

# 14



## **Orientamenti per una buona prassi nell'attenzione psicosociale di giovani e adolescenti**



MEDICAL  
ANTHROPOLOGY  
RESEARCH  
CENTER

### Collezione Antropologia Mèdica

1. *Migraciones y salud*, varios autores  
Josep M. Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal,  
José Fernández-Rufete, Laura Mascarella (comps.)
2. *Antropología y enfermería*, varios autores  
Maria Antonia Martorell, Josep M. Comelles,  
Mariola Bernal (eds.)
3. *Medicina, màgia i religió*, W. H. R. Rivers  
Àngel Martínez Hernáez (ed.), Chris Scott-Tennent (coord.)
4. *Of Bodies and Symptoms*, varios autores  
Sylvie Fainzang et Claudie Haxaire (ed.)
5. *Mejor dejarlo tranquilo*, Rimke van der Geest  
Lourdes Márquez Blázquez (trad.)
6. *Tro ressonant*, Paul Radin (ed.)  
Àngel Martínez Hernáez (ed. cat.)
7. *Alimentación, salud y cultura: encuentros interdisciplinares*, varios autores  
Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
8. *Nasci na família errada*, Cristina Larrea Killinger
9. *Pobres joves grassos. Obesitat i itineraris juvenils a Catalunya*  
Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
10. *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*  
Sara Pérez-Gil Romo y Mabel Gracia-Arnaiz (ed.)
11. *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria*  
Àngel Martínez-Hernáez, Lina Masa, Susan M. DiGiacomo (eds.)
12. *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*  
Oriol Romani (ed.)
13. *Jóvenes, desigualdades y salud*  
Oriol Romani y Lina Casadó (eds.)

**Orientamenti per una buona prassi  
nell'attenzione psicosociale di giovani  
e adolescenti**

**Risultati di un progetto partecipativo  
con giovani e professionisti**

**Autori**

**Natàlia Carceller-Maicas  
Carmina Puig Cruells  
Carme Vega Monteagudo  
Àngel Martínez-Hernáez**

**Traduzione dallo spagnolo di  
Isabella Riccò**



**Tarragona, 2014**

Publicacions URV

1° edizione: Gennaio 2014

ISBN: 978-84-695-9171-0

Deposito legale: T-1520-2013

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili

Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona

Tel. 977 558 474

[www.publicacionsurv.cat](http://www.publicacionsurv.cat)

[publicacions@urv.cat](mailto:publicacions@urv.cat)

Il blog della collezione:

<http://librosantropologiamedica.blogspot.com/>

Redazione:

Xavier Allué (URV)

Josep Canals (UB)

Josep M. Comelles (URV)

Susan DiGiacomo (URV)

Mabel Gracia (URV)

Àngel Martínez Hernaez (URV)

Enrique Perdiguero (UMH)

Oriol Romani (URV)

Quest'opera è distribuita con licenza Creative Commons Attribuzione-Non commerciale-Non opere derivate 3.0 Unported. Per leggere una copia della licenza visita il sito web <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> o spedisci una lettera a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

## SOMMARIO

Breviario .....	6
Introduzione.....	9
1. Promozione e prevenzione della salute .....	15
2. Normalizzazione e de-stigmatizzazione .....	18
3. Formazione (in adolescenza e salute mentale) .....	23
4. Coordinazione e lavoro in rete .....	29
5. Accessibilità.....	35
6. Pianificazione, organizzazione e programmazione del servizio ....	43
7. Qualità della comunicazione.....	49
8. Attenzione clinica.....	53
9. Partecipazione .....	63
10. Ricerca .....	67
Bibliografia.....	71
Indice particolareggiato .....	75

## **BREVIARIO**

**CAP: Centros de Atención Primaria en Salud**

**CESMIJ: Centro de Salud Mental Infanto- Juvenil**

**CRAE: Centros Residenciales de Acción Educativa**

**CREI: Centros Residenciales de Educación Intensiva**

**EAIA: Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia**

**EAP: Equipo de Atención Psicopedagógica**

*Membri del grupo di ricerca*

Àngel Martínez Hernáez  
Susan DiGiacomo  
Maria Antonia Martorell Poveda  
Márcio Mariath Belloc  
Nabil Sayed Ahmed-Beirut  
Carlotta Bagaglia  
Carmen Vega Monteagudo  
Josep Moya Ollé  
Carmina Puig Cruells  
Natàlia Lledó Carceller Maicas  
Tullio Seppilli  
Martín Correa Urquiza  
Arturo Márquez  
Eva Marxen  
Karol Veiga

*Partecipanti*

Alba Vilamala Plana  
Jean-Paul Fannes Claverol  
Edgar Claveria  
Juan Rache Lidón  
Tania Johsson Reyes  
Bernat Garcia de Anta  
Josep Moya Ollé  
Jordi Marfà Vallverdú  
Maite Morato  
Jordi Muntané  
Lisbeth Cedeño González  
Susan DiGiacomo  
Martín Correa-Urquiza  
Leticia Medeiros Ferreira

*Revisori esterni*

Nabil Sayed Ahmad Beirut  
Izabel Passos  
Maria Cristina Carvalho da Silva

*Progetti e Finanziamento*

Questo documento è stato elaborato nell'ambito del progetto “The emotional distress of adolescents: lifestyles, mental health, and lay strategies used in managing adversity”, finanziato dalla Fundació La Marató TV3 (codice del progetto: 090730) e dal Ministero della Scienza e Innovazione del Governo Spagnolo (codice del progetto: CSO2009-08432). Lo sviluppo di questa guida ha implicato anche l'elaborazione di un documentario dal titolo: “Adolescències. Crisi, malestar i creixement”. Deposito legale: T-325-2013. Link: <http://antropologia.urv.es/adolescentes/>



## INTRODUZIONE

Il testo che il lettore ha tra le mani è una guida di buone prassi per affrontare i problemi psico-emozionali degli adolescenti e dei giovani. La ragione pratica della sua elaborazione è l'utilizzo su più livelli dei servizi professionali da parte delle persone di quest'età principalmente di fronte a situazioni di depressione e ansietà, oltre ai singoli malesseri del ciclo vitale. La ragione maggiormente teorica, tuttavia, trascende l'obiettivo specifico per delineare una modalità di ricerca-partecipazione propria della salute mentale collettiva.

Nonostante le differenze di definizioni, denotazioni e connotazioni di un concetto come quello di "salute mentale collettiva", possiamo essere d'accordo sul fatto che questa nozione incorpora lo sviluppo di modelli e forme di lavoro tanto nell'ambito della ricerca, come in quello dell'attenzione e della gestione che permettono una maggiore partecipazione dei cittadini. Implica, inoltre, la comprensione della salute mentale come produzione biosociale e di conseguenza non unicamente psicobiologica, dato che un disturbo, una sindrome o una malattia non è ciò che è o che crediamo che sia in termini biologici e psicologici, ma è quello che la gente fa con tale disturbo, come lo gestisce e lo (ri)produce e come lo interpreta, reinterpreta ed assiste.

La stessa elaborazione di questa guida è coerente con questo orientamento teorico-metodologico. Ricercatori, professionisti della salute mentale e giovani hanno dibattuto sulle cause dell'utilizzo su più livelli dei servizi professionali da parte degli adolescenti e hanno mostrato che questo fenomeno molto specifico condensa un universo di fattori come l'organizzazione dei servizi, il mondo vitale dei giovani, lo stigma, la disinformazione e il conflitto di aspettative tra potenziali utenti e professionisti, per elencarne qualcuno. È, pertanto, un testo risultante da un lavoro frutto di riflessioni collettive che si desiderano diffondere e che, soprattutto, invitano alla riflessione come strumento di miglioramento. Non si deve intendere né come un manuale che offre prescrizioni basate su supposte evidenze né come un'opera chiusa. È un invito a pensare alle nostre pratiche e, soprattutto, a noi stessi.

### *Giustificazione*

L'adolescenza e la giovinezza sono tappe vitali che risultano essere cruciali durante lo sviluppo della vita adulta. Sono momenti di conoscenza, sperimentazione, crescita e riflessione nei quali ci si chiede come si vuole essere e cosa si vuole fare nella vita ed è il momento in cui si incorporano abitudini che si instaurano nei modelli di comportamento. Promuovere abitudini favorevoli per il raggiungimento delle abitudini salutari, tanto fisiche come psichiche, risulta, pertanto, uno strumento chiave per raggiungere un'ottima salute globale. Tali abitudini fanno riferimento a incorporare pratiche di auto-attenzione diaria, tali come praticare sport, avere una dieta sana ed equilibrata, conoscere e maneggiare gli strumenti adeguati di gestione del malessere psico-emozionale, così come disporre dell'informazione necessaria per chiedere aiuto professionale.

Secondo quello che sappiamo, la salute degli adolescenti mostra qualche paradosso. Da una parte, i problemi di salute fisica hanno una bassa incidenza e prevalenza tra le persone di quest'età. Si parla anche del fatto che l'adolescenza implica una "equalizzazione" o ammortizzazione degli effetti causati dalle disuguaglianze sociali nella salute fisica, attuando così in maniera protettiva. Dall'altra, però, i dati indicano una presenza preoccupante di problemi di salute mentale e consumo di sostanze psicoattive.

Tra i problemi di salute mentale degli adolescenti si distaccano i malesseri e i disturbi dello spettro depressivo-ansioso che mostrano una prevalenza del 4% tra i 12 e i 17 anni e del 9% a 18 anni (Martínez-Hernández y Muñoz García, 2010). Secondo i dati della OMS (OMS, 2004), la depressione e i malesseri associati sono aumentati negli ultimi anni costituendo quella che è stata definita come "era della depressione". Di fatto, si prevede che nell'orizzonte del 2020 la depressione sarà la seconda malattia o disfunzione con maggiore prevalenza nel mondo.

Nonostante le cifre relative alla prevalenza dei sintomi e dei quadri depressivi/ansiosi stiano aumentando, gli adolescenti costituiscono il gruppo di persone che con minor frequenza ricevono attenzioni nei sistemi di salute in relazione a tali problemi. Diverse ricerche realizzate con adolescenti rivelano che solo un terzo degli adolescenti che soffrono di qualche tipo di malessere depressivo-ansioso richiede assistenza professionale. Lo scarso utilizzo dell'attenzione profes-

sionale sembra essere una costante nelle persone di quest'età, e ciò genera un problema legato alla prevenzione nella salute mentale in molti paesi.

Nella letteratura esistente, si è evidenziata la presenza di diversi motivi che rafforzano l'utilizzo su più livelli di queste strutture da parte degli adolescenti. In primo luogo, vengono evitate con maggior frequenza dai ragazzi in confronto alle adolescenti e alcune delle cause sono associate a un alto grado di auto-confidenza per risolvere i propri problemi, all'esistenza di una cattiva esperienza con i servizi di salute e salute mentale, alla paura dello stigma associato ai disturbi mentali, alla vergogna, alla difficoltà di esprimere le proprie emozioni, alla preferenza per le forme d'attenzione alternativa nella propria rete sociale e alla mancanza di adattamento dei servizi di salute ai bisogni e agli stili di vita di questo gruppo di persone.

In questo ambito suggeriamo lo sviluppo di questa guida con l'obiettivo di considerare le cause e le circostanze psicosociali, sistemiche, culturali e relazionali che influenzano lo scarso utilizzo dei servizi professionali da parte degli adolescenti. Ci rendiamo conto che conoscere e dare visibilità a questi fattori possa risultare utile per promuovere un approccio olistico, multi-relazionale e multidisciplinare che faccia conoscere le narrative e le visioni dei "potenziali utenti" e che apporti, in questo modo, una miglior comprensione del fenomeno e un potenziamento delle soluzioni.

### *Obiettivo generale*

La presente guida di buone prassi è stata elaborata con l'intenzione di essere uno strumento che permetta, tanto alle strutture stesse come ai professionisti della salute e dell'educazione che lavorano con adolescenti e giovani, di conoscere le barriere che rendono difficile la fruizione dei centri di salute mentale da parte dei giovani e stabilire modelli e raccomandazioni per cercare di minimizzare tali barriere.

### *Modalità d'utilizzo della guida*

La guida è formata da dieci punti tematici chiave che sono stati identificati nell'analisi e nella ricerca del fenomeno dell'utilizzo su più livelli dei servizi professionali di salute mentale da parte degli adolescenti e giovani catalani. L'ordine in cui i suddetti punti compaiono nella guida risponde a una logica che parte dagli aspetti più generali per orientarsi, con posteriorità, verso quelli più specifici.

Ogni punto è composto da una serie di sub-apparati che permettono al lettore di realizzare un'immersione nel tema e allo stesso tempo di riflettere ed auto-valutare le proprie pratiche, così come pensare ad alcuni miglioramenti possibili di queste ultime. Il modo in cui la guida può essere impiegata dipende interamente dal lettore, essendo possibile realizzare una lettura completa del documento dall'inizio alla fine o anche una focalizzata in punti specifici.

La struttura seguita nella costruzione, nel disegno e nella redazione del presente documento risponde a una concezione pratica che cerca di facilitare i professionisti a realizzare un uso agile che gli permetta di accedere all'informazione in modo piacevole e che si regoli a seconda delle loro differenti necessità ed interessi.

### *Metodologia*

La metodologia utilizzata per la creazione di questa guida è stata di indole partecipativa, tenendo presenti le percezioni ed esperienze tanto dei professionisti come dei potenziali utenti dei servizi di attenzione alla salute mentale infantile e giovanile. Si è cercato in questo modo di dare una visione il più integrata possibile.

La ricerca che dà origine alla presente guida: "Los malestares de los adolescentes" - fu approvata e co-finanziata dal Ministero della Scienza ed Innovazione e dalla Fundació La Marató de TV3 (ricerca biomedica). Il campione di giovani partecipanti fu reclutato dal Panel de Familias e Infancia (PFI), uno studio sociologico longitudinale in quattro momenti disegnato dall'Istituto dell'Infanzia e del Mondo Urbano (CIIMU) (Institut d'Infància i Món Urbà 2012; Julià et al. 2012, Martínez-Hernández et al. 2012). La citata ricerca iniziò nel 2006 con un campione rappresentativo di 3.004 adolescenti residenti in Catalogna

nati tra il 1990 e il 1993, entrambi inclusi, e a mano a mano si incorporò nuovi campioni ogni anno.

