ISBN 88-87098-37-9

COLLANA DI STUDI E RICERCHE

ANCORA A. - SEBASTIANI G. - SPAGNOLO A
(a cura di)

IL CONSULTORIO PER ADOLESCENTI

Risultati di una ricerca sull'organizzazione e le strategie di intervento dei servizi

ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE

Roma, Settembre 2003

GRUPPO DI RICERCA

Dott. Amedeo Spagnolo
Dirigente responsabile del settore scientifico IIMS

Dott.ssa Anna Ancora
Sociologa, ricercatore IIMS

Dott.ssa Gabriella Sebastiani
Sociologa, primo ricercatore ISTAT, già primo ricercatore IIMS

Dott.ssa Giuliana Guazzini
Sociologa, ricercatore a contratto IIMS

Dott. Fabrizio Martire
Sociologo, ricercatore a contratto IIMS

Sig.ra Barbara Marino
Segreteria organizzativa della ricerca e redazione indirizzario dei consultori

Sig. Marco Cioppa
Predisposizione dell'indirizzario elettronico in rete

Sig.ra Ester Lo Giudice
Collaboratore a contratto IIMS addetta all'inserimento dati

INDICE

Presentazione . . . . . Pag. 7

Introduzione . . . . . » 9

CAPITOLO 1 – L'adolescente e i servizi sociali . . . . . » 13

1.1. Chi si occupa di adolescenti: i servizi istituzionali . . . . . » 13
1.2. Riferimenti normativi di base per i diritti dell'adolescente . . » 14
1.3. L'impegno delle istituzioni per i giovani: una prima valutazione . . . . . » 20
1.4. Le istituzioni e i giovani: i recenti orientamenti delle politiche per gli adolescenti . . . . . » 25

CAPITOLO 2 – I Consultori per adolescenti nel nuovo millennio: struttura, organizzazione e strategie operative . . . . . » 31

2.1. Disegno e metodologia della ricerca . . . . . » 31
2.2. Gli strumenti di rilevazione . . . . . » 34
2.3. I consultori per adolescenti: la distribuzione sul territorio dal 1995 al 2001 . . . . . » 34
2.4. Processo e dinamiche di attivazione dei servizi consultoriali per adolescenti . . . . . » 44
2.5. L'utenza dei consultori per adolescenti: caratteristiche generali . . . . . » 47
2.6. L'offerta dei consultori: tipologia delle prestazioni e dei servizi . . . . . » 53
2.7. Gli operatori: percorso formativo e contesto professionale . » 59
2.8. Gli adolescenti nell'immaginario degli operatori . . . . . » 67

Considerazioni conclusive . . . . . » 81

Riferimenti bibliografici . . . . . » 87

Allegati . . . . . » 89

PRESENTAZIONE

L'IIMS dal 1994 è impegnato nella realizzazione di ricerche finalizzate allo studio delle strutture consultoriali per adolescenti. La ricerca, che ho il piacere di presentare in questo volume, rappresenta l'esito più recente di questo filone di studi.

L'interesse che l'IIMS rivolge ai servizi consultoriali per adolescenti nasce dalla volontà di approfondire e allo stesso tempo valutare l'utilità funzionale che tali servizi svolgono nei riguardi di quella fascia di popolazione che, per la sua natura spontaneamente problematica, desta l'attenzione del mondo più adulto e delle istituzioni deputate: l'adolescenza.

Il raggiungimento di un buon livello di salute della popolazione non può prescindere da una vigorosa azione di prevenzione sanitaria e dalla promozione di attività di sensibilizzazione all'assunzione di comportamenti e stili di vita in linea con tale obiettivo. Tale azione di prevenzione deve essere massicciamente rivolta agli adolescenti, che sono una fascia particolarmente esposta ai comportamenti a rischio per la salute psico-fisica; e i consultori hanno dimostrato, in questi anni, di operare con grande impegno per offrire un valido sostegno ai giovani in materia di prevenzione socio-sanitaria.

Attraverso un continuo e sistematico confronto con quanto risultato dalle precedenti indagini, in questo lavoro si cerca di dar conto della strategia complessiva messa in atto dai consultori per far fronte ai problemi dei loro giovani utenti e anche di valutare la difficoltà e la qualità del servizio dal punto di vista degli operatori e dei responsabili dei servizi, ai quali si rivolge un sentito ringraziamento per aver offerto la loro preziosa collaborazione, nella speranza che il frutto di questo lavoro abbia una proficua valenza per la loro attività.

Prof. Pietrantonio Ricci
Presidente dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale

INTRODUZIONE[1]

Trattare un tema noto senza incorrere nel rischio di ripetere quanto già detto, o peggio, di scadere nel banale è ancor più difficile che avventurarsi in temi poco esplorati. L'adolescenza è senza dubbio uno di quegli argomenti così largamente dibattuti che trovare una prospettiva originale e interessante per riproporlo risulta un'operazione quantomeno ardua. Peraltro, nell'ambito di questa indagine il tema sull'adolescenza non è proprio il nocciolo della questione; la tematica assume rilevanza in quanto la nostra ricerca ha come oggetto di analisi il ruolo dei consultori che si occupano di adolescenti e, di conseguenza, sembra doveroso fare almeno un breve accenno ad alcune delle più rilevanti considerazioni sull'adolescenza rinvenibili in letteratura.

Stanley Hall[2], precursore degli studi a carattere psicologico sull'età evolutiva, concepisce l'adolescenza come una vera a propria "nuova nascita" in cui l'individuo concentra l'attenzione verso i processi della propria vita interiore, al contrario di quanto avviene per l'età infantile, durante la quale l'attenzione è esclusivamente rivolta all'esplorazione del mondo esterno. Le trasformazioni a livello fisico che avvengono in questo periodo, la crescita e la maturazione sessuale, determinano un impatto dell'individuo con un nuovo sé; questa serie di stravolgimenti comporta delle riflessioni sui cambiamenti intervenuti e un conseguente processo di riadattamento e familiarizzazione con il proprio io. Il giovane comincia a scrutarsi, cercando di comprendere le nuove fattezze della propria individualità, costruendola e forgiandola al tempo stesso e, di conseguenza, dà il via a un cammino spontaneo di acquisizione di graduale coscienza e consapevolezza di sé. L'analisi di questo percorso evolutivo così complesso dell'individuo non si esaurisce nella sola prospettiva interiore, ma comprende anche tutto

---

[1] Introduzione di Anna Ancora.
[2] Cfr. Hall, 1904.
[3] Cfr. Mead, 1954.

un insieme di dinamiche derivanti dal rapporto dei giovani con un mondo sociale latore di modelli e valori che hanno un'indubbia rilevanza sul processo di costruzione della personalità e dell'identità.

Gli studi antropologici condotti da Margaret Mead[4], per esempio, alla luce di una comparazione operata tra società semplici e complesse, hanno evidenziato la forte rilevanza delle condizioni sociali, economiche e culturali sul processo di crescita dell'individuo e sulla acquisizione di consapevolezza del proprio ruolo sociale. Mentre nelle prime i modelli sociali proposti sono chiari e di pressoché immediata ascrizione, nelle società complesse i modelli possibili sono più numerosi e spesso conflittuali, ciò comportando percorsi di scelta tortuosi e complicati; tale scelta, come mette ben in luce Erikson[5], non è mai del tutto libera bensì determinata dalle richieste che la struttura pone, soprattutto dal punto di vista della funzionalità dei ruoli a livello economico. Nelle società occidentali attualiattuali, con l'avvento dell'era post-industriale, la molteplicità dei modelli, e delle fonti di trasmissione di essi, raggiunge livelli molto elevati, amplificando ancor di più la complessità di questi processi. Basti pensare alla fortissima incidenza che hanno nella nostra vita i mezzi di comunicazione di massa (TV, radio, Internet) che sfornano modelli di riferimento dai quali è praticamente impossibile prescindere.

L'acquisizione di identità è quindi il risultato dell'intersecarsi di varie componenti, del raggiungimento di un senso di appartenenza che si costruisce su vari livelli e che impone al soggetto un riconoscimento di sé stesso come appartenente a un genere sessuale, a un territorio geografico, a un'etnia, a una famiglia, a un contesto scolastico, a un gruppo amicale, a una generazione, a un gruppo religioso o di altro tipo e via dicendo. Questo processo di riconoscimento del sé come facente parte di qualcos'altro si verifica in un'alternanza di forze oppositive di accettazione/negazione: l'individuo deve affermare sé stesso come qualcosa di unico e diverso dagli altri e al tempo stesso deve rendersi riconoscibile dal mondo di cui fa parte[6].

Questo percorso di crescita così complesso che coinvolge l'adolescente può, dunque, facilmente comportare difficoltà quali senso di smarrimento, problemi di relazione, problemi per così dire *fisiologici* dell'età.

Questa premessa per evidenziare che l'adolescenza, come condizione vulnerabile, sfumata e mutevole, dal punto di vista delle certezze, è *fisiologicamente* emergenziale e, come tale, è una fase da monitorare e seguire con attenzione,

---

[4] Cfr. Mead, 1954.

[5] L'interpretazione di Erikson fa specifico riferimento alla società americana dei "padroni e delle macchine" dove prevalgono le logiche dei consumi, dove l'individuo è in base a ciò che è in grado di fare e di apparire. (cfr. Erikson, 1956).

[6] In un rapporto dell'Istituto degli Innocenti (1998) sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, viene affrontata la questione relativa alla costruzione dell'identità come processo complesso e multiforme che si realizza in un contesto sociale caratterizzato da un pluralismo culturale e valoriale che rende molto difficile orientarsi e identificarsi con i modelli proposti.

al fine di indirizzare al meglio quella potenziale vitalità che la caratterizza; è una fase che pone costantemente la necessità di un intervento educativo forte che agisca su più fronti e che venga messo in atto da più soggetti.

Da considerevole tempo, la questione educativa viene connotata giuridicamente come azione di interesse collettivo e non privato[7]: ciò significa che l'educazione dei giovani non è di sola pertinenza genitoriale, ma è di interesse comunitario e sociale. La società ha, quindi, un ruolo di primissimo piano nel processo educativo dei giovani; la società non come concetto astratto, ma intesa come somma di agenzie di socializzazione, enti, organizzazioni, istituzioni che sono, a loro volta, non entità astratte, ma soggetti capaci di azioni concrete e visibili. Le istituzioni sociali deputate e impegnate a vario titolo nel sostegno e nel supporto al processo di crescita dei giovani – e che hanno direttamente o indirettamente una ricaduta in termini di responsabilità in questo processo – sono dunque:

l. famiglia;
2. scuola;
3. le istituzioni politiche e sociali
4. i servizi di sostegno sociali (ad esempio, i consultori).
5. il privato sociale (associazioni culturali, religiose, sportive, ecc.);
6. i mass media.

In questo lavoro di ricerca si è ritenuto rilevante focalizzare l'attenzione sui consultori per adolescenti che, pur non avendo ancora acquisito formalmente e di fatto un ruolo ben definito, costituiscono una tra le iniziative più proficue realizzate a favore dei giovani. Questi servizi nascono come costola dei consultori familiari –operativi già dal 1975 a favore soprattutto delle donne– per svolgere un ruolo di prevenzione socio-sanitaria, educazione e sostegno indirizzato ai giovani; essi rappresentano un punto di riferimento importante per affrontare questioni relative alla sessualità, ma anche per dare appoggio psicologico a chi ha bisogno di essere semplicemente ascoltato.

Il contributo di questo lavoro di ricerca rappresenta un approfondimento su un tema, quello dei consultori per adolescenti, introdotto da alcuni anni, grazie a prime ricognizioni di sfondo e a indagini pilota, e approdato oggi a un livello più dettagliato di analisi. Già dal 1994, infatti, il tema dei consultori è stato oggetto di attenzione da parte dell'IIMS che intraprese questo filone di studi con lo scopo di pervenire alla formulazione di concrete proposte di miglioramento dei servizi, alla luce di una conoscenza appropriata di essi. La prima indagine del 1994 e la successiva, svolta nel 1995, rappresentano, senza dubbio, un prezioso contributo in questo processo di sistematizzazione delle conoscenze relative a questo tema e, oltre a questo, hanno generato prodotti molto utili e apprezzati dagli addetti ai lavori. In seguito all'indagine del 1995, infatti, è stato messo a punto un indirizzario completo dei consultori di tutta Italia, corredato da informazioni di caratte-

---

[7] Vitobello, Viganotti e Vulcano (a cura di), 1989.

re generale sulle strutture che, grazie al contributo di questa nuova indagine, è stato aggiornato e predisposto per la consultazione in rete.

Questa nuova indagine rappresenta, dunque, un momento di approfondimento, ma anche momento di confronto con quanto risultato dalle precedenti indagini che può, alla luce di questo ulteriore passo avanti, cominciare ad assumere i connotati di un patrimonio conoscitivo storico. Difatti, i risultati di questa ricerca offrono la possibilità di ricostruire un quadro della situazione più recente, ma soprattutto restituiscono la dimensione dell'andamento storico, in modo specifico con riguardo ai dati censuari relativi a questi servizi.

Nelle pagine che seguono si dà conto di quanto rilevato attraverso questa indagine a partire da una breve ricostruzione delle modalità attraverso cui le istituzioni statali e alcune organizzazioni sociali si sono occupate delle questioni legate al tema dell'adolescenza in Italia. Questo allo scopo di inquadrare i servizi consultoriali all'interno del più ampio ventaglio di interventi realizzati a favore dei giovani che ha visto un momento particolarmente ricco a partire dai primi anni '90; viene illustrato, quindi, il ruolo svolto dai servizi consultoriali e le strategie messe in atto al fine di offrire una risposta adeguata alle problematiche degli adolescenti. Vengono altresì descritte le procedure e la metodologia della ricerca, nonché gli strumenti e le tecniche utilizzate per realizzarla. In ultimo, vengono illustrati i risultati della ricerca desunti dalle interviste rivolte ai responsabili e agli operatori dei consultori, a coloro cioè che concretamente mettono in atto le strategie di intervento a favore dei giovani.

Oltre all'analisi dell'apparato organizzativo dei servizi consultoriali, l'indagine ha cercato anche di entrare nel mondo adolescenziale attraverso lo sguardo di coloro che sono a costante contatto con quel mondo e con le sue questioni più intime: gli operatori dei consultori. A questi ultimi – ritenuti i *testimoni qualificati* di un mondo che è quotidianamente sotto i loro occhi, con il quale interagiscono e che, pertanto, possono autorevolmente valutare – è stato richiesto di esprimere la loro opinione circa i comportamenti, i gusti, gli stili di vita più diffusi tra i giovani nonché sull'universo valoriale di riferimento.

Cap. 1
L'ADOLESCENTE
E I SERVIZI SOCIALI[9]

1.1. Chi si occupa di adolescenti: i servizi istituzionali

In seguito ad una disamina delle indicazioni programmatiche che si possono ricavare dalla costituzione italiana e dal codice civile, in relazione all'adolescenza come fase della vita da tutelare, si passerà a considerare i primi tentativi concretamente messi in atto dallo stato italiano per trasformare tali indicazioni programmatiche in specifiche iniziative legislative, che è possibile far risalire al periodo che va dalla seconda metà degli anni '70 sino agli inizi degli anni '80.

Come si vedrà nel corso della trattazione, le iniziative prodotte ai vari livelli della gestione amministrativa pubblica (stato, regioni, province e comuni) e dai diversi enti locali (in particolare, le amministrazioni comunali e le unità sanitarie locali), a cui sono state delegate le responsabilità in materia di adolescenza ed età minorile, hanno raggiunto un elevato livello di diffusione sul territorio soltanto nel periodo a cavallo dei primi anni '90. Di conseguenza, una sezione notevole di questo paragrafo viene dedicata alla valutazione delle esperienze relative a tale periodo, ad una sorta di primo bilancio dell'efficacia delle politiche a favore dell'adolescenza, ad una stima della misura in cui le iniziative concretamente messe in atto sono in armonia con gli orientamenti espressi dalle leggi che li hanno ispirati. A tale scopo, vengono prese in considerazione ed esaminate alcune ricerche che si sono specificamente occupate di politiche per l'adolescenza e, in particolare, si farà riferimento alle due indagini che nel 1988 e nel 1993 il Centro di Documentazione e Ricerche del Gruppo Abele di Torino ha condotto per conto del Ministero dell'Interno su tutto il territorio nazionale[10].

---

[9] Capitolo di Fabrizio Martire.

[10] Cfr. Ministero dell'Interno – Direzione Generale dei Servizi Civili, 1989; Ministero dell'Interno – Direzione Generale dei Servizi Civili, 1994.

Nella terza sezione del paragrafo vengono individuate e illustrate le più recenti iniziative governative e, in particolare, la legge n. 285 del 1997, attraverso cui vengono riformulate, secondo principi ispiratori del tutto nuovi, le linee guida delle politiche in favore dell'adolescenza. Tali iniziative vengono esaminate nel dettaglio con lo scopo di far emergere quale idea di adolescenza presuppongono, che ruolo viene attribuito alla famiglia in relazione al pieno sviluppo delle potenzialità tipiche della fase adolescenziale, che tipo di integrazione viene promossa tra enti locali, scuola e associazionismo nella progettazione e gestione delle politiche in favore dell'adolescenza.

Conclusa quest'ultima sezione, quindi, si avrà un quadro generale di riferimenti storici e normativi sulla cui base inserire l'analisi relativa al funzionamento dei servizi consultoriali, effettuata attraverso questo lavoro di ricerca, i cui livelli di efficacia potranno essere più correttamente valutati sulla scorta dei risultati di esperienze precedenti e le cui prospettive e potenzialità saranno discusse in relazione al complesso dell'iniziativa politica generale verso l'adolescenza, espressa sul finire degli anni '90.

1.2. Riferimenti normativi di base per i diritti dell'adolescente

Il primo ostacolo di carattere generale in cui si imbatte la definizione e la programmazione di una qualsiasi politica per gli adolescenti è costituito dal fatto che nel sistema giuridico italiano l'adolescente non è riconosciuto come portatore di specifici diritti[11]. Nelle sezioni della carta costituzionale dedicate alla famiglia, all'infanzia, all'istruzione o alla salute viene fatto riferimento alla generica figura del minore, cioè a tutti gli individui di età compresa tra zero e diciotto anni, senza alcun accenno alle diversità possibili all'interno di questa eterogenea fascia di età. La stessa impostazione è rinvenibile nel codice civile: i primi due momenti della vita che assumono la più alta rilevanza giuridica sono la *nascita*, con la quale si acquista la capacità di esercitare i propri diritti e il *raggiungimento della maggiore età*, momento in cui, di fronte alla legge, si diventa pienamente responsabili delle proprie azioni[12].

In effetti, rispetto ad alcune tematiche il codice civile e quello penale attribuiscono rilevanza giuridica a particolari momenti dell'adolescenza: ad esempio, il compimento del quattordicesimo anno di età implica la possibilità di essere penalmente responsabili di alcuni reati e quella di poter essere considerati parte lesa nei processi. Tuttavia, in relazione ai temi della tutela e della formazione del minore, i codici fondamentali dello stato non sembrano proporre momenti di passaggio cruciali tra la nascita e il raggiungimento della maggiore età.

---

[11] Cfr. Ministero dell'Interno – Direzione Generale dei Servizi Civili, 1986.
[12] Cfr. Viganotti, Vitobello, Vulcano, (a cura di), 1989.

La carta costituzionale pone principalmente in evidenza la natura del minore come persona *non completa* e *non autonoma*. Infatti, la Repubblica Italiana - attraverso le sue leggi e le sue istituzioni - ha il compito di *tutelare* e *proteggere* i minori durante il loro percorso di crescita e maturazione. La condizione di minore viene interpretata come condizione di *passaggio*. Nella Costituzione l'interesse dello stato verso i minori è vincolato all'assunzione di una prospettiva ben precisa: il minore è un *adulto in potenza*. L'assunzione di tale prospettiva ha delle conseguenze abbastanza significative. Sembra mancare un chiaro riferimento al minore come soggetto attivo e protagonista. La sua crescita equilibrata e il buon esito del percorso formativo della sua identità vengono prevalentemente delegate ad una rete di istituzioni che, a vario titolo, vengono in tal senso responsabilizzate. La famiglia, la scuola, l'assistenza sociale e quella sanitaria hanno il compito di correggere eventuali derive dei minori dal loro percorso di crescita "normale" e non quello di facilitare l'autonoma iniziativa attraverso cui potrebbe esprimere la propria personalità. Coerentemente a tale impostazione, l'idea di minore che sembra emergere dai codici fondamentali dello stato lo configura come un *individuo portatore di bisogni*, piuttosto che come un *soggetto titolare di diritti*.

Passando dalle indicazioni programmatiche desumibili dalla carta costituzionale alle prime leggi promulgate per rendere operative tali indicazioni, l'impostazione generale subisce una sensibile modifica. La legge 151/75 – attraverso cui viene proposto un riordino del diritto di famiglia – attribuisce alla famiglia una certa priorità rispetto ad altre istituzioni in materia di educazione dei minori, d'altra parte tale priorità non si configura come una forma di *discrezionalità incondizionata* sul percorso formativo del minore stesso. Infatti, nell'articolo 1 della legge in questione, viene ribadito che l'attività educativa della famiglia deve tener conto delle (ed essere vincolata alle) *inclinazioni* e *specificità* del minore, le cui aspirazioni non devono essere frustrate dall'imposizione di un modello educativo idiosincratico con esse. Di conseguenza, sembra disegnarsi uno scenario in cui il minore, almeno in una certa misura, partecipa attivamente al suo processo formativo.

La priorità che viene attribuita alla famiglia in base all'articolo 1 della legge 151/75 non va tuttavia intesa come un *dovere* da parte della famiglia stessa di provvedere alla buona educazione del figlio. L'interpretazione congiunta dell'articolo 31 della Costituzione e dell'articolo 333 del codice civile non colpevolizza il genitore che non è in grado di educare i propri figli. Il mancato assolvimento di questa funzione specifica non comporta per lui una *sanzione*, bensì un *sostegno*. Tale interpretazione risulta cruciale ai fini di una connotazione non privatistica (cioè, di esclusiva pertinenza della relazione genitori/figli) del processo educativo dei minori che viene inserito in una prospettiva di ampia partecipazione collettiva che apre la strada alle possibilità di intervento da parte di specifiche istituzioni pubbliche e soggetti privati.

Tale cambio di prospettiva ha portato – nel periodo a cavallo tra la fine degli anni ’70 e l’inizio degli anni ‘80 – una vera e propria evoluzione culturale e normativa in materia di rapporto educativo, in particolare attraverso le leggi 616/77; 184/83; 448/88. L’indirizzo complessivo che emerge in questo periodo pone l’accento sul diritto del minore di essere educato all’interno della propria famiglia, attribuendo alle istituzioni il compito di coadiuvare i genitori in questa difficile impresa. Gli interventi statali in materia di educazione non dovrebbero, quindi, configurarsi come *sostitutivi* del ruolo dei genitori (come lo sono, ad esempio, gli istituti di accoglienza per minori “difficili” e devianti), bensì *di supporto* ad esso.

Seguendo questa linea di indirizzo, l’amministrazione pubblica dovrebbe primariamente impegnarsi nell’*educare* e *preparare* i genitori al loro difficile mestiere. Proprio tale funzione educativa e preparatoria sembra particolarmente adatta ad essere perseguita attraverso i consultori familiari che vennero istituiti con legge dello stato verso la metà degli anni ’70 e che quindi trovarono in questa rinnovata visione del rapporto educativo l’occasione per definire più specificatamente il loro ruolo all’interno del sistema di assistenza sociale italiano.

Le politiche legislative orientate ai minori non si sono limitate solo alla questione dell’educazione in ambito familiare, al contrario particolare attenzione è stata dedicata ai temi dell’istruzione e della formazione e ai problemi della devianza e della delinquenza minorile[13]. Ovviamente, l’istruzione e la formazione intellettuale del minore costituiscono ambito di competenza quasi esclusiva della scuola, tuttavia non sono mancate – già a partire dai primi anni settanta – iniziative politiche volte ad integrare la dimensione propriamente educativa e formativa con quella del *lavoro* da una parte, e con quella del *tempo libero* dall’altra. Si può anticipare che, come linea di tendenza generale, tale integrazione bifronte è stata affidata alle iniziative e all’azione degli enti locali e dell’associazionismo giovanile.

Durante gli anni settanta esplose per la prima volta in forma preoccupante il problema della disoccupazione giovanile. La legge 285/77 comprendeva alcuni provvedimenti appositamente predisposti per affrontare tale emergenza. Da una lettura complessiva dei singoli provvedimenti, emerge una chiara responsabilizzazione degli enti locali. Il finanziamento di specifiche opere socialmente utili – da promuovere a livello locale – costituiva una delle modalità di intervento previste per fronteggiare la disoccupazione tra i giovani. Un secondo provvedimento promuoveva la diffusione di contratti di formazione/lavoro attraverso l’istituzione di apposite agevolazioni per le aziende che avessero fatto ricorso a tale forma di reclutamento. Nelle poche iniziative significative che tale provvedimento riuscì a produrre fu l’ente

---

[13] Cfr. Ministero dell’Interno - Direzione Generale dei Servizi Civili, 1986.

locale ad operare come decisivo elemento di raccordo tra la pubblica amministrazione e i soggetti economici privati, dalla cui capacità di iniziativa dipendeva la buona riuscita del provvedimento in questione.

Più o meno nello stesso periodo storico muta l'orientamento politico nei confronti del tempo libero. Sino alla fine degli anni sessanta il tempo libero dei minori veniva considerato un momento assolutamente indipendente e autonomo dal tempo educativo, come se la crescita e la formazione del minore si interrompessero nelle ore che vengono dedicate alle attività ludiche. Negli anni settanta tale impostazione subì una importante modifica: le istituzioni cominciarono ad interessarsi del tempo libero dei giovani, le scuole cominciano a dotarsi di spazi e risorse per attivare un tipo di doposcuola informato da una logica integrativa tra attività di classe e gioco. Tuttavia, in questi anni il collegamento tra scuola e tempo libero si sostanzia prevalentemente in relazione ad uno dei tanti modi di impegnare il tempo libero: l'attività sportiva. Verso l'inizio degli anni ottanta, forse anche in relazione all'inserimento degli handicappati nelle attività scolastiche, l'atteggiamento delle istituzioni verso il tempo libero cambia ancora, o meglio, la linea di tendenza avviata negli anni settanta viene portata alle sue estreme conseguenze: le istituzioni cominciano ad interessarsi ad ulteriori aspetti del tempo libero che vanno al di là della singola dimensione sportiva, orientando specifiche iniziative soprattutto verso le abitudini di consumo culturale dei ragazzi.

Un altro ambito di attività in cui gli enti locali sono stati chiamati a giocare un ruolo cruciale di mediazione e promozione è costituito dalle questioni relative alla delinquenza e alla devianza minorile.

