole con il 12,09% del totale dei progetti inseriti rappresentativo solo di due regioni.

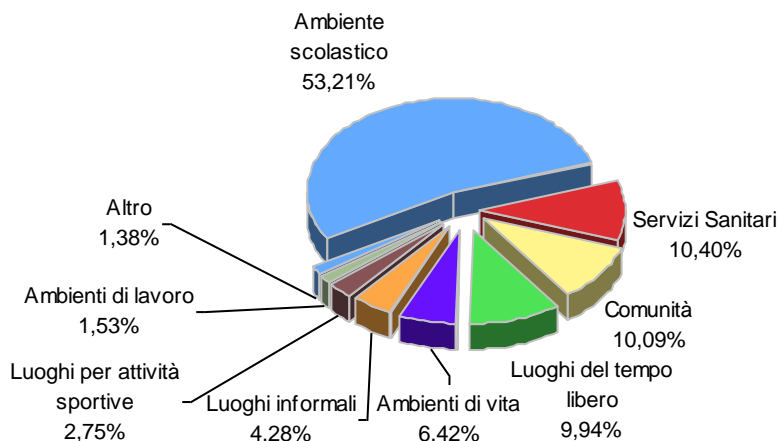
Grafico 1 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per area geografica (valori percentuali)



5. Lavorare nella scuola o per la scuola?

Dall'analisi emerge come il setting preferenziale di realizzazione dei progetti di Promozione ed Educazione alla Salute rivolti ad adolescenti che hanno riguardato tematiche relative alla Salute Mentale (348) è stato di gran lunga l'Ambiente scolastico con più della metà dei progetti (53,21%); in ragione del fatto che le istituzioni scolastiche rappresentano il luogo di intercettazione della fascia di età adolescenziale per eccellenza. Seguono i Servizi sanitari (10,4%), le Comunità (10,09%) con progetti in gran parte svolti presso istituzioni religiose e i luoghi del tempo libero (9,94%) con 68, 66 e 65 progetti, rispettivamente. Nell'insieme questi quattro setting rappresentano gran parte dei progetti effettuati nell'area Salute mentale con l'83,64% sul totale dei progetti.

Grafico 2 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti relativi per setting (valori percentuali)



Lo stesso dato si rileva se disaggregato a livello regionale con l'eccezione, tra le regioni più rappresentative, dell'Emilia-Romagna dove l'Ambiente scolastico rappresenta poco più di un terzo (il 38,8%) con un'importante presenza degli Ambienti di vita (13,11%).

Tabella 5 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per regione e *setting* (valori percentuali)

| Regione | Luoghi del tempo libero | Ambiente scolastico | Servizi Sanitari | Comunità | Ambienti di lavoro | Altro | Luoghi per attività sportive | Ambienti di vita | Luoghi informali |
|-----------------------|-------------------------|---------------------|------------------|----------|--------------------|-------|------------------------------|------------------|------------------|
| Abruzzo | 0 | 69.64 | 14.29 | 5.36 | 0 | 1.79 | 0 | 5.36 | 3.57 |
| Campania | 4.76 | 52.38 | 19.05 | 4.76 | 4.76 | 4.76 | 0 | 4.76 | 4.76 |
| Emilia-Romagna | 10.93 | 38.8 | 12.02 | 15.85 | 0 | 0 | 2.19 | 13.11 | 7.1 |
| Friuli Venezia Giulia | 26.32 | 50.88 | 0 | 5.26 | 0 | 0 | 8.77 | 1.75 | 7.02 |
| Lazio | 7.23 | 75.9 | 6.02 | 3.61 | 0 | 0 | 2.41 | 1.20 | 3.61 |
| Lombardia | 0 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 0 |
| Piemonte | 8.33 | 66.67 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Puglia | 0 | 0 | 25 | 25 | 12.50 | 0 | 0 | 37.50 | 0 |
| Sicilia | 11.29 | 69.35 | 9.68 | 1.61 | 3.23 | 0 | 1.61 | 0 | 3.23 |
| Toscana | 25 | 25 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Umbria | 4.17 | 58.33 | 4.17 | 12.5 | 2.08 | 4.17 | 2.08 | 10.42 | 2.08 |
| Veneto | 10.34 | 44.83 | 13.79 | 13.79 | 4.31 | 4.31 | 4.31 | 2.59 | 1.72 |

Molti progetti si sono svolti in differenti *setting*, la frequenza di realizzazione per ciascun *setting* ha visto ancora una volta l'Ambiente scolastico come il contesto centrale attorno al quale ha ruotato la realizzazione dei progetti dell'area Salute mentale con l'80,93% del totale, seguito sempre dai Servizi sanitari (15,81%), le Comunità (15,35%) e i Luoghi del tempo libero (15,12%).

Tabella 6 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per *setting* e frequenza di realizzazione di progetti in un dato *setting* (valori percentuali)

| <i>Setting</i> | Numero di progetti inseriti | % | % di progetti per <i>setting</i> |
|------------------------------|-----------------------------|-------|----------------------------------|
| Ambiente scolastico | 348 | 53.21 | 80.93 |
| Servizi Sanitari | 68 | 10.4 | 15.81 |
| Comunità | 66 | 10.09 | 15.35 |
| Luoghi del tempo libero | 65 | 9.94 | 15.12 |
| Ambienti di vita | 42 | 6.42 | 9.77 |
| Luoghi informali | 28 | 4.28 | 6.51 |
| Luoghi per attività sportive | 18 | 2.75 | 4.19 |
| Ambienti di lavoro | 10 | 1.53 | 2.33 |
| Altro | 9 | 1.38 | 2.09 |

I dati appena esposti sono confermati anche a scala regionale con l'unica eccezione per i progetti effettuati in Regione Toscana e in Regione Puglia, dove i *setting* preferenziali di svolgimento sono rispettivamente le Comunità (la totalità dei progetti) e gli Ambienti di vita (il 75%). Da rilevare, comunque, l'esiguità dei progetti svolti in queste due regioni, 2 e 4, rispettivamente, che condiziona pesantemente la leggibilità del dato.

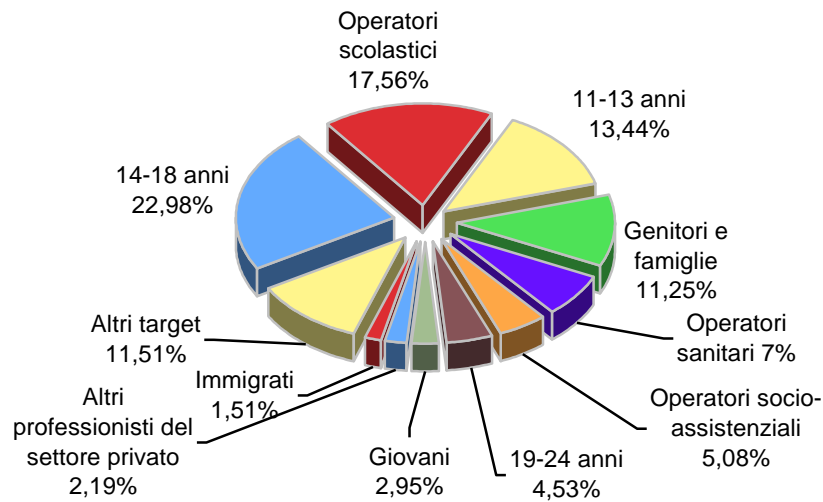
Tabella 7 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per regione e per setting (valori percentuali)