A cominciare da tale campione generale si selezionò un sottocampione di 105 giovani per realizzare uno studio in profondità, mediante interviste semi-strutturate di tipo qualitativo con l'obiettivo di esplorare le strategie dei giovani per affrontare il malessere di tipo depressivo, includendo il perché si utilizzano o si evitano i servizi. Dobbiamo dire che ci interessò la visione generale dei giovani e non solo quella di coloro che avevano manifestato un malessere durante le interviste anteriori realizzate nel PFI. Inoltre, i partecipanti di questa ricerca risposero ad alcuni strumenti validi come la scala MISS (Manheim Interview on Social Support) (Vázquez y García-Bóveda, 1997), la BDI-II (BECK-II Depression Inventory) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) o lo screening della GHQ (Goldberg Health Questionary) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, y Grayson, 1988) (Monton, Pérez, Campos, García y Lobo, 1993; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, y Obiols, 2011) per la depressione e l'ansietà.

Posteriormente si realizzarono tre gruppi focali: uno con giovani che erano stati previamente intervistati (tra quattro e otto partecipanti in ogni gruppo), un'altro con professionisti del campo sanitario provenienti dalla psicologia, dalla psichiatria, dalla infermeria e dai servizi sociale (sei partecipanti) e un gruppo di discussione misto integrato per giovani e professionisti (dodici partecipanti, sei giovani e sei professionisti). Lo scopo dei gruppi fu "triangolare" e valutare l'informazione qualitativa risultato della ricerca, così come analizzare congiuntamente il fenomeno, individuando le barriere esistenti e proponendo congiuntamente raccomandazioni per poterle superare. Questa guida è stata costruita facendo affidamento sui contributi, le supervisioni e valutazioni di tutti coloro che fanno parte del processo: giovani, professionisti e ricercatori.



## 1. PROMOZIONE E PREVENZIONE DELLA SALUTE

### *Definizione*

La promozione della salute condensa l'insieme delle attività il cui obiettivo è incrementare e migliorare le condizioni di salute della popolazione. Si serve della partecipazione delle comunità e delle persone coinvolte nel processo e permette di aumentare così il dominio di quest'ultima e di conoscere le determinanti psicosociali relative alla salute e specialmente, in questo caso, alla salute mentale. Mediante le strategie di prevenzione si cerca di far conoscere i fattori di rischio e i fattori di protezione che influiscono sulla salute mentale dei giovani e adolescenti, cercando in ultima analisi di minimizzare i rischi e migliorare la salute. La OMS suggerì l'importanza della promozione della salute nella Carta di Ottawa nel 1986 nel momento in cui si definirono le aree di azione prioritaria per incidere sul miglioramento della salute delle persone e delle comunità. Da allora, le diverse conferenze sulla promozione della salute - l'ultima nel 2013 ad Helsinki - hanno sviluppato numerose politiche e strategie orientate a formare le persone in modo che aumentino e migliorino il controllo sulla loro salute.

### *Giustificazione*

L'adolescenza è una tappa di cambiamenti durante la quale gli individui come i loro familiari si devono adattare alle variazioni insorte. Si è sottoposti a una grande quantità di fattori stressanti relativi ai cambiamenti fisici, sociali, emozionali..., nei quali il giovane deve stabilizzarsi continuamente. Le organizzazioni dedicate al lavoro con i giovani e adolescenti, i centri scolastici, così come l'ambito familiare, sono punti di cruciale importanza dove la promozione e prevenzione della salute mentale dei giovani e adolescenti hanno un maggior peso e possono essere più efficaci.

### *Barriere rilevate*

- Mancanza di azioni preventive coordinate tra le distinte strutture e i centri di salute dedicati all'attenzione degli adolescenti e giovani.
- Assenza di lavoro congiunto tra famiglie e strutture d'attenzione alla giovinezza.
- Non esiste partecipazione attiva né delle famiglie né degli adolescenti nei lavori di promozione e prevenzione della salute mentale.

### *Raccomandazioni*

- Promuovere la creazione di azioni preventive da parte delle strutture e dei centri d'attenzione relativi alla salute dei giovani e adolescenti.
- Incoraggiare la coordinazione tra i centri sanitari dedicati all'attenzione e al trattamento di adolescenti e giovani per sviluppare azioni di promozione e prevenzione congiunte che fomentino così la coesione e siano più efficaci.
- Rafforzare e promuovere il lavoro in rete tra i differenti e vari sistemi di attenzione sanitaria e i singoli destinatari e le loro famiglie. Creare una rete solida e forte renderà possibile la creazione di nuove connessioni e le rafforzerà, avendo ripercussioni sulle azioni preventive più adeguate alle necessità dei destinatari.
- Incitare la partecipazione attiva delle famiglie e dei giovani e adolescenti nelle strategie di promozione e prevenzione della salute mentale incoraggerà una visione più positiva della salute mentale e ridurrà la paura della stigmatizzazione.
- Incoraggiare la creazione delle associazioni di familiari.

Ripercorrendo i differenti punti tematici della presente guida, il lettore troverà suggerimenti pratici di attività che lo aiuteranno a concretizzare tali raccomandazioni di carattere più generale.

*Domande per l'auto-valutazione*

- Vengono incoraggiate dalle strutture/centri d'attenzione azioni di promozione e prevenzione della salute mentale dirette ad adolescenti e giovani e alle loro famiglie?
- Esistono azioni congiunte nelle quali si collabora con differenti centri che lavorano con il gruppo di giovani in materia di prevenzione della salute mentale?
- Si incoraggia in qualche modo la coesione e il rafforzamento delle reti di attenzione sanitaria nei confronti di giovani e adolescenti?
- Si tengono in considerazione le opinioni, la partecipazione e collaborazione dei giovani e delle loro famiglie nelle strategie di prevenzione e promozione?
- Si incoraggia in qualche modo la partecipazione attiva dei giovani e delle famiglie in materia di prevenzione e promozione della salute mentale giovanile?
- Come si concretizza tale partecipazione?



## 2. NORMALIZZAZIONE E DE-STIGMATIZZAZIONE

### *Definizione*

La normalizzazione è il processo mediante il quale una situazione, circostanza o atto considerato insolito, non frequente o poco abituale, passa ad essere considerato dentro ai limiti della normalità, abituale e frequente.

I malesseri e problemi relazionati con la salute mentale sono stati in generale esclusi dalla normalità. Questo fatto implica che le persone con sofferenze di questo tipo vengano trattate in modo distinto rispetto che se avessero una sofferenza di tipo fisico. Sulla base delle ricerche e dei dati epidemiologici esistenti si osserva che i malesseri e i problemi mentali sono molto più frequenti di quello che la popolazione generale considera.

Tutte le persone attraversano momenti di crisi durante il loro ciclo vitale, i quali, in funzione dei fattori sociali, culturali, fisici, economici e familiari che li circondano si configureranno come crisi vitali patologiche oppure come semplici crisi di apprendimento nel nostro processo evolutivo e di maturazione.

Considerare questi malesseri come anormali porta con sé la carica di stigma sociale ed auto-stigma che marca il pronostico e il percorso della persona affetta e dei suoi familiari.

### *Giustificazione*

Svincolare malesseri emozionali e problemi psico-emozionali dall'anormalità è un tema prioritario. La considerazione di questi successi come parte integrante del processo vitale dell'individuo è necessaria per rompere lo stigma vincolato a tutto ciò. Tutti soffriamo, tutti abbiamo momenti migliori e peggiori, la differenza ricade nel come le affrontiamo e nei meccanismi che abbiamo alla nostra portata per poterle affrontare, superare e così apprendere ed arricchirci attraverso l'esperienza.

Molte volte la stigmatizzazione è la causa per cui le persone con malesseri evitano di rivolgersi a un centro specializzato e chiedere

aiuto. Per paura che gli altri scoprano che hanno fatto ricorso a una struttura specializzata e li accusino o etichettino di essere malati mentali per il resto della vita. Questa pressione e questa importanza del “che diranno” sono maggiori se questo succede durante la tappa dell’adolescenza, nella quale le relazioni tra coetanei hanno un ruolo di gran importanza per la formazione dell’identità e dell’individuo dentro del gruppo.

Demistificare queste malattie permetterà di incoraggiare la domanda di attenzione specializzata, poiché si elimineranno le connotazioni di stranezza, marginalità, patologizzazione ed esclusione.

### *Barriere rilevate*

- Considerazioni dei malesseri e problemi psico-emozionali come anormali e poco frequenti.
- Forte stigma associato ai malesseri di salute mentale.
- Patologizzazione dell’attenzione alla salute mentale.
- Vincolazione di malesseri emozionali e pazzia.
- Credenza che i malesseri mentali siano cronici.
- Credenza che i malesseri mentali siano invalidanti.
- Perdita d’autonomia e dignità vincolata alla domanda di attenzione professionale in salute mentale.
- Paura delle opinioni e reazioni della società, della famiglia e degli amici.
- Assenza di conoscenza sui malesseri emozionali frequenti durante l’adolescenza e la giovinezza, sul loro pronostico, trattamento e modalità di far fronte ad essi.

### *Raccomandazioni*

- Realizzare campagne di normalizzazione attraverso i mezzi di comunicazione: radio, televisione, stampa, internet, reti sociali, etc.

- Impartire lezioni sulla salute mentale ad adolescenti e giovani, famiglie e professionisti che non siano dell'ambito sanitario, per sfatare i luoghi comuni.
- Realizzare workshops con l'obiettivo di de-stigmatizzare e normalizzare i problemi di salute mentale nelle scuole, negli istituti e nei differenti centri che lavorano con adolescenti e giovani.
- Occuparsi, durante le ore di orientamento, di temi legati ai malesseri durante l'infanzia, l'adolescenza, la giovinezza e l'accesso ai servizi professionali per trovare aiuto.
- Includere lezioni su questo tema dentro del ciclo delle campagne informative che si offrono nelle scuole che siano impartite da professionisti specializzati non appartenenti al centro scolastico.
- Creare materiale didattico pratico e partecipativo pensato per lavorare durante l'orario di ricevimento nei centri scolastici, dove gli adolescenti e i giovani possano informarsi, apprendere e dibattere su questi temi, incoraggiando la normalizzazione e la coesione del gruppo di coetanei.
- Creare gruppi di dibattito culturale critici verso lo stigma e le attitudini di esclusione per problemi di salute mentale.

INFORMAZIONE DA TRASMETTERE NELLE CONFERENZE, NEI WORKSHOP E NELLE CAMPAGNE DI NORMALIZZAZIONE E DE-STIGMATIZZAZIONE

- Abilità di comunicazione.
- Informazioni sulle patologie, disturbi e sindromi.
- Storia della salute mentale (con la finalità di informare sul perché esiste questa stigmatizzazione).
- Trasmettere l'idea che richiedere aiuto psicologico a quell'età non solo non è uno stigma, ma che significa prestare attenzione alla salute mentale, la quale ne richiede tanta come, o più, di quella fisica.
- L'informazione deve essere adattata alla realtà concreta della popolazione, quartiere, cultura, etc.

- Trasmettere l'idea che un adolescente possa manifestare cambiamenti della condotta, non necessariamente dovuti a un disturbo mentale. Spesso possono essere la risposta dell'adolescente a una situazione di crisi personale o familiare.
- Differenziare tra crisi evolutive e crisi patologiche, evidenziando la normalizzazione e la prevenzione.

DINAMICHE PIÙ ADEGUATE AD INCORAGGIARE UNA BUON ACCOGLIENZA E A POTER RAGGIUNGERE MEGLIO I DIFFERENTI GRUPPI

- Portare a termine dinamiche accordate in conformità con i distinti gruppi sociali coinvolti per valutare lo stabilimento di tali installazioni e integrarle all'interno di altri programmi formativi che già ricevono famiglie, adolescenti e professori.
- Realizzare dinamiche di gruppo che impieghino una metodologia partecipativa e coinvolgano i destinatari dell'informazione in modo attivo.
- Portare a termine sessioni interattive.
- Utilizzare giochi psico-educativi.
- Demistificare, a partire da un'analisi delle notizie, telefilm, film, etc. il contenuto sensazionalista che si trasmette sui mass media e le malattie mentali.
- Utilizzare la tecnica del role-playing (gioco di ruolo), mediante la quale si simulano situazioni di conflitto e si analizzano le risposte degli attori implicati.

DURATA, FREQUENZA E ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ

- Si devono creare in funzione degli accordi ai quali si arriva con le persone coinvolte. Si devono adattare al gruppo al quale sono dirette, sia nella forma come nel contenuto, durata e ubicazione.
- Si possono realizzare corsi, workshops inseriti all'interno del curriculum accademico dei centri scolastici che si sviluppano durante l'anno accademico, lezioni occasionali, etc., in funzione del luogo dove si desidera fare e dell'azione che si vuole sviluppare.

- In sessioni di un'ora e mezza o due ore. Serie di un numero determinato di sessioni, con un intervallo non superiore a quindici giorni, che permetta così di seguire il filo conduttore e non dover ripartire da zero ad ogni sessione.

#### DOMANDE PER L'AUTO-VALUTAZIONE

- Si realizza attualmente da parte dell'istituzione qualche azione diretta a promuovere la normalizzazione e la de-stigmatizzazione?
- Si offrono da parte della istituzione lezioni e workshops o si realizzano campagne od opuscoli informativi diretti a rompere ed eliminare lo stigma?
- Che tipo di azioni si potrebbero realizzare da parte della struttura per lottare contro lo stigma?
- Si dispone dei mezzi necessari per realizzare azioni in materia di normalizzazione e de-stigmatizzazione?
- Si percepisce da parte della struttura lo stigma e/o la paura ad esso nei giovani e nei familiari? Se è così, come si affronta e come si procede?



### 3. FORMAZIONE (IN ADOLESCENZA E SALUTE MENTALE)

#### *Definizione*

La formazione è uno dei pilastri base per riuscire a disporre di un'attenzione verso la salute mentale di qualità, che permetta sia ai professionisti come ai riceventi e al resto delle entità, gruppi e persone implicate nel processo, di conoscere le caratteristiche, le necessità, gli strumenti e le strutture che entrano in gioco durante l'attenzione alla salute mentale nei giovani e adolescenti.