Negli anni settanta, attraverso alcune leggi, lo stato ha dato impulso ad un certo grado di *autonomia attiva* delle regioni, delegando loro potere legislativo in relazione a specifiche materie. Per quel che concerne i problemi legati al disadattamento è stato promosso "il coinvolgimento degli enti locali, a livello operativo e programmatico, nella gestione della devianza, col superamento delle precedenti separazioni tra ambiente ed istituzioni delegate"[14]. Con tale provvedimento il legislatore intendeva, da una parte, agganciare le attività di istituzioni come i tribunali minorili, gli istituti di detenzione e di rieducazione con le iniziative e le risorse che emergono dall'associazionismo locale e, più in generale, dalla società civile radicata in un dato territorio e, dall'altra, responsabilizzare gli enti locali in vista della concretizzazione di tale aggancio. Il ruolo di mediazione degli enti locali si inseriva in un ampio intento programmatico che si potrebbe definire bifronte: da una parte, "il tentativo di superare la concezione della 'detenzione' come unica forma di pena, mediante l'adozione di interventi alternativi, in condizione di libertà e semilibertà"; dall'altra "l'accento sempre più rilevante posto sulla

---

[14] *Ibidem*, pag. 111.

prevenzione, intesa soprattutto come tutela e protezione dei minori fin dall'infanzia, per favorire uno sviluppo fisico, psichico e sociale il più equilibrato possibile"[15].

Fin qui è stata presa in considerazione esclusivamente la produzione legislativa attraverso cui è stato possibile ricostruire gli orientamenti di base dello stato italiano verso le problematiche dei minori in generale. Ma il complesso delle iniziative delle istituzioni pubbliche a favore dei giovani non si esaurisce con la promulgazione di leggi programmatiche e provvedimenti. Pertanto, si ritiene opportuno passare a illustrare nel dettaglio i primi veri e propri progetti di intervento specificatamente diretti al variegato mondo dell'adolescenza e della pre-adolescenza.

Storicamente, la prima iniziativa progettuale predisposta dalle istituzioni per intervenire sulle problematiche adolescenziali è stata quella dei *progetti giovani*[16]. Come considerazione di fondo, si può replicare, anche nel caso dei *progetti giovani*, ciò che è stato notato a proposito della Costituzione Italiana e dei codici fondamentali dello stato: "La rimozione della specificità adolescenziale da parte della società adulta è 'coerentemente' rilevabile anche nelle politiche istituzionali.

I progetti complessivamente si rivolgono al mondo giovanile, che comunque viene inteso nella sua concezione più ampia; è invece assente un'attenzione particolare per la fascia adolescenziale, sia a livello di impostazione teorica che a quello di realizzazioni operative."[17]

Un altro aspetto da sottolineare è costituito dalla mancanza, da parte delle istituzioni pubbliche a livello nazionale, di indicazioni univoche su come programmare e gestire i *progetti giovani*. Questa latitanza dell'amministrazione centrale dello stato ha avuto l'effetto positivo di consentire agli enti locali – unici titolari dei *progetti giovani* – di tarare la progettazione e l'esecuzione degli interventi sulle esigenze e le risorse emergenti dalla specifica realtà locale in cui si trovavano ad operare. Questo ha permesso, da una parte, di valorizzare la rete di associazioni giovanili attive sul territorio, dall'altra di modulare in modo autonomo gli interventi, allocando le risorse in modo funzionale rispetto ai tipi e alla gravità dei problemi presenti sul territorio stesso.

In relazione alla gestione e alla articolazione dei *progetti giovani*, questi sono stati amministrati dagli enti locali sostanzialmente in due modi: una prima strada seguita è stata quella di rendere operative specifiche forme di

---

[15] *Ibidem*, pag. 111, corsivo non nel testo.

[16] Per una dettagliata descrizione degli aspetti normativi e organizzativi di tale forma di progetto-intervento vedi: AA. VV., 1988; Cagliumi, 1993; Costantini, 1990; comune di Salerno, 1991; Massa, 1990; Ministero dell'Interno, 1989; Ministero dell'Interno, 1986; Schwartzenberg, 1991; Testa, 1991.

[17] Ministero dell'Interno – Direzione Generale dei Servizi Civili, 1986, pag. 116.

coordinamento tra gli assessorati che, dal punto di vista delle loro particolari pertinenze, hanno a che fare con le problematiche giovanili; di conseguenza, gli obiettivi e le modalità di attuazione dei progetti sono stati definiti collegialmente; altri enti locali, invece, hanno adottato una diversa strategia: la costituzione di un apparato gestionale originale e specificatamente dedicato al progetto giovani in questione – apparato gestionale che, a sua volta, poteva operare in due modi: progettare e amministrare il progetto in modo autonomo e indipendente rispetto ai vari assessorati, oppure definire obiettivi e linee programmatiche e poi coordinare il coinvolgimento degli altri apparati amministrativi nella fase di realizzazione del progetto.

In relazione all'articolazione dei progetti, le linee di tendenza generali che sembrano aver dominato la scena agli esordi dell'esperienza dei *progetti giovani*, sono due: da una parte, si registra il tentativo di programmare interventi complessi, predisposti per agire su problematiche diverse come il tempo libero, la formazione e la devianza; dall'altra, abbiamo tutti quei progetti focalizzati esclusivamente o quasi sul tempo libero.

L'introduzione dei *progetti giovani* corrisponde ad una fase pionieristica dell'intervento pubblico orientato verso i minori, fase che coincide con il tentativo di ricucire lo strappo tra mondo giovanile e istituzioni che negli anni settanta, parallelamente a quello inter-generazionale, aveva assunto proporzioni destabilizzanti. Forse anche per questo motivo, le prime esperienze di *progetti giovani* si sono verificate nei grandi centri urbani del nord, dove la protesta giovanile raggiunse la massima portata. In queste realtà urbane i *progetti giovani* si configurarono come iniziativa sperimentale attraverso cui offrire al disagio giovanile una risposta unitaria in grado di superare le frammentarie specificità dei campi d'azione dell'ente locale e, soprattutto, con lo scopo di coinvolgere i giovani nella progettazione degli interventi concepiti per loro, attraverso la cooptazione delle rappresentanze dell'associazionismo giovanile, sia in sede progettuale che in fase di realizzazione.

Sostanzialmente, agli esordi dei *progetti giovani* si delinea una situazione tale che la loro attivazione avviene proprio in quei contesti che sembrano averne meno bisogno. Gli enti locali più attivi (i grandi comuni del nord) sembrano essere quelli in cui le problematiche adolescenziali più urgenti – disoccupazione, livello formativo e disadattamento – non raggiungono dimensioni preoccupanti[18]. Parallelamente la costituzione dei primi *progetti giovani* non sembra assumere un ruolo propulsivo nei confronti dell'impegno degli enti locali per i problemi dei minori, anzi "l'attivismo dei comuni progettuali pare costituire più un fattore di determinazione del progetto che un effetto della sua istituzione"[19].

---

[18] Ranci, 1989.
[19] Ranci, 1989, p. 49.

1.3. L'impegno delle istituzioni per i giovani: una prima valutazione

Come è stato accennato in conclusione del paragrafo precedente, i primi *progetti giovani* furono costituiti nelle realtà altamente urbanizzate del nord-Italia. A tutto il 1988 si potevano contare 26 *progetti giovani* attivi, di cui circa l'86% erano insediati nei capoluoghi di provincia. Le regioni più rappresentate erano la Toscana, il Piemonte, ma soprattutto la Lombardia[20]. È stato evidenziato che un primo significativo elemento di rottura introdotto dai *progetti giovani*, rispetto agli stili amministrativi precedenti, è costituito dal tentativo di calibrare i contenuti e le modalità degli interventi sulle esigenze che emergono dal tessuto sociale locale. Di conseguenza, in queste prime esperienze di *progetti giovani*, si è posto il problema di come stimare tali esigenze. Rispetto a questa necessità i primi *progetti giovani* hanno predisposto tre diversi tipi di soluzioni:

1) l'analisi dei bisogni giovanili attraverso le categorie sociologiche e della ricerca sociale;
2) la discussione interna tra i titolari del progetto che cercano di definire la domanda giovanile in virtù delle loro conoscenze e supposizioni, piuttosto che rilevarla direttamente;
3) Il coinvolgimento delle rappresentanze dell'associazionismo giovanile nella fase di progettazione dell'intervento.

I limiti della seconda strategia appaiono immediatamente evidenti, tanto che essa sembra costituire una sorta di scelta forzata in quei casi in cui l'ente locale del progetto ha a disposizione scarse risorse per la sua realizzazione e in cui manca una adeguata forma di contatto tra amministratori pubblici e associazionismo privato.

Per quel che concerne la prima strategia, sono state adottate diverse opzioni. Alcuni comuni hanno istituito centri studi od osservatori permanenti sulle dinamiche giovanili, mentre altri hanno preferito limitarsi alla conduzione di ricerche *spot* i cui risultati sono stati poi utilizzati per definire gli obiettivi del Progetto.

Infine, la terza strategia si espone al rischio della scarsa *rappresentatività*: non è in nessun modo scontato che le associazioni giovanili presenti sul territorio abbiano il polso della generale situazione dei minori presenti sul territorio stesso.

Non è azzardato ipotizzare che i giovani che in varia misura si avvicinano all'associazionismo costituiscano una porzione selezionata della più ampia popolazione giovanile, e che possano sussistere delle sacche di disagio e disadattamento marginali anche rispetto al mondo delle associazioni.

---

[20] Cfr. Ministero dell'Interno, 1989.

È bene ora passare, dalle modalità di definizione della "domanda", alla formazione ed erogazione della "offerta".

Una delle aree di intervento maggiormente frequentate dai primi *progetti giovani* è costituita dalla dimensione dell'*aggregazione* e della *socializzazione*. Gli strumenti adottati per affrontare tale esigenza hanno subito un rapido mutamento di tendenza. La quasi totalità dei primi *progetti giovani* si era dotata di una struttura polifunzionale centrale, solitamente denominata Centro Giovani, che doveva servire da polo d'attrazione per i ragazzi e per i loro eterogenei interessi.

La ricerca condotta dal Gruppo Abele nel 1988, in collaborazione con la Direzione generale dei servizi civili del Ministero dell'Interno, ha evidenziato come "nel corso di due soli anni sembra essersi innescata una linea di tendenza che porta a privilegiare il lavoro all'esterno delle strutture, al di fuori cioè, di schemi, orari e programmi definiti."[21]

In relazione all'area della *formazione* e del *lavoro*, i primi *progetti giovani* non sembrano aver predisposto risorse e strumenti particolarmente significativi sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo. Il discorso opposto vale, invece, per l'area della *emarginazione* e della *devianza*. Anche in questo caso si è assistito ad un importante mutamento di tendenza che sembra sottendere un corrispondente cambiamento nell'approccio al disagio sociale. Infatti, già nei primi anni di attività dei *progetti giovani* si assiste ad un'inversione di rotta: con una prevalenza degli interventi e dei progetti di carattere preventivo rispetto a quelli di carattere riparativo od assistenziale"[22].

Per "interventi a carattere preventivo" bisogna intendere soprattutto occasioni di crescita e informazione da attivare sul territorio, piuttosto che la preparazione e gestione di veri e propri corsi nel senso più tradizionale del termine.

Proprio l'area dell'*informazione* si è dimostrata in grado di catalizzare in misura notevole le risorse dei *progetti giovani* e il Centro Informazioni sembra aver progressivamente sostituito il Centro Giovani, a cui abbiamo accennato in precedenza, come simbolo e immagine stessa del progetto nel suo complesso. Nell'area dell'informazione la novità che ha cominciato a caratterizzare i progetti di seconda generazione è stata quella degli osservatori e dei centri di documentazione e ricerche, strutture permanenti predisposte per il monitoraggio delle dinamiche giovanili.

Le riflessioni appena proposte si riferiscono ai *progetti giovani* che, in qualche modo, possiamo definire pionieristici. Tale modalità di intervento da

---

[21] Ministero dell'Interno, 1989, p. 41.
[22] *Ibidem*, pag. 43.

parte delle pubbliche istituzioni in favore dei minori, ha conosciuto la sua maggiore diffusione soltanto in un momento successivo. Il 90% circa dei *progetti giovani* sviluppati in seno alle amministrazioni comunali censiti dalla ricerca del Gruppo Abele del 1993, sono stati concepiti e ideati solo a partire dalla seconda metà degli anni '80[23]. Il Nord, in particolare, è stato caratterizzato da una notevole vivacità progettuale, nella seconda metà degli anni ottanta. Quando si passa a considerare la fase di concreta realizzazione, si può notare come, a fronte di un 60% di iniziative progettate nella seconda metà degli anni ottanta, solo il 48% dei progetti censiti sono stati attuati nello stesso periodo. Tale dato evidenzia che in molti casi il completamento della fase esecutiva è stato raggiunto con un certo ritardo soprattutto nel Sud Italia.

Si è fatto cenno in precedenza al fatto che un importante elemento di rottura, che ha caratterizzato i *progetti giovani* rispetto a precedenti iniziative istituzionali, è stato il tentativo di definire gli indirizzi e gli orientamenti di intervento attraverso una qualche forma di indagine conoscitiva. In molti casi, le amministrazioni comunali si sono affidate, anche se non esclusivamente, ad indagini sociologiche sulla condizione giovanile nel suo complesso (63%), mentre molto sporadico è stato il ricorso a ricerche su tematiche specifiche. Sembra quindi che il ricorso alla ricerca sociale abbia lo scopo di orientare l'amministrazione comunale nello sfaccettato e spesso ignoto universo giovanile, configurandosi come strumento conoscitivo tipico attraverso cui i titolari dei progetti si formano quella *conoscenza di base e di sfondo* per scegliere gli indirizzi generali e i settori di intervento delle proprie iniziative.

Un altro canale conoscitivo largamente utilizzato dai titolari dei progetti censiti è stato la *consultazione di testimoni privilegiati*. Scendendo maggiormente nel dettaglio possiamo specificare che nella maggior parte dei casi (53%) i testimoni privilegiati sono stati scelti internamente all'amministrazione comunale tra le cariche politiche e il personale tecnico che a vario titolo hanno a che fare con le problematiche giovanili. Notevole (48%) è stato anche il ricorso alla consultazione di soggetti esterni come i rappresentati delle forze dell'ordine o delle istituzioni religiose che, dal loro particolare punto di vista, godono di una visione continua e d'insieme sul mondo giovanile locale. Sensibilmente inferiore (40%) risulta, invece, la consultazione con esponenti dell'associazionismo giovanile privato. Tale dato sembra ridimensionare l'idea di una *partecipazione allargata* a soggetti non istituzionali nella gestione dei *progetti giovani*, almeno per quel che concerne la fase di progettazione. Sono poche le amministrazioni comunali che chiamano in causa direttamente quei soggetti che hanno un quotidiano e constante contatto con i destinatari delle loro iniziative politiche.

---

[23] Cfr. Ministero dell'Interno, 1994. I dati su cui si basa questa sezione, dedicata all'offerta di politiche pubbliche per gli adolescenti negli anni ottanta e nei primi anni novanta, sono tratti dalla ricerca sopra citata.

Quando si prendono in considerazione gli obiettivi che si prefiggono, i progetti censiti nel 1992 dal Gruppo Abele fanno registrare una sensibile differenza con quanto era emerso in relazione ai dati relativi alla prima metà degli anni ottanta. La *prevenzione* è infatti diventata l'area di intervento maggiormente frequentata (84%), superando quella della socializzazione e aggregazione che comunque resta tra gli interessi specifici dei *progetti giovani* (77%). Notevoli sono anche le risorse impiegate per l'educazione e la formazione (67%), in particolare sono i grandi centri urbani che investono maggiormente in tale obiettivo (85%).

Al di là degli specifici obiettivi che si prefiggono, è opportuno sottolineare che i *progetti giovani* hanno la tendenza ad essere *generalisti* per quel che riguarda la definizione della popolazione dei loro destinatari. Soltanto nel 20% circa dei progetti censiti si registra un tentativo di specificare una particolare fascia adolescenziale su cui intervenire o un'area territoriale particolarmente difficile dove concentrare risorse e strumenti.

Da questi dati emerge abbastanza chiaramente l'approccio politico che sottende la costituzione di un *progetto giovani* da parte di un'amministrazione comunale. Il *progetto giovani* si configura come concretizzazione unica e catalizzatrice di tutta la possibile ed eterogenea iniziativa politica del comune orientata al mondo giovanile. Esso non viene concepito come strumento mirato per intervenire laddove il disagio effettivamente sussiste, ma come atto squisitamente politico, immagine e simbolo dell'attenzione dell'amministrazione locale verso il mondo giovanile. A conferma di questa lettura, si può citare un ulteriore dato: settantaquattro progetti su cento sono stati concepiti per raggiungere quattro o più obiettivi contemporaneamente.

Fermi restando gli obiettivi e le priorità prevalenti dei *progetti giovani*, ci si può interrogare sulle modalità attraverso cui tali interessi vengono perseguiti. Uno dei settori di intervento maggiormente frequentati dai *progetti giovani* è quello del *disadattamento* e della *devianza*, sia in ottica preventiva che di recupero. Le specifiche iniziative attraverso cui vengono principalmente affrontate queste due problematiche sembrano attribuire al *progetto giovani* un ruolo di riferimento, raccordo e coordinamento nei confronti di risorse e servizi sociali preesistenti ad esso. La prevenzione del disagio e della devianza viene, infatti, perseguita soprattutto attraverso iniziative formative da tenere presso gli istituti scolastici (42%), mentre il recupero dei casi devianti vede i *progetti giovani* impegnati nell'inserimento di ragazzi difficili nel mondo dell'associazionismo giovanile (37%), nel reinserimento di ex detenuti in specifiche realtà produttive locali (29%), oppure infine nell'affidamento in prova al servizio sociale (29%). La stessa chiave di lettura può essere applicata ai due altri settori di intervento principalmente frequentati dai *progetti giovani*: *aggregazione*/*socializzazione* e *tempo libero*.

Oltre alla creazione di laboratori ludico-espressivi (53%) e l'organizzazione di attività estive per adolescenti (60%), i *progetti giovani* si preoccupa-

no di valorizzare le risorse e le potenzialità del mondo dell'associazionismo privato, promuovendo la nascita di nuove organizzazioni (41%) o sostenendo quelle già esistenti soprattutto nel settore dello sport (45%).

Tra i settori di intervento meno considerati in sede progettuale incontriamo quelli dell'*educazione sociosanitaria* (16%), dell'*istruzione scolastica* (29%) e della *formazione professionale* (16%). Da un punto di vista ufficiale e formale sembra, quindi, che i *progetti giovani* tendano a lasciare in secondo piano l'attività più esplicitamente formativa ed educativa, a vantaggio di campi di intervento più leggeri come possono essere quello del tempo libero e dell'aggregazione. In realtà, questa lettura può risultare forzata e fuorviante alla luce dei dati che abbiamo a disposizione sulla gestione e organizzazione dei *progetti giovani* censiti nel 1992. Risulta, infatti, che il tipo di operatore più diffusamente utilizzato nei *progetti giovani* – sia tra il personale interno che tra i collaboratori esterni – è la figura dell'*educatore*. Una lettura più corretta ed equilibrata dei dati, quindi, offre un'immagine più complessa e articolata dei *progetti giovani*. Il momento educativo viene sperimentato in contesti diversi e non tradizionali: affidando la gestione delle attività non specificatamente educative alle competenze degli educatori si cerca di valorizzare il potenziale formativo di dimensioni leggere come possono essere quella della socializzazione/aggregazione e del tempo libero; oppure, trattando la questione da un punto di vista opposto, si cerca di dare maggiore efficacia alle attività educative "diluendole" in contesti e situazioni che favoriscano la partecipazione attiva dei giovani.

Come già detto in precedenza, i titolari dei *progetti giovani* hanno cercato di attribuire a tali interventi un ruolo di coordinamento e raccordo nei confronti di soggetti collettivi orientati verso il mondo giovanile e già operanti sul territorio. Si vedrà ora nel dettaglio che tipo di collaborazioni si sono instaurate tra amministrazioni comunali e associazionismo. Il contributo dei soggetti non istituzionali alla realizzazione dei progetti assume sostanzialmente le seguenti forme:

1) utilizzo delle risorse di varie realtà associative presenti sul territorio (96%);
2) coinvolgimento nella fase progettuale di specifici interventi nel settore educativo/formativo (66%);
3) sostegno materiale (sedi e attrezzature) alle attività delle diverse associazioni (56%);
4) erogazione di contributi economici in relazione a specifici progetti (49%);
5) erogazione di contributi economici sulla base della programmazione generale del progetto (44%).

In molti casi, la gestione e la realizzazione dei progetti dipende in modo strutturale dalle risorse esterne all'amministrazione comunale, con particola-

re riferimento alle "risorse umane", cioè a dire figure professionali specializzate come, ad esempio, quella dell'insegnante, dell'educatore e dell'animatore che vengono prevalentemente reclutate tra il personale delle associazioni private e hanno una pregressa esperienza nella conduzione di quelle attività che il progetto intende coprire.

Indubbiamente, le associazioni di volontariato costituiscono un bacino privilegiato da cui attingere (47%) ma, dato il forte orientamento di molti progetti verso iniziative ludiche, è soprattutto con le associazioni sportive, ricreative e culturali che si instaura un rapporto sistematico e duraturo per quel che concerne il reclutamento del personale (58%). Una conferma indiretta di questo può essere riscontrata nel fatto che i tipi di associazione più frequentemente presenti negli *organismi di coordinamento* dei progetti sono gli enti che promuovono attività sportive (19%). Proprio quest'ultimo dato sembra confermare quanto è stato detto nel paragrafo precedente con riguardo al tentativo in atto nell'organizzazione dei *progetti giovani* di conferire valenza educativa alle attività ludiche e ricreative. Il livello di collaborazione che i titolari dei *progetti giovani* intrattengono con le associazioni educative non è quantitativamente rilevante (30%), mentre abbiamo visto che la progettazione di iniziative formative costituisce una delle più frequenti occasioni di interazione tra *progetti giovani* e associazionismo privato (66%). In via indiretta, se ne può dedurre che tendenzialmente la progettazione e l'organizzazione delle attività educative all'interno dei *progetti giovani* vedono la partecipazione attiva di soggetti che non hanno una specifica preparazione né uno specifico orientamento verso tale settore d'intervento.

1.4. Le istituzioni e i giovani: i recenti orientamenti delle politiche per gli adolescenti

All'inizio della seconda metà degli anni novanta, il governo Prodi ha investito un notevole impegno istituzionale diretto alle problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza. Il primo passo è stato la realizzazione di una ricerca su scala nazionale volta all'aumento e alla sistematizzazione della conoscenza delle condizioni dei giovani nel nostro Paese[24]. Le indicazioni emerse da tale sforzo conoscitivo hanno successivamente guidato la preparazione e la realizzazione del primo "Piano d'Azione" del Governo Italiano per l'Infanzia e l'Adolescenza", la cui stesura ha visto la collaborazione coordinata di tutte le più alte istituzioni della Repubblica. Gli impegni presi in questo "'Piano d'Azione"' hanno trovato le loro più significative realizzazioni nella leggi n. 285 e n. 451 del 1997 e in specifiche attività promosse e realiz-

[24] I risultati di tale ricerca sono stati pubblicati in Dipartimento Affari Sociali, 1996.

zate da quei Ministeri il cui campo d'azione offre occasioni di intervento sul complesso e poliedrico mondo giovanile. Questa terza ed ultima sezione è dedicata all'analisi e alla discussione degli indirizzi di politica generale che emergono da tale attività legislativa e che costituiscono il contesto normativo e istituzionale in cui inserire l'analisi dei consultori per adolescenti, a cui saranno dedicati i capitoli successivi.

Sono ormai passati quasi sei anni dalla promulgazione delle leggi n. 285 e 451 del 1997 che, tuttavia, mantengono il loro ruolo orientativo nei confronti della più recente attività normativa in materia di adolescenti. In questi ultimi anni lo Stato, le regioni e i comuni hanno operato all'interno di un preciso quadro di riferimento articolato sui principi guida promossi nel 1997. Le recenti rassegne delle attività legislative orientate ai giovani[25] offrono una rappresentazione molto chiara: i diversi livelli della pubblica amministrazione dalla fine degli anni novanta sono impegnati nel difficile compito di tradurre i principi e gli obiettivi generali stabiliti nel 1997 in esperienze concrete, adattando funzionalmente strategie e iniziative agli specifici contesti sociali delle aree territoriali in cui si promuovono interventi per l'adolescenza.

Il Piano d'Azione si pone tra gli obiettivi prioritari quello della *valorizzazione del territorio*. Specificatamente per "valorizzazione del territorio" si intende non soltanto la piena responsabilizzazione dell'ente locale, ma anche il coinvolgimento sistematico e organizzato di tutte le varie espressioni del tessuto sociale in cui i minori vivono la loro quotidianità. Tale strategia di intervento ha come presupposto una sostanziale modifica della concezione del ruolo che le istituzioni pubbliche devono assumere nei confronti dell'universo giovanile. Obiettivo primario non è più la prevenzione o la cura di specifiche forme e situazioni di disagio, quanto la realizzazione di un complesso sistema di attività coordinate tra soggetti pubblici e privati in grado di agire costantemente e diffusamente sulla *qualità della vita* dei giovani, offrendo loro occasioni di crescita e arricchimento, in un regime che non sia di *eccezionalità* come poteva essere quello in cui l'ente locale progettava interventi specifici e a tempo determinato.

Un altro impegno a cui il Piano d'Azione attribuisce una certa precedenza e priorità è quello dell'aumento e della sistematizzazione delle conoscenze del mondo giovanile a cui si è già accennato in precedenza. Il Piano d'Azione si basa sui risultati di una ricerca notevole per dimensioni e risorse impiegate. Le alte istituzioni dello stato che hanno promosso il Piano d'Azione sembrano avere la chiara intenzione di non lasciare che tale attività conoscitiva resti un episodio isolato. Nella parte del Piano d'Azione dedicato alle iniziative legislative da promuovere si legge: "tutto il sistema degli

---

[25] Si veda, ad esempio, AA.VV., 2002, Istituto degli Innocenti.

interventi di politica minorile *deve poter far riferimento ad un sistema certo e coordinato di conoscenze della reale condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*. Per questo motivo è di grande importanza che il parlamento approvi rapidamente la proposta di legge Calzolaio (ed altri) che istituisce l'O*sservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza* e che disciplina il funzionamento del *Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi* sulla condizione minorile nonché il raccordo di tali organismi con analoghe istituzioni regionali[26]".

