

PROGRAMMA DI AZIONE REGIONALE PROMOZIONE DELLA SALUTE 2005-2006 (DD 466 - 29.11.04)  
BANDO REGIONALE 2005-2006 PROGETTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE (DD 284 - 28.11.05-BURP 13-30.03.06)

## OGGI CHE FAI?

### Responsabile del progetto

Tiranti Bruno  
ASL 5 Collegno - U.O.S. Psicologia dell'Età Evolutiva  
b.tiranti@asl5.piemonte.it  
Tel. 011.4017257 - Fax 011.4017208

### Referente/i di progetto

Farri Marina e Martelli Tiziana  
ASL 8 Chieri, Coordinamento adolescenza  
psicomonc.asl8@libero.it  
Tel. 011.6824351 - Fax 011.94293268

Cappa Vanda  
ASL 10 Pinerolo  
U.O.C. Neuropsichiatria infantile  
vcappa@asl10.piemonte.it  
Tel. 0121.235159 - Fax 0121.235139

### Partner

Istituti di istruzione secondaria di secondo grado dei Distretti sanitari 2, 3, 5 dell'ASL 5. Istituti di istruzione secondaria di secondo grado dell'ASL 8. Istituto tecnico IPSIA di Pinerolo, Distretto 1 dell'ASL 10.

### Filone tematico

#### Azione 13

#### Salute mentale

*Promuovere la salute mentale nell'adolescenza nel setting scuola attraverso interventi formativi, educativi e organizzativi.*

### Destinatari finali

Ragazzi 14-17 anni (I, II, III classe)

### Destinatari intermedi

Insegnanti, referenti per la salute delle istituti di istruzione secondaria di secondo grado, dirigenti scolastici, referenti per la salute delle ASL partecipanti al progetto.

### Setting

Istituti di istruzione secondaria di secondo grado dei Distretti sanitari delle ASL coinvolte

### Integrazione con azioni locali

Gruppi multidisciplinari sull'adolescenza (ASL 5 e ASL 8) e i piani di zona, là dove esistenti e le reti aziendali di psicologia dell'adolescenza, i RES (referenti di educazione alla salute dei distretti coinvolti), I Dipartimenti delle Dipendenze, i Dipartimenti Materno Infantile, I Dipartimenti di Salute Mentale, i Distretti, i Comuni attraverso l'Assessorato alle Politiche Giovanili

### Tipologia dell'intervento

Informativo  
Comunicativo  
Formativo  
Educativo  
Organizzativo  
Sviluppo di comunità  
Ambientale  
Altro

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

### Durata

Biennale

## ABSTRACT

### Contesto di partenza e razionale

La revisione sistematica della letteratura internazionale del quinquennio 2000-2005 sui rischi in adolescenza condotta dall'ASL 5 per la rete regionale per adolescenza nel "*Progetto regionale Segnali di vita: il disagio psicologico degli adolescenti.*" (Det. 478 del 29.11.2004) è esitata nella definizione di cinque classi di rischio emergenti in adolescenza tra cui i **comportamenti aggressivi o violenti contro di sè e altri**, e dei relativi fattori protettivi (tra cui le abilità relazionali e comunicative) e fattori di rischio (tra cui l'isolamento e la solitudine) secondo studi di comprovata efficacia. Inoltre, nella successiva fase della ricerca, il cui obiettivo era la costruzione della mappa di tutti gli interventi socio-sanitari rivolti all'adolescenza nelle Aziende Sanitarie del Quadrante, non sono stati registrati interventi specifici relativi alla promozione della salute rispetto al rischio aggressione/violenza, pur essendo tale rischio percepito dagli operatori come un fenomeno emergente.

Alla luce di tale scenario si è consolidata un'alleanza di lavoro tra l'ASL 5, l'ASL 8 e l'ASL 10 appartenenti alla rete di psicologia dell'adolescenza del Quadrante 1 per proporre un progetto di prevenzione sui comportamenti aggressivi contro se stessi e altri attraverso il potenziamento della rete relazionale dell'adolescente e delle relative abilità comunicative, socio emotive, socio relazionali e di coping.

### Obiettivi

Ridurre i comportamenti aggressivi e violenti contro se stessi e contro gli altri negli adolescenti della fascia 14-17 anni, potenziando la qualità e l'intensità delle relazioni tra pari e con gli adulti attraverso l'incremento delle abilità comunicative e relazionali che facilitano le relazioni positive.

Consolidare le alleanze di lavoro della rete ASL/scuole partecipanti al progetto, là dove siano preesistenti.

### Destinatari

I destinatari finali sono gli adolescenti tra i 14 e i 17 anni degli istituti di istruzione secondaria di secondo grado (classi I, II e III) nel territorio delle ASL coinvolte.

I destinatari intermedi sono:

- gli operatori che si occupano di adolescenza dei servizi ambulatoriali distrettuali delle ASL coinvolte;
- i dirigenti scolastici, i referenti alla salute e gli insegnanti delle istituti di istruzione secondaria di secondo grado e i referenti alla salute delle aziende sanitarie partecipanti al progetto.

### Metodologia e attività

Peer education e formazione d'aula secondo la metodologia della didattica attiva (*problem solving, role playing, discussione...*). Per gli insegnanti, i referenti alla salute delle scuole e i dirigenti scolastici saranno organizzati due momenti di incontro (uno all'inizio e uno al termine della realizzazione del progetto) per la presentazione, il monitoraggio e la valutazione partecipata del progetto. Saranno inoltre organizzati almeno due incontri di sensibilizzazione sul tema con le famiglie

### Valutazione e strumenti

Sono previsti strumenti di valutazione di processo, di risultato e di esito dell'intervento con una relativa restituzione, per la valutazione degli interventi a livello distrettuale, aziendale e interaziendale.

E' inoltre prevista una valutazione in progress per il monitoraggio e la valutazione del progetto dei referenti alla salute delle ASL e delle scuole coinvolte, attraverso il gruppo Scuole/ASL, là dove già esistente.