Le differenti strutture e professionisti che forniscono l'attenzione hanno un'ampia e riconosciuta esperienza, però nonostante ciò è necessario fare affidamento sulla conoscenza delle particolarità dei gruppi specifici ai quali è destinata quest'attenzione. Per offrire un'attenzione di qualità è necessario conoscere le caratteristiche e particolarità del gruppo al quale è diretto il servizio, dato che non tutte le tappe vitali sono uguali, come non lo sono gli avvenimenti, le esperienze di vita, i problemi e le necessità.

#### *Giustificazione*

Si considera necessario fornire ai professionisti una formazione specifica, adeguata e di qualità sulla tappa vitale "adolescenza-giovinezza". La suddetta formazione permetterà che il professionista possa comprendere meglio l'esperienza del paziente, migliorando l'attenzione e la qualità di quest'ultima. Le condotte, i problemi e le situazioni che in qualsiasi altra tappa della vita non divengono cruciali devono essere tenuti in conto specialmente in questa tappa, piena di cambiamenti, ricostruzioni e reinserimenti, nella quale i giovani si devono adattare continuamente.

La formazione sulle particolarità della salute mentale nell'adolescenza e nella giovinezza è necessaria non solamente per i professionisti della salute mentale, ma anche per il resto degli attori sociali come componenti del processo evolutivo degli individui. La formazione dovrebbe proporsi in maniera interdisciplinare potenziando così

l'intercambio e l'incontro tra professionisti, dovrebbe essere diretta a quattro destinatari principali e differenziati:

1. Professionisti sanitari
2. Professionisti dell'educazione (esperti di servizi sociali, educatori sociali, professori, etc.)
3. Famiglie
4. Adolescenti-giovani.

Capire e gestire un malessere ha una funzione non solamente di sollievo ma anche di prevenzione. Problemi come la tristezza, l'angoscia, il consumo di sostanze tossiche o il bullismo sono tutti bisognosi di un ascolto attento, che deve iniziare nel nucleo familiare e scolastico e, se necessario, continuare nelle strutture di salute. È dunque indispensabile coinvolgere tutti gli agenti implicati.

#### *Barriere rilevate*

- Mancanza di conoscenza da parte degli adulti delle necessità, delle esperienze di vita, dei problemi e degli strumenti degli adolescenti e giovani.
- Tendenza degli adulti a svalorizzare le conoscenze dei singoli adolescenti riguardo a un disagio.
- Tendenza degli adulti a problematizzare avvenimenti vitali tipici del processo di cambiamento della tappa evolutiva.
- Sottovalutare e considerare esagerate le angosce e i malesseri degli adolescenti relative a certi temi ed esperienze di vita che per gli affetti sono di cruciale importanza e costituiscono crisi vitali.
- Visioni dell'adolescenza, della giovinezza e dei loro membri come estranei, rari e incomprensibili.
- Mancanza di conoscimento sui cambiamenti che accadono durante questa tappa vitale.
- Disconoscimento di ciò che è normale e ciò che è patologico in queste tappe.

- Assenza della voce, visione e esperienza di vita dei giovani/adolescenti sul malessere emozionale e mancanza di riconoscimento di tale discorso come valido.
- Tendenza ad analizzare i malesseri e le angosce degli adolescenti e giovani da una visione del mondo adulto. Carezza d'empatia.
- Deficit degli strumenti di gestione di tali malesseri da parte degli adolescenti/giovani e delle loro famiglie.
- Mancanza di formazione del personale dell'ambito educativo sull'attenzione e la gestione dei malesseri emozionali abituali non patologici durante l'adolescenza e la giovinezza.
- Assenza d'informazione e formazione sull'adolescenza e la giovinezza e le loro caratteristiche specifiche tanto nella popolazione in generale come nei professionisti sanitari (medici e non medici).
- Mancanza di comprensione dell'importanza che ha il gruppo di coetanei per lo sviluppo, la socializzazione e l'individuazione degli adolescenti/giovani e il conseguente shock con la famiglia, ambiente educativo e il mondo adulto in generale.

### *Raccomandazioni*

- Realizzare corsi, lezioni, workshops nelle scuole, centri civici, centros de salud, etc., diretti alla popolazione in generale.
- Integrare i singoli adolescenti e giovani nei processi di formazione, tenendo conto del loro sapere ed esperienza.
- Creare e diffondere materiale formativo e informativo sulle particolarità dell'adolescenza: normalità-patologizzazione.
- Informare tutti gli agenti coinvolti che un intervento fatto per tempo previene un possibile disturbo mentale nell'età adulta.
- Realizzare corsi e formazione per professionisti al cui progetto e sviluppo partecipino utenti (adolescenti e giovani) che espongano la loro esperienza personale.

- Formare le famiglie sull'adolescenza e giovinezza, realizzando brevi lezioni o workshops che incoraggino la conoscenza e comprensione di questa tappa evolutiva.
- Effettuare workshops e corsi di formazione congiunti nei quali partecipino tanto gli adolescenti e i giovani come i loro familiari per creare un clima di apprendimento condiviso nel quale gli attori si nutrano delle molteplici visioni e prospettive e si renda possibile una maggiore conoscenza.
- Dotare gli adolescenti, i giovani e le famiglie di strumenti di gestione e confronto del malessere per facilitare la gestione dei problemi quotidiani che non hanno bisogno di attenzione sanitaria specializzata.
- Formare maestri, pedagoghi e altro personale del mondo educativo sui temi dell'adolescenza e della giovinezza, di modo che possano essere coinvolti nell'aiuto e nella gestione durante i momenti di crisi nei quali non è necessaria attenzione sanitaria specializzata.
- La formazione continua dei professionisti dell'attenzione sanitaria sull'adolescenza e giovinezza, sia ai medici come al resto delle persone che lavorano in tali strutture (infermeria, servizi sociali, ausiliari, etc.), deve considerarsi come uno dei principi base per assicurare la sua qualità.
- I direttori dei servizi dovrebbero dare la priorità a una formazione dei loro professionisti in materia di salute mentale infantile e giovanile in modo da permettere un approccio sia clinico che psicosociale. Il miglioramento dello sfruttamento dell'attenzione sviluppata deve appoggiarsi al processo di formazione, intercambio di esperienze, supervisioni, riflessioni e proposte d'innovazione.
- Si deve enfatizzare la necessità che i servizi e i loro professionisti rivedano le loro pratiche e procedimenti. È necessario garantire la supervisione esterna come spazio di formazione e rinnovazione. L'obiettivo è revisionare il compito dei professionisti, i sentimenti che li accompagnano, così come contrastare i quadri teorici con la pratica teorica dei profes-

sionisti a partire dalla riflessione sistematica, senza compiere funzioni di controllo (Puig, 2011).

MATERIE DA IMPARTIRE E TRATTARE DURANTE LA FORMAZIONE

- Tematiche generali per la formazione delle famiglie, adolescenti, giovani e professionisti sia degli ambiti sanitari come non sanitari:
  - Aspetti psico-maturativi degli adolescenti.
  - Disturbi emozionali frequenti in questa tappa.
  - Definizione di malessere degli adolescenti, come identificarlo e come valutare la sua importanza e possibili cause.
  - Servizi d'aiuto e consigli esistenti, dove si trovano, chi può accedere a questi, come si può accedere a questi.
  - Informazione sulle richieste amministrative.
  - Informazione sui distinti tipi di professionisti esistenti, differenze che li caratterizzano e specificità di ognuno di loro, indicando per quali problemi o finalità ognuno di loro è più idoneo.
  - Formazione nell'ambito della comunicazione interpersonale, promuovendo una comunicazione orizzontale non paternalista che riconosca l'adolescente-giovane come uguale.
  - Spiegazione della struttura della rete sanitaria dentro della salute mentale.
- Tematiche specifiche dirette a professionisti dell'ambito socio-sanitario.
- Formazione su particolarità e problematiche adolescenziali, valorizzazione della gravità, dei rischi e dei trattamenti.
- Formazione specifica su come realizzare l'intervista, con speciale enfasi nell'ascolto e nella capacità di stabilire un vincolo adeguato di aiuto.
- Formazione nell'ambito della comunicazione interpersonale dentro dell'ambulatorio.

- Attenzione alle necessità dei genitori nella loro relazione con i figli e viceversa.

*Domande per l'auto-valutazione*

- Si realizzano nelle istituzioni corsi di formazione per i lavoratori sull'adolescenza, giovinezza e salute mentale?
- L'istituzione offre o impartisce corsi o workshops sulla salute mentale nell'adolescenza e giovinezza diretti ad altre strutture della rete sanitaria?
- L'istituzione offre o impartisce corsi o workshops sulla salute mentale nell'adolescenza e giovinezza diretti a centri scolastici, associazioni di padri e madri, centri civici, centri giovanili, etc.?
- Si tengono in conto, dentro della formazione del centro, di moduli specifici sull'adolescenza e giovinezza?
- Esiste qualche strumento o qualche metodo per valutare le conoscenze che posseggono i lavoratori della struttura sull'adolescenza e giovinezza e sulla corretta attenzione in materia di salute?

#### 4.COORDINAZIONE E LAVORO IN RETE

##### *Definizione*

Lavorare tenendo presente degli stili collaborativi incoraggia il processo di apprendimento, il quale diviene l'unico processo capace di scatenare la conversione del sapere individuale in sapere collettivo. La ricchezza di conoscenza che maneggia un'entità, una struttura o un centro d'attenzione specializzato è limitata e si blocca se non condivide i suoi saperi e si nutre di altre fonti. La coordinazione e il lavoro in rete permettono di mettere sopra al tavolo un ampio ventaglio di conoscenze, punti di vista e strategie d'azione multidisciplinari che favoriscono l'apprendimento e la visione degli adolescenti e giovani e la loro salute mentale come un tutto molto più ampio, tenendo in considerazione la grande gamma di variabili che stanno intervenendo. In questo modo, l'apprendimento è inteso così dunque come il motore del cambiamento basato sulla gestione dei contenuti, spazi, tempi e risorse per raggiungere un fine, in questo caso una migliore salute mentale. La coordinazione nell'ambito dell'attenzione psico-sociale costituisce uno strumento essenziale.

La coordinazione si riferisce all'articolazione dei servizi e programmi esistenti che si devono organizzare per favorire la continuità dell'attenzione alle persone in maniera globale sia dentro al proprio sistema sanitario sia nella sua relazione esterna con altri sistemi, per esempio programmi municipali o altri programmi delle comunità autonome.

Dall'altro lato, bisogna segnalare che la coordinazione oltrepassa la stessa attenzione del singolo servizio poiché questa di solito deve praticarsi al di fuori o in collaborazione con altri sistemi pubblici o privati. Coordinarsi, dunque, fa sempre riferimento a un ambito più generale che è a quello che esiste tra gli stessi servizi.

##### *Giustificazione*

I professionisti possono avere iniziative e stabilire circuiti e sistemi propri della coordinazione sanitaria con quei servizi che mantengono

più relazioni di risultati dell'attività sviluppata. Di conseguenza, i professionisti sono parte attiva del sistema di coordinazione.

La creazione di reti, alleanze e coordinazioni tra le differenti strutture che lavorano da diverse prospettive con gli adolescenti e giovani permette di ottenere una visione più esaustiva del fenomeno e incoraggia l'apprendimento multidisciplinare, nutrendosi della vasta conoscenza dei differenti professionisti e dei loro differenti approcci. Realizzandosi un'impostazione parzializzata, molti spazi rimangono vuoti ed è possibile che molti giovani siano, o meglio a molti giovani si prestino un'attenzione parziale o addirittura non ne ottengano nessuna.

L'approccio integrato e interdisciplinare della salute mentale nella giovinezza-adolescenza permetterà di soddisfare le necessità dei nostri giovani senza tralasciare gli aspetti che, se non si promuove il lavoro congiunto, coordinato e collaborativo tra le entità e i centri d'attenzione, possono essere tralasciati, terminando così con delle carenze che comportano un peggioramento della salute mentale. La promozione dell'attenzione coordinata che integra gli ambiti sociali, fisici, mentali, scolastici, lavorativi e d'ozio degli adolescenti si ripercuoterà nella realizzazione di una migliore salute mentale in tale gruppo.

### *Barriere rilevate*

- Mancanza di coordinazione tra le strutture d'attenzione ai giovani e agli adolescenti.
- Assenza d'attenzione integrata che coinvolga tutte le strutture d'attenzione esistenti.
- Frammentazione dell'attenzione a giovani e adolescenti in materia di salute mentale: il fattore fisico, psichico, familiare e sociale si concepiscono come compartimenti stagni e separati l'uno dall'altro.
- Reti di lavoro deboli, poco strutturate e poco coese.
- Inesistenza di persone e strutture d'assistenza giovanile dove i giovani possano realizzare consulenza relative ai loro malesseri emozionali e alla loro salute mentale, fuori dalle strutture d'attenzione medica specializzata.

- Non esiste un sapere globale di tutti i servizi diretti ai giovani e adolescenti che integri tutti gli ambiti che si occupano di tale gruppo di persone.

### *Raccomandazioni*

- Promuovere la coordinazione e il lavoro nella rete di tutte le strutture e centri d'attenzione dell'adolescenza e della giovinezza.
- Lavorare congiuntamente approfittando degli spazi e forum di attività di e con gli adolescenti.
- Promuovere la coordinazione e coesione tra i diversi servizi e ambiti.
- Rendere possibile l'attenzione globale dell'individuo.
- Rivitalizzare e rafforzare le reti di lavoro mediante sessioni di coordinazione, realizzazione di programmi e attività congiunte, etc.
- Elaborare e pubblicare una guida che includa la totalità di servizi diretti a giovani e adolescenti e che permetta un uso delle risorse esistenti delle quali si possa approfittare di più, renderebbe più facile il lavoro nelle reti e favorirebbe l'ottimizzazione delle risorse.