Tornando al discorso sulla valorizzazione del territorio, si può notare come alcune specifiche iniziative programmate dai ministeri si pongano precisamente in linea con l'orientamento di fondo che intende promuovere lo sviluppo di una rete di connessioni tra soggetti pubblici e privati per l'erogazione di servizi per l'infanzia e l'adolescenza. I Ministeri della Sanità, della Solidarietà Sociale, delle Pari Opportunità e della Pubblica Istruzione hanno proposto una iniziativa coordinata attraverso cui introdurre un *doppio livello di integrazione*:

1) tra settori di intervento (sociale, sanitario, occupazionale);
2) tra soggetti sociali (ad esempio tra strutture di ricovero, scuola, consultori, ma anche famiglie).

Problemi come quello dell'integrazione dei minori portatori di handicap, della dispersione scolastica, della prevenzione della criminalità vengono letti ed affrontati secondo una logica di rete in base alla quale vengono progettati interventi che prevedono la partecipazione coordinata di soggetti istituzionali e non istituzionali.

Tali interventi, inoltre, sono concepiti partendo dal presupposto che ogni proposta di soluzione per un problema specifico (ad esempio la dispersione scolastica) deve tener conto delle sue conseguenze sugli altri aspetti della vita dei ragazzi (ad esempio, la sfera della socializzazione) a cui tale intervento è diretto, in modo tale da dar vita ad una iniziativa in grado di inserirsi in modo armonico nel contesto quotidiano delle persone.

Si passano ora a considerare, nel dettaglio, le due leggi del 1997 attraverso cui le alte istituzioni della Repubblica hanno imposto una chiara direzione alle politiche per l'infanzia e l'adolescenza.

La legge 285 del 28 agosto 1997 istituisce, presso la presidenza del consiglio dei ministri, "il fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza" finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, *privilegiando l'ambiente ad esse più confacente ovvero la famiglia*"[28].

---

[26] Dipartimento Affari Sociali, 1999, p. 35.
[28] *Ibidem*, p. 56, corsivo non nel testo.

Viene, quindi, proposto un tipo di intervento assolutamente non centrato sulle strutture pubbliche, ma che anzi attribuisce alle risorse dello stato un ruolo in qualche modo ancillare e di sostegno alla piena realizzazione delle potenzialità educative/formative della famiglia. Il passo indietro dello stato non è solo nei confronti della famiglia. Nell'articolo 2 della legge dedicata agli ambiti territoriali di intervento si legge: "gli enti locali assicurano al partecipazione delle *organizzazioni non lucrative* di utilità sociale *nella definizione dei piani di intervento*"[29]. La centralità della famiglia emerge anche dalle finalità che i progetti devono proporsi per poter essere finanziati dal Fondo:

a) servizi di preparazione e di sostegno alla relazione genitori-figli;
b) servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero;
c) promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
d) valorizzazione delle diversità etniche, culturali e di genere;
e) sostegno alle famiglie naturali o affidatarie che abbiano al loro interno almeno un minore handicappato al fine di migliorare la qualità della vita del gruppo famiglia per evitare qualsiasi forma di emarginazione e istituzionalizzazione.

La legge in questione non si limita a stanziare un fondo e individuare le priorità programmatiche verso cui orientare le risorse economiche previste da tale fondo. Degno di menzione è anche il ruolo che viene attribuito al *dipartimento degli affari sociali*, organismo direttamente dipendente dalla presidenza del consiglio dei ministri. Ad esso viene affidata la supervisione di tutta la fase di realizzazione della 285/97. Tale organismo ha, infatti, il compito di monitorare e supportare i progetti di intervento locali che entrano nella sfera di competenza della legge, questo attraverso lo svolgimento di alcune specifiche funzioni:

1) costituzione di una banca dati dei progetti realizzati per l'infanzia e l'adolescenza;
2) diffusione delle conoscenze al fine di migliorare la qualità dei progetti presentati e realizzati;
3) assistenza e consulenza – su richiesta degli enti locali – per la stesura dei progetti e la gestione della fase di realizzazione degli stessi.

Si può concludere, quindi, che la legge 285/97 è fondata su un principio di *sussidiarietà* in virtù del quale lo stato nel suo complesso riconosce alla famiglia e all'ambiente naturale del minore una sorta di priorità in base alla quale gli interventi devono essere modulati. Emerge l'esigenza di eliminare qualsiasi tipo di iniziativa pubblica che sia in qualche misura *sostitutiva* della

---

[29] *Ibidem*, p. 57, corsivo non nel testo.

famiglia, in favore di quei tipi di interventi orientati al pieno sviluppo delle potenzialità formative dei vari gruppi primari (famiglia, amici) all'interno dei quali gli adolescenti sviluppano la loro personalità. Tuttavia, se lo stato nel suo complesso fa un passo indietro, è importante individuare e sottolineare significative differenze tra diversi tipi di strutture pubbliche: la logica della sussidiarietà sembra valorizzare il ruolo di tutti quei servizi che si pongono l'obiettivo di preparare, educare, orientare e sostenere le famiglie e gli adolescenti che hanno bisogno, senza per questo estrapolarli dal loro contesto quotidiano e naturale.

In questa categoria rientrano a pieno diritto i servizi consultoriali che si propongono quasi come espressione o simbolo di questa rinnovata concezione della politica in favore dell'adolescenza.

Cap. 2
I CONSULTORI PER ADOLESCENTI NEL NUOVO MILLENNIO: STRUTTURA, ORGANIZZAZIONE E STRATEGIE OPERATIVE

2.1. Disegno e metodologia della ricerca[30]

Le precedenti indagini condotte dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale sui servizi per adolescenti, attivati presso le Aziende USL, hanno consentito di mettere in luce alcuni aspetti peculiari e problematici della realtà di questi servizi. Tra gli aspetti di maggior rilievo, è emerso che l'istituzione dei consultori/spazi per adolescenti è piuttosto recente[31] ed è in buona parte da ascrivere all'iniziativa delle aziende sanitarie locali o ad una autonoma decisione da parte degli operatori. Spesso, quindi, la programmazione ed azione di queste strutture risulta personalizzata, non coordinata a livello centrale e scarsamente pianificata finanziariamente e temporalmente. Proprio per queste ragioni sono pochi i servizi che dispongono di operatori disponibili a tempo pieno per le attività consultoriali. Gli operatori presenti nelle strutture prestano la loro attività perlopiù a tempo parziale e sono spesso impegnati anche in altri servizi delle ASL. Di qui le difficoltà dei servizi quando l'affluenza al consultorio aumenta e si incrementano e diversificano le istanze presentate dagli adolescenti.

Una realtà caratterizzata, dunque, da peculiarità e dinamiche proprie di strutture più vicine al modello delle organizzazioni *no-profit* che al modello di organizzazioni pubbliche. Le strutture consultoriali appaiono, inoltre, improntate ad un forte livello di informalità nella gestione delle attività e fondate, soprattutto, sulla capacità di iniziativa e sull'entusiasmo degli operatori. Un altro tratto distintivo di questi servizi è l'approccio complessivo ai problemi e alle esigenze dell'adolescente. La maggior parte dei consultori cerca di offrire alla popolazione adolescenziale un ampio ventaglio di prestazioni

---

[30] Paragrafo di Gabriella Sebastiani.
[31] La maggioranza dei servizi è stato istituito dopo il 1992.

sia di tipo sanitario che di tipo psicosociale. Si evidenzia infatti una equilibrata presenza di figure professionali sanitarie (soprattutto ginecologi ma anche di altre figure mediche) e di profili professionali a carattere psicosociale, quali psicologi e assistenti sociali. Questi ultimi impegnati nell'ambito della prevenzione del disagio adolescenziale e, in alcuni casi, nelle problematiche dei giovani caduti nella tossicodipendenza.

Sostanzialmente, emerge dunque il ruolo assolto dai servizi per adolescenti nella prevenzione sia in ambito sanitario che in quello del disagio e della devianza. La discreta diffusione territoriale e la capacità di iniziativa delle strutture lasciano ipotizzare che, nella fase attuale in cui è ancora carente, se non assente, una vera e propria politica per gli adolescenti a livello istituzionale - sia nazionale che regionale - queste strutture stiano svolgendo, e potranno ancor più svolgere nel futuro, un ruolo rilevante nel settore sociosanitario, che rappresenta da sempre un "anello debole" delle politiche sociali. Spesso, per integrare la loro azione con quella di altri soggetti impegnati per l'adolescente o per compensare la carenza di risorse e figure professionali, molti consultori collaborano con altri servizi ed istituzioni e partecipano attivamente a specifici progetti, mostrando una buona capacità di attivarsi in rete.

Tra gli aspetti problematici emerge, inoltre, la necessità percepita dagli operatori del monitoraggio della domanda e della valutazione della efficacia delle attività. L'attuale fase di evoluzione dei servizi sociosanitari è caratterizzata dalla esigenza sia di una adeguata analisi della domanda finalizzata alla definizione di programmi e alla realizzazione di interventi che rispondano ai bisogni, sia di conseguenti attività di valutazione sulla capacità degli interventi di incidere sul disagio e sulla devianza. Nel caso dei consultori per gli adolescenti, proprio per le ragioni anzidette, queste due dimensioni appaiono essenziali nell'ottica di una più adeguata capacità di intervento su un disagio adolescenziale che sembra diffondersi in misura crescente, evolvendosi e manifestandosi con modalità diverse sempre più complesse.

Alla luce di quanto emerso è nata l'esigenza di approfondire alcuni aspetti dell'attività dei consultori per adolescenti. In particolare, l'indagine in oggetto ha centrato l'attenzione sulle seguenti aree:

a) la dimensione "istituzionale" dei servizi: il processo di costituzione dei consultori sul territorio nazionale è, come si è potuto rilevare nel censimento, ancora recente e in fase di evoluzione, soprattutto nell'Italia meridionale. Per questa ragione ha assunto particolare rilievo, ai fini di una implementazione del processo in atto, l'analisi dei fattori che favoriscono e determinano la costituzione di tali strutture, con particolare riferimento ai processi decisionali attivati nelle fasi iniziali e relativi alla definizione degli obiettivi e alla realizzazione dei programmi.
b) L'organizzazione interna: l'analisi delle organizzazioni di servizio

dedica molta attenzione ai processi organizzativi interni che assicurano la funzionalità e la continuità del servizio. Il caso dei consultori per adolescenti sembra evidenziare la possibilità di attivare, anche con risorse limitate, una capacità strategica di intervento. Oggetto dell'analisi sono state, quindi, le caratteristiche organizzative delle strutture per gli adolescenti con particolare riguardo alle risorse impegnate nel servizio, alle modalità di divisione del lavoro, alle modalità di analisi della domanda, programmazione e valutazione delle attività alle caratteristiche dell'organizzazione professionale. L'analisi delle dinamiche organizzative di questi servizi e l'esame delle motivazioni degli operatori a sviluppare l'impegno nel settore rappresenta, infatti, un campo di indagine i cui risultati possono offrire contributi significativi sul piano organizzativo, motivazionale, gestionale, programmatorio per altri settori delle politiche sociosanitarie.

c) Le modalità di offerta delle prestazioni e di comunicazione con gli adolescenti: rappresentano indubbiamente l'aspetto più delicato dell'attività delle strutture consultoriali. L'adolescente, infatti, costituisce un *target* particolarmente "difficile" da coinvolgere, poco disponibile a modalità di contatto rigide e strutturate, diffidente nei confronti dei servizi sociosanitari e scarsamente disponibile a rivelare ad un operatore adulto situazioni di malessere, anche profonde. In tale ambito, attraverso questo lavoro ricerca, si è inteso studiare le modalità di erogazione delle prestazioni e, soprattutto, le modalità di accoglienza e la capacità di penetrazione sul territorio. Di particolare rilevanza sono le attività che possono essere definite di *marketing* del consultorio, ovvero le iniziative finalizzate alla pubblicizzazione della struttura e al contatto con l'utenza potenziale.

d) Le rappresentazioni sociali degli operatori in relazione all'adolescenza e al ruolo che essi stessi svolgono nel sostegno dello sviluppo della personalità adolescenziale e nella prevenzione e recupero del disagio e della devianza.

e) La dimensione propositiva: individuare strumenti di sviluppo delle realtà consultoriali significa, in primo luogo, interpellare coloro che vivono in prima persona i problemi e le esigenze delle strutture e che hanno, conseguentemente, un quadro più preciso degli strumenti necessari ad una migliore operatività dei servizi. Con l'indagine si è inteso pertanto indagare sulla percezione, da parte degli operatori, delle principali difficoltà che attualmente caratterizzano le attività dei consultori, sulle proposte circa le possibili linee di intervento e sulle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi individuati come prioritari.

Coerentemente con le potenzialità che i servizi per gli adolescenti sembrano mostrare e con gli aspetti problematici della loro gestione emersi dal-

l'indagine censuaria, lo studio che si sta presentando è stato orientato in funzione dei seguenti obiettivi:

1) valutazione delle strategie di intervento per la prevenzione e il recupero del disagio e della devianza nella popolazione adolescenziale;
2) individuazione dei fattori di efficacia delle metodologie di prevenzione;
3) comparazione dei modelli organizzativi più diffusi tra le strutture consultoriali per adolescenti;
4) identificazione delle possibili linee di sviluppo e *empowerment* dei servizi in funzione di una maggiore efficacia delle politiche sociosanitarie per gli adolescenti.

2.2. Gli strumenti di rilevazione[32]

Per procedere alla costruzione degli strumenti di rilevazione è stata prevista una fase preliminare di indagine di sfondo nel corso della quale sono state realizzate una serie di interviste in profondità a coordinatori ed operatori di alcuni consultori distribuiti sul territorio nazionale. Il lavoro svolto ha consentito, quindi, di ridefinire e dettagliare le aree tematiche, di far emergere aspetti problematici non individuati, di mettere a punto in modo adeguato gli strumenti di rilevazione per condurre le interviste presso tutti i consultori per adolescenti distribuiti sul territorio nazionale.

Sono stati, quindi, predisposti due questionari strutturati inviati per posta, il primo indirizzato ai referenti dei servizi consultoriali (Allegato 1) per l'analisi degli aspetti istituzionali ed organizzativi ed il secondo rivolto agli operatori (Allegato 2) per l'analisi della dimensione delle rappresentazioni sociali e delle proposte.

Le due rilevazioni, condotte in fasi parallele, hanno consentito pertanto di restituire sia un quadro "oggettivo" delle caratteristiche e del funzionamento del consultorio sia l'immagine e la percezione degli operatori, che hanno fornito un quadro "soggettivo" e più vicino al vissuto quotidiano del servizio.

2.3. I consultori per adolescenti: tipologia dei servizi e la distribuzione sul territorio dal 1995 al 2001[33]

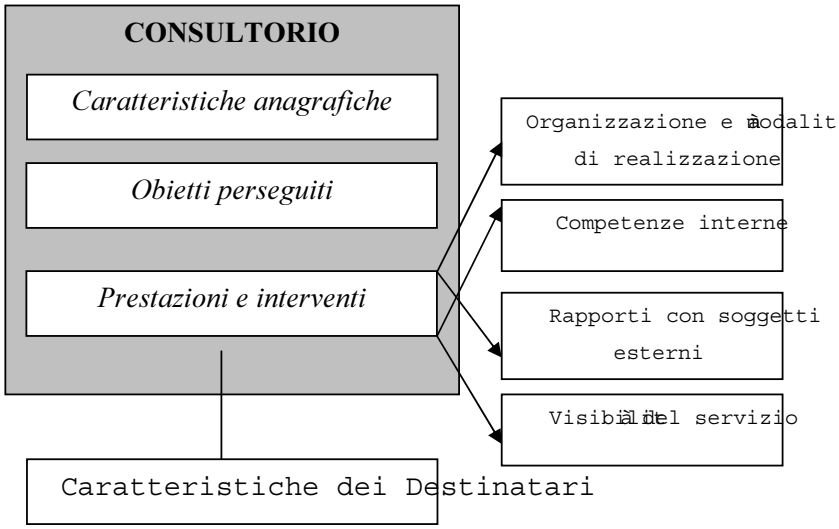
L'indagine sui consultori realizzata dall'IIMS nel 1995[34] ha orientato la stesura di questa sezione del rapporto di ricerca nel senso che, per consentire una lettura diacronica dei risultati, si è cercato, laddove possibile, di rimarcare lo schema del rapporto relativo a quella indagine, riportando il confronto

---

[32] Paragrafo di Gabriella Sebastiani.
[33] Paragrafo di Anna Ancora.
[34] Cfr. Pirone, Guazzini, Sebastiani, Petrelli, 1999.

tra i dati e mettendo in luce i cambiamenti più significativi, a partire da una preliminare disamina delle caratteristiche generali dei consultori che hanno preso parte a questa indagine. A partire, quindi, da una connotazione a carattere anagrafico dei consultori, si procede con il delinearne gli obiettivi perseguiti, le modalità strategico/operative e le caratteristiche generali della popolazione destinataria cui si rivolgono; si descrive la struttura organizzativa, le funzioni, la rete di rapporti e gli attori che rendono operativi tali servizi e che consentono di perseguirne le finalità. Per illustrare più chiaramente gli elementi considerati in questa analisi, si propone, di seguito, un modello esemplificativo.

Figura 1 - Elementi rilevanti per la descrizione dei consultori per adolescenti



Prima di procedere all'illustrazione dei risultati, è opportuno riportare una nota di carattere puramente informativo con riguardo alle fonti relative ai dati generali sulla struttura compositiva, istituzionale e organizzativa dei consultori. Tali dati sono stati desunti dalle interviste rivolte ai soli coordinatori. Dal momento che di tale figura non si è rilevata la presenza presso tutte le strutture coinvolte nell'indagine, i dati a disposizione in merito a questi aspetti riguardano solo ed esclusivamente 188 consultori sul totale delle 287 strutture che hanno risposto ai questionari (pari quindi al 65,5%).

Molto ampia è stata la partecipazione a questa indagine: i coordinatori e gli operatori che hanno risposto ai 1500 questionari, inviati per posta, sono in totale 974, di cui 786 operatori e 188 coordinatori. Il ritorno delle adesioni si

attesta, pertanto, intorno al 64,9%; considerando che, solitamente, le indagini effettuate con questionario inviato per posta comportano una mortalità del campione che si aggira intorno all'85%, il risultato ottenuto, in questo caso (caduta del 35,1%), può considerarsi già altamente soddisfacente.

Anche da un punto di vista della generalizzabilità dei risultati, si può considerare un ottimo risultato il fatto che i rispondenti operino in 287 strutture consultoriali, che coprono il 50,5% di quelle attivate sul territorio nazionale, al momento della rilevazione, e che si distribuiscono come illustrato nella tabella che segue.

Tabella 1 – Quadro della distribuzione territoriale dei consultori che hanno preso parte all'indagine (%)[35]

Regioni	% sul totale Quota di consultori sul totale	% di Copertura regionale
Piemonte	12,9	82,2
Valle d'Aosta	0,3	100,0
Lombardia	21,6	96,9
Provincia autonoma di Bolzano	1,0	60,0
Provincia autonoma di Trento	0,3	50,0
Veneto	8,0	62,2
Friuli Venezia Giulia	0,7	66,7
Liguria	5,2	78,9
Emilia Romagna	7,0	76,9
TOTALE NORD ITALIA	***50,2***	***81,8***
	(144)	
Toscana	3,8	31,4
Umbria	2,1	66,7
Marche	2,4	53,8
Lazio	7,3	41,2
TOTALE CENTRO ITALIA	***23,3***	***46,2***
	(67)	
Abruzzo	0,7	18,2
Molise	0,3	50,0
Campania	3,5	22,2
Puglia	4,9	35,9
Basilicata	4,9	82,4
Calabria	2,8	29,6
TOTALE SUD ITALIA	***16,4***	***36,2***
	47)	
Sicilia	8,4	24,2
Sardegna	1,7	27,8
TOTALE ISOLE	***10,1***	***24,8***
	(29)	
TOTALE	**100,0**	**50,5**
	(287)	

Fonte: IIMS, 2001

[35] La prima colonna di questa tabella mostra la distribuzione percentuale per regione dei consultori che hanno partecipato all'indagine, con i sub-totali relativi alla ripartizione tra nord, centro, sud e isole; la seconda colonna riporta la percentuale di copertura dei consultori che hanno partecipato all'indagine sul totale dei consultori presenti in ogni singola regione e ripartizione geografica considerata.

Dalla Tabella 1 risulta evidente l'altissima partecipazione delle strutture consultoriali del nord Italia, tra cui spicca il caso della Lombardia che associa, a un'elevata percentuale di consultori presenti nella regione, un'altissima percentuale di adesione all'indagine. La partecipazione diviene sempre meno massiccia scendendo al centro, verso sud e isole: l'adesione più bassa – pari al 18,2% dei consultori presenti nella regione – si registra, infatti, per l'Abruzzo, seguito dalla Campania, per la quale hanno risposto il 22,2% delle strutture consultoriali attivate nella regione. Al di là, comunque, delle differenze esaminate e riscontrabili, tutte le 21 regioni risultano rappresentate in quest'indagine, almeno nella misura del 18% delle strutture al loro interno presenti.

Passando ora a considerare i risultati più rilevanti a livello censuario, si rileva che le strutture presenti sul territorio nazionale nel 2001 sono risultate essere in totale 568, dislocate nelle 21 regioni italiane, così come illustrato nella figura sottostante.

Figura 2 - Consultori per adolescenti in Italia, per Regione, nel 2001

Le evidenti differenze tra il numero di strutture attivato nelle diverse regioni, non consentono di trarre inferenze comparative adeguate circa la maggiore o minore presenza di strutture consultoriali – dal momento che sarebbe opportuno tener conto di alcuni parametri di confronto necessari come, ad esempio, la diversa estensione territoriale delle regioni, il numero di province, la cospicuità della potenziale utenza[36]; è, però, interessante rilevare la situazione dei mutamenti verificatisi, alla luce dell'analisi degli incrementi e dei decrementi dei servizi, nell'arco di tempo intercorso dal 1995 al 2001.

Tabella 2 - Mutamenti avvenuti dal 1995 al 2001 sulla diffusione dei consultori per adolescenti nelle regioni italiane (v.a. e %)[37]

Regione	1995 (v.a.)	2001 (v.a.)	Nuovi consultori (v.a.)	Indice di variazione regionale[38] (%)	Incidenza dell'incremento regionale su quello nazionale[39] (%)
Abruzzo	7	11	+4	+57%	+1,8%
Basilicata	4	17	+13	**+325%**	+5,9%
Bolzano	0	5	+5	**+500%**	+2,3%
Calabria	8	27	+19	**+238%**	+8,6%
Campania	30	45	+15	+50%	+6,8%
Emilia Romagna	25	26	+1	+4%	+0,5%
Friuli Venezia Giulia	4	3	-1	**-25%**	**-0,5%**
Lazio	48	51	+3	+6%	+1,4%
Liguria	13	19	+6	+46%	+2,7%
Lombardia	34	64	+30	+88%	**+13,6%**
Marche	6	13	+7	+117%	+3,2%
Molise	1	2	+1	+100%	+0,5%
Piemonte	18	45	+27	**+150%**	**+12,3%**
Puglia	44	39	-5	**-11%**	**-2,3%**
Sardegna	13	18	+5	+38%	+2,3%
Sicilia	44	99	+55	**+125%**	**+25,0%**
Toscana	21	35	+14	+67%	+6,4%
Trento	1	2	+1	+100%	+0,5%
Umbria	3	9	+6	**+200%**	+2,7%
Valle d'Aosta	0	1	+1	+100%	+0,5%
Veneto	24	37	+13	+54%	+5,9%
Totale	**348**	**568**	**+220**	**+63%**	**100,0%**
nord	*119*	*202*	*+83*	*70%*	***+37,7%***
Centro	*78*	*108*	*+30*	*38%*	*+13,6%*
sud	*94*	*141*	*+47*	*50%*	*+21,4%*
isole	*57*	*117*	*+60*	*105%*	*+27,3%*
Totale	***348***	***568***	***+220***	***+63%***	***100,0%***

Fonte: IIMS, 2001

[36] Sul rapporto tra numero di strutture consultoriali attive e popolazione utente, si veda più avanti, in questo paragrafo.
[37] V.a. = valori assoluti; le regioni sono in ordine alfabetico.
[38] Questo indice è ottenuto rapportando il numero dei nuovi consultori attivati in ogni singola regione al totale delle strutture esistenti nella stessa regione nel 1995. Tale valore fornisce quindi una misura dell'aumento o della diminuzione dei consultori ponderato rispetto a quanti ne erano già presenti (e quindi ci dice se questi sono raddoppiati o dimezzati, triplicati ecc.).
[39] Questo valore – ottenuto rapportando il numero dei nuovi consultori, attivati all'interno delle singole regioni, al totale complessivo dei nuovi consultori - esprime la portata della variazione avvenuta all'interno di ogni regione, tenendo conto della complessiva variazione a livello nazionale.

Considerando, per cominciare, il dato in valore assoluto, si può riscontrare una generale crescita del numero dei consultori a livello nazionale, pari a un incremento del 63%: i consultori si moltiplicano, in misura diversa in tutte le regioni, fatta eccezione per la Puglia e il Friuli, uniche regione per le quali si registra una diminuzione: la Puglia, pur perdendo un numero più alto di strutture rispetto al Friuli, registra una caduta minore rispetto a quelle che erano attivate fino al 1995. Infatti, la Puglia ha nel 2001 l'11% in meno dei consultori che aveva nel 1995, mentre il Friuli il 25% in meno.

Confrontando gli incrementi delle altre regioni, tenendo conto del numero delle strutture precedentemente esistenti all'interno di ciascuna di esse, la crescita più alta si registra per la provincia autonoma di Bolzano, che attiva le sue prime 5 strutture. Notevoli gli aumenti anche per Basilicata, Calabria, Umbria e Piemonte, mentre piuttosto stabile risulta la situazione per Emilia Romagna e Lazio. Raddoppiano le piccole regioni del Molise e della Valle d'Aosta, insieme alla provincia autonoma di Trento. La regione che (in valore assoluto) ha attivato più strutture è la Sicilia, che ne aggiunge ben 55 alle 44 attivate precedentemente, registrando un incremento del +125% e incidendo nella misura del 25% sul generale andamento di crescita dei consultori a livello nazionale, seguita da Lombardia e Piemonte. Il nord Italia è quello che totalizza il maggior numero di strutture in più[40], anche se le isole sono quelle che presentano una variazione maggiore, rispetto al numero delle strutture attivate fino al 1995.

Considerando invece l'andamento alla luce dei valori percentuali[41], il confronto tra il dato del 1995 e quello del 2001 sollecita ulteriori interessanti considerazioni.