| Regione | Luoghi del tempo libero | Ambiente scolastico | Servizi Sanitari | Comunità | Ambienti di lavoro | Altro | Luoghi per attività sportive | Ambienti di vita | Luoghi informali |
|-----------------------|-------------------------|---------------------|------------------|----------|--------------------|-------|------------------------------|------------------|------------------|
| Abruzzo | 0 | 100 | 20.51 | 7.69 | 0 | 2.56 | 0 | 7.69 | 5.13 |
| Campania | 8.33 | 91.67 | 33.33 | 8.33 | 8.33 | 8.33 | 0 | 8.33 | 8.33 |
| Emilia-Romagna | 19.42 | 68.93 | 21.36 | 28.16 | 0 | 0 | 3.88 | 23.30 | 12.62 |
| Friuli Venezia Giulia | 36.59 | 70.73 | 0 | 7.32 | 0 | 0 | 12.20 | 2.44 | 9.76 |
| Lazio | 8.96 | 94.03 | 7.46 | 4.48 | 0 | 0 | 2.99 | 1.49 | 4.48 |
| Lombardia | 0 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 0 |
| Piemonte | 11.11 | 88.89 | 33.33 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Puglia | 0 | 0 | 50 | 50 | 25 | 0 | 0 | 75 | 0 |
| Sicilia | 13.46 | 82.69 | 11.54 | 1.92 | 3.85 | 0 | 1.92 | 0 | 3.85 |
| Toscana | 50 | 50 | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Umbria | 6.25 | 87.50 | 6.25 | 18.75 | 3.13 | 6.25 | 3.13 | 15.63 | 3.13 |
| Veneto | 18.46 | 80 | 24.62 | 24.62 | 7.69 | 7.69 | 7.69 | 4.62 | 3.08 |

6. Distribuzione per target

L'analisi della distribuzione per target dei progetti appartenenti all'area tematica Salute mentale conferma la centralità della scuola quale elemento principale nella realizzazione di progetti di Promozione ed Educazione alla Salute rivolti all'adolescenza. I target preferenziali a cui sono rivolti i progetti conseguentemente sono collegati al mondo scolastico e le maggiori percentuali (quasi i due terzi, il 65,23%, in dato aggregato sul totale dei target) si riscontrano infatti per i target relativi ai ragazzi 14-18 anni; agli Operatori scolastici; ai ragazzi 11-13 anni e ai Genitori e famiglie con il 22,98%; il 17,56%; il 13,44% e l'11,25% rispettivamente.

Grafico 3 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per target (valori percentuali)



Come accennato all'interno dell'analisi della distribuzione per *setting*, anche all'interno dell'analisi della distribuzione per target si riscontra che la gran parte dei progetti sono stati contemporaneamente rivolti a destinatari differenti. La frequenza di realizzazione per ciascun target ha visto ancora una volta l'Ambiente scolastico come il contesto preferenziale di realizzazione dei progetti dell'area Salute mentale con elevate frequenze di destinatari di riferimento ad esso ascritti e la riconferma dei dati relativi ai target maggiormente coinvolti in precedenza accennati: Ragazzi 14-18 anni (77,91%); Operatori scolastici (59,53%); Ragazzi 11-13 anni (45,58%) e Genitori e famiglie (38,14%).

Tabella 8 – Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per target (valori percentuali)

| Target | % sul totale dei progetti | % sul totale dei target |
|---|---------------------------|-------------------------|
| 14-18 anni | 77.91 | 22.98 |
| Operatori scolastici | 59.53 | 17.56 |
| 11-13 anni | 45.58 | 13.44 |
| Genitori e famiglie | 38.14 | 11.25 |
| Operatori sanitari | 23.72 | 7 |
| Operatori socio-assistenziali | 17.21 | 5.08 |
| 19-24 anni | 15.35 | 4.53 |
| Giovani | 10 | 2.95 |
| Altri professionisti del settore privato | 7.44 | 2.19 |
| Immigrati | 5.12 | 1.51 |
| Diversamente abili | 4.88 | 1.44 |
| Popolazione generale | 4.88 | 1.44 |
| Amministratori e politici | 4.88 | 1.44 |
| Adulti | 4.65 | 1.37 |
| Altri professionisti del settore pubblico | 4.65 | 1.37 |
| Volontari | 4.42 | 1.30 |
| Altro | 3.02 | 0.89 |
| Fasce deboli | 2.56 | 0.75 |
| Portatori di patologie | 2.33 | 0.69 |
| Genere | 1.40 | 0.41 |
| Anziani | 0.93 | 0.27 |
| Lavoratori | 0.47 | 0.14 |

Pressoché tutti i target previsti dal modulo di ingresso dati sono stati oggetto di riferimento di almeno un progetto. A testimonianza di un sempre più spiccato approccio sistemico di relazione e contesto alle problematiche legate alla Promozione ed Educazione alla Salute rivolte all'adolescenza.

7. I Centri che hanno valutato l'area salute mentale per l'attività di analisi delle buone pratiche

Una delle azioni previste dal Progetto Rete dei Centri è stata la redazione dei criteri tematici, ovvero criteri di buona pratica specifici per ogni area tematica.

Ricordiamo per maggiore chiarezza che per buone pratiche si intendono “quegli insiemi di processi ed attività che, in armonia con i principi, i valori, le credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientali, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione” (Kahan, Goodstadt, 2001, *Best Practices in Health Promotion: the Interactive Domain Model*, www.bestpractices-healthpromotion.com/index.html).

I criteri tematici selezionati sono evidence-based, in quanto tratti dalla letteratura scientifica internazionale, soprattutto revisioni sistematiche e meta-analisi.

In specifico sono stati consultati la *Cochrane Library*, i siti *Guide to Community Preventive Services* (USA), *Nice* (UK) ed alcuni siti istituzionali.

In linea generale il metodo di identificazione delle buone pratiche si è centrato su indicatori quali presenza di diagnosi del contesto locale, riferimento ad uno specifico modello teorico, esistenza di prove di efficacia, ed infine valutazione di processo e di risultato.

I Centri regionali aderenti alla Rete si sono suddivisi in 5 sottogruppi tematici (in base alle attività e competenze maturate in una specifica area), che hanno elaborato degli schemi di criteri tematici.

Rispetto al tema della salute mentale hanno partecipato come gruppo interregionale la Regione Calabria, la Regione Lazio, la Regione Liguria e la Regione Sicilia rispettivamente attraverso il Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie, il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica “G. Sanarelli”, L'Agenzia Sanitaria Regionale e infine il CEFPAS, Centro per la Formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario.

Tabella 9 – Cartina dei Centri interregionali per l'area tematica Salute Mentale – Analisi Buone Pratiche



Abbiamo quindi attuato una selezione nel tentativo di setacciare le “buone pratiche” dei progetti relativi all’area della salute mentale andando a cogliere tutti quei progetti che condividevano criteri e standard ottimali di buona progettazione, implementazione e valutazione.

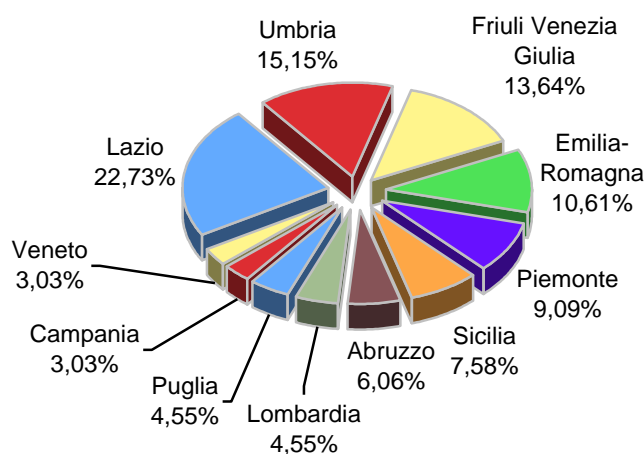
8. Analisi di selezione di buone pratiche nell’area Salute Mentale

Si sono dunque evidenziati 66 progetti (il 29,2% del totale dei progetti selezionati e il 15,35% del totale dei progetti afferenti alla stessa area tematica). Se andiamo a notare la distribuzione percentuale dei progetti selezionati per ciascuna regione sul

totale dei progetti selezionati per l'area tematica si può notare come un quarto dei progetti sono stati svolti nella Regione Lazio (22,73%) a cui seguono i progetti svolti in Umbria, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna con il 15,15%, 13,64% e 10,61% rispettivamente. Le Regioni meno rappresentate sono invece la Lombardia, la Puglia

Con il 4,55% dei progetti selezionati e la Campania e il Veneto con il 3,03% per entrambe.