### CONSIDERAZIONI DA TENERE IN CONTO PER PROMUOVERE UNA COORDINAZIONE

*a) Continuità:* l'efficacia dell'attenzione può essere nulla se non esiste una rete sociale, propria e dei servizi, più vicina alla persona adolescente e alle sue necessità sociali, emozionali e psicologiche, che dia continuità all'attenzione ricevuta. Questo punto viene garantito dalla coordinazione. La continuità dell'attenzione più che la semplice coordinazione, è una visione continua e condivisa del lavoro nel quale intervengono molteplici professionisti, in centri di lavoro differenti, che agiscono in tempi diversi con un obiettivo finale comune. Non si tratta unicamente di sommare azioni o programmi che genererebbero scarsi benefici in termini di qualità ed efficienza. Stiamo parlando del-

la continuità trasformatrice, di stabilire processi e sistemi sulla base del valore che conferiscono all'attenzione ricevuta.

*b) Coerenza e organizzazione:* quando la coordinazione ha come obiettivo la continuità e la coerenza dell'attenzione è molto di più che una semplice dichiarazione di principi. Questa ha bisogno di un'organizzazione interna che la favorisca nella pratica con gli altri servizi. Richiede inoltre l'applicazione di strumenti di lavoro come i procedimenti di coordinazione e definizione e registri.

*c) Interdipendenza:* la promozione della coordinazione permette l'interdipendenza tra professionisti di differenti servizi e ambiti implicati. È giustamente la interdipendenza quella che deve orientare la coordinazione. Questa però può esigere che qualche professionista diriga il processo con la finalità di stimolare la reciprocità tra professionisti o servizi che abbiano influenza reciproca, promuovano e rendano complementari i contributi. Questa reciprocità contribuirà a rendere visibili tutti i partecipanti.

*d) Unione e approccio comune:* la coordinazione richiede la unione dei professionisti dei diversi sistemi che intervengono - sociale, educativo, sanitario, etc.- che fanno capo alla stessa persona. Dal risultato di quest'unione di professionisti sorge anche l'approccio comune dei servizi che mantengono una relazione orizzontale. La coordinazione esige un orientamento comune, articolato e sistematico per assicurare un'attuazione personalizzata ed efficace in ogni caso. Nella misura del possibile, deve concretizzare i procedimenti da realizzare e il reindirizzamento necessario dei pazienti, per questo si devono tenere in conto e incorporare le esperienze preve dei professionisti e definire gli obiettivi comuni del lavoro da effettuare, realizzando quei servizi ed attività che si richiedono, tenendo sempre presente l'attenzione integrale della persona.

*e) Ottimizzazione delle risorse:* la coordinazione implica ottimizzare le risorse e partire dalla specializzazione già esistente in un ambito o territorio determinato. Per i professionisti questo significa: armonizzare le loro azioni e proposte in maniera effettiva con il fine di condividere informazioni e imparare dall'esperienza dell'altro e così evitare la sovrapposizione delle risorse e il raddoppiamento del lavoro. La coordinazione ha effetti che potenziano le azioni e iniziative intraprese. Coordinare riduce la sovrapposizione o le interferenze approfittando al massimo del lavoro dei professionisti e delle risorse

a beneficio delle persone accudite. Inoltre, un obiettivo importante, della coordinazione è facilitare il miglioramento significativo dell'attenzione degli adolescenti in modo da assicurarsi che il processo d'attenzione si realizzi in forma condivisa e coordinata.

*f) Apertura e flessibilità:* per poter ottenere una coordinazione si deve mantenere l'incorporazione progressiva dei professionisti che appaiono nei casi o nelle situazioni. È importante incorporare nel lavoro quotidiano di coordinazione i professionisti implicati e le strategie stabilite anteriormente. Le nuove incorporazioni di professionisti hanno bisogno che si rispettino i loro tempi, i quali genereranno nuovi vincoli con il sapere già ottenuto dai professionisti anteriori e contribuiranno a costruire nuove prospettive per i propri membri. Sarà mediante questo lavoro condiviso che si genereranno nuovi approcci.

In maniera pratica suggeriamo alcuni modelli d'azione che possano portare benefici per la coordinazione e possano essere utili per i professionisti:

- È conveniente non lasciare la coordinazione al caso. È meglio prevedere la realizzazione delle riunioni tra i professionisti/ servizi che si definiscono per ogni situazione.
- Coordinarsi esige una pianificazione previa all'incontro e un ordine nel procedimento e negli accordi. Per il suo sviluppo si possono seguire i modelli di gestione di una riunione.
- La coordinazione per l'attenzione degli adolescenti suppone l'assunzione congiunta delle responsabilità delle azioni coordinate che si sviluppano, questa deve partire dalla valorizzazione congiunta della situazione e concordare con gli obiettivi e la presa di decisioni. C'è da definire chiaramente il ruolo e i compiti dei differenti membri della rete in un marco di collaborazione globale.
- È raccomandabile enumerare un referente o gestore del caso, per poter facilitare la coordinazione e il raggiungimento degli obiettivi. In questo modo l'adolescente/giovane avrà un professionista di riferimento al quale dirigersi che gli eviterà così di vagare all'interno di un labirinto istituzionale.

*g) Percezione integrale della salute:* il punto di partenza deve essere l'idea d'integrità della salute, o detto in altre parole, l'identificazione dei soggetti assistiti come totalità e non come frammenti

associati alle differenti patologie e/o problematiche relative alla salute fisica e/o mentale. In questo modo si riconosce la complessità dei casi e la singola necessità di un lavoro coordinato tra i differenti servizi e professionisti con l'obiettivo di mantenere e potenziare l'idea dell'utente come soggetto attivo e, pertanto, co-responsabile in materia di salute.

Queste idee per la coordinazione dell'attenzione sono uno degli elementi per avanzare e garantire la costruzione di un lavoro a livello di micro-rete, un metodo di collaborazione e coordinazione tra due o più professionisti/entità/servizi per avere cura efficacemente di un caso comune. Si suppone l'assunzione congiunta di responsabilità e la coordinazione delle modalità di prestare attenzione. A riguardo, si richiede di partire da una valorizzazione congiunta, accordandosi sugli obiettivi del lavoro e definendo chiaramente, nella misura del possibile, il ruolo e i compiti dei differenti membri partecipanti.

Il punto di partenza e interesse comune è l'adolescente, ovvero l'attenzione della sua individualità ad iniziare dall'analisi globale dei professionisti partecipanti.

#### DOMANDE PER L'AUTO-VALUTAZIONE

- Si conferisce una buona coordinazione tra tutte le strutture d'attenzione ad adolescenti e giovani?
- Si prevede la realizzazione regolare di riunioni tra professionisti/servizi?
- Si incoraggiano e promuovono il vincolo, il contatto e il lavoro congiunto con tutte le strutture?
- Esiste una pianificazione previa all'incontro e all'ordine nel procedimento e negli accordi?
- Le modalità di attendere e di occuparsi degli adolescenti sono parallele o sono interconnesse?
- Esiste qualche figura di riferimento alla quale i giovani possono dirigersi per risolvere dubbi ed esprimere i loro malesseri emozionali fuori dai centri di salute specifici?
- Si incoraggia una visione integrata degli adolescenti e giovani che tenga in conto dei loro stili di vita e delle loro idiosincrasie?

## 5.ACCESSIBILITÀ

### 5.1.Accessibilità generale

#### *Definizione*

È intesa come “il potere di utilizzo” di un servizio da parte dei suoi utenti potenziali (Frenk, 1985).

A partire da quest'idea definiamo l'accessibilità come il vincolo che si costruisce tra i potenziali utenti dei servizi e i servizi propriamente detti (Stolkiner et al., 2000), dato che è la combinazione di entrambi quella che ci conferisce una visione integrata della situazione. Tale vincolo si costruisce nella combinazione tra le “condizioni e i discorsi dei servizi e le condizioni e rappresentazioni dei soggetti e si manifesta nella modalità particolare che acquisisce l'utilizzo dei servizi”(Stolkiner et al. 2000). Pertanto, lo sguardo relazionale tra soggetti e servizi si deve considerare come un punto chiave, proprio delle scienze sociali.

L'accessibilità è formata da due elementi basilari:

Il fattore fisico relazionale con l'ubicazione della struttura e con la distanza geografica che la separa dai suoi potenziali destinatari, che include variabili quali gli orari di lavoro, la qualità e diversità dei servizi che si offrono, la quantità di utenti potenziali, le dimensioni delle unità mediche, la lunghezza della lista d'attesa, il prezzo dei servizi e i criteri d'accesso che si esigono.

Il fattore sociale riferito alla distanza sociale e culturale tra i servizi e gli utenti tenendo conto dei valori culturali, delle percezioni, atteggiamenti e credenze intorno alla salute tanto a livello organizzativo e professionale come dei potenziali utenti. Implica variabili come la burocratizzazione dei servizi, l'uso del linguaggio tecnico-professionale, il livello accademico dei destinatari, i loro redditi o la formazione che possiede la persona sulle risorse esistenti e il loro funzionamento.

È questo tipo di accessibilità, quella sociale, che risulta chiave negli studi sull'uso dei servizi che provvedono alla salute (Garrocho, 1992), siccome rappresenta l'accessibilità effettiva della destinazione (Joseph y Phillips, 1984).

### *Barriere rilevate*

- Gli orari d'attenzione coincidono con gli orari accademici, di conseguenza le assenze alle lezioni devono essere giustificate con un documento e inoltre diventano più visibili ed evidenti per i compagni, sorge la paura dello stigma e del "che diranno".
- Mancanza di conoscenza dei criteri d'accesso ai servizi e alle strutture.
- Localizzazione centralista delle strutture. Si trovano in grandi nuclei, di conseguenza gli adolescenti e i giovani residenti in piccoli nuclei si devono spostare.
- Inadeguatezza delle prestazioni offerte per concentrarsi solamente sulle problematiche patologiche e lasciare da parte quelle del proprio ciclo vitale.
- Fallimenti nel re-indirizzamento verso gli specialisti della salute mentale giovanile. Se i medici di base non considerano che si tratta di una problematica grave e/o patologica i giovani non vengono indirizzati verso specialista. In questo modo viene omessa l'attenzione ai problemi di crisi vitale, i quali se fossero presi in considerazione, dagli specialisti, dal primo momento incoraggerebbero un buon vincolo terapeutico e faciliterebbero la ricerca d'aiuto nei casi più gravi che potrebbero verificarsi a posteriori. Il tutto sarebbe di grande utilità per realizzare una buona prevenzione.

### *Raccomandazioni*

- Adeguare/ampliare gli orari del centro o delle strutture per facilitare l'attenzione, includendo orari distinti dall'orario delle lezioni dei centri scolastici. L'orario di visita nei centri specializzati dei minori coincide attualmente con l'orario scolastico, quindi qualsiasi uscita dal centro scolastico è un segnale d'allarme e di stigmatizzazione da parte dei compagni.
- Fissare dei requisiti d'accesso e d'attenzione meno stringenti. Fare in modo che i minorenni non debbano essere imprescin-

dibilmente accompagnati dai genitori o tutori, una volta che il medico di base ha deciso di dirottarli dallo specialista. Tutto ciò incoraggerà così l'autonomia e l'autogestione del processo di ricerca d'attenzione.

- Adeguare la loro offerta di servizi alle necessità del gruppo al quale devono essere dirette. Occuparsi delle crisi del ciclo vitale e della crescita e non solo patologie gravi.
- Dare informazioni sui servizi che offrono le istituzioni e sui requisiti d'accesso.
- Favorire e promuovere il lavoro in rete dei differenti servizi specializzati, facilitando il lavoro di squadra e il passaggio dal medico di base allo specialista.
- Occuparsi delle problematiche anche non necessariamente gravi, ma quotidiane e relative alla crisi del ciclo vitale. L'attenzione di queste problematiche renderà possibile un'accoglienza e un ascolto attivo che favoriranno una migliore relazione terapeutica e la possibilità di ricondurre alla normalità i malesseri dei giovani in un modo adeguato, promuovendo allo stesso tempo la prevenzione dei malesseri gravi e l'uso adeguato dei servizi.
- Ampliare l'attenzione specializzata alla salute mentale dei giovani, mediante l'inserimento di piccole strutture distribuite in modo più omogeneo nel territorio, dato che i servizi specializzati si ubicano maggiormente nelle capitali e nelle grandi città ed è molto difficile e poco pratico per i giovani che risiedono nei paesi accedere ad essi.
- Realizzare programmi informativi nell'ambito comunitario diretti a tutti i membri della comunità.
- Promuovere il lavoro in rete tra strutture specializzate d'attenzione per dare un'attenzione integrata e adeguata.
- Evitare la duplicità d'attenzione e "i pazienti alla deriva"; i quali vengono spostati da un dispositivo all'altro senza appropiarsi la loro problematica in modo olistico e integrato che contribuisca al loro benessere globale.
- Facilitare lo spostamento dai servizi d'attenzione generale verso i servizi d'attenzione specializzati.

- Incoraggiare o facilitare la coordinazione tra i tutori e consulenti con le strutture di salute mentale per ottenere un'attenzione più agile nei casi gravi, anche se non patologici, in modo che si possano evitare spostamenti frequenti e in alcune occasioni inutili dei giovani.

### *Domande per l'auto-valutazione*

- La frangia oraria d'attenzione permette ai potenziali utenti di far ricorso al servizio senza dover perdere ore scolastiche? Esiste flessibilità per adattare gli orari a quelli degli adolescenti e dei giovani?
- Esistono mezzi per facilitare lo spostamento degli utenti, alcuni minorenni, dai paesi lontani?
- Si tiene conto che possono esistere fattori relazionati con l'esigenza della presenza degli adulti che possono rendere difficile l'accesso dei giovani al servizio? Si suggeriscono alternative per mantenere la sua privacy e promuovere così il suo accesso?
- Si porta a termine una buona coordinazione con il resto dei servizi e strutture dedicate all'attenzione di minori e giovani?
- Si procura informazione necessaria sulle strutture esistenti, i servizi che offrono e come funzionano?
- Esistono accompagnatori e gli spostamenti sono adeguati nel transito del medico pediatra al medico degli adulti, che promuovano la creazione di un buon vincolo terapeutico?

## 5.2. Informazione pro-attiva sui servizi

### *Definizione*

Il contributo dell'informazione pro-attiva implica la presa d'iniziativa nello sviluppo di azioni creative, nuove e audaci con l'obiettivo di produrre miglioramenti, i quali devono essere diretti in questo caso ad assicurare che i servizi offerti siano conosciuti dalla popolazione che ne possa avere bisogno. Implica da parte dell'istituzione l'assu-

mere la responsabilità di permettere che le cose succedano, creando nuove opportunità, adattando il loro modo di fare alle condizioni dell'ambiente, cercando attivamente risposte ai problemi esistenti.