## CONTESTO DI PARTENZA

La presente proposta si pone come uno sviluppo applicativo del “Progetto regionale Segnali di vita: il disagio psicologico degli adolescenti.” (Det. 478 del 29.11.2004), lavoro di revisione sistematica della letteratura internazionale del quinquennio 2000-2005 sui rischi in adolescenza condotta dall’ASL 5 per la rete regionale di psicologia dell’adolescenza. Il lavoro è esitato in due tipi di risultati:

1. la definizione di cinque classi di rischio emergenti in adolescenza<sup>1</sup>, tra cui i **comportamenti aggressivi o violenti contro di sé e altri**;
2. la costruzione della **mappa di tutti gli interventi socio-sanitari** rivolti all’adolescenza nelle Aziende Sanitarie, dove, nello specifico, in tutto il Quadrante 1, non sono stati registrati interventi di promozione della salute rispetto al rischio aggressione/violenza.

Valutata la rilevanza del fenomeno l’U.O.S. di Psicologia dell’Età Evolutiva dell’ASL 5, il Coordinamento Adolescenza e il Servizio di Neuropsichiatria Infantile dell’ASL 10 si sono accordati per la redazione di un progetto di promozione alla salute da svolgere presso i loro territori per prevenire comportamenti aggressivi e violenti attraverso lo sviluppo di competenze comunicative e relazionali. Inoltre nel territorio dell’ASL 10, l’Istituto tecnico IPSIA di Pinerolo ha esplicitamente richiesto all’ASL un intervento di promozione della salute rispetto i comportamenti violenti. Nell’Asl 5 e nell’ASL8 infine il preesistente protocollo ASL/scuola risulta lo strumento ideale con cui poter concertare la declinazione locale del progetto (coinvolgimento dei referenti alla salute scolastici e degli insegnanti, scelta delle scuole maggiormente a rischio, selezione delle classi...). Sono infine coinvolti nel progetto i gruppi multidisciplinari sull’adolescenza (ASL 5 e ASL 8) e i piani di zona, là dove esistenti e le reti aziendali di psicologia dell’adolescenza, i RES (referenti di educazione alla salute dei distretti coinvolti), i Dipartimenti delle Dipendenze, i Dipartimenti Materno Infantile, i Dipartimenti di Salute Mentale, i Distretti, i Comuni attraverso l’Assessorato alle Politiche Giovanili.

## DIAGNOSI EDUCATIVA E ORGANIZZATIVA

Nelle tre ASL partecipanti al progetto (ASL 5, 8, 10) sono stati condotti alcuni approfondimenti di diagnosi educativa tramite focus group. Sono stati realizzati tre focus group a cui hanno partecipato 58 operatori fra dipendenti dei servizi aziendali (psicologi, neuropsichiatri infantili, ginecologi, PDL, MMG, infermieri, educatori, assistenti sociali, assistenti sanitari appartenenti a diversi servizi quali UOS di Psicologia, NPI,

<sup>1</sup> Demandando il dettaglio dei risultati dell’analisi al report regionale sulla revisione sistematica sugli studi inerenti il rischio in adolescenza, a titolo di maggior chiarezza per chi legge, inseriamo la tabella illustrativa delle cinque aree di rischio con le relative voci specifiche, emerse dalla revisione di 150.000 articoli e dall’analisi di contenuto di 491 articoli ottenute da una ricerca sulle principali banche dati internazionali.

<b>Rischi emergenti in adolescenza</b>	
<b>1. Uso/abuso di sostanze/dipendenze</b>	1. alcool
	2. fumo
	3. droghe
	4. gioco d'azzardo (gambling)
<b>2. Incidenti non intenzionali e violenze su sé e altri</b>	1. inc. stradali
	2. comp. aggressivi/antisoc.
	3. suicidio
<b>3. Sessualità</b>	1. comp. sessuale e MST
	2. HIV
	3. gravidanze
<b>4. Alimentazione e stile di vita</b>	1. salute
	2. comp. alimentare
	3. attività fisica
<b>5. Malattie mentali</b>	1. psicosi
	2. depressione
	3. disturbi alimentari
	4. disturbi ansiosi e PTS
	5. ADHD

Ser.T., Consulteri, Spazi Giovani, Distretto) e operatori delle scuole e del territorio (insegnanti, vice preside, educatori dell'educativa territoriale e del comune). Si è trattato di un'intervista di gruppo sul tema del rischio percepito in adolescenza dagli operatori dei servizi delle aziende sanitarie, del sociale, del privato sociale e delle scuole. Nello specifico è stato chiesto:

1. "Quando pensate al rischio in adolescenza che cosa vi viene in mente?"
2. "Se pensate ai fattori di rischio in adolescenza (o determinanti) che cosa vi viene in mente?"
3. "Quando pensate ai fattori protettivi in adolescenza, che cosa vi viene in mente?"

Fra i diversi rischi evidenziati<sup>2</sup> in merito ai comportamenti aggressivi o violenti contro di sé e altri gli operatori intervistati si sono così espressi:

- in merito alla **rilevanza** del problema:
  1. emerge una crescente domanda di supporto rispetto aggressioni e comportamenti violenti subiti o agiti da parte dei ragazzi e delle ragazze delle scuole superiori rilevate dagli psicologi dei CIC (in particolare l'ASL 8);
  2. emerge crescente domanda di supporto rispetto aggressioni e comportamenti violenti subiti o agiti da parte dei ragazzi e delle ragazze delle scuole superiori rilevate dagli operatori dei Punti Giovani/Spazi adolescenti (in particolare l'ASL 5);
  3. è stata formulata una esplicita domanda di intervento di prevenzione rivolta all'ASL 10 da parte di un istituto tecnico del territorio;
  4. si è evidenziata l'assenza di interventi di promozione della salute mirati ai comportamenti aggressivi o violenti contro di sé e altri nelle tre ASL (e nell'intero Quadrante 1);
  5. infine si evidenzia la difficoltà di rilevare il fenomeno attraverso l'analisi locale epidemiologica, essendo questo un fenomeno con forti implicazioni relazionali e sociali, poco evidenziabili dalla raccolta degli indicatori di salute tradizionale (sono presenti se pur in forma minima alcuni dati "limite" del fenomeno circa i suicidi).
- in merito ai **determinanti** del problema:
  1. **la famiglia** pare assolvere un ruolo fondamentale sia come fattore di rischio (determinante rinforzante negativo) qualora attui comportamenti violenti e aggressivi al suo interno di cui gli adolescenti sono stati testimoni, sia come fattore protettivo (determinante rinforzante positivo); qualora si presenti un controllo e un supporto atto a sviluppare nell'adolescenza capacità critiche di valutazione del problema (determinanti predisponenti) e di risoluzione del problema (determinanti abilitanti).
  2. **la scuola** pare assolvere un ruolo strategico in quanto permette momenti di aggregazione finalizzati e qualificati rispetto un crescente isolamento sociale esterno tra gli adolescenti oggi. Un adeguato supporto da parte dell'ambiente scolastico (insegnanti e pari) e un adeguato rinforzo da parte degli insegnanti risultano pertanto agli occhi degli operatori preziosi determinanti abilitanti e rinforzanti.