Grafico 9 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione (valori percentuali)



E' opportuno notare come tra le regioni che hanno contribuito in misura maggiore alla raccolta dei progetti dell'area della Salute Mentale solo il Lazio riesce a mantenere un apporto significativo anche tra i progetti selezionati con 15 progetti (il 51,72% dei progetti catalogati dalla stessa regione all'interno dell'area tematica).

Tabella 10 - Area tematica Salute Mentale Distribuzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti inseriti e selezionati

| Regione | Progetti Salute Mentale Selezionati | Totale dei progetti Inseriti | % Progetti Selezionati / Totale progetti Inseriti |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------|---|
| Friuli Venezia Giulia | 9 | 12 | 75 |
| Sicilia | 5 | 7 | 71.43 |
| Regione | Progetti Salute Mentale Selezionati | Totale dei progetti Inseriti | % Progetti Selezionati / Totale progetti Inseriti |

| | | | |
|----------------|----|-----|-------|
| Abruzzo | 4 | 7 | 57.14 |
| Lazio | 15 | 29 | 51.72 |
| Umbria | 10 | 22 | 45.45 |
| Emilia-Romagna | 7 | 27 | 25.93 |
| Campania | 2 | 8 | 25 |
| Lombardia | 3 | 15 | 20 |
| Puglia | 3 | 22 | 13.64 |
| Veneto | 2 | 16 | 12.5 |
| Piemonte | 6 | 57 | 10.53 |
| Sardegna | 0 | 4 | 0 |
| Totale | 66 | 226 | 29.2 |

Un dato simile si riscontra solamente per la Regione Umbria con 10 progetti selezionati su 22 inseriti per l'area tematica di riferimento (il 45,45%). Benché le percentuali tra i progetti selezionati e quelli inseriti figurino in misura maggiore per le Regioni Friuli Venezia Giulia (75%); Sicilia (71,43%) e Abruzzo (57,14%), l'esigua numerosità dei progetti selezionate per queste regioni non rende questi dati sufficientemente indicativi del reale apporto fornito all'insieme dei progetti selezionati.

Grafico 10 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati e totale dei progetti inseriti per regione (valori assoluti)

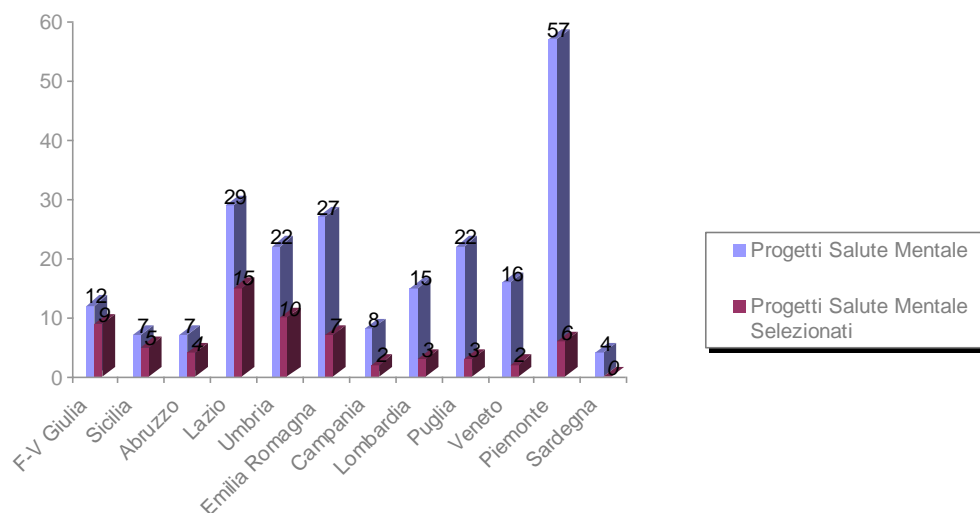


Tabella 11 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti selezionati (valori assoluti e percentuali)

| Regione | Progetti Salute Mentale Selezionati | % (Progetti Selezionati per Regione / Totale progetti Selezionati) | % (Progetti Selezionati per Regione / Totale progetti Selezionati Salute Mentale) |
|-----------------------|--|---|--|
| Lazio | 15 | 6.64 | 22.73 |
| Umbria | 10 | 4.42 | 15.15 |
| Friuli Venezia Giulia | 9 | 3.98 | 13.64 |
| Emilia-Romagna | 7 | 3.1 | 10.61 |
| Piemonte | 6 | 2.65 | 9.09 |
| Sicilia | 5 | 2.21 | 7.58 |
| Abruzzo | 4 | 1.77 | 6.06 |
| Lombardia | 3 | 1.33 | 4.55 |
| Puglia | 3 | 1.33 | 4.55 |
| Campania | 2 | 0.88 | 3.03 |
| Veneto | 2 | 0.88 | 3.03 |
| Sardegna | 0 | 0 | 0 |
| Totale | 66 | 29.2 | 100 |



**Tabella 12 – Cartina dei Centri interregionali per l’area tematica Salute Mentale –
Analisi Buone Pratiche**



Molti dei progetti selezionati (il 62,12%) riguardano l’area Salute Mentale in maniera esclusiva. Tra questi la totalità dei progetti selezionati svolti in Sicilia e gran parte dei progetti effettuati nelle regioni Emilia-Romagna (85,71%), Piemonte (83,33%), Lazio (80%) Abruzzo (75%) e Umbria (70%). Nullo è invece il contributo delle regioni Campania, Lombardia e Puglia.

Tabella 13 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti inseriti (valori assoluti)

| Regione | Progetti Selezionati esclusivi Salute Mentale | Progetti Salute Mentale Selezionati | % Progetti Selezionati esclusivi Salute Mentale / Progetti Salute Mentale Selezionati |
|-----------------------|---|-------------------------------------|---|
| Sicilia | 5 | 5 | 100 |
| Emilia-Romagna | 6 | 7 | 85.71 |
| Piemonte | 5 | 6 | 83.33 |
| Lazio | 12 | 15 | 80 |
| Abruzzo | 3 | 4 | 75 |
| Umbria | 7 | 10 | 70 |
| Veneto | 1 | 2 | 50 |
| Friuli Venezia Giulia | 2 | 9 | 22.22 |
| Campania | 0 | 2 | 0 |
| Lombardia | 0 | 3 | 0 |
| Puglia | 0 | 3 | 0 |
| Sardegna | 0 | 0 | 0 |
| Totale | 41 | 66 | 62.12 |

9. Analisi e sviluppo di criteri per la promozione di Progetti nella salute mentale per gli adolescenti

Partendo da una analisi dei progetti ancorati al tema della salute mentale si può notare come gli interventi inseriti all'interno dei progetti rispecchino svariati obiettivi non riconducibili alla correzione del deficit ma alla promozione di competenze psicosociali.

Difatti, accanto ai classici programmi di informazione e campagne di sensibilizzazione al tema della salute mentale e della lotta allo stigma o alla dispersione scolastica troviamo progetti di promozione della salute mentale attuati attraverso esperienze artistiche (es. teatro, danza...) e psicomotorie che valorizzano l'espressione socio-affettiva; progetti di promozione e incremento dei fattori protettivi (tra cui programmi educativi volti all'incremento delle abilità/competenze

sociali e relazionali es. *life skills*); infine troviamo progetti che puntano allo sviluppo di competenze a saper leggere i contesti di appartenenza.

