



Direzione Sanità



S.C. Psicologia



Rete di Psicologia
dell'Adolescenza

RETE REGIONALE PIEMONTESE DI PSICOLOGIA DELL'ADOLESCENZA

Manuale di ACCREDITAMENTO tra pari



Indice

1. Ringraziamento e autori	05
2. Premessa	09
3. Introduzione	13
4. La metodologia dell'accreditamento tra pari	15
5. Conclusioni e raccomandazioni per la ricerca	17
6. CRITERI E INDICATORI	19
- Area promozione salute	21
- Area consultazione psicologica	23
- Area psicodiagnosi e psicoterapia	27
- Area rete e organizzazione	33
7. ALLEGATI - criteri e indicatori area promozione della salute	37
- Uso e abuso di sostanze: fumo, alcool, sostanze	39
- Incidenti stradali	45
- Comportamenti sessuali	49
- Salute mentale	55
- Comportamenti aggressivi e violenti	57
- Alimentazione e stile di vita	59



Ringraziamento

La Rete regionale piemontese di Psicologia dell'Adolescenza è costituita dai referenti di ogni ASL della Regione Piemonte designati dalle direzioni aziendali. Ne fanno parte:

Referenti RETE Psicologia dell'Adolescenza		
ASL TO1	ex ASL1	Dott. Silvio Saccani
	ex ASL1	Dott.ssa Patrizia Gaido
	ex ASL2	Dott.ssa Maria Pia Musci,
ASL TO2	ex ASL3	Dott.ssa Nadia Benedetto,
	ex ASL4	Dott.ssa Chiara Piovesan
ASL TO3	ex ASL5	Dott.ssa Monica Littizzetto
	ex ASL6	
	ex ASL10	
ASL TO4	ex ASL7	Dott.ssa Elisabetta Cairo
	ex ASL9	Dott.ssa Flora DeBernardi
ASL TO5	ex ASL8	Dott.ssa Monica Mazza
ASL VC	ex ASL11	Dott.ssa Raffaella Scaccioni
ASL Bi	ex ASL12	Dott.ssa Maria Teresa Lerda
ASL No	ex ASL13	Dott.ssa Rita Di Sabato
ASL VCO	ex ASL14	Dott. Antonio Filiberti
ASL CN1	ex ASL15	Dott.ssa Maria Luisa Salvagno
	ex ASL16	Dott.ssa Elena Cresta
	ex ASL17	Dott. Daniele Nunziato
ASL CN2	ex ASL18	Dott.ssa Giuseppina Intravaia
ASL At	ex ASL19	Dott.ssa Borello Marinella
	ex ASL19	Dott.ssa Claudia Aceto
ASL AI	ex ASL20	Dott.ssa Maria Grazia Pelizzari
	ex ASL21	Dott.ssa Paola Gagliardi
	ex ASL22	Dott.ssa Elisabetta Bellingeri
Coordinatore	ASL To3	Dott.ssa Serena Zucchi



La redazione del Manuale di Accreditamento tra pari di Psicologia dell'adolescenza è stato redatto dal gruppo dei referenti e da colleghi da questi indicati come esperti delle quattro aree di intervento: Promozione della Salute, Consultazione psicologica, Diagnosi e Psicoterapia, Rete e Organizzazione. Nello specifico si ringraziano per la costante partecipazione e per l'attento sostegno al progetto.

- Gruppo **Promozione della Salute:**

- Licia Baima, dirigente psicologo, Servizio Psicologia Asl AL ex 20-22 Area Adolescenti e Giovani Adulti;
- Mariella Bonello, dirigente psicologo S.C. Psicologia, Cuneo, ASL CN1 ;
- Antonella Calisti, dirigente psicologo Dipartimento Patologia delle Dipendenze di Alessandria e del servizio Psicologia Asl AL ex 20-22 Area Adolescenti e Giovani Adulti;
- Maurizia De Cesaris , psicologo convenzionato, S.C. Psicologia, Consultorio Familiare, Nizza Monferrato, ASL AT ;
- Nadia Franchi, educatore professionale, Ser.T., ASL BI ;
- Silvio Saccani, psicologo convenzionato, Consultorio Familiare, ASL To1;
- Raffaella Scaccioni, dirigente psicologo, Area Adolescenza e Promozione Salute, ASL VC.

- Gruppo **Consultazione psicologica:**

- Silvana Alfieri, dirigente psicologo, Consultorio Familiare Asti, ASL AT ;
- Roberta Balboni, dirigente medico pediatra, Servizio Pediatria Preventiva e Sociale, ASL TO1;
- Serena Bono, psicologo convenzionato S.C. Psicologia, Cuneo, ASL CN1 ;
- Rita Di Sabato, dirigente psicologo, Servizio di Neuro Psichiatria Infantile, ASL NO ;
- Paola Gagliardi, dirigente psicologo, S.O.C. Psicologia ASL AL;
- Marta Barosio, psicologo convenzionato, Servizio Psicologia Asl AL ex 20-22 Area Adolescenti e Giovani Adulti;
- Ornella Gorla, dirigente psicologo, Consultorio Familiare Nizza Monferrato, ASL AT ;
- Giovanna Malvicino, dirigente psicologo, Servizio di Psicologia, Chieri, ASL TO5 ;
- Cristina Parvis, dirigente psicologo, Area Tossicodipendenze, ASL VC ;
- Daniela Pizzimenti, psicologo convenzionato, S.C. Psicologia, Pinerolo, ASL TO3 ;
- Marina Servetto, dirigente psicologo, S.S. Psicologia dell'Età Evolutiva, ASL To4.



• **Gruppo Diagnosi e Psicoterapia:**

- Claudia Aceto, psicologo convenzionato, S.O.C. Psicologia Clinica e della Salute, ASL AT;
- Antonella Atripaldi, dirigente medico neuropsichiatria, S.C. Neuropsichiatria Infantile, ASL Bi ;
- Elisabetta Biscussi, dirigente psicologo Servizio Psicologia Asl AL ex 20-22 Area Adulti e Area Adolescenti e Giovani Adulti;
- Marinella Borello, dirigente psicologo, Servizio di Neuro Psichiatria Infantile, ASL AT ;
- Elisabetta Cairo, psicologo convenzionato, S.S.D. Unità di Psicoterapia/DSM ASLTO4 ;
- Monica Canavese, dirigente psicologo, S.C. Psicologia Alba Bra, ASL CN2;
- Gabriella Curto, dirigente psicologo, S.S. Psicologia/Neuropsichiatria Infantile, ASL To4 ;
- Patrizia Gaido , dirigente psicologo, D.M.I. Centro Adolescenti , ASL TO1;
- Maria Teresa Lerda, dirigente psicologo, S.C. Neuropsichiatria Infantile, ASL BI ;
- Monica Litizzetto , psicologo convenzionato, S.C. Psicologia, Collegno, ASL TO3 ;
- Maria Teresa Meardi, dirigente psicologo Neuropsichiatria Infantile, Verbania, ASL VCO;
- Carla Ortona, dirigente psicologo, S.C. Psicologia - Area Minori, ASL VC ;
- Chiara Piovesan, dirigente psicologo, ASL TO 2 Nord S.C. Neuropsichiatria Infantile, ASL TO2 ;
- Maria Luisa Salvagno, dirigente psicologo S.C. Psicologia, Cuneo, ASL CN1 ;
- Angela Sordano, dirigente psicologo, Servizio di Psicologia, Nichelino , ASL To5 ;
- Antonella Tromba, psicologo convenzionato, S.O.C. Psicologia, ASL AL ;
- Ilaria Vaschetto, psicologo convenzionato, S.S. Psicologia/Neuropsichiatria Infantile, ASL TO4.

• **Gruppo Rete e Organizzazione:**

- Nadia Benedetto, dirigente psicologo, ASL TO 2 S.C. Neuropsichiatria Infantile, ASL TO2 ;
- Patrizia Colombari, dirigente responsabile psicologo, S.C. Psicologia, ASL VC ;
- Elena Cresta, dirigente psicologo, S.C. Psicologia, Mondovì, ASL CN1 ;
- Tiziana Levy, psicologo convenzionato, S.C. Psicologia, Orbassano, ASL TO3 ;
- Monica Mazza, dirigente psicologo, Servizio di Psicologia, Nichelino, ASL TO5 ;
- Roberta Melon, educatore professionale, Centro Famiglia Consorzio I.R.I.S. ;
- Maria Pia Musci , dirigente psicologo, D.S.M. interaziendale To1-Mauriziano, Area Psicologia Adulti, Centro Adolescenti, ASL TO1 ;
- Daniele Nunziato , psicologo convenzionato, S.S.D. Consultorio Familiare, ASL CN1;
- Maria Grazia Pelizzari, dirigente psicologo Dipartimento Patologia delle Dipendenze di Alessandria e del Servizio Psicologia Asl AL ex 20-22 Area Adolescenti e Giovani Adulti.



In particolare si ringraziano per l'assistenza e per il prezioso aiuto nella gestione dell'intero lavoro Maria Teresa Revello, Settore Promozione della Salute e interventi di Prevenzione Individuale e Collettiva, Direzione Sanità, Regione Piemonte; Serena Zucchi, Elena Busso, Iacopo Vagelli dell'Ente capo fila ASL To3; per il supporto metodologico Stefano Limardi Corso di Dottorato in Scienze Infermieristiche Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e ASL Cn1 e per la revisione finale della premessa la dott.ssa Gabriella Viberti, Aress Piemonte.



Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel primo decennio degli anni 2000 in Italia l'8-10% degli adolescenti di età 14-24 anni presenta difficoltà cognitive, emozionali e di comportamento. La prevalenza di questi disturbi cresce di decennio in decennio.

I disturbi psicologici e le manifestazioni psicopatologiche dello sviluppo (depressione, abuso di sostanze, disturbi del comportamento alimentare, deficit di attenzione, stress ...) raramente presentano una remissione spontanea e possono causare difficoltà di adattamento o disturbi mentali in età adulta, qualora non siano precocemente diagnosticati e trattati.

La maggior parte dei disturbi mentali dell'età adulta, infatti, ha origine nell'infanzia e nell'adolescenza. Prevenire i disturbi mentali nell'infanzia equivale dunque a prevenire i disturbi mentali dell'età adulta.

I ritardi nelle diagnosi e nei trattamenti nascono dal fatto che il numero di soggetti in età evolutiva con disturbi psichici clinicamente importanti eccede le capacità dei servizi clinici di valutarli e trattarli e l'intervallo tra la richiesta di aiuto da parte dei genitori e l'erogazione del trattamento è spesso lungo, con conseguenti rischi di una cronicizzazione del disturbo.

Per contro, il lavoro sui fattori di rischio, che aumentano la probabilità di presentare il disturbo, e sui fattori di protezione, che ne riducono la probabilità, entrambi precedenti l'esordio dei disturbi, si è dimostrato efficace nel prevenire condotte antisociali e comporta risparmi economici certi, limitando il ricorso a servizi caratterizzati da maggior intensità di cura.

In Europa il Ministero della Salute inglese ha studiato i costi-benefici degli interventi psicologici, sia nell'età adulta che nell'età evolutiva, dimostrando come una programmazione basata su investimenti per la prevenzione e la cura dei più diffusi disturbi psicologici riduca drasticamente la spesa sanitaria e incida significativamente sul Pil nazionale.

Il Progetto sanitario inglese IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) ha dimostrato come il denaro speso dal governo in benessere psicologico venga riguadagnato in risparmio sui costi del SSN dovuto alla patologia; come i benefici economici per la società nel suo complesso siano il doppio di quelli che ottiene il governo, mentre la spesa rimane la stessa; e, infine, come si sia evidenziata una diminuzione della sofferenza psichica.

Ad oggi non si rilevano studi confrontabili all'interno del Servizio sanitario nazionale; il progetto della Rete regionale di Psicologia dell'Adolescenza rappresenta uno dei primi contributi sul tema della rilevazione e della



valutazione degli interventi psicologici in adolescenza, arricchito da approfonditi confronti tra operatori e da revisioni della letteratura: l'implementazione degli orientamenti contenute nel manuale qui presentato consentirà di garantire nel nostro sistema sanitario i benefici sopra descritti.

La finalità ultima della Rete regionale di Psicologia dell'Adolescenza infatti è migliorare la qualità dell'assistenza presidiando sia gli aspetti organizzativi e gestionali, sia gli aspetti tecnico-professionali.

Nello specifico la Rete si occupa di ottimizzare le risorse, razionalizzando i processi di presa in carico e di intervento per favorire il raggiungimento di obiettivi condivisi, per garantire un approccio olistico nel rispetto della complessità che ogni situazione di crisi nello sviluppo solleva, per superare la settorializzazione degli interventi, valorizzando la specificità dei professionisti e dei diversi servizi nelle quattro aree di competenza ovvero la promozione della salute, la consultazione psicologica, la diagnosi e la psicoterapia e il lavoro di rete e organizzazione.