Il gruppo di progetto (ASL 5, 8, 10) ha dunque condotto la successiva diagnosi educativa e organizzativa tramite analisi della letteratura: il gruppo di progetto ha condotto una ricerca sulla letteratura internazionale tramite banche dati Psychinfo degli ultimi 5 anni (2000-2005) utilizzando le parole chiave "antisocial behaviour", "violence", "aggressive behaviour", "adolesc\$" connessi dall'operatore booleano "and" e tramite alcuni approfondimenti sul tema procurati da Dors rispetto documentazione OMS.

Sono stati così evidenziati i diversi determinanti:

**Determinanti predisponenti**, ovvero attinenti alla motivazione a sostenere/evitare i comportamenti aggressivi o violenti contro sé e gli altri:

- *percepita autoefficacia* nel resistere alle pressioni negative dei pari (Caparra G., Regalia C., Bandura A., 2002, Longitudinal Impact of perceived Self Regulatory Efficacy on Violent Conduct in *European Psychologist*, 7, pp. 63-69);
- *senso di autoefficacia nel gestire comportamenti aggressivi associato alle influenze ambientali e sociali* ovvero le credenze di autoefficacia non operano isolatamente dal contesto sociale e ambientale (Caparra G., Scabini E., Barbanelli C., Pastorelli C., Regalia C., Bandura A. 1998, Impact of adolescent's perceived self regulatory efficacy on familial communication and antisocial conduct in *European Psychologist*, 3, pp. 125-132);
- capacità di sviluppare un *pensiero critico rispetto i modelli/ruoli/contesti veicolati dai media* (Met L., 1994, *The Metropolitan Life Survey of the American Teacher 1994. Violence in America's public school: the family perspective*. Metropolitan Life Insurance Company);

**Determinanti abilitanti**, ovvero le condizioni ambientali che facilitano/ostacolano la messa in atto di comportamenti aggressivi o violenti contro sé e gli altri:

- *povere abilità linguistiche* aumentano il rischio di comportamenti antisociali (Bor W., McGee T.R., Fagan A., Early factors for antisocial behaviour: an Australian longitudinal study in *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2004; 38: 365-372);
- *abilità di coping/relazionali efficaci*. Le abilità di coping, ovvero di gestione delle relazioni stressanti, possono essere un importante fattore di resilienza rispetto all'insorgenza e alla gestione di comportamenti a rischio tra cui quelli aggressivi o violenti. La loro assenza al contrario un fattore di rischio (Small S., Memmo M., Contemporary Models of Youth Development and Problem Prevention: Toward an Integration of Terms, Concepts, and Models in *Family Relations*, 2004, vol 53, pp. 3-11);
- *abilità di problem solving*. Le abilità di problem solving sono lette parimenti alle abilità di coping (Speaker K., Petersen G., School Violence and Adolescent suicide: strategies for effective intervention in *Educational Review*, vol 52, 2000, pp. 65-73);
- *supporto familiare* (Juan L., Silbereisen R., 1999, Supportive parenting and adolescent adjustment across time in former East and west Germany in *Journal of Adolescence*, 6, 719-726);
- *supporto relazionale/affettivo/sociale* rappresentato oltre che dalla famiglia, dalla scuola, dal gruppo di pari, dalla comunità (povertà, razzismo, droghe, alcool, disoccupazione e mancanza di opportunità di impiego, inadeguata regolazione della diffusione delle armi, deresponsabilizzazione sociale, disinvestimento scolastico) si costituiscono come determinanti importanti dei comportamenti a rischio quali quelli aggressivi o violenti (Biglan A., Brennan P., Foster S., Helping adolescents at risk: prevention of multiple problem behaviour in *Community Mental Health Journal*, vol. 41, n5 pp. 623-24).
- *Visioni di scene di violenza in famiglia o modelli di ruoli violenti nei media* sono citati come fattori di violenza nelle scuole (Met L., 1994, *The Metropolitan Life Survey of the American Teacher 1994. Violence in America's public school: the family perspective*. Metropolitan Life Insurance Company).

**Determinanti rinforzanti**, ovvero le abilità/risorse per mettere in pratica il cambiamento, o per controllare i fattori di rischio:

- Pressione dei pari contro il comportamento aggressivo o contro l'aggressore (Farrington D.P.1993, Understanding and Preventing Bullying in Tonry M., Crime and Justice: A Review of Research, vol 17 London, University of Chicago Press);

Alla luce degli studi citati è attualmente difficile definire una scala gerarchica di priorità dei determinanti elencati in quanto, trattandosi di un fenomeno multidimensionale, ovvero influenzato dalla presenza dei fattori analizzati, tutti ne concorrono alla spiegazione. E' pertanto previsto in fase di avvio del progetto uno spazio di condivisione con i destinatari finali (i ragazzi 14-17 anni<sup>3</sup>) e intermedi (gli insegnanti e i genitori coinvolti) per determinare le priorità in termini di azione/variabile da prendere in analisi nelle differenti realtà scolastiche locali.

In particolare si intendono realizzare nelle scuole tre focus group, sul tema: "comportamenti aggressivi e violenti contro se stessi e altri: quali fattori di rischio e quali di protezione?":

1. un focus con i ragazzi
2. un focus con gli insegnanti
3. un focus con i genitori.

Verrà quindi redatto un report sui risultati del focus che verrà presentato in assemblea plenaria nella fase di avvio del progetto:

1. con i ragazzi, nella riunione di avvio e di presentazione del progetto.
2. con gli insegnanti nella riunione di avvio e di presentazione del progetto.
3. con i genitori nella prima riunione di sensibilizzazione sul tema.

I focus group verranno realizzati nell'Azione 1 (avvio del progetto) prima della realizzazione della formazione degli operatori.