Una prima differenziazione, dunque, la possiamo compiere dividendo tutti quei progetti che sono volti alla correzione del deficit da quelli che promuovono sviluppo.

Si tratta evidentemente di una differenziazione importante: solitamente la correzione del deficit si accompagna sempre ad un'ottica nel quale la problematica è a carico del singolo soggetto. Al contrario, la promozione del rapporto individuo/contesto è un intervento che riguarda l'organizzazione nel suo insieme e le culture (intese come simbolizzazioni affettive del contesto) che sono insite all'organizzazione stessa.

Basti pensare ad esempio a tutti quegli interventi che promuovono l'inclusione sociale, le pari opportunità e l'interculturalità: interventi che prevedono non la presa in carico del "caso problematico", ma si pongono come obiettivo lo sviluppo di competenze relazionali.

Risulta evidente come questa modalità di intervento partono dall'ipotesi che la leva centrale che può essere utilizzata per gestire un cambiamento risieda nella comprensione e nello sviluppo della cultura della convivenza. La competenza a saper convivere con gli altri, a saper rispettare le proprie ed altrui diversità, a saper valorizzare le regole del gioco insite nello scambio con l'altro sono sicuramente le assi portanti del benessere psicologico, inteso come ben-essere condiviso e co-costruito.

Laddove invece la violazione della convivenza diviene una prassi consolidata di rapporto troviamo veri e propri rituali di violenza dove la legge diviene quella tristemente nota come la legge del più forte sul più debole. Vengono a mente ad esempio tutte quelle problematiche legate al bullismo dove la sottomissione del più debole diviene la cultura che regola la relazione tra i compagni. Ma anche il fenomeno dell'utilizzo della droga può essere letto attraverso un consolidamento di una certa cultura giovanile dove l'omologazione ed il conformismo sono gli elementi centrali del rapporto tra coetanei.

Una seconda differenziazione la possiamo cogliere nel separare tutti quei progetti che prevedono la costruzione del rapporto con la committenza (dall'analisi precedente abbiamo potuto vedere che essa è costituita, per la maggior parte delle

volte, da quella scolastica) e con i destinatari finali del progetto, rispetto a quei progetti che non la prevedono.

Costruire il rapporto con la committenza significa partire dal presupposto che vi sia una lettura critica del contesto nel quale si va ad operare, attraverso una selezione puntuale degli obiettivi perseguibili. Solitamente questa fase del processo viene chiamata “diagnosi organizzativa” ovvero si tratta di effettuare una analisi della domanda del committente. Senza domanda non vi può essere intervento produttivo perché viene a mancare la motivazione rispetto ad un progetto formativo. Stiamo parlando di un momento importante che non può essere, a nostro avviso, evaso in alcun modo.

Interrogarsi sui motivi che inducono una Scuola a richiedere un progetto sul bullismo o sulla dispersione scolastica ma anche di promozione del benessere psicologico, significa dotare di senso la richiesta per poter tradurre, attraverso una griglia di lettura specifica, la domanda in un percorso verificabile. Immaginiamo la richiesta di una Istituzione scolastica che richiede l'intervento di un esperto in rapporto alla demotivazione degli studenti.

Ciò è uno dei temi più frequenti che vengono chiamati in causa come fattore critico nel rapporto insegnamento – apprendimento rispetto al tema della mancanza dei risultati attesi dai docenti.

La domanda di intervento per quanto riguarda la demotivazione degli studenti molte volte è interpretata attraverso un ventaglio di possibilità che riduce all'impotenza il sistema scolastico: si va da elementi legati a dimensioni prettamente individualistiche (ad esempio bassa autostima, o un disturbo psicologico) a spiegazioni di tipo psicosociale quali le condizioni socio-culturali, problematiche familiari o di ordine macrosociali quali ad esempio mancanza di prospettive lavorative.

Si tratta, come si può ben notare, di condizioni che non permettono alcun intervento utile. Proviamo ad ipotizzare, di contro, che la demotivazione degli studenti si possa leggere, come sostiene Ajello (1999) “non più di assenze di condotte attese, ma presenze di qualcos'altro”, evidentemente da comprendere.

Spostando il focus interpretativo sulle presenze si potrà in tal modo uscire dallo stallo attraverso un rovesciamento di prospettiva: dal chiedersi come cambiare gli allievi (e quindi motivarli) al chiedersi come cambiare il *setting* di apprendimento in modo da renderlo appetibile.

Questo breve esempio è esplicativo di quanto possa risultare centrale l'analisi della domanda al fine di gestire il vissuto di impotenza di chi richiede l'intervento utilizzando un riposizionamento della domanda e quindi ri-negoziando l'intervento stesso.

In caso contrario, rimanendo all'interno dell'esempio descritto, l'esperto avrebbe ben pochi strumenti per poter intervenire al fine di motivare il desiderio di apprendimento degli studenti, cadendo peraltro nello stesso vissuto d'impotenza avvertito dal corpo docenti.

L'esperto si ritroverebbe a svolgere una funzione sostitutiva e non integrativa della competenza a stare nella relazione con il gruppo classe, finendo in una dinamica dove la prescrizione del desiderio si arenerebbe nelle strettoie della predica o del consiglio.

Abbiamo visto fin ora quindi due criteri centrali: promozione dello sviluppo contro correzione del *deficit*; analisi della domanda contro adempimento dell'intervento. Il terzo criterio che prenderemo in considerazione è quello della verifica degli obiettivi in relazione alla fruibilità.

Una prima notazione è rivolta alla considerazione che la costruzione del valore dell'intervento non solo non può realizzarsi a prescindere dal giudizio del fruitore, ma necessita la collaborazione di quest'ultimo. La soddisfazione di chi riceve il servizio è il principale indicatore di verifica del raggiungimento degli obiettivi del progetto. Ciò è dovuto alla constatazione che i progetti nell'ambito della promozione della salute mentale sono caratterizzati da elementi di intangibilità, irripetibilità, contingenza e mancanza di ostensibilità.

Inoltre dobbiamo aggiungere che nella letteratura scientifica (Galliani, 1998) emerge come vi sia una difficoltà legata a quella che viene chiamata incompetenza a saper valutare il servizio ricevuto. Lo studente sovente non ha competenze tecniche per poter valutare il servizio così come è stato erogato e di conseguenza si ritrova a fornire valutazioni sul piano della gradevolezza dell'intervento o sulla cordialità dell'esperto.

Tuttavia come sostengono alcuni autori (Calzetta et al., 2003) l'incompetenza del fruitore può essere superato attraverso opportune strategie di intervento. Ad esempio sollecitando nell'utente del servizio una riflessione sulla propria "competenza d'uso" dell'intervento ricevuto. Ciò significa in altri termini che il fruitore si ponga come interrogativo il come utilizzare il processo di apprendimento

avvenuto durante l'intervento potendo discriminare e "pesare" le varie componenti dell'offerta formativa.

Da qui l'utilità di un accorgimento strategico: riproporre nella stessa lista di oggetti/caratteristiche sottoposti a valutazione, questa volta per chiedere quanto ciascuno di essi sia rilevante per il fruitore, quanto incide nella sua valutazione del servizio e come ogni caratteristica sia fruibile. Si tratta evidentemente di aprirsi alla questione del senso che attraversa l'atto stesso di rispondere al questionario. Difatti bisogna sempre tenere a mente che i giudizi di soddisfazione sono sempre e comunque azioni sociali regolate dai significati che organizzano le rappresentazioni dell'identità del valutatore, della sua posizione entro il contesto, dunque del servizio e del rapporto con esso. Senza questa considerazione, valutare la soddisfazione di un servizio perde di senso in ragione del fatto che non esiste una valutazione che prescinde dal rapporto con l'esaminatore e dal progetto formativo.

Poter chiedere al fruitore quanto sia stata interessante un dato intervento (ad esempio un *role playing*) senza indagare l'attribuzione di senso che viene dato a quel particolare momento formativo (ad esempio chiedendo in che modo pensa gli possa essere utile) significa vanificare la valutazione di soddisfazione.