Il primo dato da evidenziare è che, mentre leggendo i valori assoluti, solo due regioni registravano un andamento negativo, prendendo in considerazione la percentuale di strutture delle regioni rispetto ai totali nazionali la situazione cambia notevolmente, poiché sono ben 9 le regioni che perdono punti percentuali. Emblematici sono il caso dell'Emilia Romagna e, ancor di più, del Lazio: la prima, pur registrando la perdita di una sola struttura, percentualmente è la regione del nord per la quale si rileva il decremento più elevato (-2,6%); la seconda, addirittura passando da 48 a 51 strutture, in percentuale risulta perdere ben 4,8% punti, classificandosi al secondo posto dei decrementi più elevati (la Puglia è al primo posto con -5,7%). Anche il Veneto, la Liguria, l'Abruzzo, la Campania e la Sardegna, pur aumentando le strutture al loro interno, risultano percentualmente in calo.

---

[40] Si tenga presente però che per il nord Italia il calcolo viene operato su ben otto regioni.

[41] Considerando, cioè, la percentuale di strutture presenti in ogni regione rispetto al totale nazionale, fino al 1995 e al 2001, e calcolandone le differenze.

L'incremento più alto, leggendo il dato percentuale, è da attribuire alle isole, che aumentano di 4,2 punti percentuali, mentre l'incremento del nord Italia risulta più contenuto, rispetto alla precedente lettura, e ciò avviene perché in un andamento di crescita generale i decrementi, anche più lievi, pesano in misura incisiva. Il Piemonte e la Lombardia sono, invece, le regioni del nord per le quali si registra, anche in questo caso, la crescita maggiore. Centro e sud perdono entrambi peso, rispettivamente nella misura del –3,4% e del –2,2%.

Tabella 3 – I consultori per adolescenti in Italia dal 1995 al 2001 (%)

Regioni	1995	2001	Incrementi/ decrementi
Piemonte	5,2	7,9	+2,7
Valle d'Aosta	-	0,2	+0,2
Lombardia	9,8	11,3	+1,5
Provincia autonoma di Bolzano	-	0,9	+0,9
Provincia autonoma di Trento	0,3	0,4	+0,1
Veneto	6,9	6,5	-0,4
Friuli Venezia Giulia	1,1	0,5	-0,6
Liguria	3,7	3,3	-0,4
Emilia Romagna	7,2	4,6	-2,6
TOTALE NORD ITALIA	**34,2**	**35,6**	**+1,4**
	(119)	***(202)***	
Toscana	6,0	6,2	+0,2
Umbria	0,9	1,6	+0,7
Marche	1,7	2,3	+0,6
Lazio	13,8	9,0	-4,8
TOTALE CENTRO ITALIA	**22,4**	**19,0**	**-3,4**
	(78)	***(108)***	
Abruzzo	2,0	1,9	-0,1
Molise	0,3	0,4	+0,1
Campania	8,6	7,9	-0,7
Puglia	12,6	6,9	-5,7
Basilicata	1,1	3,0	+1,9
Calabria	2,3	4,8	+2,5
TOTALE SUD ITALIA	**27,0**	**24,8**	**-2,2**
	(94)	***(141)***	
Sicilia	12,6	17,4	+4,8
Sardegna	3,8	3,2	-0,6
TOTALE ISOLE	**16,4**	**20,6**	**+4,2**
	(57)	***(117)***	
TOTALE	**100,0**	**100,0**	**+63,2**
	(348)	**(568)**	**(+220)**

Fonte: IIMS, 2001

Come si è già evidenziato, per valutare adeguatamente il quadro degli andamenti di attivazione dei servizi, è opportuno il riferimento ad alcuni

parametri significativi come, ad esempio, l'effettiva necessità di attivazione del servizio, per la quale un indicatore valido è rappresentato dalla consistenza numerica dell'utenza potenziale presente sul territorio.

Tabella 4 - Flussi della popolazione tra i 13 e i 20 anni nelle regioni italiane (v.a. e %)

Regione	1995 (v.a.)	2001 (v.a.)	Indice variazione regionale %
Abruzzo	142.930	111.952	-21,7%
Basilicata	78.280	61.157	-21,9%
Calabria	287.128	222.084	-22,7%
Campania	766.147	646.316	-15,6%
Emilia Romagna	376.997	246.084	-34,7%
Friuli Venezia Giulia	118.829	74.726	-37,1%
Lazio	597.108	426.010	-28,7%
Liguria	151.323	93.428	-38,3%
Lombardia	968.804	659.332	-31,9%
Marche	148.817	111.441	-25,1%
Molise	37.918	29.975	-20,9%
Piemonte	435.607	291.346	-33,1%
Puglia	570.024	428.116	-24,9%
Sardegna	227.902	159.979	-29,8%
Sicilia	659.223	532.793	-19,2%
Toscana	353.224	236.009	-33,2%
Trento e Bolzano	99.696	77.857	-21,9%
Umbria	81.680	61.675	-24,5%
Veneto	494.315	332.948	-32,6%
Totale	**6.595.952**	**4.811.293**	**-27,2%**
Media	*347.155*	*252.801*	*-27,3%*
Minimo	*37.918*	*29.975*	*-15,6%*
Massimo	*968.804*	*659.332*	*-38,3%*

Fonte: ISTAT - archivio in rete www.istat.it

Dai dati ISTAT risulta che la popolazione in età compresa tra i 13 e i 20 anni, nel corso dei 6 anni dal 1995 al 2001, decresce in tutte le regioni, in media del –27,3%. La perdita maggiore riguarda la Liguria, che raggiunge quasi il 40% in meno di giovani, seguita da Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Piemonte, Veneto e Lombardia: tutte regioni che perdono più del 30% di popolazione giovane. Di poco superiore alla media la perdita di Lazio e Sardegna, mentre ben al di sotto di essa è il calo registrato per la Sicilia e la Campania.

La prima osservazione che salta agli occhi è che al generale andamento positivo delle attivazioni dei servizi consultoriali non si accompagna quello

della crescita della popolazione giovanile: i consultori crescono, a dispetto dei decrementi della potenziale utenza. Mettendo a confronto gli indici di variazione regionale dei consultori attivati e della popolazione giovanile, ci si aspetterebbe che nelle regioni con forti decrementi di popolazione si verificasse un decremento delle strutture o una situazione di stabilità o, al più, un incremento minimo dei consultori. Questo è vero solo per alcune regioni; in altri casi, si verifica l'esatto opposto della correlazione attesa. Si tratta, nello specifico, della Liguria, del Piemonte e della Lombardia: soprattutto le ultime due perdono oltre il 30% della popolazione giovanile, ma sono ai primi posti nella classifica degli aumenti; la Liguria è quella che perde di più in popolazione e, in effetti, non presenta un aumento delle strutture eclatante.

Tabella 5 – Confronto tra la variazione regionale della popolazione e quella dei consultori (%)

Regione	Indici di variazione regionale		Incrementi e decrementi dei consultori
	Popolazione	Consultori	Consultori
Abruzzo	-21,7%	+57%	+1,8%
Basilicata	-21,9%	+325%	+5,9%
Calabria	-22,7%	+238%	+8,6%
Campania	-15,6%	+50%	+6,8%
Emilia Romagna	-34,7%	+4%	+0,5%
Friuli Venezia Giulia	-37,1%	-25%	-0,5%
Lazio	-28,7%	+6%	+1,4%
Liguria	-38,3%	+46%	+2,7%
Lombardia	-31,9%	+88%	+13,6%
Marche	-25,1%	+117%	+3,2%
Molise	-20,9%	+100%	+0,5%
Piemonte	-33,1%	+150%	+12,3%
Puglia	-24,9%	-11%	-2,3%
Sardegna	-29,8%	+38%	+2,3%
Sicilia	-19,2%	+125%	+25,0%
Toscana	-33,2%	+67%	+6,4%
Trento e Bolzano	-21,9%	+600%	+2,7%
Umbria	-24,5%	+200%	+2,7%
Veneto	-32,6%	+54%	+5,9%
Totale	**-27,2%**	**+63%**	**100,0%**

Fonte: IIMS, 2001. I dati relativi alla popolazione sono desunti dagli archivi in rete ISTAT

Ma il dato che offre la possibilità di una riflessione più circostanziata alla luce del confronto tra l'andamento delle attivazioni delle strutture e i flussi della popolazione è quello relativo al rapporto tra il numero di utenza potenziale e il numero di strutture presenti sul territorio.

Tabella 6 – Numero di utenti per consultorio e variazione all'interno di ogni regione (v.a. e %)

	Numero di utenti per consultorio		Variazioni	
Regione	**1995 (v.a.)**	**2001 (v.a.)**	**(v.a.)**	**Indice di variazione regionale %**
Abruzzo	20.419	10.177	-10.241	-50,2%
Basilicata	19.570	3.597	-15.973	-81,6%
Calabria	35.891	8.225	-27.666	-77,1%
Campania	25.538	14.363	-11.176	-43,8%
Emilia	15.080	9.465	-5.615	-37,2%
Friuli	29.707	24.909	-4.799	-16,2%
Lazio	12.440	8.353	-4.087	-32,9%
Liguria	11.640	4.917	-6.723	-57,8%
Lombardia	28.494	10.302	-18.192	-63,8%
Marche	24.803	8.572	-16.230	-65,4%
Molise	37.918	14.988	-22.931	-60,5%
Piemonte	24.200	6.474	-17.726	-73,2%
Puglia	12.955	10.977	-1.978	-15,3%
Sardegna	17.531	8.888	-8.643	-49,3%
Sicilia	14.982	5.382	-9.601	-64,1%
Toscana	16.820	6.743	-10.077	-59,9%
Trento e Bolzano	99.696	11.122	-88.574	-88,8%
Umbria	27.227	6.853	-20.374	-74,8%
Veneto	20.596	8.999	-11.598	-56,3%
Totale	**18.954**	**8.471**	**-10.483**	**-55,3%**
Media	26.079	9.648	-16.432	-63,0%
Minimo	11.640	3.597	-88.574	-88,8%
Massimo	99.696	24.909	-1.978	-15,3%

Fonte: IIMS, 2001

Indubbiamente i due flussi – popolazione giovanile in diminuzione e consultori in aumento – contribuiscono a ottimizzare il rapporto tra numero di potenziale utenza e strutture attivate che, dal 1995 al 2001, può far fronte alla propria utenza contando su un miglioramento nella proporzione del 55,3%. Le regioni in cui questo rapporto migliora di più sono le province autonome di Trento e Bolzano, la Basilicata, la Calabria, l'Umbria e il Piemonte. Il Friuli e la Puglia sono le regioni in cui questo rapporto diminuisce in misura più lieve: il decremento della popolazione giovanile non contribuisce a migliorare in modo incisivo il rapporto tra numero di utenti e strutture dato il forte andamento negativo riscontrabile nelle attivazioni dei servizi.

2.4. Processo e dinamiche di attivazione dei servizi consultoriali per adolescenti[42]

Coerentemente ai risultati relativi al censimento del 1995[43], alla luce di quanto emerge da questa indagine, la maggior parte delle strutture sono spazi interni al consultorio adibiti al servizio per adolescenti. In cinque anni la tendenza tra le due distribuzioni ha avuto un andamento esattamente opposto: mentre sono cresciuti i consultori per adolescenti, sono diminuiti gli spazi interni adibiti al servizio. Ciò porta a presumere che possa essersi verificato un processo di istituzionalizzazione tale per cui i precedenti spazi sono diventati delle strutture più definite e con un'autonomia propria.

Tabella 7 – Tipologia delle strutture consultoriali (%)

Tipo di struttura	2001	1995	Variazione
Consultorio per adolescenti	19,2	13,2	+6,0
Spazio interno al consultorio familiare	80,8	86,8	-6,0
Totale	**100,0**	**100,0**	
	(188)	**(348)**	

Fonte: IIMS, 2001

Questa tendenza dei consultori per adolescenti a costituirsi con una propria identità e un proprio ruolo ben separato dal consultorio familiare si può riscontrare anche nel dato relativo all'ubicazione degli spazi fisici adibiti al servizio per adolescenti. Diminuiscono, infatti – sempre rispetto al precedente censimento – gli spazi per adolescenti collocati presso il consultorio familiare e aumentano i servizi attivati all'esterno, in sedi separate (Tabella 8).

Tabella 8 – Tipologia delle strutture consultoriali (%)

Ubicazione dello spazio per adolescenti	2001	1995	Variazione
Presso il consultorio familiare	81,9	89,1	-7,2
Presso altro presidio ASL	8,5	4,0	+4,5
In una sede separata	9,6	6,9	+2,7
Totale	**100,0**	**100,0**	
	(188)	**(348)**	

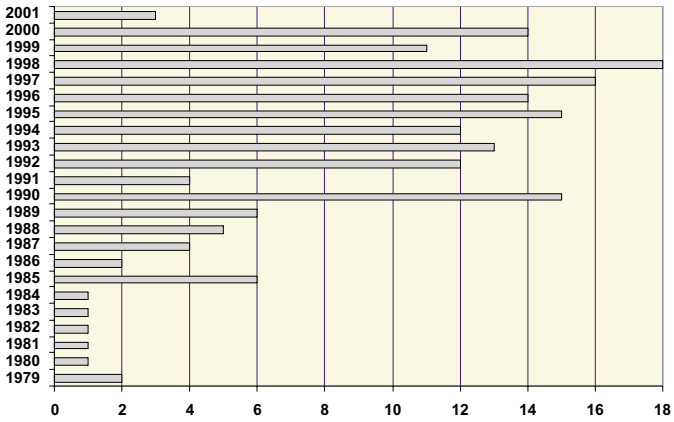
Fonte: IIMS, 2001

---

[42] Paragrafo di Anna Ancora.
[43] Per maggiori dettagli, si veda Pirone, Guazzini, Sebastiani, Petrelli, 1999.

Volendo connotare queste strutture secondo caratteristiche istituzionali e anagrafiche, si può evidenziare che si tratta, in prevalenza, di strutture *giovani*[44] , che vedono la loro nascita soprattutto negli anni ’90, quando si verifica un vero e proprio *boom* di attivazione di questi servizi.

Grafico 1 – Attivazioni dei servizi consultoriali per adolescenti negli ultimi due decenni



Notevole è, infatti, la distanza tra il numero di strutture attivate fino a tutti gli anni ’80 e ciò che avviene in seguito. Nel solo biennio 2000-2001 si registra un numero di attivazione dei servizi per adolescenti che distanzia di pochi punti percentuali quelli attivati in tutti gli anni ‘80[45]. Il carattere dinamico ed espansivo del processo di formazione di nuove strutture, che risultava emergere dai dati relativi al 1995, sembra, pertanto, aver confermato tale tendenza.

Tabella 9 – Attivazione dei consultori per adolescenti negli ultimi due decenni (%)

Decenni	Consultori per adolescenti attivati
Decennio ‘80	16,0
Decennio ‘90	69,1
Biennio 2000-2001	9,0
Non ha risposto	5,9
Totale	**100,0**
	(188)

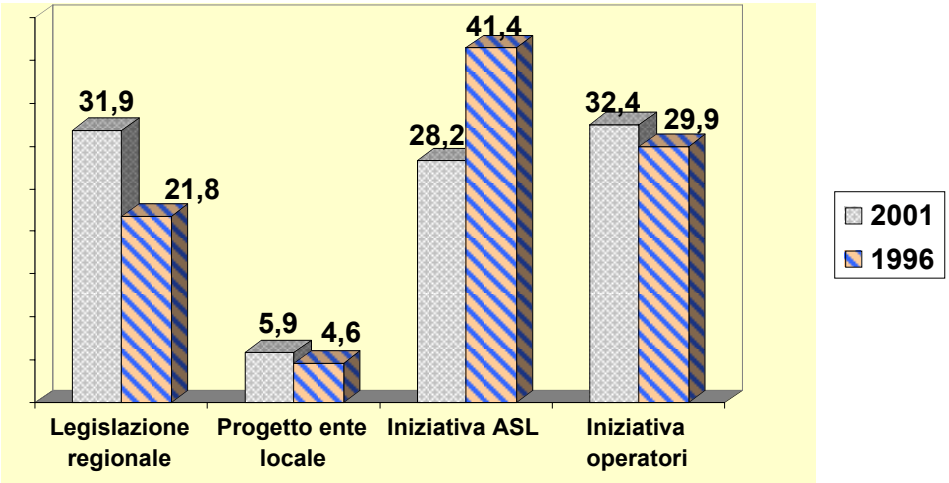
Fonte: IIMS, 2001

[44] Il 42,5% delle strutture è di recente costituzione, nato cioè in anni che vanno dal 1996 al 2001.
[45] Solo il 7,0% in più nel decennio ’80 rispetto al biennio 2000-2001 (Tabella 9).

Coerentemente con quanto già prima evidenziato, a proposito delle iniziative programmatiche e legislative a livello politico-istituzionale[46], anche nell'ambito dei servizi consultoriali, gli anni '90 sono quelli in cui le problematiche adolescenziali sembrano porsi al centro dell'attenzione tanto da stimolare la sensibilità degli operatori delle strutture che, consapevoli della necessità di creare servizi di sostegno per i giovani, danno il via a quel processo che renderà concreto tale impegno.

Ancora una volta, infatti, risulta prevalere nettamente una logica di *bottom-up,* nel processo di nascita dei servizi anche se, analizzando la tendenza storica del dato, risulta in crescita la partecipazione degli enti locali e delle istituzioni in questa fase di attivazione dei servizi, come se questa spinta dal basso avesse gradualmente sensibilizzato e scosso anche gli apparati istituzionali (Grafico 2).

Grafico 2 – Modalità di attivazione dei servizi consultoriali per adolescenti – confronto tra i dati del 1996 e quelli del 2001



La consapevolezza, da parte degli operatori dei consultori, della necessità di creare servizi per supportare gli adolescenti e per seguirli in questa delicata fase della loro crescita deriva – oltre che dall'essere osservatori privilegiati del mondo giovanile e di avere, per forza di cose, acquisito una conoscenza spontanea di tale realtà – anche dall'aver dato un valore sistematico alla conoscenza delle esigenze dei ragazzi, attraverso la realizzazione di studi e sondaggi mirati a raccogliere informazioni precise su tali questioni. Oltre

[46] Cfr. § 1.2., in questo lavoro.

tre quarti dei referenti delle strutture hanno dichiarato, infatti, di avvalersi dei sondaggi nelle scuole come strumento di individuazione dei bisogni espressi dai ragazzi. In misura minore, lo sforzo di una conoscenza sistematica viene speso anche nella direzione della ricerca sociale estesa sul territorio oppure rivolta direttamente all'utenza dei consultori, nonché in forme di consultazione con le altre strutture operanti nel settore (Tabella 10).

Tabella 10 – Strumenti di analisi utilizzati dai consultori per conoscere le esigenze espresse dagli adolescenti (%)

Strumenti per l'individuazione dei bisogni dei ragazzi	Consultori che svolgono	Consultori che non svolgono
Ricerche e studi sul territorio	35,8	64,2
Sondaggi nelle scuole	76,1	23,9
Studi sugli utenti	37,5	62,5
Consultazione con altri consultori	38,1	61,9
Consultazione con altri soggetti istituzionali	**40,9**	59,1
Consultazione privato sociale	8,5	91,5
Totale	**(176 consultori)**	

Fonte: IIMS, 2001

Le forme di interazione, confronto e scambio con altri consultori e con altri soggetti istituzionali non si esauriscono nella fase preliminare della ricerca di mercato dei bisogni giovanili, ma proseguono con la messa a punto di progetti di intervento comuni, con il confronto sulle attività svolte, con la realizzazione di programmi condivisi e con attività di valutazione degli stessi. Il 78,8% dei consultori aderisce, difatti, alle iniziative intraprese da altri servizi sul territorio a favore degli adolescenti (soprattutto dalle ASL). Anche la collaborazione all'esterno risulta estesa ai soggetti istituzionali che si occupano di giovani e, soprattutto, rispetto alle scuole, ai SERT, ai servizi sociali comunali e agli altri servizi ASL. Meno considerate, ma comunque segnalate, sono le associazioni, il Tribunale dei Minori e le Forze dell'Ordine.

2.5. L'utenza dei consultori per adolescenti: caratteristiche generali[47-48]

I consultori svolgono, attraverso la sinergia di una composizione di forze, la propria funzione di sostegno ed educazione alla salute dei giovani

[47] Paragrafo di Anna Ancora.
[48] I dati sull'utenza dei consultori, riportati in questo paragrafo, hanno una portata informativa limitata ad alcune caratteristiche anagrafiche (sesso, età) e alla loro consistenza numerica presso il consultorio.

– da intendersi in senso sanitario e sociale – cercando di rispondere al meglio agli obiettivi programmati in fase di costituzione, che per lo più riguardano la sfera ginecologico/contraccettiva e quella del disagio individuale e relazionale.

I consultori per adolescenti hanno un destinatario ideale nei giovani in età compresa mediamente tra i 13 e i 20 anni e, di fatto, i destinatari reali dei servizi consultoriali rientrano proprio in questa fascia d'età, con una prevalenza di giovani che hanno più di 14 anni. Partendo da alcuni dati relativi alla:

- popolazione totale nel 2001 di giovani tra i 13 e i 20 anni[49];
- numero totale di consultori in Italia nel 2001[50]

è stato possibile stimare la percentuale di giovani utenti dei consultori sul totale della popolazione in quella fascia d'età: essi sono il 4,6% sul totale. Questa quota di giovani utenti si distribuisce presso le strutture così come presentato nella tabella che segue.

Tabella 11 – Numerosità degli utenti presso i consultori (%)

Numerosità utenti	Consultori
Nessun utente	-
Meno di 100 unità	20,3
Da 100 a 499 unità	49,0
Da 500 a 999 unità	20,3
Da 1000 a 1499 unità	7,7
1500 e oltre	2,8
Totale	**100,0**
	(143)

Fonte: IIMS, 2001

Come si può constatare, nella metà delle strutture la fascia di numerosità più frequente è quella compresa tra le 100 e le 499 unità di utenti, come conferma anche il dato relativo al valore più frequente sulla popolazione totale, pari a 495 utenti.

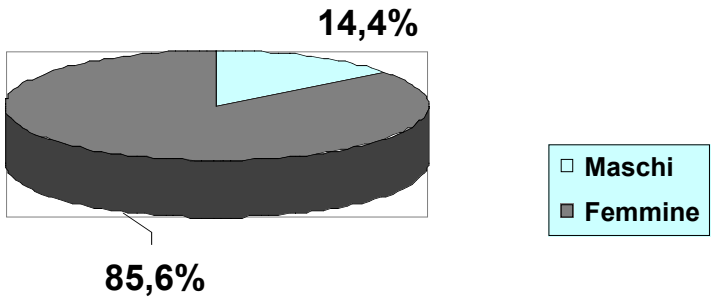
[49] Dato ISTAT 2001 (4.803.228 unità).
[50] Dato IIMS 2001 (576 consultori).

Tabella 12 - Caratterizzazione dell'utenza per sesso e fascia d'età, presso i consultori (%)

Tipo di utenti	Numero minimo di utenti	Numero massimo utenti	Media di utenti consultorio	Valore più frequente
Utenti under14	0	1.350	73	0
Utenti upper 14	0	1.834	318	0
Utenti maschi	0	470	56	0
Utenti femmine	8	1.609	335	89
Utenza totale	11	1.834	391	495

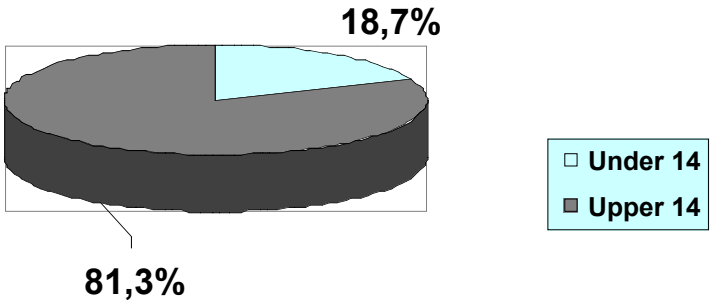
Fonte: IIMS, 2001

Figura 3 - Distribuzione dell'utenza per sesso



Fonte: IIMS, 2001

Figura 4 - Distribuzione dell'utenza per fasce d'età



Fonte: IIMS, 2001

Tabella 13 – Rapporti tra le due categorie

Rapporto femmine/maschi	5,9
Rapporto Upper 14/ Under 14	4,3

Fonte: IIMS, 2001

Questi dati non rappresentano altro che una conferma empirica al fatto che le giovani adolescenti, ad avvenuta maturazione sessuale, sentono in maniera più pressante l'esigenza di recarsi presso i consultori. Difatti, coerentemente con questo e in perfetta sintonia con quanto ravvisato dagli operatori, anche i coordinatori segnalano come problematiche maggiormente avvertite tra gli utenti quelle relative alle questioni ginecologiche, contraccettive e agli aspetti più generali della vita sessuale. Ciò potrebbe facilmente condurre a concludere che la funzione del consultorio si esaurisce a quella di mero ambulatorio ginecologico, ma non è così. Dai giovani arrivano in misura sempre più consistente richieste che riguardano anche l'area del disagio emotivo e relazionale: quella famosa "domanda invisibile"[52] che aveva già sollecitato l'attenzione degli operatori consultoriali i quali, per dare una risposta a tali richieste, hanno orientato il servizio consultoriale in un senso più mirato, fortificando i servizi di consulenza sociale e psicologica e attenuando quei tratti che contribuivano a connotarlo come centro prevalentemente medicalizzato.

Tabella 14 - Prestazioni socio-sanitarie erogate dai consultori (%)

Tipo di prestazione	2001	1995	Variazione
Ginecologia	86,6	95,7	-6,1
Medicina Generale	5,5	12,1	-6,6
Consulenza psicologica	99,7	90,8	+8,9
Dermatologia	1,1	4,6	-3,5
Dietologia	12,0	11,8	0,2
Consulenza sociale	75,4	20,4	+55,0

Fonte: IIMS, 2001

Il confronto tra il dato del 1995 e quello del 2001 mostra nettamente come la tendenza in questi anni sia a favore di un aumento delle prestazioni di carattere sociale e psicologico e in decrescita per quelle di tipo medico-

[52] Cfr. Pirone, Guazzini, Sebastiani, Petrelli, 1999.

specialistico. La consulenza sociale, in particolare, risulta fortemente in crescita, e lo stesso avviene per la consulenza psicologica – il cui aumento è di 8,9 punti percentuali – nonostante nel 1995 fosse una prestazione già massicciamente presente (nel 90,8% delle strutture).