### *Giustificazione*

La popolazione potenzialmente beneficiaria dei servizi è possibile che non vi acceda perché ignora la loro esistenza, il proprio diritto ad usufruirne o i procedimenti per beneficiarne.

Far sì che quest'informazione sia accessibile a determinati gruppi può richiedere azioni dirette a superare le barriere, a tal proposito potrebbe essere necessario modificare la forma abituale di diffondere l'informazione. Può, inoltre, renderle più efficienti ottenendo così migliori risultati.

Lo sviluppo di un atteggiamento pro-attivo da parte dell'istituzione aiuta a prevedere conseguenze, possedere un approccio innovativo e affrontare difficoltà e problemi.

### *Barriere rilevate*

- Gli adolescenti e giovani non hanno informazioni sui seguenti temi relativi ai servizi d'attenzione esistenti:
  - Quali sono le strutture esistenti
  - Qual è la loro ubicazione
  - Qual è il lavoro che realizzano
  - Quali sono le differenti modalità d'accesso
  - Quali sono i requisiti d'accesso
  - Che tipo di problematiche si trattano al loro interno
  - Qual è l'offerta di professionisti esistenti
  - Che trattamenti e terapie si offrono

### *Azioni raccomandate*

- Sviluppare programmi specifici per far conoscere i servizi alle persone che ne hanno bisogno e che non posseggono informazioni a riguardo.

- Creare punti d'informazione e attenzione fuori dalle strutture sanitarie specializzate dove i giovani e gli adolescenti possano accedere per realizzare consulenze sui loro dubbi in materia di salute mentale e dove possano esprimere e risolvere i loro dubbi senza la necessità di passare dal consultorio, né di comunicare il loro malessere ai propri genitori. Da questi spazi il giovane può ricevere informazione e sollecitare lo spostamento a un centro specializzato, se lo desiderasse.
- Usare le nuove tecnologie e creare spazi virtuali gestiti da professionisti sanitari, nei quali i giovani possano suggerire i loro problemi, dubbi e preoccupazioni alle quali otterranno risposta e verranno orientati mediante questo servizio virtuale. Allo stesso modo, tramite questi spazi si renderà più facile, nel caso in cui sia necessario, accordarsi per un appuntamento mediante questi punti di informazione.
- Pubblicare materiali destinati a diffondere quest'informazione tenendo conto quanto segue:
  - Far conoscere le strutture e i servizi esistenti e l'attenzione che in essi si offre.
  - Informare su come si accede a un servizio di salute mentale, dove li si possa trovare e quali siano i criteri d'accesso.
  - Orientare sui temi che può trattare ogni differente professionista della salute mentale.
  - Usare mezzi e luoghi speciali di diffusione che siano di facile accesso per i gruppi destinatari.
  - Creare materiali specifici diretti a genitori e professionisti dell'educazione, specialmente ai loro tutori, i quali sono considerati un elemento chiave. Questo materiale dovrebbe avere l'obiettivo di favorire un'informazione basilica ai docenti sulle tematiche rilevanti che i professionisti dovrebbero trattare, permettendogli così di poter reindirizzare i pazienti nel caso in cui lo considerino necessario, potendo consigliare al giovane le strutture esistenti e i benefici ai quali far ricorso.

- Rendere possibile l'esistenza di una persona formata sul tema, situata nel centro frequentato dal gruppo di giovani, che possa aiutarli, informarli, dirottarli e/o indirizzarli.
- Creare materiali specifici provvisti di tutta l'informazione menzionata anteriormente, diretti specificamente agli adolescenti e ai giovani, adeguati alle loro necessità e provvisti di un linguaggio piacevole e vicino che favorisca la loro lettura e diffusione dentro di tale gruppo.
- Usare Internet e le reti sociali come mezzi di diffusione d'informazione. Si propone la creazione di una pagina web che includa una lista di servizi di salute mentale e/o attenzione primaria esistenti, con i loro corrispondenti links. Tale rete dovrebbe essere connessa con le reti d'educazione e gioventù, di modo che l'informazione sia facilmente accessibile.

#### *Domande per l'auto-valutazione*

- Si dispone di materiale adeguato per informare potenziali utenti e le loro famiglie e tutori sulle strutture esistenti e i lavori che in queste si realizzano?
- Esiste un canale d'informazione adeguato che renda accessibile alla popolazione la conoscenza dei requisiti d'accesso, il funzionamento del servizio e l'assistenza offerta?
- L'ubicazione di questi materiali è la più idonea per essere il più accessibile possibile al gruppo al quale va diretta? Si trovano in vari formati per aver maggiore diffusione (per iscritto, on-line)? Si ha fatto una campagna di distribuzione proattiva? È disponibile nei luoghi più frequentati dai giovani?
- Il linguaggio utilizzato in questi materiali si adegua e varia in funzione del gruppo al quale si rivolge (genitori, adolescenti) così da renderlo il più vicino e comprensibile?
- Come si diffonde l'informazione? Quali sono i canali impiegati dalle strutture per tali fini?



## 6. PIANIFICAZIONE, ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO

Non esistono criteri consensuali o standard relativi al numero necessario di professionisti in relazione al numero di domande e persone accudite. Nella decisione rispetto a tale numero possono influire differenti fattori: la complessità dei problemi ai quali far fronte, l'esperienza dei professionisti, le risorse di appoggio tecnico per accompagnare o facilitare l'attenzione e, per ultimo, la qualità del lavoro in rete (coordinazioni fluide, azioni del congiunto di professionisti che intervengono, fluidità nella comunicazione, etc).

Sarebbe raccomandabile stabilire criteri relativi al numero di professionisti, distinguendo il tempo di lavoro "diretto" d'attenzione alle persone e l'altro "indiretto". Perché anche se è certo che la gran parte del lavoro consiste nell'occuparsi direttamente degli adolescenti, ci sono moltissime attività, come la coordinazione di altri servizi e professionisti, la redazione di rapporti, la supervisione, la gestione, etc. che si considerano indirette, però che vanno a beneficio degli adolescenti accuditi e che sono fondamentali per realizzare un'attenzione di qualità.

### 6.1. Scoperta delle necessità, pianificazione e adattamento del servizio per far fronte ai bisogni degli adolescenti e giovani

#### *Definizione*

Fa riferimento alle misure dirette ad assicurare, nella pianificazione e programmazione dell'attività, la considerazione dei fattori che condizionano l'uso dei servizi legati all'appartenenza, o no, a un determinato gruppo di una certa età o tappa vitale specifica, come possono essere l'adolescenza e la giovinezza.

### *Giustificazione*

Il tipo di servizio offerto, la sua localizzazione e il profilo dei professionisti dovrebbero essere determinati dalle necessità della comunità alla quale possono servire. È responsabilità dei servizi il poter sviluppare la capacità di riconoscere i distinti bisogni dei differenti settori della popolazione e organizzare così le loro risorse in un modo utile per potersene occupare. È necessaria la capacità di rispondere in una forma adeguata tanto alle diverse necessità, come ai problemi clinici e sub-clinici specifici presentati dalla popolazione di riferimento.

### *Barriere rilevate*

- Temporalità delle visite (fa riferimento tanto alla durata della visita stessa, come al tempo che si trascorre nel realizzare la prima visita, così come il tempo tra una visita e l'altra).
- Inadeguatezza dei servizi rispetto alle necessità dei giovani.
- Carenza di Professionisti disponibili (assenza degli psicologi nei CAP)
- Mancanza di in/formazione sulla salute mentale nell'adolescenza da parte dei professionisti.
- Passaggio brusco dal medico pediatra al medico degli adulti, perdita del vincolo professionista-paziente.
- Orari d'attenzione non adatti ai potenziali utenti.
- Scarsità di centri specializzati e ubicazione solo nelle grandi città.
- Criteri d'accesso poco flessibili.
- Mancanza di coordinazione tra le differenti strutture d'attenzione agli adolescenti e giovani.

### *Raccomandazioni*

- Rendere possibile un'attenzione rapida nel fare la prima visita. Nel caso in cui si abbia bisogno di un trattamento terapeutico prolungato, agevolare con rapidità il secondo appuntamento.

- Disporre di materiali che permettano di rilevare quali sono le necessità specifiche d'attenzione degli adolescenti e giovani. Organizzare il servizio sulla base della soddisfazione di tali necessità e non offrire un pacchetto generico di servizi non focalizzati sul gruppo al quale va diretto.
- Per mitigare la mancanza di in/formazione sulla salute mentale adolescente è necessario consigliare e rafforzare i professionisti dell'attenzione primaria.
- Introdurre la figura dello psicologo nei CAP per favorire l'accessibilità e rendere possibile la normalizzazione dei maleseri psico-emozionali.
- Realizzare un programma con l'obiettivo di stabilire un buon tramite durante il passaggio dal pediatra al medico per adulti, così da rafforzare il vincolo terapeutico e la continuità.
- Dato che gli orari d'attenzione esistenti non si adattano all'orario scolastico, questo obbliga i giovani a lasciare la scuola per assistere alle visite con gli specialisti. È necessario disporre di orari d'attenzione fuori dall'orario scolastico per agevolare così l'accesso dei giovani che così non dovranno sollecitare un permesso per assentarsi dalla lezione o dare spiegazioni non necessarie.
- Stabilire centri specializzati nei piccoli paesi per facilitare l'assistenza dei giovani. Cercare di situare i centri d'attenzione ben localizzati sul territorio per evitare così di dover realizzare lunghi e complicati spostamenti che rendono difficile l'accesso.
- Creare criteri d'accesso più flessibile che permettano ai minorenni di far ricorso allo specialista senza la necessità di essere accompagnati dai loro genitori.
- Migliorare la coordinazione tra le strutture d'attenzione della salute e dell'adolescenza e dell'infanzia.
- Realizzare un lavoro coordinato tra le differenti strutture della rete d'attenzione. Promuovere la coordinazione tra il CE-SMIJ, le EAPS, le scuole, i CAP, i centri minori: CREI y CRAE e gli EAIA. Incoraggiare una presa di decisioni congiunta che implichi un'attenzione integrata dell'individuo, e non fram-

mentata per tematiche, favorendo così la salute globale dei giovani.

- Informare e formare i docenti e tutori perché siano capaci di riconoscere situazioni che hanno bisogno d'attenzione specializzata e possano consigliare ai giovani le strutture e i servizi esistenti.

### *Domande per l'auto-valutazione*

- Qual è il tempo attuale di ritardo tra la richiesta del primo appuntamento e il momento in cui si compie? E il tempo che passa tra un appuntamento e quello seguente?
- Che incidenza di perdita di pazienti ha il servizio? Si dispone di un meccanismo per valutarle?
- Esistono iniziative per indagare le necessità d'attenzione degli adolescenti e dei giovani?
- Si tiene conto della realtà, delle necessità, degli orari scolastici e delle capacità di spostamento dei giovani nella pianificazione e organizzazione del servizio?
- Si realizzano programmi e/o workshops in/formativi diretti ai professionisti della salute relativi alla salute mentale nell'adolescenza e giovinezza?
- Esiste una buona coordinazione con il resto delle strutture esistenti che si occupano di adolescenti e giovani? Si realizza qualche tipo di azione o attività congiunta con tali strutture?
- Si dispone di dati epidemiologici che indichino le caratteristiche degli utenti e permettano di sapere se si evitano le strutture da parte di gruppi di "potenziali utenti"?
- Si adatta il servizio offerto alle necessità rilevate o deve essere l'utente ad adattarsi all'offerta fissata previamente?
- Si realizza qualche tipo di lavoro di consapevolezza, formazione e/o consiglio nelle scuole o istituti sulla salute mentale negli adolescenti e giovani?

## 6.2.Valutazione dell'adattabilità e competitività del servizio

### *Definizione*

Si riferisce all'esistenza di una serie di indicatori e/o strumenti creati apposta che permettano di misurare il grado in cui il servizio si adatta alle necessità reali dei suoi utenti e potenziali utenti e alla capacità risolutiva per soddisfarli.

### *Giustificazione*

Per offrire un buon servizio adattato al gruppo cui è diretto, è necessario disporre di una serie di metodi e strumenti che permettano di conoscere il profilo della popolazione alla quale si presta assistenza, le loro necessità e quanto sono soddisfatti del servizio. Questa informazione permetterà di ideare miglioramenti e adattare il più possibile il centro alla popolazione destinataria, riducendo la possibilità di evitare il centro e favorendo l'assistenza.

### *Barriere rilevate*

- Deficit di sistemi di valutazione della soddisfazione degli utenti rispetto alle strutture.
- Insufficienza di modelli di valutazione diretti a misurare la soddisfazione dei singoli professionisti che lavorano nelle strutture.
- Mancanza di spazi partecipativi nei quali gli utenti possano contribuire al controllo di qualità delle strutture.
- Deficit d'informazione sul profilo della popolazione e le sue necessità.

### *Azioni raccomandate*

- Realizzare sistemi diretti a valutare la soddisfazione dei loro utenti e familiari con l'attenzione ricevuta dai professionisti, con l'offerta assistenziale del centro e con l'organizzazione e pianificazione dei servizi.

- Installare sistemi diretti a valutare la soddisfazione dei professionisti del centro con le installazioni, l'organizzazione del servizio e la pianificazione del lavoro.
- Promuovere la creazione di spazi partecipativi nei quali gli utenti possano intervenire nei processi di controllo di qualità dei servizi.
- Disporre di un apparato nella scheda dell'utente che riporti dati epidemiologici per conoscere le caratteristiche della popolazione della quale ci si occupa nel servizio o nella struttura per la salute, per poter mitigare le barriere che interferiscono con il suo accesso.
- Fare ricerca in modo sistematico sui profili e sulle necessità della popolazione accudita.

Per maggiori informazioni a riguardo si veda il punto n° 10: "Ricerca".

