

## **LINEE GUIDA**

### **“PROMOZIONE E TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ADOLESCENTI”**

**(D.G.R. n° 460/99)**

L'Assessorato alla Sanità della Regione Campania intende con questo documento fornire delle Linee Guida sulla "Promozione e tutela della salute degli adolescenti" per gli operatori dell'area psico-socio-sanitaria impegnati negli Spazi Adolescenti delle Unità Operative Materno Infantili.

Lo scopo di tali Linee Guida è quello di fornire un orientamento in grado di garantire chiarezza ed uniformità alle prestazioni erogate ed alla metodologia degli interventi, venendo incontro in tal modo anche ad un'esigenza diffusa tra gli operatori e da essi ripetutamente espressa. Tali Linee Guida costituiscono il frutto conclusivo di un lungo lavoro di elaborazione effettuato dal Servizio Materno Infantile del Settore Assistenza Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità e da un gruppo di esperti, provenienti dal mondo accademico e dal mondo dei servizi, coordinato dal prof. Paolo Valerio e dalla dott.ssa Simonetta M. G. Adamo, del Dipartimento di Neuroscienze e della Comunicazione Interumana dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", e dal dott. Francesco Morrone, sociologo co-coordinatore dell'Area Materno Infantile dell'A.S.L. Salerno 2.

Tale gruppo è stato costituito cinque anni fa, allo scopo di raccogliere ed elaborare le indicazioni emerse nell'ambito delle attività formative promosse a favore degli operatori dei Consulenti Familiari, impegnati nel lavoro con gli adolescenti e realizzate grazie ad una Convenzione stipulata tra il Dipartimento di Neuroscienze e della Comunicazione Interumana dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II" e l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania.

I dati raccolti sono stati successivamente ampliati ed aggiornati nel corso degli incontri con gli operatori degli Spazi Adolescenti, tenuti nelle singole sedi provinciali, nell'ambito delle ulteriori attività formative del Progetto Regionale di Prevenzione e Riabilitazione dell'Handicap in Età Evolutiva.

Tale lungo lavoro di preparazione è valso, a nostro avviso, a giungere alla stesura di un documento ampio e ben articolato, che adatta flessibilmente le conoscenze scientifiche alla specifica realtà regionale, coniugando lo sforzo di prendere atto delle risorse esistenti con la tensione al potenziamento delle risorse possibili.

Con questo spirito, e con l'augurio che queste Linee Guida diventino un utile strumento di lavoro, esse vengono pertanto proposte e messe a disposizione di tutti gli operatori delle UU.OO.MM.II. che, nella nostra Regione, sono impegnati a promuovere e tutelare il benessere psico-fisico e sociale della popolazione adolescenziale.

## Indice

<b>Premessa</b>	pag. 5
- Riferimenti normativi	pag. 5
- Perché un Progetto Adolescenti	pag. 5
<b>Destinatari del Progetto</b>	pag. 9
- Popolazione bersaglio	pag. 9
- Altri destinatari	pag. 9
<b>Obiettivi del Progetto</b>	pag. 10
- Obiettivi generali	pag. 10
- Obiettivi intermedi	pag. 10
<b>Modalità di reclutamento dei componenti della popolazione bersaglio</b>	pag. 11
<u>Campagna promozionale</u>	pag. 11
- Introduzione	pag. 11
- Elaborazione e realizzazione degli strumenti informativi previsti per la campagna promozionale	pag. 11
- Modalità operativa per la realizzazione della campagna promozionale	pag. 12
- Valutazione della campagna promozionale	pag. 12
<u>Altre forme di reclutamento dei componenti della popolazione bersaglio</u>	pag. 13
<b>Modello operativo attinente le diverse aree di attività e di interventi previsti dal Progetto</b>	pag. 14
<u>Spazio Adolescenti</u>	pag. 14
- Orientamenti generali	pag. 14
- Orientamenti specifici	pag. 15
- Descrizione metodologica attinente la prima accoglienza ed altre forme di offerta del servizio	pag. 16
- Percorso di risoluzione del bisogno espresso	pag. 17
- La relazione con l'adolescente e le articolate tipologie di consulenze	pag. 18
- Aree di lavoro e percorsi di interventi previsti dallo Spazio Adolescenti	pag. 22
- Elenco prestazioni richieste dallo Spazio Adolescenti ad altre UU.OO.	pag. 25
- Attività di gruppo di Educazione alla Salute previste dallo Spazio Adolescenti	pag. 26
- Strumenti informativi dello Spazio Adolescenti	pag. 27
<u>Attività ed interventi di Educazione alla Salute nelle Scuole</u>	pag. 27
- Premessa	pag. 27
- Relazione tra Scuola ed Educazione alla Salute	pag. 28
- Tematiche	pag. 29
- Destinatari delle attività e degli interventi di Educazione alla Salute	pag. 34

- Metodologia operativa attinente l'attività di Educazione alla Salute	pag. 35
- Programmazione delle attività e degli interventi di Educazione alla Salute	pag. 37
- Conclusione	pag. 38
<u>Altre attività ed interventi da realizzare nella variegata realtà territoriale</u>	pag. 38
<u>Commissione di Educazione Sanitaria Aziendale</u>	pag. 39

**Descrizione dei diversi protocolli operativi-circuiti di rete-modelli funzionali dipartimentali-protocollo d'intesa per un Progetto Integrato della Comunità Locale** pag. 39

- Protocollo operativo interno tra il gruppo di lavoro dello Spazio Adolescenti e altri gruppi di lavoro dell'U.O.M.I.	pag. 39
- Modello funzionale dipartimentale tra diverse UU.OO.MM.II. su specifiche afferenze inter-distrettuali previsti dal progetto	pag. 39
- Modello funzionale dipartimentale orizzontale tra l'U.O.M.I. e le altre UU.OO. Strutture del singolo Distretto	pag. 40
- Modello funzionale dipartimentale verticale tra l'U.O.M.I. del singolo Distretto ed il Presidio Ospedaliero	pag. 40
- Modelli integrativi tra l'U.O.M.I./ UU.OO. del singolo Distretto, le altre Istituzioni ed Agenzie presenti sul territorio	pag. 41

<b>Gruppo di lavoro dell'U.O.M.I.</b>	pag. 41
- Caratteristiche del gruppo di lavoro	pag. 41
- Professionalità e linguaggi	pag. 42
- Riunioni d'èquipe-gruppo di lavoro	pag. 42

**Formazione** pag. 43

**Centro di documentazione** pag. 44

**Sistema Informativo e di Valutazione** pag. 44

**Figura di riferimento aziendale per il Progetto Adolescenti** pag. 45

**Esenzione dell'adolescente dalla partecipazione alla spesa sanitaria** pag. 46

## 1. Premessa

### 1.1. *Riferimenti normativi*

Nel 1991 l'Assessorato Regionale alla Sanità ha individuato, attraverso un atto deliberativo (DGR 6941/91), quattro programmi prioritari per i Consultori Familiari delle ex UU.SS.LL., tra cui la realizzazione del Progetto "Spazio Adolescenti".

Negli anni 1994-95 la Regione Campania ha attuato, in collaborazione con l'Unità di Psicologia Clinica e Psicoanalisi Applicata del Dipartimento di Neuroscienze e della Comunicazione Interumana dell'Università degli Studi di Napoli "Federico II", un programma di interventi formativi destinato agli operatori dell'area psicologica e socio-sanitaria impegnati negli Spazi Adolescenti previsti nei Consultori Familiari presenti sul territorio.

Successivamente le nuove indicazioni regionali (L.R. n. 32/94 e relative Linee Guida) hanno assegnato all'U.O.M.I., tra le diverse funzioni, la funzione "Il Percorso Adolescenti", nonché la circ. reg. n. 595/95 ha definito il Programma Adolescenti "parte integrante dei livelli uniformi di assistenza".

Considerata la peculiarità delle diverse realtà territoriali della Regione Campania è emersa la necessità di definire specifiche linee guida per la realizzazione del progetto, al fine di costruire modelli operativi unitari per le UU.OO.MM.II. delle AA.SS.LL. attinenti agli interventi rivolti all'area adolescenziale.

### 1.2. *Perché un Progetto Adolescenti*

La scelta di attuare interventi, nell'ambito di uno specifico Progetto Obiettivo, rivolti agli adolescenti scaturisce, preliminarmente, dalle seguenti considerazioni:

- a) l'alto rischio dovuto alle modalità di protezione approssimative con le quali gli adolescenti iniziano le loro prime esperienze sessuali (rischio sia per quanto attiene a gravidanze non desiderate che alle malattie sessualmente trasmesse);
- b) l'estrema problematizzazione inerente a gravidanze volute o indesiderate, portate a termine o interrotte, in età adolescenziale;
- c) l'estrema rilevanza e problematica, attinente la sfera psicologica e sociale, che assume il fenomeno abortivo nell'età adolescenziale;
- d) le incertezze sempre più diffuse che riguardano l'area della sessualità, attraverso le quali i giovani tendono ad esprimere un disagio che riguarda tale area minacciata, in questo momento storico, dal fantasma dell'A.I.D.S., con tutte le conseguenze che ne possono derivare per una fascia di popolazione che si trova in una fase del ciclo della vita, nella quale ha inizio l'esplorazione e l'iniziazione alla vita sessuale;
- e) le forme di disagio e difficoltà relazionali che stanno sempre più emergendo nell'area adolescenziale; disagio e/o difficoltà che si manifestano non solo in forme lievi, ma assumono caratteristiche di gravità sempre più rilevante, che in alcuni casi si trasformano in forme di devianza, disadattamento sociale e psicopatologia adolescenziale;

f) la presenza di fenomeni di dipendenze presenti nell'area adolescenziale (quali ad es. l'abitudine al fumo, l'abuso di alcool, l'uso di sostanze stupefacenti e delle cosiddette "nuove droghe").

In riferimento alle considerazioni su espresse, alla stretta correlazione esistente tra fenomeni di rischio ed età adolescenziale, si ritiene opportuno sottolineare l'estrema importanza di assumere come disegno strategico del Progetto non solo i singoli fattori di rischio emergenziali ma l'Adolescenza in quanto età/delicata, specifica fase dell'età evolutiva oscillante tra disagio "naturale" e crisi di "transizione". Tale scelta deriva dalla convinzione che l'adolescenza anche se non deve essere considerata solo come un problema o come un momento di passaggio verso l'identità adulta, ma anche come un momento ricco di notevoli risorse e pieno di aspetti vitali, è comunque un periodo della vita che può essere difficile e particolare. I fattori di rischio, su evidenziati, vanno letti, pertanto, come segnali di difficoltà/disagio più evidenti ed emergenti che rimandano, a loro volta, a difficoltà più nascoste, sommerse e contraddittorie tipiche dell'età adolescenziale.

La legittimità, quindi, di elaborare e realizzare uno specifico Progetto Obiettivo scaturisce non solo da alcuni, se pur rilevanti, fenomeni epidemiologici di rischio ma dalla profonda consapevolezza e necessità di assumere gli adolescenti come soggetti che formano una popolazione bersaglio. Per una maggiore esigenza esplicativa si ritiene opportuno evidenziare, se pur sinteticamente, alcune caratteristiche che ci aiutano a definire l'Adolescenza:

- a) si intende per adolescenza la fase della vita che si colloca tra l'infanzia e l'inserimento nel mondo adulto. Tale termine non deve riferirsi ad un periodo o unità generazionale catalogabile rigidamente; esistono infatti da una parte diverse fasi dell'adolescenza (la pre-adolescenza, l'adolescenza e la tardo adolescenza) a cui corrispondono bisogni diversificati e dall'altra coesistono diversi elementi e fattori di eterogeneità. Vi sono infatti, in questo periodo di vita, strette correlazioni tra la pluralità di adolescenze e le diverse condizioni socio-economiche e socio-culturali; sussistono, inoltre, diverse condizioni in cui il soggetto/adolescente deve affrontare i compiti insiti nella fase di sviluppo;
- b) l'adolescenza si caratterizza come una fase di passaggio dalla condizione infantile all'età adulta, un periodo di transizione contraddittorio e lento teso alla costruzione di nuovi equilibri, alla definizione di una nuova identità personale-psicologica-sociale;
- c) la fase di "transizione" assume caratteristiche problematiche per i profondi mutamenti che accadono così continuamente. L'adolescente è rivolto a confrontarsi con le trasformazioni fisiche del proprio corpo, con le sue conseguenti risonanze a livello psicologico, è teso a costruire una nuova personalità, a sviluppare capacità intellettuali, nonché a delineare nuove forme di relazioni sociali. Si trova a vivere in una dimensione piena di curiosità, desiderio di conoscenza, senso di inquietudine, ad affrontare i problemi collegati alla propria identità sessuale e quella dell'altro sesso. Cominciano, in questo periodo, a manifestarsi e ad affiorare nuove emozioni, anche confuse, legate al rapporto con gli adulti e con i coetanei. Questi aspetti diventano più evidenti con manifestazioni comportamentali più delineate nel senso di cambiamenti di umore, conflitti, ribellioni. Vengono messe in crisi le certezze dell'infanzia, la famiglia non è più un punto di

riferimento centrale e viene sostituita dal gruppo dei coetanei: amici, partner. Assumono una forte influenza i modelli e stili di vita presentati dai mass-media, avvengono processi di imitazione di comportamenti appartenenti al mondo degli adulti. In questo processo di crescita, caratterizzato da una pluralità di esperienze e sperimentazioni, possono sorgere difficoltà di comunicazioni della propria complessità interiore collegata, anche, ad una perdita di ruolo della famiglia e all'impossibilità di trovare un punto di riferimento egualmente protettivo e rassicurante. Possono emergere, così, tratti di isolamento e solitudine, forme di disagio esistenziale, reali difficoltà di crescita e di comunicazione, difficoltà relazionali con i genitori e con il mondo degli adulti in generale;

- d) la "transizione" viene a rappresentarsi come un percorso che l'adolescente deve attraversare nel suo processo di crescita verso l'età adulta, un percorso nel quale deve "concretamente" affrontare i compiti che emergono nella fase evolutiva. Deve sviluppare una "capacità" a confrontarsi con esigenze ed avvenimenti quali, ad esempio: il cambiamento fisico e la capacità ad accettarne le trasformazioni, le relazioni con i coetanei e la conseguenziale capacità di sviluppare interazioni armoniche, di partecipare alla vita dei gruppi, in particolare al gruppo dei pari, di sviluppare relazioni sociali con le diverse coopresenze insite in una comunità locale, in particolar modo di saper interagire e muoversi nel complesso mondo istituzionale, l'assumere scelte autonome e indipendenti, etc.. E' evidente che sussiste una stretta correlazione tra nascita del disagio ed inadeguatezza/incapacità dell'adolescente ad affrontare positivamente i nuovi problemi che si presentano, i nuovi compiti insiti nella fase dello sviluppo stesso, correlazione ancora più evidente vista la condizione psicologica di precarietà ed insicurezza che l'adolescente vive nella fase di transizione.

In riferimento a quanto su descritto, alla delicata fase di evoluzione, fase che può essere individuata anche come "crisi del mutamento", emergono da parte degli adolescenti bisogni di supporto, sostegno, informazioni e confronto. A tale riguardo appare evidente la necessità di sviluppare una maggiore attenzione a queste esigenze e di promuovere un sistema integrato di interventi che, senza attuare forme di egemonia, controllo o invadenza, offra all'adolescente un ambiente favorevole di supporto e sostegno durante il suo processo di crescita. Sostegno finalizzato a far acquisire agli adolescenti quelle "capacità" necessarie alla transizione, capacità che una volta acquisite, possono essere utili strumenti per affrontare altri periodi di "mutamenti" presenti nelle diverse fasi della vita. L'opportunità, infine, di attuare interventi mirati all'adolescente, scaturisce anche dalla consapevolezza che le problematiche degli adolescenti, il loro disagio coinvolge anche il mondo degli adulti (genitori, insegnanti, operatori) e che richiede da parte di questi ultimi una riflessione critica sul loro ruolo e sulle loro modalità relazionali.

In riferimento a quanto su espresso, appare evidente la necessità che una istituzione non viva una legittimità formale, tramite la semplice erogazione di prestazioni ad un soggetto richiedente, ma costruisca e trovi una propria legittimità sostanziale, nella capacità di promuovere e sviluppare un sistema integrato e coordinato di attività e di interventi, tramite l'elaborazione e realizzazione di un Progetto Obiettivo che abbia come finalità la tutela e la promozione della salute degli adolescenti.