Tabella 15 - Prestazioni ginecologiche erogate dai consultori (%)

Tipo di prestazione	2001	1995	Variazione
Accompagnamento percorso IVG	86,9	94,8	-7,9
Accompagnamento percorso gravidanza	72,1	94,8	-22,7
Prevenzione malattie sessualmente trasmesse	65,6	92,2	-26,6
Consulenza sessuologica	49,2	91,1	-41,9
Consulenza e prescrizione contraccettivi	83,6	96,8	-13,2
Consulenza e prescrizione contraccettivi di emergenza	54,1	89,9	-35,8

Fonte: IIMS, 2001

Tabella 16 - Prestazioni socio-assistenziali erogate dai consultori (%)

Tipo di prestazione	2001	1995	Variazione
Prevenzione tossicodipendenza	57,4	50,9	6,5
Orientamento scolastico	13,0	31,3	-18,3
Orientamento professionale	7,0	23,9	-16,9
Educazione sanitaria	88,7	94,0	-5,3
Educazione sessuale	91,3	98,6	-7,3

Fonte: IIMS, 2001

Oltre alle richieste inerenti all'ambito ginecologico e sessuale, anche la difficoltà a relazionarsi in famiglia, in coppia o con il gruppo dei pari viene segnalata come problema riportato dai giovani all'interno del servizio consultoriale. Quasi il 40% dei responsabili indica, inoltre, come problema dei giovani "l'immagine di sé".

Tabella 17 – Problematiche prevalenti degli utenti, secondo i responsabili dei consultori (%)

Tipo di problema	
Vita sessuale	48,9
Vita di coppia	17,7
Sfera ginecologico/contraccettiva	77,4
Relazione gruppo dei pari	23,1
Rapporti familiari	62,9
Immagine di sé	38,7
Abuso di sostanze tossiche	1,1
Sfera scolastica	8,1
Salute	2,2

Fonte: IIMS, 2001

La richiesta che giunge al consultorio da parte dei ragazzi è dunque molto specifica e denota senz'altro un disagio tipico adolescenziale, legato in primo luogo alla crescita e all'impatto con i cambiamenti avvenuti a livello sessuale; non di meno la crescita personale e la graduale acquisizione della consapevolezza di sé portano a vivere le relazioni rilevanti in modo complesso e di conseguenza problematico. Infatti, i motivi per i quali i giovani si avvicinano al consultorio, sempre secondo i responsabili dei servizi, riguardano proprio la problematicità vissuta a livello relazionale, oltre che l'avvertita carenza di interlocutori alternativi a livello istituzionale.

Tabella 18 – Motivi di accesso al servizio, secondo i responsabili dei consultori (%)

Motivazione	
Difficoltà di comunicazione familiare	86,5
Difficoltà di relazione con il gruppo dei pari	22,2
Difficoltà di comunicazione con il partner	9,9
Difficoltà di accesso alle associazioni giovanili	7,6
Carenza di interlocutori istituzionali alternativi	49,7

Fonte: IIMS, 2001

Il consultorio rappresenta, dunque, un'ottima opportunità di dialogo e di confronto per i ragazzi, che vengono attratti anche per la possibilità di accedervi senza troppe difficoltà burocratiche e per la gratuità dei servizi erogati, ma ancor più per la fiducia accordata ad un servizio che li accoglie per offrire chiarimenti, informazioni e sostegno adeguato su temi delicati, senza essere connotato come un servizio terapeutico e medicalizzato.

Tabella 19 – Motivi di attrazione verso i servizi, secondo i responsabili dei consultori (%)

Attrattiva	
Gratuità delle prestazioni	44,3
Fruizione non burocratizzata	41,5
Gradevolezza degli ambienti di accoglienza	2,2
Fiducia nel servizio consultoriale	32,2
Accessibilità al servizio	18,6
Possibilità di prestazioni senza appuntamento	14,2
Connotazione del servizio in senso non patologico	35,0

Fonte: IIMS, 2001

2.6. L'offerta dei consultori: tipologia delle prestazioni e dei servizi[53]

Le prestazioni offerte dai consultori per gli adolescenti possono riguardare sia l'ambito strettamente medico-specialistico che quello psico-sociale e le modalità di intervento vengono realizzate almeno a tre livelli:

1. **consulenza**: *attività generale di informazione, finalizzata anche ad un uso corretto dei servizi;*
2. **trattamento:** *attività terapeutiche e interventi finalizzati al recupero dell'equilibrio psico-sociale dell'adolescente;*
3. **prevenzione e orientamento:** *attività di informazione finalizzata a evitare comportamenti e stili di vita dannosi per la salute psico-fisica e a fornire orientamenti adeguati di carattere socio-sanitario.*

Per quanto riguarda l'ambito medico-specialistico, per la quasi totalità dei consultori, è la ginecologia il settore privilegiato e l'erogazione del servizio consiste sia nel fornire consulenza sanitaria – anche con valenza preventiva – sulle malattie a trasmissione sessuale, sulla contraccezione, sul percorso di gravidanza o di sua interruzione volontaria (IVG[54]) sia nell'effettuazione di visite medico/diagnostiche, di test di gravidanza, di certificazione IVG e di svolgimento di una funzione di contatto con gli ospedali.

L'intervento in ambito psico-sociale prevede attività di consulenza nonché il trattamento terapeutico di problematiche quali l'anoressia, la bulimia, il disagio familiare e relazionale, l'uso di sostanze psicotrope e la devianza.

Tabella 20 - Attività di consulenza e trattamento erogate dai consultori (%)

	ATTIVITÀ DI CONSULENZA		
Problematiche	**Nel consultorio**	**Presso Altre ASL**	**Non erogata**
Anoressia/bulimia	72,3	16,5	9,6
Disagio relazionale	93,6	2,1	1,6
Disagio familiare	93,1	2,1	3,2
Tossicodipendenza	33,5	53,7	16,5
Devianza	58,5	22,3	17,6
	ATTIVITÀ DI TRATTAMENTO		
Problematiche	**Nel consultorio**	**Presso Altre ASL**	**Non erogata**
Anoressia/bulimia	35,6	41,5	20,7
Disagio relazionale	87,7	6,9	3,2
Disagio familiare	86,7	7,4	3,7
Tossicodipendenza	5,3	72,3	20,2
Devianza	38,8	35,6	23,4

Fonte: IIMS, 2001

[53] Paragrafo di Anna Ancora
[54] Interruzione volontaria di gravidanza

Almeno a livello consultivo, quindi, quasi tutte le strutture offrono delle risposte ad alcune problematiche che possono interessare gli adolescenti.

Le questioni di carattere relazionale trovano una risposta anche a livello di trattamento terapeutico, mentre per le questioni più gravi quali i disturbi dell'alimentazione, l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti e per i problemi di devianza sociale, si offre, in buona parte dei consultori, un servizio di consulenza, ma si richiede l'intervento dei servizi ASL specifici per il trattamento e la cura di tali patologie.

Anche le attività di prevenzione riguardano soprattutto l'ambito sanitario e la sfera sessuale e ginecologica, mentre l'annosa, ma sempre emergente, questione della tossicodipendenza, viene trattata a livello di consulenza preventiva solo da un'esigua percentuale di consultori. La tendenza prevalente è il riferimento ai servizi ASL preposti al trattamento di tali problematiche.

Le attività di orientamento sui percorsi scolastici e sulla progettazione del proprio futuro professionale sono, in generale, appannaggio di una bassa quota di servizi consultoriali e, se svolte, vengono generalmente smistate all'esterno o ad altri servizi ASL.

Tabella 21 - Attività di prevenzione e orientamento erogate dai consultori (%)

	ATTIVITÀ DI PREVENZIONE/ORIENTAMENTO			
Problematiche	**Nel consultorio**	**Con riferimento ad altre ASL**	**Con riferimento all'esterno**	**Non erogata**
Educazione sanitaria	67,0	9,6	11,2	6,9
Educazione sessuale	72,9	2,7	15,4	5,3
Tossicodipendenza	11,8	51,1	5,9	26,1
Orientamento scolastico	13,2	20,7	10,6	53,2
Orientamento professionale	9,1	21,3	10,6	56,9

Fonte: IIMS, 2001

Le competenze professionali presenti all'interno dei consultori sono in linea con il tipo di prestazioni erogate. Psicologi, ginecologi, ostetriche e assistenti sociali sono le figure presenti nella maggior parte dei consultori, ma non per questo sono anche quelle di cui si sente meno l'esigenza, anzi: tra i coordinatori che dichiarano di avvertire il bisogno di acquisire ulteriori figure professionali – che sono il 59,0% sul totale degli intervistati - il 44,1% di essi integrerebbe l'organico con psicologi. Poco lamentata risulta la richiesta di dermatologi, psichiatri e medici di base, nonostante se ne registri la presenza solo in pochissimi consultori.

Tabella 22 – Le competenze professionali all'interno dei consultori per adolescenti (%)

Figura professionale	Consultori in cui è presente tale figura	Consultori che avvertono l'esigenza di acquisire tale figura
Medici di base	4,2	2,7
Ginecologi	84,0	27,9
Ostetriche	60,1	16,2
Pediatri	25,5	6,3
Dietologi	7,4	25,2
Dermatologi	1,1	6,3
Infermieri – Ass. sanitari	53,8	16,2
Neuropsichiatri	10,6	17,1
Pischiatri	3,8	6,3
Psicologi	90,5	44,1
Sociologi	6,9	15,3
Assistenti Sociali	72,4	24,5
Educatori	18,2	36,0
	Totale consultori = 188	**Totale consultori = 111**

Fonte: IIMS, 2001

In generale, quindi, la tipologia dei profili professionali di cui si avverte il bisogno va nella direzione del rafforzamento di quelle esistenti più che dell'integrazione con nuovi profili professionali e ciò indica anche una certa stabilità nella caratterizzazione del servizio, sia con riguardo alle prestazioni offerte che alle richieste dell'utenza.

Nella maggior parte dei consultori, gli operatori non sono impegnati a tempo pieno e nei casi in cui sono soggetti a *turnover* (51,1%), questo viene giudicato nella norma e privo di effetti negativi sulle attività. In più della metà delle strutture, viene registrata la presenza di collaboratori esterni, che svolgono attività di tirocinio presso il consultorio, soprattutto come psicologi, assistenti sociali ed educatori.

Come si vedrà meglio nel prossimo paragrafo, il personale dei consultori è, dal punto di vista della formazione, sia pregressa che *in itinere,* altamente qualificato. Fortissima è l'incidenza delle lauree afferenti ad un ambito psicosociale, sia tra gli operatori – come si vedrà più in dettaglio nel prossimo paragrafo – che tra i responsabili coordinatori dei servizi, seguita dalle lauree di ambito medico, con prevalenza di specializzazioni in ginecologia.

Oltre alle competenze acquisite attraverso la formazione, la gran parte dei coordinatori proviene da precedenti esperienze professionali consumate in strutture analoghe, quali altri consultori, ASL, ambulatori e centri sociali specializzati.

Le risorse umane rappresentano quindi senz'altro un elemento portante del servizio consultoriale, tanto che viene segnalata dal 46,3% dei coordina-

tori come una delle risorse da rafforzare. Le risorse finanziarie risultano abbastanza carenti per il 28,2% dei coordinatori intervistati che ne denuncia la priorità di potenziamento, mentre solo il 13,8% sente il bisogno di risorse strumentali (apparecchiature diagnostiche, tecniche, computeristiche, ecc.). L'erogazione delle risorse per i consultori proviene soprattutto dalle ASL, con particolare riferimento per quelle strutturali (locali, sedi fisiche, spazi di accoglienza per l'utenza), strumentali e di personale operativo, mentre per quanto riguarda le risorse finanziarie, il 39,4% dei coordinatori ne imputa la provenienza alla Regione. Sostanzialmente estranei a questo processo risultano gli altri enti locali (comune e provincia).

Nonostante una generale e diffusa soddisfazione in merito alla qualità del servizio, la maggior parte dei coordinatori ritiene comunque necessari alcuni cambiamenti per il miglioramento di aspetti relativi alle strutture e al loro funzionamento.

I miglioramenti segnalati riguardano, in parte, aspetti relativi alle modalità di organizzazione del servizio offerto – come l'ampliamento dell'orario di accoglienza – mentre, per altri versi, si tratta di suggerimenti che investono la generale gestione della strategia di intervento, che si traduce nell'auspicio di un allargamento delle prestazioni da offrire all'utenza, del potenziamento delle attività di promozione dell'immagine esterna e della visibilità del servizio, oltre che nello sviluppo delle relazioni e del coordinamento con altri soggetti istituzionali – quali scuole, servizi sanitari e sociali nonché altri consultori – in diverso modo interessati e coinvolti nel processo di educazione e sostegno dei giovani.

Per quanto riguarda la visibilità e la promozione del servizio all'esterno, questa attualmente avviene attraverso la diffusione di opuscoli informativi, distribuiti presso i servizi stessi, oltre che attraverso un'azione di divulgazione realizzata nelle scuole e negli altri servizi ASL. Secondo la maggior parte dei coordinatori, è comunque la rete informale di amici, oltre all'ambiente scolastico, a prevalere come canale informativo attraverso il quale i giovani vengono a conoscenza di tali servizi. Risulta molto bassa la capacità informativa dei canali di comunicazione istituzionali come gli enti locali, il medico di base e altri servizi sociali.

Pertanto, molta rilevanza viene attribuita alla buona funzionalità di un processo di rete e di collegamento con altri servizi o enti: è molto sentita la necessità che gli sforzi educativi verso la popolazione giovanile non siano isolati e frammentariamente compiuti, ma possano trovare strade convergenti. Tra le soluzioni in linea con questo scopo si auspica inoltre che la funzione assolta dai consultori si estenda anche ad attività di formazione, collegamento e riferimento per quanti operano in ambito socio-sanitario e scolastico per gli adolescenti.

Tra gli scopi di un buon servizio è opportuno che ci sia anche la volontà di capire se si sta realmente svolgendo *un buon servizio*. La conoscenza di

questo può avvenire semplicemente per via intuitiva o attraverso procedure di valutazione dell'efficacia interna o esterna del servizio prestato[55] che siano più o meno sistematiche e strutturate dal punto di vista del rigore metodologico. A tal proposito, i dati rilevati in merito pongono interessanti spunti su cui operare delle riflessioni.

Il primo elemento da considerare è che la quasi totalità dei coordinatori intervistati sostiene di operare rilevazioni sistematiche di dati relativi ai flussi dell'utenza (ingressi, abbandoni, ritorni, *follow up*) e alle prestazioni erogate (numero e tipologia delle richieste, prestazioni effettuate). Questo denota l'esistenza di una capillare e utilissima attività di monitoraggio grazie alla quale è possibile formulare delle valutazioni sull'andamento e la funzionalità del servizio. Difatti, le informazioni rilevate vengono largamente utilizzate per le attività di valutazione interna. Quelle che hanno un peso minore, sia nelle attività di rilevazione che nel loro utilizzo per la parte valutativa, sono relative alle attività svolte all'esterno del consultorio e al livello di soddisfazione dell'utenza.

Un dato che appare contraddittorio è quello relativo all'obiettivo valutativo dichiarato dai coordinatori. Intanto emerge che è molto alta la quota di coloro che dichiarano di non svolgere alcuna attività di valutazione mentre, tra quelli che la svolgono, questa sembra caratterizzarsi principalmente come valutazione della generale qualità del servizio, intesa come capacità del servizio di rispondere alle esigenze e alle aspettative dell'utenza reale[56], anche se i dati che si raccolgono non tengono conto delle opinioni dei ragazzi circa la soddisfazione del servizio.

Tabella 23 - Attività di rilevazione sistematicamente effettuate (%)

Informazioni rilevate	Consultori che la svolgono
Sugli utenti	85,9
Sulle prestazioni	97,3
Sulle attività svolte all'esterno	72,4
Sul livello di soddisfazione dell'utenza	27,6
Totale consultori = 185	

Fonte: IIMS, 2001

[55] Si parla di efficacia interna (o assoluta o gestionale) qualora il criterio di valutazione di un servizio o di un programma sia sostanzialmente orientato a verificare una rispondenza tra obiettivi dichiarati e risultati raggiunti; si parla di efficacia esterna (o relativa o sociale) nel caso in cui il criterio di valutazione punti alla verifica dell'aderenza di un servizio erogato – o di un programma di intervento – con gli effettivi bisogni espressi dai destinatari dell'intervento stesso (cfr. Stame, 1998; Bezzi e Palumbo (a cura di), 1998; Resmini, 1993).

[56] Gli altri possibili obiettivi riguardavano l'efficienza, intesa come l'analisi del rapporto tra le risorse investite e i risultati raggiunti e sul processo attraverso cui vengono conseguiti i risultati; e l'efficacia, da intendersi come analisi del rapporto tra obiettivi prefigurati e risultati raggiunti.

Tabella 24 - Attività di valutazione sulle informazioni rilevate (%)

Valutazioni effettuate	Consultori che la svolgono
Sugli utenti	93,4
sulle prestazioni	89,6
Sulle attività svolte all'esterno	64,2
Sul livello di soddisfazione dell'utenza	50,0
Totale consultori = 106	

Fonte: IIMS, 2001

Tabella 25 – Scopo attribuito dai coordinatori alle attività di valutazione (%)

Scopi della valutazione	Coordinatori che attribuiscono tale scopo alla valutazione
Valutare l'efficienza	13,8
Valutare l'efficacia	16,0
Valutare la qualità	25,0
Non svolge attività di valutazione	45,2
Totale	**100,0**
	(188)

Fonte: IIMS, 2001

In ultima analisi, ciò che si può inferire dalla discrepanza di questi dati è da un lato la propensione da parte dei responsabili e degli operatori dei consultori ad auto-monitorarsi per offrire un servizio di qualità e calibrato sui bisogni dell'utenza, dall'altro la difficoltà a organizzare sistematicamente una procedura di valutazione che a rigore richiede il riferimento a un disegno di indagine complesso e con una sua struttura ben precisa. Valutare l'efficienza, l'efficacia e la qualità di un servizio richiede una competenza specifica e un lavoro di ricerca che non può essere svolto da coloro che già sono impegnati nella faticosa operazione di erogazione stessa del servizio. È necessario che le attività operative di cui valutare la buona riuscita siano affiancate dalle operazioni di osservazione mirata alla valutazione da parte di esperti in materia o che tutt'al più orientino i gestori e gli erogatori dei servizi a un'autovalutazione effettuata con strumenti metodologici adeguati. Queste forme di cooperazione consentirebbero di proporre un servizio sempre aggiornato e dinamico rispetto alla propria capacità di rispondere in modo mirato ai bisogni dell'utenza reale, ma anche potenziale, diffusa sul territorio e condurrebbero alla produzione di conoscenza sistematica della realtà, laddove riuscissero a costituirsi come osservatori permanenti di essa.

2.7. Gli operatori: percorso formativo e contesto professionale[57]

Negli anni recenti, si è assistito ad una significativa diffusione e diversificazione dell'offerta formativa rivolta agli operatori del settore sociale e sanitario.

Sono ormai assai numerosi i soggetti impegnati nel settore, come pure abbastanza significativa appare la quota di risorse che le aziende sociosanitarie destinano a tale finalità, anche se i vincoli posti dalle limitazioni di bilancio sovente possono comportare un più stretto controllo sugli investimenti formativi, sia in termini di spesa stanziata che della "redditività" della stessa[58].

Dall'analisi delle informazioni raccolte, ben il 70% degli intervistati ha affermato di aver partecipato ad esperienze formative specificamente rivolte agli operatori consultoriali. Sono soprattutto gli operatori con più di 46 anni di età e, conseguentemente, con una più elevata anzianità di servizio, ad aver partecipato ad iniziative formative (Tabella 26). In particolare, sono stati impegnati in iniziative formative il 78,2% degli operatori con più di 46 anni di età (a fronte del 63% circa dei soggetti al di sotto di tale età) ed il 77,1% di coloro con più di 13 anni di anzianità di servizio (classificati come *anziani*). L'impegno nella formazione ha coinvolto soprattutto il personale con qualifica dirigenziale e appartenente ai profili sanitari).

Tabella 26 - Ricorso alla formazione secondo l'età e l'anzianità di servizio (%)

ETA'	Ricorrono alla	Non ricorrono alla formazione
da 21 a 35 anni	63,2	36,8
da 36 a 45 anni	64,1	35,9
46 anni e oltre	78,2	21,8
ANZIANITA' DI SERVIZIO		
Neofiti (fino 5 anni)	62,5	37,5
Introdotti (da 6 a 12 anni)	71,8	28,2
Anziani (13 anni e oltre)	77,1	22,9

Fonte: IIMS, 2001

[57] Paragrafo di Giuliana Guazzini

[58] Non a caso, recentemente, si è diffusa, anche nel nostro paese, l'esigenza (e l'attuazione) di tentativi di valutazione dei costi/benefici anche nel settore formativo. Per una analisi della problematica si veda Quaglino e Carrozzi (1981).

Tabella 27 - Ricorso alla formazione secondo il titolo di studio e il profilo professionale (%)

TITOLO DI STUDIO	Ricorrono alla formazione	Non ricorrono alla formazione
Scuola media inferiore	35,0	65,0
Scuola media superiore	58,5	41,5
Titolo post-scuola superiore	62,4	37,6
Laurea	82,2	17,8
Laurea con specializzazione	79,0	21,0
PROFILO PROFESSIONALE		
Dirigenti Sanitari	73,5	26,5
Dirigenti Psico-sociali	89,1	10,9
Medici specialisti/coordinatori Sanitari	71,4	28,6
Coordinatori e consulenti psicologi	88,7	11,3
Coordinatori e consulenti sociali	76,7	23,3
Assistenti sanitari	60,1	39,9
Assistenti sociali	66,2	33,8
Amministrativi	25,0	75,0
Tirocinanti/volontari	37,5	62,5

Fonte: IIMS, 2001

Si è trattato, prevalentemente, di singole giornate di formazione oppure di seminari di durata inferiore all'anno. Più raramente gli operatori sono stati impegnati in attività formative di lunga durata.

Complessivamente, la valutazione espressa su tali esperienze appare positiva (Tabella 28). Nella maggioranza dei casi (62%), tali momenti formativi sono ritenuti utili e interessanti (55,2%). Più sfumato appare il giudizio in relazione alla capacità di tali occasioni formative di affrontare in modo approfondito le tematiche oggetto di studio e di fornire conoscenze immediatamente applicabili al contesto lavorativo: la formazione sperimentata viene giudicata "approfondita" da circa il 71% degli intervistati e, solo in alcuni casi, anche "concreta" (dal 69,5%).

Tabella 28 - Valutazione delle esperienze formative da parte degli operatori (%)

Valutazione espressa	Sì, tutti	Sì, alcuni	No, nessuno
Utili	62,0	28,0	-
Approfonditi	19,7	71,8	8,9
Concreti	23,9	69,5	6,6
Interessanti	55,2	44,8	-

Fonte: IIMS, 2001

In questo lavoro di ricerca si è voluto, naturalmente, considerare la questione della qualità del rapporto tra gli operatori consultoriali e l'impianto organizzativo, nella convinzione che la qualità organizzativa e l'erogazione di un servizio qualificato sono anche il prodotto di una soddisfacente relazione tra risorse umana e struttura. In questa ottica, sono state prese in esame le seguenti dimensioni:

- le problematiche che ciascun operatore si trova ad affrontare nell'esercizio quotidiano del proprio ruolo professionale;
- il giudizio espresso sul funzionamento dell'organizzazione consultoriale;
- la valutazione delle dimensioni cruciali della "macchina organizzativa": efficienza, efficacia, qualità e soddisfazione dei "clienti".

Una delle questioni più rilevanti nella maggioranza delle organizzazioni che erogano servizi – e i consultori sono fra queste – è rappresentata dal corretto impiego delle risorse umane all'interno delle norme organizzative. Poiché, in gran parte, si tratta di professionisti, i cui codici di riferimento nel comportamento verso l'utenza sono rappresentati dalle regole professionali piuttosto che dalle norme organizzative, esiste, anche nel caso delle organizzazioni consultoriali, il rischio che si crei un conflitto tra professione e organizzazione a danno, inevitabilmente, della qualità del servizio erogato agli utenti[59].

Come appare evidente in Tabella 29, le difficoltà incontrate dagli operatori nell'esercizio della professione investono soprattutto le carenze strutturali. In particolare, si può riscontrare come oltre il 60% delle risposte fornite dagli intervistati sottolinei i condizionamenti posti dalla insufficienza delle risorse disponibili, sia in termini economici che strutturali; più del 30%, inoltre, fa riferimento alle difficoltà poste da relazioni con organismi esterni al consultorio, in particolare con l'azienda sanitaria. Molto più contenute appaiono le segnalazioni relative sia ai problemi generati dall'organizzazione interna del consultorio (pari al 29,7%) sia a quelli connessi alle relazioni fra le categorie professionali impegnate nelle struttura consultoriale (13,4% delle risposte). Appare, altresì, assai positivo che solo nel 2,9% delle risposte emergano problemi legati alla qualità delle relazioni con l'utenza.

---

[59] Esiste, sul tema del rapporto tra professioni e organizzazioni, una letteratura ormai piuttosto significativa in cui viene analizzata a fondo la possibilità di un conflitto tra etica professionale e regole organizzative. Tale letteratura ha approfondito in modo particolare il caso dei medici, ma molte delle considerazioni sviluppate per questa categoria possono essere estese ad altre categorie sanitarie e sociosanitarie che presentano le caratteristiche delle professioni. A tale proposito si veda A. Medina (1986).

Tabella 29 - Difficoltà degli operatori nell'esercizio del ruolo professionale (%)

Difficoltà degli operatori	Sì	No
Legate all'organizzazione (procedure,orari, ecc.)	29,7	70,3
Legate alla carenza di risorse	69,0	31,0
Legate alle relazioni tra operatori	13,4	86,6
Legate alle relazioni con la ASL e altre strutture di riferimento	38,9	61,1
Legate alla relazione con gli utenti	2,9	97,1

Fonte: IIMS, 2001

La tipologia delle risposte fornite subisce alcune variazioni in rapporto all'età e, conseguentemente alla anzianità di servizio degli intervistati. In generale, si può rilevare come siano i più giovani e con minore anzianità di servizio a manifestare i problemi legati all'inserimento nell'organizzazione mentre i più anziani segnalano con maggiore frequenza i disagi professionali generati dalle carenze strutturali.

Tabella 30 - Difficoltà degli operatori nell'esercizio professionale in rapporto all'età e all'anzianità di servizio (%)

Difficoltà	Classi di età degli operatori			Anzianità di servizio		
	Da 21 a 35	Da 36 a 45	46 e oltre	Neofiti	Introdotti	Anziani
Organizzazione	43,0	26,7	27,0	35,1	27,9	24,5
Insufficienza delle risorse	40,2	58,9	57,1	49,4	59,4	55,4
Problemi di relazione interna	7,5	4,2	5,7	6,9	3,5	6,5
Problemi di relazione con l'esterno	7,5	8,4	9,1	6,9	7,4	12,5
Problemi di relazione con gli utenti	1,9	1,8	1,0	1,7	1,7	1,1

Fonte: IIMS, 2001

La segnalazione delle problematiche connesse alla mancanza di risorse è massicciamente presente in tutte le categorie professionali del consultorio, dai vertici agli amministrativi. In particolare, si può segnalare che i medici e i coordinatori sanitari lamentino in modo più accentuato carenze di carattere organizzativo; i coordinatori sociali problemi di relazioni interne; gli assistenti sociali di relazioni con l'esterno (Tabella 31).