#### *Domande per l'auto-valutazione*

- Si dispone di dati che permettono di rilevare tra gli adolescenti e i giovani le possibili differenze relative all'uso o al perché si evitano i servizi?
- I sistemi d'archiviazione includono dati che permettono quantificare l'uso dei servizi, il mezzo attraverso il quale si accede alla struttura (reindirizzamento, accesso diretto, etc.)?
- Esiste qualche sistema per valutare la soddisfazione dei giovani e adolescenti relativa al servizio, ai professionisti, all'attenzione ricevuta, all'organizzazione e accessibilità del centro?
- Esiste qualche sistema di valutazione nel quale i professionisti possano esprimere la loro soddisfazione in relazione all'organizzazione e alla pianificazione del centro?
- Si fa affidamento attualmente su qualche spazio partecipativo nel quale gli utenti e/o possibili utenti possano contribuire con i loro contributi ai processi di controllo di qualità dei servizi?

## 7. QUALITÀ DELLA COMUNICAZIONE

### *Definizione*

Portare a termine un buon processo comunicativo è la chiave per l'ottimo funzionamento del centro e per ripartire un'attenzione di qualità. Una buona comunicazione è ciò che rende possibile la comprensione dei comportamenti a partire da una corretta interpretazione dei messaggi, sia in un senso che in un altro, permettendo così che professionisti e pazienti si capiscano e lavorino congiuntamente. La relazione e la comunicazione sono aspetti chiave dell'attenzione.

L'attenzione agli adolescenti non può portarsi a termine senza il protagonismo degli attori, considerati a partire dalla loro singolarità. Per questo diamo importanza all'analisi della relazione che si stabilisce tra il professionista e gli adolescenti e l'offerta di vincoli affettivi in questo processo. La relazione è il nucleo dell'attenzione e costituisce un principio vitale che conduce i procedimenti di valutazione e d'intervento, rendendola un'esperienza dinamica e fertile. La sua portata costituisce l'espressione pratica della convinzione professionale sul valore, la dignità e il rispetto della persona.

In sintesi la comunicazione:

- È creatrice di un vincolo tra il professionista e l'adolescente.
- È un mezzo per la comprensione dei problemi, comportamenti e sentimenti.
- Costituisce una cornice idonea per il processo di valutazione e trattamento.
- Offre una cornice di riferimento chiaro.
- Permette d'offrire attenzione attraverso della propria relazione stabilita; non ha bisogno di risorse esterne ad essa.
- Offre un processo di intercambio comunicativo.
- È una risorsa interpersonale per i professionisti.
- Rende possibile un contesto favorevole nel quale l'adolescente può esprimere i suoi problemi o emozioni, il quale costitu-

isce la base fondamentale per poter oggettivare, analizzare e cercare soluzioni.

L'uso da parte dei professionisti di una lingua eccessivamente formale e specifica, caricata di gergo biomedico e distanziata eccessivamente dal linguaggio comune, piacevole e profano abitualmente utilizzato dagli adolescenti e giovani può portare all'inesistenza di un buon vincolo terapeutico, a far sentire scomodo e fuori luogo l'utente e a complicare la possibilità di una buona comprensione tra i bisogni del paziente e le offerte d'attenzione del professionista.

### *Giustificazione*

Adolescenti e giovani gestiscono narrative relazionate ai malesseri di indole psico-emozionale e quelle frequentemente utilizzate dai professionisti della materia. La diagnostica e le eziologie profane distano da quelle riferite dai giovani, i quali adducono motivi e cause del malessere maggiormente basati sulla quotidianità più che sui sintomi e sulle definizioni provenienti da manuali professionali.

Gli adolescenti vedono i professionisti come adulti, appartenenti a un'altra realtà molto differente dalla loro, e dunque li percepiscono come molto lontani dai loro malesseri e necessità. L'uso di un linguaggio che riduce tale lontananza tra medico e paziente, contribuirà alla possibilità di vincere le distanze tra gli attori, favorendo una comunicazione più fluida e che arricchisce.

I pazienti hanno bisogno di esprimere il loro malessere con le proprie parole ed essere compresi e avere risposte dai professionisti allo stesso tempo.

È per mezzo di una buona comunicazione che si possono superare le paure, le resistenze e i pregiudizi che i giovani possono avere rispetto ai problemi di salute mentale.

Il primo incontro tra il giovane e il professionista è uno spazio aperto, che genera incertezze e stress (in entrambi gli interlocutori), nel quale tutto è ancora da definire e decidere, pertanto dalla qualità della comunicazione che ha luogo in tale momento dipenderà la qualità dell'assistenza e della terapeutica posteriore, dato che è in questo spazio dove sono individuate le necessità degli utenti e sono negoziate le possibili risposte alle stesse.

Inoltre l'opportunità di poter stabilire una buona comunicazione permetterà, tra gli altri vantaggi previamente riferiti, di salvare la verticalità percepita dagli utenti, trasformandola in una orizzontalità che risulterà benefica per il processo d'attenzione.

#### *Barriere rilevate*

- Inadeguatezza del linguaggio utilizzato dai professionisti. Uso eccessivo del gergo professionale e uso scarso del linguaggio colloquiale.
- Comunicazione verticale, nella quale gli adolescenti e i giovani sentono che il professionista gli parla da un livello superiore di autorità, di conseguenza si sentono in una posizione d'inferiorità nella quale le loro esperienze, esperienze di vita e saperi profani vengono sottovalutati e i loro contributi e commenti non vengono tenuti in conto, né ascoltati.

#### *Raccomandazioni*

- I professionisti devono adattare il loro linguaggio al gruppo di cui si stanno occupando, evitando gerghi professionali non necessari, e in questo aspetto inadeguati che distanziano l'utente dal professionista. Il tutto renderà più semplice la comprensione da parte dell'utente.
- Promuovere una comunicazione orizzontale dove entrambi gli attori, professionisti e adolescenti, si situino allo stesso livello d'interazione, nella quale sarà il professionista che entrerà nel mondo dell'adolescente, e non il contrario. Quest'azione favorirà il vincolo terapeutico, promuovendo la comodità dell'utente e faciliterà la comprensione e l'intesa tra gli attori.
- Permettere agli utenti di comunicare con un linguaggio più piacevole e rilassato, che faciliti l'espressione delle loro emozioni, pensieri e condotte generate da malesseri.

- Adeguare lo spazio dell'intervista all'età, alla problematica dei giovani, al genere, etc. Promuovere l'uso di spazi che favoriscano l'avvicinamento, l'empatia e l'orizzontalità

*Domande per l'auto-valutazione*

- I professionisti adattano il loro modo di esprimersi e il loro linguaggio a quello del paziente? Si impiega il gergo biomedico di difficile comprensione al momento di comunicarsi con il paziente?
- Si permette al paziente di spiegare con le sue proprie parole o si dirige e plasma il suo discorso in base a fattori biomedici regolamentati?
- Che tipo di comunicazione si impiega abitualmente nel consultorio: orizzontale o verticale?

## 8.ATTENZIONE CLINICA

### 8.1. Storia clinica

#### *Definizione*

Nella storia clinica si raccoglie tutta quell'informazione clinica rilevante per l'attenzione sanitaria di un paziente da qualsiasi luogo del Sistema Nazionale di Salute. L'informazione è solita essere esclusivamente oggettiva, ovviando l'esperienza di vita e la percezione del paziente sui suoi malesseri, e senza incidere sul processo e le esperienze vitali, presentando dunque carenze in questo senso.

#### *Giustificazione*

L'incorporazione nella storia clinica sulla salute mentale di dettagli sulla storia di vita del paziente, nella quale si includano avvenimenti vitali stressanti che per il paziente sono rilevanti nella sua traiettoria e nel suo attuale malessere contribuirebbero a un punto di soggettività che arricchirebbe questo strumento.

Si tratterebbe così di strumenti inter-soggettivi che includerebbero le singole parole del paziente, riportando la sua biografia. Si compierà in questo modo una tripla funzione, dato che oltre ad apportare informazioni rilevanti per i professionisti, al paziente servirebbe come terapia essere incoraggiato nel raccontare il proprio malessere e contribuirebbe a creare un vincolo terapeutico più solido, grazie alla maggiore interazione e alla promozione dell'ascolto attivo da parte del professionista.

#### *Barriere rilevate*

- Mancanza di adattamento della storia clinica al paziente adolescente.

### *Raccomandazioni*

- Adattare la storia clinica al tipo di paziente mediante:
  - a) L'identificazione dei possibili fattori di stress psicosociale relazionati con la tappa vitale.
  - b) La ricompilazione dell'anamnesi del paziente sul problema e l'espressione del suo problema, così come le emozioni e il suo stesso sistema esplicativo.
  - c) La ricompilazione dei dati relativi al contesto familiare, sociale, scolastico e lavorativo e alle risorse personali e materiali delle quali dispone.
  - d) Tenere conto e raccogliere i suoi valori, credenze, aspettative per il futuro, desideri ed esperienze di vita.

### *Domande per l'auto-valutazione*

- Nella storia clinica impiegata attualmente esistono campi che domandano sui dati suggeriti anteriormente?:
  - Contesto familiare?
  - Contesto sociale?
  - Contesto scolastico?
  - Contesto lavorativo?
- Risorse materiali e umane disponibili?
- Si raccoglie la narrativa del paziente sul tema?
- Si identificano i fattori di stress sociale della sua tappa vitale?

## 8.2. Diagnostici impiegati

### *Definizione*

Il tipo di diagnosi impiegato usualmente dai professionisti specializzati permette mantenere un certo consenso e comprensione tra loro, senza necessità di dare estese spiegazioni alla persona della quale ci si occupa, però non è questa la sua unica utilità. È impiegato per nominare il malessere vissuto dai soggetti, aggiudicandole un'etichetta

determinata corrispondente a una categoria “oggettiva” che può annullare l’esperienza della sofferenza.

### *Giustificazione*

I diagnostici utilizzati abitualmente da parte dei professionisti della salute mentale sono di indole biomedica e non sono soliti considerare delle variabili sociali e culturali che considerano il contesto, le circostanze e la tappa vitale del soggetto diagnosticato.

Questo tipo di diagnostici biomedici sono associati alle malattie e patologie stigmatizzate socialmente. L’uso dei diagnostici di indole maggiormente psicosociale e il ridursi dello stigma associato all’etichetta diagnostica, potrebbero favorire l’accesso degli adolescenti ai centri d’attenzione.

### *Barriere rilevate*

- Diagnostici eccessivamente biomedici.
- Non si tiene conto sufficientemente della soggettività del mallessere sofferto.
- Poca valorizzazione del contesto sociale e culturale.

### *Raccomandazioni*

- Gli adolescenti riportano che il loro malessere è soggettivo, non oggettivo, e di conseguenza applicando un test psicologico per estrarre una diagnosi si oggettiva tale malessere. È raccomandabile pertanto realizzare diagnosi di indole psicosociale oltre a quelli biomedici, tenendo presente le particolarità della tappa vitale alla quale si dirige l’attenzione e i fattori socioculturali.
- Incoraggiare l’ascolto attivo da parte dei professionisti sulle esperienze degli adolescenti e giovani riguardo al loro malessere, lasciandogli esprimere la loro soggettività al narrare la loro propria storia.

- Riconoscere e valorizzare il sapere profano degli adolescenti e i loro stessi malesseri e angosce.
- Agevolare/rendere più facile la formazione dei professionisti negli aspetti dell'antropologia medica e culturale per agevolare una migliore comprensione dei malesseri, delle spiegazioni dei giovani relativamente ai loro problemi. Promuovere l'accettazione di altre categorie di diagnostici differenti da quelle del sistema biomedico, in modo che si ottenga una comprensione globale e olistica dei malesseri della popolazione adolescente.

#### *Domande per l'auto-valutazione*

- L'etichetta della diagnosi si riduce a una classificazione biomedica?
- Si tiene conto dell'esperienza del paziente?
- L'etichetta del diagnosi determina le possibilità terapeutiche?
- Al comunicare la diagnosi si affronta la paura della stigmatizzazione dei giovani e adolescenti?

### 8.3. Trattamenti impiegati

#### *Definizione*

L'offerta clinica si riferisce al differente ventaglio di trattamenti e approssimazioni cliniche disponibili che offrono la struttura per accudire i pazienti. Include sia la molteplicità di professionisti sia quella dei trattamenti.

#### *Giustificazione*

Disporre di un'offerta ampia e variegata di trattamenti e professionisti specializzati permette un'attenzione più adeguata e personalizzata, che si adatta meglio alle necessità del paziente e contribuisce ad ottenere maggiori risultati. Se l'offerta clinica, al contrario, è ridotta e non si adatta alle necessità e alle richieste del pubblico alla quale è

diretta, il risultato della risoluzione della struttura e della qualità delle persone accudite può essere ridotto, poiché non rintracciano dentro al servizio trattamenti a loro adatti.

### *Barriere rilevate*

- I problemi derivati dalle crisi evolutive non ricevono attenzione e se la ricevono si patologizzano e si trattano come se fossero problemi di salute mentale.
- Si dà la priorità alle problematiche molto gravi o patologiche.
- Le risposte terapeutiche danno la priorità all'utilizzo dei farmaci per eliminare i sintomi e i segni della malattia, senza approcciarsi in molte occasioni all'esperienza della sofferenza.
- Non si offrono terapie alternative basate su nuove correnti, tradizioni e provenienti da altre discipline che promuovono l'attenzione olistica e globale dell'individuo come l'agopuntura, i fiori di Bach, l'aroma terapia, il reiki, la terapia sistemica, la terapia di gruppo, etc.

### *Raccomandazioni*

- Far fronte ai problemi relazionati con la tappa evolutiva. Non ridurre l'attenzione solo a quei problemi considerati gravi e patologici.
- Disporre di uno spazio nel quale i giovani e adolescenti possano condividere ed esprimere le loro angosce e malesseri quotidiani permetterà la creazione e consolidazione di un buon vincolo terapeutico. Questo vincolo fa sì che l'adolescente possa richiedere attenzioni quando considera che gli possano essere d'aiuto, riducendo in questo modo la possibilità che, nel caso di situazioni critiche, i giovani richiedano aiuto in ritardo o non lo richiedano affatto.
- Offrire trattamenti diversi, attuali e adeguati al pubblico adolescente che si adattino alle sue necessità, considerato che l'offerta attualmente disponibile è, in linea generale, troppo medica.