Ad esempio un progetto formativo potrà essere vissuto come interessante per i motivi più disparati: perché consente allo studente di saltare alcune ore di studio, o perché gli permette di vivere in maniera più serena la vita scolastica, o perché gli fornisce la possibilità di inserire il suo percorso scolastico all'interno di un futuro professionale più gratificante. Come si può ben capire da questi esempi, la soddisfazione sarà legata a motivi ben diversi, a seconda del vissuto dello studente, e produrrà cambiamenti ben diversi.

Lo studente che ritiene il progetto come soddisfacente per chiarezza espositiva o per la semplicità degli argomenti trattati potrebbe valutare l'intero percorso come una esperienza nella quale si è parlato di cose risapute che non hanno aggiunto nulla in termini di esplorazione di aspetti di sviluppo della propria identità e del proprio benessere psico-sociale. Come recita un vecchio adagio "L'operazione è riuscita perfettamente, il paziente è morto".

In conclusione possiamo affermare che dei progetti esaminati all'interno della cornice del Progetto "Guadagnare Salute" molti hanno utilizzato sistemi di verifica degli obiettivi e valutazione della soddisfazione del destinatario ma nessun progetto è risultato dotato di un approccio metodologico che consentisse l'analisi

di senso rispetto alle componenti valutate. Si tratta questa di una critica costruttiva che possa essere considerata un volano per lo sviluppo di progetti di promozione della salute mentale e di benessere psicologico per gli adolescenti.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

A partire dal progetto denominato "Guadagnare Salute in Adolescenza", nato nel 2006 dall'accordo tra **CCM** (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) e la Regione Piemonte che attraverso il **DoRS** (Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute), si è avuta la possibilità di poter censire ed analizzare tutti quei progetti inerenti la promozione della salute mentale rivolti agli adolescenti.

Abbiamo già potuto sottolineare come nel campo della promozione della salute mentale, nonostante siano stati numerosi gli interventi e le azioni sul territorio nazionale, sia di importanza fondamentale riuscire a organizzare e strutturare una base comune per poter permettere un confronto sui modelli operativi utilizzati, riuscendo in tal modo a ricavare criteri utili per la programmazione ed il coordinamento di azioni che abbiano un reale impatto sulla salute mentale e sul benessere psicologico degli adolescenti.

Dobbiamo aggiungere come la valutazione della promozione della salute mentale rappresenti essere un compito piuttosto difficile (World Health Organization 1998). Difatti si è potuto constatare come la creazione di griglie, utili per identificare le pratiche valide di promozione della salute mentale, abbiano evidenziato ben pochi progetti in grado di soddisfare tutti quei criteri necessari a valutare i progetti come buone pratiche.

Nonostante ciò, molte sono le considerazioni che possono essere fatte in questo ambito. Si è visto come, ad esempio, il focus degli interventi si sia spostato dall'individuo al rapporto individuo-contesto. Ciò ha consentito una migliore comprensione delle dinamiche che portano ad una implementazione di competenze relazionali da parte degli adolescenti. Il contesto non è più avvertito, da chi opera per la promozione del benessere psicologico, come una sorta di "rumore di fondo" da eliminare o controllare, ma come una risorsa essenziale nel processo di intervento. Ciò ha permesso di superare l'enfasi sulle strategie legate allo stile di vita individuale per arrivare ad una visione della promozione della salute mentale come promozione della qualità delle relazioni.

Si tratta per certi versi di una vera rivoluzione copernicana: la promozione della salute mentale e del benessere psicologico non è un processo "privato" situato all'interno dell'individuo: esso è, invece, strettamente collegato ai rapporti che l'adolescente stabilisce con i contesti sociali a cui appartiene.

Una seconda considerazione da tener conto è che sia avvenuta una trasformazione di un paradigma specifico secondo cui vi è una separazione netta tra il concetto di salute mentale e quello di malattia mentale: tale cornice concettuale non consente che interventi orientati al deficit e ai sintomi.

La promozione della salute mentale invece dovrebbe focalizzarsi sullo sviluppo di risorse e sulla promozione di una cultura del benessere psicologico inteso come sviluppo di modelli che favoriscano l'integrazione, la comunicazione e la convivenza tra i diversi gruppi sociali.

Infine, emerge dall'analisi dei progetti selezionati, come sia sempre più presente una modalità di intervento che non ricalca il modello tecnico-profano ma che si orienta sempre più ad un rapporto dove l'esperto svolga una funzione di integrazione e di riorganizzazione dei saperi in relazione al bagaglio culturale dell'adolescente. La promozione della salute mentale diviene, per certi versi, la promozione della cultura del benessere psicologico a partire dalle conoscenze implicite possedute.

Inoltre crediamo che il progetto "Guadagnare Salute in Adolescenza" abbia permesso lo sviluppo di capacità a lavorare in rete favorendo la comunicazione ed il confronto tra operatori appartenenti ai diversi servizi dei differenti settore della salute mentale, dai Consultori familiari ai Centri per la Salute mentale (CSM), alle ASL e scuole di vario ordine e grado.

L'ampia partecipazione da parte dei vari servizi ha dimostrato come, nell'ambito della promozione della salute mentale per gli adolescenti, sia un elemento centrale la possibilità di poter dialogare e confrontarsi su modelli operativi, strategie di intervento, definizioni di priorità e strumenti di verifica. La costruzione di una banca dati, dove sono stati raccolti e categorizzati, attraverso specifici criteri, i vari progetti rivolti agli adolescenti per la promozione della salute, ha consentito di avere accesso ad un sapere comune da utilizzare come punto di riferimento per la progettazione e la valutazione di interventi coerenti ad approcci metodologici specifici. Sono infatti presenti, all'interno della banca dati ProSa on-line (programma operativo BD-SI Prosa online), i dati sugli autori, sui partner dei progetti e programmi, sugli enti collaboranti, le schede sintetiche dei progetti, i materiali di lavoro e report allegati e disponibili in formato elettronico.

La banca dati ProSa on-line, alimentato in parte da referenti delle aziende sanitarie e membri di gruppi di lavoro, consente attraverso un sistema informativo e di

collegamento per interrogazione (mediante l'utilizzo di specifici filtri) la consultazione dei materiali da parte di operatori interessati alle tematiche della promozione della salute per gli adolescenti.

In definitiva, dall'analisi effettuata per la valutazione delle buone pratiche, possiamo riportare alcuni elementi di base che si sono rivelati indispensabili nella progettazione di interventi nell'ambito della promozione della salute mentale per gli adolescenti. L'intervento, difatti, dovrebbe prevedere:

- 1) **una analisi della domanda** e dei bisogni e delle risorse della popolazione dell'intervento e dell'ambiente educativo attraverso un'analisi socio-epidemiologica, colloqui specialistici e questionari creati ad hoc;
- 2) **Co-progettazione** con i ragazzi e ulteriori destinatari dell'intervento;
- 3) **Modello di intervento**: tecniche e attività specifiche e appropriate agli obiettivi;
- 4) **Rete minima**: Scuola + A.S.L. + Enti locali + Associazioni volontariato con l'utilizzo di operatori competenti quali insegnanti, psicologi, psichiatri, assistenti sociali.

L'intervento dovrebbe, inoltre, riguardare quattro specifiche fasi:

- 1) **fase preparatoria, di indagine ed esplorazione** ovvero una fase di valutazione di bisogni e risorse dell'adolescente, della famiglia e della scuola attraverso assessment psicologico e istituzione di gruppi di ascolto e confronto;
- 2) **fase preparatoria di costruzione degli obiettivi**: per l'orientamento dell'intervento si analizzano i risultati della indagine già condotta e si definisce quale area di abilità di vita sarà oggetto di intervento primario;
- 3) **Preparazione e avvio dell'azione**, in base al target, all'ambiente e all'area d'intervento si individua nella letteratura la tecnica (o le tecniche) maggiormente dotata di appropriatezza, tra quelle che hanno dimostrato maggior efficacia;
- 4) **Valutazione di processo e di risultato** in cui si possono pianificare analisi del cambiamento di comportamento e/o atteggiamento (verso l'area specifica dell'intervento educativo) attraverso la somministrazione di strumenti di indagine nel pre e post intervento.