Tabella 31 - Difficoltà degli operatori nell'esercizio del ruolo secondo il profilo professionale (%)

	Tipologia di difficoltà				
Profilo professionale	**Organizzazione**	**Insufficienza Risorse**	**relazioni Interne**	**relazioni esterne**	**Relazioni con gli utentui**
Dirigenti sanitari	27,7	63,8	-	6,4	2,1
Dirigenti psico-sociali	28,8	63,5	3,8	3,8	-
Medici coordinatori Sanitari	39,8	45,8	6,0	7,2	1,2
Coord./consulenti psicologi	36,1	54,6	4,6	4,6	-
Coord./consulenti sociali	31,0	51,7	13,8	3,4	-
Assistenti sanitari	26,9	52,3	7,6	11,2	2,0
Assistenti sociali	24,8	60,0	2,4	12,8	-
Amministrativi	-	66,7	-	-	33,3
Tirocinanti/volontari	33,3	50,0	-	16,7	-

Fonte: IIMS, 2001

La ricerca ha inteso, inoltre, approfondire la relazione tra individuo e organizzazione, chiedendo agli intervistati di esprimere una valutazione su alcune dimensioni di quest'ultima (Tabella 32) ed, in particolare, con riguardo a:

- *gli aspetti strutturali:* le risorse economiche e la disponibilità, sia in termini numerici che di qualità professionale, della risorsa umana;
- gli aspetti inerenti alla *divisione del lavoro:* la definizione dei compiti, il livello di collaborazione professionale e la qualità della comunicazione interna.

Tabella 32 - La valutazione dell'organizzazione del consultorio (%)

	Livello di soddisfazione			
Aspetti organizzativi	**Molto**	**Abbastanza**	**Poco**	**Per niente**
Qualità della comunicazione interna	22,3	57,3	19,0	1,4
Professionalità degli operatori	38,8	57,7	2,9	0,5
Collaborazione tra gli operatori	28,3	58,5	12,0	1,3
Livello di definizione delle responsabilità	14,2	62,4	19,9	3,5
Quantità del personale	6,8	43,2	40,8	9,2
Disponibilità risorse economiche	1,1	18,6	53,8	26,6

Fonte: IIMS, 2001

A conferma di quanto emerso precedentemente, è soprattutto la *dimensione* economica a offrire motivo di critica agli operatori. Circa l'80% di questi ultimi, infatti, definisce la disponibilità di risorse economiche "poco soddisfacente" o addirittura "per nulla soddisfacente". Appare, inoltre, parzialmente critica anche l'altra componente scandagliata, ovvero la *disponibilità quantitativa* di personale all'interno della struttura: a tale proposito ben il 40% circa degli intervistati la definisce "poco soddisfacente" mentre il 43,2% si ritiene abbastanza soddisfatto.

La situazione si modifica in rapporto al giudizio sulla *qualità delle risorse umane:* la maggioranza degli intervistati, infatti, si dichiara soddisfatto o addirittura molto soddisfatto della professionalità degli operatori. Appare, inoltre, abbastanza positivo il quadro offerto da questi ultimi in rapporto alla *divisione del lavoro.* In particolare, si esprime in termini positivi oltre l'80% degli intervistati in rapporto alla qualità della collaborazione tra i profili professionali e più del 70% qualora si faccia riferimento alla definizione della divisione del lavoro.

Tale quadro si riflette poi, sulla valutazione complessiva dell'organizzazione in rapporto alle dimensioni di *efficienza, efficacia e qualità organizzativa* (Tabella 33).

Tabella 33 - Valutazione del funzionamento del consultorio (%)

	Livello di soddisfazione			
Dimensioni organizzative	**Molto**	**Abbastanza**	**Poco**	**Per niente**
Efficienza	17,4	73,2	8,6	0,9
Efficacia	12,0	74,2	13,1	0,7
Qualità	17,5	72,6	9,4	0,5
Gradimento dell'utenza	23,3	72,0	4,5	0,3

Fonte: IIMS, 2001

In linea generale, la quasi totalità degli intervistati appare prevalentemente soddisfatta del funzionamento del consultorio ed, in particolare, oltre il 90% degli operatori ritiene che il consultorio riesca ad ottenere il gradimento dell'utenza; una quota simile di operatori afferma che, nonostante la scarsità delle risorse disponibili, il consultorio riesca a raggiungere *standard* positivi di efficienza; una percentuale di poco inferiore di intervistati sottolinea i risultati dell'organizzazione consultoriale in rapporto alla efficacia e alla qualità delle prestazioni. Da notare come tale opi-

nione non subisca apprezzabili variazioni all'interno del campione di intervistati, costituendo, viceversa, un atteggiamento ampiamente condiviso tra tutti gli operatori.

Allo scopo di offrire anche una chiave di lettura propositiva sul ruolo che la struttura consultoriale assolve all'interno dei servizi sociosanitari, attualmente disponibili per la popolazione giovanile e, soprattutto, su quella che potrebbe svolgere nel futuro, è stato chiesto agli operatori di fornire la loro opinione in merito alle seguenti questioni:

- le caratteristiche della funzione che il consultorio per adolescenti svolge in questo momento;

- le funzioni che la struttura attualmente non riesce ad assolvere ma che, con opportune trasformazioni, potrebbe esercitare;

- i cambiamenti necessari alla struttura consultoriale, affinché possa adeguarsi a migliori *standard* di prestazioni.

Come evidenziano i dati illustrati nella Tabella 34, a parere degli operatori, il consultorio per adolescenti rappresenta soprattutto un valido "terminale" per la popolazione adolescenziale.

Esso da un lato costituisce, attraverso le prestazioni erogate, un importante *punto di riferimento* per gli adolescenti che presentano problematiche sociali e sanitarie (90% delle risposte); dall'altro si presenta come un *filtro* attraverso il quale l'utenza adolescenziale può accedere, ad altri livelli, di servizi sociali e sanitari disponibili sul territorio.

Esso, quindi, assolve la funzione di *centro di orientamento e informazione* nei confronti dell'offerta disponibile (73,8%). Meno frequente nelle segnalazioni degli intervistati, ma comunque indicato da circa il 30%, è il ruolo di "servizio", anche a disposizione delle strutture sociosanitarie che, sul territorio, si rivolgono agli adolescenti. È altresì da notare come, per il futuro, a parere degli operatori, è proprio in quest'ultimo ambito che il servizio dovrebbe andare incontro ad un significativo potenziamento. Oltre il 60% degli intervistati, infatti, ritiene che, per il futuro, il consultorio per adolescenti dovrebbe proporsi anche come struttura a servizio degli operatori che, nei diversi settori del sociale e del sanitario agiscono nei confronti delle problematiche della popolazione adolescenziale.

Proprio quest'ultimo aspetto evidenzia, come gli operatori avvertano un diffuso bisogno di sostegno a vari livelli – formativo ed informativo in particolare – per poter fronteggiare con più adeguati e più solidi strumenti professionali i bisogni sempre più complessi e multiformi dell'utenza adolescenziale.

Tabella 34 - Ruolo che il consultorio svolge attualmente e che dovrebbe svolgere (%)

Ruolo del consultorio	Svolgimento del ruolo	
	Svolge attualmente	Non svolge, ma dovrebbe svolgere
Centro di riferimento e formazione per gli operatori in ambito sanitario	28,1	71,9
Centro di riferimento e formazione per gli operatori in ambito sanitario, sociale e scolastico	32,1	67,9
Centro di ascolto e punto di riferimento per gli adolescenti nelle problematiche sociali e sanitarie	90,5	9,5
Terminale che facilita l'accesso degli adolescenti ai servizi disponibili	73,8	26,2

Fonte: IIMS, 2001

Per il futuro, gli operatori auspicano, pertanto, alcuni significativi adeguamenti della struttura consultoriale ad un più significativo ruolo a sostegno sia della popolazione adolescenziale che dei soggetti che, in vari ruoli, sono impegnati proprio nell'azione verso tale segmento di popolazione.

Più del 70% degli intervistati, infatti, ritiene che l'attuale organizzazione consultoriale debba modificarsi al fine di assolvere pienamente il ruolo auspicato. In particolare, i cambiamenti più significativi dovrebbero, a parere degli operatori, interessare, in primo luogo, il potenziamento delle attività di *informazione e promozione* finalizzate a migliorare la conoscenza e l'immagine del servizio sul territorio (61,6%); parimenti, più incisività dovrebbe essere data all'*attività di coordinamento,* sia con altri servizi e soggetti istituzionali disponibili a livello sociale e sanitario che con le scuole (54,7%delle risposte) e con tutti quei soggetti non istituzionali, in prevalenza provenienti dal settore del *privato sociale,* anch'essi operativi sul versante delle problematiche adolescenziali (42,7%).

A questo proposito, è opportuno sottolineare come oltre il 40% delle risposte abbia segnalato anche l'opportunità di sviluppare maggiormente *la collaborazione con il soggetto scolastico,* particolarmente nell'ambito dell'educazione sanitaria e sessuale.

Significative appaiono, inoltre, le segnalazioni in merito alla necessità di potenziare le attività di valutazione delle prestazioni offerte (30,9% delle risposte) e di ampliare il ventaglio di queste ultime (39%) al fine di sostenere più efficacemente il processo di sviluppo dell'adolescente. Ugualmente, oltre il 30% delle risposte vanno nella direzione di incrementare lo spazio

dedicato all'accoglienza degli adolescenti, ad indicare come ormai gli operatori siano sempre più consapevoli della crucialità di tale attività, ai fini di una più corretta fruizione del servizio da parte dell'utenza.

Tabella 35 - Cambiamenti auspicati per migliorare l'attività del consultorio per adolescenti (%)

Cambiamenti auspicati	Coordinatori che auspicano tale cambiano
Ampliamento orario di accoglienza	34,1
Avvio/potenziamento attività di informazione e promozione	61,6
Allargamento delle prestazioni offerte	39,0
Potenziamento attività di ed. sanitaria e sessuale nelle scuole	45,3
Potenziamento attività di ed. sanitaria e sessuale nel consultorio	36,7
Sviluppo attività di follow up	30,1
Avvio/pot. del coordinamento con altri servizi e soggetti istituzionali	54,7
Avvio/pot. del coordinamento con soggetti non istituzionali	42,7
Avvio/potenziamento attività di valutazione	30,9

Fonte: IIMS, 2001

2.8. Gli adolescenti nell'immaginario degli operatori[60]

Tra gli obiettivi dell'indagine vi era anche quello di delineare l'immagine complessiva che gli operatori hanno degli adolescenti, con particolare riguardo agli aspetti caratteriali e comportamentali dei ragazzi. In questo paragrafo, si cercherà di tratteggiare tale immagine così come essa è emersa dalle risposte date alle domande del questionario dedicate a tale questione.

Gli operatori hanno fornito le loro opinioni sul mondo adolescenziale in merito alle seguenti dimensioni tematiche:

- I *valori* che costituiscono un riferimento rispetto a cui gli adolescenti impostano la loro esistenza quotidiana e i loro eventuali progetti di vita futura;
- i *tratti caratteriali.* Gli adolescenti vengono considerati attivi o passivi? Fiduciosi nel futuro o sostanzialmente disillusi? Coraggiosi nel difendere le proprie convinzioni e nel perseguire i propri obiettivi oppure prigionieri delle loro paure? Sicuri di se e capaci di rischiare oppure prudenti e insicuri?

[60] Paragrafo di Fabrizio Martire

- i *tratti comportamentali.* In che modo gli adolescenti occupano prevalentemente il loro tempo? Quanto spazio della loro vita dedicano ad attività ludiche e leggere e quanto si dedicano ad attività più impegnative o rilevanti da un punto di vista sociale?
- le *relazioni inter-generazionali.* Come si connota il rapporto tra gli adolescenti e gli adulti? I genitori e gli insegnanti che ruolo e che peso hanno nella formazione dell'identità dei giovani d'oggi?
- Gli adolescenti ed il *lavoro.* Cosa chiedono e cosa si aspettano gli adolescenti dal loro futuro professionale? Che importanza e che ruolo attribuiscono alla scuola in vista della loro formazione?

In merito alla questione delle priorità valoriali che gli operatori attribuiscono agli adolescenti, emerge un quadro molto netto che sembra richiamare e confermare le risultanze empiriche delle più recenti ricerche sociologiche sulla condizione giovanile[61].

Tabella 36 - Orientamenti valoriali prevalenti tra gli adolescenti, secondo gli operatori (%)[62]

	% sulle risposte	% sui casi
Orientamento al sociale	6,8	12,5
Orientamento edonistico/egoistico	41,3	76,3
Orientamento affettivo	51,9	95,9
Totale	**100,0**	
	(1392)	**754 operatori**

Fonte: IIMS, 2001

[61] Per approfondimenti, si vedano: IARD, 2001; IARD, 2000; Buzzi, C., Cavalli, A., De Lillo, A. (a cura di), 2002; Abbruzzese, S., 2000; Buzzi, C. (a cura di), 1999; Buzzi, C. (a cura di), 1998; Buzzi, C., Cavalli, A., De Lillo, A., (a cura di), 1997.

[62] Le modalità presenti in Tabella 36 costituiscono l'esito di un'aggregazione semantica che consente una lettura complessiva dei dati più immediata e che sarebbe risultata meno agile utilizzando le modalità originariamente previste nel questionario. (Cfr. Allegato 2, domanda n. 5). Inoltre, le frequenze riportate in tabella sono relative ad una domanda che prevedeva la possibilità di fornire fino ad un massimo di tre risposte. Il totale della prima colonna non si riferisce al totale degli intervistati, bensì al totale delle risposte da essi fornite. L'ultima colonna (% sui casi) indica, invece, la percentuale degli intervistati che hanno scelto la modalità corrispondente. Ad esempio, la modalità "orientamento solidaristico", viene scelta dal 12,5% dei casi. L'informazione implicita da trarre è che il restante 87,5% (cioè il complemento a 100 di 12,5) non ha espresso tale opzione.

Con l'etichetta "Orientamento al sociale" ci si riferisce a tutte quelle opzioni valoriali che implicano una spiccata sensibilità verso i problemi e le esigenze della società nel suo complesso o di una parte di essa (ad esempio "attività politica", "impegno sociale", "eguaglianza sociale", "libertà e democrazia" e "solidarietà").

L'"Orientamento edonistico/egoistico" rimanda ad una prospettiva centrata prevalentemente sul benessere e la soddisfazione personale (ad esempio "studio e interessi culturali", "successo e carriera personale", "vita confortevole e agiata", ma anche "successo e carriera personale" e "autorealizzazione").

Infine, l'"Orientamento affettivo" comprende le modalità, come ad esempio "amicizia" e "amore", prescelte da quegli operatori che *considerano la dimensione* relazionale come un aspetto della vita a cui i giovani attribuiscono particolare importanza.

I dati a disposizione evidenziano come la quasi totalità degli operatori consideri gli adolescenti orientati quasi esclusivamente alle relazioni affettive, che rivestono per loro un ruolo anche più importante della propria autorealizzazione e soddisfazione personale. A tal proposito, si può evidenziare una certa concordanza tra le opinioni degli operatori e ciò che emerge dalle più recenti ricerche sulla condizione giovanile in Italia: la ristrettezza dell'orizzonte sociale dei giovani. I giovani, sia nell'immaginario degli operatori che nei risultati empirici di recenti indagini, sembrano essere caratterizzati da un forte disinteresse verso le necessità e i problemi della comunità in cui vivono, essendo tutte le loro energie assorbite dai propri affari privati. Si può vedere, infatti, che solo il 12,5% degli operatori intervistati ritiene che gli adolescenti abbiano una qualche forma di orientamento al sociale.

Tabella 37 - Orientamento temporale di riferimento nel vissuto dei ragazzi, secondo gli operatori (%)

Tipo di orientamento	Operatori
Orientamento al passato	2,9
Orientamento al futuro	11,0
Orientamento al presente	86,1
Totale	**100,0**
	(770)

Fonte: IIMS, 2001

I dati riportati in Tabella 37 forniscono elementi significativi alla luce dei quali comprendere meglio quanto riportato nella tabella precedente (Tabella 36), con riguardo all'orientamento temporale di riferimento. Se gli operatori dei ser-

vizi consultoriali considerano gli adolescenti sostanzialmente concentrati sulla loro dimensione privata, questa sorta di "egocentrismo" non assume una forma progettuale. In altre parole, il loro orizzonte di riferimento non risulta limitato solo in relazione allo spazio sociale che comprende, ma anche in termini di prospettiva temporale considerata. Così, appare chiaro che nella visione degli operatori l'orientamento egoistico degli adolescenti di oggi non vada inteso come aspirazione all'autorealizzazione o alla costruzione e affermazione della propria personalità ancora in formazione, quanto come desiderio di trarre il massimo della soddisfazione possibile dalle loro esperienze di vita contingenti e attuali.

Si può desumere, quindi, che l'immagine complessiva che gli operatori hanno degli adolescenti assume dei connotati abbastanza nitidi grazie a questo primo elemento: i giovani d'oggi vengono percepiti come soggetti caratterizzati da una sorta di miopia mentale che li porta a non alzare lo sguardo oltre il loro mondo privato né oltre il loro tempo contingente e passeggero.

Un altro aspetto ritenuto rilevante, ai fini della rappresentazione dei giovani nell'immaginario degli operatori, riguarda l'atteggiamento che gli adolescenti assumono nei confronti delle occasioni e delle difficoltà che si presentano loro nel corso della vita presente e futura. Un'attenta lettura delle distribuzioni di frequenza, relative alle domande poste per rilevare questo aspetto, consente di ricostruire il quadro psicologico e caratteriale dei giovani d'oggi che gli operatori hanno in mente.

Tabella 38 – Come sono gli adolescenti, secondo gli operatori? (%)

	Attivisti?	Disillusi?	Capaci di rischiare?	Insicuri?	Prudenti?
Molto	3,5	9,0	13,9	33,2	2,5
Abbastanza	31,5	**51,8**	39,7	**51,0**	20,1
Poco	**54,7**	32,7	40,5	12,6	**60,9**
Per niente	10,4	6,6	6,0	3,1	16,5
Totale	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	(770)	**(770)**	**(770)**	**(770)**	**(770)**

Fonte: IIMS, 2001

La Tabella 38 mostra che tendenzialmente gli operatori percepiscono gli adolescenti come soggetti pigri, poco motivati e caratterizzati da un certo livello di sfiducia nei confronti delle loro reali possibilità di incidere sul proprio destino, tant'è che la quasi totalità degli operatori vede i giovani d'oggi insicuri delle proprie risorse e dei propri mezzi. Verosimilmente, nella mente degli operatori, è possibi-

le ipotizzare una sorta di nesso causale tra l'insicurezza dei giovani e la loro sostanziale passività nei confronti delle possibilità che la vita offre loro. Tuttavia, gli elementi a disposizione non consentono di controllare empiricamente tale nesso causale. Infatti, i dati di questa indagine si riferiscono ad opinioni rilevate nello stesso momento, quindi non possiamo sapere quale delle due percezioni ("gli adolescenti sono insicuri", "gli adolescenti sono passivi") influenzi eventualmente l'altra. Peraltro, alcune delle informazioni rilevate attraverso la domanda 7 permettono una sorta di analisi tipologica attraverso cui individuare i "tipi" di adolescenti più diffusi nell'immaginario degli operatori a cui è stato somministrato il questionario. La successiva tabella descrive l'esito di tale elaborazione.

Tabella 39 – Tipi di adolescenti diffusi nell'immaginario degli operatori (%)

Tipologia degli adolescenti	Operatori
Combattivo	26,0
Rassegnato	**35,1**
Intraprendente	26,9
Fatalista	12,0
Totale	**100,0**
	(715)

Fonte: IIMS, 2001

La tipologia presentata in Tabella 39 è il risultato dello spazio d'attributi generato dall'incrocio di due aspetti ritenuti particolarmente interessanti: la propensione ad essere disillusi e la capacità di rischiare nella vita, quindi l'essere tendenzialmente coraggiosi[63].

I quattro tipi non si distribuiscono in modo uniforme nel campione degli intervistati. La visione prevalente è quella desunta dallo spazio generato da due

[63] Per ciascuna delle due variabili sono state accorpate le modalità "molto" e "abbastanza" da una parte, e "poco" e "per niente" dall'altra. L'incrocio delle due nuove variabili dicotomiche ha dato luogo a quattro tipi di adolescenti, la cui distribuzione nel campione è indicata in Tabella 39. Al tipo definito "combattivo" sono stati assegnati gli operatori che percepiscono gli adolescenti molto o abbastanza disillusi e, al contempo, molto o abbastanza coraggiosi, cioè capaci di rischiare. Coloro che li giudicano "Rassegnati" sono quegli operatori che considerano i giovani d'oggi sostanzialmente disillusi e timorosi di affrontare le incognite della vita. Gli operatori che percepiscono gli adolescenti come persone "intraprendenti" sono quelli che li considerano animati da un forte ottimismo e che attribuiscono loro fiducia e coraggio nel modo in cui affrontano la vita. L'ultimo tipo, il "fatalista", è un'immagine costruita sulla convinzione degli operatori che colgono nei giovani una certa vena di speranza e di fiducia nel loro futuro, ma caratterizzati da un atteggiamento attendista e cauto quando si tratta di darsi da fare per concretizzare tale speranza.

tratti negativi. Infatti, più di un terzo (35,1 %) degli operatori vede negli adolescenti un atteggiamento pessimistico e remissivo. Questo risultato empirico appare come una conferma indiretta del fatto che, nell'immaginario degli operatori, l'atteggiamento demotivato e passivo dei giovani si associa ad un loro senso di generale sfiducia nei confronti del mondo che li circonda.

Al di là della prevalenza di un tipo di adolescente rispetto ad un altro nell'immaginario degli operatori, è interessante considerare quali siano le convinzioni associate a ciascun tipo, tra quelli individuati, e in che modo contribuiscano a definirlo.

Nel questionario era stata predisposta una domanda volta a rilevare l'opinione degli operatori in merito al fenomeno, sempre più diffuso negli ultimi anni e noto come "adolescenza sociale", in base al quale molti giovani prolungano la loro permanenza nella casa dei genitori sino alla soglia dei trent'anni[64]. Gli intervistati avevano facoltà di scegliere, tra una serie di motivazioni plausibili, quella che ritenevano maggiormente decisiva. Aggregando le modalità originariamente previste nel questionario, in sede di analisi sono stati individuati tre tipi di motivazioni:

1. ragioni legate al micro-contesto familiare e all'atteggiamento tollerante dei genitori d'oggi;
2. ragioni legate al macro-contesto sociale e alla mancanza delle condizioni economiche strutturali necessarie per garantire, ad un giovane che ne abbia il desiderio, la possibilità della indipendenza economica;
3. scelta individuale di gran parte dei giovani che preferiscono differire il più possibile il momento dell'assunzione di responsabilità.

Tabella 40 – Motivi della permanenza in casa dei giovani, secondo gli operatori (%)

Motivi di permanenza	Operatori
Motivi legati al micro-contesto	20,4
Motivi legati al macro-contesto	38,3
Scelta individuale	41,3
Totale	**100,0**
	(778)

Fonte: IIMS, 2001

Più di un terzo degli operatori (38,3%) è disposto a giustificare i giovani, attribuendo la loro prolungata permanenza in casa a cause estranee alla loro volontà. Ma la maggior parte degli intervistati (41,3%) sembra individuare un nesso tra il generalizzato ritardo nel lasciare il nido familiare e un atteggiamento consapevolmente deresponsabilizzato dei giovani italiani. Tra

[64] Cfr. Allegato 2, domanda n. 9.

gli operatori è, quindi, diffusa l'opinione in base alla quale gli adolescenti di oggi sono caratterizzati da una sorta di "sindrome di Peter Pan", dal desiderio di non crescere, dalla voglia di prolungare il più possibile una condizione di vita che coniuga senso di protezione e spensieratezza. Alla luce di questa considerazione possiamo interpretare anche i dati precedentemente presentati relativi all'orientamento temporale, all'atteggiamento poco intraprendente nei confronti della vita e all'insicurezza (vedi Tabella 37 e Tabella 38). Infatti, vivere pensando solo al proprio presente, assumere un atteggiamento passivo nei confronti delle possibilità che la vita offre e sentirsi per lo più insicuri dei propri mezzi e delle proprie risorse possono essere considerati tre tratti tipici di una generazione che non vuole diventare adulta – o che perlomeno fatica a diventarlo; di una generazione che, da una parte non è attratta dalle possibilità e dalle prospettive nuove che l'essere adulti comporta e, dall'altra, non si sente adeguata per le esigenze e gli oneri che tale condizione implica.

L'opinione degli operatori in merito alla permanenza dei giovani in casa è rilevante per leggere in modo più chiaro l'immagine complessiva che essi hanno degli adolescenti di oggi.

Come si può constatare dalla Tabella 41, gli operatori che percepiscono gli adolescenti come soggetti intraprendenti (cioè attivi e fiduciosi nelle possibilità che la vita offre loro) tendono a ridimensionare la loro responsabilità in relazione al ritardo con cui raggiungono l'indipendenza, attribuendo un maggior peso ai fattori contestuali, sia che si tratti dell'ambiente familiare, sia che si tratti delle condizioni strutturali della società in cui viviamo.

Tabella 41 – Distribuzione dei motivi della permanenza in casa dei giovani (parere operatori) in relazione all'immagine che gli operatori hanno degli adolescenti (%)[65]

	Motivi di permanenza presso la propria famiglia		
Tipo di adolescenti	**Motivi legati al micro-contesto**	**Motivi legati al macro-contesto**	**scelta individuale**
Combattivo	21,5	32,3	46,2
Rassegnato	16,6	38,5	44,9
Intraprendente	25,0	40,6	34,4
Fatalista	22,4	36,5	41,2
% di colonna	20,8	37,2	42,0
Totale operatori = 710			

Fonte: IIMS, 2001

[65] Per aiutare il lettore nell'interpretazione dei dati riportati in questa tabella, si riporta il seguente esempio: il valore della prima cella indica che nel sotto-gruppo degli operatori che considerano gli adolescenti di oggi combattivi, il 21,5% è convinto che le motivazioni che spingono i giovani a prolungare la loro permanenza in casa sono legati al micro-contesto familiare.

Tale dato si pone in controtendenza rispetto all'andamento generale: nel campione di intervistati, l'atteggiamento prevalente è quello colpevolizzante, che imputa il prolungamento della protratta permanenza dei giovani, presso la casa della propria famiglia, ad una loro scelta personale (cfr. Tabella 40). In sostanza, si può affermare che, pur essendo prevalente tra gli operatori un latente giudizio negativo in relazione al modo in cui i giovani affrontano la vita, esiste un sotto-gruppo di intervistati che non condivide questa valutazione di fondo e che tende a giustificare l'apparente pigrizia dei giovani, chiamando in causa un mutamento profondo della famiglia e della società come fattori determinanti nel rendere l'obiettivo dell'indipendenza più difficile oggi rispetto alle generazioni precedenti.