- Adattare le possibili opzioni terapeutiche alle necessità degli adolescenti.
- Dialogare con i giovani e gli adolescenti in relazione alle differenti opzioni di trattamento e posteriormente negoziare con gli stessi la migliore opzione per il loro caso, ottenendo in questo modo la loro partecipazione attiva e la migliore aderenza al trattamento.

#### *Domande per l'auto-valutazione*

- Che offerta clinica offre questa struttura d'attenzione? Si adatta questa offerta alle necessità dei giovani e degli adolescenti? Si tratta di un'offerta ampia e variegata o è piuttosto un'offerta medica e limitata?
- Si dispone di questionari che permettano di conoscere le opzioni e la soddisfazione dei pazienti rispetto all'offerta esistente.
- Che tipo di problematiche sono prese in considerazione nel centro? Si accudiscono i pazienti che arrivano con richieste d'attenzione relative ai problemi relazionati con la tappa evolutiva?

### 8.4. Relazione professionista-paziente

#### *Definizione*

È il modo attraverso il quale i professionisti della salute si indirizzano e accudiscono i pazienti. Include sia la comunicazione verbale e non verbale dei professionisti (vocabolario utilizzato, tono di voce, gesti, sguardi, formalismi, espressioni facciali, domande poste, etc.) sia il tempo dedicato nell'ambulatorio a ricevere il paziente, l'ascolto attivo verso la narrativa del paziente, l'empatia, il rispetto e l'esistenza di un buon vincolo terapeutico.

### *Giustificazione*

Fornire un buon trattamento professionale, adeguato alle richieste del gruppo al quale è destinato il servizio, è importante per mantenere ed incoraggiare l'aderenza al trattamento. Quando i pazienti si sentono ascoltati, capiti e valorizzati continuano a fare riferimento ai professionisti e richiedono un'attenzione specialistica, però se questi dettagli vengono tralasciati e il paziente considera che il trattamento ricevuto non è quello adeguato, aumenta la possibilità che si evitino tali servizi

### *Barriere rilevate*

- Trattamento professionale distante che non facilita la confidenza.
- Comunicazione verticale.
- Ascolto assente o passivo da parte dei professionisti.
- Poco tempo dedicato alle visite mediche, tale da renderle eccessivamente rapide e impersonali.
- Biologizzazione, patologizzazione e medicalizzazione dei temi trattati nell'ambulatorio. Gli adolescenti sentono che si patologizza e medicalizza il loro malessere, anche se questo può provenire da una crisi del ciclo vitale in modo che si stigmatizzi e si cronifichi la loro situazione.

### *Raccomandazioni*

- Rendere il trattamento professionale vicino al paziente, in modo da implicare confidenza e rispetto.
- Lavorare mediante empatia e l'accompagnamento per comprendere l'esperienza della persona accudita.
- Comunicare in maniera orizzontale, conversare con il paziente "a tu per tu".
- Incoraggiare l'ascolto attivo da parte dei professionisti, il quale è ritenuto fondamentale dai giovani.
- De-patologizzare e de-medicalizzare. Realizzare interventi preventivi.

- Far fronte alle crisi d'ansia e d'identità senza problematizzarle in eccesso per evitare così che le crisi di crescita siano diagnosticate e trattate come malattie o problemi mentali, ottenendo la loro normalizzazione.

#### CONSIDERAZIONI DA TENERE IN CONTO NELLA RELAZIONE PROFESSIONISTA-PAZIENTE

Abbiamo cercato d'identificare gli elementi che danno senso a differenti forme della pratica, molti di loro presenti nell'attenzione all'adolescente.

In effetti, da un punto di vista significativo, il modo di procedere è tanto importante come il contenuto. Anche se a causa della naturalezza usata nella creazione individuale dei professionisti non possono essere stabilite normativamente, sì che possono essere descritte. Questo è l'obiettivo. In ultima analisi, il trattamento professionale acquisisce tutto il suo significato nella fusione creativa e singolare tra i fini, i mezzi e le forme che realizza il professionista.

- *Prossimità*. I professionisti in prima linea comunicano alle persone ricevute riconoscenza e comprensione delle caratteristiche uniche di ogni soggetto. Questi elementi diventano particolarmente importanti in situazioni di vulnerabilità dove si acutizza la necessità di essere trattato come un individuo e non come una classe o categoria, evitando il paternalismo.
- *Capacità di ascoltare e osservare attivamente*. L'ascolto attivo del professionista permette di estrarre il conoscenza più in là di ciò che è espresso dalle parole, permette di percepire i significati occulti del linguaggio del richiedente. Attraverso l'ascolto si costruisce la coscienza di quello che l'altro dice e cerca di comunicare.

Adottare un ascolto e osservazione attivi quando la persona parla o sta in silenzio è la maniera di concentrare l'attenzione non solo in quello che si sente, in quello che si osserva, ma soprattutto in quello che si omette, nell'espressione di sentimenti più in là delle parole (dubbio, esitazione, vergogna, disaccordo, etc.) nei messaggi soggiacenti che l'adolescente non può esprimere. La sua posizione corporea, l'esistenza o

no del contatto visivo, la sua espressione facciale, i suoi gesti, diventano quindi significativi e chiarificatori del messaggio.

- *Capacità di andare avanti insieme alla persona.* Il professionista deve iniziare il processo d'aiuto nello stesso punto nel quale si incontra il soggetto e adattare il suo ritmo a quello di quest'ultimo. Si tratta di un dettaglio dell'individuazione che aiuterà a coinvolgersi, partecipare e collaborare in maniera piena nel processo di lavoro.
- *Capacità d'empatia verso gli adolescenti.* Deve mostrarsi sensibile, mettendosi nei suoi panni per farsi carico dell'impatto che produce il problema sulla persona. In definitiva, si tratta di essere capaci di riconoscere i sentimenti dell'interlocutore.
- *Capacità di orientarsi verso le persone.* Le interazioni che hanno luogo all'interno di una relazione in una intervista differiscono da quelle che si stabiliscono in ogni altro contesto. Ciò si deve al fatto che l'epicentro principale dell'attenzione nella comunicazione è il soggetto e i problemi che lui sta vivendo.
- *Comunicazione verbale e non verbale.* Gli elementi della comunicazione verbale sono solamente una parte dell'intercambio che ha luogo tra le persone. La maniera in cui si dicono le cose e il contenuto reale di ciò che si esprime comportano una maggiore informazione sull'enunciato: il tono, il volume, il ritmo, etc. sono aspetti della comunicazione non verbale che, spesso, dicono abbastanza di quello che sta pensando la persona e di quello che dicono le parole che questa ha scelto per esprimersi. Il professionista deve percepire il linguaggio e i suoi differenti significati, verbali e non verbali, per poter comprendere il messaggio in tutta la sua complessità.

Il silenzio è particolarmente significativo all'interno della comunicazione quindi spesso è in quest'intervallo nel quale si associano mentalmente idee rilevanti. Anche la comprensione si ottiene quando il soggetto si concede tempo per riflettere in questo modo. Il professionista deve rispettare il silenzio. Non si tratta di riempire il vuoto che si crea, quando questo succede si sottrae alla persona la possibi-

lità di riflettere e si obbliga a seguire il ritmo del professionista più che il suo. Il silenzio è, spesso, un messaggio globale che le persone cercano di comunicare non solo ai loro interlocutori, ma anche a loro stessi.

Per maggiori informazioni si consulti il punto 7: "Qualità della comunicazione".

#### *Domande per l'auto-valutazione*

- Che tipo di trattamento si dà agli adolescenti?
- Che tipo di ascolto si realizza da parte dei professionisti?
- Quanto tempo si dedica alla consulenza?
- Si consolida un buon vincolo terapeutico con il paziente? Si ottiene la confidenza del paziente?
- Si considerano le sue percezioni o modelli esplicativi sul malessere e il trattamento più adeguato?
- Qual è l'aderenza al trattamento tra gli adolescenti?
- Che linguaggio verbale e non verbale si impiega?
- Di che richieste ci si occupa? Come si trattano tali richieste? Si patologizza il malessere? Si fa fronte a crisi del ciclo vitale?
- Si incoraggia l'empatia?

## 9. PARTECIPAZIONE

### *Definizione*

Le strutture e i centri d'attenzione hanno come obiettivo principale far fronte alle necessità dei pazienti ai quali sono destinati. Le necessità e le priorità con le quali esse devono essere accuditi, così come il modo nel quale queste devono essere trattate non si possano basare in criteri alieni alle opinioni ed esperienze di vita dei pazienti o potenziali pazienti. È qui che entra in gioco la partecipazione dei destinatari. È necessario indagare sulle carenze, i problemi e sui modi di risolverli. Il modo più efficiente di conoscere questi aspetti è mediante l'uso di una metodologia partecipativa che coinvolga i destinatari e tenga conto della loro visione e del loro discorso, dato che è così che si possono ottenere migliori risultati.

La partecipazione si deve portare a termine a tutti i livelli, includendo dunque l'organizzazione del servizio, l'offerta di trattamenti, gli orari, la pianificazione dell'attenzione, le strategie di prevenzione e promozione della salute, i meccanismi d'informazione e formazione nella salute mentale, procurando la realizzazione di spazi e strumenti partecipativi nei quali il paziente possa collaborare sia a livello individuale come di gruppo o di comunità.

Mediante la partecipazione attiva si renderà possibile adattare i servizi e le strutture d'attenzione alle necessità ed aspettative dei giovani e adolescenti.

### *Giustificazione*

I giovani e gli adolescenti considerano che i servizi d'attenzione alla salute mentale ai quali possono avere accesso non sono pianificati né organizzati pensando a loro né alla loro realtà e bisogni. Considerano che si tratta di strutture sanitarie create e pensate per adulti. Il modo di organizzare la struttura, i servizi offerti, le metodologie impiegate, gli orari, non tengono conto delle abitudini dei giovani né dei loro orari. Li trovano pertanto distanti, non percepiscono un trattamento orizzontale, ma un trattamento gerarchizzato nel quale il professioni-

sta e la struttura (come appartenenti al mondo degli adulti) si situano in una posizione di superiorità, lasciando i destinatari in una d' inferiorità nella quale i loro saperi ed esperienze sul malessere vengono privati di valore.

L'uso di metodologie partecipative è un buon modo per far sì che gli adolescenti e i giovani facciano proprio il processo e/o il trattamento, motivandoli a formare parte di esso. La consulenza e il conseguimento di accordi comuni rende possibile l'ottenimento di risultati migliori, dato che quando una persona partecipa, si fa coinvolgere e lavora per qualcosa, avendo inoltre il diritto di parola e di voto si sente parte integrante del processo, realizzando così un'immersione più profonda sul tema da trattare e analizzare.

Risulta dunque di grande importanza raccogliere le impressioni e i bisogni dei destinatari delle strutture per ottenere che questi sentano che il servizio si adegui a loro, si preoccupi per loro e si adatti a loro. La partecipazione dei destinatari è il miglior modo per raggiungere quest'obiettivo, dato che permette che si sentano tenuti in considerazione, valorizzati e riconosciuti come possessori di un sapere di vitale importanza che spesso è sottovalutato dagli esperti adulti. Combinando i saperi di entrambi si può raggiungere l'attenzione globale della quale si ha bisogno.

### *Barriere rilevate*

- Carenza di spazi di partecipazione per gli utenti.
- Non si incoraggia la partecipazione degli utenti nei centri d'attenzione.
- Si sottovaluta il sapere degli utenti riguardo ai loro singoli malesseri.
- Assenza di interesse sui bisogni degli utenti.
- È la struttura quella che decide cos'è importante e come trattarlo e organizzarlo.
- I destinatari si sentono lontani dalla struttura, poiché non si sentono valorizzati né tenuti in considerazione nell'organizzazione e pianificazione della struttura, del trattamento, della prevenzione, etc.

- Non c'è coscienza né conoscenza da parte delle strutture e dei loro lavoratori sull'importanza e i vantaggi legati al lavoro con metodologia partecipativa che includa i pazienti nei diversi processi.

### *Raccomandazioni*

- Creare spazi e canali destinati alla partecipazione degli utenti.
- Promuovere riunioni con gli utenti per coinvolgerli nello sviluppo del servizio e includere le loro opinioni sull'organizzazione e pianificazione della struttura.
- Promuovere la partecipazione degli utenti nei disegni dei piani di trattamento.
- Raccogliere informazioni sulle necessità dei giovani e adolescenti e sulle loro proposte relative alle strutture specializzate in salute mentale.
- Se questa raccolta di informazioni si realizza nei centri scolastici, possiamo conoscere anche l'opinione di coloro che non fanno ricorso ai servizi. Quest'informazione è di grande valore per capire i motivi che spingono giovani e adolescenti ad evitare le strutture esistenti per cercare di adattarli meglio alle loro richieste, riducendo infine l'uso su livelli multipli.
- Agevolare un questionario corto e piacevole nelle strutture perché i pazienti possano valorizzare l'attenzione ricevuta attraverso la consulenza. Questo strumento permetterebbe al servizio di conoscere quali sono i suoi punti deboli, ricevendo così un feedback di grande interesse per adeguare, in modo ottimale, il loro servizio ai loro destinatari.
- Domandare agli utenti e potenziali utenti, mediante differenti strumenti di raccolta di dati, come vogliono essere accuditi, come vogliono essere trattati, che forme d'attenzione possono realizzarsi, etc.
- Riconoscere e valorizzare il sapere dei pazienti sui loro singoli malesseri.
- Dar voce e partecipazione attiva ai destinatari, coinvolgendoli nel processo d'attenzione e trattamento.

- Tenere conto dei destinatari al momento di determinare quali sono le priorità del servizio e come gestirle.
- Informare e formare i professionisti delle strutture sull'importanza e i vantaggi che comporta lavorare con metodologie partecipative che incorporano e tengano conto delle opinioni dei pazienti.
- Informare gli utenti sulle risorse e sulle limitazioni relative sia all'organizzazione che ai professionisti. I cambiamenti sono processi che richiedono tempo e hanno limitazioni. Sulla relazione partecipativa tra utenti, professionisti e organizzazione dipenderà il processo di cambiamento e il raggiungimento degli obiettivi comuni.