La valenza del lavoro si può rintracciare non solo in termini tecnici rispetto alla ricerca della massima efficacia degli interventi descritti, ma anche in termini di efficienza ovvero di ottimizzazione delle risorse utilizzate rispetto agli interventi nelle aree di indagine. Nello specifico la Psicologia dell'Adolescenza rivolge un'attenzione particolare agli stili di vita, che testimoniano quanto, nella fase di emancipazione, si verifichino tensioni tra ricchezze evolutive e irruzioni involutive nella espressione del proprio benessere psico-fisico.

Gli interventi di promozione della salute e di prevenzione valorizzano l'implementazione delle conoscenze e delle competenze al fine di favorire lo sviluppo di capacità riflessive e critiche dell'adolescente a tutela della propria salute. Prove di efficacia in letteratura dimostrano che il coinvolgimento dei genitori e degli adulti significativi del contesto scolastico e sociale garantisca migliori risultati a fronte di limitati costi aggiuntivi.

La consultazione psicologica con l'adolescente permette un accesso diretto, facilitato e gratuito ai servizi. L'accoglienza di una domanda d'aiuto può essere ricollocabile sia nell'ambito della crisi evolutiva fisiologica, sia nell'ambito di un primo approccio specialistico a situazioni di disagio conclamato e è finalizzata all'attivazione delle risorse dell'adolescente per favorire un adeguato processo di individuazione e di raggiungimento dell'autonomia. La specifica formazione dello psicologo nell'ambito della consultazione psicologica con l'adolescente, congiunta all'esperienza, è il presupposto per l'appropriatezza dell'intervento.

La consultazione psicologica, fornita in uno/sei colloqui, ha quindi una valenza preventiva e ha costi decisamente più contenuti rispetto a interventi successivi quali la psicoterapia individuale o familiare, i ricoveri ospedalieri o in comunità. Va considerata inoltre la riduzione di costi sociali provenienti dall'abbandono scolastico, dalla conflittualità familiare e sociale e in senso più lato dal disagio.

Nel Servizio Sanitario pubblico gli psicologi clinici si occupano prevalentemente di diagnosi e psicoterapia nelle diverse articolazioni. Rispetto alla fascia dell'adolescenza l'intervento clinico è orientato a favorire la ripresa del processo di sviluppo nel caso nelle situazioni di crisi evolutive e di ridurre gli esiti invalidanti, nonché di evitare la cronicizzazione, nelle forme patologiche più gravi.



Si può ipotizzare che il percorso diagnostico-terapeutico possa oscillare in un range da cinque a venticinque prestazioni. E' possibile che nei casi più gravi il ciclo degli interventi possa essere ripetuto. Va inoltre sottolineato che un'attenta valutazione funzionale può sostenere in senso strategico anche altri interventi di supporto (educativi, familiari, riabilitativi, specialistici) contribuendo a un risparmio indiretto di altri costi sanitari e sociali (scuola, servizio sociale).

A fronte del mancato intervento è possibile un aggravamento che potrebbe comportare accessi al Pronto Soccorso, eventuali ricoveri ospedalieri, ricoveri in comunità riabilitativa o terapeutica per periodi minimi di un anno, ricoveri in strutture convenzionate per un periodo minimo un mese, fino ad eventuali invalidità permanenti dai costi sanitari e sociali non facilmente quantificabili, ma chiaramente ingenti.

Assessore alla Sanità
Ing. Paolo Monferino





Introduzione

Nel benessere degli adolescenti di oggi vi è molto più che la salute della popolazione di domani. Gli stili di vita e le abitudini comportamentali, che influenzano tanto profondamente le condizioni di salute e la qualità di vita degli adulti, si delineano e si consolidano in età adolescenziale; ma il “ben-essere” degli adolescenti è il crogiolo delle potenzialità e delle sfide della nostra società futura. Si tratta dunque di una tematica che travalica i confini di una concezione tradizionale della sanità, ma che una Azienda Sanitaria non può trascurare e, nel contempo, deve affrontare in sinergia con tutte le organizzazioni sociali della comunità: la scuola, i Comuni, i servizi sociali, gli enti e i luoghi di aggregazione. La Rete di Psicologia dell'Adolescenza della Regione Piemonte intercetta la complessità della domanda di salute degli adolescenti e attraverso un articolato percorso di lavoro vi risponde con puntualità e rigore metodologico.

La Rete di Psicologia dell'Adolescenza della Regione Piemonte viene costituita nel 2004 su mandato della Regione (D.D. 478 del 29.11.2004) che chiede alle direzioni aziendali delle allora 22 ASL di segnalare un referente aziendale psicologo dell'adolescenza. In seguito alla D.D. 826 del 30 novembre 2009, tale referenza viene ulteriormente confermata/ri-espressa nel marzo 2010 dalle direzioni in funzione dei nuovi assetti organizzativi che prevedono oggi la presenza di 13 ASL. Tutte le direzioni rispondono, indicando la partecipazione al progetto di 18 referenti (uno o due per ASL in funzione dell'organizzazione interna).

Il progetto, coordinato in questa seconda fase dal S.C. Psicologia dell'ASL To3, prevede l'implementazione di un percorso di accreditamento tra pari riferito alle quattro aree in cui si articolano gli interventi della Psicologia dell'Adolescenza nei servizi sanitari: promozione della salute, consultazione psicologica, diagnosi e psicoterapia, lavoro di rete e organizzazione.

L'8 marzo 2010 si ha la riunione di start up, alla presenza dei referenti aziendali, di diversi responsabili dei servizi di Psicologia di ASL piemontesi e delle autorità referenti del progetto. Nel settembre 2010, sessanta operatori socio-sanitari (circa quarantacinque psicologi e quindici medici, educatori, assistenti sociali -i referenti avevano infatti segnalato un operatore per area-) partecipano all'incontro di avvio, che prevede, nella prima fase di lavoro da settembre 2010 a marzo 2011, la definizione dei criteri e degli indicatori. Si costituiscono i quattro gruppi di lavoro.

Il percorso si articola in tre incontri di gruppo di mezza giornata per la valutazione/revisione interna dei criteri e degli indicatori tratti dalla letteratura internazionale accreditata (linee guida, report OMS, meta-analisi, revisioni sistematiche, normative nazionali e regionali...) e in una giornata di approfondimento per ambito, con un esperto del settore: prof. Braibanti, Università di Bergamo, dott.ssa Vernero, USL Bologna, dott. Galli, Gruppo A di Milano,



Prof. Lancini, Università Bicocca e Istituto Minotauro di Milano. Tutto la metodologia è supervisionata dal dott. Limardi, ASL CN1.

Nel marzo 2011 la Rete regionale di Psicologia dell'Adolescenza produce la bozza di Manuale di Accreditamento tra pari, che descrive le quattro aree di intervento in termini di criteri, ovvero fasi fondamentali che definiscono il processo di lavoro e in termini di indicatori o azioni/comportamenti specifici che rendono osservabile il criterio. Da un'iniziale proposta di 153 criteri, si arriva, attraverso un processo di lavoro ampiamente partecipato e condiviso, alla attuale proposta di manuale costituita da 75 criteri e 92 indicatori.

Prima dell'uscita editoriale e pubblica del manuale, prevista per gennaio 2012, la Rete sottopone i criteri e gli indicatori alla valutazione di un gruppo di revisori esterni ¹, perché si esprimano sulla completezza e sulla chiarezza del lavoro.

Successivi tre incontri nei mesi di settembre-ottobre 2011 hanno permesso ai gruppi di integrare le osservazioni dei revisori, di redigere la versione per la stampa e di concordare le modalità per la divulgazione del primo Manuale di Accreditamento tra Pari di Psicologia dell'Adolescenza italiano.

Commissario ASL To3
Ing. Giorgio Rabino

¹ Partecipano al gruppo di revisori:

Prof. Fabrizio Faggiano, Università Piemonte Orientale, Facoltà Medicina
Dott.Ssa Sonia Scarponi, Dors
Dott.Ssa Paola Capra, Dors
Dott. Antonio Martinotti, Asl Bi
Dott. Mauro Croce, Asl Verbania
Dott.Ssa Sandra Vernerio, Asl Bo
Dott. Giancarlo Galli, Progetto A
Dott. Matteo Lancini, Istituto Minotauro
Prof. Cesare Albasi, Università Di Torino, Facoltà Di Psicologia
Dott. Andrea Ferreo, Asl To4
Dott.Ssa Paola Ghiotti, Assessorato alla Sanità Regione Piemonte



La metodologia dell'accreditamento tra pari

Perché la Rete regionale di Psicologia dell'Adolescenza si è avvalsa della metodologia dell'accreditamento tra pari?

La risposta a tale domanda si può ritrovare nel mandato istituzionale ricevuto nel 2004 e rafforzato secondariamente nel 2009: alla Rete viene chiesto il perseguimento dell'equità nella salute psicologica in adolescenza o, in altri termini, di ridurre le disomogeneità e le disuguaglianze presenti nel territorio regionale rispetto alla lettura dei bisogni e all'offerta di interventi da parte dei Servizi Sanitari.

Rafforzare le competenze degli operatori per migliorare e mantenere la salute psicologica degli adolescenti in modo omogeneo in Piemonte presuppone dunque per ogni area di intervento della Psicologia dell'Adolescenza (promozione della salute, consultazione psicologica, diagnosi e psicoterapia, lavoro di rete e organizzazione) la descrizione e la condivisione dei processi: la lettura della domanda di salute, la gestione del primo, a volte unico, contatto, la costruzione dell'alleanza di lavoro, la lettura condivisa dei risultati conseguiti con il ragazzo e con i genitori, qualora minorenne, fino alla chiusura dell'intervento.

Tale presupposto non era per nulla scontato nel panorama regionale, che, se pur normato (DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte) certamente si presenta ancora molto influenzato delle storie e dalle formazioni professionali dei singoli contesti.

L'accreditamento tra pari ci è parso dunque come lo strumento metodologico più appropriato per rispondere a tale quesito, poichè si connota come una modalità di confronto direttamente attuata dai professionisti degli stessi servizi, finalizzata alla condivisione degli aspetti di cultura professionale e di revisione dei processi di intervento. L'accreditamento tra pari è infatti un programma di consulenza reciproca svolto volontariamente dagli operatori dei centri partecipanti in cui, in riferimento a manuali concordati presi come riferimento o a manuali costruiti insieme, vengono prodotte relazioni per illustrare i punti di forza e gli aspetti da migliorare dei processi di intervento. In quanto tale si distingue dall'accreditamento istituzionale organizzato invece da agenzie di accreditamento esterne. L'accreditamento tra pari privilegia lo sviluppo della ricerca di standard di riferimento professionale, prevede la partecipazione attiva dei partecipanti con una ricaduta formativa, innesca un circuito di miglioramento e la ricaduta del processo è percepita dai diversi soggetti implicati (amministratori, operatori, utenti, cittadini...).

Nello specifico la Rete regionale piemontese di Psicologia dell'Adolescenza, privilegiando una metodologia di lavoro altamente partecipata e condivisa, ha estratto dalla letteratura scientifica accreditata (linee guida delle principali agenzie scientifiche internazionali, documenti OMS, revisioni sistematiche, meta-analisi,



manuali e linee di indirizzo, normative nazionali e regionali...) gli aspetti descrittivi le fasi imprescindibili del processo di intervento (i criteri) e i relativi comportamenti osservabili (gli indicatori) per ogni area di analisi. Per non perdere la traccia del lavoro compiuto e per dare la possibilità ai fruitori del manuale di accedere alle fonti, ad ogni criterio è stato associato il/i riferimenti bibliografici da cui è stato tratto. In alcuni casi un criterio, che può essere descritto secondo diversi livelli di astrazione, è stato declinato da più di un indicatore.

Il Manuale di Accreditamento tra Pari si configura come una serie check list o schede, facilmente consultabili dagli operatori dei servizi, in cui poter prendere nota (segnando "sì"/"no") della presenza/assenza della azione descritta, attraverso la rilevazione dei documenti che possano testimoniarla in modo oggettivo.

Coordinatrice Rete regionale Psicologia Adolescenza Psicologa ASL To3

Serena Zucchi



Conclusioni e raccomandazioni per future ricerche

L'implementazione del manuale, attraverso la fase applicativa dello scambio di visite, potrà certamente contribuire alla miglior definizione degli aspetti suscettibili di miglioramento, ma già ad oggi, nella definizione dei criteri e degli indicatori nelle diverse aree, la Rete regionale piemontese di Psicologia dell'Adolescenza ha evidenziato alcune raccomandazioni per ricerche future. Nello specifico:

- **Area promozione salute:**

implementare studi sull'efficacia di interventi di promozione della salute centrati sulle competenze genitoriali in genitori di bambini della fascia della prima infanzia come fattore protettivo nei confronti del mantenimento di condotte sane in età adolescenziale.

- **Area consultazione psicologica:**

condurre studi sul follow up di interventi di consultazione psicologica breve in adolescenza.

- **Area diagnosi e psicoterapia:**

condurre studi sugli strumenti di valutazione specifici nel percorso di diagnosi e psicoterapia individuale, familiare e di gruppo in adolescenza.

- **Area rete e organizzazione:**

ricavare il Number Needed to Treat degli interventi proposti nelle diverse aree.