## **TRASFERIBILITA' DI PROVE DI EFFICACIA DISPONIBILI E ESEMPI DI BUONA PRATICA**

Rispetto all'impianto metodologico il riferimento di buona pratica è nello studio di Speaker K., Petersen G., **School Violence and Adolescent suicide: strategies for effective intervention** in *Educational Review*, vol 52, 2000, pp. 65-73. In tale studio si evidenzia come un intervento di riduzione della violenza

---

<sup>3</sup> Il target 14-17 anni è stato selezionato sia dopo la visione di studi pubblicati sul fenomeno, sia dopo una analisi di fattibilità dell'intervento nei contesti locali.

e dei comportamenti autolesivi (fino al suicidio) nelle scuole, non possa esimersi dall'includere cinque componenti:

1. la famiglia,
2. la scuola e gli insegnanti,
3. lo sviluppo di un senso di integro e di successo nell'identità degli studenti (l'autoefficacia),
4. l'implementazione di abilità per la gestione del conflitto quali:
  - a) abilità comunicative,
  - b) modalità di controllo della rabbia,
  - c) appropriata assertività,
  - d) abilità di problem solving,
  - e) perspective-taking,
  - f) pensiero creativo,
  - g) abilità relazionali individuali,
  - h) abilità relazionali in gruppo,
5. i media, in particolare le scene di violenza veicolate dai media.

Ci si riferisce inoltre a tre documenti in merito all'efficacia dell'interventi nelle scuole:

**Youth suicide prevention**, 1st edition 2004, Health Development Agency, in cui si evidenziano tra i fattori di rischio dei comportamenti suicidari l'esposizione a comportamenti violenti e tra i fattori protettivi l'implementazione di abilità linguistiche, di coping, relazionali e di problem solving.

**Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes**, WHO 2004, in cui si indica l'efficacia di interventi di prevenzione nelle scuole superiori attraverso la metodologia della peer education.

**Preventing violence**, WHO 2004, in cui si indica l'efficacia di strategie mirate a ridurre la violenza a livello individuale quali: programmi di prevenzione alla violenza nelle scuola, training di sviluppo sociale, incentivi educativi per allievi delle scuole superiori a rischio<sup>4</sup>.

## **MODELLI TEORICI DI CAMBIAMENTO DEI COMPORTAMENTI E STILE DI CONDUZIONE DEL PROGETTO**

Data la letteratura presa in esame sui comportamenti aggressivi violenti secondo l'approccio cognitivo sociale, nonché data la formazione del gruppo di progetto (psicologi) anche nel presente intervento è stato scelto il modello di cambiamento dei comportamenti di Bandura (1995, trad. it 2002).

In particolare lo studio di riferimento è (Caparra G., Regalia C., Bandura A., 2002, *Longitudinal Impact of perceived Self Regulatory Efficacy on Violent Conduct in European Psychologist*, 7, pp. 63-69);

Nello studio emerge che la capacità di rispondere e reagire alle condotte violente è legata:

1. alla percezione di autoefficacia che l'adolescente ha rispetto alla propria capacità di resistere alla pressione dei pari; infatti fra i meccanismi motivazionali nessuno è più centrale e pervasivo del senso personale di efficacia. Le credenze personali di autoefficacia danno continuità, unità e coerenza alla personalità. Tali credenze non si costruiscono in modo avulso dal contesto sociale e relazionale ma si inseriscono nelle esperienze di vita, nel modeling sociale e nel feedback valutativo proveniente dall'esterno. Diversi studi hanno verificato l'influenza delle credenze di autoefficacia rispetto diversi comportamenti tra cui i comportamenti aggressivi e antisociali.
2. alla comunicazione aperta dell'adolescente con i genitori rispetto al comportamento lesivo subito o agito nell'hic et nunc ovvero contingentemente alla situazione specifica (non posticipata né pregressa).

Inoltre il modello di Bandura attraverso il costrutto di autoefficacia percepita, risulta misurabile. Nel presente progetto si prevede l'utilizzo di un questionario di autovalutazione pre e post.

Data la pregnanza del rinforzo dato dai pari rispetto alla modificazione dei comportamenti aggressivi e violenti trovato in letteratura (si veda il capitolo 2 sui determinanti rinforzanti), al gruppo di progetto è sembrato coerente introdurre nella progettazione la metodologia di lavoro della peer education, dove, al di là delle diverse definizioni date dai diversi approcci, centrale e determinante risulta il fattore età dei peer educator. Saranno pertanto previste sessioni formative nel primo anno di lavoro sui peer educator secondo il modello teorico di cambiamento cognitivo sociale (incremento delle abilità di autoefficacia rispetto la pressione dei pari e rispetto la comunicazione con i pari e con i genitori) che poi proporranno

---

<sup>4</sup> Nel presente progetto un incentivo potrebbe essere l'attribuzione di crediti formativi agli educatori di pari.

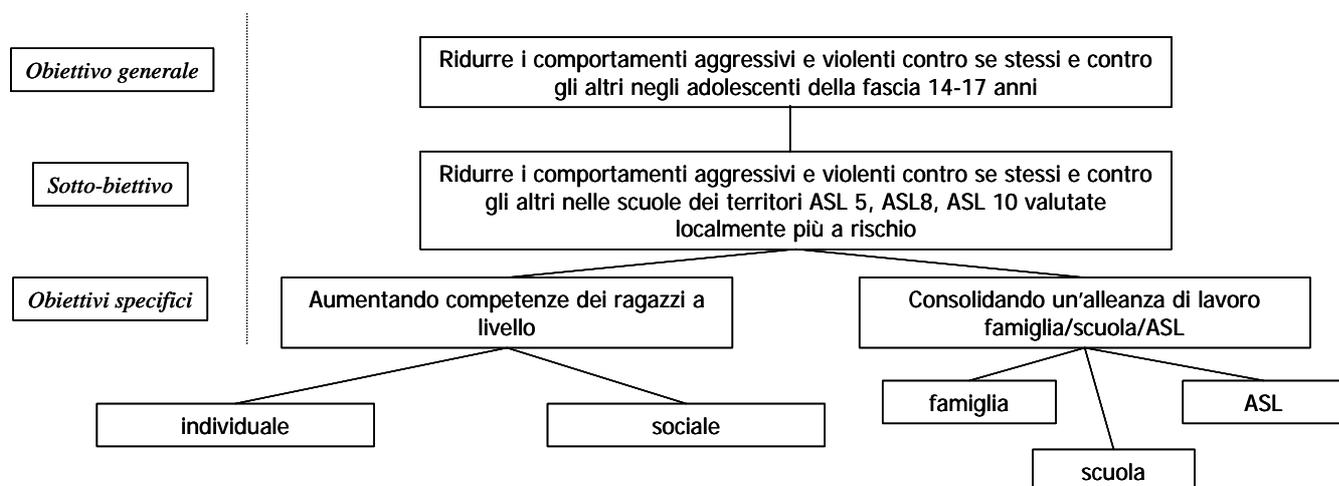
nel secondo anno di attività ai gruppi di pari, previa attenta supervisione e coordinamento delle equipe di distretto.