ALLEGATI:

ALLEGATO A: scheda rilevazione dei progetti predisposta da DoRS

| SCHEDA PROGETTO | |
|--|---|
| <p>Progetto può essere inserito quando è:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in fase di redazione/preparazione (quando esiste un gruppo progettuale) 2. in fase di realizzazione parziale e terminata 3. in fase di redazione della relazione conclusiva comprensiva della valutazione di processo/risultato 4. ricostruito “ex-post”, quando non sia presente in vero e proprio documento progettuale <p>La scheda raccoglie i dati essenziali del progetto. I documenti descrittivi (progetto, relazioni intermedie/finali, materiali didattici/comunicativi, programmi e materiali formativi, siti web, ecc.).</p> | |
| CAMPI | COMMENTI |
| FASE | <ul style="list-style-type: none"> • Redazione/Preparazione • Realizzazione • Redazione relazione conclusiva con valutazione di processo/risultato • Terminato |
| PUBBLICATO | Si riferisce alla possibilità di non rendere visibile <i>online</i> il testo del progetto finché i contenuti della scheda non siano definitivi e validati. |
| CODICE | Si tratta di un numero progressivo di quattro cifre attribuito automaticamente dal sistema preceduto dalla lettera P (Progetto) |
| TITOLO | Campo obbligatorio. Se non esiste un titolo, bisogna ricavarlo dal progetto, perché un titolo serve come collegamento per la visualizzazione del documento |
| ENTI COINVOLTI (elenco multiplo) | <ul style="list-style-type: none"> • Categoria (scuola, università, associazione, ASL, ecc.) in elenco chiuso • Modalità di coinvolgimento <ul style="list-style-type: none"> ○ Come promotore ○ In fase progettuale ○ In fase di realizzazione ○ In fase di valutazione • Spazio libero per mettere nome e specifiche. |
| RESPONSABILI (elenco multiplo) | <p>Nel modulo per l’acquisizione di indirizzi vanno inseriti SOLO dati che si riferiscono a enti, istituzioni, servizi, associazioni che svolgono funzione pubblica o hanno rilevanza pubblica e non indirizzi, numeri telefonici o cellulari privati.</p> <ul style="list-style-type: none"> • cognome e nome • professione • ente • indirizzo • tel. • E-mail |
| CONTATTI PER APPROFONDIMENTI | Ulteriori riferimenti di persone o enti (non compresi nei responsabili di progetto) che possono fornire approfondimenti |
| ANNO EDIZIONE | E’ l’anno della prima edizione o redazione del progetto. |
| LUOGO EDIZIONE | <ul style="list-style-type: none"> • Regione (riconosciuta automaticamente attraverso la password) • Provincia (scelta unica) <p>N.B.</p> <p>Se il progetto coinvolge più province è possibile omettere l’indicazione. Prevedere per il futuro la scelta multipla?</p> |

| | |
|---|---|
| <p>SETTING PRINCIPALI E SETTING COMPLEMENTARI (elenco multiplo)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • luoghi del tempo libero (oratorio, circoli ricreativi e associazioni, parchi, discoteche...) • luoghi per attività sportive (parchi attrezzati, palestre, piscine, stadi, sedi di associazioni sportive...) • ambienti di lavoro • ambiente scolastico (comprende tutti gli ordini di scuola e l'Università) • ambienti di vita (abitazione, strutture residenziali, comunità terapeutiche...) • servizi sanitari (ambulatorio, ospedale, studio del MMG/PLS, case di cura...) • luoghi informali (strada, mercato, luoghi di "prossimità"...) • Comunità (complesso di interventi che riguardano un territorio, la popolazione nel suo complesso o gruppi di popolazione, e possono riguardare setting diversi). |
| <p>DESTINATARI FINALI E DESTINATARI INTERMEDI (elenco multiplo)</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 0-2 anni • 3-5 anni • 6-10 anni • 11-13 anni • 14-18 anni • 19-24 anni • giovani • adulti • genitori e famiglie • anziani • operatori scolastici (insegnanti e altri operatori della scuola) • operatori sanitari (medici, psicologi, infermieri, tecnici...) • operatori socio-assistenziali (assistenti sociali, educatori, mediatori...) • altri professionisti del settore pubblico (es. operatori polizia municipale ecc. coinvolti in progetti nel ruolo di educatori, facilitatori, mediatori...) • altri professionisti del settore privato (operatori discoteche, istruttori scuola guida, ecc., coinvolti in progetti nel ruolo di educatori, facilitatori, mediatori...) • genere (progetti che sono fortemente caratterizzati nel rivolgersi ad un genere specifico: uomini – donne) • lavoratori • immigrati • volontari • diversamente abili • fasce deboli (senza fissa dimora, disoccupati...) • popolazione generale • portatori di patologie • amministratori e politici |
| <p>ABSTRACT</p> | <p>Lunghezza max 20/30 righe</p> <p>Struttura: vedi specifiche negli strumenti operativi.</p> |
| <p>AZIONI (elenco multiplo)</p> | <p>Costruire una politica pubblica per la salute</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento politico-organizzativo (riportare nella maschera di caricamento gli esempi indicati nella voce |

| | |
|--|---|
| | <p>Creare ambienti favorevoli alla salute</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento ambientale <p>Dare forza all'azione della comunità</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento di sviluppo di comunità <p>Sviluppare le abilità personali</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento informativo/comunicativo • intervento formativo • intervento educativo <p>Riorientare i servizi sanitari</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento di riorientamento servizi sanitari |
| DESCRITTORI (elenco multiplo) | È stato individuato un elenco di 216 descrittori, tratto dal thesaurus europeo di Promozione della Salute, che "riassume" le aree tematiche rendendo più semplice la catalogazione e più agevole la consultazione. |
| ALLEGATI E RIFERIMENTI | <p>Si possono indicare riferimenti web e allegare file in qualunque formato elettronico (salvo quelli proibiti dagli antivirus: .exe; .com; .bat; pif). Il limite di grandezza per ogni file è di 2Mb.</p> <p>Sono consigliati file .zip per l'assemblaggio di documenti omogenei.</p> <p>Ogni allegato o riferimento può essere corredato di</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una descrizione libera • Una voce standard <ul style="list-style-type: none"> ○ Documento progettuale ○ Relazione analisi dei bisogni/diagnosi educativa ○ Relazione stato di avanzamento ○ Relazione finale ○ Materiale formativo/educativo ○ Materiale di comunicazione e informazione ○ Questionario ○ Scheda/griglia osservazione |
| Informazioni specifiche per il Progetto Guadagnare Salute negli Adolescenti | |
| AREE TEMATICHE PREVALENTI (elenco multiplo) | <ul style="list-style-type: none"> • Alimentazione • Attività fisica • Dipendenze • Incidenti stradali • Infezioni sessualmente trasmesse |
| TIPO DI MANDATO (elenco multiplo) | <p>Il progetto è stato realizzato su mandato</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi regionali • Obiettivi aziendali e dalla dirigenza dell'Ente • Obiettivi auto-determinati da un servizio/gruppo • Altro _____ |
| FINANZIAMENTO | <p>Il progetto è stato finanziato da (elenco multiplo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legge nazionale (285, 309...) • Legge/Bando regionale • Autofinanziamento • Fondi per l'attività corrente istituzionale • Privati • Altro _____ <p>Entità complessiva (scelta unica)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fino a 10000 euro • Oltre 10000 e fino a 20000 euro |