Nell'andare a programmare il Progetto Obiettivo si deve tener conto, inoltre, delle seguenti necessità:

- 1) prestare attenzione ed effettuare una costante analisi dell'evoluzione dei bisogni adolescenziali e prevedere un conseguenziale adeguamento delle metodologie, delle attività e degli interventi effettuati;
- 2) garantire interventi non solo agli adolescenti con problemi in atto, bensì a tutti gli adolescenti componenti la popolazione bersaglio, tramite un'adeguata strategia di offerta attiva;
- 3) assumere un'articolata tipologia di utenza adolescenziale: l'individuo, la coppia, la famiglia, il gruppo;
- 4) sviluppare interventi nell'ambito dell'intero percorso assistenziale: prevenzione-diagnosi-cura-riabilitazione, prevedendo un'articolata tipologia di attività e prestazioni funzionali sia nell'area preventiva sia in quella della risoluzione di problemi e/o disagi già in atto;
- 5) prevedere diversi luoghi di offerta delle prestazioni e aree di attività integrate: all'interno della sede dello Spazio Adolescenti, a domicilio, nelle comunità scolastiche, nonché in altre realtà territoriali;
- 6) promuovere un'articolata tipologia di attività educativa al fine di offrire all'adolescente, nel suo processo di crescita, nuovi punti di riferimento, opportunità di formazione di base che si integrino con le altre agenzie più tradizionali quali: la famiglia, la scuola;
- 7) sviluppare, nell'ambito delle attività previste dal progetto obiettivo, particolare attenzione alle tematiche relazionali, di comunicazione e di integrazione tra e con gli adolescenti, favorendo l'interazione tra il soggetto adolescente e l'ambiente, l'ecosistema in cui vive, sostenendolo nel processo di "adattamento" per superare "armonicamente" la fase di sviluppo;
- 8) sviluppare una metodologia, dell'intervento che ponga particolare attenzione alla "qualità relazionale", qualificando l'azione con un'impronta educativa e non burocratica;
- 9) fornire particolare attenzione alla creazione di canali di comunicazione tra adolescenti ed istituzioni. A tale riguardo è opportuno richiamare la rilevante complessità della soggettività/identità degli adolescenti, e, di conseguenza, il delicato rapporto adulti/adolescenti. Il rapporto con gli adulti rappresenta, infatti, la maggiore difficoltà per l'accesso e la fruizione delle strutture socio-sanitarie, di natura preventiva, da parte degli adolescenti. Tali strutture, sia nella realtà che nell'immaginario dei ragazzi, vengono identificate come luoghi istituzionalmente deputati ad affrontare tematiche per adulti e, pertanto, vengono vissute con diffidenza e/o timore di non essere compresi o di essere giudicati; difficilmente vengono vissute come strutture aperte dove poter porre le proprie richieste, i propri bisogni di adolescenti. E' opportuno, pertanto, all'interno delle tipologie di attività e del sistema organizzativo (es. il Consultorio Adolescenti, gli interventi nelle comunità scolastiche, etc.), creare un'azione continua ed articolata di "ascolto", costruire una "credibilità" da parte degli adulti/istituzioni, attuare un processo di riconoscimento delle modalità espressive e delle soggettività adolescenziali, offrendo spazi reali di "riconoscimento" e opportunità di "espressione";
- 10) promuovere, sia nella fase elaborativa che attuativa del progetto obiettivo, la partecipazione stessa degli adolescenti, delle loro associazioni. Non assumendo, pertanto, atteggiamenti



“paternalistici” o tipicamente “riparatori”, bensì favorendo il più possibile la loro espressione, il loro impegno e desiderio di “agire”.

Nel concludere, si ritiene importante sottolineare come scelta strategica il non concepire il Progetto Obiettivo strumento autosufficiente per i bisogni adolescenziali, di non concepire le domande, i problemi degli adolescenti riferibili alla competenza di un'unica istituzione. Tenendo conto, infatti, delle caratteristiche dell'età adolescenziale, della pluralità ed evoluzione dei loro bisogni, è di estrema rilevanza delineare e sviluppare una capacità di mobilitazione di diversi servizi/strutture, promuovendo un'azione intersettoriale, un percorso di aggregazione tra la pluralità di agenzie presenti nel territorio. Tramite lo strumento della programmazione si deve tendere, pertanto, a costruire un Progetto che veda la partecipazione delle diverse agenzie che sono maggiormente in relazione con gli adolescenti: le istituzioni pubbliche (es. l'A.S.L., l'Ente Locale, la Scuola, etc.) i gruppi del volontariato, le associazioni giovanili, nonché la famiglia, partecipazione che deve essere caratterizzata da una forte azione di coordinamento e di integrazione. L'obiettivo deve essere quello di costruire un Progetto Organico che unifichi, nel rispetto dei compiti istituzionali, indirizzi d'interventi e servizi, (servizi attualmente frammentari, settoriali ed eterogenei) competenze e risorse, al fine di promuovere un articolato ed ampio sistema integrato di attività e di interventi. L'obiettivo deve essere quello di giungere a costruire un Progetto Integrato di una Comunità Locale rivolto a tutelare e a promuovere la salute degli adolescenti.

## **2. Destinatari del Progetto**

### *2.1. Popolazione Bersaglio*

#### **Adolescenti rientranti nella fascia di età dagli 11 ai 20 anni**

L'esperienza quotidiana e la letteratura scientifica concordano nel registrare una continua dilatazione della fase adolescenziale, che tende per un verso ad una progressiva anticipazione, e per l'altro, a dilatarsi sempre di più come tardo-adolescenza e adolescenza prolungata. Si rilevano in particolare i rischi ai quali l'anticipazione della pubertà e la spinta psicosociale verso la prematura assunzione di comportamenti e di identità adolescenziali espongono ragazzi e ragazze. La contrazione dell'età di latenza interrompe infatti - o chiude anticipatamente - il lavoro di costruzione e consolidamento dell'equipaggiamento psichico ed in particolare di quelle strutture difensive atte a regolare e canalizzare le spinte pulsionali.

In considerazione di ciò si ritiene che il Progetto non possa non prevedere anche una parte di lavoro dedicata alla pre-adolescenza (questa prima fase corrisponde, in linea di massima, alla pubertà e inizia intorno agli 11-12 anni e termina intorno ai 14-15 anni) e una parte di attività alla tardo adolescenza (assumendo, pertanto, come riferimento gli adolescenti fino a 20 anni). L'individuazione di questi confini consente agli operatori dello Spazio Adolescenti di offrire un accompagnamento anche nel momento dell'ingresso e della conclusione dell'adolescenza.

### *2.2. Altri destinatari*

## **Insegnanti e Genitori**

La scelta di coinvolgere nel Progetto gli insegnanti e i genitori scaturisce dalla consapevolezza del ruolo che essi rivestono nell'area "educativa/formativa" e dalla stretta correlazione che esiste tra quest'area e l'area di educazione/promozione alla salute. Lo stesso intervento di consultazione psicologica non può non prevedere spazi destinati ai genitori, soprattutto se si tratta di pre-adolescenti, o se i nodi conflittuali rimandano a difficoltà nella coppia genitoriale o nel nucleo familiare nel complesso.

## **3. Obiettivi del Progetto**

### *3.1. Obiettivi generali*

- 1) Promuovere la conoscenza dei comportamenti che hanno rilevanza per la salute umana, delle variabili psicologiche, relazionali, sociali, culturali, ambientali che influenzano i comportamenti a rischio e che rendono difficoltosa l'acquisizione di comportamenti sani.
- 2) Rimuovere i comportamenti a rischio per la salute, favorendo l'acquisizione di nuove conoscenze, atteggiamenti e capacità operativa attinenti a stili di vita sani.
- 3) Stimolare gli adolescenti ad analizzare i loro atteggiamenti, valori e comportamenti al fine di sviluppare capacità di valutazione e di autonomia.
- 4) Promuovere una maggiore consapevolezza delle implicazioni fisiche, emotive e relazionali presenti nella sessualità, per facilitare negli adolescenti l'elaborazione di scelte consapevoli.
- 5) Acquisire consapevolezza e aumentare conoscenza sulla complessità dei fattori biologici, psicologici, sociali e culturali che orientano il comportamento alimentare.
- 6) Promuovere maggiore consapevolezza sulla stretta correlazione tra salute e forme di dipendenze.

### *3.2. Obiettivi intermedi*

- 1) Aiutare gli adolescenti ad individuare le principali modificazioni che avvengono nel corpo, a riflettere e discutere sulle proprie reazioni, atteggiamenti, emozioni, di fronte ai cambiamenti dell'adolescenza.
- 2) Favorire negli adolescenti la capacità a sviluppare una riflessione critica sulle proprie opinioni, per accettare il confronto con gli altri, individuare i diversi aspetti di un problema e le possibili soluzioni.
- 3) Aiutare gli adolescenti a riflettere sulle proprie relazioni con i genitori, con gli amici, il partner e il mondo degli adulti.
- 4) Diminuire il ricorso ai matrimoni "riparatori" tra minori.
- 5) Aiutare gli adolescenti a superare la visione della sessualità, vincolata agli aspetti genitali-riproduttivi, ampliandola e collegandola a fattori quali relazione, comunicazione e affettività.
- 6) Promuovere maggiori informazioni sull'anatomia e fisiologia dell'apparato genitale maschile e femminile.
- 7) Migliorare la conoscenza e l'utilizzo dei metodi contraccettivi per una procreazione responsabile.

- 8) Diminuire l'incidenza di aborti tra le adolescenti.
- 9) Favorire l'acquisizione di conoscenze e comportamenti preventivi rispetto alle malattie sessualmente trasmesse.
- 10) Promuovere maggiori informazioni e conoscenze per acquisire un comportamento alimentare corretto.
- 11) Migliorare la conoscenza, l'accesso e la fruizione dello Spazio Adolescenti da parte dei ragazzi rispetto alla pluralità dei loro bisogni.

## **4. Modalità di reclutamento dei componenti della popolazione bersaglio**

### *4.1. Campagna Promozionale*

#### 4.1.1. Introduzione

La promozione dello Spazio Adolescenti deve tener conto, in particolare, degli obiettivi generali che si intendono conseguire, del tipo di utenti che si vogliono raggiungere, dei servizi che si è in grado di offrire. Deve, inoltre, considerare le risorse disponibili, in termini di numero di operatori e di tempo di apertura dello Spazio Adolescenti. Tutto ciò consente allo Spazio Adolescenti di diventare immediatamente visibile sul territorio, permettendo, agli adolescenti, di identificarlo come un luogo privilegiato di ascolto e di differenziarlo dagli altri Servizi. La Campagna Promozionale deve assolvere, pertanto, alle seguenti funzioni:

- a) informativa/conoscitiva che è rivolta all'adolescente ed è relativa ai servizi erogati dalla struttura. Attraverso questa funzione si deve garantire l'offerta attiva del servizio come diritto all'informazione proprio della popolazione bersaglio, la quale ha il diritto di essere informata sulle prestazioni, sulle attività erogate, sugli orari e sulle modalità di accesso.
- b) di reclutamento della popolazione bersaglio. Tale funzione, per essere assolta, deve assumere il "principio di continuità" in quanto il bacino di utenza relativo al Progetto è caratterizzato dall'entrata ed uscita di soggetti dalla fascia di età individuata. Il principio di continuità stabilisce, inoltre, il mantenimento e/o incremento dell'utenza del Consultorio Adolescenti: da qui l'importanza della riattivazione e/o potenziamento della campagna promozionale.

#### 4.1.2. Elaborazione e realizzazione degli strumenti informativi previsti per la Campagna Promozionale

Nell'avvio di un Servizio destinato ai giovani è molto importante l'uso di materiale promozionale. In tal modo, infatti, si trasmette il messaggio relativo agli obiettivi del servizio, si selezionano i destinatari, si attrae il potenziale utente. Le forme di promozione più comunemente utilizzate sono: manifesti, locandine, opuscoli, video, ecc., da diffondere nei punti in cui i giovani si incontrano. La prima fase della campagna promozionale va dedicata all'elaborazione e realizzazione del materiale pubblicitario a mezzo stampa.

Il tipo di materiale da realizzare consiste in:

- a) manifesto/poster: deve contenere, con un linguaggio esplicito ed essenziale, informazioni sintetiche tali da individuare il tipo di servizio, la modalità di fruizione dello stesso, i giorni e gli orari di apertura, indirizzo nonché deve essere specificato chiaramente che i servizi offerti sono gratuiti e riservati;
- b) pieghevole/locandina: è preferibile che, da un lato, riproduca, in forma ridotta, il Manifesto, mentre sul retro deve descrivere, dettagliatamente e con linguaggio chiaro e diretto, le attività, le prestazioni e le figure professionali disponibili a rispondere alle diverse esigenze e bisogni degli adolescenti.

#### 4.1.3. Modalità operativa per la realizzazione della Campagna Promozionale

La distribuzione, capillare ed estesa, del Materiale Pubblicitario costituisce la seconda fase della Campagna Promozionale. Tale fase rende necessaria la stesura di una “mappa” delle “agenzie/strutture” presenti sul territorio. Le agenzie da censire, oltre alle strutture sanitarie, sono classificabili, in parte, come segue: enti pubblici (enti locali, scuole ecc.), associazioni di volontariato, associazioni culturali, mass-media; inoltre, al fine di raggiungere anche quella fascia di popolazione adolescenziale non scolarizzata, è opportuno considerare i luoghi di aggregazioni giovanili spontanee (paninoteche, discoteche, bar, pizzerie, ecc...), associazioni sportive (palestre, piscine, campi sportivi, ecc...). La distribuzione del materiale pubblicitario, attraverso le agenzie/strutture indicate dalla mappa, deve realizzarsi attraverso l’organizzazione di campagne promozionali parallele, con diverse modalità:

- forma diretta: consistente nella consegna del materiale pubblicitario al destinatario del Progetto;
- forma indiretta: delegando alle strutture la distribuzione parziale del materiale pubblicitario.

Per entrambe le modalità (incontri con gli adolescenti ed incontri con gli operatori delle diverse agenzie) lo scopo non è solo la distribuzione del materiale, ma anche illustrare le finalità dello Spazio Adolescenti e più in generale del Progetto Obiettivo.

La campagna promozionale, nell’assumere come obiettivo quello di garantire l’uguaglianza delle opportunità (ai componenti della popolazione bersaglio) di fruizione degli interventi previsti, deve prevedere specifiche strategie comunicative-operative, in particolar modo per gli adolescenti che vivono in condizioni di disagio ed emarginazione sociale

#### 4.1.4. Valutazione della Campagna Promozionale

Durante la campagna promozionale, va effettuata una fase di verifica relativa ai due seguenti aspetti:

- l’utilizzazione effettiva del materiale pubblicitario consegnato alle agenzie/strutture. In tal caso si verifica l’andamento della distribuzione effettuata dalle stesse consentendo, contemporaneamente, di coprire vuoti o di rispondere a nuove richieste.
- l’impatto della campagna promozionale, inteso come registrazione dell’effetto prodotto dalla campagna collettiva d’informazione; tale impatto può essere quantificato stabilendo degli indicatori (relativi al bacino di utenza che varia annualmente) rilevati facendo riferimento alla campagna promozionale nella sua forma diretta ed indiretta.

Gli indicatori possono essere:

- a) numero delle domande d'informazione effettuate dai cittadini.
- b) numero dei nuovi utenti che si rivolgono allo Spazio Adolescenti.
- c) richieste specifiche d'intervento da parte di altre Strutture.

#### *4.2. Altre forme di reclutamento dei componenti della popolazione bersaglio*

La necessità di attivare idonee e diverse strategie di reclutamento dei componenti della popolazione bersaglio scaturisce dalla consapevolezza della stretta correlazione esistente tra i diversi passaggi del seguente percorso:

- nascita di un disagio o bisogno - consapevolezza - capacità/possibilità di richiedere sostegno o di esprimere la domanda - risposta dell'Istituzione.

E' evidente che più tempo trascorre, tra nascita del bisogno e risposta alla domanda, maggiormente può evolvere la forma di gravità del disagio e più la "risposta" può diventare inadeguata o di difficile attuazione. L'adolescente può non riuscire ad esprimere la richiesta di aiuto, così come la struttura può non attuare idonee strategie comunicative/informative verso lo stesso.

E' indispensabile, quindi, realizzare non solo una campagna promozionale, ma attuare anche adeguate strategie e metodologie operative affinché, da una parte, si faciliti il più possibile l'accesso allo Spazio Adolescenti e dall'altra si attui una tempestiva presa in carico dell'adolescente, per prevenire o ridurre il danno.

A partire dalla campagna promozionale risulta, pertanto, necessario costruire un articolato circuito di rete, cioè canali di comunicazione costanti ed efficienti, tra il Consultorio Adolescenti e le altre Istituzioni (es.: la Scuola, il Servizio Sociale del Comune e di gruppi del Volontariato). Con la Scuola, per esempio, si deve attuare un collegamento con il corpo insegnante, l'insegnante referente, con il Centro di Informazione e Consulenza e più in generale con gli studenti, perché al di là di una semplice informazione sull'esistenza dello Spazio Adolescenti, si crei una profonda consapevolezza comune, un'osmosi ed integrazione tra gli operatori dell'U.O.M.I. e l'intera comunità scolastica. Lo sviluppo di un'attenta "sensibilità" a difendere e promuovere la salute degli adolescenti, deve tendere a ridurre la "solitudine" e la distanza tra l'adolescente in difficoltà e le Istituzioni di una comunità locale. L'obiettivo generale deve essere quello di "giungere prima" di ogni forma e percorso disadattante e lesivo dei diritti di un adolescente.

In riferimento a quanto su espresso appare evidente che la campagna promozionale, la costruzione del circuito di rete e la realizzazione degli interventi stessi, previsti dal progetto, devono essere visti, da una parte come un "working in progress" e dall'altra come una capacità operativa circolare tendenti a favorire:

- la comunicazione tra adolescenti e tra adolescenti ed adulti,
- le modalità di riconoscimento del disagio e le capacità di offrire aiuto;
- le modalità di comunicazione dell'adolescente con disagio, riducendone l'area di isolamento;
- i processi di solidarietà e di self-help;
- le modalità di comunicazione tra le diverse agenzie.