Per una maggior concertazione locale, la scelta dell'approccio della metodologia della peer education verrà concertato all'interno delle aziende partecipanti al progetto sulla base della presenza di pregresse competenze in merito da parte degli operatori che costituiranno le "equipe di distretto" e di eventuali opportunità formative locali già realizzate o previste.

Lo stile di conduzione del progetto è partecipato concertato secondo l'impianto metodologico dell'intervento che si rifà alla ricerca intervento con momenti di progettazione e valutazione *in progress* con tutti gli interlocutori coinvolti:

- con gli **operatori dei servizi ASL** coinvolti che erogheranno l'intervento, con cui sono previsti momenti di progettazione comune, di formazione rispetto la metodologia adottata (modello di Bandura e peer education) e di valutazione;
- con i destinatari intermedi (**i dirigenti scolastici, gli insegnanti, i referenti alla salute** delle scuole coinvolte...) con cui sono previsti momenti di discussione del progetto nelle diverse fasi (di avvio, di monitoraggio e di valutazione) e di formazione specifica con gli insegnanti che avranno un coinvolgimento attivo nella conduzione del progetto a partire dalla costruzione della gerarchia dei determinanti su cui lavorare;
- con i destinatari intermedi (**le famiglie**) con cui sono previsti momenti di discussione del progetto nelle diverse fasi (di avvio, di monitoraggio e di valutazione) e di formazione specifica;
- con i destinatari finali (**i ragazzi 14-17 anni**) con cui si intende lavorare fin dalle fasi di avvio (costruzione della gerarchia dei determinanti su cui lavorare) nella prospettiva della valorizzazione delle risorse e del potenziamento delle competenze personali e sociali, attraverso il coinvolgimento attivo della peer education (Pellai, 2002).

## GERARCHIA DI OBIETTIVI CONGRUENTI CON LA DIAGNOSI EDUCATIVA E ORGANIZZATIVA



Gerarchia	Risultato diagnosi	Obiettivo specifico
ambientale	Presenza di Protocolli di intesa ASL scuole e piani di zona. Presenza di gruppi multidisciplinari su adolescenza	Consolidamento alleanza di lavoro ASL/scuole/famiglie. Consolidamento alleanza di lavoro tra operatori di Distretto appartenenti a servizi diversi.
comportamentale	Riduzione comportamenti aggressivi e violenti contro se stessi e altri rilevati dalle scuole e dai servizi ASL.	Riduzione comportamenti aggressivi e violenti contro se stessi e altri rilevabili da scuole e servizi ASL.
PAR predisponenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ Percepita autoefficacia nel gestire le pressioni negative dei pari</li> <li>❑ Senso di autoefficacia in genere nel gestire situazioni di aggressività tenendo conto dell'influenza dell'ambiente esterno</li> <li>❑ Pensiero critico nei confronti dei modelli dei media</li> </ul>	Potenziamento delle abilità di autoefficacia nel gestire le pressioni dei pari e situazioni di aggressività tenendo conto dell'influenza dell'ambiente esterno. Articolazione e sviluppo del pensiero critico nei confronti dei modelli veicolati dai media.
PAR abilitanti	Implicazione di competenze relazionali e sociali quali: <ul style="list-style-type: none"> <li>❑ abilità linguistiche e comunicative</li> <li>❑ abilità di coping</li> <li>❑ abilità di problem solving</li> <li>❑ supporto familiare</li> <li>❑ supporto sociale</li> <li>❑ visione di scene</li> </ul>	Potenziamento delle abilità di comunicazione con genitori, di coping, di comunicazione asertiva. Incremento delle occasioni di scambio e confronto tra pari e con adulti anche su modelli veicolati dai media.
PAR rinforzanti	<ul style="list-style-type: none"> <li>❑ pressione dei pari</li> </ul>	Decremento delle situazioni di pressione negativa dei pari su situazioni di aggressività e violenza.