Rete regionale di psicologia dell'adolescenza

MANUALE di ACCREDITAMENTO tra pari:

Criteri e indicatori





Area di intervento: promozione della salute

critério	indicatore	sì	no	fonte
1. L'intervento è contemplato/ supportato dal piano legislativo locale	La progettazione degli interventi di promozione della salute è preceduta dalla verifica dell'esistenza di una pianificazione attuata dagli enti locali (sindaci, associazioni di volontariato, comunità montane, ecc.), dalla Regione, dall'ASL (es: piano di zona, piano regionale di prevenzione, piano locale di prevenzione...)	sì	no	Oms (2005), The european health report.
2. Il gruppo di progetto si integra e fa riferimento ai gruppi multidisciplinari sull'adolescenza esistenti nell'azienda	La progettazione degli interventi di promozione della salute è preceduta da un incontro con il gruppo multidisciplinare sull'adolescenza	sì	no	DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte.
3. La progettazione dell'intervento tiene conto di elementi culturali e di contesto in una prospettiva ecologica che tenga conto delle interazioni tra micro livello (individuale), meso livello (gruppo) e macro livello (sociale)	La progettazione utilizza modelli teorici di analisi del sistema del contesto capaci di leggere le trasformazioni del mondo adolescenziale	sì	no	Epstein R. (2007), The Case Against Adolescence: Rediscovering the Adult in Every Teen. Quill Driver. May. Shoveller J.A. (2006), Preventing sexually transmitted infections among adolescents in Sex education, Vol 6, N 2, pp. 163-183.
4. Il gruppo di progettazione è multidisciplinare	Tutte le figure professionali coinvolte nell'intervento prendono parte alla progettazione dello stesso (psicologo e/o medico e/o infermiere e/o assistente sociale e/o assistente sanitario e/o educatore)	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo.
5. La progettazione, in tutte le sue fasi, è concertata tra tutti gli attori coinvolti nell'intervento, inclusi i destinatari	Partecipazione alle riunioni di progettazione di tutti gli attori coinvolti nell'intervento.	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. Oms (2005), The european health report.
6. La progettazione prevede le fasi di: analisi del contesto, definizione degli obiettivi, dei destinatari, definizione di strumenti e metodi, piano di valutazione	α. Il progetto documenta la realizzazione dell'analisi della domanda di salute della comunità e del contesto specifico di intervento	sì	no	
6	β Il progetto documenta la definizione degli obiettivi specifici, misurabili, accessibili, realistici tempestivi.	sì	no	



6	γ Il progetto documenta l'individuazione dei destinatari.	sì	no	
6	δ Il progetto documenta la definizione di strumenti e metodi efficaci, tra cui la didattica attiva.	sì	no	
6	ε Il progetto documenta la definizione del piano di valutazione dei processi e dei risultati.	sì	no	
7. La durata dell'intervento è continuativa e non estemporanea	La progettazione si estende a un arco temporale di almeno un anno	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BZgA. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)'; The Cochrane Collaboration. Hawks, D. et al. (2002), 'A selected review of what works in the area of prevention'; World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf "



Area di intervento: consultazione psicologica

critério	indicatore	sì	no	fonte
8. Sono definiti i destinatari dell'intervento	I destinatari degli interventi sono: ragazzi 12-21 anni/giovani adulti 22-24/genitori di adolescenti	sì	no	DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte
9. L'intervento è tempestivo	Si accede al primo colloquio psicologico senza lista d'attesa	sì	no	D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000". DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte
10. L'accesso è libero, volontario e gratuito. Non è vincolante l'autorizzazione dei genitori	α. L'accesso agli "spazi adolescenti" non prevede impegnativa	sì	no	L 194, 1978. D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000" DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte. Art. 32, Costituzione, diritto alla cura. Art. 54 Codice penale, stato di necessità. Art. 6, Codice di Oviedo. Art. 31, Codice Deontologico degli Psicologi
10.	β. L'accesso agli "spazi adolescenti" non prevede appuntamento preventivo	sì	no	D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000"
10.	γ L'accesso agli "spazi adolescenti" è esente da ticket (esenzione 93 A)	sì	no	D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000"; DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte. Art. 32, Costituzione, diritto alla cura. Art. 54 Codice penale, stato di necessità. Art. 6, Codice di Oviedo. Art. 31, Codice Deontologico degli Psicologi.
10.	δ La realizzazione del percorso di consultazione psicologica presso lo spazio giovani richiede l'autorizzazione dei genitori, che dovrà essere consegnata dal secondo colloquio con riferimento allo specifico delle situazioni	sì	no	D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000"



11. Lo psicologo fa parte di un'equipe multidisciplinare con cui collabora fino dalle fasi del colloquio di primo accesso	Il colloquio di accesso può essere svolto da figure professionali diverse	sì	no	DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte
12. Il colloquio di accoglienza dello psicologo si svolge su aree di indagine specifiche	1. Analisi della domanda, Crisi di disagio adolescenziale con manifestazioni su di un piano somatico, affettivo, comportamentale o relazionale. 2. Risorse personali. Autonomia/senso di auto-efficacia/consapevolezza, capacità di identificazione, empatia, sviluppo del giudizio morale ovvero di un modello valoriale/etico, rapporto con le regole, capacità di adattamento... 3. Risorse di rete e competenze relazionali. Interessi personali (hobby, sport, associazionismo...); famiglia, amici, scuola, social network... 4 Motivazione della domanda. Intrinseca/estrinseca	sì	no	Adamo S. (1990), Un breve viaggio nella propria mente, Liguori, Napoli
13. E' presente l'alleanza di lavoro	al numero dei colloqui di consultazione psicologica realizzati corrispondono al numero di colloquio concordati	sì	no	Cottrell, Lesley A; Nield, Linda S; Perkins, Kathaleen C. Effective Interviewing and Counseling of the Adolescent Patient. Psychiatric Annals. Vol.36(10), Oct 2006, pp. 674-681
13	β Sono somministrate scale per la valutazione del trattamento	sì	no	Adamo S. (1990), Un breve viaggio nella propria mente, Liguori, Napoli
14. E' definito il numero di colloqui	La consultazione è data da un numero di colloqui compreso tra 1 colloquio e 6	sì	no	Adamo S. (1990), Un breve viaggio nella propria mente, Liguori, Napoli. Cottrell, Lesley A; Nield, Linda S; Perkins, Kathaleen C. Effective Interviewing and Counseling of the Adolescent Patient. Psychiatric Annals. Vol.36(10), Oct 2006, pp. 674-681.
15. E' previsto un momento di restituzione alla fine del percorso di consultazione	E' documentata la restituzione al termine del percorso di consultazione, secondo la procedura di restituzione prevista: 1 Lettura condivisa ovvero costruita insieme della domanda e evoluzione della percezione del problema. 2 Lettura condivisa della relazione instaurata. 3 Lettura condivisa delle reazioni alla restituzione. 4 Esplicitazione delle eventuali modalità di invio. 5 Lettura della reazione all'eventuale coinvolgimento dei genitori	sì	no	Adamo S. (1990), Un breve viaggio nella propria mente, Liguori, Napoli
16. E' definito l'esito della consultazione	Il termine della consultazione prevede due esiti documentati: la chiusura rispetto alla domanda portata o l'invio allo stesso o a altri servizi per percorso psicoterapeutico	sì	no	D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000". DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte.



17. Il coinvolgimento dei genitori avviene previo consenso dell'adolescente	E' documentato il consenso dell'adolescente per l'eventuale coinvolgimento dei genitori	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2005
18. E' fondamentale un lavoro di rete con i servizi e con il territorio	Il lavoro di rete con i servizi e con il territorio è documentato (es: POF, protocolli d'intesa, progetti specifici con scuole, con servizi del territorio, con associazioni di volontariato)	sì	no	D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000". DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte.
19. Lo psicologo che fa consultazione psicologica nei spazi giovani/consultori ha ricevuto formazione specifica	La formazione specifica dello psicologo nell'ambito della psicologia dell'adolescenza è documentato	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2005. I-SFOL (2007), La riflessività nella formazione: pratiche e strumenti. Rubbettino, Catanzaro
20. Sono definiti i criteri di invio a altri servizi	a. Quadro sintomatologico codificato in base ICD-10 Asse 1. b. Situazioni sociali eccessivamente compromesse in base a ICD-10 Asse 5. c. Le situazioni in cui è coinvolta l'autorità giudiziaria (tranne certificazione prevista dalla 194, 1978). d. Situazioni di abuso e maltrattamento per i quali i territori, in accordo con i consorzi, hanno attivato gli appositi percorsi di intervento.	sì	no	L 194, 1978. D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000". DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte.
21. E' previsto un follow up della consultazione a distanza di sei-dodici mesi	α. Rilevazione degli accessi ai servizi di cura e/o contenimento di vario tipo rilevati dalla cartella informatizzata, là dove presente	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2005
21	β. Rilevamento dello stato di salute attuale rilevato attraverso telefonate a campione	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2006





Area di intervento: psicodiagnosi e psicoterapia

critério	indicatore	sì	no	fonte
22. Si raccomanda che ogni intervento psicodiagnostica nei servizi di Psicologia, NPI, DSM di ASL/ASO su adolescenti sia attuato in raccordo a una figura medica di base e/o specialistica che valuti la presenza di patologie organiche	Raccolta dell'impegnativa medica	sì	no	DLgs 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421". GU 30 dicembre 1992, n. 305, S.O. Conferenza Stato Regioni 14 febbraio 2002 (Repertorio Atti n. 1386). "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa".
23. Si raccomanda che ogni intervento dei Servizi di Psicologia/NPI/DSM di ASL/AO su minore sia attuato previo consenso dei genitori salvo le eccezioni previste dalla legge	E' regolarmente utilizzato il modulo per il consenso informato al trattamento	sì	no	D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000". DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte. Art. 32, Costituzione, diritto alla cura. Art. 54 Codice penale, stato di necessità. Art. 6, Codice di Oviedo. Art. 31, Codice Deontologico degli Psicologi. Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione, I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma - Ancona aprile 2005.
24. Viene valutata la priorità della richiesta di intervento diagnostico	E' documentata la valutazione della richiesta di intervento diagnostico secondo i seguenti criteri di priorità di primo accesso: - sintomi clinici acuti/condotte a rischio quali: tentativi anticonservativi/comportamenti auto-lesivi, sintomi psicotici con particolare attenzione ai sintomi negativi, situazioni di abuso/maltrattamento	sì	no	AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009
25. Il servizio esplicita i tempi di attesa relativi al processo psicodiagnostico	E' documentato che si siano esplicitati i tempi di attesa della valutazione psicodiagnostica	sì	no	AA.VV. (2009), Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte. Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY.



26. Si raccomanda la continuità della presa in carico nella valutazione psicodiagnostica	E' documentato che la valutazione psicodiagnostica sia realizzata sotto la responsabilità di un unico referente del caso, anche qualora si avvalga del contributo di altri colleghi durante il percorso	sì	no	AA.VV. (2009), Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte.
27. Si esplicita la durata del processo di valutazione psicodiagnostica	Si esplicita la durata del percorso di valutazione psicodiagnostica nel modulo del consenso informato	sì	no	AA.VV. (2009), Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte. Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY.
28. In relazione alle caratteristiche cliniche del caso, si conclude la valutazione psicodiagnostica con una restituzione e, qualora sia ritenuto necessario, con una refertazione	α Nella cartella clinica si documenta la restituzione al termine del percorso psicodiagnostico	sì	no	AA.VV. (2009), Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte.
28	β Nei seguenti casi è riscontrabile nella cartella clinica la refertazione: su richiesta dell'interessato e/o in base alla necessità stabilita dal clinico e/o se prevista dall'organizzazione del servizio	sì	no	AA.VV. (2009), Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte.
29. Si raccomanda un colloquio con la famiglia per la restituzione della valutazione effettuata in caso di minorenni. In caso di maggiore età in funzione della situazione clinica si valuta la possibilità di restituire alla famiglia	α In caso di minore, nella cartella clinica si documenta la restituzione al termine del percorso psicodiagnostico alla famiglia	sì	no	AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009
29	β In caso di maggiore età, nella cartella clinica si documenta la restituzione al termine del percorso psicodiagnostico alla famiglia nei casi in cui ci sia richiesta dell'interessato o in cui sia ritenuto necessario dal clinico (previo consenso dell'interessato)	sì	no	
30. Il processo psicodiagnostico prevede le seguenti fasi: anamnesi, colloqui clinici, -qualora ritenuti opportuni- somministrazioni di strumenti standardizzati, restituzione	α La psicodiagnosi prevede la raccolta dell'anamnesi nella cartella clinica	sì	no	AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009
30	β La psicodiagnosi prevede la realizzazione di colloqui clinici documentati nella cartella clinica	sì	no	