## **5. Modello operativo attinente le diverse aree di attività e di interventi previsti dal Progetto**

### *5.1. Spazio Adolescenti*

#### 5.1.1. Orientamenti generali

Lo Spazio Adolescenti si definisce come un luogo (spazio-temporale, mentale ed operativo) riservato in maniera specifica ed esclusiva a questa fascia d'età. In esso, i giovani e gli adulti che con diversi ruoli e funzioni con essi interagiscono, potranno essere aiutati, da personale appositamente preparato, ad affrontare le tematiche proprie di questa fase del ciclo di vita, emergenti nell'area corporea, psicologica e sociale. Tale spazio deve rappresentare, pertanto, un punto di riferimento finalizzato ad offrire accoglienza, sostegno ed a garantire un'articolata tipologia di prestazioni funzionali alla pluralità dei bisogni adolescenziali. Costruire uno Spazio Adolescenti significa, prima di tutto, ampliare ed approfondire le strutture mentali di cui gli operatori si servono per cogliere ed interpretare le tematiche adolescenziali. La capacità di "pensare" più correttamente l'adolescente (al di là della semplice dimensione cognitiva e tenendo conto soprattutto di quella relazionale ed affettiva), può consentire agli operatori di immaginare ed organizzare attività che vadano incontro ai reali bisogni dei giovani.

A tal fine è opportuno tener presente i seguenti orientamenti generali:

- a) garantire un'ampia gamma di interventi per rispondere alle molteplici e diversificate richieste ed esigenze dei giovani;
- b) attuare idonee strategie affinché lo Spazio Adolescenti non eroghi soltanto prestazioni su domanda (in riferimento a problemi e/o disagi già in atto) ma diventi un punto di riferimento dove gli adolescenti possano trovare uno spazio in cui dialogare, informarsi e partecipare ad attività di gruppo
- c) promuovere e facilitare la conoscenza, l'accesso e la fruizione dello Spazio Adolescenti;
- d) promuovere l'accoglienza differenziata a seconda della fascia d'età adolescenziale considerata; mentre la segnalazione da parte dei genitori costituisce la modalità più abituale per i giovani della prima adolescenza, per quelli nella media e tarda adolescenza va sostenuto ed incoraggiato l'auto riferimento;
- e) attuare idonee strategie affinché lo "Spazio" venga riconosciuto ed utilizzato anche da adolescenti a rischio sociale;
- f) modellare uno spazio funzionale alle esigenze degli adolescenti di essere sostenuti durante la loro fase di transizione;

- g) attivare diverse tipologie di consultazioni al fine di offrire agli adolescenti opportunità d'incontro con operatori disponibili all'ascolto, a chiarire i loro problemi (correlati ai loro mutamenti interni/esterni e alle difficoltà che devono affrontare nel percorso dell'età evolutiva) ed a trovare nuove soluzioni;
- h) incrementare la conoscenza ed il collegamento in rete, sul territorio, delle diverse realtà che si occupano dei giovani (servizi sociali, scuole, spazi associativi, parrocchie, centri di formazione professionale, U.O. Ser.T, U.O. Salute Mentale, Università, ecc.), in modo da favorirne l'integrazione, in un'ottica sia preventiva che riabilitativa;

Tali orientamenti intendono contribuire a definire una precisa configurazione degli interventi realizzati negli Spazi Adolescenti della Regione Campania.

Gli elementi che caratterizzano tale configurazione sono:

- 1) attenzione all'area del "disagio ordinario" dei giovani;
- 2) offerta di uno spazio di confronto ai giovani per aiutarli a riflettere sui compiti evolutivi connessi alla loro età;
- 3) offerta di uno spazio di ascolto e di consultazione ai giovani per aiutarli a riconoscere ed affrontare difficoltà o specifiche preoccupazioni;
- 4) offerta di uno spazio di erogazioni di prestazioni, per la risoluzione dei bisogni espressi, nell'ambito di specifici percorsi d'interventi e dei relativi follow-up stabiliti (tramite i diversi modelli funzionali dipartimentali);
- 5) offerta di uno spazio d'ascolto e consultazione ai genitori, agli insegnanti e ad altre figure che interagiscono con i giovani, volto a promuovere una maggiore comprensione e contenimento delle ansie connesse ai cambiamenti caratterizzanti tale fascia d'età.

### 5.1.2. Orientamenti specifici

L'organizzazione degli Spazi Adolescenti sul territorio, che in un primo momento si è sviluppata su un terreno di sperimentazione e di esplorazione, trova adesso una propria conferma operativa con la definizione degli orientamenti specifici qui di seguito riportati. I punti che seguono vanno considerati come i requisiti minimi indispensabili per la realizzazione di uno Spazio Adolescenti:

- lo Spazio Adolescenti deve essere facilmente accessibile e avere, possibilmente, una collocazione geografica strategica sul territorio rispetto ai luoghi frequentati dai giovani. La facile accessibilità di un Servizio è importante per tutti i tipi di utenti, ma lo è, in particolare, per i ragazzi, la cui motivazione ad affrontare i propri conflitti interni è molto fluttuante e può essere scoraggiata o dispersa se l'accesso allo Spazio è complicato;
- è necessario individuare specifici spazi con precise caratteristiche: locali idonei, spazi riservati per l'attesa, per le consulenze e per le attività di gruppo, giorni determinati e fasce orarie. E' di estrema importanza, proprio per le delicate tematiche che si affrontano, per le caratteristiche specifiche dell'età adolescenziale e per il complesso rapporto che sussiste tra il mondo degli adulti e il mondo degli adolescenti, che l'adolescente, nel momento in cui accede alla struttura consultoriale, trovi uno spazio in cui riconoscersi, uno spazio che sia dedicato specificamente a lui ed ai suoi bisogni;

- visto che l'U.O.M.I. include tra i propri utenti anche adulti e bambini, è importante, pertanto, che gli ambienti destinati agli adolescenti siano il più possibile distinti e neutrali, in modo da non attivare, nell'adolescente stesso, il timore di essere confuso con un bambino o con un adulto. L'arredo e la sistemazione dei locali, inoltre, devono assicurare circa il riserbo e la riservatezza (effettuare i colloqui in stanze il più possibile isolate acusticamente, evitare che durante il colloquio entrino nella stanza altri utenti o operatori, ecc.). La possibilità di realizzare un colloquio in una stanza riservata, senza interferenze dall'esterno, rassicura il giovane circa il rispetto della sua individualità e della sua intimità;
- lo Spazio Adolescenti deve essere aperto almeno due giorni fissi alla settimana. Gli orari di apertura non devono coincidere con quelli scolastici (tenendo conto anche degli orari delle scuole serali) e, nei limiti del possibile, con quelli lavorativi. Sembra, di conseguenza, che sia più utile tenere aperto lo Spazio Adolescenti di pomeriggio per almeno tre ore;
- durante l'orario di apertura al pubblico deve sempre essere presente almeno un operatore che garantisca il primo contatto; questo può avvenire sia di persona che telefonicamente;
- garantire l'accesso diretto alle prestazioni senza la richiesta del medico di medicina generale;
- facilitare l'accesso dell'adolescente alle varie figure professionali in grado di rispondere alla pluralità e diversificazione dei suoi bisogni. Laddove il gruppo di lavoro dello spazio adolescenti non preveda stabilmente al suo interno tutte le figure professionali indicate, è necessario comunque garantire che la loro presenza, assicurata attraverso protocolli operativi con altre UU.OO., abbia comunque caratteri di continuità e prevedibilità.

### 5.1.3. Descrizione metodologica attinente la prima accoglienza ed altre forme di offerta del Servizio.

Il primo contatto (sia diretto, che telefonico) contiene già in sé gli elementi decisivi rispetto alla possibilità che il primo accesso e il relativo percorso nello Spazio Adolescenti avvenga in modo favorevole. Tra gli elementi che sembrano facilitare il primo accesso degli utenti allo Spazio Adolescenti c'è sicuramente la capacità degli operatori di instaurare con il giovane una relazione positiva, non autoritaria né giudicante o paternalistica. Si tratta di un'accoglienza professionale in cui l'utente adolescente potrà avere la possibilità di sentirsi appoggiato, capito e contenuto. La prima accoglienza, pertanto, deve delinarsi secondo le seguenti caratteristiche metodologiche:

- garantire la prima accoglienza personalizzata del soggetto adolescente (singolo, in coppia, in gruppo) con particolare attenzione alla modalità relazionale;
- realizzare la prima accoglienza unica per qualsiasi tipologia di domanda/ richiesta/ bisogno/ prestazione;
- attivare la prima accoglienza con modalità flessibile e non burocratica, garantendo l'accesso diretto senza prenotazione;
- garantire che la prima accoglienza venga effettuata anche in giorni ed orari diversi da quelli previsti dallo Spazio Adolescenti;
- garantire che la prima accoglienza venga effettuata da personale opportunamente addestrato. L'assistente sociale, in quanto mediatore dei rapporti e contatti con l'ambiente, conoscitore delle



regole e risorse della realtà esterna, si configura in tal senso come l'operatore preferibilmente indicato a "mediare" il contatto tra adolescente e servizio. A tale riguardo si precisa che la fase del colloquio si deve delineare attraverso le seguenti linee:

- a) effettuare la presa in carico dell'utente nella sua unitarietà e globalità, riconoscendo la soggettività dell'adolescente e non la sua parcellizzazione o la riduzione ad un semplice sintomo;
- b) effettuare la presa in carico avendo piena consapevolezza delle potenzialità, ma anche dei confini, di tale primo momento, e delle articolazioni con momenti successivi del percorso operativo;
- c) fornire informazioni sui contenuti, le finalità e le modalità organizzative dello Spazio Adolescenti. E' utile fornire al giovane tutti i chiarimenti possibili, tenendo presente che un servizio è sicuramente un luogo investito da molte fantasie dell'utente, fantasie che possono spaziare da quella magica del "risolverò tutto in poco tempo" a quella rinunciataria del "nulla può essermi di aiuto";
- d) raccogliere tutti gli elementi utili ad analizzare, decodificare e filtrare la domanda espressa;
- e) promuovere la responsabilizzazione individuale dell'adolescente nei confronti della propria salute psico-fisica;
- f) offrire all'adolescente un'immagine del Consultorio nel quale si erogano interventi protetti, rispettosi della sua privacy, uno spazio dove gli operatori non esprimono "giudizi" sui suoi comportamenti;
- g) garantire la consulenza telefonica. E' necessario non sottovalutare l'importanza e la delicatezza di un contatto che avviene anche soltanto attraverso il telefono; questo mezzo di comunicazione viene utilizzato, in genere, dagli adolescenti più timidi, da quelli che abitano più lontano o da quelli più "controllati" dalla famiglia. In ogni caso, l'operatore che risponde ad una chiamata telefonica deve tenere ben chiaro in mente che in quel momento sta rispondendo ad un bisogno del giovane: un bisogno di relazione, di comprensione, di informazione.

#### 5.1.4. Percorso di risoluzione del bisogno espresso

A seguito della prima accoglienza si avvia il percorso di risoluzione del bisogno espresso, con il coinvolgimento delle diverse figure professionali, a partire dall'ambito dello Spazio Adolescenti (es. il ginecologo, l'ostetrica, lo psicologo, il pediatra, l'assistente sociale, etc.) fino ai diversi ambiti previsti dal follow-up. E' necessario garantire una modalità operativa in grado di favorire la presa in carico comune nell'ambito di specifici percorsi d'interventi, realizzando una stretta integrazione/comunicazione tra gli operatori (attuando periodiche riunioni di confronto), nonché sviluppando un'armonica interazione con l'adolescente.

E' importante, pertanto, che l'adolescente, a seconda della problematica presentata, non venga "parcellizzato" tra le varie figure professionali che operano nel Servizio, ma che venga preso in carico nell'interezza della sua personalità e dei suoi bisogni. Ogni accesso di un giovane nello Spazio

Adolescenti costituisce un evento molto peculiare e sicuramente diverso da ogni altro, ossia un evento la cui struttura deve essere ricercata e costruita nel momento stesso in cui si svolge.

Se l'avvio, pertanto, della pratica operativa, per la risoluzione di un problema o bisogno espresso, richiede la partecipazione ed il coinvolgimento di varie figure professionali, è opportuno, comunque, ribadire che l'interazione tra "diversità" e "specificità risposta" non può non farci essere consapevoli che la "natura" della domanda è un bisogno di salute ed è un tutt'uno con la persona, con il vissuto dell'adolescente. Ciò implica, da parte dell'operatore, una grande flessibilità che gli consenta di evitare di fornire risposte finalizzate *tout-court* alla risoluzione immediata del problema/sintomo presentato dall'adolescente. Andranno, invece, privilegiati quegli interventi che, nel rispetto della specificità dei singoli ambiti professionali, siano focalizzati sulla relazione che di volta in volta si va a realizzare con ogni singolo utente. Risulta, quindi, imprescindibile ed indispensabile che gli operatori, con tempi e modalità diverse, nel diventare "attori" delle "specifiche risposte", devono sviluppare una nuova consapevolezza, di essere, cioè, una parte di "un'unitarietà".

#### 5.1.5. La relazione con l'adolescente e le articolate tipologie di consulenze

Per quanto attiene alle diverse tipologie di consulenze si sottolinea quanto segue:

##### a) La funzione dell'ascolto nella relazione con l'adolescente

E' di estrema rilevanza sottolineare che ogni operatore, al di là della figura professionale di appartenenza, che entra in contatto con l'adolescente (sia per offrire semplici informazioni che per erogare specifiche prestazioni) deve comunque acquisire un'attenta modalità relazionale, deve essere in grado di entrare in rapporto esprimendo, preliminarmente, una capacità di "ascolto". Una buona relazione nasce, pertanto, sempre da una attività di ascolto e facilitazione dell'espressione personale di disagi e problemi, dove l'approccio tra adolescente ed operatore assume carattere relazionale ed è rivolto a problemi e difficoltà di tipo sessuale, comunicativo, sociale e sanitario, presenti sia con i pari, che con gli adulti (genitori, insegnanti, ecc.). L'operatore, che è un adulto, entra in un rapporto vis-à-vis con il giovane, un rapporto basato sull'autorevolezza e non sull'autoritarismo, e che comporta una precisa assunzione di responsabilità tecnico-professionale nei confronti dell'utente. Tale responsabilità coinvolge la capacità di autoriflessione dell'operatore, la sua formazione, le modalità usate per entrare in contatto con l'adolescente ed il significato che viene dato alla relazione con lo stesso. E' determinante che l'operatore sia motivato al lavoro con i giovani, in quanto ciò condiziona profondamente la sua relazione con l'adolescente. Tanto più l'operatore sarà preparato alle problematiche adolescenziali e curerà il rapporto con gli utenti, tanto più riuscirà a gestire adeguatamente la relazione. Incontrando gli adolescenti, infatti, viene mobilitata una serie di emozioni e ricordi che pone l'operatore di fronte alla propria identità di adulto, facendo emergere in lui importanti quesiti relativi a tematiche anche personali, quali la sessualità precoce, i rapporti prematrimoniali, i rapporti occasionali fuori dalla coppia, la verginità, la masturbazione, ecc.

La capacità di riflessione su se stessi, la consapevolezza di quanto sta accadendo a livello emotivo, implicano l'acquisizione di un atteggiamento psicologico che è indispensabile per l'instaurarsi di una relazione operatore/utente centrata su quest'ultimo e non sul problema presentato. Tale

atteggiamento fa parte di quella assunzione di responsabilità tecnico-professionale ottenuta mediante un lavoro su se stessi attraverso momenti formativi a carattere esperienziale accompagnati dalla disponibilità a "mettersi in gioco".