**PROGRAMMA DELLE ATTIVITA'**

<b>Azione</b>	<b>Chi</b>	<b>Che cosa</b>	<b>Entro quando</b>
<b>Azione 1: Avvio</b>	Gruppo di Progetto	<p>a) Selezione degli istituti di istruzione secondaria di secondo grado a carico dei gruppi ASL/scuola seguendo i protocolli ASL/scuola preesistenti (come nel caso dell'ASL 5) in funzione delle scuole più critiche o che hanno esplicitamente richiesto l'intervento.</p> <p>b) Reclutamento degli operatori dei servizi/borsisti/insegnanti per la costituzione delle "equipe di distretto" (gruppi di 3/4 operatori fra cui un insegnante).</p> <p>c) Presentazione del progetto alle scuole e inserimento nel POF.</p>	Settembre 2006
<b>Azione 2: Scelta partecipata e condivisa dei PAR</b>	Equipe di Distretto	<p>a) realizzazione dei tre focus group (insegnanti/ragazzi/famiglie) per la decisione partecipata dei determinanti PAR principali su cui intervenire negli specifici contesti.</p> <p>b) preparazione del report sui focus.</p>	Novembre 2006
<b>Azione 3: Formazione equipe di distretto</b>	Gruppo di Progetto e formatori esterni	<p>a) Formazione degli operatori che costituiscono le equipe di distretto su:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. abilità di autoefficacia secondo il modello cognitivo sociale</li> <li>2. peer education</li> <li>3. approfondimenti sui determinanti PAR evidenziati nei focus.</li> <li>4. elementi di comunicazione assertiva</li> </ol>	Dicembre 2006
<b>Azione 4: realizzazione intervento<sup>5</sup></b>	Gruppo di Progetto e Equipe di distretto e educatori di pari	<p>a) tre restituzioni plenarie (ragazzi/genitori/insegnanti) dei risultati focus group: 3 incontri di 2 ore ciascuno.</p> <p>b) Formazione degli educator (a.s. 2006/2007): 6 incontri di 2 ore ciascuno.</p> <p>c) attivazione dei gruppi di peer education con il coordinamento delle equipe di distretto (a.s. 2007/2008): 6-8 incontri di 2 ore ciascuno.</p> <p>d) intervento di sensibilizzazione con le famiglie (a.s. 2007/2008): 2 incontri di 2 ore ciascuno.</p> <p>e) intervento di sensibilizzazione con gli insegnanti (a.s. 2007/2008): 1 incontro di 2 ore.</p>	Gennaio 2006 Dicembre 2007
<b>Azione 5: Valutazione</b>	Gruppo di Progetto	<p>a) Report su valutazioni in progress prodotte dai diversi gruppi di lavoro dei peer.</p> <p>b) Report su valutazioni dei risultati pre-post dei questionari di autoefficacia.</p> <p>c) Riunione di valutazione del progetto aziendale.</p> <p>d) Riunione di valutazione interaziendale del progetto.</p> <p>e) Riunione di restituzione presso le scuole sui risultati conseguiti (con ragazzi/insegnanti/famiglie)</p>	Gennaio 2008

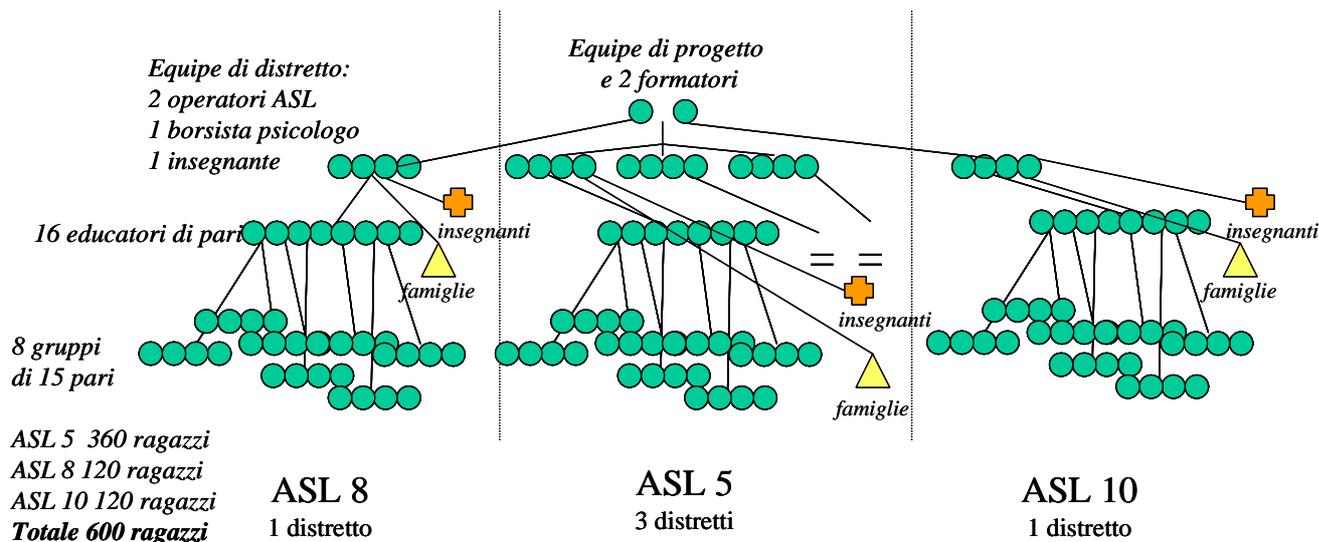


Figura 1: Schema di struttura dell'intervento.

## ALLEANZE PER LA SALUTE TRA GLI ATTORI INTERESSATI

Il presente progetto conta sull'alleanza di lavoro con alcuni soggetti istituzionali quali:

1. U.O.S. Psicologia dell'Età Evolutiva, ASL 5,
2. Coordinamento adolescenza ASL 8,
3. NPI ASL 10,
4. Gruppo multidisciplinari per l'adolescenza (ASL5),
5. Gruppi ASL/Scuola e relativi protocolli, là dove già esistenti,
6. Distretti (distretto 2, 3, 5 dell'ASL 5; distretto 1 dell'ASL 10),
7. Gruppi aziendali multidisciplinari di promozione alla salute,
8. i REPES,
9. i RES (referenti di educazione alla salute dei distretti coinvolti),
10. i Dipartimenti delle Dipendenze,
11. i Dipartimenti Materno Infantile,
12. I Dipartimenti di Salute Mentale,
13. i Comuni attraverso l'Assessorato alle Politiche Giovanili.

Dai primi tre servizi/soggetti istituzionali provengono gli operatori che costituiscono il gruppo di progetto, dai restanti servizi/soggetti istituzionali proverranno invece gli operatori che costituiranno le equipe di distretto, ovvero i gruppi che seguiranno il progetto localmente nelle scuole (formeranno gli educatori di pari, supervisioneranno i gruppi tra pari, forniranno i materiali di lavoro e di valutazione...)

Il presente progetto mira al consolidamento di alleanze di lavoro tra organi istituzionali e tra operatori di diversi servizi/dipartimenti che operano sullo stesso territorio distrettuale in ambito adolescenziale.

L'impianto della ricerca intervento prevede l'inserimento di nuovi interlocutori istituzionali, qualora venissero individuati.

L'alleanza di lavoro per la salute sarà garantita da riunioni di coordinamento a cura del gruppo di progetto, nelle fasi di avvio, avanzamento lavori e valutazione finale del progetto. A tal fine verranno discussi i materiali prodotti quali progetto, report di interfase, report finale.