30	γ Qualora sia ritenuta opportuna la somministrazione di strumenti standardizzati, essa è documentata dalla cartella clinica	sì	no	
31. <i>Gli operatori svolgono percorsi formativi sugli strumenti clinici di valutazione in uso</i>	E' documentato il percorso formativo sugli strumenti clinici in uso dagli operatori	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2005. ISFOL (2007), La riflessività nella formazione: pratiche e strumenti. Rubbettino, Catanzaro
32. <i>Si raccomanda che le attività psicodiagnostiche siano periodicamente oggetto di aggiornamento formativo e/o supervisione clinica e/o intervizione</i>	E' documentato un periodico aggiornamento formativo/ supervisione/intervisione delle attività psicodiagnostiche/psicoterapeutiche	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2006



critério	indicatore	sì	no	fonte
33. Al termine del percorso diagnostico, l'equipe valuta la priorità del trattamento psicoterapeutico in funzione dei criteri condivisi				AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009
34. L'adolescente che accede a un percorso psicoterapeutico rientra nei criteri di inclusione previsti	E' documentata la valutazione di intervento psicoterapeutico secondo i criteri di priorità. Essi sono sintomi clinici acuti/condotte a rischio quali: tentativi anticonservativi/comportamenti auto-lesivi, comportamenti etero-aggressivi, disturbo della condotta alimentare, fobia/rifiuto scolastico, disturbo di struttura di personalità/funzionamento mentale	sì	no	AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009., Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY.
35. Nella formulazione del progetto di intervento è opportuno che sia formulata un'ipotesi sul livello di trattabilità				AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2010
36. Il servizio esplicita i tempi di attesa relativi all'intervento psicoterapeutico	E' documentato che si sono esplicitati i tempi di attesa dell'intervento psicoterapeutico	sì	no	Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY.AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009.
37. Si raccomanda che sia compreso e condiviso con l'adolescente un progetto terapeutico rivolto a approfondire, sostenere e sviluppare i compiti evolutivi fase specifici	α E' documentato che il progetto d'intervento psicoterapeutico sia compreso e condiviso con l'adolescente	sì	no	Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY.AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009.
37	β E' documentato che il progetto d'intervento psicoterapeutico sia rivolto a approfondire, sostenere e sviluppare i compiti evolutivi fase specifici	sì	no	
38. Lo psicoterapeuta esplicita la durata media prevista dell'intervento psicoterapeutico	Sono specificati nel consenso informato i tempi medi previsti del percorso psicoterapeutico	sì	no	Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY.AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009.
39. Si raccomanda, nei casi di multi problematicità e/o urgenza, l'integrazione con gli operatori del Servizio Sociale e degli altri Servizi Sanitari coinvolti rispetto all'adolescente e alla famiglia	Nei casi di multi problematicità e/o urgenza è documentato il lavoro di rete con altri servizi (es: Servizi Sociali, altri Servizi Sanitari...) sia rispetto all'adolescente, sia rispetto alla famiglia	sì	no	AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009



40. <i>Lo psicoterapeuta utilizza in modo flessibile riferimenti metodologici accreditati dalla comunità scientifica in cui vengono descritti, in funzione del modello teorico di riferimento, dai processi della presa in carico alle sessioni dettagliate di lavoro</i>	Lo psicoterapeuta esplicita, qualora richiesto, i riferimenti teorico-metodologici a cui riconduce il proprio intervento psicoterapeutico	sì	no	Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley KM. Evidence-Based Youth Psychotherapies Versus Usual Clinical Care A Meta-Analysis of Direct Comparisons American Psychologist . 2006; Vol. 61, No. 7, 671–689. Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY.
41. <i>Si prevede che lo psicoterapeuta abbia ricevuto una formazione specifica rispetto l'intervento che propone all'adolescente</i>	E' documentato il percorso formativo specifico rispetto all'intervento psicoterapeutico proposto all'adolescente	sì	no	Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY
42. <i>Lo psicoterapeuta promuove e sostiene l'alleanza terapeutica</i>	Lo psicoterapeuta monitora e raccoglie elementi/dati/informazioni relativi alla alleanza terapeutica (ad es: drop out sedute, riferimenti nel colloquio alla relazione psicoterapeutica, riferimenti nel colloquio al trattamento/feed back sul trattamento...)	sì	no	Weisz JR, Jensen-Doss A, Hawley KM. Evidence-Based Youth Psychotherapies Versus Usual Clinical Care A Meta-Analysis of Direct Comparisons American Psychologist . 2006; Vol. 61, No. 7, 671–689. Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY. NICE (2005), Clinical Guideline, Depression in children and young people, N 28.
43. <i>Lo psicoterapeuta promuove e sostiene l'alleanza terapeutica con i genitori rispetto al percorso di cura del figlio</i>	Lo psicoterapeuta monitora e raccoglie elementi/dati/informazioni implicite e esplicite relativi alla alleanza terapeutica con i genitori (ad es: partecipazione alle sedute, drop out sedute...)	sì	no	Hawley, Kristin M; Garland, Ann F. Working alliance in adolescent outpatient therapy: Youth, parent and therapist reports and associations with therapy outcomes. Child & Youth Care Forum. Vol.37(2), Apr 2008, pp. 59-74
44. <i>E' preferibile la costruzione di un setting sufficientemente flessibile per contenere la variabilità della presa in carico di un adolescente e per rispondere ai suoi bisogni</i>	E' documentato che la costruzione del setting terapeutico tenga conto degli elementi di variabilità della presa in carico di un adolescente (es: progettazioni di tranches di lavoro a breve/medio termine; accogliimento dell' "intermittenza" relazionale; mantenimento del canale della conclusione aperto ovvero "lasciarsi in buon modo",...)	sì	no	Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY
45. <i>Nel modo e nella misura necessaria sono rilevati i cambiamenti nei meccanismi di difesa, nello stile di coping, nel contesto ambientale tenendo conto degli eventi di vita salienti</i>	α E' documentata la rilevazione degli eventi di vita salienti	sì	no	
45	β E' documentata la rilevazione dei meccanismi di difesa	sì	no	
45	γ E' documentata la rilevazione dello stile di coping	sì	no	
45	δ E' documentata la rilevazione dello contesto ambientale	sì	no	
46. <i>L'adolescente rientra nel range di età previsto</i>	I destinatari degli interventi sono ragazzi che rientrano nel range 12-24 anni	sì	no	DGR 3451, 9 luglio 2001, Progetto Adolescenti



47. <i>Si raccomanda la continuità della presa in carico dell'intervento psicoterapeutico</i>	α E' documentato che il trattamento psicoterapeutico dell'adolescente sia realizzato dalla stessa persona	sì	no	Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NYFonti
47	β E' documentato che la presa in carico dei genitori sia realizzato dalla/e stessa/e persona/e	sì	no	
48. <i>Sono rilevati i fattori predittivi di buon esito del trattamento inerenti al paziente</i>	Sono monitorati e documentati i fattori predittivi del buon esito del trattamento inerenti al paziente adolescente (es: desiderio del giovane di partecipare al trattamento, desiderio dei genitori di partecipare al trattamento, partecipazione del giovane e dei genitori, alto livello di stress, bassa severità dei sintomi, bassa inabilità funzionale, bassi livelli di comorbilità/ complessità, facilità al cambiamento, iniziale risposta alla psicoterapia, facilità alla mentalizzazione, forza dell'Io, capacità di costruire e mantenere relazioni, supporto sociale, coinvolgimento dei genitori, capacità dell'adolescente di rappresentare le sue fasi di crescita e le relazioni significative con genitori, scuola, virtuale, insegnanti, tematiche esistenziali –morte-..., capacità di riparare la relazione di attaccamento genitori e adolescenti)	sì	no	Karver, Marc S; Handelsman, Jessica B; Fields, Sherecce; Bickman, Len. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. Clinical Psychology Review. Vol.26(1), Jan 2006, pp. 50-65. Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY.
49. <i>Sono rilevati i fattori predittivi di buon esito del trattamento inerenti al terapeuta</i>	E' documentato un periodico aggiornamento formativo/ supervisione/intervisione delle attività psicodiagnostiche/psicoterapeutiche	sì	no	Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY
50. <i>Sono rilevati i fattori predittivi di buon esito del trattamento inerenti al contesto terapeutico</i>	Sono monitorati e documentati i fattori predittivi del buon esito del trattamento inerenti al contesto (es: definizione della durata del trattamento, costruire un consenso sugli obiettivi del trattamento, rilevare feedback sul trattamento, combinare la psicoterapia con la farmacoterapia là dove necessario, coinvolgere i genitori nel trattamento, lasciare aperto il canale della conclusione...)	sì	no	Carr A. (2009), What works with Children, Adolescents, and Adults? Routledge NY
51. <i>Si raccomanda che le attività psicoterapeutiche siano periodicamente oggetto di aggiornamento formativo e/o supervisione clinica e/o intervizione</i>	E' documentato un periodico aggiornamento formativo/ supervisione/intervisione delle attività psicodiagnostiche/psicoterapeutiche.	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione, I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2005. ISFOL (2007), La riflessività nella formaz. ISFOL (2007), La riflessività nella formazione: pratiche e strumenti. Rubbettino, Catanzaro.



Area di intervento: rete e organizzazione

critério	indicatore	sì	no	fonte
52. Il servizio è stato progettato in seguito a un'analisi dei dati epidemiologici, della domanda di salute specifici del contesto territoriale e alla definizione delle priorità di salute	Esiste almeno un documento formale che analizza i dati e, la domanda di salute e le priorità di salute per l'istituzione del servizio	sì	no	Sirfop e Eutropia (2007), Rischio psicosociale e benessere organizzativo in ASL, una ricerca in sanità. Milano, Fanco Angeli.
53. Servizio per l'utenza	I centri sono accessibili con collegamenti forniti anche da servizi pubblici	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma - Ancona aprile 2003
54. Facilitazione all'erogazione del servizio	Gli interventi prevedono percorsi amministrativi snelli da parte degli adolescenti e delle famiglie (es: là dove possibile assenza di impegnativa, di pagamento ticket...)	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma - Ancona aprile 2004
55. Coordinamento del servizio con altri servizi che si occupano di adolescenza	Esiste documentazione che attesta che il responsabile del servizio si riunisce periodicamente con rappresentanti di altri servizi che si occupano di adolescenza	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma - Ancona aprile 2005
56. Continuità degli interventi clinico - assistenziale	Esistono procedure formali che garantiscono le modalità di scambio di informazioni (es: telefonate, impegnative, refertazioni...) tra le strutture territoriali e ospedaliere preposte alla presa in carico e al trattamento	sì	no	Piano Socio Sanitario Regionale 2007 - 2010 [Regione Piemonte]
57. Adeguatezza degli spazi e delle dotazioni	E' osservabile che gli spazi e le dotazioni fornite ai centri siano adeguati all'accoglienza e presa in carico degli adolescenti (es: accoglienza nello spazio giovani non connotato sanitariamente, stanze dedicate per i colloqui clinici...)	sì	no	D.G.R. N. 41 - 12003 del 15/03/2004, "Tipologia requisiti strutturali e gestionali delle strutture residenziali e semi residenziali per minori"



58. Tempestività della presa in carico	Il servizio è dotato di procedure di presa in carico differenziate che permettono un accesso facilitato e più rapido per una casistica definita (es: criteri di priorità di presa in carico negli ambulatori...)	sì	no	Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria, Carta di Portonovo, Dodici principi per il miglioramento della qualità
59. Comunicazione dei tempi di attesa nello spazio giovani	Sono presenti documenti che attestano la comunicazione dei tempi di attesa per il primo colloquio di accoglienza con lo psicologo negli spazi giovani (es: deliberazione aziendale, documenti informativi...)	sì	no	Piano Sanitario Nazionale 2006 2008
60. Il servizio rileva i dati utili alla definizione e allo studio dell'utenza afferente (es: dati epidemiologici, bisogni di salute emergenti...)	La documentazione in uso prevede la raccolta dei dati demografici, epidemiologici, socio-culturali e clinici che la letteratura indica come importanti nei diversi ambiti di applicazione	sì	no	Grilli R, Taroni F. Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004
61. Il servizio elabora, classifica e conserva i dati raccolti	α Sono presenti sistemi di elaborazione e classificazione dei dati raccolti dalla casistica (es: data base esistenti, sistema di rilevazione regionale attualmente in fase di avvio, file di sintesi sulla casistica...)	sì	no	Grilli R, Taroni F. Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2005
61	β Sono presenti sistemi conservazione dei dati raccolti dalla casistica (es: relazione annuali di servizio, report specifici su attività della psicologia dell'adolescenza...)	sì	no	
62. Viene assicurata l'accoglienza di ogni domanda	E' prevista una fase di accoglienza della domanda (di persona, telefonica, on line...)	sì	no	D.M. 24 Aprile 2000, DGR 3451, 9 luglio 2001, Adozione del progetto obiettivo materno infantile relativo al "Piano Sanitario nazionale 1998-2000". DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte.
63. Viene verificata la soddisfazione dell'utenza	Il servizio sottopone periodicamente (almeno nel 80% dei casi) al paziente e/o ai familiari un questionario di soddisfazione che valuta il livello di raggiungimento degli obiettivi concordati	sì	no	DGR 512/c/13 8 maggio 2001, Progetto Adolescenti della Regione Piemonte. Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione , Roma - Ancona aprile 2005
64. La rete di psicologia dell'adolescenza ha specificato la sua mission	Esiste ed è diffuso a tutti gli operatori un documento formalizzato che specifica la mission del servizio rispetto alla psicologia dell'adolescenza e la specificità dell'intervento erogato (promozione della salute, consultazione, diagnosi e psicoterapia)	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma - Ancona aprile 2006