Accogliere è, quindi, permettere l'instaurarsi di una relazione. Si tratta di una relazione finalizzata al riconoscimento reciproco di complementarità: uno degli attori non si trova temporaneamente in grado di affrontare da solo i propri disagi, per cui ricorre all'esperto che ritiene capace di aiutarlo nel superamento delle proprie difficoltà;

#### b) Il counselling psicologico ed il disagio adolescenziale

Specificamente alle difficoltà relazionali, e più in generale alle variegata forme del disagio adolescenziale nel processo di crescita, si ritiene opportuno evidenziare che il counselling psicologico si caratterizzi come un intervento breve, con un ciclo limitato e predeterminato di colloqui (da tre fino ad un massimo di dieci). E' importante, inoltre, che l'operatore che effettua tale intervento (psicologo e neuro-psichiatra-infantile) espliciti con chiarezza il "contratto" (valorizzando riservatezza ed accoglienza) al fine di rafforzare un'alleanza con le parti adulte dell'adolescente, contenere le aspettative irrealistiche ed avviare il lavoro di esplorazione condivisa delle sue difficoltà. E' importante, quindi, a partire dal primo incontro di counselling sviluppare una buona capacità di ascolto. Saper ascoltare significa evitare elaborazioni precoci rispettando i tempi dell'adolescente, senza lasciarsi prendere da sensazioni di inutilità e pesantezza del proprio lavoro, cercando invece di creare uno spazio in cui possa accadere qualcosa. Una buona capacità di ascolto permette all'operatore di cogliere questo "qualcosa" nel momento in cui accade, condividendone il senso con l'utente che chiede, spesso confusamente, il suo aiuto. Questa capacità di ascolto deve esprimersi in diverse direzioni. Infatti, deve essere posta attenzione a tutto ciò che l'adolescente verbalizza, al modo in cui esterna i propri problemi e disagi, alle espressioni che usa, alla gestualità. In altri termini, bisogna saper cogliere sia il linguaggio verbale che quello non verbale, andando oltre il contenuto puro e semplice delle parole che vengono riferite. Ovviamente, riconoscendo l'importanza della comunicazione verbale e non verbale, l'operatore deve anche fare attenzione ai propri canali comunicativi, prevedendone gli effetti e calibrandoli nel corso della relazione. L'operatore deve essere neutrale (ossia deve avere una posizione non giudicante nei confronti di ciò che gli viene comunicato) e non-direttivo (ossia deve lasciare ampia libertà di espressione all'adolescente che gli parla, senza oberarlo di domande). In tal modo si ascolta attentamente l'utente, senza forzarlo ad affrontare dei disagi con i quali, almeno per il momento, ha difficoltà ad entrare in contatto. Un obiettivo generale è sicuramente quello di basarsi sulla relazione per guidare l'adolescente a trovare da solo, in futuro, la soluzione ai propri problemi, responsabilizzandolo e promuovendone l'autonomia. L'intervento con gli adolescenti, quindi, assume sempre un carattere preventivo in quanto orientato ad accompagnare positivamente un processo di sviluppo che potrebbe presentare disagi e momenti difficili nella sua evoluzione. Con la presenza ed il sostegno dell'operatore, che lo aiuta a riflettere e a contattare i suoi disagi, l'adolescente ridisegna una nuova relazione con le sue problematiche, relazione che gli consente una nuova percezione e comprensione del suo mondo

interiore, dove emozioni e conoscenza ritrovano un nuovo equilibrio. Il counselling rivolto all'adolescente può svolgere, infine, una duplice funzione: da una parte può essere sufficiente a recuperare un momento di difficoltà e dall'altra può costituire l'opportunità per prendere consapevolezza del bisogno di una terapia lunga. In quest'ultimo caso, naturalmente, si richiede l'invio a strutture deputate ad erogare trattamenti psicoterapeutici.

### c) La relazione d'aiuto

La figura professionale dell'assistente sociale può costituire un punto di raccordo e di integrazione tra scuola, famiglia, ambiente allargato e servizi socio-sanitari, dato che lo sviluppo adolescenziale è caratterizzato proprio dall'interdipendenza tra i processi di crescita e i contesti di vita. L'assistente sociale, nella relazione con il "sistema" adolescente, viene a svolgere una funzione di sostegno nel riconoscere e chiarire il problema, di aiuto nel far ritrovare la capacità di attuare il percorso di soluzione, fornendo non solo nuove conoscenze, ma, soprattutto, valorizzando e promuovendo l'utilizzo delle risorse insite nell'adolescente stesso. La "relazione d'aiuto", nell'ambito della consulenza, si delinea metodologicamente in diverse fasi integrate:

- costruire un relazione "empatica", finalizzata a contenere le ansie dell'utente e basata sulla fiducia reciproca, a partire dal rafforzamento delle variabili positive dell'individuo/adolescente;
- adoperare la comprensione della situazione psicologica, familiare e ambientale dell'adolescente, che man mano si acquisisce nell'ambito della relazione, per aiutare ad effettuare una "scelta pensata" in relazione allo specifico problema presentato;
- fornire all'adolescente informazioni relative ad aspetti della realtà esterna messi in gioco dal suo specifico problema, adoperandosi al fine di promuovere una chiarificazione degli stessi ed un esame di realtà, che tenga conto dei risvolti emozionali;
- operando su un piano cognitivo ed emotivo, attivare un percorso di apprendimento di modalità idonee a riconoscere ed affrontare il problema, al fine di sviluppare un mutamento negli atteggiamenti e comportamenti che favorisca la ripresa e il rafforzamento del processo evolutivo.

A partire dalla relazione d'aiuto è opportuno che l'assistente sociale ponga particolare attenzione a costruire un sistema di rapporti e di sostegni intorno all'adolescente, e al suo percorso d'aiuto, integrandosi con i diversi componenti del gruppo di lavoro dello Spazio Adolescenti e sviluppando il lavoro di rete con le diverse risorse istituzionali, sociali ed ambientali del territorio, assumendo l'ambiente sociale, nel quale vive l'adolescente, nel suo duplice contesto: "area" in cui si esplicitano spesso i suoi problemi ma anche "luogo" dove sono presenti risorse valide per la loro soluzione. L'attività dell'assistente sociale si delinea in diversi contesti (dallo Spazio Adolescenti agli altri ambiti d'interventi previsti dal progetto obiettivo), a titolo esemplificativo ne si elencano, di seguito, alcuni:

- nell'ambito della prevenzione la variabile scuola vista, oltre che come contesto per individuare precocemente il disagio giovanile, anche come uno spazio di apprendimento e di relazioni significative in cui l'adolescente possa realizzare un'esperienza positiva, legata alla stima di sé e all'efficacia personale. L'assistente sociale basandosi sulla sua conoscenza dei processi interattivi, connotati soprattutto nella fase adolescenziale da vulnerabilità e protezione, mette in

moto dei meccanismi per rendere disponibili nuove opportunità relazionali e sociali e ridurre i fattori di rischio;

- nel promuovere un intervento preventivo da offrire alla famiglia, nella relazione genitori-figli, in particolar modo per quanto attiene il passaggio dalla pre-adolescenza all'adolescenza. Tra gli strumenti di lavoro possono essere attivate un certo numero di visite domiciliari, non per offrire competenze sostitutive alle famiglie, ma per consolidare le competenze potenzialmente presenti. Lo scopo dei programmi di sostegno non è quello di ratificare le carenze della famiglia, ma di scoprire e sostenere le energie che contiene;
- nello svolgere un'attività di orientamento. Un altro campo d'azione riguarda, infatti, il futuro dell'adolescente dopo la scuola dell'obbligo: l'incertezza tra il proseguire gli studi (ed eventualmente in quale indirizzo) e l'affrontare il mondo del lavoro. Questo costituisce per i ragazzi, privi di supporto familiare, un vero problema che a sua volta può innescare una traiettoria rischiosa che può condurre a fenomeni d'emarginazione;
- nello Spazio Adolescenti garantendo l'effettuazione di consulenze psico-sociali (nella tradizione tipicamente consultoriale) su diverse tematiche quali, ad esempio, sostegno/supporto nel processo di crescita, nei diversi ambiti relazionali, consulenze per il Tribunale per i Minorenni (es. richiesta di matrimonio di minori), sostegno nei percorsi attinenti la procreazione responsabile, la gravidanza, l'interruzione volontaria di gravidanza.

La relazione d'aiuto e più in generale l'attività dell'assistente sociale si dirama, pertanto, in diversi contesti, a tale riguardo si ritiene utile sottolineare che tale figura deve confrontarsi con l'intero arco dei problemi che l'adolescente incontra nella vita quotidiana. E' molto difficile determinare a priori il peso delle varie componenti interattive, nè possiamo ricorrere alla dicotomia tra realtà psichica e realtà sociale per semplificare interventi che sappiamo ricchi di sfumature: l'ingresso nel "sistema adolescente" può avvenire a vari livelli, purchè si condivida un'ottica processuale in base alla quale gli esiti evolutivi o patologici di un caso derivano dall'interazione continua tra le variabili sociali, culturali, interpersonali e individuali. Nel metodo di lavoro dell'assistente sociale (che scaturisce da diversi modelli: "case-work ambientale", "problem-solving", "case management") la centralità del concetto d'aiuto e di rapporto assistente-adolescente richiedono una revisione e un'attenzione costante. Lavorare in équipe multidisciplinare, tramite la presa in carico comune, valorizzando il confronto sui casi e verificando i processi e gli esiti, aumenta la possibilità di dare risposte articolate e complesse al mondo adolescenziale.

#### d) Le prestazioni sanitarie e la relazione con l'adolescente

La necessità di sviluppare una buona relazione ed un'attenta modalità d'ascolto devono essere garantite anche nell'effettuazione delle prestazioni sanitarie. A tale riguardo si evidenzia l'importanza, per esempio, che anche l'effettuazione di una visita ginecologica non sia una semplice prestazione di routine, ma viva e si sviluppi all'interno di una reale interazione e comunicazione tra l'operatore e l'adolescente. La consultazione ginecologica, pertanto, deve essere intesa come un'occasione da offrire all'adolescente per conoscere più a fondo sia il proprio apparato genitale e riproduttivo, sia le norme fondamentali per valutare e rispettare il suo stato di salute sessuale. Questa consulenza, quindi, non deve mai essere imposta, ma deve rispettare i

tempi della adolescente, la quale deve avere la possibilità di elaborare le eventuali paure che possono precedere l'esperienza del primo incontro con il/la ginecologo/a. Anche la scelta di un metodo contraccettivo non deve nascere come una sorta di "prescrizione", ma deve essere in qualche modo guidata dall'operatore attraverso l'approfondimento degli stili di vita sessuale della adolescente. Ciò significa che ampio spazio dovrà essere dedicato a tematiche quali: la frequenza dei rapporti sessuali, i pregressi rischi di gravidanza indesiderata corsi dalla utente, le pregresse IVG, la stabilità e la qualità della relazione con il partner, il coinvolgimento dello stesso, la qualità ed il livello di comunicazione esistente all'interno della famiglia d'origine. Ovviamente sono variabili importanti da tenere nella massima considerazione anche l'età della ragazza ed il grado di libertà con cui ha scelto o sceglie di avere rapporti sessuali. Eventuali controlli periodici sono importanti per verificare l'uso corretto e costante del metodo contraccettivo scelto, e questo permette anche di rinforzare, ove se ne percepisse la necessità, la motivazione all'uso del contraccettivo, in modo da prevenire il più possibile le gravidanze indesiderate. Sappiamo, però, che un'ampia fascia di ragazze sfuggirà sempre a qualunque sforzo di prevenzione, per cui l'operatore deve essere in grado di fornire una consulenza anche relativamente ai problemi della contraccezione post-coitale e del test di gravidanza. In questi casi caratterizzati da un forte senso di urgenza, compito dell'operatore sarà anche accogliere l'adolescente e contenerne l'ansia. In tal modo, potrà cercare di aiutare l'utente a rivedere il proprio stile di vita sessuale (compresa la funzione che in essa riveste il rischio), così da promuoverne, eventualmente, la modificazione.

L'obiettivo finale di una consulenza deve essere, infatti, quello di favorire un cambiamento nello stile di vita sessuale della ragazza, in modo da indurla a comportamenti più consapevoli e responsabili.;

e) L'integrazione tra le diverse tipologie di consulenze

Nell'ambito delle diverse ed articolate tipologie di consulenze è di estrema rilevanza l'attuazione di una reale comunicazione tra gli operatori per effettuare non un semplice "invio", ma garantire un'organica presa in carico comune, nell'ambito di specifici percorsi d'interventi. A tale riguardo si evidenzia l'importanza, per esempio, che l'adolescente con problemi psicologici correlati all'alimentazione venga seguito, nell'ambito del percorso operativo avviato, congiuntamente dallo psicologo e dal pediatra o che durante un percorso di interruzione volontaria di gravidanza si attui un'integrazione operativa tra l'assistente sociale, lo psicologo ed il ginecologo. Per quanto attiene, pertanto, la risoluzione dei bisogni espressi, nell'ambito di specifici percorsi d'interventi, che vedono la partecipazione di diverse figure professionali, è di estrema rilevanza la stipula di protocolli operativi che definiscano le fasi della presa in carico comune, le modalità di confronto tra operatori ecc.

### 5.1.6. Aree di lavoro e percorsi d'interventi previsti dallo Spazio Adolescenti

Gli interventi svolti nello Spazio Adolescenti sono costituiti da diversi tipi di consulenze e prestazioni. Sono finalizzati a garantire la fruizione dello "Spazio" attraverso l'accoglienza personalizzata, la caratterizzazione di tipo consulenziale e non solo ambulatoriale, la costruzione di percorsi di intervento in diversi ambiti (es. relazionale, sessuale, procreativo, ecc.) di tutela della

salute. In riferimento alle prestazioni e consulenze (di seguito elencate) previste si precisa quanto segue:

- a) le prestazioni sono state raggruppate per aree e consequenziali percorsi d'interventi. Le suddette aree vogliono evidenziare le variegate forme e contenuti con cui si delinea la tutela della salute dell'adolescente;
- b) le prestazioni specifiche per ogni area sono state presentate a titolo esemplificativo. Ogni A.S.L. potrà, nel corso di attuazione del progetto, individuare ulteriori al fine di qualificare ulteriormente le attività rivolte agli adolescenti;
- c) le aree sono strettamente correlate e integrate, sono pertanto distinte, ma non isolate tra loro;
- d) non tutte le prestazioni previste possono essere erogate direttamente dallo Spazio Adolescenti (vista la diversa realtà territoriale/distrettuale); alcune di esse dovranno essere richieste (nell'ambito dei diversi follow-up stabiliti), tramite diversi modelli funzionali dipartimentali per es. ad un'altra sede di una U.O.M.I., ad altre UU.OO.MM.II., ad altre UU.OO. del Distretto, nonché ai Presidi Ospedalieri e all'Azienda Ospedaliera.

Area attinente la tutela della salute dell'adolescente nell'interazione/relazione con: il "sé", i genitori e la famiglia, il gruppo amicale, il partner, gli insegnanti e la scuola, la comunità locale:

- Prima accoglienza personalizzata del soggetto adolescente: singolo, in coppia, in gruppo.
- Consulenza psico-sociale, psicologica e sanitaria su: salute e processo di crescita, aspetti emotivi-affettivi-relazionali correlati alla sessualità, difficoltà relazionali (con i genitori, con gli altri componenti del nucleo familiare, con gli amici, con il partner, con gli insegnanti e con il mondo degli adulti in generale).
- Consulenza e sostegno psicosociale, psicologica e di neuropsichiatria infantile all'adolescente con disagio o difficoltà emergente nelle comunità scolastiche.
- Consulenza psicosociale e psicologica per il minore che deve o ha contratto matrimonio.
- Interventi di counselling psicologico.
- Valutazione e formulazione del piano terapeutico-riabilitativo dell'adolescente con problemi strutturati.
- Consulenza di neuro-psichiatria-infantile nell'età evolutiva.
- Consulenza e sostegno psico-sociale e psicologico all'adolescente in difficoltà.
- Attività di consulenza psico-sociale, psicologica, neuro-psichiatrica-infantile all'adolescente inviato da altre Istituzioni (es. Tribunale per i Minori).
- Visita domiciliare nell'ambito di attività di consulenza psico-sociale, psicologica, neuro-psichiatrica-infantile.
- Interventi di sostegno nell'ambito del follow-up stabilito.
- In riferimento alla suddetta area relazionale si devono naturalmente garantire consulenze psico-sociali, psicologiche e neuro-psichiatriche-infantili anche per quanto attiene a richieste effettuate da:
  - genitori che vivono difficoltà relazionali con figli adolescenti;

- insegnanti che interagiscono con studenti in difficoltà o che vivono loro stessi difficoltà di “comunicazione” con singoli studenti o con il gruppo classe;
- altre istituzioni che a diverso titolo interagiscono con gli adolescenti.

#### Area attinente la procreazione responsabile e la prevenzione dell'aborto:

- Consulenza sessuale nei suoi aspetti informativi, funzionali, emotivi e relazionali.
- Consulenza psicosociale e sanitaria, individuale e di coppia, inerente la contraccezione.
- Visita ginecologica.
- Visita al seno.
- Pap-test.
- Prescrizione esami per la contraccezione orale.
- Prescrizione del contraccettivo prescelto.
- Controllo del contraccettivo prescelto.
- Consulenza e prescrizione del contraccettivo d'emergenza.
- Interventi di sostegno nell'ambito del follow-up stabilito.

#### Area inerente la tutela della maternità-paternità responsabile e il percorso gravidanza-nascita:

- Presa in carico, consulenza e sostegno, psicosociale-psicologico-sanitario, dell'adolescente nell'ambito della maternità-paternità responsabile e nell'intero percorso gravidanza-nascita.
- Consulenza ed ulteriori prestazioni specialistiche, approfondimento diagnostico strumentale ed esami di laboratorio su morfologia apparato riproduttivo e funzione neuroendocrina.
- prestazioni specialistiche, approfondimento diagnostico strumentale ed esame di laboratorio inerente la maternità-paternità responsabile e il percorso gravidanza-nascita nell'ambito di quanto previsto dai protocolli stabiliti dal Decreto del Ministero della Sanità del 03.03.1995 ed eventuali modifiche in atto.
- Corso di preparazione al parto.
- Visita domiciliare all'adolescente in stato di gravidanza a rischio.
- Interventi di sostegno nell'ambito del follow-up stabilito.

#### Area inerente il percorso di interruzione volontaria della gravidanza:

- Presa in carico, consulenza e sostegno, psicosociale-psicologico-sanitario, dell'adolescente per un eventuale percorso di i.v.g..
- Colloquio informativo.
- Certificazione.
- Ecografia.
- Consulenza, assistenza e sostegno psicosociale e psicologico post-i.v.g..
- Visita post-i.v.g..
- Interventi di sostegno nell'ambito del follow-up stabilito.