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Oltre 20000 e fino a 30000 euro • Oltre 30000 e fino a 50000 euro • Oltre 50000 euro |
| DIAGNOSI DI CONTESTO LOCALE | <p>Il progetto ha previsto un'analisi dei comportamenti dei destinatari del progetto a livello locale?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisi con metodi quantitativi (es. questionari standardizzati) • Analisi con metodi qualitativi (es. focus group) • Analisi con metodi quanti- e qualitativi • Non è stata condotta un'analisi del contesto locale • Sono stati utilizzati solo dati di un livello superiore (regionale, nazionale...) • Altro _____ |
| MODELLI TEORICI | <p>Il progetto ha esplicitato i modelli teorici usati per la progettazione e per il cambiamento dei comportamenti?</p> <ul style="list-style-type: none"> • I modelli e/o gli autori di riferimento sono esplicitati chiaramente • I modelli e/o gli autori sono dichiarati in maniera non chiara o confusa • I modelli e/o gli autori di riferimento non sono dichiarati |
| BUONE PRATICHE E PROVE DI EFFICACIA | <p>Il progetto cita e trasferisce nel proprio disegno e nella sua realizzazione esempi di buona pratica e/o prove di efficacia?</p> <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO • Il progetto cita in maniera non chiara e confusa |
| VALUTAZIONE DI PROCESSO | <ul style="list-style-type: none"> • Il progetto ha previsto e condotto una valutazione di processo e li ha resi disponibili in formato cartaceo e/o elettronico o con un riferimento bibliografico o con un link al web • Il progetto ha previsto e condotto una valutazione di processo, ma non li ha resi disponibili • Il progetto ha condotto una valutazione, senza aver previsto un piano di valutazione in fase progettuale • Il progetto non ha condotto una valutazione di processo |
| VALUTAZIONE DI RISULTATO | <ul style="list-style-type: none"> • Il progetto ha previsto e condotto una valutazione di risultato e li ha resi disponibili in formato cartaceo e/o elettronico o con un riferimento bibliografico o con un link al web • Il progetto ha previsto e condotto una valutazione di risultato, ma non li ha resi disponibili • Il progetto ha condotto una valutazione, senza aver previsto un piano di valutazione in fase progettuale • Il progetto non ha condotto una valutazione di risultato |
| RICOGNIZIONE | <p>Riconosciuta automaticamente attraverso la password</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ministero CCM Progetto Adolescenti • Regione Piemonte BANDI HP 1 • Regione Piemonte BANDI HP 2 • Regione Piemonte PPA Incidenti stradali • Regione Piemonte PPA Obesità • Altre (password generiche) |

ALLEGATO B: Scheda rilevazione DoRS per gli interventi (associati ai progetti)

| SCHEDA INTERVENTO (associato a progetto) | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Un progetto può essere realizzato attraverso un unico intervento o più interventi effettuati in luoghi diversi (scuola, struttura sportiva, oratorio) e/o in anni diversi. • Quando un progetto non è ancora realizzato, si compila la scheda progetto e non si compila la scheda dell'intervento. • Quando gli interventi sono diversi (educativo se rivolto ai destinatari finali, formativo se rivolto ai destinatari intermedi, ambientale se di cambiamento "fisico" del contesto in cui avviene l'intervento...), si compila una scheda per ogni intervento. • Se lo stesso progetto è stato realizzato allo stesso modo in 20 scuole, inserirò il numero dei destinatari e metterò nelle note che si è svolto in 20 scuole diverse. | |
| PUBBLICATO | Si riferisce alla possibilità di non rendere visibile online il testo dell'intervento finché i contenuti della scheda non siano definitivi e validati. |
| CODICE | Si tratta di un numero progressivo di quattro cifre attribuito automaticamente dal sistema preceduto dalla lettera I (Intervento) |
| TIPO INTERVENTO | <ul style="list-style-type: none"> • Informativo (trasmissione di informazioni/conoscenze con modalità uni-direzionale: lezione, conferenza, convegno...) • Comunicativo (trasmissioni di informazioni/conoscenze, di motivazione al cambiamento o di rinforzo di un comportamento tramite materiali –pieghevoli, opuscoli, locandine, cd-rom, siti web...-, campagne di comunicazione, interventi di marketing sociale...) • Formativo (acquisizione e potenziamento di competenze, abilità e tecniche tramite corsi, laboratori, programmi formativi...) • Educativo (educazione ad un comportamento, stile di vita tramite attività didattico-educative a scuola, educazione terapeutica o counselling nel setting sanitario, peer education...) • Politico-organizzativo (aumento di accessibilità di un servizio – consultorio dedicato agli adolescenti-, proposta di un POF dichiaratamente orientato alla salute/benessere, modifica del menu della mensa affinché sia più appetibile e promuova verdura e frutta..., bar interno alla scuola o alla ditta/azienda che promuove cibi salutari...) • Sviluppo di comunità (ricerca-azione con i destinatari intermedi e finali con il coinvolgimento dei vari attori di un setting e/o con la comunità/territorio...) • Ambientale (modifica strutturale di un setting o di un territorio: modifica dell'ambiente fisico della mensa – colori pareti, arredamento, piante, musica...-, modifica del tragitto casa-scuola-lavoro con percorsi pedonabili e ciclabili sicuri...) • Altro (specificare) |
| TITOLO | Assume lo stesso titolo del Progetto a cui è associato. |
| PERIODO | Si tratta di due date che delimitano l'arco temporale dell'intervento. E' necessario inserire le date in formato ggmmaaaa (es. 14082007) |
| COMUNI (elenco multiplo) | Indicazione dei comuni nei quali l'intervento è stato effettuato. Il riferimento è la tabella ISTAT, con la quale è possibile risalire a provincia e regione. |
| SETTING (elenco multiplo) | Come SCHEDA PROGETTO senza distinzione tra principali e complementari |
| DESTINATARI (elenco multiplo) | Come SCHEDA PROGETTO senza distinzione tra finali e intermedi ma con la possibilità di indicare <ul style="list-style-type: none"> • Numero di persone coinvolte • Specificazione dei destinatari |

| | |
|-------------------------------------|--|
| NUMERO EDIZIONI | Si riferisce alla possibilità di replicare l'intervento più volte nello stesso periodo indicato. |
| NUMERO ORE SINGOLO INTERVENTO | |
| OPERATORI IMPEGNATI NELL'INTERVENTO | Come RESPONSABILI in scheda Progetto |
| NOTE INTEGRATIVE | Descrivere eventuali specificazioni o approfondimenti che connotano l'intervento (max 20/30 righe) |
| ALLEGATI E RIFERIMENTI | Come SCHEDA PROGETTO |

ALLEGATO C: scheda rilevazione DoRS per gli interventi informativo-comunicativi

| SCHEDA INTERVENTO INFORMATIVO-COMUNICATIVO | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Un intervento può essere realizzato attraverso un unico intervento o più interventi effettuati in luoghi diversi (scuola, struttura sportiva, oratorio) e/o in anni diversi. • Se lo stesso intervento è stato realizzato allo stesso modo in 20 scuole, inserirò il numero dei destinatari e metterò nelle note che si è svolto in 20 scuole diverse. |
| PUBBLICATO | Si riferisce alla possibilità di non rendere visibile <i>online</i> il testo del progetto finché i contenuti della scheda non siano definitivi e validati. |
| CODICE | Si tratta di un numero progressivo di quattro cifre attribuito automaticamente dal sistema preceduto dalla lettera I (Intervento) |
| TIPO INTERVENTO | <ul style="list-style-type: none"> • Informativo (trasmissione di informazioni/conoscenze con modalità uni-direzionale: lezione, conferenza, convegno...) • Comunicativo (trasmissioni di informazioni/conoscenze, di motivazione al cambiamento o di rinforzo di un comportamento tramite materiali -pieghevoli, opuscoli, locandine, cd-rom, siti web, ecc. -, campagne di comunicazione, interventi di marketing sociale...) |
| TITOLO | Campo obbligatorio. Se non esiste un titolo, bisogna ricavarlo dal contenuto/abstract dell'intervento, perché un titolo serve come collegamento per la visualizzazione del documento |
| PERIODO | Come scheda INTERVENTO associato a Progetto |
| COMUNI | Come scheda INTERVENTO associato a Progetto |
| SETTING | Come scheda INTERVENTO associato a Progetto |
| DESTINATARI | Come scheda INTERVENTO associato a Progetto |
| NUMERO EDIZIONI | Come scheda INTERVENTO associato a Progetto |
| NUMERO ORE SINGOLO INTERVENTO | Come scheda INTERVENTO associato a Progetto |
| OPERATORI IMPEGNATI NELL'INTERVENTO | Come scheda INTERVENTO associato a Progetto |
| ABSTRACT | Lunghezza max 20/30 righe Struttura: vedi specifiche negli strumenti operativi. |
| ALLEGATI E RIFERIMENTI | Come scheda INTERVENTO associato a Progetto |