I dati analizzati fino a questo punto sembrano dunque rappresentare un quadro di opinioni caratterizzato da due componenti prevalenti: da una parte, un giudizio negativo sull'intraprendenza dei giovani e sulla loro capacità di prendere in mano il proprio destino; dall'altra la consapevolezza che le loro decisioni e alcuni dei loro comportamenti siano da inquadrare alla luce della particolare configurazione del contesto sociale in cui essi si trovano ad agire. Questa seconda componente emerge con forza in merito all'opinione che gli operatori mostrano a proposito della questione relativa alla devianza giovanile.

Tabella 42 – Cause dei comportamenti a rischio (tossicodipendenza, comportamenti devianti, ecc.) tra gli adolescenti, secondo gli operatori (%)

Cause possibili di comportamenti a rischio di devianza	Operatori
Fenomeno tipico dell'età	35,3
Fenomeno legato alle attuali condizioni di vita degli adolescenti	47,8
Fenomeno tipico di devianza non legato all'età	16,9
Totale	**100,0**
	(774)

Fonte: IIMS, 2001

La Tabella 42 mostra che quasi la metà degli operatori intervistati riconosce come determinanti di un possibile comportamento deviante i fattori sociali esterni piuttosto che i tratti caratteriali tipici degli adolescenti o i fattori individuali.

In relazione alla devianza giovanile, l'atteggiamento degli operatori assume dei connotati complessivamente diversi rispetto a quanto era emerso con riguardo al fenomeno della prolungata permanenza in casa.

Se in relazione a quest'ultimo prevaleva un giudizio piuttosto negativo e colpevolizzante, nel caso del comportamento deviante le responsabilità dei giovani vengono messe decisamente in secondo piano. Infatti, se si sommano le frequenze delle prime due modalità riportate in Tabella 42 si può notare come l'83,1% degli operatori tenda a giustificare gli adolescenti: o incolpando la società o trattando l'attuale livello di devianza giovanile come qualcosa di fisiologico e ineliminabile.

In ordine alla sfera relazionale e affettiva – dimensione che, come si è messo in luce sin da subito, riveste una forte rilevanza nella vita dei ragazzi, secondo l'opinione degli operatori – è interessante ricostruire la rete dei soggetti con i quali i giovani preferiscono interagire.

Tabella 43 – Relazioni rilevanti per gli adolescenti, secondo gli operatori (%)

Relazioni rilevanti	Operatori
Gruppo dei pari	80,8
Genitori	7,0
Insegnanti	0,1
Rapporto di coppia	12,0
Totale	**100,0**
	(781)

Fonte: IIMS, 2001

Risulta evidente in Tabella 43 come i genitori, e soprattutto gli insegnati, siano, secondo gli operatori, i grandi assenti nella vita relazionale degli adolescenti, i quali tenderebbero a costruire relazioni significative esclusivamente all'interno del loro gruppo di amici. La misura in cui tali relazioni costituiscono una dimensione cruciale nella vita degli adolescenti è indirettamente espressa dai dati presentati in Tabella 44. Le preoccupazioni, le insicurezze e le difficoltà che un giovane può incontrare nel momento in cui interagisce con gli interlocutori significativi del proprio mondo affettivo costituiscono quelle problematiche che, secondo gli operatori, lo spingono a rivolgersi ai servizi consultoriali, più di quanto riescano a fare altre forme di disagio come, ad esempio, i problemi di sfiducia in sé stessi o le difficoltà legate alla scuola[66]. Il fatto che i problemi legati alle dinamiche relazionali abbia-

[66] Cfr. Allegato 2, domanda n. 2. La modalità "problemi della vita di coppia" (Tabella 44) è stata ottenuta aggregando le modalità "legate alla vita sessuale", "legate alla vita di coppia" e "relative alla sfera ginecologica e contraccettiva" originariamente previste nel questionario. Mentre la modalità "problemi relazionali" è il frutto della combinazione di altre due modalità originarie: "inerenti le relazioni con il gruppo dei pari" e "relative alla sfera dei rapporti familiari".

no una consistenza tale da spingere un giovane a cercare una forma di sostegno forte, come può essere quella fornita da un consultorio, può essere considerata una prova dell'importanza che le dinamiche affettive rivestono nella vita dei giovani.

Tabella 44 – Problemi prevalenti dei giovani che si rivolgono ai consultori (%)[67]

Problematiche giovanili prevalenti	% sulle risposte	% sui casi
Problemi della vita di coppia	42,0	80,9
Problemi relazionali	34,2	66,0
Problemi legati alla crescita	17,9	34,6
Problemi di devianza	1,4	2,7
Problemi di rendimento scolastico	4,5	8,7
Totale	**100,0**	
	(1516)	**780 operatori**

Fonte: IIMS, 2001

Le difficoltà relazionali, oltretutto, rappresentano, secondo quanto espresso dagli operatori, una forma di disagio adolescenziale che può coinvolgere diverse sfere della loro quotidianità. Infatti, più del 60% degli operatori individua nei problemi relazionali una delle maggiori difficoltà incontrate dagli adolescenti durante la loro esperienza scolastica[68]. Sia che si tratti di relazioni molto coinvolgenti (rapporti amicali), sia che si tratti di problemi di incomunicabilità (rapporti con gli insegnati), secondo gli operatori le dinamiche relazionali hanno un notevole potere destabilizzante per il fragile equilibrio degli adolescenti.

Tra le difficoltà che caratterizzano maggiormente il modo in cui gli adolescenti vivono gli anni della scuola gli operatori denunciano prevalentemente il disinteresse.

---

[67] In questa tabella sono riportate le frequenze relative ad una domanda che prevedeva la possibilità di fornire fino ad un massimo di tre risposte. Il totale della prima colonna non si riferisce al totale degli intervistati, bensì al totale delle risposte da essi fornite. L'ultima colonna (% sui casi) indica, invece, la percentuale degli intervistati che hanno scelto la modalità corrispondente. Ad esempio, la modalità "disinteresse", viene scelta dal 67,4% dei casi. L'informazione implicita da trarre è che il restante 32,6% (cioè il complemento a 100 di 67,4) non ha espresso tale opzione.

[68] La modalità "problemi relazionali" è stata ottenuta aggregando due modalità originariamente previste nel questionario: "problemi di rapporto con i coetanei" e "problemi di rapporto con gli insegnanti". Cfr. Allegato 2, domanda 20.

Tabella 45 – Problemi scolastici prevalenti dei giovani secondo gli operatori (%)[69]

Problemi scolastici	% sulle risposte	% sui casi
Problemi relazionali	37,9	62,6
Disinteresse	40,8	67,4
Senso di inadeguatezza	21,3	35,2
Totale	**100,0**	
	(1282)	**780 operatori**

Fonte: IIMS, 2001

Dai dati analizzati emerge complessivamente un'idea della scuola sostanzialmente poco impegnativa e incapace di intercettare le aspirazioni, le priorità e i bisogni dei giovani. Solo un terzo degli intervistati segnala il rischio che gli adolescenti sviluppino tra i banchi di scuola un senso di inadeguatezza dovuto all'eccessiva durezza dell'impegno loro richiesto, mentre ben oltre la metà di essi coglie il pericoloso diffondersi di un atteggiamento svogliato e poco motivato che trasforma la scuola in un'attività di routine, imposta da qualche lontana regola sociale e di cui non se ne afferra bene il senso.

Tabella 46 - Aspettative degli adolescenti rispetto alla scuola, secondo gli operatori (%)

Aspettative dei ragazzi rispetto alla scuola	Operatori
Utilità nella formazione della propria identità	6,7
Utilità strumentale per il mondo del lavoro	37,9
Nessuna aspettativa – impegno di routine	55,4
Totale	**100,0**
	(778)

Fonte: IIMS, 2001

I dati in Tabella 46 confermano questa chiave di lettura: più della metà degli operatori ritiene, infatti, che i giovani non abbiano alcuna aspettativa

[69] Per la lettura di questa tabella valgono le stesse osservazioni fatte per la Tabella 44.

nei confronti di ciò che può offrire loro la scuola. Il ritratto del sistema scolastico che emerge dalla lettura combinata delle due ultime tabelle appare particolarmente sconfortante: la scuola, in primo luogo, non riesce a coinvolgere gli studenti con i temi che propone e con le conoscenze che si propone di trasmettere – temi e conoscenze che i giovani recepiscono con superficialità e a cui sembrano attribuire importanza solo in vista della promozione a fine anno – conseguentemente, la scuola non sembra riuscire a tenere viva l'attenzione degli studenti nemmeno sul fronte dell'impegno: la qualità e la quantità di studio che viene loro richiesto non è tale da poter stimolare un qualche interesse verso i contenuti che mira a veicolare.

Se gli adolescenti non sembrano riporre molte aspettative sulla scuola, cosa cercano per il loro futuro? Che importanza attribuiscono al lavoro, in vista del raggiungimento di un buon livello della qualità della loro vita da adulti?

Tabella 47 - Aspettative degli adolescenti rispetto al lavoro secondo gli operatori (%)

Aspettative dei ragazzi rispetto al lavoro	% sulle risposte	% sui casi
Stabilità del rapporto di lavoro	14,1	24,3
Disponibilità di tempo libero	19,7	34,0
Elevata retribuzione	32,5	56,0
Motivi legati all'auto-realizzazione	33,6	58,0
Totale	**100,0**	
	(1332)	**715 operatori**

Fonte: IIMS, 2001

In modo abbastanza sorprendente, quasi il 60% degli operatori è convinto che i giovani abbiano una concezione nobile del lavoro e che in esso vedano una delle dimensioni cruciali per il loro processo di auto-realizzazione. I dati in merito appaiono significativamente contraddittori rispetto all'immagine complessiva che gli operatori hanno degli adolescenti. Se fino ad ora i dati delineavano una rappresentazione dei giovani come soggetti prevalentemente ancorati al loro presente e orientati verso le soddisfazioni che possono trarre dai loro rapporti di amicizia, ora emerge un'idea opposta: gli adolescenti caricano di importanti significati e aspettative il loro futuro lavorativo, a cui conferiscono un peso in grado di incidere profondamente sul loro destino di adulti.

La lettura della prossima tabella consente, peraltro, di ridimensionare e specificare questa apparente contraddizione.

Tabella 48 – Distribuzione delle aspettative dei giovani nei confronti del lavoro (parere operatori) in relazione all'immagine tipologica ricavata dalle opinioni degli operatori (%)[70]

	Aspettative dei giovani rispetto al lavoro			
Tipi di adolescenti	**Stabilità del rapporto di lavoro**	**Disponibilità di tempo libero**	**Elevata retribuzione**	**Auto-realizzazione**
Combattivo	20,0	36,8	57,3	65,4
Rassegnato	29,3	33,7	63,9	46,6
Intraprendente	22,8	34,4	48,1	64,0
Fatalista	27,1	29,4	52,9	55,3
	Totale operatori = 708			

Fonte: IIMS, 2001

Si può vedere che sono soprattutto gli operatori che percepiscono gli adolescenti come soggetti "combattivi" o "intraprendenti" a manifestare la convinzione che i giovani cercano la loro auto-realizzazione nel lavoro. Tale opinione può essere in linea con l'idea secondo cui gli adolescenti di oggi sono caratterizzati da una buona dose di coraggio, che li porta a voler prendere in mano il proprio destino, assumendosene la responsabilità, indipendentemente dal loro grado di ottimismo e fiducia nel futuro.

[70] Questa tabella va letta alla luce del seguente esempio: la prima cella indica che nel sottogruppo degli operatori che percepiscono gli adolescenti come "combattivi", il 20% di essi è convinto che per i giovani abbia molta importanza la "stabilità del rapporto di lavoro". Il restante 80% di questo sottogruppo non ha segnalato tale convinzione.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE[71]

La promozione di stili di vita salutari e la prevenzione di comportamenti a rischio per la salute sono tra gli obiettivi prioritari previsti nella pianificazione sanitaria nazionale. Lo svolgimento di un'adeguata azione di prevenzione sanitaria comporta per la popolazione e per la società civile concreti vantaggi sia a livello di ottimizzazione della qualità della salute della popolazione che di risparmio della spesa sanitaria. Nel piano sanitario nazionale 1998-2000 veniva esplicitamente richiamata l'esigenza di potenziare l'assistenza e il sostegno per gli adolescenti al fine di porre una solida base per una migliore qualità della vita adulta e allo stesso tempo venivano rilevate grosse carenze istituzionali nella risposta a tale obiettivo, dovute per lo più alla frammentarietà degli interventi. Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile[72] del piano sanitario nazionale 1998-2000 nel settore della salute degli adolescenti ha previsto la valorizzazione delle attività dei consultori familiari con la loro integrazione nella rete dei servizi e con lo specifico impegno ad una graduale progressione nell'offerta attiva e nella fruizione dei servizi da parte dei giovani. Il Progetto Obiettivo Materno-Infantile, nell'ambito degli interventi di primo livello per la salute degli adolescenti, individua i consultori familiari come possibile punto di riferimento attorno al quale organizzare la rete delle risorse e cita: "I Consultori, in rete aziendale, hanno compiti di individuazione di situazioni di difficoltà, di primo accoglimento della domanda di aiuto, di *counseling*, di trattamento breve su situazioni emergenti a patologia sfumata e di coordinamento. Presso i consultori familiari viene attivato un punto di ascolto e di raccolta, anche telefonico, delle richieste di chiarificazione, di consultazione e di supervisione alle situazioni difficili che possono

---

[71] Conclusioni di Amedeo Spagnolo e Anna Ancora.

[72] Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000". G.U n. 131 del 7-6-2000.

essere rilevate nei diversi luoghi di convivenza coinvolgenti problemi adolescenziali: la famiglia, la scuola, i luoghi di aggregazione, ecc.. I consultori familiari devono essere messi in rete all'interno dell'Azienda, con i vari servizi specialistici e, all'esterno, con tutti i potenziali invianti (famiglie, sanità, scuola, giustizia, associazionismo, mondo del lavoro)".

Nel piano sanitario nazionale più recente[73] viene richiamata la validità del Progetto Obiettivo Materno-Infantile sopra citato, pur sottolineando che lo stesso non ha ancora avuto piena applicazione. Nello stesso, ancora una volta si ribadisce l'attenzione alle problematiche giovanili e alla necessità di intervenire con adeguate strategie di prevenzione finalizzate a ridurre comportamenti dannosi per la salute e per la propria vita. Tra gli obiettivi strategici definiti dal recente piano sanitario nazionale, quelli di: "educare alla salute e all'igiene i giovani e le famiglie, con il contributo essenziale della scuola e degli enti territoriali e dei servizi socio-assistenziali competenti con particolare riguardo alla prevenzione dei maltrattamenti, abusi e sfruttamento minorile, dell'obesità, delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo alla prevenzione della tossicodipendenza e degli infortuni ed incidenti" e di "riqualificare i consultori-ambulatori che operino sul territorio".

I consultori per adolescenti svolgono un servizio in linea con gli obiettivi menzionati, dal momento che hanno come scopo sostanziale quello di informare i giovani e indirizzare i loro comportamenti in senso positivo per la loro salute fisica e mentale.

Come è noto, l'adolescenza è una fase delicata di passaggio dall'infanzia all'età adulta che necessita di una forte azione di orientamento e di informazione in ambito sanitario, ma anche psico-sociale. Negli ultimi anni poi questa fase sembra essere caratterizzata da una durata più elevata, poiché i giovani, avendo prolungato i tempi di permanenza presso la famiglia d'origine, ritardano il loro processo di autonomizzazione e di assunzione di responsabilità. Quindi, oltre alle difficoltà legate alla crescita e ai cambiamenti, che inevitabilmente riguardano questo periodo della vita, l'adolescenza di oggi si connota anche per questi problemi legati al nostro tempo e che in qualche modo devono essere fronteggiati affinché non comportino ripercussioni negative sul futuro di questi ragazzi. Ne sono ben consapevoli gli operatori dei consultori, secondo la maggior parte dei quali (41,3%) i giovani d'oggi stentano a diventare adulti, soprattutto per scelta personale, perché non se la sentono di affrontare i problemi e di assumersi le responsabilità che la vita impone; naturalmente non sempre ciò è dovuto a una scelta individuale: anche le difficoltà legate al contesto sociale costituiscono un forte impedimento al processo di autonomizzazione dei giovani: la difficoltà di trovare un lavoro, il costo della vita sempre più alto, le esigenze di con-

---

[72] Cfr. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

sumo sempre più numerose. In un quadro così complesso è dunque fondamentale che esistano strutture in grado di fronteggiare con competenza anche questo tipo di problemi.

I consultori per adolescenti rappresentano l'unico servizio sanitario pubblico finalizzato a svolgere un'azione di sostegno, prevenzione e orientamento per i ragazzi. Ma si tratta di un servizio ancora troppo isolato all'interno del sistema sanitario nazionale e il cui ruolo non è ancora pienamente visibile e riconoscibile. Non a caso, la denominazione "consultorio per adolescenti" non è ancora acquisita, né formalmente né di fatto. Probabilmente questo dipende dal fatto che i servizi per gli adolescenti attivati presso i consultori familiari sono ancora un fatto troppo recente per poter contare su un'identità istituzionalmente riconosciuta. Questi servizi nascono, infatti, dall'acquisita consapevolezza da parte degli operatori della necessità di andare incontro ai bisogni espressi in maniera più o meno esplicita dai ragazzi: ci si rende conto cioè della concreta necessità di offrire ai giovani delle risposte chiare che servano a facilitare il loro percorso di crescita sessuale e personale. Gli operatori dei consultori familiari, venendo a contatto con i giovani, conoscendo quel mondo sempre più a fondo, gradualmente si sono resi conto che per quella specifica fascia di popolazione è necessario costruire strategie quanto più appropriate ai loro bisogni, alle loro richieste manifeste o latenti. Nel corso di un decennio sono stati aperti spazi per i giovani, in alcuni casi sfruttando gli ambienti dei consultori, in altri aprendo locali da destinare esclusivamente al servizio per gli adolescenti. Il processo delle attivazioni, che nei primi anni ha visto come protagonisti soprattutto gi operatori, sta coinvolgendo con il tempo anche gli enti locali, che iniziano ad avere una parte sempre più attiva.

Si punta su questi servizi di sostegno ai giovani cercando di renderli a loro accessibili nel modo più congeniale, privilegiando soprattutto due aspetti: minima burocratizzazione nelle procedure di accesso e connotazione del servizio in un senso non medicalizzato. Anche la tipologia delle prestazioni offerte sembra essere calibrata sulle esigenze dei ragazzi: nel corso degli anni, infatti, è cresciuto moltissimo il sostegno relativo a problematiche psicologiche e sociali e quindi il consultorio va connotandosi sempre meno come servizio esclusivamente ginecologico e medico-specialistico. Le competenze interne sono assolutamente funzionali allo svolgimento delle prestazioni previste dal servizio e le esigenze che vengono rilevate dai responsabili delle strutture sono di rafforzamento di quelle esistenti: non si avverte il bisogno di integrare l'organico con nuovi profili professionali, ma di acquisire semplicemente un numero maggiore di risorse, soprattutto di competenza psicologica, dal momento che cresce e diventa sempre più evidente quella *domanda invisibile* di sostegno psichico-emotivo implicitamente espressa dagli utenti e decodificata con grande sensibilità dagli operatori dei consultori.

Volendo riassume i risultati più rilevanti emersi da questa indagine, che ha visto il coinvolgimento di oltre la metà dei consultori per adolescenti attivati in Italia fino al 2001, è opportuno mettere in evidenza, innanzitutto, lo squilibrio della partecipazione all'indagine: il nord Italia ha risposto in misura certamente più massiccia rispetto al centro, al sud e alle isole, dimostrando un maggiore interesse per il miglioramento dei servizi e della propria attività e cogliendo l'opportunità di porre in evidenza le carenze organizzative più incisive. La carenza di risorse è sicuramente l'esigenza più sentita, ma non la sola. Tra le proposte di miglioramento avanzate dagli operatori vengono poste in evidenza la necessità di rendere visibile il servizio all'esterno attraverso una maggiore attività di promozione e pubblicizzazione e la necessità di coordinarsi meglio con soggetti istituzionali esterni (soprattutto con la scuola) che si occupano di adolescenti, al fine di rendere meno frammentarie le politiche di intervento rivolte ai giovani. A tal fine viene messa in evidenza la possibilità che il consultorio possa rappresentare un punto di riferimento e di orientamento non solo per i ragazzi ma anche per le strutture che operano con i giovani di modo che la funzione di *filtro* possa essere svolta sia per i ragazzi che per coloro che operano con i ragazzi.

Il coro è unanime nel reclamare una formazione adeguata. Il bisogno di essere aggiornati e supportati dal punto di vista delle competenze professionali viene avvertito dalla grande maggioranza degli operatori che valutano molto positivamente le occasioni di formazione sperimentate.

Questa indagine, oltre a dare un quadro della situazione organizzativa dei consultori per adolescenti, aveva tra i suoi scopi anche quello di fornire una valutazione della qualità del servizio erogato. Parzialmente, tale obiettivo è stato raggiunto; parzialmente poiché tale valutazione è stata fornita solo dal punto di vista degli erogatori del servizio, cioè dai coordinatori e dagli operatori intervistati, i quali sostanzialmente valutano positivamente la qualità del loro operato, dei risultati che raggiungono attraverso il loro lavoro, della qualità del servizio che offrono agli utenti, pur non esimendosi dal porre in luce le carenze organizzative a loro avviso riscontrate. Tale punto di vista, pur essendo un essenziale parametro di riferimento valutativo, resta limitato alla sola prospettiva interna; per avere un quadro valutativo più completo della qualità del servizio offerto elementi fortemente rilevanti possono essere forniti dal punto di vista dei fruitori del servizio, quindi da un punto di vista esterno. E per questo che i risultati di questo studio costituiscono anche un punto di avvio per un ulteriore approfondimento sulla questione della qualità del servizio dal punto vista degli utenti.

E' infatti in corso di realizzazione una nuova indagine sui consultori per adolescenti attraverso la quale si cercherà di costruire una base empirica alla luce della quale poter valutare la qualità del servizio dal punto di vista dei fruitori e poter offrire agli operatori dei consultori un resoconto approfondito sulle opinioni dei frequentatori dei consultori, sulla loro percezione della qua-

lità del servizio, sulla capacità del servizio di rispondere alle loro reali esigenze; oltre a ciò, questa successiva ricerca consentirà anche un confronto tra l'immagine che gli operatori dei consultori hanno dell'universo giovanile e quello che i ragazzi esprimono e pensano direttamente. Tutto questo nella prospettiva di contribuire a rendere sempre più ottimale il livello di efficienza dei servizi dando spazio a tutte le voci coinvolte nel processo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AA.VV., 2002, *Esperienze e buone pratiche con la legge 285/97 - dalla ricognizione alle linee guida*, Firenze, Istituto degli Innocenti

AA. VV., 1988, "Minori adolescenti e giovani: interventi e servizi, dalla prevenzione alla cura", in Politiche Sociali e Servizi, n. 1, pp. 101-134

AA.VV., 1998, *Un volto o una maschera? I percorsi di costruzione dell'identità*, Istituto degli Innocenti, Presidenza del consiglio dei ministri

Massa Riccardo, 1990, *L'adolescenza: immagine trattamento*, Milano, Angeli

Bezzi, C. e Palumbo, M. (a cura di), 1998, *Strategie di valutazione. Materiali di lavoro*, Perugia, Gramma

Buzzi, C. (a cura di), 1998, *Essere giovani in Lombardia. Una generazione tra Italia ed Europa*, Milano, Guerini e Associati

Buzzi, C. (a cura di), 1999, *La condizione giovanile in Toscana*, Firenze, Giunti

Buzzi, C., Cavalli, A., De Lillo, A. (a cura di), 2002, *Giovani del nuovo secolo*, Bologna, Il Mulino

Buzzi, C., Cavalli, A., de Lillo, A., (a cura di), 1997, *Giovani verso il Duemila*, Bologna, il Mulino

Cagliumi L., Corradini A., Zani B., 1993, *Incontrare gli adolescenti. Modelli e strategie di intervento*, Milano, Edizioni Unicopli

Comune di Salerno, 1991, *Progetto giovani*. *Contro le droghe*, Salerno

Costantini D., 1990, "Culture dell'adolescenza, culture degli interventi" in *Servizi Sociali*, n. 4,

Dipartimento Affari Sociali, 1997, *Diritto di crescita e disagio – Rapporto 1996 sulla condizione dei minori in Italia*, Roma

Dipartimento Affari Sociali, 1999, *Politiche del governo per l'infanzia e l'adolescenza* 1996/1998, Roma

Erikson, E. H., 1956, "The problem of ego identity" in *Journal of the american psychoanalytic Association*, vol. IV

Fondazione E. Zancan, 1995, “La qualità nei servizi sanitari” numero monografico di *Servizi sociali* n. 3
G. Fiorentini, 1995, *Organizzazioni non profit e di volontariato*, Milano, Etaslibri
Giuli, M., 1993, *Qualità e produttività nei servizi*, Torino, Isedi
Hall, S., 1904, *Adolescence*, New York, Appleton Century Croft
IARD (AA.VV.), 2000, *Essere giovani, oggi. Quinto rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia*, Milano, IARD.
IARD (Abbruzzese, S), 2001, *Ai protagonisti del 2000. I valori dei giovani lombardi*, Milano, IARD
Mead, M., 1954, *L’adolescente in una società primitiva*, Firenze, Editrice Universitaria
Ministero dell’Interno - Direzione Generale dei Servizi Civili, 1994, *Politiche e Progetti per gli Adolescenti - L’impegno delle istituzioni pubbliche e delle associazioni giovanili in Italia,* Roma.
Ministero dell’Interno - Direzione Generale dei Servizi Civili, 1989, *Progetto giovani - Le politiche degli enti locali nel periodo 1982-1988,* Roma.
Ministero dell’Interno - Direzione Generale dei Servizi Civili, 1986, *Progetto Adolescenti - Orientamento e proposte metodologiche,* Roma
Piazza Stefano, 1995, “La legge della regione Marche in materia di politiche giovanili” in *Servizi Sociali,* n. 4 (suppl.)
Quaglino, G.P. e Carozzi G.P., 1981, *Il processo di formawione,* Milano, Angeli.
Pirone, G.M., Guazzini, G., Sebastiani, G., Petrelli, A., 1999, *Il consultorio per adolescenti,* Collana Studi e ricerche IIMS, Roma.
Ranci, C., 1989, *Politiche per i giovani,* Milano, Angeli.
Regione Emilia Romagna - Assessorato servizi sociali, 1994, *Programma d’intervento giovani/consultorio,* Bologna.
Regione Veneto, 1992, “Politiche giovanili, giovani ed enti locali” in *Servizi Sociali*, n. 3, (suppl.).
Resmini, L., 1993, “L’efficienza e l’efficacia del settore pubblico: alcuni metodi di analisi” in *Economia e diritto del terziario,* V, n. 1.
Schwarzenberg T. L., 1991, *Indagine sulle richieste di salute degli adolescenti e sui loro rapporti con le strutture socio-sanitarie,* Roma: Università ‘La Sapienza’ - Servizio di Adolescentologia.
Stame, N., 1998, *L’esperienza della valutazione,* Roma, Seam.
Testa B., 1991 *Un luogo e un tempo per progettare. L’esperienza dei centri di aggregazione giovanile in provincia di Bergamo,* Bergamo.
Vitobello, M., Viganotti, C., Vulcano, C., (a cura di), 1989, *Il consultorio per l’adolescenza,* Atti del Convegno, Bari, 19 ottobre 1989.