Area inerente la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse:

- Presa in carico, consulenza e sostegno, psicosociale-psicologico-sanitario, dell'adolescente attinente le malattie a trasmissione sessuale, in particolare l'A.I.D.S..
- Prescrizione ulteriori prestazioni specialistiche, approfondimenti diagnostico strumentali ed esame di laboratorio.
- Interventi di sostegno nell'ambito del follow-up stabilito.

Altre Aree inerenti la "Tutela Salute Adolescenti":

Ambito di pediatria nell'età evolutiva:

- Consulenza inerente una corretta alimentazione nel processo di crescita dell'età evolutiva.
- Consulenza su altre tematiche attinenti il processo di crescita.

Ambito ginecologico:

- Visita ginecologica.
- Pap-test.
- Prelievi secreto vaginali.
- Visita al seno.
- Prelievo secreto mammario.
- Prescrizione esame strumentale per approfondimento diagnostico seno.
- Ecografia pelvica-ginecologica.
- Colposcopia.
- Biopsia.
- Polipectomia.
- Diatermocoagulazione.
- Interventi di sostegno nell'ambito del follow-up stabilito.

5.1.7. Elenco di ulteriori prestazioni specialistiche, approfondimenti diagnostico-strumentali ed esami di laboratorio, sia di 1° che di 2° livello, richiesti dallo Spazio Adolescenti ad altre UU.OO./Strutture/Presidi (nell'ambito del follow-up stabilito), tramite i diversi modelli funzionali dipartimentali (in ambito Distrettuale, InterDistrettuale, con il Presidio Ospedaliero e con l'Azienda Ospedaliera)

Per l'Area relazionale:

- Consulenze psichiatriche.
- Consulenze psicologiche.

Per l'Area Procreazione Responsabile:

- Esami di laboratorio per la scelta del contraccettivo orale e per il relativo controllo periodico.

Per l'Area tutela della maternità-paternità responsabile e percorso gravidanza-nascita:

- Approfondimenti diagnostico/strumentali morfofunzionali ed esami di laboratorio, consulenze inerenti l'apparato riproduttivo e neuroendocrino (es. problemi di infertilità, disendocrinopatia, ecc...).
- Esami di laboratorio (sull'urina o sul sangue) per l'accertamento di un eventuale stato di gravidanza.
- Approfondimenti diagnostico/strumentali ed esami di laboratorio per la tutela della maternità-paternità responsabile e per l'intero percorso di gravidanza/nascita.

Per l'Area Interruzione Volontaria Gravidanza:

- Ulteriori prestazioni specialistiche, approfondimenti diagnostico/strumentali ed esami di laboratorio per l'intero percorso di interruzione volontaria di gravidanza.

Per l'Area Prevenzione Malattie Sessualmente Trasmesse:

- Ulteriori prestazioni specialistiche, approfondimenti diagnostico/strumentali ed esami di laboratorio attinenti le malattie sessualmente trasmesse.

Per le altre Aree inerenti la "Tutela salute Adolescenti":

- Consulenze endocrinologiche.
- Indagini strumentali.
- Biopsia e polipectomia.

### 5.1.8. Attività di gruppo di Educazione alla Salute previste dallo Spazio Adolescenti

Lo Spazio Adolescenti non deve essere soltanto un luogo dove erogare prestazioni ad utenti con un problema già in atto o su richieste di un specifico bisogno di tutela della salute, ma deve anche essere uno "spazio" in cui l'adolescente possa "ritrovarsi" e "riconoscersi". Uno spazio attraverso il quale l'adolescente inizia a diventare "soggetto" e "protagonista" della difesa e della promozione della propria salute; uno spazio pertanto nel quale si sviluppi un'attività Educativa sulla tematica della Salute .

A tale riguardo è opportuno predisporre quanto segue:

- a) elaborare un'articolata tipologia di attività di gruppo rivolta agli adolescenti su tematiche quali il processo di crescita nell'età adolescenziale (es.: sviluppo psico-fisico, immagine di sè, dubbi ed insicurezze nello sviluppo psicologico), le difficoltà relazionali (con i genitori, il gruppo amicale, il partner, gli insegnanti), gli aspetti emotivi-affettivi-relazionali correlati alla sessualità, altre tematiche inerenti la salute (la conoscenza del proprio corpo e quello dell'altro, la procreazione responsabile, la prevenzione dell'aborto e delle malattie sessualmente trasmesse, l'alimentazione, le dipendenze, il disagio);

- b) elaborare delle attività di gruppo di Educazione alla Salute rivolte ai genitori ed agli insegnanti;
- c) attuare idonee strategie affinché, oltre alle attività di gruppo predisposte dagli operatori, siano gli adolescenti stessi a proporre tematiche di loro interesse da trattare nello Spazio Adolescenti.

Ogni U.O.M.I. nell'attivare gli interventi di educazione alla salute, deve tener conto, della specifica realtà territoriale, delle caratteristiche della propria popolazione adolescenziale, della reale composizione del gruppo di lavoro sia rispetto alle diverse figure professionali che del numero degli operatori, della formazione del personale, ecc....

#### 5.1.9. Strumenti informativi dello Spazio Adolescenti

In merito alla relazione utenti/operatori delle diverse figure professionali, specificamente alle varie tipologie di consulenze e prestazioni, è necessario che vengano adottati diversi strumenti informativi. A tale riguardo si elencano alcune tipologie di schede/sezioni: per la prima accoglienza e le consultazioni psicosociali, per l'attività psicologica, per l'attività di neuropsichiatria infantile, per l'attività di ginecologia, gravidanza, contraccezione, i.v.g., per l'attività di consulenza sull'alimentazione e più in generale sul processo di crescita, per le attività di gruppo di educazione alla salute.

Le schede devono essere finalizzate non solo a sviluppare una riflessione, da parte dell'operatore, sul contenuto di ogni incontro (per elaborare le tematiche e le dinamiche emerse nel corso dell'intervento), ma anche come fonte per poter estrapolare i dati relativi alle diverse tipologie di attività, per poter sviluppare una prima analisi relativa all'evoluzione della "domanda", nonché per realizzare un confronto tra gli operatori delle specifiche figure professionali sulle modalità di erogazione delle prestazioni e sui casi trattati più significativi, al fine di condividere e socializzare le esperienze.

Oltre alle schede sopra elencate è opportuno prevedere l'elaborazione di questionari connessi a rilevare il grado di soddisfazione dell'utenza in merito alla qualità dei servizi, attività e prestazioni espletati dallo Spazio Adolescenti. A tale proposito è utile segnalare che è necessario prestare particolare attenzione alle modalità di somministrazione al fine di prevenire ansie di controllo e per garantire la privacy degli studenti. E' necessario, inoltre, che vengano adottati vari strumenti informativi (preferibilmente con supporto informatico), per l'aggregazione dei dati attinenti le attività e le prestazioni previste dallo Spazio Adolescenti funzionali alla valutazione. Le principali informazioni da rilevare riguardano: la tipologia di utenza (disaggregata tra utenza e nuova utenza, sesso, fascia di età, provenienza, ecc.) e le tipologie di attività (attività: psico-sociali, psicologica, ginecologica, gravidanza, contraccezione, i.v.g., neuropsichiatria infantile, pediatria nell'età evolutiva, nonché di gruppo).

Strettamente correlato alla valutazione, inoltre, è necessario elaborare ed adottare uno strumento informativo riferito alla "compliance" al fine di avere dei dati attinenti alla popolazione bersaglio e alla popolazione che aderisce alle diverse attività e prestazioni offerte.

Nell'ambito dei raccordi previsti, attinenti i diversi follow-up stabiliti, tra lo Spazio Adolescenti/U.O.M.I. e le altre UU.OO. (in ambito distrettuale interdistrettuale e con l'area

omogenea ospedaliera), è necessario, infine, che vengano adottati strumenti informativi funzionali ai raccordi di rete.

## 5.2. Attività ed interventi di Educazione alla Salute nelle Scuole

### 5.2.1. Premessa

L'educazione alla Salute va vista come un processo attraverso il quale: si aumentano le conoscenze, si produce un cambiamento o un miglioramento di atteggiamenti, si cerca di migliorare la capacità di comunicare, si promuove lo sviluppo dell'autonomia e della responsabilità personale. Lo scopo principale deve essere, quindi, quello di aiutare gli adolescenti a prendere decisioni ponderate ed operare scelte oculate in relazione alla loro salute, attraverso la crescita delle loro conoscenze ed una verifica delle loro convinzioni. Tale attività non deve, pertanto, soltanto occuparsi di trasmettere delle informazioni, ma deve anche coinvolgere gli studenti nel processo delle scelte e delle decisioni. E' necessario, infatti, aiutare gli adolescenti ad esplorare/analizzare i loro interessi, atteggiamenti e valori, a sviluppare la capacità di valutare, ad operare dei cambiamenti adeguati e ad adattarvisi, a capire che essi hanno il controllo sulla loro salute mediante decisioni prese con consapevolezza. Appare evidente, pertanto, che gli interventi di Educazione alla Salute, non possono non configurarsi che come un'operazione complessa-interagente-sistemica che deve produrre modifiche graduali di comportamenti, consapevoli atteggiamenti educativi, nonché coscienza critica.

### 5.2.2. Relazione tra Scuola ed Educazione alla Salute

Lo sforzo maggiore che la Scuola si è trovata ad affrontare nel corso degli anni più recenti è stato quello di doversi adeguare ai mutamenti, soprattutto a quelli che hanno investito la famiglia e la società. A tale riguardo l'Educazione alla Salute è ormai considerata una componente importante e necessaria del curriculum scolastico.

La scuola, in quanto rappresenta un momento formativo rilevante per gli adolescenti, può assumere un ruolo determinante per l'assunzione di stili di vita sani attraverso interventi di Educazione alla Salute. Essa si rileva, infatti, "promotrice di Salute" perché è frequentata dalla maggioranza della popolazione in età evolutiva, negli anni, cioè, più plastici per la costruzione dell'equilibrio della salute; perché assieme alla famiglia ed all'ambiente sociale, contribuisce all'acquisizione di uno stile di vita; ed, infine, perché contribuisce a sviluppare la capacità di apprendimento e la metodologia per studiare situazioni e problemi. In quest'ottica il concetto di salute non può essere considerato un momento isolato del processo educativo, ma una sua stessa componente in quanto concorre a promuovere nei singoli, una serie di atteggiamenti consapevoli e positivi nei riguardi della salute propria e della comunità. L'istituzione scolastica si è aperta, in questi anni, alla tematica di Educazione alla Salute, sono stati promossi diversi progetti (es. il Progetto Ragazzi, il Progetto Giovani, il Progetto Genitori, etc.), è stata istituita la figura dell'insegnante referente, nonché costituiti i Centri di Informazione e Consulenze.

Nello stesso tempo i servizi socio-sanitari hanno come compito istituzionale quello di attuare interventi di prevenzione e di promozione della salute. E' evidente, pertanto, che le attività di

Educazione alla Salute, necessitano di un incontro e di una stretta integrazione tra le due Istituzioni: Scuola e Servizio Sanitario.

Ai servizi socio-sanitari, inoltre, è attribuito un ruolo più significativo che in passato, per intervenire con le proprie competenze, a sostegno ed integrazione dell'azione educativa della scuola, anche grazie alla costituzione, da parte delle scuole medie superiori, dei Centri di Informazione e Consulenze. Le funzioni dei suddetti Centri, infatti, sono: la ricognizione dei bisogni, delle disponibilità e delle risorse presenti nel mondo studentesco, delle risorse del territorio; la facilitazione di momenti di elaborazione e di progettazione dei giovani; l'ascolto e l'aiuto ai singoli studenti per affrontare particolari difficoltà. I Centri si qualificano, quindi, non solo come uno spazio di ascolto e di informazione, ma soprattutto come spazio di confronto, di programmazione di ricerche (es. sui bisogni degli studenti, sui fenomeni di disagio, etc.), di progettazione d'interventi (es. attività di socializzazione, animazione, di educazione alla salute, etc.), allo scopo di migliorare la comunicazione interna, di motivare all'iniziativa e di accrescere la fiducia e la solidarietà nell'ambito dell'istituto. I Centri di Informazione e Consulenze vengono a rappresentarsi, quindi, come organismi inter-istituzionali ed inter-disciplinari, luoghi per favorire una costante opportunità di comunicazione tra le diverse soggettività (studenti, insegnanti ed operatori), per delineare una programmazione integrata di ricerche-interventi.

### 5.2.3. Tematiche

E' opportuno sviluppare la tematica di ogni intervento analizzando l'insieme delle variabili che compongono lo stato di "Salute", la loro stretta interazione ed influenza (es. la condizione fisica, gli aspetti sanitari, la valenza psicologica-relazionale, il contesto sociale e culturale, la realtà ambientale).

Il programma di educazione alla salute può delinearsi attraverso la discussione di diversi temi (es. lo sviluppo psico-fisico, la comunicazione e le dinamiche relazionali, l'alimentazione, le dipendenze, la sessualità, etc.). A titolo esemplificativo si presentano alcune tematiche:

#### **1) Educazione Sessuale-Sentimentale**

La scelta di promuovere attività educative su tale tematica scaturisce non solo dalla valenza positiva che hanno interventi di prevenzione primaria su temi come l'interruzione volontaria di gravidanza, le malattie sessualmente trasmesse, ma anche dalla consapevolezza che per gli adolescenti non è semplice, di fronte ad una molteplicità di messaggi contraddittori, elaborare propri valori ed atteggiamenti inerenti la sessualità, che scaturiscano non da un adeguamento passivo o da processi imitativi di modelli esterni, bensì da un'analisi critica, una riflessione ed un'appropriazione di informazioni e conoscenze, al fine di sviluppare scelte autonome e consapevoli.

L'adolescenza può essere un periodo molto difficile per i cambiamenti che accadono in modo repentino e continuo e per le curiosità e le paure che nascono da informazioni, spesso confuse, che gli adolescenti cercano di raccogliere da soli o tramite il confronto con i coetanei. La difficoltà dei ragazzi a relazionarsi sulla tematica sessuale scaturisce anche da una difficile comunicazione tra genitori e figli e da una carenza istituzionale, vista l'assenza di una legge molte volte

annunciata che inserisca a pieno titolo l'Educazione alla Sessualità nei programmi curriculari della Scuola.

Inoltre, la complessità sociale, il bombardamento degli stimoli televisivi e dei mass-media (che propongono una cultura del corpo come status-symbol, una sessualità come "consumo" e svilita dei suoi aspetti legati alla relazione ed all'affettività), l'aumento di conoscenze "contraddittorie" comportano una minore chiarezza nell'adolescente che si trova in una fase di transizione e quindi di incertezza.

Affrontare la tematica della sessualità nell'adolescenza è, quindi, importante perché, al di là dei presupposti biologici, che ne costituiscono la base, viene comunque coinvolta l'identità psicologica e sociale dell'individuo. Gli interventi su tale tematica devono avere come punto di riferimento la definizione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fornito a proposito della "Salute Sessuale": "l'integrazione tra gli elementi somatici, emotivi, intellettuali e sociali dell'essere sessuale, attraverso mezzi che siano arricchenti positivamente e che incrementino la personalità, la comunicazione e l'amore".

In particolare tali interventi possono essere organizzati attraverso la presentazione e discussione dei seguenti argomenti:

- 1) le trasformazioni psico-fisiche dell'adolescente, a partire dalla pre-adolescenza;
- 2) le dinamiche relazionali tra l'adolescente e i genitori, il gruppo dei pari, il partner;
- 3) la molteplicità dei fattori (culturali, etici, sociali) che influenzano la sessualità;
- 4) gli stereotipi legati ai ruoli "maschile" e "femminile" presenti nel contesto sociale e culturale;
- 5) l'anatomia e la fisiologia dell'apparato genitale maschile e femminile;
- 6) la comunicazione e i primi rapporti sessuali;
- 7) la procreazione responsabile e le scelte contraccettive;
- 8) la maternità e la paternità responsabile, la gravidanza e la nascita;
- 9) i fattori di rischio (ad esempio le malattie sessualmente trasmesse, l'interruzione volontaria di gravidanza);
- 10) la pluralità dei valori in campo sessuale;
- 11) la legislazione correlata alla tematica sessuale e, più in generale, alla tutela della salute.