65. La Rete regionale di Psicologia dell'Adolescenza identifica nel panorama nazionale e internazionale le migliori linee guida e li sintetizza in documenti snelli	La Rete regionale di Psicologia dell'Adolescenza aggiorna la propria documentazione facendo riferimento alle più autorevoli linee guida	sì	no	
66. Il servizio partecipa alla rete regionale di psicologia dell'adolescenza e ne condivide la mission	Esiste documentazione che formalizza la partecipazione del servizio alla rete regionale di psicologia dell'adolescenza e in cui siano descritti e sottoscritti gli obiettivi	sì	no	
67. Il servizio identifica le linee guida più aggiornate, le adatta al funzionamento del servizio e ne descrive le relative procedure	α E' presente una documentazione aggiornata relativa alle linee guida e alle procedure/PDTA adottate nei diversi ambiti di intervento (promozione della salute, consultazione, diagnosi e psicoterapia).	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2005
67	β Le linee guida sono accessibili a tutti gli operatori	sì	no	
68. Gli interventi proposti fanno riferimento a linee guida e a procedure adottate	Esistono periodici sistemi di verifica sulla corrispondenza tra le procedure adottate e gli interventi attivati	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2005
69. Si utilizzano in modo sistematico scale di valutazione validate	Sono presenti in cartella clinica/nella documentazione cartacea relativa all'intervento scale di valutazione validate specifiche per il target di riferimento e per la tipologia di problematica trattata	sì	no	AA.VV. Percorso Diagnostico Terapeutico in Psicologia dell'età evolutiva, minori a rischio psico evolutivo, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari del Piemonte, 2009
70. L'attività del servizio è monitorata negli aspetti di processo e di risultato	Sono presenti strumenti di verifica di processo e di risultato relativi alle diverse aree di intervento (promozione salute, consultazione psicologica, psicodiagnosi e terapia)	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione Roma – Ancona aprile 2005
71. Il servizio fornisce all'utenza materiale che ne descrive l'attività	Esiste ed è distribuita agli adolescenti, alle famiglie, agli adulti di riferimento documentazione cartacea o virtuale (es: siti internet...) che descrive le attività degli ambiti di intervento	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2006
72. E' posta particolare attenzione agli aspetti organizzativi e relazionali del gruppo di lavoro	Nel servizio vengono effettuate riunioni periodiche nel cui o.d.g. vengono previsti aspetti di clima organizzativo e relazionale	sì	no	ISFOL (2007), La riflessività nella formazione: pratiche e strumenti. Rubbettino, Catanzaro
73. Il servizio garantisce continuità nella presa in carico da parte degli operatori	Gli operatori referenti degli interventi sono strutturati in organico	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo



74. Gli operatori hanno ricevuto e ricevono formazione specifica	E' documentabile l'attività di aggiornamento e di formazione specifica degli operatori	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2005. I-SFOL (2007), La riflessività nella formazione: pratiche e strumenti. Rubbettino, Catanzaro.
75. Il servizio svolge attività di progettazione, ricerca e formazione relativamente all'adolescenza	Esistono documenti che definiscono formalmente delle attività di progettazione, ricerca e formazione anche con enti esterni (es: Università, Regione, Società Scientifiche, Enti Locali...) relativamente alla psicologia dell'adolescenza	sì	no	Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M, Qualità professionale e percorsi assistenziali, Manuali di formazione , I.S.S., A.S.R. Marche, Ministero della Salute, terza edizione, Roma – Ancona aprile 2005



Rete regionale di psicologia dell'adolescenza

Manuale di accreditamento tra pari:

Allegati

Criteri e indicatori

AREA promozione della salute





Uso e abuso di sostanze: fumo, alcool, sostanze

critério	indicatore	sì	no	fonte
76. E' identificato il target di riferimento	I destinatari principali degli interventi sono ragazzi della fascia 11-15 anni	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BzgA. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)', The Cochrane Collaboration. Gottfredson, D. C., Wilson, D. B. (2003), 'Characteristics of effective school-based substance abuse prevention', Preventive Science 4 (1), pp. 27-38. Type of article: Meta-analysis. Hawks, D. et al. (2002), 'A selected review of what works in the area of prevention', World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."
77. L'intervento tiene conto delle caratteristiche specifiche della popolazione adolescenziale cui è indirizzato	Il progetto documenta l'analisi dei determinanti inerenti le specificità del target di riferimento, adolescenti (es: età, genere, appartenenza, etnica e culturale, caratteristiche socio-demografiche, psicologiche, livelli di coinvolgimento nel rischio rilevati prima dell'intervento) e della tipologia di scuola	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BzgA. Conrod P. (2008), 'Personality target interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking in Journal of Health Psychology and Psychiatry, 49:2, pp. 181-190. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)', The Cochrane Collaboration. Gottfredson, D. C., Wilson, D. B. (2003), 'Characteristics of effective school-based substance abuse prevention', Preventive Science 4 (1), pp. 27-38. Type of article: Meta-analysis. Hawks, D. et al. (2002), 'A selected review of what works in the area of prevention', World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."



78. L'intervento inserisce il consumo di sostanze in un quadro più ampio di stili di vita, pressioni sociali e modelli culturali e relazionali dei consumi	I contenuti dell'intervento nella progettazione fanno riferimento a un quadro più ampio che include: stili di vita, life skills, pressioni sociali, modelli culturali e relazionali dei consumi...	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BzgA. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)', The Cochrane Collaboration. Gottfredson, D. C., Wilson, D. B. (2003), 'Characteristics of effective school-based substance abuse prevention', Preventive Science 4 (1), pp. 27–38. Type of article: Meta-analysis. Hawks, D. et al. (2002), 'A selected review of what works in the area of prevention', World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."
79. L'intervento promuove coerenza dei messaggi nel contesto educativo ampiamente inteso	Il progetto documenta coerenza fra il percorso di prevenzione e promozione della salute e le attività curriculari e i messaggi veicolati dai docenti (es: regolamenti interni coerenti con i contenuti dell'intervento ovvero del consumo di sostanze psicoattive legali e illegali...)	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BzgA. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)', The Cochrane Collaboration. Hawks, D. et al. (2002), 'A selected review of what works in the area of prevention', World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."
80. L'intervento è integrato nell'attività curricolare scolastica	Sono presenti documenti in cui è possibile riscontrare quanto e come l'intervento venga ripreso nelle attività scolastiche curriculari	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BzgA. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)', The Cochrane Collaboration. Hawks, D. et al. (2002), 'A selected review of what works in the area of prevention', World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."
81. L'intervento coinvolge altri soggetti e istituzioni	Il progetto documenta azioni con altri soggetti e istituzioni (es: gli operatori del tempo libero, gli istruttori sportivi, gli animatori degli oratori, associazioni di volontariato, le forze dell'ordine...)	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BzgA. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)', The Cochrane Collaboration. Hawks, D. et al. (2002), 'A selected review of what works in the area of prevention', World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."



82. Gli interventi prevedono forme di coordinamento stabili	Il progetto viene inserito nell'ordine del giorno di tavoli di coordinamento stabili (es: tavoli di programmazione a cui partecipino enti diversi come le istituzioni scolastiche, i servizi specialistici delle ASL, gli Enti Locali, le associazioni)	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Stevenson, J. F., Mitchell, R. E. (2003), 'Community-level collaboration for substance abuse prevention', Journal of Primary Prevention 23 (3), pp. 371-404. Type of article: Unsystematic Review.
83. Gli operatori coinvolti nell'intervento sono riconoscibili in funzione del ruolo che svolgono sul territorio e nelle rispettive strutture, così da poter diventare un riferimento stabile per i ragazzi/per gli altri operatori e garantire la continuità degli interventi proposti nel corso degli anni	Almeno una parte degli operatori impegnati nell'intervento sono presenti nell'organigramma delle strutture del territorio a cui afferiscono i destinatari dell'intervento stesso	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf
84. La durata dell'intervento è continuativa e non estemporanea	La progettazione si estende a un arco temporale di almeno un anno	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BzGA. Faggiano F., Vigna Taglianti F. (2010), The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence 108, pp. 56-64. Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BZGA. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)', The Cochrane Collaboration. Hawks, D. et al. (2002), 'A selected review of what works in the area of prevention', World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."
85. L'intervento coinvolge e prevede momenti formativi per gli adulti significativi (genitori e insegnanti) al fine di potenziare gli atteggiamenti educativi delle persone vicine ai ragazzi	Il progetto documenta momenti formativi per genitori finalizzati a sostenere il ruolo genitoriale, la capacità comunicativa dei genitori con i propri figli in generale e nello specifico dei contenuti in oggetto (alcol e dipendenze)	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BzGA. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)', The Cochrane Collaboration. Hawks, D. et al. (2002), 'A selected review of what works in the area of prevention', World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."



85	β Il progetto documenta momenti formativi per gli insegnanti	sì	no	
86. <i>L'intervento è orientato all'empowerment e allo sviluppo delle life skill e del comprehensive social influence</i>	Il progetto documenta interventi orientati all'empowerment che prevedono l'utilizzo delle life skill e del comprehensive social influence	sì	no	Faggiano F., Vigna Taglianti F. (2010), The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and Alcohol Dependence 108, pp. 56-64. Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Müller-Riemenschneider, F, Bockelbrink A, Reinhold T et al. Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. Tobacco Control 2008; 17:301–311.
87. <i>L'intervento prevede modalità di conduzione interattiva</i>	Il progetto documenta modalità di conduzione interattiva (es: partecipazione attiva, assunzione di responsabilità, cooperative learning, educazione tra pari, discussioni e lavori di gruppo, dibattiti, brainstorming, role playing, ideazione e produzione di materiali, letture brevi, discussioni in classe, lavori di gruppo, video, storie, situazioni stimolo, simulazioni, giochi, ecc...)	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education Bzga. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)'; The Cochrane Collaboration. Hawks, D. et al. (2002) , 'A selected review of what works in the area of prevention'; World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."
88. <i>E' previsto il coinvolgimento a ogni livello del personale della scuola</i>	Il progetto documenta il coinvolgimento dell'intero personale scolastico (es: dirigenziale, scolastico, amministrativo, tecnico, collaboratori scolastici...)	sì	no	"NICE 2010, NICE public health guidance 23: School-based interventions to prevent smoking. Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education Bzga. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based prevention for illicit drugs (review)'; The Cochrane Collaboration. Hawks, D. et al. (2002) , 'A selected review of what works in the area of prevention'; World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf . McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf ."



89. Parte della conduzione dell'intervento viene affidata ad adulti	Il progetto documenta che la conduzione di parte degli interventi sia affidata ad adulti	sì	no	"NICE 2010, NICE public health guidance 23: School-based interventions to prevent smoking. Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education Bzga. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based. Cuijpers P (2002b) Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. Journal of Drug Education 32:107–19. Gottfredson DC, Wilson DB (2003) Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. Prevention Science 4:27–38. Hawks, D. et al. (2002) , 'A selected review of what works in the area of prevention',World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf. McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf. Mellanby, A. R., Rees, J. B., Tripp, J. H. (2000), 'Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research', Health Education Research, 15 (5), pp. 533–545. Type of article: Systematic Review."
90. Parte della conduzione dell'intervento viene affidata a pari	Il progetto documenta che la conduzione di parte degli interventi sia affidata a pari	sì	no	"NICE 2010, NICE public health guidance 23: School-based interventions to prevent smoking. Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education Bzga. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based. Cuijpers P (2002b) Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. Journal of Drug Education 32:107–19. Gottfredson DC, Wilson DB (2003) Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. Prevention Science 4:27–38. Hawks, D. et al. (2002) , 'A selected review of what works in the area of prevention',World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf. McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf. Mellanby, A. R., Rees, J. B., Tripp, J. H. (2000), 'Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research', Health Education Research, 15 (5), pp. 533–545. Type of article: Systematic Review."