*Domande di auto-valutazione*

- Esistono spazi e canali destinati alla partecipazione degli utenti?
- Si coinvolgono ed includono le loro opinioni nella pianificazione e organizzazione della struttura?
- Si promuove la partecipazione degli utenti nel disegno dei piani del trattamento?
- Si conosce l'opinione dei giovani e degli adolescenti che non ricorrono ai servizi?
- Si riconosce il valore dell'esperienza e il sapere dei giovani?

## 10. RICERCA

### *Definizione*

La ricerca sembra associata per molti professionisti con le scienze sperimentali, i centri d'eccellenza scientifica e i sofisticati protocolli. In ogni caso la ricerca include anche la pratica riflessiva e l'analisi delle realtà locali dove le persone vivono e interagiscono e questo è utile per conoscere la realtà di adolescenti e giovani e, allo stesso tempo, come premessa generale. La ricerca può comprendersi anche come un'attività associata alla pratica clinica ed educativa nella forma, per esempio, di una ricerca/azione partecipativa, orientata alla promozione della salute e alla salute mentale o al miglioramento dei singoli servizi d'attenzione. Spesso si discute sui pregi e difetti di determinati orientamenti, come il caso del conosciuto dilemma tra quantitativo e qualitativo. In questa guida intendiamo la ricerca come uno strumento per il miglioramento dei servizi, fuori da tutto l'essenzialità quantitativa o qualitativa, dunque il tipo di metodologia è associato al tipo di analisi che si considera necessaria in ogni momento. In questo modo sia la ricerca quantitativa come quella qualitativa possono co-esistere e rispondere a domande differenti. Questo sì, in entrambi i casi si deve considerare il professionista/ricercatore riflessivo come il principale strumento di ricerca.

### *Giustificazione*

La conoscenza dei gruppi sociali che sono oggetto d'attenzione da parte di una struttura e/o di un professionista è un compito necessario per lo sviluppo di un lavoro globale. Lo stesso può indicarsi per il caso degli adolescenti e giovani. Gli utenti non sono "isole psicopatologiche", ma soggetti sociali che vivono in un mondo di relazioni con differenti problematiche come, tra gli altri, l'accesso o no al mercato del lavoro, la continuità dei loro studi, il clima familiare e scolastico, la scarsità delle risorse o il conflitto con il gruppo di coetanei. A ciò dobbiamo aggiungere la diversità culturale, di classe, di genere, di età, di sottoculture, tra i differenti fattori che conformano l'identità

sociale delle persone e, pertanto, degli utenti, influenzando su quello che loro considerano come più importante nelle loro vite e nella causa e nel trattamento dei loro potenziali malesseri e disturbi. La coscienza di questa complessità si converte nel primo passo di un'attitudine di ricerca nei professionisti che superi il fatto di dare per scontato quello che è in gioco nei comportamenti. Dall'altra parte, determinate orientazioni di ricerca, come quella qualitativa e/o etnografica, costituiscono strumenti per i quali i professionisti si posizionano in modo differente di fronte agli utenti, permettendo un riconoscimento del sapere locale e profano e potenziando così sia il dialogo professionista/utente come la corresponsabilizzazione in materia di salute. Le ricerche di orientamento all'azione e intervento non solo creano conoscenza, ma anche legami sociali e apportano soluzioni a problemi concreti, come l'uso su livelli multipli dei servizi per gli adolescenti e i giovani.

#### *Barriere rilevate*

- I modelli di gestione sanitaria e educativa più sfruttati non sono soliti favorire la riflessione sulla singola pratica professionale né dotare di spazio e tempo nelle strutture per la ricerca, anche se questa è orientata all'azione e intervento o a ripensare il proprio modello di gestione.
- Le strutture non sono solite favorire la ricerca per comprenderla come un oggetto secondario o lontano dalla pratica clinica o educativa.
- I professionisti sono soliti osservare la ricerca come qualcosa di lontano o alieno alla loro pratica.
- Esiste una scarsa formazione tra i professionisti dell'educazione e quelli della sanità che limita l'applicazione delle etnografie dei servizi, delle analisi di situazione e della conoscenza delle realtà locali dei loro utenti.
- Predominano le ricerche che partono da una posizione forte di "esperto" rispetto a quelle che permettono l'immersione e la conoscenza delle pratiche e dei saperi profani per affrontare l'avversità e il malessere.

- Tendenza all'universalizzazione dei risultati delle ricerche, in modo che queste si diano come valide per tutti i contesti, utenti e situazioni.
- Limitata cultura della ricerca.

### *Raccomandazioni*

- Favorire una cultura della ricerca nelle strutture e tra i professionisti mediante il riconoscimento di questo tipo di compito.
- Potenziare il conoscimento delle realtà locali e dei gruppi sociali che sono oggetto d'attenzione.
- Includere in modo regolare studi sulla richiesta, il profilo e le percezioni degli utenti e opinioni sulle strutture e l'attenzione prestata.
- Favorire modelli di ricerca/azione/partecipativa che rafforzano i vincoli con gli utenti e i potenziali utenti e permettano una maggiore corresponsabilizzazione nella salute.
- Potenziare lo sviluppo delle ricerche orientate al miglioramento dei servizi d'attenzione.
- Realizzare la creazione di spazi di discussione, dialogo, riflessione, critica e autocritica nelle strutture che servirebbero come base per i processi di cambiamento e di progetto di ricerca relazionati con i contesti assistenziali e la richiesta.

### *Domande di auto-valutazione*

- Partecipa o ha partecipato a qualche ricerca? Le piacerebbe? Perché? Non le piacerebbe? Perché?
- Percepisce la ricerca come un'attività inaccessibile o aliena alla sua pratica o pensa che tutti i professionisti debbano essere in parte ricercatori? Perché?
- Risolve il tema della propria pratica in modo riflessivo? Si promuove questa pratica nella sua struttura?

- Si valorizza nella sua struttura il tempo dedicato alla ricerca, che sia generale o associato alla risoluzione dei problemi concreti dell'attenzione?

## BIBLIOGRAFIA

- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J. y ERBAUGH, J. (1961). «An Inventory for Measuring Depression». *Archives of General Psychiatry*, 4, (6), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- FRENK, J. (1985). «El concepto y medición de la accesibilidad». *Salud Pública de México*. 27, (5), 438-453.
- GARROCHO, C. (1993). «Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del Estado de México». *Revista de estudios demográficos y urbanos*, mayo, 427-444.
- GOLDBERG, D., BRIDGES, K., DUNCAN-JONES, P. y GRAYSON, D. (1988). «Detecting anxiety and depression in general medical settings». *British Medical Journal*, 297, 897-899.
- INSTITUT D'INFÀNCIA I MÓN URBÀ. «Panel de Familias e Infancia». Barcelona. Información disponible en: <<http://www.ciimu.org/images/stories/CIIMU/Estudios e Investigaciones/2panel-fam/14presentacio cggranell.pdf>>
- JOSEPH, A. y PHILLIPS, D. (1984). *Accesibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. Nueva York. Harper and Row.
- JULÀ, A., ESCAPA, S., MARÍ-KLOSE, M. y MARÍ-KLOSE, P. (2012). «Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos parentales». *Adicciones*, 24, (4), 309-318.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, À., MARÍ-KLOSE, M., JULÀ, A., ESCAPA, S., MARÍ-KLOSE, P. y DIGIACOMO, S. (2012). «Adolescent daily smoking, negative mood-states and the role of family communication». *Gaceta Sanitaria*, 26, (5), 421-428. doi:10.1016/j.gaceta.2011.09.030
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, À. y MUÑOZ GARCÍA, A. (2010). «“Un infinito que no acaba”. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)». Primera parte. *Salud Mental*, 33, (2), 145-152. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal, México.

- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, À. y MUÑOZ GARCÍA, A. (2010). «“Un infinito que no acaba”. Modelos explicativos sobre la depresión y el malestar emocional entre los adolescentes barceloneses (España)». Segunda parte. *Salud Mental*, 33, (3), 229-236. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Distrito Federal, México.
- MONTÓN, C., PÉREZ ECHEVARRÍA, M. J., CAMPOS, R., GARCÍA CAMPAYO, J. y LOBO, A. (1993). «Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico». *Atención Primaria*, 12, 345-349.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1986). *Otawa Charter for Health Promotion*.
- (2004). *European Ministerial Conference on Mental Health: «Facing the challenges, building solutions. Mental health of children and adolescents. Helsinki»*. Disponible en: <[www.euro.who.int/document/mnh/ebrief14.pdf](http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief14.pdf)>
- PUIG I CRUELLS, C. (2011). «La supervisión en los Servicios Sociales: una ocasión para el cuidado profesional y el pensamiento». *Revista Perspectivas Sociales*, 13, (1). Universidad Autónoma de Nuevo León. División de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano. México.
- ROCHA, K. B., PÉREZ, K., RODRÍGUEZ-SANZ, M., BORRELL, C. y OBIOLS, J. E. (2011). «Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, (1), 125-139.
- SANZ, J., PERDIGÓN, A. L., VÁZQUEZ, C. (2003). «Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general». *Clínica y Salud*, 14, (3), 249-280.
- STOLKINER, A. *et alii*. (2000). «Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso». *La salud en crisis: un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. Buenos Aires. Dunken.
- VÁZQUEZ, A. J. y GARCÍA-BÓVEDA, R. J. (1997). «The Mannheim interview on social support psychometric characteristics of a Spanish version». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 208-214.

## INDICE PARTICOLAREGGIATO

BREVIARIO .....	6
INTRODUZIONE .....	9
Giustificazione .....	10
Obiettivo generale .....	11
Modalità d'utilizzo della guida .....	12
Metodologia .....	12
1. PROMOZIONE E PREVENZIONE DELLA SALUTE .....	15
Definizione.....	15
Giustificazione .....	15
Barriere rilevate .....	16
Raccomandazioni.....	16
Domande per l'auto-valutazione .....	17
2. NORMALIZZAZIONE E DE-STIGMATIZZAZIONE.....	18
Definizione.....	18
Giustificazione .....	18
Barriere rilevate .....	19
Raccomandazioni.....	19
<i>Informazione da trasmettere nelle conferenze, nei workshop e nelle campagne di normalizzazione e de-stigmatizzazione.....</i>	<i>20</i>
<i>Dinamiche più adeguate ad incoraggiare una buon accoglienza e a poter raggiungere meglio i differenti gruppi.....</i>	<i>21</i>
<i>Durata, frequenza e organizzazione delle attività.....</i>	<i>21</i>
<i>Domande per l'auto-valutazione .....</i>	<i>22</i>
3. FORMAZIONE (IN ADOLESCENZA E SALUTE MENTALE).....	23
Definizione.....	23
Giustificazione .....	23
Barriere rilevate .....	24
Raccomandazioni.....	25
<i>Materie da impartire e trattare durante la formazione ..</i>	<i>27</i>
Domande per l'auto-valutazione .....	28

4. COORDINAZIONE E LAVORO IN RETE .....	29
Definizione.....	29
Giustificazione .....	29
Barriere rilevate .....	30
Raccomandazioni.....	31
<i>Considerazioni da tenere in conto per promuovere</i> <i>una coordinazione.....</i>	31
<i>Domande per l'auto-valutazione .....</i>	34
5. ACCESSIBILITÀ .....	35
5.1. Accessibilità generale.....	35
Definizione.....	35
Barriere rilevate .....	36
Raccomandazioni.....	36
Domande per l'auto-valutazione .....	38
5.2. Informazione pro-attiva sui servizi .....	38
Definizione.....	38
Giustificazione .....	39
Barriere rilevate .....	39
Azioni raccomandate .....	39
Domande per l'auto-valutazione .....	41
6. PIANIFICAZIONE, ORGANIZZAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEL SERVIZIO .....	43
6.1. Scoperta delle necessità, pianificazione e adattamento del servizio per far fronte ai bisogni degli adolescenti e giovani.....	43
Definizione.....	43
Giustificazione .....	44
Barriere rilevate .....	44
Raccomandazioni.....	44
Domande per l'auto-valutazione.....	46
6.2. Valutazione dell'adattabilità e competitività del servizio .....	47
Definizione.....	47
Giustificazione .....	47
Barriere rilevate .....	47

Azioni raccomandate .....	47
Domande per l'auto-valutazione .....	48
7. QUALITÀ DELLA COMUNICAZIONE .....	49
Definizione.....	49
Giustificazione .....	50
Barriere rilevate .....	51
Raccomandazioni.....	51
Domande per l'auto-valutazione .....	52
8.ATTENZIONE CLINICA .....	53
8.1. Storia clinica .....	53
Definizione.....	53
Giustificazione .....	53
Barriere rilevate .....	53
Raccomandazioni.....	54
Domande per l'auto-valutazione .....	54
8.2. Diagnostici impiegati.....	54
Definizione.....	54
Giustificazione .....	55
Barriere rilevate .....	55
Raccomandazioni.....	55
Domande per l'auto-valutazione .....	56
8.3. Trattamenti impiegati.....	56
Definizione.....	56
Giustificazione .....	56
Barriere rilevate .....	57
Raccomandazioni.....	57
Domande per l'auto-valutazione .....	58
8.4. Relazione professionista-paziente.....	58
Definizione.....	58
Giustificazione .....	59
Barriere rilevate .....	59
Raccomandazioni.....	59
<i>Considerazioni da tenere in conto nella relazione</i> <i>professionista-paziente.....</i>	60

Domande per l'auto-valutazione .....	62
9. PARTECIPAZIONE.....	63
Definizione.....	63
Giustificazione .....	63
Barriere rilevate .....	64
Raccomandazioni.....	65
Domane di auto-valutazione .....	66
10. RICERCA.....	67
Definizione.....	67
Giustificazione .....	67
Barriere rilevate .....	68
Raccomandazioni.....	69
Domande di auto-valutazione .....	69
BIBLIOGRAFIA .....	71

Il testo che il lettore ha tra le mani è una guida di buone prassi per affrontare i problemi psico-emozionali degli adolescenti e dei giovani. La ragione pratica della sua elaborazione è l'utilizzo su più livelli dei servizi professionali da parte delle persone di quest'età principalmente di fronte a situazioni di depressione e ansietà, oltre ai singoli malesseri del ciclo vitale. La ragione maggiormente teorica, tuttavia, trascende l'obiettivo specifico per delineare una modalità di ricerca-partecipazione propria della salute mentale collettiva.