Affinché la trasmissione di contenuti così densi di significati possa essere recepita in modo possibilmente trasformativo, si ritiene utile, nel concludere questa sezione, descrivere alcune condizioni che devono caratterizzare un intervento di educazione sessuale -sentimentale:

- a) un intervento di educazione sessuale-sentimentale richiede, preliminarmente, da parte del gruppo di lavoro, una riflessione comune sul tema. La sessualità, infatti, per le sue molteplici caratteristiche, che investono profondamente la sfera intima di una persona, necessita, da parte degli operatori, di un approfondito confronto, di una riflessione su se stessi e sui propri vissuti e di una rielaborazione dei propri atteggiamenti e valori. Tale processo deve essere finalizzato a sviluppare una modalità di comunicazione con gli utenti priva di "giudizio". L'operatore, evitando che il suo agire possa essere influenzato dai vissuti personali, deve tendere a porsi in maniera empatica, a creare un clima sereno nel quale i ragazzi possano sentirsi liberi di esprimere le loro opinioni e rispettati nelle loro contraddizioni;

- b) l'intervento, va delineato nel rispetto della "soggettività" dell'adolescente, deve cioè essere un intervento che non sia proposizione di "modelli di comportamenti" in campo sessuale, ma che offra un'opportunità di confronto e di chiarificazione delle proprie scelte;
- c) gli adolescenti vanno sostenuti nel processo di acquisizione, con spirito critico, di informazioni e di conoscenze al fine di effettuare scelte personali responsabili;
- d) l'informazione non solo non è asettica, ma è seduttiva. Ogni discorso riguardante la sessualità, anche la sola informazione sulla fisiologia dei corpi fatta da un adulto, oltre ad avere potenzialità seduttive, può anche risultare un'intrusione. Per questo durante gli interventi può essere utile sottrarsi al ruolo di unico interlocutore o presentatore, facendo "circolare la domanda", cioè rimandando la risposta agli altri ragazzi;
- e) è necessario prestare attenzione al linguaggio utilizzato, e alle risposte che si danno, evitando le generalizzazioni "è normale", "è contro natura", "è giusto o sbagliato". I messaggi trasmessi dal docente, sia esso insegnante o "esperto", hanno una forte rilevanza per lo studente, in particolar modo nella prima adolescenza;
- f) un piano etico è implicito in ogni forma di discorso sulla sessualità. Questa coinvolge infatti un altro essere umano, e quindi comporta una richiesta di modelli di comportamento. E' importante, nel mostrare che esistono modi diversi di concepire e valutare la sessualità, promuovere l'acquisizione di valori universali (come: la libertà, il rispetto di sé e dell'altro, il rispetto delle diversità, la responsabilità) all'interno dei quali l'adolescente va sostenuto nel processo di acquisizione della capacità di assumere decisioni autonome e di un atteggiamento positivo verso la sessualità;
- g) individuare temi diversi rispetto all'età degli ascoltatori. Nella scuola media inferiore, per esempio, se si pone in primo piano, per l'educazione alla sessualità degli adolescenti, la trasmissione di informazioni sull'AIDS, c'è la possibilità che, chi propone tale tema manifesti personali esigenze e l'abbinamento tra sessualità e morte, piuttosto che tenga conto delle concrete esigenze degli alunni. Per le medie inferiori è importante fornire stimoli conoscitivi sui cambiamenti corporei che i ragazzi affrontano in questo periodo, sulla confusione relativa alle informazioni, ed eventualmente anche sull'AIDS, essendo però cauti a far sì che non occupi il primo posto. E' importante creare un clima di serenità e fiducia in cui i ragazzi stessi possano sentirsi liberi di esprimere i propri dubbi e curiosità. Per le superiori può essere utile affrontare aree relative alla relazione con l'altro, ai diversi sistemi contraccettivi, alla paura di non essere normali, alle malattie trasmesse sessualmente, ecc.;
- h) essere consapevoli di ciò che l'operatore propone, cioè cercare di comprendere il quadro di riferimento in cui si attua l'intervento di educazione alla sessualità; per esempio, se esso fa parte di un'attività di prevenzione all' AIDS, l'operatore porterà con sé un alone di sanitarizzazione della sessualità, con il rischio che ogni manifestazione della diversità individuale possa essere percepita come patologia. La valutazione ed il rispetto dei limiti della disponibilità individuale ad affrontare tematiche più o meno coinvolgenti vanno considerati attentamente e possono servire a definire i diversi compiti degli operatori;

- i) costruire o favorire la partecipazione. Educare (=far venire fuori) vuol dire aiutare qualcuno ad esprimere se stesso, a comportarsi in modo conforme alla sua personalità. Educare vuol dire, quindi, rafforzare la personalità, rispettandone l'originalità e non costringerla in un modello. Ciò implica che un intervento di educazione sessuale-sentimentale dovrà essere necessariamente basato sulla richiesta, o per lo meno sulla partecipazione attiva di coloro ai quali esso è rivolto. Esiste una condizione ideale: quella che gli insegnanti sappiano raccogliere o decodificare la domanda spesso implicita sottesa alle comunicazioni dei ragazzi e chiedano al consultorio una consulenza per organizzare un intervento specifico sulla sessualità. Questo non accade sempre per cui è utile adottare alcune cautele prima di accettare una consulenza. Per quel che riguarda i ragazzi essi “devono essere portati” ad assumere un ruolo attivo ed a richiedere informazioni sulla sessualità. Ciò comporta che, se la richiesta non è venuta direttamente da loro, essi vengano stimolati a pensare e a riflettere. Ciò può essere realizzato presentandosi direttamente a loro per esporre il proprio progetto e per raccogliere, prima dell'incontro programmato, domande sui temi che i ragazzi vorrebbero che fossero trattati, e concordando con loro (e con gli insegnanti) i tempi e le modalità con cui svolgere l'intervento.
- j) è di estrema rilevanza stabilire con il gruppo-classe un contratto; poiché non si può prevedere a quale livello emotivo avverrà la risposta alla comunicazione, va costruito e delimitato uno spazio, raccolto e protetto, in cui sia stato stabilito, prima con se stessi e poi con i ragazzi, un contratto, le cui regole corrispondano alle peculiarità della comunicazione. Per esempio: libertà di espressione e di intervento, rassicurazione sul carattere confidenziale di quello che verrà detto, conferma del rispetto reciproco delle opinioni, particolare attenzione ad evitare la presa in giro e la provocazione. Il contratto consente all'operatore, tenendo presente il rischio di infrazioni, di evidenziare significati, interpretare comportamenti, oppure rifiutare di rispondere alle domande provocatorie;
- k) riflettere sulla composizione del gruppo: misto o diviso per sesso. Prevalentemente le classi sono miste; e soprattutto nelle classi superiori, quando si parla di relazioni sessuali, le contrapposizioni tra ragazzi e ragazze sono alcune volte ardue da affrontare e da elaborare;
- l) essere consapevoli che la scuola ripropone l'immagine di una struttura familiare, dove gli insegnanti come i “genitori”, attraverso le loro espressioni verbali e non verbali rimandano di continuo, implicitamente o esplicitamente, messaggi sulla sessualità. Ciò implica che l'operatore si confronta con persone con storie e relazioni più o meno stratificate, di cui non è a conoscenza e che eserciteranno le loro influenze nel corso degli interventi. È opportuno che l'operatore, unitamente all'insegnante, valuti di volta in volta, se la presenza di quest'ultimo, durante gli incontri sull'educazione sessuale-sentimentale possa avere un effetto facilitante oppure inibente nella sua relazione con i ragazzi. È molto importante, comunque, che venga offerto agli insegnanti uno spazio di formazione sulle tematiche afferenti all'educazione sessuale-sentimentale;
- m) nell'intervenire nel gruppo-classe, andrà tenuto in mente che non ci si trova davanti a un insieme di singoli individui, ma a un'entità-gruppo con una sua vita particolare, dinamiche precise e temi dominanti, che facilitano o ostacolano le comunicazioni. Perciò tali dinamiche



andrebbero intraviste, se non capite - in questo caso gli insegnanti potrebbero svolgere un ruolo importante - e, se possibile, esplicitate. Dopo ogni incontro va previsto un tempo supplementare per consentire agli allievi interessati di proporre domande anche in un contesto più protetto; questo al fine, nel caso sia necessario, di risolvere o stemperare le reazioni che l'operatore stesso ha eventualmente stimolato in loro. A conclusione dell'intervento, infine, è opportuno attuare un'opera di sensibilizzazione nei confronti dei ragazzi finalizzata ad incoraggiarli ad utilizzare lo Spazio Adolescenti, a concepirlo come uno spazio ulteriore di opportunità per affrontare o approfondire tematiche di loro interesse;

- n) considerare che gli obiettivi da cui si parte nel promuovere un intervento di educazione sessuale-sentimentale sono generalmente molto ampi. Poiché si tratta di un'esperienza coinvolgente, essa può fornire grandi soddisfazioni, ma anche profonde frustrazioni. Si creano momenti di intimità e di scambio di esperienze vissute, di storie passate che fanno vivere forti emozioni e allargare gli orizzonti di conoscenza e di vita. Tuttavia, data la ristrettezza temporale ed altri fattori contingenti in cui si attuano gli interventi, è costante la sensazione di insoddisfazione, di inadeguatezza rispetto al progetto iniziale. L'operatore dovrà pertanto tollerare un certo grado di frustrazione. Per prevenire ciò può essere utile prefissarsi un obiettivo minimo: quello di rispondere alle domande che i ragazzi hanno fatto di persona, o scritto su bigliettini prima di iniziare l'intervento. Se a queste domande hanno dato una risposta prima di tutto gli altri ragazzi e l'operatore, ulteriormente, le ha chiarite e completate, risolvendo o affrontando l'emotività che può essere derivata dai temi trattati, si può ritenere l'esito di tale processo soddisfacente;
- o) il ricorso a tecniche come il questionario, il brain-storming, il problem-solving, il circle time, il role-playing (e altri metodi proiettivi) o strumenti come video, diapositive e film, può essere utilissimo. Sono artifici (nel senso buono del termine) che aiutano a condensare in un tempo breve delle esperienze, delle storie sulle quali tutto il gruppo possa rillettere, ma non risolvono le difficoltà che sono poste dal parlare di sessualità. E soprattutto non sostituiscono l'atteggiamento, la disposizione dell'operatore verso gli argomenti che si stanno trattando. Questi strumenti non sono da considerare come la soluzione magica dei problemi che vengono espressi dai gruppi, ma solo come un mezzo che può mostrare relazioni e contenuti di cui siamo poco consapevoli.

## 2) Educazione Alimentare:

Realizzare un'attività di educazione alla salute su tale tematica scaturisce non solo dalla consapevolezza che le abitudini alimentari rivestono una notevole importanza nel conservare o danneggiare la salute umana, ma soprattutto nel constatare che alcuni seri problemi nutrizionali possono comparire in questo periodo di vita a causa del particolare atteggiamento psicologico dell'adolescente. Avvengono, infatti, grandi trasformazioni riguardanti l'immagine del proprio corpo, le idee, la vita di relazione; si verifica, spesso, in questo periodo un distacco dalle abitudini alimentari del nucleo familiare giudicato "oppressivo" che porta, talora, ad una vera e propria "anarchia alimentare".

L'alimentazione irregolare nei tempi e nei modi o, a volte, anche una distorta percezione del proprio peso o la paura d'ingrassare, indotta dai ripetitivi messaggi pubblicitari o per esempio dal mondo della moda, nel quale il corpo femminile viene raffigurato o proposto in modo "evanescente", "filiforme", possono portare a comportamenti alimentari incongrui e carenti.

Attuare un'attività educativa sull'alimentazione deve significare, non solo trasmissione d'informazioni riguardanti il valore nutritivo degli alimenti o il ruolo di essi nella prevenzione delle malattie da carenze o eccessi alimentari, ma soprattutto capacità di promuovere e sviluppare con gli studenti una riflessione sui comportamenti alimentari, sulle cause che lo determinano (es. le evocazioni simboliche, le esperienze personali e familiari, le valenze comunicativo-relazionali, il contesto sociale e culturale, l'influenza della pubblicità), sulle abitudini alimentari a rischio, etc.

### 3) le Dipendenze:

La realizzazione di attività di Educazione alla Salute su tale tematica scaturisce dalla consapevolezza che è ormai riconosciuta l'importanza della prevenzione primaria di abitudini di vita potenzialmente a rischio per la salute, tra le quali l'abitudine al fumo, l'abuso di alcool, oltre all'uso delle sostanze stupefacenti. Appare, quindi, opportuno intervenire prima del consolidamento di queste abitudini con programmi di educazione e promozione della salute che raggiungano precocemente gli adolescenti. Infatti è l'adolescenza il periodo di vita in cui generalmente la maggior parte dei giovani inizia, sviluppa e consolida le abitudini comportamentali più a rischio per la salute.

Il condizionamento del gruppo dei pari, dell'ambiente sociale, della pubblicità, l'identificazione con i loro idoli scelti nel mondo dello spettacolo, assume, inoltre, nell'acquisizione di determinate abitudini dell'adolescente, una valenza generalmente più importante dell'influenza che riveste la famiglia; l'individuo, infatti, mette in atto i suoi comportamenti non solo in funzione di ciò che esperisce, in prima persona nel proprio ambiente di vita, ma anche attraverso l'osservazione del comportamento degli "altri significativi" e del conseguente rinforzo che da tale osservazione deriva. Studi recenti dimostrano che l'atteggiamento dei ragazzi verso l'uso delle sigarette e degli alcolici si va formando in età più precoce di quanto ritengono possibile genitori ed insegnanti. In taluni casi la tendenza dei ragazzi all'uso del tabacco e dell'alcool comincia già a verificarsi durante gli anni della scuola media. L'alcool, inoltre, viene identificato come la sostanza psicotropa tra le più diffuse, nell'area adolescenziale-giovanile, il cui abuso è diventato uno dei principali problemi di salute pubblica. L'abuso di alcool ha un indubbio impatto negativo sul benessere dei giovani durante una fase particolarmente delicata per la maturazione psico-fisica e per l'acquisizione di stili di vita potenzialmente pericolosi per la salute.

Appare evidente pertanto che a partire dalla fase della pre-adolescenza sia proprio questo il momento di aiutare i ragazzi a riflettere su ciò che fanno e sentono su questi problemi e che sia il momento più opportuno per acquisire possibili forme alternative di comportamento.

E' necessario pertanto organizzare i programmi di prevenzione di abitudini scorrette fra i giovani tenendo conto della necessità di promuovere il momento conoscitivo sulla pericolosità per la salute di certi comportamenti, ma soprattutto di privilegiare le variabili psicologiche e sociali che inducono il giovane a consumo di determinate sostanze.

#### 5.2.4. Destinatari delle attività e degli interventi di Educazione alla Salute

Tra i destinatari degli interventi vanno considerati gli studenti, i genitori e gli insegnanti. Naturalmente il linguaggio, i contenuti, i metodi e gli strumenti da adottare devono essere diversificati. Per gli studenti, in particolar modo, è opportuno modulare un'ideale comunicazione, utilizzare tecniche e strumenti vari, prestare particolare attenzione ai contenuti, tenendo conto della varietà dei bisogni e delle diverse classi d'età. La scelta dei tre destinatari d'interventi scaturisce dalle seguenti considerazioni:

- a) **Studenti:** i comportamenti individuali nei riguardi della salute hanno di solito una loro storia, un loro sviluppo. Ciascuna età esercita un'irresistibile influenza sull'età seguente sviluppando e plasmando atteggiamenti e conoscenze. Le opinioni, i valori e le conoscenze che concorrono a determinare il modo in cui ci si comporta, si formano a partire già dai primi anni dell'infanzia e tali atteggiamenti iniziano a consolidarsi in modo particolare nella prima adolescenza. Appare quindi ragionevole lavorare con gli studenti, a partire dalla pre-adolescenza, per aiutarli a scoprire quali possibilità di scelta si aprono davanti a loro in termini di comportamenti per la salute, quando i loro atteggiamenti sono in via di formazione, piuttosto che quando questi stanno già radicandosi o sono già radicati. Nell'età evolutiva, in altre parole, i mutamenti di comportamento e l'acquisizione di stili di vita non a rischio sono più attuabili che non in età adulta, fase della vita nella quale i comportamenti sono fortemente radicati.
- b) **Genitori:** è importante il coinvolgimento diretto dei genitori negli interventi di Educazione alla Salute proprio per il ruolo che rivestono nell' "area educativa" e per la modifica dei "comportamenti" che è uno dei principali scopi del programma. Coinvolgere i genitori, nelle attività scolastiche, risulta spesso difficile. E' necessario, pertanto, adottare strategie idonee, almeno per le Scuole Medie Inferiori, ad esempio: si può pensare di coinvolgerli attraverso gli organi collegiali, nei quali sono rappresentati (consiglio di istituto e consiglio di classe); oppure tramite una serie di incontri di gruppo: all'inizio dell'attività, per informarli del progetto e chiedere suggerimenti e proposte; durante la fase attuativa per promuovere uno sviluppo informativo nei loro confronti al fine di favorire la crescita dei figli; infine, verso la fine del programma per valutare, analizzare insieme a loro l'esperienza realizzata ed i risultati raggiunti;
- c) **Insegnanti:** l'attuazione di ogni programma passa attraverso un corretto e proficuo rapporto con gli insegnanti. Essi, infatti, avendo un legame diretto e continuo con gli studenti possono, a partire dai programmi curriculari, inserire le tematiche prescelte nella lezione quotidiana, favorire lo sviluppo dello stretto legame tra "Educazione" e "Salute", promuovere gruppi di lavoro e di studio, attività di ricerca, etc.. Affinché la collaborazione risulti efficace, occorre maggiore comunicazione ed interazione fra docenti ed operatori. E' indispensabile la disponibilità ad individuare insieme i bisogni degli studenti, i modelli organizzativi e le procedure d'integrazione tra le varie figure professionali. A tale riguardo l'operatore deve favorire la conoscenza di base sulla tematica dell'intervento, fornire gli strumenti di sussidio all'insegnante che a sua volta deve introdurre e sviluppare l'argomento in classe. In tal modo l'intervento programmato dell'operatore in classe, si integra con l'attività sviluppata dal docente, riducendo le separatezze che esistono tra

le diverse figure (operatore, insegnante, studente) e diventa parte del lavoro di quel “gruppo-classe”, con un’interazione di “conoscenze”. Appare evidente, pertanto, che la collaborazione tra “istituzione sanitaria” e “istituzione scolastica” non può essere episodica e richiede la predisposizione di incontri ed il mantenimento di rapporti costanti tra gli operatori delle due realtà istituzionali. Inoltre per uscire dalla logica dell’episodicità, è necessario un investimento di lungo respiro in termini di tempo e di lavoro.