91. Gli adulti e i pari coinvolti come conduttori dell'intervento sono formati	E' documentato il percorso formativo ricevuto dagli adulti e dai pari conduttori dell'intervento	sì	no	"NICE 2010, NICE public health guidance 23: School-based interventions to prevent smoking. Buehler, A. & Kroeger C. (2006), 'Report on the prevention of substance abuse', Federal Centre for Health Education BzgA. Faggiano, F. et al. (2005), 'School based. Cuijpers P (2002b) Peer-led and adult-led school drug prevention: a meta-analytic comparison. Journal of Drug Education 32:107-19. Gottfredson DC, Wilson DB (2003) Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. Prevention Science 4:27-38. Hawks, D. et al. (2002) , 'A selected review of what works in the area of prevention',World Health Organisation. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_one.pdf. McGrath, Y. et al. (2006), 'Drug use prevention among young people: a review of reviews', National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf. Mellanby, A. R., Rees, J. B., Tripp, J. H. (2000), 'Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research', Health Education Research, 15 (5), pp. 533-545. Type of article: Systematic Review."
--	---	-----------	-----------	---



Allegato

Incidenti stradali

critério	indicatore	sì	no	fonte
92. L'intervento coinvolge tutti i ragazzi fra gli 11 e i 18 anni e in seconda battuta ragazzi fino ai 25 anni	I destinatari degli interventi sono ragazzi 11-18 anni e in seconda battuta ragazzi fino ai 25 anni	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Bonino, S., Cattelino, E. e Ciairano, S. (2003). Adolescenti e rischio. Firenze, Giunti. Peden M et al. World report on road traffic injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2004. http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562609.pdf . Roberts I, Kwan I, the Cochrane Injuries Group Driver Education Reviewers. School-based driver education for the prevention of traffic crashes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, issue 3. Toroyan T, Peden M (eds), Youth and Road Safety, Geneva, World Health Organization, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116_eng.pdf "
93. Gli interventi di promozione sono prioritari per i ragazzi che stanno per conseguire patente o patentino	I destinatari prioritari degli interventi sono ragazzi 14-18 anni	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Bonino, S., Cattelino, E. e Ciairano, S. (2003). Adolescenti e rischio. Firenze, Giunti. Hartling L, Wiebe N, Russell K et al. Graduated driver licensing for reducing motor vehicle traffic crashes among young drivers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, issue 2. Roberts I, Kwan I, the Cochrane Injuries Group Driver Education Reviewers. School-based driver education for the prevention of traffic crashes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, issue 3. Toroyan T, Peden M (eds), Youth and Road Safety, Geneva, World Health Organization, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116_eng.pdf "
94. L'intervento tiene conto delle caratteristiche specifiche del target	Il progetto documenta l'analisi dei determinanti inerenti i destinatari (es: età, genere, essere o meno "guidatori designati" all'interno del gruppo, stile di guida intrafamigliare, sensation seeker, autostima...)	sì	no	"Ditter S, Elder R, Shults R. (2005). Effectiveness of Designated Driver Programs for reducing alcohol impaired driving in American Journal of Preventive Medicine, 28, pp. 280-287. Taubman-Ben-Ari, O., Mikulincer, M., Gillath, O. (2005). From parents to children – similarity in parents and offspring driving styles. Transportation Research Part F, 8, 19-29. Sabina Cedri, Cinzia Cedri, Istituto Superiore di Sanità Sicurezza stradale: gli effetti della comunicazione intimidatoria sulla prevenzione degli incidenti. 2008, 22 p. Rapporti ISTISAN 08/33. Bianchi A., Sommalà H. (2004). The genetics of driving behavior parents driving style predicts their children's driving style in Accident Analysis and Prevention (36), pp.655-659."



95. L'intervento coinvolge come destinatari intermedi tutti gli adulti che hanno una relazione significativa con gli adolescenti	α Il progetto documenta momenti formativi per genitori focalizzati sulla "cultura" della sicurezza stradale, l'uso consapevole dei mezzi di trasporto, la consapevolezza dei rischi della strada...	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Duperrex O, Roberts I, Bunn F. Safety education of pedestrians for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 2. Bianchi, A. e Summala, H. (2004). The "genetics" of driving behavior: parents' driving style predicts their children's driving style. Accident Analysis and Prevention, 36, 655-659. Taubman-Ben-Ari, O., Mikulincer, M., Gillath, O. (2005). From parents to children – similarity in parents and offspring driving styles. Transportation Research Part F, 8, 19-29. Wilson, R.J., Meckle, W., Wiggins, S. e Cooper, P.J. (2006). Young driver risk in relation to parents' retrospective driving record. Journal of Safety Research, 37, 325-332.
	β. Il progetto documenta momenti formativi per gli insegnanti e altre figure significative per l'adolescente (istruttori di autoscuola, forze dell'ordine...)	sì	no	Duperrex O, Roberts I, Bunn F. Safety education of pedestrians for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 2. Elder WE, Nichols JL, Shults RA et al. Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers. American journal of preventive medicine 2005; 28 (5s): 288-304.
96. L'intervento prevede l'inserimento degli adolescenti in un programma educativo più ampio che promuova il benessere dei ragazzi	La progettazione prevede azioni, coerentemente riprese nel contesto educativo inteso in senso lato, che promuovono il benessere dei ragazzi: es: sanità, trasporti, scuola, forze dell'ordine, enti locali, autoscuole, organizzazioni di volontariato...	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Peden M et al. World report on road traffic injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2004. http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562609.pdf . Shults RA, Elder RW, Nichols JL, Sleet DA, Compton R, Chattopadhyay SK, Task Force on Community Preventive Services. Effectiveness of multicomponent programs with community mobilization for reducing alcohol-impaired driving. Am J Prev Med 2009;37(4):360-71. Toroyan T, Peden M (eds), Youth and Road Safety, Geneva, World Health Organization, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116_eng.pdf . World Health Organization. Road Traffic Injury Prevention Training Manual. Geneva, World Health Organization, 2006 http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546751_eng.pdf ."
97. L'intervento prevede un approccio integrato e trasversale che coinvolga diversi settori	Il progetto documenta azioni concertate con sanità, trasporti, scuola, famiglia, enti locali, ordine pubblico e volontariato	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Peden M et al. World report on road traffic injury prevention. Geneva, World Health Organization, 2004. http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562609.pdf . Shults RA, Elder RW, Nichols JL, Sleet DA, Compton R, Chattopadhyay SK, Task Force on Community Preventive Services. Effectiveness of multicomponent programs with community mobilization for reducing alcohol-impaired driving. Am J Prev Med 2009;37(4):360-71. Toroyan T, Peden M (eds), Youth and Road Safety, Geneva, World Health Organization, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116_eng.pdf . World Health Organization. Road Traffic Injury Prevention Training Manual. Geneva, World Health Organization, 2006 http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546751_eng.pdf ."



98. L'intervento prevede che gli insegnati affrontino la tematica all'interno dei programmi didattici	Sono presenti documenti in cui è possibile riscontrare quanto e come l'intervento venga ripreso nelle attività scolastiche curriculari	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Duperrex O, Roberts I, Bunn F. Safety education of pedestrians for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 2. Elder WE, Nichols JL, Shults RA et al. Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers. American journal of preventive medicine 2005; 28 (5s): 288-304. Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J.G., Adamson, L. (2004). Successful prevention and youth development programs. Across borders. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
99. Gli interventi di prevenzione vanno implementati in maniera continuativa evitando la saltuarietà di campagne informative	La progettazione si estende a un arco temporale di almeno 1 anno	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Duperrex O, Roberts I, Bunn F. Safety education of pedestrians for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 2. Elder WE, Nichols JL, Shults RA et al. Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers. American journal of preventive medicine 2005; 28 (5s): 288-304. Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J.G., Adamson, L. (2004). Successful prevention and youth development programs. Across borders. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. Williams, A.F. (1998). Risky driving behaviour among adolescents. In R. Jessor (a cura di), New perspectives on adolescent risk behaviour. Cambridge, Cambridge University Press, 221-237.
100. Gli interventi aumentano le competenze personali degli adolescenti	Il progetto documenta l'approfondimento di conoscenze (es: "cultura" della sicurezza stradale, l'uso consapevole dei mezzi di trasporto, la consapevolezza dei rischi della strada,...), la comprensione critica del proprio rapporto con il rischio (es: condotte scorrette e rischio, sanzioni legislative, corretto utilizzo dei dispositivi di sicurezza, effetti del consumo di sostanze psicoattive) e implementa le competenze personali degli adolescenti (es: life skills...)	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Duperrex O, Roberts I, Bunn F. Safety education of pedestrians for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 2. Elder WE, Nichols JL, Shults RA et al. Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers. American journal of preventive medicine 2005; 28 (5s): 288-304. Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J.G., Adamson, L. (2004). Successful prevention and youth development programs. Across borders. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.



101. Gli interventi di promozione considerano i ragazzi come destinatari attivi e direttamente coinvolti e non passivi	Il progetto documenta modalità di conduzione interattiva (es: partecipazione attiva, assunzione di responsabilità, cooperative learning, educazione tra pari, discussioni e lavori di gruppo, dibattiti, brainstorming, role playing, ideazione e produzione di materiali, letture brevi, discussioni in classe, lavori di gruppo, video, storie, situazioni stimolo, simulazioni, giochi, ecc...)	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Duperrex O, Roberts I, Bunn F. Safety education of pedestrians for injury prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, issue 2. Elder WE, Nichols JL, Shults RA et al. Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers. American journal of preventive medicine 2005; 28 (5s): 288-304. Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J.G., Adamson, L. (2004). Successful prevention and youth development programs. Across borders. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. Williams, A.F. (1998). Risky driving behaviour among adolescents. In R. Jessor (a cura di), New perspectives on adolescent risk behaviour. Cambridge, Cambridge University Press, 221-237.
102. Gli aspetti comunicativi e promozionali relativi all'intervento tengono conto del linguaggio del target di riferimento	Il progetto documenta l'utilizzo di canali e linguaggi di comunicazione propri dei target di riferimento (es: piattaforme virtuali più utilizzate dai giovani, MSM, Facebook,...)	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Ditter SM, Elder RW, Shults RA, et al. Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving. American journal of preventive medicine 2005; 28 (5s): 280. Elder RW, Shults RA, Sleet DA et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes. American Journal of Preventive Medicine 2004; 27 (1): 57-65.
103. L'intervento prevede di potenziare la prevenzione nei luoghi di aggregazione informale, i non luoghi (es. centri commerciali) e i luoghi di comunicazione virtuale	Il progetto documenta azioni anche esterne al contesto scolastico (es: centri commerciali, luoghi di comunicazione virtuale, i luoghi dello sport, gli stadi, le discoteche...)	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Ditter SM, Elder RW, Shults RA, et al. Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving. American journal of preventive medicine 2005; 28 (5s): 280. Elder RW, Shults RA, Sleet DA et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes. American Journal of Preventive Medicine 2004; 27 (1): 57-65. Ker K, Chinnock P. Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, issue 2. Shults RA, Elder RW, Nichols JL, Sleet DA, Compton R, Chattopadhyay SK, Task Force on Community Preventive Services. Effectiveness of multicomponent programs with community mobilization for reducing alcohol-impaired driving. Am J Prev Med 2009;37(4):360-71.
104. L'intervento utilizza metodi che evitano approcci fondati sulla paura verso la tematica	Il progetto documenta l'assenza di informazioni a tinte forti sulla pericolosità dei comportamenti a rischio e degli stili di vita dannosi per la salute e sulle conseguenze negative nelle quali può incorrere chi li attua)	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Elder RW, Shults RA, Sleet DA et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes. American Journal of Preventive Medicine 2004; 27 (1): 57-65. Sabina Cedri, Cinzia Cedri, Istituto Superiore di Sanità Sicurezza stradale: gli effetti della comunicazione intimidatoria sulla prevenzione degli incidenti. 2008, 22 p. Rapporti ISTISAN 08/33 http://www.dors.it/marketing_sociale/docum/fear%20appeals%20e%20incidenti.pdf ."



Allegato

Comportamenti sessuali

critério	indicatore	sì	no	fonte
105. Il primo intervento preventivo con operatori socio-sanitari è rivolto alla fascia 11-14 anni, in particolare durante la III media (13-14 anni)	I destinatari del primo intervento sono ragazzi 11-14 anni	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Kirby D. Emerging answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_sum.pdf . Kirby D, Short L, Collins J, et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviours: a review of effectiveness. Public health reports 1994; 109 (3): 339. Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2010;14(7). http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1407.pdf "
106. Il secondo intervento con operatori socio-sanitari di follow-up è rivolto alla fascia 15-17 anni in particolare durante la seconda superiore (15-16)	I destinatari del secondo intervento sono ragazzi 15-17 anni	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Kirby D. Emerging answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_sum.pdf . Kirby D, Short L, Collins J, et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviours: a review of effectiveness. Public health reports 1994; 109 (3): 339. Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2010;14(7). http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1407.pdf "
107. E' possibile intervenire sui genitori di fasce di età precedenti	Il progetto documenta momenti di lavoro con genitori di bambini di fasce d'età precedenti	sì	no	Di Censo A, Guyatt G., Griffith L. (2002). Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents. Systematic review of randomised controlled trials in BMJ 324:4126 pp. 1-9.
108. La progettazione tiene conto dei determinanti relativi al target	α Il progetto documenta l'analisi dei determinanti inerenti i destinatari (es: età, genere, appartenenza etnica, livello di sviluppo cognitivo raggiunto, bisogni e significati attribuiti al comportamento sessuale, comportamenti legato al coinvolgimento e alla salute sessuale...)	sì	no	"Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf . Buhi, ER, Goodson, P. Predictors of adolescent sexual behavior and intention: A theory-guided systematic review. Journal of adolescent health 2007; 40 (1): 4-21. Kirby D. Emerging answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_sum.pdf "