## PIANO PER LA VALUTAZIONE DI PROCESSO

Chi	Che cosa	Entro quando	Punto critico Indicatore di processo	Strumento
Gruppo di Progetto	<b>Azione 1: Avvio</b>	Settembre 2006	a) partecipazione al progetto da parte delle scuole candidate. b) Partecipazione degli operatori di diversi servizi aziendali e degli insegnanti delle scuole alle equipe	1. Report che documenti: a) la partecipazione delle scuole candidate dalle commisioni scuola/Asl b) la costituzione delle equipe

			di distretto. c) Inserimento nel POF	di distretto come da progetto c) la sezione del POF in cui è inserito il progetto
Equipe di distretto	<b>Azione 2: Scelta condivisa dei PAR</b>	Novembre 2006	a) Partecipazione ai tre focus proposti b) Definizione dei PAR su cui si intende lavorare prevalentemente nelle specifiche realtà	1. Report focus group che documenti: a) la partecipazione ai tre focus b) i determinanti PAR emersi
Gruppo di Progetto e Equipe di distretto	<b>Azione 3: Formazione equipe di distretto</b>	Dicembre 2006	a) Pertinenza della formazione proposta al progetto. b) efficacia della formazione stimata in termini di soddisfazione dei partecipanti rispetto l'acquisizione di strumenti operativi da poter applicare al progetto.	1. Verbale riunione equipe di distretto sulla valutazione sulla formazione ricevuta in termini di pertinenza e di acquisizione di strumenti operativi applicabili al progetto. 2. Presenza tra i formatori di almeno un membro del gruppo di progetto che garantisca coerenza della formazione al progetto.
Gruppo di Progetto e Equipe di distretto e educatori tra pari	<b>Azione 4: realizzazione e intervento</b>	Gennaio 2006 Dicembre 2007	a) partecipazione alle tre riunioni di restituzione focus in fase di avvio b) Costituzione buon clima di lavoro del gruppo degli educatori c) Costituzione di un buon clima di lavoro nei gruppi tra pari, d) perseguimento degli obiettivi concordati. e) Coerenza tra il lavoro con i ragazzi e quello con gli insegnanti e le famiglie.	1. verbale tre riunioni plenarie focus. 2. scheda osservativa funzionamento gruppo di lavoro (Kaneklin) per osservazione clima di lavoro del gruppi di educatori di pari da parte dell'equipe di distretto 3. scheda osservativa funzionamento gruppo di lavoro (Kaneklin) osservazione clima di lavoro del gruppi di pari da parte dell'equipe di distretto tramite 4. verbali incontri gruppi tra pari/insegnanti/famiglie per valutare la coincidenza tra obiettivi dichiarati inizio progetto (in riunione restituzione focus) e contenuti affrontati.
Gruppo di Progetto	<b>Azione 5: Valutazione</b>	Gennaio 2008	a) Valutazione coerenza e chiarezza del progetto da parte dei ragazzi/insegnanti/famiglie b) Valutazione coerenza e chiarezza del progetto da parte equipe di distretto c) Valutazione coerenza e chiarezza del progetto interaziendale	1) Report valutazioni in progress da parte dei ragazzi/insegnanti/famiglie (l'ultimo incontro con i ragazzi e l'ultima parte degli incontri con famiglie e insegnanti saranno dedicate alla valutazione partecipata del progetto). 2) Riunione di restituzione finale ragazzi/insegnanti/famiglie 3) Verbale riunione di valutazione finale delle equipe di distretto 4) Verbale riunione di valutazione finale interaziendale

## PIANO PER LA VALUTAZIONE DI RISULTATO

Gerarchia	Obiettivo specifico	Indicatore	Standard	Strumento
1 ambientale	Consolidamento alleanza di lavoro ASL/scuole/famiglie. Consolidamento alleanza di lavoro tra operatori di Distretto appartenenti a servizi diversi.	a) N° partecipanti alle riunioni ASL/scuole; b) Partecipazione degli operatori di equipe di distretto a eventuali progetti comuni di promozione salute o altro	a) Incremento significativo partecipazione riunioni ASL scuola b) partecipazine a almeno un altro progetto a livello distrettuale	a) Rilevamento tramite confronto verbali b) Rilevamento tramite scheda
2 comportamentale	Riduzione comportamenti aggressivi e violenti contro se stessi e altri rilevabili da scuole e servizi ASL.	Presenza del fenomeno nelle scuole stimato in termini di: N° liti a scuola N° aggressione a scuola N° comportamenti autolesivi a scuola	Diminuzione del significativa del fenomeno nelle scuole su cui si è realizzato l'intervento	a) Violent conduct scale (Caparra, Mazzotti, Prezza 1990) b) interviste a campione insegnanti/genitori pre e post intervento.
3 PAR predisponenti	Potenziamento delle abilità di autoefficacia nel gestire le pressioni dei pari e situazioni di aggressività tenendo conto dell'influenza dell'ambiente esterno. Articolazione e sviluppo del pensiero critico nei confronti dei modelli veicolati dai media.	Autoefficacia percepita pressione dei pari. Autoefficacia in genere	Differenza statisticamente significativa dei valori di autoefficacia percepita nella gestione pressione pari e autoefficacia in genere	Sezione self regulatory efficacy (13 scale di Bandura 1996 in Caprara 2002) Questionario di valutazione autoefficacia (test Schwarzer, 1993) Scheda di valutazione sui contenuti di film/video violenti pre-post visione e discussione degli stessi. Somministrazione pre/post
4 PAR abilitanti	Potenziamento delle abilità di comunicazione assertiva e con genitori, di coping. Incremento delle occasioni di scambio e confronto tra pari e con adulti su modelli veicolati dai media.	Aumento di abilità comunicative assertive e con genitori e abilità di coping.	Differenza statisticamente significativa dei valori di comunicazione con genitori e di coping.	Test assertività (Cyberia Shirink 2000). Open Communication Scale (Barnes, Olson, 1982) e C.I.S.S. (Coping Inventory for Strefull Situation) (Sandler e Parker, 1999). Scheda su occasioni di

				media. Somministrazione pre/post
5 PAR rinforzanti	Decremento delle situazioni di pressione negativa dei pari su situazioni di aggressività e violenza.	N° situazioni di pressioni negative esercitate o subite nei confronti dei pari	Differenza statisticamente significativa pre/post intervento	Sezione self regulatory efficacy (13 scale di Bandura 1996 in Caprara 2002)

## RICADUTE DEL PROGETTO

La ricaduta si connota come:

- Potenziamento integrazione della rete ASL/scuole/famiglie.
- Potenziamento collaborazione operatori servizi distrettuali che operano sull'adolescenza.
- Potenziamento rete interaziendale ASL 5, 8, 10 e relativi gruppi multidisciplinari/reti aziendali psicologia dell'adolescenza.
- Incremento delle competenze degli operatori e degli insegnanti in merito al modello socio-cognitivo e alla peer education.
- Diminuzione della domanda portata ai servizi (centri adolescenti/CIC,...) rispetto al fenomeno.