#### 5.2.5. Metodologia Operativa attinente l’attività di Educazione alla Salute

La realizzazione dell’attività di Educazione alla Salute richiede la predisposizione di nuove linee metodologiche tendenti a :

- a) superare la vecchia metodologia di interventi di prevenzione nella Scuola, che si caratterizzava nella partecipazione episodica del tecnico che illustrava la tematica ad un uditorio subalterno. L’intervento veniva vissuto, infatti, attraverso rigidi ruoli e separatezze: da una parte il tecnico “unico” depositario del sapere e dall’altra il destinatario dell’intervento, aventi come unica funzione quella dell’ascoltatore;
- b) non puntare unicamente sull’ “informazione” attinente i maggiori fattori di rischio. In quest’ottica il ruolo dell’operatore, diventa, quello di trasmettere e commentare tali “nozioni”, che molto spesso sono lontane dagli interessi e dalle problematiche degli studenti;
- c) rendere l’esperienza scolastica di Educazione alla Salute più attiva e coinvolgente: quanto più essa fa riferimento a situazioni concrete ed al patrimonio di esperienza dello studente, tanto più alta sarà la possibilità che questo vissuto e la riflessione su di esso lasci delle tracce e condizioni “favorevolmente” le scelte del futuro.

In merito a quanto su esplicitato la nuova impostazione metodologica, attinente gli interventi di Educazione alla Salute, deve delinearli attraverso i seguenti punti:

- 1) essere collegata all’esperienza; è infatti necessario adottare un metodo formativo, che consenta di preparare alle “scelte”, il metodo deve partire dall’analisi dell’esperienza per trarne indicazioni generali e formulare ipotesi per ulteriori sperimentazioni;
- 2) essere basata sulla programmazione; vale a dire che è necessario costruire un percorso per un processo formativo, con la formulazione di obiettivi, ipotesi, esperienze, valutazione;
- 3) essere partecipativa; come ogni metodo formativo basato sull’esperienza e programmato per produrre competenze per adottare scelte, i metodi per l’Educazione alla Salute devono coinvolgere i soggetti nell’intero processo: dalla descrizione-analisi-valutazione critica dell’esperienza, alla scelta di informazioni, alla decisione sulle priorità e sulle azioni da compiere. In altre parole si tratta del passaggio dall’informazione/istruzione alla formazione: passaggio che per la salute è essenziale.

Per coinvolgere in modo attivo gli studenti è preferibile, pertanto, effettuare gli interventi all’interno di un piccolo gruppo. Nella scuola l’ambito privilegiato risulta essere il gruppo-classe; in questo modo si favorisce l’apprendimento, perché si permette ai componenti del gruppo di esprimersi, confrontarsi, prendere decisioni, partecipare. Se la classe stessa risulta essere un gruppo troppo numeroso per permettere ai suoi membri di esprimere la propria opinione è possibile ed auspicabile

prevedere attività individuali o di sottogruppi e , successivamente, proporre la discussione in plenaria come momento finale di sintesi. Il lavoro in piccolo gruppo consente un reale ascolto dell'altro e facilita l'instaurarsi di un clima di fiducia, infatti si comunicano con maggiore facilità emozioni, perplessità e paure.

In merito a quanto su esposto é opportuno infine evidenziare, nell'ambito della nuova impostazione metodologica, i seguenti punti:

- a) modulare un linguaggio che se da una parte salvaguardi il contenuto scientifico dall'altra sia il più possibile chiaro e semplice, riconoscibile ai codici di comunicazione dei ragazzi, avulso da "iper-tecnicismi";
- b) creare tra gli operatori una identità collettiva, un gruppo realmente omogeneo, nonché linguaggio uniforme e la conseguenziale pratica operativa priva di messaggi dissimili o contraddittori;
- c) sperimentare (almeno nella prima fase), tramite, per esempio, la tecnica della simulata, l'intervento prima della sua realizzazione, al fine di meglio garantirne l'equilibrio e ridurre gli eventuali errori o contraddizioni;
- d) verificare l'attività svolta al fine di riflettere sul linguaggio utilizzato, sulle modalità di relazione attuate con gli adolescenti, sulla qualità ed il livello di partecipazione raggiunti. Tale verifica può essere attuata riprendendo, con una videocamera, l'intervento o parte di esso e sviluppando, successivamente, un'osservazione critica da parte del gruppo di lavoro su quanto realizzato.

#### 5.2.6. Programmazione delle attività e degli interventi di Educazione alla Salute

La programmazione delle attività e degli interventi di Educazione alla Salute si deve delineare tendenzialmente attraverso la realizzazione dei seguenti punti:

a) Incontri con il corpo insegnante e i rappresentanti di classe dei genitori:

Il suddetto incontro deve essere finalizzato a presentare il programma di Educazione alla Salute, ad esaminarlo per meglio calibrarlo tenendo conto della specifica realtà scolastica, del rapporto tra questa e l'ambiente sociale (es. famiglia, luoghi di provenienza degli studenti, etc.), nonché ad individuare le classi dove realizzare le attività di gruppo. Un'altra tappa di programmazione può essere, inoltre, quella di tenere un incontro nell'ambito del Centro di Informazione e Consulenza dell'Istituto.

b) Incontri con l'insegnante referente e gli insegnanti delle classi scelte:

Una seconda tappa della programmazione deve essere la promozione di una serie di incontri con l'insegnante referente e gli insegnanti disponibili delle classi scelte. Per ogni classe si deve formare un gruppo multidisciplinare (formato da operatori ed insegnanti) con il compito di definire la tipologia dell'attività di gruppo di Educazione alla Salute (es. promuovere la partecipazione degli studenti alla scelta delle tematiche e degli argomenti, definire il numero degli incontri, etc.), le modalità d'integrazione delle tematiche nella normale attività didattica (raccordo tra i contenuti sviluppati dagli operatori durante gli incontri e i programmi curriculari sviluppati dagli insegnanti).

c) Avvio dell'attività di Educazione alla Salute con il gruppo-classe:

Durante la realizzazione dell'attività con il gruppo-classe (attività che viene a delinarsi nell'interazione insegnanti-studenti ed operatori-studenti) vi deve essere una stretta integrazione/comunicazione tra gli operatori e gli insegnanti, che hanno aderito all'iniziativa, al fine di verificare l'andamento del lavoro comune, l'eventuale necessità di modificare gli incontri programmati o di approfondire determinate tematiche, etc.

d) Verifica dell'attività:

A seguito della conclusione delle attività di Educazione alla Salute nelle varie classi é opportuno attuare la verifica degli interventi. Tale verifica deve realizzarsi da una parte per ogni singola classe, con gli insegnanti che hanno aderito all'iniziativa, e dall'altra con l'intero corpo insegnante ed i rappresentanti di classe dei genitori dell'Istituto. L'obiettivo della verifica é di analizzare congiuntamente l'attività realizzata, i dati emersi dagli strumenti informativi di verifica, il limite o gli eventuali errori degli interventi, le osservazioni effettuate dagli studenti, le modifiche da adottare, nonché delineare una prima programmazione per l'anno scolastico successivo.

### 5.2.7. Conclusione

In riferimento alle linee metodologiche attinenti le attività di Educazione alla Salute nella Scuola é opportuno predisporre quanto segue:

- a) elaborare un'articolata tipologia di attività di gruppo di Educazione alla Salute disaggregata per studenti di Scuole Medie Inferiori e Superiori;
- b) elaborare delle attività di gruppo di Educazione alla Salute rivolte ai genitori (su tematiche quali, ad es., aspetti e dinamiche relazionali genitori-figli nel percorso educativo) ed agli insegnanti (su tematiche quali ad es. aspetti e dinamiche relazionali insegnanti-studenti nel percorso didattico-educativo, relazione "Educazione" e "Salute" nella normale attività didattica). In particolar modo per le attività rivolte agli insegnanti è opportuno promuovere interventi, di carattere formativo, finalizzati a fornire e favorire le conoscenze sulle tematiche di Educazione alla Salute, sui fattori di rischio nell'età adolescenziale, sulle metodiche e gli strumenti per realizzare gli interventi con il gruppo-classe, nonché a garantire una costante collaborazione nella costruzione dei "percorsi didattici", attinenti l'Educazione alla Salute, e seguirne le fasi di attuazione e di verifica. L'obiettivo dei suddetti corsi deve essere quello di affiancare la Scuola nello sforzo di renderla il più possibile protagonista primaria nel realizzare attività di Educazione alla Salute, all'interno della normale attività didattica;
- c) attuare idonee strategie affinché, oltre alle attività di gruppo predisposte dagli operatori, siano gli studenti stessi a proporre tematiche di loro interesse da trattare nelle attività di Educazione alla Salute;
- d) programmare attività di ricerche-interventi relative alla comunità scolastica ( su tematiche quali ad esempio le dinamiche relazionali insegnanti-studenti, le forme di disagio e conflitto, etc.)

Ogni U.O.M.I. nell'andare ad attivare, le attività di Educazione alla Salute, deve tener conto della specifica realtà territoriale, delle caratteristiche della popolazione scolastica di ogni Istituto, della reale composizione del gruppo di lavoro sia rispetto alle diverse figure professionali che del numero degli operatori, della formazione del personale.

### 5.3. Altre attività ed interventi da realizzare nella variegata realtà territoriale

Il Progetto Obiettivo oltre a prevedere un'attività interna (lo Spazio Adolescenti) ed un'attività esterna nelle Scuole Medie Inferiori e Superiori, deve delinarsi, inoltre, con un insieme di attività strettamente integrate con le altre agenzie presenti nel territorio di una Comunità Locale. A tale riguardo è opportuno promuovere e realizzare strategie operative di integrazione con le agenzie, quali il Comune, i gruppi del volontariato, etc., che operano nell'area adolescenziale, al fine di attuare iniziative unitarie (es. interventi funzionali ai bisogni degli adolescenti, attività di educazione alla salute). Le suddette iniziative devono essere finalizzate, pertanto, non solo agli adolescenti che frequentano i servizi o già partecipano agli interventi promossi dalle agenzie territoriali, ma in particolar modo ad adolescenti a rischio, a giovani, cioè, che vivono in condizioni di disagio e di emarginazione sociale.

### 5.4. Commissione di Educazione Sanitaria Aziendale

Sarà compito del Coordinatore dell'Area Dipartimento Materno-infantile, quale componente della succitata Commissione (prevista dalla D.G.R. n° 2255 dell'11.04.1995, al paragrafo 3.1.: "L'Educazione alla Salute"), promuovere un confronto, con gli altri componenti, sulle tematiche e le metodologie attinenti gli interventi di Educazione alla Salute previsti dal Progetto Adolescenti.

## **6. Descrizione dei diversi protocolli operativi-circuiti di rete-modelli funzionali dipartimentali-protocollo d'intesa per un Progetto Integrato della Comunità locale**

### 6.1. Protocollo Operativo interno tra il gruppo di lavoro dello Spazio Adolescenti e altri gruppi di lavoro dell'U.O.M.I.

Al fine di sviluppare un modello operativo che ponga al suo centro "il cittadino/adolescente" ed il suo "bisogno di salute indifferenziato e globale" si deve garantire un'integrazione funzionale, a partire dal primo nucleo integrativo e cioè tra il gruppo di lavoro che deve realizzare le attività e le prestazioni previste dal Progetto e gli altri gruppi di lavoro dell'U.O.M.I. attinenti alle altre funzioni e/o percorsi. A tale riguardo è opportuna l'elaborazione e la formalizzazione di un protocollo operativo tra i diversi gruppi di lavoro dell'U.O.M.I. che delinei le specifiche integrazioni funzionali. Qualora esistano diverse sedi dell'U.O.M.I. in un unico Distretto é necessario predisporre un protocollo operativo tra il gruppo di lavoro che opera presso la sede dello Spazio Adolescenti e gli altri gruppi di lavoro, collocati nelle altre sedi dell'U.O.M.I., che interagiscono con utenti adolescenti

al fine di realizzare una modalità unitaria di lavoro. Tale protocollo operativo deve definire e prevedere almeno i seguenti punti:

- prestazioni erogate dal gruppo di lavoro principale, collocato nella sede dello Spazio Adolescenti;
- prestazioni erogate dai gruppi di lavoro operanti in altre sedi dell'U.O.M.I.;
- modalità di prima accoglienza dell'adolescente;
- follow-up tra le altre sedi dell'U.O.M.I. e la sede dello Spazio Adolescenti. Tale follow-up deve delineare: le modalità di invio degli utenti allo Spazio Adolescenti, i circuiti preferenziali, i giorni e le fasce orario di accesso, i flussi ed il relativo debito informativo, i referenti.

### 6.2. Modello Funzionale Dipartimentale tra diverse UU.OO.MM.II. su specifiche afferenze Inter-Distrettuali previste dal Progetto

E' opportuno sviluppare il modello funzionale dipartimentale su specifiche afferenze inter-Distrettuali se non tutte le UU.OO.MM.II. di una A.S.L. possono erogare le diverse attività e prestazioni previste dal Progetto. A tale riguardo, una volta delineate le afferenze inter-Distrettuali, si deve elaborare e formalizzare un protocollo operativo che definisca il percorso completo del follow-up (es. le prestazioni che uno Spazio Adolescenti di una U.O.M.I. deve garantire per un altro Spazio Adolescenti di un'altra U.O.M.I., i circuiti preferenziali, le fasce orario di accesso, le modalità di invio, i flussi ed il relativo debito informativo, i referenti). La stipula del protocollo operativo (una volta definiti e concordati i diversi punti) può avvenire tra i Direttori Sanitari ed i Responsabili delle UU.OO.MM.II. delle specifiche afferenze inter-Distrettuali, nonché il Coordinatore dell'Area.

### 6.3. Modello Funzionale Dipartimentale orizzontale tra l'U.O.M.I. e le altre UU.OO./Strutture del singolo Distretto

Al fine di realizzare le diverse attività e prestazioni previste dal Progetto si deve sviluppare il modello funzionale dipartimentale orizzontale tra l'U.O.M.I. e le altre UU.OO. del singolo Distretto (es. UU.OO. Tossicodipendenze, Salute Mentale, Assistenza Sanitaria di Base, Assistenza Riabilitativa, etc.). A tale riguardo si deve elaborare e formalizzare un protocollo operativo per le seguenti attività e fasi del programma:

- per le attività di Educazione e Promozione della Salute al fine di sviluppare, tra l'U.O.M.I. e le UU.OO. Ser.T e Salute Mentale, interventi coordinati nelle Scuole. Tale coordinamento deve essere promosso anche all'interno della Commissione di Educazione Sanitaria del Distretto anche per verificare la disponibilità di partecipazione di altre UU.OO.
- per le prestazioni volte a tutelare e a difendere la salute dell'Adolescente a partire dalla prima accoglienza, effettuata dallo Spazio Adolescenti, in riferimento a domande/bisogni e/o specifici problemi o disagi espressi. Il suddetto protocollo operativo deve prevedere il percorso completo del follow-up (es. dalle varie prestazioni che vengono effettuate direttamente dallo Spazio Adolescenti alle ulteriori prestazioni specialistiche, approfondimenti diagnostico/strumentali ed esami di laboratorio che devono garantire le altre UU.OO./Presidi/Strutture del Distretto, i circuiti preferenziali, le fasce orario di accesso, le modalità di invio, i flussi ed il relativo debito informativo, i referenti).



La stipula del protocollo operativo (una volta definiti e concordati i diversi punti) può avvenire all'interno dello staff del singolo Distretto, specificamente, tra il Direttore Sanitario, il Responsabile dell'U.O.M.I. e i Responsabili delle altre UU.OO. coinvolte nel programma. Nell'ambito del succitato modello funzionale dipartimentale orizzontale, si deve altresì prevedere modalità d'integrazione e collegamento volti a coinvolgere alla realizzazione del Progetto, per quanto di competenza, il pediatra di base ed il medico di famiglia.

#### 6.4. Modello Funzionale Dipartimentale verticale tra l'U.O.M.I. del singolo Distretto ed il Presidio Ospedaliero

Al fine di realizzare le diverse attività e prestazioni previste dal Progetto si deve sviluppare il modello funzionale dipartimentale verticale tra l'U.O.M.I. del singolo Distretto e il Presidio Ospedaliero di riferimento. A tale riguardo si deve elaborare e formalizzare un protocollo operativo che definisca il percorso completo del follow-up (es. dalle varie prestazioni che vengono effettuate direttamente dallo Spazio Adolescenti alle ulteriori prestazioni specialistiche, approfondimenti diagnostico/strumentali, esami di laboratorio, nonché gli altri interventi previsti dal Progetto che deve garantire il Presidio Ospedaliero, l'Azienda Ospedaliera; i circuiti preferenziali, le fasce orario di accesso, le modalità di invio, i flussi ed il relativo debito informativo, i referenti). La stipula del protocollo operativo (una volta definiti e concordati i diversi punti) può avvenire fra il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di riferimento, i Responsabili dei servizi ospedalieri coinvolti nel programma, i Direttori Sanitari dei Distretti di afferenza territoriale (rispetto al Presidio Ospedaliero), i Responsabili delle UU.OO.MM.II. delle afferenze territoriali interessate, nonché il Coordinatore dell'Area. Naturalmente la formalizzazione del protocollo operativo con l'Azienda Ospedaliera richiede preliminarmente uno specifico accordo tra l'A.S.L. e l'A. O., tramite la predisposizione di specifici atti deliberativi.