108	β In funzione dell'analisi dei determinanti la progettazione documenta l'utilizzo linguaggi e contenuti che non discriminano l'orientamento sessuale dei destinatari	sì	no	
109. <i>E' previsto il coinvolgimento dei destinatari intermedi genitori e insegnanti in momenti differenziati</i>	α Il progetto documenta momenti di lavoro con genitori finalizzati a favorire la comunicazione sulle tematiche all'interno della relazione educativa con i figli	sì	no	"Bennet SE, Assefi NP. School –based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controller trials. Journal of adolescent health 2005; 36 (1): 72-81. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2002; 324: 1426-1426. Jessup RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviors: a review of reviews. BMC public health 2010; 10: 538. http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-538.pdf . Kirby D. Emerging answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_sum.pdf . Oranganje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD005215. DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub2. Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2010;14(7). http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1407.pdf . Shoveller JA, Johnson JL, Savoy DM, Pietersma AW. Preventing sexually transmitted infections among adolescents: an assessment of ecological approaches and study methods. Sex education 2006; 6 (2): 163-83. Swann C, Bowe K, McCormick G, Kosomin M. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. HDA Evidence briefing, February 2003. http://www.gserve.nice.org.uk/niceMedia/documents/teenpreg_evidence_briefing.pdf . Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. BMJ 2007; 335: 248-248 http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7613/248 . Underhill K, Montgomery P, Operario D. Abstinence-plus programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD007006. DOI:10.1002/14651858.CD007006. Underhill K, Operario D, Montgomery P. Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD005421. DOI:10.1002/14651858.CD005421.pub2."
109	β Il progetto documenta momenti di lavoro con insegnanti finalizzati a favorire la comunicazione sulle tematiche all'interno della relazione educativa con gli allievi	sì	no	



110. L'intervento si caratterizza come continuativo e non episodico	Il progetto documenta interventi continuativi e non episodici	sì	no	"Bennet SE, Assefi NP. School –based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controller trials. Journal of adolescent health 2005; 36 (1): 72-81. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2002; 324: 1426-1426. Jessup RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviors: a review of reviews. BMC public health 2010; 10: 538. http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-538.pdf. Kirby D. Emerging answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_sum.pdf. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD005215. DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub2. Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2010;14(7). http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1407.pdf. Shoveller JA, Johnson JL, Savoy DM, Pietersma AW. Preventing sexually transmitted infections among adolescents: an assessment of ecological approaches and study methods. Sex education 2006; 6(2):163-83. Swann C, Bowe K, McCormick G, Kosomin M. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. HDA Evidence briefing, February 2003. http://www.gserve.nice.org.uk/niceMedia/documents/teenpreg_evidence_briefing.pdf. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. BMJ 2007; 335: 248-248 http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7613/248. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Abstinence-plus programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD007006. DOI:10.1002/14651858.CD007006. Underhill K, Operario D, Montgomery P. Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD005421. DOI:10.1002/14651858.CD005421.pub2."
---	--	-----------	-----------	---



111. L'intervento prevede incontri frontali estemporanei di tipo informativo gestiti da almeno due operatori	Il progetto documenta che quando gli incontri sono frontali, estemporanei e di tipo informativo sono gestiti da almeno due operatori	sì	no	"Bennet SE, Assefi NP. School –based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controller trials. Journal of adolescent health 2005; 36 (1): 72-81. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2002; 324: 1426-1426. Jessup RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviors: a review of reviews. BMC public health 2010; 10: 538. http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-538.pdf. Kirby D. Emerging answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_sum.pdf. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD005215. DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub2. Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2010;14(7). http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1407.pdf. Shoveller JA, Johnson JL, Savoy DM, Pietersma AW. Preventing sexually transmitted infections among adolescents: an assessment of ecological approaches and study methods. Sex education 2006; 6(2):163-83. Swann C, Bowe K, McCormick G, Kosomin M. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. HDA Evidence briefing, February 2003. http://www.gserve.nice.org.uk/niceMedia/documents/teenpreg_evidence_briefing.pdf. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. BMJ 2007; 335: 248-248 http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7613/248. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Abstinence-plus programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD007006. DOI:10.1002/14651858.CD007006. Underhill K, Operario D, Montgomery P. Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD005421. DOI:10.1002/14651858.CD005421.pub2."
--	---	-----------	-----------	---



112. Gli operatori che incontrano gli adolescenti devono avere una formazione relazionale specifica	E' documentato il percorso formativo sulle modalità relazionali con gli adolescenti ricevuto dagli operatori conduttori dell'intervento con i ragazzi.	sì	no	"Bennet SE, Assefi NP. School –based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of adolescent health 2005; 36 (1): 72-81. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2002; 324: 1426-1426. Jessup RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviors: a review of reviews. BMC public health 2010; 10: 538. http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-538.pdf. Kirby D. Emerging answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_sum.pdf. Oranganje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD005215. DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub2. Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2010;14(7). http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1407.pdf. Shoveller JA, Johnson JL, Savoy DM, Pietersma AW. Preventing sexually transmitted infections among adolescents: an assessment of ecological approaches and study methods. Sex education 2006; 6(2):163-83. Swann C, Bowe K, McCormick G, Kosomin M. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. HDA Evidence briefing, February 2003. http://www.gserve.nice.org.uk/niceMedia/documents/teenpreg_evidence_briefing.pdf. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. BMJ 2007; 335: 248-248 http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7613/248. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Abstinence-plus programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD007006. DOI:10.1002/14651858.CD007006. Underhill K, Operario D, Montgomery P. Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD005421. DOI:10.1002/14651858.CD005421.pub2."
---	---	-----------	-----------	---



113. L'intervento prende in considerazione atteggiamenti, credenze e valori personali relativi ai rapporti sessuali e più in generale all'affettività. In particolare inserisce la sessualità all'interno delle relazioni	Il progetto documenta l'approfondimento di conoscenze e competenze relazionali (es: le abilità socio cognitive, capacità c o m p o r t a m e n t a l i , autoefficacia, capacità comunicativa nelle relazioni sessuali, gestione emozioni, life skills, atteggiamenti, credenze e valori personali relativi ai rapporti sessuali, comportamenti per evitare rischi,...)	sì	no	"Bennet SE, Assefi NP. School –based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controller trials. Journal of adolescent health 2005; 36 (1): 72-81. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2002; 324: 1426-1426. Jessup RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviors: a review of reviews. BMC public health 2010; 10: 538. http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-538.pdf. Kirby D. Emerging answers 2007. Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases. http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_sum.pdf. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD005215. DOI:10.1002/14651858.CD005215.pub2. Shepherd J, Kavanagh J, Picot J, Cooper K, Harden A, Barnett-Page E, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13–19: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2010;14(7). http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon1407.pdf. Shoveller JA, Johnson JL, Savoy DM, Pietersma AW. Preventing sexually transmitted infections among adolescents: an assessment of ecological approaches and study methods. Sex education 2006; 6 (2): 163-83. Swann C, Bowe K, McCormick G, Kosomin M. Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. HDA Evidence briefing, February 2003. http://www.gserve.nice.org.uk/niceMedia/documents/teenpreg_evidence_briefing.pdf. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. BMJ 2007; 335: 248-248 http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7613/248. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Abstinence-plus programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD007006. DOI:10.1002/14651858.CD007006. Underhill K, Operario D, Montgomery P. Abstinence-only programs for HIV infection prevention in high-income countries. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD005421. DOI:10.1002/14651858.CD005421.pub2."
114. Il progetto può prevedere anche azioni differenziate per genere	Il progetto documenta momenti di lavoro differenziati per genere	sì	no	Guadagnare salute (2009), Linee di indirizzo. http://www.inadolescenza.it/blog_benessere/wp-content/uploads/2011/01/GUADAGNARE-SALUTE_report_def.pdf



Allegato

Salute mentale

critério	indicatore	sì	no	fonte
115. <i>La promozione del benessere sociale e emotivo nelle scuole superiori va integrata con altri programmi di comunità</i>	Il progetto documenta azioni concertate con altri enti (es. sanità, trasporti, scuola, famiglia, enti locali, ordine pubblico e volontariato...)	sì	no	NICE 2009, Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11991/45484/45484.pdf . Barlow J, Tennant R, Goens C, Stewart-Brown S, Day C. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. Journal of public mental health 2007; 6 (1): 25-32. Blank L, Baxter S, Goyder L, Guillaume L, Wilkinson A, Hummel S, -Chilcott J. Systematic review of the effectiveness of universal interventions which aim to promote emotional and social wellbeing in secondary schools. University of Sheffield. School of Health and Related Research (ScHARR), 2008. EPPI Centre. Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators, sept. 2001 http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=256 . Jané-Llopis E and Barry MM. What makes mental health promotion effective? Promotion & education 2005; 12: 47-54. Jané-Llopis E, Barry MM, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. Promotion & education 2005; 12: 9-24. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. Health education 2003; 103 (4): 197-220.
116. <i>E' previsto un lavoro con i genitori e gli insegnanti sulle life skill e altri contenuti</i>	Il progetto documenta momenti di lavoro/formazione con genitori su contenuti quali: autostima, autoefficacia, capacità assertiva, gestione del conflitto e dell'ansia	sì	no	Barlow J, Tennant R, Goens C, Stewart-Brown S, Day C. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. Journal of public mental health 2007; 6 (1): 25-32. Blank L, Baxter S, Goyder L, Guillaume L, Wilkinson A, Hummel S, -Chilcott J. Systematic review of the effectiveness of universal interventions which aim to promote emotional and social wellbeing in secondary schools. University of Sheffield. School of Health and Related Research (ScHARR), 2008. EPPI Centre. Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators, sept. 2001 http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=256 . Jané-Llopis E and Barry MM. What makes mental health promotion effective? Promotion & education 2005; 12: 47-54. Jané-Llopis E, Barry MM, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. Promotion & education 2005; 12: 9-24. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. Health education 2003; 103 (4): 197-220.



116	β Il progetto documenta momenti di lavoro/ formazione con insegnanti sulle life skills	sì	no	
117. <i>E' previsto il coinvolgimento dei giovani fin dalle fasi di progettazione dell'intervento</i>	Il progetto documenta il coinvolgimento dei ragazzi/ destinatari finali fin dalle fasi di progettazione	sì	no	NICE 2009, Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11991/45484/45484.pdf . Barlow J, Tennant R, Goens C, Stewart-Brown S, Day C. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. Journal of public mental health 2007; 6 (1): 25-32. Blank L, Baxter S, Goyder L, Guillaume L, Wilkinson A, Hummel S, Chilcott J. Systematic review of the effectiveness of universal interventions which aim to promote emotional and social wellbeing in secondary schools. University of Sheffield. School of Health and Related Research (ScHARR), 2008. EPPI Centre. Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators, sept. 2001 http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=256 . Jané-Llopis E and Barry MM. What makes mental health promotion effective? Promotion & education 2005; 12: 47-54. Jané-Llopis E, Barry MM, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. Promotion & education 2005; 12: 9-24. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. Health education 2003; 103 (4): 197-220.
118. <i>E' prevista una formazione continua sulle abilità relazionali per gli operatori coinvolti</i>	E' documentato il percorso formativo sulle modalità relazionali con gli adolescenti ricevuto dagli operatori conduttori dell'intervento con i ragazzi	sì	no	NICE 2009, Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education. http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11991/45484/45484.pdf . Barlow J, Tennant R, Goens C, Stewart-Brown S, Day C. A systematic review of reviews of interventions to promote mental health and prevent mental health problems in children and young people. Journal of public mental health 2007; 6 (1): 25-32. Blank L, Baxter S, Goyder L, Guillaume L, Wilkinson A, Hummel S, Chilcott J. Systematic review of the effectiveness of universal interventions which aim to promote emotional and social wellbeing in secondary schools. University of Sheffield. School of Health and Related Research (ScHARR), 2008. EPPI Centre. Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators, sept. 2001 http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=256 . Jané-Llopis E and Barry MM. What makes mental health promotion effective? Promotion & education 2005; 12: 47-54. Jané-Llopis E, Barry MM, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. Promotion & education 2005; 12: 9-24. Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S. A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. Health education 2003; 103 (4): 197-220.



Comportamenti aggressivi e violenti

critério	indicatore	sì	no	fonte
119. E' definito il target di riferimento	I destinatari degli interventi sono bambini ragazzi della fascia 7-16, con una preferenza alla fascia d'età 9-10	sì	no	Esbensen F-A, Osgood DW, Taylor Peterson, Dana Freng, Adrienne. How from a longitudinal, quasi-experimental Public Policy 2001;1(1):87-118. Losel F & Beelman A. Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: a systematic review of randomised evaluations. Annals of the American Academy of Political and Social Science 2003; 587(84-109). Vreeman RC, Carroll AE. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. Archives of pediatric and adolescent medicine 2007; 161 (1): 78-88. Wilson DB, Gottfredson DC, Najaka SS. School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. Journal of quantitative criminology 2001; 17 (3): 247-72. Woolfenden S, Williams KJ, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003015. DOI: 10.1002/14651858.CD003015.
120. l'intervento prevede lo sviluppo di conoscenze e abilità inerenti la gestione della rabbia	Il progetto documenta approfondimenti rispetto alla gestione della rabbia, lo sviluppo del pensiero critico, le life skills,...	sì	no	Fisher H, Gardner F, Montgomery P (2007) Cognitive-behavioural interventions for preventing youth gang involvement for children and young people (7-16) (Review), The Cochrane Library. Losel F & Beelman A. Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: a systematic review of randomised evaluations. Annals of the American Academy of Political and Social Science 2003; 587(84-109). Vreeman RC, Carroll AE. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. Archives of pediatric and adolescent medicine 2007; 161 (1): 78-88. Wilson DB, Gottfredson DC, Najaka SS. School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. Journal of quantitative criminology 2001; 17 (3): 247-72. Woolfenden S, Williams KJ, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003015. DOI: 10.1002/14651858.CD003015.