## PIANO DI COMUNICAZIONE

Tipologia strategia	Metodi e strumenti	Quando
Coordinamento gruppo di progetto e interlocutori scolastici in fase di promozione dell'iniziativa	Riunione di presentazione del progetto a tutti i referenti alla salute delle scuole. Presentazione nei protocolli Scuola/ASL.	giugno 2006
Diffusione scientifica e professionale	Presentazione al Convegno di Psicologia dell'Adolescenza, Torino.	27 ottobre 2006
Diffusione scientifica e professionale	Articolo scientifico su rivista nazionale e internazionale	gennaio/marzo 2008
Diffusione dell'informazione all'interno degli istituti di istruzione secondaria di secondo grado	Inserimento dell'iniziativa nel sito della scuola/giornalino scolastico...	settembre 2006/dicembre 2007

## DOCUMENTAZIONE DEL PROGETTO

Azione	Materiali
<b>Azione 1: Avvio</b>	Scheda di progetto interaziendale Report che documenti: a) la partecipazione delle scuole candidate dalle commissioni scuola/Asl b) la costituzione delle equipe di distretto come da progetto c) la sezione del POF in cui è inserito il progetto
<b>Azione 2: scelta condivisa PAR</b>	Report focus group
<b>Azione 3: Formazione formatori</b>	Dispense materiali.
<b>Azione 4: realizzazione intervento</b>	1. verbale tre riunioni plenarie focus. 4. verbali incontri gruppi tra pari/insegnanti/famiglie per valutare la coincidenza tra obiettivi dichiarati inizio progetto (in riunione restituzione focus) e

	contenuti affrontati. Report di rilevamento del fenomeno pre intervento Materiali formativi a sostegno delle attività con gli educator e per i gruppi tra pari.
<b>Azione 5: Valutazione</b>	1) Report valutazioni in progress da parte dei ragazzi/insegnanti/famiglie (l'ultimo incontro con i ragazzi e l'ultima parte degli incontri con famiglie e insegnanti saranno dedicate alla valutazione partecipata del progetto). 2) Verbale riunione di valutazione finale delle equipe di distretto 3) Verbale riunione di valutazione finale interaziendale 4) Report risultati ottenuti attraverso la rilevazione dei questionari autosomministrati pre-post intervento.

### GRUPPO DI PROGETTO

Nome	Professione	Servizio-organizzazione	Ruolo/compiti	Formazione
Bruno Tiranti	Psicologo	ASL 5 Collegno – U.O.S. Psicologia dell'Età Evolutiva	Coordinatore Gruppo di progetto	Da ricevere rispetto la peer education
Marina Farri	Psicologa	ASL 8, Coordinamento adolescenza	Gruppo di progetto	Da ricevere rispetto la peer education
Tiziana Martelli	Psicologa	ASL 8, Coordinamento adolescenza	Gruppo di progetto	Da ricevere rispetto la peer education
Vanda Cappa	Psicologa	ASL 10, U.O.C. Neuropsichiatria infantile	Gruppo di progetto	Da ricevere rispetto la peer education

### BUDGET

Tipologia spesa	di	Voci analitiche di spesa	Autofinanziamento	Finanziamento richiesti
Personale		<p><b>Dipendenti</b> (educatori/infermieri/assistenti sanitari). 2 operatori per ogni distretto partecipante. Numero monte ore per operatore dipendente 40: 14 ore per formazione 26 ore per intervento nelle scuole (ragazzi, insegnati, famiglie).</p> <p><b>Consulente senior</b> (psicologa). Numero monte ore 250: 30 ore per la progettazione 40 ore per la preparazione materiali di supporto per i gruppi di educatori di pari e per i gruppi tra pari. 40 ore per il coordinamento dei gruppi di equipe di distretto e tre aziende 50 ore per intervento nelle scuole (ragazzi, insegnati, famiglie) 60 ore per la valutazione dei questionari pre/post e schede monitoraggio fenomeno pre/post (elaborazione dati) 30 ore stesura report (avanzamento</p>	<p>Euro 1.225,6 (a distretto per due operatori alla tariffa oraria di Euro 15,32)</p> <p>ASL 5 Euro 3.676,8 ASL 8 Euro 1.225,6 ASL 10 Euro 1.225,6 <b>Totale Euro 6.128</b></p>	Euro 8.000

	lavori, finali) <b>Formatori</b> (progettazione e tre giornate d'aula)  <b>Borsisti junior</b> (tre psicologi, uno per ogni ASL partecipante). Monte orario ciascuno 200: 40 ore per la progettazione locale e la presentazione del progetto 30 ore per il coordinamento 16 ore per la formazione 64 ore di intervento nelle scuole (ragazzi/insegnanti/famiglie) 50 ore per la valutazione/la reportistica  <b>Operatori altri settori</b> (insegnanti)		Euro 2.000  Euro 18.000
Attrezzature	Locali e strumenti per coordinamento/utilizzo tecnologie/materiali/ fotocopie	<b>Euro 1.000</b>	
Spese di coordinamento	10 ore uomo previste per riunioni di coordinamento personale dipendente	Euro 306,4 (a distretto per due operatori alla tariffa oraria di Euro 15,32) ASL 5 Euro 919,2 ASL 8 Euro 306,4 ASL 10 Euro 306,4 <b>Totale Euro 1.532</b>	
Spese di funzionamento (supervisione)	<b>Supervisore</b>		Euro 440,875
<b>Totale</b>		<b>Euro 8.660</b>	<b>Euro 28.440,875</b>

Collegno, 28/7/06

Il responsabile del progetto  
Dott. Bruno Tiranti

Il Referente Aziendale PES ASL 5  
Dott.ssa Barbara Vinassa

Il Commissario ASL 5  
Ing. Giorgio Rabino