#### 6.5. Modelli Integrativi tra l'U.O.M.I./UU.OO. del singolo Distretto, le altre Istituzioni ed Agenzie presenti sul territorio.

Al fine di realizzare gli obiettivi e le finalità generali del Progetto è necessario attivare idonee strategie di collegamento tra l'istituzione sanitaria e le altre istituzioni pubbliche e del volontariato, presenti sul territorio, che concorrono, per quanto di competenza, allo sviluppo delle condizioni di benessere e di salute della popolazione adolescenziale. L'obiettivo deve essere quello di costruire un progetto articolato ed integrato tra le diverse realtà istituzionali e del volontariato di una Comunità Locale. A tale riguardo si devono attivare opportune procedure per realizzare modelli integrativi, nonché accordi di programma o appositi atti d'intesa che vedano coinvolti, ad esempio: il Distretto (con la partecipazione unitaria dell'UU.OO. Materno-Infantile, Ser.T., Salute Mentale, nonché di altre UU.OO. disponibili), il Provveditorato agli Studi (con la partecipazione delle scuole ubicate sul territorio del Distretto), il Comune, i gruppi del volontariato che si occupano dell'area adolescenziale, ecc. Il Progetto Integrato rivolto agli adolescenti, a partire da quanto previsto dall'art. 7 della L.R. n. 32/94, assume nuovo impulso attuativo anche in considerazione di quanto indicato dalla Legge 285/97: "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza". La

formalizzazione dell'accordo di programma o di appositi atti d'intesa (una volta definiti e concordati i diversi punti) richiede la predisposizione di atti deliberativi da parte delle diverse istituzioni pubbliche partecipanti.

## **7. Gruppo di lavoro dell'U.O.M.I.**

### *7.1. Caratteristiche del gruppo di lavoro*

Il modello operativo di ogni U.O.M.I. deve delinarsi attraverso la costituzione di diversi gruppi di lavoro.

Le caratteristiche generali dei gruppi di lavoro sono le seguenti:

- a) avere specifici destinatari di interventi per la realizzazione di attività e progetti obiettivo;
- b) flessibilità e mobilità degli operatori nei diversi gruppi;
- c) integrazione intra ed inter gruppi, evitando di sviluppare modalità relazionali basate su rigidi ruoli e rigide separatezze di interventi. I gruppi di lavoro devono tendere ad essere un'unità polivalente (come un'unione di diverse professionalità e di équipes finalizzate);
- d) integrazione tra i gruppi di lavoro dell'U.O.M.I. e delle altre UU.OO. del Distretto;

Il gruppo di lavoro che deve realizzare le attività e gli interventi previsti dal Progetto Adolescenti, oltre ad avere le caratteristiche generali su descritte, deve essere composto, possibilmente, dalle seguenti figure professionali: assistente sociale, ginecologo, neuro-psichiatra-infantile, ostetrica o infermiera professionale, pediatra, psicologo e sociologo. E' auspicabile che il responsabile di ogni singola U.O.M.I. individui tra il personale dell'U.O. gli operatori, più motivati e con un'adeguata formazione, che devono far parte del gruppo di lavoro, nonché individui tra i componenti del gruppo un referente (con una buona esperienza per quanto attiene le metodiche di programmazione, di integrazione-interazione e di valutazione) a cui affidare la responsabilità del Progetto. Il suddetto responsabile, senza assumere funzioni gerarchiche verso gli altri componenti del gruppo di lavoro, deve svolgere le seguenti funzioni:

- 1) curare l'armonia tra le diverse attività previste dal progetto (attività interna ed esterna);
- 2) garantire la necessità di integrazione del progetto con gli altri programmi di lavoro della U.O.M.I.;
- 3) curare, con particolare attenzione, la funzione di programmazione, nelle sue diverse articolazioni ed indirizzi metodologici;
- 4) sviluppare l'integrazione operativa ed i circuiti di rete;
- 5) promuovere le riunioni generali d'équipe del gruppo di lavoro;

### *7.2. Professionalità e linguaggi*

Il gruppo di lavoro (tenendo conto dei destinatari del Progetto, degli obiettivi e delle prestazioni che deve erogare) deve tendere a sviluppare nuove forme di professionalità e linguaggi, superando la rigida divisione tra i ruoli, promuovendo una relazione basata su professionalità integrate e sul principio della "responsabilità diffusa". In particolar modo il gruppo deve tendere a sviluppare:

- forme di professionalità che riducano le separatezze tra le diverse soggettività, assumendo il valore dell'uguaglianza e non dell'egemonia tra le diverse figure professionali;
- una riforma culturale e professionale che delinea un linguaggio unitario ed integrato;
- una professionalità che coniughi: ricerca/area preventiva/intervento sulla domanda;
- l'interdisciplinarietà e l'integrazione operativa tra le diverse figure professionali, esprimendo una reale disponibilità al confronto;
- forme di professionalità che prefigurino il valore positivo della "Promozione della Salute" e "l'operatore della Salute di una Comunità".

### 7.3. Riunioni d'èquipe-gruppo di lavoro

Affinché si possa realmente sviluppare il lavoro di gruppo e l'interdisciplinarietà devono essere promossi e garantiti costanti e periodici incontri di lavoro tra gli operatori che partecipano alla realizzazione del Progetto Adolescenti. Tenendo conto delle diverse aree di attività previste dal progetto si elencano di seguito le tipologie delle riunioni più salienti:

- a) incontri tra assistenti sociali per sviluppare una modalità unitaria di lavoro attinente la prima accoglienza, la capacità di ascolto, etc.;
- b) incontri tra gli operatori di figure professionali simili e diverse (assistenti sociali, psicologi e neuro-psichiatri-infantili) che effettuano consulenze al fine di discutere e confrontarsi sui casi trattati più significativi;
- c) incontri tra gli operatori di figure professionali diverse (assistenti sociali, psicologi e neuro-psichiatri-infantili, ginecologi, ostetriche, pediatri) al fine di discutere e confrontarsi sui "percorsi di risoluzione del bisogno" espresso dall'adolescente e le conseguenziali modalità di presa in carico comune. Questi incontri rappresentano il luogo privilegiato in cui gli operatori possono portare la propria esperienza (una richiesta, un colloquio, un intervento consultoriale) per capire, anche attraverso il confronto con altri vertici professionali, l'eventuale ostacolo, superare lo stereotipo, interpretare un rifiuto, condividere l'ansia, organizzare l'accoglienza, l'accettazione o l'invio. Lavorare in gruppo significa favorire un apprendimento dall'esperienza che consenta il mantenimento di una modalità operativa plastica e non stereotipata, come strumento che si va continuamente costruendo, modificando e perfezionando. Per di più, negli incontri è possibile articolare al meglio gli interventi rispetto ai singoli casi; inoltre, attraverso il confronto dei vari punti di vista rappresentati dalle diverse figure professionali operanti nello Spazio Adolescenti, si favorisce la comprensione delle problematiche presentate dagli utenti.
- d) incontri tra gli operatori di figure professionali diverse (assistenti sociali, psicologi e neuro-psichiatri-infantili, ginecologi, ostetriche, pediatri, sociologi) che partecipano all'attività di Educazione alla Salute al fine di elaborare, verificare e ridefinire le varie tipologie d'interventi;
- e) incontri tra tutti gli operatori che compongono il gruppo di lavoro al fine di analizzare e discutere l'andamento generale delle diverse attività e tipologie d'interventi, previsti dal Progetto Adolescenti, nonché verificare i risultati ottenuti e predisporre l'eventuale ridefinizione del programma.

E' opportuno che gli incontri su descritti, e più in generale le riunioni d'équipe dell'intero gruppo di lavoro, siano prassi operativa non episodica, ma permanente. Le riunioni, devono diventare "luoghi", dove attuare processi elaborativi, "luoghi" dove far confluire le esperienze di lavoro realizzate e sviluppare riflessione su di esse, nonché "aree" dalle quali far ripartire le attività verificate per la successiva realizzazione.

Le riunioni devono, quindi, essere lo strumento per garantire da una parte l'informazione e dall'altra la partecipazione degli operatori ai processi elaborativi e decisionali.

## **8. Formazione**

In merito alle finalità del Progetto Obiettivo è opportuno garantire una costante formazione degli operatori. Si fa presente che l'attività di formazione si deve delineare attraverso diversi livelli e tipologie:

- a livello Distrettuale in ogni singola U.O.M.I., a partire dall'autoformazione (individuale e di gruppo), favorendo momenti di discussione e confronto tra gli operatori su casi in cui maggiormente si evidenzia la necessità di un intervento multidisciplinare, utilizzando anche metodologie che permettano agli operatori stessi una verifica sui propri atteggiamenti. Accanto ad una funzione di supervisione assunta dal gruppo di lavoro composto da tutti gli operatori, sarebbe necessario prevedere incontri regolari di supervisione con esperti esterni non coinvolti nelle dinamiche istituzionali;
- a livello di A.S.L. per tutte le UU.OO.MM.II. tramite la realizzazione di corsi formativi, tenendo conto dei diversi ambiti del Programma e delle diverse realtà delle succitate UU.OO. In considerazione anche del carico emozionale a cui l'adolescente espone gli operatori per la facilità ad esternalizzare i suoi conflitti e ad agirli in comportamenti impulsivi, spesso di carattere etero ed autodistruttivi, è indispensabile, inoltre, sostenere il bisogno permanente di confronto ed aggiornamento degli operatori, favorendo la loro partecipazione a momenti formativi, su problematiche di particolare pertinenza, aziendali o esterni.

## **9. Centro di documentazione**

E' opportuno che presso ogni U.O.M.I. venga istituito un centro di documentazione fornito del seguente materiale/attrezzature:

- a) riviste e testi che trattino diversi aspetti relativi alla salute nel percorso dell'età evolutiva (es. il processo di crescita e l'evoluzione dei bisogni nell'età adolescenziale, lo sviluppo psico-fisico, le forme di disagio, marginalità e devianza), nonché le tecniche metodologiche attinenti la prima accoglienza, le diverse tipologie di consulenze e le attività di gruppo di educazione alla salute;
- b) materiale audiovisivo (diapositive, videocassette, tavole didattiche, ecc...) inerente a diverse tematiche (es. la conoscenza del corpo; la procreazione responsabile; la prevenzione delle malattie

sessualmente trasmesse, delle forme di dipendenza; l'alimentazione, ecc...), film che affrontino tematiche adolescenziali;

c) attrezzature (es. televisore, video-registratore, video-camera, diaproiettore, lavagna luminosa, personal-computer);

Il suddetto materiale, ovviamente, può essere utilizzato sia nei momenti formativi che nell'elaborazione e realizzazione degli interventi.

## **10. Sistema Informativo e di Valutazione**

In merito al Progetto è opportuno delineare un articolato Sistema Informativo e di Valutazione. La sua funzione, infatti, è molteplice: conoscere lo stato di salute della popolazione adolescenziale, i fattori di rischio, i dati finalizzati a ricerche sui bisogni della popolazione bersaglio per programmare interventi idonei, l'utilizzo dello Spazio Adolescenti da parte degli utenti, i dati di attività e prestazioni erogate, le risorse impiegate, la verifica degli obiettivi, etc...

Il Sistema Informativo deve consentire attraverso la programmazione, una più corretta definizione degli obiettivi e della verifica dei risultati; non si dovrà, pertanto, semplicemente attivare una procedura per la raccolta dei dati ma sarà necessario, innanzitutto, elaborare delle ipotesi di lavoro per far sì che i dati stessi vengano selezionati fin dal principio in riferimento agli obiettivi prefissati. E' opportuno, pertanto, prevedere e programmare una costante procedura di valutazione: tra obiettivi definiti e obiettivi raggiunti, tra volumi prodotti e risorse impiegate, tra servizi erogati e qualità (accettabilità e gradimento).

Si evidenzia che a seguito dell'avvio delle Linee Guida, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, si prevede l'attivazione di una ulteriore fase elaborativa regionale, specificamente rivolta al sistema informativo e di valutazione del Progetto Adolescenti. In tale fase si predisporranno i seguenti punti:

a) strumenti e metodi di valutazione del programma:

- indicatori di esito (es. n° di accessi di adolescenti presso lo Spazio Adolescenti, n° di interruzione volontaria di gravidanza, indagine campionaria -es. incremento su conoscenze sulla fisiologia della riproduzione/procreazione responsabile-, etc.), indicatori di processo (es. n<sub>i</sub> di classe coinvolte su totale classi, n<sub>i</sub> insegnanti coinvolti su totale insegnanti, etc.), etc.;
- indagini campionarie (metodologie e strumenti informativi), funzionali alla valutazione attinente alla qualità dei servizi erogati;
- standard;
- metodologie autovalutative da parte del gruppo di lavoro.

b) strumenti informativi per la "compliance", per la relazione utenti/operatori dello Spazio Adolescenti, per l'aggregazione dei dati di attività e di prestazioni (funzionali alla valutazione di efficacia e di efficienza del programma), per il raccordo tra i gruppi di lavoro dello Spazio Adolescenti con gli altri gruppi di lavoro (in ambito distrettuale, inter-distrettuale e con l'area omogenea ospedaliera), funzionale all'attuazione del progetto;

- c) attività di ricerche, tramite indagini campionarie (metodologie e strumenti informativi), finalizzate alla conoscenza e all'evoluzione dei bisogni adolescenziali;
  - d) sistema e strumenti informativi al fine di sviluppare una costante attività di monitoraggio attinenti alcuni fenomeni sociali e fattori di rischio, es.: dispersione ed assenteismo scolastico, lavoro minorile, immigrazione adolescenziale (o figli di immigrati), istituzionalizzazione dei minori, matrimonio con coniuge minore, interruzione volontaria di gravidanza, adolescenti in stato di gravidanza, difficoltà relazionali e forme di disagio, tossicodipendenze, abuso o sfruttamento sessuale, abbandono, maltrattamento e violenza sui minori, devianza, delinquenza minorile, etc. .
- Unitariamente alla fase elaborativa (sopra descritta) è prevista un'attività di supporto ed assistenza tecnica alle AA.SS.LL., in merito all'attuazione del Progetto Adolescenti, nonché un'azione di monitoraggio circa lo stato e le modalità di applicazione di quanto previsto dalle Linee Guida.

## **11. Figura di riferimento aziendale per il Progetto Adolescenti**

Nell'ambito delle Linee Guida è auspicabile che ogni area di coordinamento materno-infantile individui un operatore a cui affidare la responsabilità del Progetto con le seguenti funzioni:

- a) garantire il raccordo tra programmazione regionale ed aziendale;
- b) promuovere e garantire l'uniformità delle attività e delle metodologie operative previste dal Progetto Obiettivo, tramite incontri periodici con i responsabili distrettuali del Progetto Adolescenti delle UU.OO.MM.II.

## **12. Esenzione dell'adolescente dalla partecipazione alla spesa sanitaria**

Le attività previste dal Progetto Adolescenti, descritte in queste Linee Guida, sono disposte nel prevalente interesse della collettività basti pensare alla stretta correlazione esistente:

1. tra le diverse tipologie di tutela della salute indicate nel programma (es. prevenzione del disagio, dell'aborto, delle malattie sessualmente trasmesse, ecc.) e l'età dei destinatari degli interventi;
2. tra l'attività finalizzata a promuovere e migliorare la conoscenza e l'utilizzo dei metodi contraccettivi e la conseguenziale possibilità di prevenire e ridurre il fenomeno dell'aborto in età adolescenziale; fenomeno che assume, maggiormente in questa fascia di età, una forte rilevanza e problematica sociale e che influenza, per le sue molteplici implicazioni, lo stato di salute di una comunità locale;
3. tra la tutela della salute dell'Adolescente "nel processo di crescita verso l'età adulta" e la tutela della salute di una Comunità locale.

In riferimento a quanto su evidenziato, assume, quindi, particolare rilievo l'inclusione delle prestazioni e delle attività, previste dal Progetto Adolescenti, nelle tipologie delle prestazioni esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria, in quanto programma di prevenzione, tenendo conto di quanto espressamente indicato dall'art. 5 del D.M. dell'01.02.1991, di quanto previsto dalla lettera c

comma 50 art. 59 della legge n. 449 del 27/12/1997, nonché in previsione dei benefici conseguibili sia sul versante della salute che dei minori costi per il Servizio Sanitario.

L'esenzione dalla partecipazione alla spesa deve essere, pertanto, garantita:

- a) per le prestazioni specialistiche, approfondimenti diagnostico/strumentali erogati direttamente dallo Spazio Adolescenti/U.O.M.I., nonché per quanto attiene le ulteriori prestazioni specialistiche, approfondimenti diagnostico/strumentali ed esami di laboratorio, sia di 1° che di 2° livello, richiesti dal Spazio Adolescenti/U.O.M.I. ad altre UU.OO Strutture/Presidi (nell'ambito del follow-up stabilito), tramite i diversi modelli funzionali dipartimentali (in ambito Distrettuale, inter-Distrettuale e con il Presidio Ospedaliero);
- b) per la quota fissa inerente a qualsiasi prestazione prevista dal programma;
- c) per le attività di Educazione/Promozione alla Salute realizzate nel Consultorio Adolescenti, nella Scuola e nelle altre realtà territoriali.