121. E' previsto l'utilizzo di metodologie di didattica attiva	Il progetto documenta l'applicazione di metodologie di didattica attiva (es. partecipazione attiva, assunzione di responsabilità, cooperative learning, educazione tra pari, discussioni e lavori di gruppo, dibattiti, brainstorming, role playing, ideazione e produzione di materiali, letture brevi, discussioni in classe, lavori di gruppo, video, storie, situazioni stimolo, simulazioni, giochi, ecc...)	sì	no	Fisher H, Gardner F, Montgomery P (2007) Cognitive-behavioural interventions for preventing youth gang involvement for children and young people (7-16) (Review), The Cochrane Library. Losel F & Beelman A. Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: a systematic review of randomised evaluations. Annals of the American Academy of Political and Social Science 2003; 587(84-109). Vreeman RC, Carroll AE. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. Archives of pediatric and adolescent medicine 2007; 161 (1): 78-88. Wilson DB, Gottfredson DC, Najaka SS. School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. Journal of quantitative criminology 2001; 17 (3): 247-72. Woolfenden S, Williams KJ, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003015. DOI: 10.1002/14651858.CD003015.
122. E' previsto un intervento globale sulla scuola	L'intervento coinvolge insegnanti, genitori, personale scolastico... al fine di rafforzare il sistema sociale e i modelli educativi all'interno del contesto scolastico e familiare	sì	no	Fisher H, Gardner F, Montgomery P (2007) Cognitive-behavioural interventions for preventing youth gang involvement for children and young people (7-16) (Review), The Cochrane Library. Losel F & Beelman A. Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: a systematic review of randomised evaluations. Annals of the American Academy of Political and Social Science 2003; 587(84-109). Vreeman RC, Carroll AE. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. Archives of pediatric and adolescent medicine 2007; 161 (1): 78-88. Wilson DB, Gottfredson DC, Najaka SS. School-Based Prevention of Problem Behaviors: A Meta-Analysis. Journal of quantitative criminology 2001; 17 (3): 247-72. Woolfenden S, Williams KJ, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD003015. DOI: 10.1002/14651858.CD003015.



Allegato

Alimentazione e stile di vita

critério	indicatore	sì	no	fonte
123. Il target di età è definito	I destinatari degli interventi prioritariamente ragazzi della fascia 12-16 anni	sì	no	"NICE 2006, Nuove linee guida sull'obesità. http://storage1.evector.it/files/site002471/misc/CG43_full_guideline.pdf . Brown T , Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity reviews 2009; 10: 110-41 doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007651. DOI:10.1002/14651858.CD007651. Gonzalez-Suarez,C., Worley,A., Grimmer-Somers,K., Dones,V. School-Based Interventions on Childhood Obesity: A Meta-Analysis. American journal of preventive medicine 2009; 37(5): 418-27. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson R, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. [PDF - 3.14MB] Am J Prev Med 2002;22(4S):73-107. Kamath,C.C., Vickers,K.S., Ehrlich,A., McGovern,L., Johnson,J., Singhal,V., et al. Behavioral interventions to prevent childhood obesity: A systematic review and metaanalyses of randomized trials. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2008 93:4606-4615. Kropski, J.A., Keckley, P.H., Jensen, G.L. School-based obesity prevention programs: An evidence-based review. Obesity 2008; 16 (5): 1009-18 -Poobalan,A. Prevention of childhood obesity: A review of systematic reviews. NHS Health Scotland 2008. http://www.healthscotland.com/uploads/documents/7918-RE049FinalReport0405.pdf . Stice, E., Shaw, H., Marti, C.N. A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny on Interventions That Work. Psychological Bulletin 2006, Vol. 132, No. 5, 667-691. Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T., Campbell, K.J. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; issue 3 Art. No.: CD001871. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. Br J Nutr. 2010 Mar;103(6):781-97. Epub 2010 Jan 14. Van Sluijs, E.M.F., McMinn, A.M., Griffin, S.J. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: Systematic review of controlled trials. British Journal of Sports Medicine 2008; 42 (8): 653-7 http://www.bmj.com/content/335/7622/703.full.pdf ."



124. Le caratteristiche del target orientano l'intervento	La progettazione tiene conto dei determinanti del target quali: genere, gruppo etnico, situazioni individuali riferite al sovrappeso/obesità....	sì	no	Stice E., Shaw H., Nathan C. M. (2006) A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents. The Skinny on Interventions That Work in Psychol. Bull. (132), 5, 667-691.
125. Gli interventi sull'alimentazione e gli stili di vita nelle scuole si integrano con piani previsti sul territorio	Il progetto documenta azioni concertate con altri enti: es. sanità, trasporti, scuola, famiglia, enti locali, volontariato	sì	no	"NICE 2006, Nuove linee guida sull'obesità. http://storage1.evecors.it/files/site002471/misc/CG43_full_guideline.pdf . Brown T , Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity reviews 2009; 10: 110-41 doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007651. DOI: 10.1002/14651858.CD007651. Gonzalez-Suarez,C., Worley,A., Grimmer-Somers,K., Dones,V. School-Based Interventions on Childhood Obesity: A Meta-Analysis. American journal of preventive medicine 2009; 37(5): 418-27. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson R, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. [PDF - 3.14MB] Am J Prev Med 2002;22(4S):73-107. Kamath,C.C., Vickers,K.S., Ehrlich,A., McGovern,L., Johnson,J., Singhal,V., et al. Behavioral interventions to prevent childhood obesity: A systematic review and metaanalyses of randomized trials. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2008 93:4606-4615. Kropiski, J.A., Keckley, P.H., Jensen, G.L. School-based obesity prevention programs: An evidence-based review. Obesity 2008; 16 (5): 1009-18 -Poobalan,A. Prevention of childhood obesity: A review of systematic reviews. NHS Health Scotland 2008. http://www.healthscotland.com/uploads/documents/7918-RE049FinalReport0405.pdf . Stice, E., Shaw, H., Marti, C.N. A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny on Interventions That Work. Psychological Bulletin 2006, Vol. 132, No. 5, 667-691. Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T., Campbell, K.J. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; issue 3 Art. No.: CD001871. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. Br J Nutr. 2010 Mar;103(6):781-97. Epub 2010 Jan 14. Van Sluijs, E.M.F., McMinn, A.M., Griffin, S.J. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: Systematic review of controlled trials. British Journal of Sports Medicine 2008; 42 (8): 653-7 http://www.bmj.com/content/335/7622/703.full.pdf ."



126. Le scuole progettano interventi in modo che le loro sedi e i loro insegnamenti orientino a uno stile di vita sano	Il progetto documenta azioni coerentemente riprese nel contesto educativo inteso in senso lato che promuovono il benessere dei ragazzi come il corretto peso corporeo, il consumo di cibi sani, l'adozione di stile di vita attivo sia fisico, sia sociale...	sì	no	"NICE 2006, Nuove linee guida sull'obesità. http://storage1.evecors.it/files/site002471/misc/CG43_full_guideline.pdf. Brown T , Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity reviews 2009; 10: 110-41 doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007651. DOI: 10.1002/14651858.CD007651. Gonzalez-Suarez,C., Worley,A., Grimmer-Somers,K., Dones,V. School-Based Interventions on Childhood Obesity: A Meta-Analysis. American journal of preventive medicine 2009; 37(5): 418-27. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson R, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. [PDF - 3.14MB] Am J Prev Med 2002;22(4S):73-107. Kamath,C.C., Vickers,K.S., Ehrlich,A., McGovern,L., Johnson,J., Singhal,V., et al. Behavioral interventions to prevent childhood obesity: A systematic review and metaanalyses of randomized trials. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2008 93:4606-4615. Kropiski, J.A., Keckley, P.H., Jensen, G.L. School-based obesity prevention programs: An evidence-based review. Obesity 2008; 16 (5): 1009-18 -Poobalan,A. Prevention of childhood obesity: A review of systematic reviews. NHS Health Scotland 2008. http://www.healthscotland.com/uploads/documents/7918-RE049FinalReport0405.pdf. Stice, E., Shaw, H., Marti, C.N. A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny on Interventions That Work. Psychological Bulletin 2006, Vol. 132, No. 5, 667-691. Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T., Campbell, K.J. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; issue 3 Art. No.: CD001871. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. Br J Nutr. 2010 Mar;103(6):781-97. Epub 2010 Jan 14. Van Sluijs, E.M.F., McMinn, A.M., Griffin, S.J. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: Systematic review of controlled trials. British Journal of Sports Medicine 2008; 42 (8): 653-7 http://www.bmj.com/content/335/7622/703.full.pdf."
--	--	-----------	-----------	--



127. I contenuti degli interventi sono inerenti: l'adozione di uno stile di vita fisicamente attivo	Il progetto documenta l'approfondimento di contenuti quali: adozione di stile di vita attivo, consumo giornaliero di cinque porzioni di frutta e/o verdura, evitare "cibi spazzatura"...	sì	no	"NICE 2006, Nuove linee guida sull'obesità. http://storage1.eveectors.it/files/site002471/misc/CG43_full_guideline.pdf. Brown T , Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity reviews 2009; 10: 110-41 doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007651. DOI: 10.1002/14651858.CD007651. Gonzalez-Suarez,C., Worley,A., Grimmer-Somers,K., Dones,V. School-Based Interventions on Childhood Obesity: A Meta-Analysis. American journal of preventive medicine 2009; 37(5): 418-27. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson R, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. [PDF - 3.14MB] Am J Prev Med 2002;22(4S):73-107. Kamath,C.C., Vickers,K.S., Ehrlich,A., McGovern,L., Johnson,J., Singhal,V., et al. Behavioral interventions to prevent childhood obesity: A systematic review and metaanalyses of randomized trials. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2008 93:4606-4615. Kropiski, J.A., Keckley, P.H., Jensen, G.L. School-based obesity prevention programs: An evidence-based review. Obesity 2008; 16 (5): 1009-18 -Poobalan,A. Prevention of childhood obesity: A review of systematic reviews. NHS Health Scotland 2008. http://www.healthscotland.com/uploads/documents/7918-RE049FinalReport0405.pdf. Stice, E., Shaw, H., Marti, C.N. A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny on Interventions That Work. Psychological Bulletin 2006, Vol. 132, No. 5, 667-691. Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T., Campbell, K.J. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; issue 3 Art. No.: CD001871. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. Br J Nutr. 2010 Mar;103(6):781-97. Epub 2010 Jan 14. Van Sluijs, E.M.F., McMinn, A.M., Griffin, S.J. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: Systematic review of controlled trials. British Journal of Sports Medicine 2008; 42 (8): 653-7 http://www.bmj.com/content/335/7622/703.full.pdf"
---	---	-----------	-----------	---



128. E' importante il coinvolgimento della famiglia in momenti differenti da quelli previsti per gli adolescenti	Il progetto documenta momenti di lavoro/ formazione con genitori	sì	no	"NICE 2006, Nuove linee guida sull'obesità. http://storage1.evecors.it/files/site002471/misc/CG43_full_guideline.pdf. Brown T , Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Obesity reviews 2009; 10: 110-41 doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007651. DOI: 10.1002/14651858.CD007651. Gonzalez-Suarez,C., Worley,A., Grimmer-Somers,K., Dones,V. School-Based Interventions on Childhood Obesity: A Meta-Analysis. American journal of preventive medicine 2009; 37(5): 418-27. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson R, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. [PDF - 3.14MB] Am J Prev Med 2002;22(4S):73-107. Kamath,C.C., Vickers,K.S., Ehrlich,A., McGovern,L., Johnson,J., Singhal,V., et al. Behavioral interventions to prevent childhood obesity: A systematic review and metaanalyses of randomized trials. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2008 93:4606-4615. Kropiski, J.A., Keckley, P.H., Jensen, G.L. School-based obesity prevention programs: An evidence-based review. Obesity 2008; 16 (5): 1009-18 -Poobalan,A. Prevention of childhood obesity: A review of systematic reviews. NHS Health Scotland 2008. http://www.healthscotland.com/uploads/documents/7918-RE049FinalReport0405.pdf. Stice, E., Shaw, H., Marti, C.N. A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny on Interventions That Work. Psychological Bulletin 2006, Vol. 132, No. 5, 667-691. Summerbell, C.D., Waters, E., Edmunds, L.D., Kelly, S., Brown, T., Campbell, K.J. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005; issue 3 Art. No.: CD001871. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature. Br J Nutr. 2010 Mar;103(6):781-97. Epub 2010 Jan 14. Van Sluijs, E.M.F., McMin, A.M., Griffin, S.J. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: Systematic review of controlled trials. British Journal of Sports Medicine 2008; 42 (8): 653-7 http://www.bmj.com/content/335/7622/703.full.pdf."
129. Gli interventi sono di media/lunga durata	La progettazione si estende a un arco temporale di più di un anno	sì	no	Gonzalez C., Worley A., Grimmer-Somers K. (2009). School-Based Interventions on Childhood Obesity in American Journal of Preventive Medicine 37(5), pp.418-427.