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, D.C.: APA Trad. it. (1996). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (4th ed.). Milano: Masson.
2. Bandura, A. (1995). Self-efficacy in changing societies. Cambridge University Press, New York.
3. Bandura, A. (1997). Il senso di autoefficacia. Erickson, Trento.
4. Bandura, A. (A cura di) (2000). Autoefficacia. Teoria e applicazioni. Erickson, Trento.
5. Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Prentice Hall, Englewood cliffs.
6. Bandura, A. Self-efficacy in changing societies. Traduzione italiana: Il senso di autoefficacia. Trento: Erickson, 1996
7. Barnes, J. A. (1954). "Social Networks" in Anthropology n. 26, Addison Wesley, Reading, (MA), 1974.
8. Bertini, M., Braibanti, P., Gagliardi, M.P. (a cura di) (2006). La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola: il modello "skill for life" 11-14 anni. Franco Angeli, Milano.
9. Bion, W.R. (1971). Apprendere dall'esperienza. Armando, Roma.
10. Bion, W.R. (1972). Esperienze nei gruppi. Armando, Roma.
11. Bird H. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 37: 35-49, 1996.
12. Bonino S., Cattelino E., Ciairano S., (2003) Adolescenti e rischio: comportamenti, funzioni e fattori di protezione. Giunti.
13. Bonino S. e Cattelino E. (2008) (a cura di), La prevenzione in adolescenza, Trento, Erickson.
14. Botvin, G. J. & Eng, A. (1980). A comprehensive school-based smoking prevention program. Journal of School Health 50, 209Y213.
15. Bruner, J. (1996). The culture of education. Cambridge Mass.: Harvard University Press (trad.it. Milano: Feltrinelli, 1997).
16. Carli, R., Mosca A. (1980). Gruppo e istituzione a scuola. Torino: Boringhieri.
17. Carli, R. (2001). Culture giovanili. Proposte per un intervento psicologico nella scuola. Franco Angeli, Milano.
18. Carli, R., Paniccia R.M. (2002). L'analisi emozionale del testo. Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi. Franco Angeli, Milano.
19. Dawes A. et al. Child and adolescent mental health. In Foster D., Freeman M., Pillay Y. (eds.) Mental Health Policy Issues for South Africa. Cape Town, Multimedia Publications, 1997.
20. Giel R., de Arango M.V., Climent C.E., Harding T.W., Ibrahim H.H.A., Ladrado-Ignacio L., Srinivasa Murthy R., Salazar M.C., Wig N.N., Younis V.O.A. Childhood Mental Disorders in Primary Health Care: Results of Observations in Four Developing Countries. Pediatrics, 68 (5): 677-683, 1981.
21. Godlberg, D. & Huxley, P. (1993). Disturbi emotivi comuni. Un approccio biosociale. Roma: Il Pensiero Scientifico.
22. Grasso, M (2010). "Aprite cari piccini...". Chia avrà abbastanza paura del lupo? Caratteristiche e peculiarità della formazione in psicologia clinica e psicoterapia. http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero2_09/Editoriale.htm

23. Prutzman P., Stern L., Burger M.L., Bodenhamer G., (1988), The friendly classroom for small planet: children's creative response to conflict program, New Society Publisher, Santa Cruz, Usa.
24. Romei, R. (1999). Guarire dal "mal di scuola". Motivazione e costruzione di senso nella scuola dell'autonomia. Firenze. La Nuova Italia.
25. Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. Psychological Monographs, 80, Whole No. 609.
26. Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 56-67.
27. Offord D.R. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted and universal interventions. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37: 686-694, 1998.
28. Schneider, B.H., Fonzi, A., Tomada, G., & Tani, F. (2000). A Cross-National Comparison of Children's Behavior with their Friends in Situations of Potential Conflict. Journal of cross-cultural psychology
29. Tsuang M.T. et al. (eds.) Textbook of Psychiatric Epidemiology. New York, John Wiley and Sons, Inc., 1995.
30. Verhulst F.C. A review of community studies. In Verhulst F.C., Koot H.M. (eds.) The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology. Oxford, Oxford University Press, 1995.
31. Vygotskij, L.S. (1980). Il processo cognitivo. Boringhieri, Torino.
32. World Health Organization (1992). ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Milano: Masson.
33. WHO World Health Organization (1993). Life skills education in schools. Geneva, WHO (WHO/MNH/PSF/93.7A.Rev 2),.
34. World Health Organization (1997). ENHPS, first Conference of the European Network of Health Promoting Schools. The health promoting school – an investment in education, health and democracy: conference report, Thessaloniki-Halkidiki, Greece, 1-5 May 1997. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
35. World Health Organization (Who) (1992), Skills for life, Bollettino OMS n.1.
36. World Health Organization (2001). The World Health Report 2001: New Understanding, New Hope. Geneva, WHO.

SITOGRAFIA

1. <http://www.epicentro.iss.it/passi/passi05-06.asp> - ISS, Epicentro. Gli studi trasversali PASSI 2005-2006.

2. www.retepromozionesalute.it - Rete Italiana Centri di Documentazione per la Prevenzione e la Promozione della Salute.
3. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf - Ministero della Salute (2007). Guadagnare salute.
4. <http://www.tlab.it> - Lancia, F. (2002). La logica di un testoscopio.
5. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf - Ministero della Salute (2007). Guadagnare Salute.
6. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_507_allegato.pdf - Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
7. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_674_allegato.pdf - Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale della Prevenzione 2005-2007.
8. <http://www.ministerosalute.it/saluteMentale/paginaSempliceSaluteMentale.jsp?id=174> - Ministero della Salute – area salute mentale
9. http://www.retepromozionesalute.it/allegati/REPORT_progettoAdolescenti.pdf- Report finale Guadagnare Salute in adolescenza: ricognizione delle esperienze di prevenzione e promozione della salute in Italia
10. www.who.int - World Health Organization.
11. www.ccm-network.it - Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie.
12. www.iss.it/binary/publ/cont/08-1_WEB.1204719565.pdf- Rapporto Istituto Superiore di Sanità.
13. <http://www.pol-it.org/ital/progettoobiettivo2008/messina.htm> - Obiettivi salute mentale – Pol.it
14. www.epicentro.iss.it - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
15. www.dors.it - Centro di Documentazione per la promozione della Salute, Regione Piemonte.
16. www.rivistadipsicologiaclinica.it – Studio Psicosociologia SPS
17. <http://www.orientamentoirreer.it/materiali/LifeSkillsOms.htm> - Abilità di vita – OMS
18. <http://www.umsa.ch> - Studio nazionale SMASH-02 SWISS MULTICENTER ADOLESCENT SURVEY ON HEALTH (Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni), Svizzera, 2002
19. <http://www.istruzione.it> - Fonte MIUR