ALLEGATI[75]

ALLEGATO 1: Questionario per i coordinatori.

ALLEGATO 2: Questionario per gli operatori.

[5] I questionari utilizzati in questa indagine sono stati messi a punto da Gabriella Sebastiani, già autrice del progetto di ricerca, in collaborazione con Giuliana Guazzini.

Istituto Italiano di Medicina Sociale
Via Pasquale Stanislao Mancini, 28 - 00196 Roma

Questionario per i Coordinatori

Organizzazione e Strategie di Intervento dei Consultori per adolescenti

rientro	|__|__|-|__|__|-|__|__| *giorno mese anno*	*rilevatore*	|__|__|	*codice IIMS*	|__|__|__|-|__|__|-|__|__|-|__|__|-|__|__|				
OK	*da chiarire*	*chiarimento*	|__|__|-|__|__|-|__|__|	*rilevatore*	|__|__|	*chiarito*	*inserito*		

Dati generali

1. La struttura è: [1]

(indicare una sola risposta)

1. un consultorio adolescenti[1] ❑
2. uno spazio/servizio adolescenti all'interno del consultorio familiare[2] ❑

2. Quale denominazione è stata data alla struttura?

.....

3. Indirizzo del consultorio adolescenti o spazio/servizio adolescenti

Asl: |_|_|_|

8. Al momento della costituzione del consultorio quali sono stati i principali strumenti attraverso i quali si sono individuati i bisogni degli adolescenti?

(indicare non più di tre risposte)

1. ricerche e studi sulla popolazione adolescenziale del territorio ❑
2. sondaggi effettuati nelle scuole in occasione degli interventi di educazione sessuale o sanitaria effettuati dagli operatori ❑
3. studi realizzati sugli adolescenti che si sono rivolti al consultorio ❑
4. consultazione con altri consultori per adolescenti ❑
5. consultazione con altri soggetti istituzionali (scuola, servizi sociali, forze dell'ordine, ecc.) ❑
6. consultazione con soggetti di privato sociale (associazioni culturali e sportive, chiesa, ecc.) ❑
7. non so ❑
8. altro (specificare) ..... ❑

9. Quale è la fascia di età alla quale fa espressamente riferimento la programmazione delle attività del consultorio?

da anni |_|_| ad anni |_|_|

10. Quali obiettivi prioritari sono stati individuati nella fase di costituzione del consultorio?

(indicare non più di tre risposte)

1. cura delle problematiche della sfera contraccettiva e ginecologica dell'adolescente ❑
2. prevenzione e trattamento del disagio psicologico e relazionale adolescenziale ❑
3. educazione sanitaria ❑
4. educazione sessuale ❑
5. cura della salute (medicina generale, dermatologia, dietologia, ecc.) ❑
6. altro (specificare) ..... ❑

Interazione con altri soggetti

11. Il consultorio/spazio per adolescenti aderisce a iniziative di collegamento sul territorio con altri servizi per adolescenti?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

11.a Se Sì, può indicare se si tratta di un coordinamento con altri consultori:

(indicare una sola risposta)

1. della regione ❑
2. della provincia ❑
3. del comune ❑
4. della A.S.L. ❑
5. del distretto sanitario ❑
6. altro (specificare) ..... ❑

11.b Se Sì, può indicare attraverso quali modalità si realizza l'attività di coordinamento?

(sono possibili più risposte)

1. elaborazione congiunta di progetti di intervento ❑
2. organizzazione di incontri periodici a cadenza fissa per confrontare le reciproche attività ❑
3. realizzazione di iniziative comuni ad hoc ❑
4. mobilità del personale tra le strutture ❑
5. realizzazione congiunta di attività di valutazione ❑
6. altro (specificare) ..... ❑

12. Il consultorio/spazio per adolescenti collabora con altri soggetti (istituzionali e non) presenti sul territorio?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

12.a Se Si, con quali prevalentemente?

(indicare non più di tre risposte)

1. SERT ❑
2. servizi di salute mentale ❑
3. altri servizi sanitari della Asl (ad es. ambulatori/reparti ospedalieri, ecc.) ❑
4. servizi sociali del comune ❑
5. istituzioni scolastiche ❑
6. forze dell'ordine ❑
7. tribunale per i minori ❑
8. consultori privati ❑
9. associazioni culturali e sportive ❑
10. gruppi di volontariato ❑
11. altro (specificare) ..... ❑

Personale

13. Può indicare, per ciascun profilo professionale, il numero degli operatori presenti nel servizio per attività all'interno e/o all'esterno del consultorio per adolescenti?

1. assistente sociale n. |_|_|
2. dermatologo n. |_|_|
3. dietologo/dietista n. |_|_|
4. educatore[4] n. |_|_|
5. ginecologo n. |_|_|
6. infermiere professionale/assistente sanitario n. |_|_|
7. medico di base n. |_|_|
8. neuropsichiatra n. |_|_|
9. ostetrico n. |_|_|
10. pediatra n. |_|_|
11. psicologo n. |_|_|
12. psichiatra n. |_|_|
13. sociologo n. |_|_|
14. altro (specificare) ..... n. |_|_|

Totale operatori **n.** |_|_|

14. Gli operatori sono impegnati a tempo pieno nella struttura per adolescenti?

.....*Sì, tutti* ❑ .....*Sì, alcuni* ❑ .....*No, nessuno* ❑

[4] Operatore che lavora prevalentemente nell'ambito dell'educazione e della rieducazione con soggetti in stato di disagio e di devianza.

15. Sono previste figure professionali che collaborano in qualità di tirocinanti, volontari, stagisti, obiettori, contrattisti, ecc.?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

15.a Se Si, può indicarne il numero ed il profilo professionale prevalente?

numero |_|_|
profilo professionale prevalente .....

16. A Suo avviso, le figure professionali attualmente presenti sono sufficienti a soddisfare le esigenze degli adolescenti che si rivolgono al consultorio?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

16.a Se No, quanti operatori e di quale profilo professionale sarebbe necessario acquisire per la struttura?

1. assistente sociale n. |_|_|
2. dermatologo n. |_|_|
3. dietologo/dietista n. |_|_|
4. educatore n. |_|_|
5. ginecologo n. |_|_|
6. infermiere professionale/assistente sanitario n. |_|_|
7. medico di base n. |_|_|
8. neuropsichiatra n. |_|_|
9. ostetrico n. |_|_|
10. pediatra n. |_|_|
11. psicologo n. |_|_|
12. psichiatra n. |_|_|
13. sociologo n. |_|_|
14. altro (specificare) ..... n. |_|_|

Totale operatori n. |_|_|

17. Gli operatori presenti nel consultorio hanno partecipato a corsi di formazione specificamente rivolti a coloro che lavorano per gli adolescenti?

.....*Sì, tutti* ❑ .....*Sì, alcuni* ❑ .....*No, nessuno* ❑

18. Ritiene che nell'ambito del consultorio da Lei coordinato il turnover del personale sia:

1. fisiologico/normale ❑
2. elevato ❑
3. pressoché inesistente ❑

18.a A Suo avviso, l'attuale livello di turnover del personale è tale da pregiudicare il corretto svolgimento delle attività del consultorio?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

Modalità di offerta

19. In quali giorni e orari è effettuata l'attività di accoglienza degli adolescenti che si recano nella struttura per la prima volta?

GIORNI	ORARI Mattino	ORARI Pomeriggio
1. Lun. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
2. Mar ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
3. Mer. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
4. Gio. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
5. Ven. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
6. Sab. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|

20. In quali giorni e orari gli operatori del consultorio/spazio adolescenti forniscono consulenza telefonica e/o informazioni telefoniche?

GIORNI	ORARI Mattino	ORARI Pomeriggio
1. Lun. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
2. Mar ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
3. Mer. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
4. Gio. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
5. Ven. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|
6. Sab. ❑	|____|-|____|	|____|-|____|

21. È previsto che una specifica figura professionale svolga una funzione di filtro per le prime richieste dell'utenza che poi vengono smistate ad altri operatori?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

21.a Se Sì, quale figura professionale svolge prevalentemente tale funzione di filtro?

.....

Le prestazioni

22. Quali sono le prestazioni offerte direttamente nel consultorio e le relative modalità di erogazione?

(sono possibili più risposte)

	erogate con appuntamento	erogate senza appuntamento
1. ginecologia[5]	❑	❑
2. consulenza psicologica/psicoterapia	❑	❑
3. consulenza sociale	❑	❑
4. medicina generale	❑	❑
5. dietologia	❑	❑
6. dermatologia	❑	❑
7. altro (specificare)	❑	❑

[5] Si fa riferimento alle visite, alle prestazioni di citologia diagnostica (pap-test e strisci), ecc..

23. Quali delle seguenti prestazioni relative all'area ginecologica e contraccettiva sono erogate e con quali modalità?

(sono possibili più risposte)

	erogate nel consultorio	erogate tramite altri servizi A.S.L.
1. accompagnamento percorso IVG[6]	❑	❑
2. accompagnamento percorso gravidanza[7]	❑	❑
3. prevenzione malattie sessualmente trasmesse	❑	❑
4. consulenza sessuologica	❑	❑
5. consulenza e prescrizione contraccettivi	❑	❑
6. consulenza, prescrizione e somministrazione contraccettivi di emergenza	❑	❑
7. altro (specificare)	❑	❑

24. Quali delle seguenti prestazioni di consulenza[8] relative all'area psicologica e sociale sono erogate e con quali modalità?

(sono possibili più risposte)

	erogate nel consultorio	erogate tramite altri servizi A.S.L.
1. consulenza sociale e/o psicologica per problemi di anoressia, bulimia	❑	❑
2. consulenza sociale e/o psicologica per problemi della sfera relazionale	❑	❑
3. consulenza sociale e/o psicologica per problemi relativi al disagio familiare	❑	❑
4. consulenza sociale e/o psicologica per l'uso e l'abuso di sostanze tossiche	❑	❑
5. consulenza sociale e/o psicologica per problemi di devianza sociale	❑	❑
6. altro (specificare)	❑	❑

25. Quali delle seguenti prestazioni di trattamento[9] relative all'area psicologica e sociale sono erogate e con quali modalità?

(sono possibili più risposte)

	erogate nel consultorio	erogate tramite altri servizi A.S.L.
1. trattamento sociale e/o psicologico per problemi di anoressia, bulimia	❑	❑
2. trattamento sociale e/o psicologico per problemi della sfera relazionale	❑	❑
3. trattamento sociale e/o psicologico per problemi relativi al disagio familiare	❑	❑
4. trattamento sociale e/o psicologico per l'uso e l'abuso di sostanze tossiche	❑	❑
5. trattamento sociale e/o psicologico per problemi di devianza sociale	❑	❑
6. altro (specificare)	❑	❑

26. Quali delle seguenti prestazioni di prevenzione ed orientamento sono offerte e con quali modalità?

(sono possibili più risposte)

	erogate all'interno del consultorio	erogate all'esterno del consultorio	erogate tramite altri servizi A.S.L.
1. prevenzione tossicodipendenza	❑	❑	❑
2. orientamento scolastico	❑	❑	❑
3. orientamento professionale	❑	❑	❑
4. educazione sanitaria	❑	❑	❑
5. educazione sessuale	❑	❑	❑
6. altro (specificare)	❑	❑	❑

Risorse

27. Al momento della costituzione del servizio quale tipo di risorse[10] sono state erogate dagli Enti di seguito indicati?

(sono possibili più risposte)

	strutturali	finanziarie	strumentali	di personale	nessuna
1. Asl	❑	❑	❑	❑	❑
2. Regione	❑	❑	❑	❑	❑
3. Comune	❑	❑	❑	❑	❑
4. Provincia	❑	❑	❑	❑	❑
5. altro (specificare)	❑	❑	❑	❑	❑

[9] Per prestazioni di trattamento si intendono le attività terapeutiche o interventi di tipo sociale volti al recupero dell'equilibrio psico-sociale dell'adolescente.

[10] Per risorse strutturali si fa riferimento a locali, strutture di accoglienza; per risorse strumentali si intendono le apparecchiature diagnostiche, i computer, ecc..

28. Il consultorio/spazio per adolescenti ha avuto o ha attualmente accesso a finanziamenti che si inscrivono nel quadro di normative nazionali (ad esempio L. 216/91 su i minori a rischio, fondi ad hoc per il trattamento delle tossicodipendenze, ecc.)?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

29. Può indicare l'entità delle risorse finanziarie attualmente impiegate per garantire il funzionamento del consultorio/spazio per adolescenti[11]?

Spesa annuale imputabile al consultorio per adolescenti |_|_|_| milioni

30. Quale tipologia di risorse ritiene sia prioritario potenziare per garantire un migliore funzionamento del consultorio/spazio per adolescenti?

(indicare una sola risposta)

1. finanziarie ❑
2. strumentali ❑
3. di personale ❑

Attività di informazione e comunicazione

31. Attraverso quali canali viene informata l'utenza e si promuovono le attività e le iniziative del consultorio/spazio per adolescenti?

(sono possibili più risposte)

1. scuola ❑
2. altri servizi della Asl ❑
3. servizi degli Enti locali ❑
4. depliant informativi disponibili presso il servizio ❑
5. depliant informativi a distribuzione periodica ❑
6. cartellonistica ❑
7. stampa locale, emittenti radiofoniche e/o televisive regionali o locali ❑
8. nessuno ❑
9. altro (specificare)..... ❑

[11] Nell'indicare la spesa annuale imputabile al funzionamento complessivo del consultorio l'intervistato potrà anche fornire una stima espressa in milioni di lire.

32. Può indicare quali sono i canali attraverso i quali gli adolescenti dichiarano prevalentemente di aver conosciuto il consultorio/spazio per adolescenti?

(indicare non più di tre risposte)

1. altri ragazzi ❑
2. la scuola e gli insegnanti ❑
3. famiglia (genitori o altri parenti) ❑
4. altri servizi della Asl ❑
5. servizi degli Enti locali ❑
6. medico di base ❑
7. privato sociale (associazioni, volontariato, ecc.) ❑
8. depliant informativi disponibili presso il servizio ❑
9. depliant informativi a distribuzione periodica ❑
10. cartellonistica ❑
11. stampa locale, emittenti radiofoniche e/o televisive regionali o locali ❑
12. altro (specificare)..... ❑

Valutazione delle attività

33. Quali delle seguenti informazioni sono rilevate regolarmente nel servizio da Lei coordinato?

(sono possibili più risposte)

1. utenza (nuovi utenti, abbandoni, ritorni, *follow up*) ❑
2. prestazioni (n. richieste, n. prestazioni effettuate, ecc.) ❑
3. numero e caratteristiche delle attività svolte all'esterno ❑
4. livello di soddisfazione dell'utenza ❑
5. altro (specificare) ..... ❑

34. Sono regolarmente svolte attività di valutazione delle prestazioni offerte nel consultorio?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

Se No, passare alla sezione Utenza (domanda 39)

35. A Suo avviso, l'attività di valutazione svolta nel consultorio mira soprattutto a[12]:

(indicare una sola risposta)

1. valutare l'efficienza ❑
2. valutare l'efficacia ❑
3. valutare la qualità ❑

[12] Per **valutazione di efficienza** si intende l'analisi del rapporto tra risorse investite e risultati raggiunti, che si sofferma soprattutto sul processo attraverso il quale vengono conseguiti i risultati.

Per **valutazione di efficacia** si intende l'analisi del rapporto tra obiettivi prefigurati e risultati raggiunti, laddove il risultato può essere inteso come esito specifico o come esito complessivo.

Per **valutazione di qualità** si intende principalmente l'analisi del rapporto tra obiettivi fissati e capacità di risposta ai bisogni, alle esigenze ed alle aspettative dell'utenza.

36. Quali delle seguenti informazioni, rilevate nel servizio da Lei coordinato, sono utilizzate per la valutazione?

(sono possibili più risposte)

1. utenza (nuovi utenti, abbandoni, ritorni, *follow up*) ❑
2. prestazioni (n. richieste, n. prestazioni effettuate, ecc.) ❑
3. numero e caratteristiche delle attività svolte all'esterno ❑
4. livello di soddisfazione dell'utenza ❑
5. altro (specificare) ..... ❑

37. Quali attività sono sottoposte a verifica in modo strutturato?

(sono possibili più risposte)

1. attività di educazione sanitaria e educazione sessuale all'interno delle scuole ❑
2. prestazioni ambulatoriali mediche ❑
3. prestazioni dell'area psicologica-sociale ❑
4. altro (specificare) ..... ❑

38. Quali procedure sono utilizzate per la valutazione dei risultati delle attività svolte nel consultorio?

(sono possibili più risposte)

1. raccolta dati sulle risorse e sulle attività, costruzione di indicatori ❑
2. predisposizione di questionari da somministrare agli utenti ❑
3. discussione periodica dei risultati della valutazione all'interno del consultorio ❑
4. invio dei risultati della valutazione alla Asl che svolge attività di supervisione ❑
5. altro (specificare) ..... ❑

Utenza

39. Può indicare il numero degli adolescenti che hanno usufruito dei servizi offerti all'interno del consultorio?

Numero fruitori nell'anno 1999	Maschi	Femmine	Totale
<14 anni	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|
>14 anni	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|
Totale	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|

40. Può indicare il numero degli adolescenti cui sono stati rivolti, nell'ambito di altre istituzioni del territorio (scuole, enti locali, associazioni, ecc.), interventi di prevenzione, educazione sessuale e/o di educazione alla salute?

Numero fruitori nell'anno 1999	Maschi	Femmine	Totale
<14 anni	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|
>14 anni	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|
Totale	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|	n. |_|_|_|_|

41. Le problematiche prevalenti degli adolescenti che si rivolgono al consultorio che Lei coordina, a Suo avviso, sono:

(indicare non più di tre risposte)

1. legate alla vita sessuale ❑
2. legate alla vita di coppia ❑
3. relative alla sfera ginecologica e contraccettiva ❑
4. inerenti le relazioni con il gruppo dei pari ❑
5. relative alla sfera dei rapporti familiari ❑
6. legate all'immagine di sé (disturbi dell'alimentazione, ecc.) ❑
7. legate all'uso ed abuso di sostanze tossiche ❑
8. legate alla sfera scolastica ❑
9. relative alla salute ❑
10. altro (specificare) ..... ❑

42. Quali sono a Suo avviso le motivazioni prevalenti che inducono gli adolescenti a rivolgersi al consultorio piuttosto che ad altri interlocutori?

(indicare non più di due risposte)

1. difficoltà di comunicazione familiare ❑
2. difficoltà di relazione con il gruppo dei pari ❑
3. difficoltà di comunicazione con la/il partner ❑
4. difficoltà di accesso e/o comunicazione con organizzazioni/associazioni giovanili ❑
5. mancanza/carenza di interlocutori istituzionali alternativi ❑
6. altro (specificare) ..... ❑

43. Quali sono, a Suo parere, le caratteristiche del consultorio che Lei coordina che attraggono prevalentemente gli adolescenti?

(indicare non più di due risposte)

1. gratuità delle prestazioni ❑
2. modalità di fruizione non burocratizzate ❑
3. gradevolezza degli ambienti di accoglienza ❑
4. fiducia nel servizio consultoriale ❑
5. accessibilità del servizio ❑
6. possibilità di fruire delle prestazioni senza appuntamento ❑
7. connotazione del servizio in senso non patologico ❑
8. altro (specificare) ..... ❑

Proposte

44. Che giudizio dà sull'attuale livello di funzionamento del consultorio in relazione ai seguenti aspetti?

	molto soddisfacente	soddisfacente	insoddisfacente	molto insoddisfacente
1. efficienza	❑	❑	❑	❑
2. efficacia	❑	❑	❑	❑
3. qualità	❑	❑	❑	❑
4. gradimento dell'utenza	❑	❑	❑	❑

45. Quale ruolo svolge attualmente e quale ritiene debba svolgere il consultorio per adolescenti nel quadro delle politiche per gli adolescenti?

	svolge	non svolge ma dovrebbe svolgere
1. centro di riferimento, di collegamento e/o di formazione per gli operatori che lavorano con gli adolescenti in ambito sanitario	❑	❑
2. centro di riferimento, di collegamento e/o di formazione per gli operatori che lavorano con gli adolescenti in ambito sanitario, sociale e scolastico	❑	❑
3. centro di ascolto e punto di riferimento per gli adolescenti sotto il profilo delle risposte alle problematiche sociali e sanitarie	❑	❑
4. terminale che facilita l'accesso degli adolescenti ai servizi sanitari e sociali del territorio	❑	❑
5. altro (specificare)	❑	❑

46. Ritiene che l'attuale strutturazione del consultorio/spazio per adolescenti da Lei coordinato sia adeguata per svolgere al meglio il ruolo che Lei auspica?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

47. Quali sono i <u>principali</u> cambiamenti che apporterebbe per migliorare l'attività del consultorio/spazio per adolescenti?

(indicare non più di tre risposte)

1. ampliamento dell'orario di accoglienza ❑
2. avvio e/o potenziamento delle attività di informazione e promozione ❑
3. allargamento delle prestazioni offerte ❑
4. potenziamento delle attività di educazione sanitaria e sessuale nelle scuole ❑
5. potenziamento delle attività di educazione sanitaria e sessuale all'interno del consultorio ❑
6. sviluppo delle attività di follow up ❑
7. avvio e/o potenziamento del coordinamento con altri servizi e soggetti istituzionali (altri consultori, servizi sanitari e sociali, scuole, ecc.) ❑
8. avvio e/o potenziamento del coordinamento con altri soggetti non istituzionali (gruppi, associazioni) ❑
9. avvio e/o potenziamento delle attività di valutazione ❑
10. altro (specificare) ..... ❑

Informazioni sul coordinatore del consultorio o spazio/servizio per adolescenti

Nome ..... **Cognome** .....

Sesso M ❑ F ❑

Anno di nascita |_|_|_|_|

Comune di nascita |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Prov.** |_|_|

Titolo di studio conseguito:

diploma di scuola media inferiore ..... ❑

diploma di scuola media superiore ..... ❑

altro titolo di studio post scuola media superiore (specificare) ..... ❑

diploma di laurea in ..... ❑

specializzazione in ..... ❑

Profilo professionale .....

Decorrenza incarico di coordinamento **Anno** |_|_|_|_|

Prima dell'attuale impegno nel consultorio per adolescenti ha svolto altri incarichi?

Sì..... ❑ *No*..... ❑

Se sì, in quale struttura?

.....

Se sì, con quale profilo professionale?

.....

Recapiti telefonici (*se diversi da quelli del consultorio*)

N. pref. |_|_|_|_| N. tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N. fax |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

e-mail .....@.....

Si garantisce la piena riservatezza delle informazioni fornite. I dati saranno infatti trattati esclusivamente in forma aggregata e tutti i dati individuali saranno eliminati a seguito delle operazioni di codifica ed elaborazione.

Osservazioni

Nel ringraziarLa del tempo e dell'impegno che ci ha messo a disposizione Le chiediamo gentilmente – qualora il questionario appena compilato non Le abbia permesso di esprimere adeguatamente le Sue opinioni – di utilizzare questo spazio per eventuali precisazioni, integrazioni e osservazioni.

Grazie per la collaborazione

Istituto Italiano di Medicina Sociale
Via Pasquale Stanislao Mancini, 28 - 00196 Roma

QUESTIONARIO PER GLI OPERATORI

ORGANIZZAZIONE E STRATEGIE DI INTERVENTO DEI CONSULTORI PER ADOLESCENTI

rientro	|__|__|-|__|__|-|__|__| *giorno mese anno*	*rilevatore*	|__|__|	*codice IIMS*	|__|__|__|-|__|__|-|__|__|-|__|__|			
OK	*da chiarire*	*chiarimento*	|__|__|-|__|__|-|__|__|	*rilevatore*	|__|__|	*chiarito*	*inserito*	

L'adolescente ed il suo rapporto con il consultorio

1. Può indicare la classe d'età prevalente degli adolescenti che si rivolgono al consultorio?

(indicare una sola risposta)

- fino a 14 anni ❑
- 15-18 anni ❑
- oltre 18 anni ❑

Le domande che seguono in questa e nelle altre sezioni del questionario sono riferite ai giovani appartenenti alla fascia di età che Lei ha indicato come prevalente tra gli adolescenti che si rivolgono al consultorio nel quale Lei lavora.
Chiederemo una Sua valutazione circa atteggiamenti, comportamenti ed opinioni degli adolescenti con i quali Lei entra in contatto nell'ambito della sua attività professionale. Talvolta le domande saranno riferite all'intera popolazione adolescenziale. In entrambi i casi è specificato nel titolo della sezione se le domande riguardano l'intera popolazione adolescenziale o la sola utenza del consultorio.
Lei si accorgerà che i termini prevalente, prevalentemente, maggiore, ecc. ricorrono nelle nostre domande. Abbiamo usato un carattere sottolineato per evidenziare che, laddove chiediamo di fornire una o, al massimo tre risposte, stiamo cercando di individuare la maggiore rilevanza e/o diffusione di alcuni atteggiamenti rispetto ad altri, ben sapendo che, quando si parla di adolescenti, è difficile generalizzare.

2. Le problematiche prevalenti degli adolescenti che si rivolgono al consultorio nel quale lavora, a Suo avviso, sono:

(indicare non più di tre risposte)

1. legate alla vita sessuale ❑
2. legate alla vita di coppia ❑
3. relative alla sfera ginecologica e contraccettiva ❑
4. inerenti le relazioni con il gruppo dei pari ❑
5. relative alla sfera dei rapporti familiari ❑
6. legate all'immagine di sé (disturbi dell'alimentazione, ecc.) ❑
7. legate all'uso ed abuso di sostanze tossiche ❑
8. legate alla sfera scolastica ❑
9. relative alla salute ❑
10. altro (specificare) ..... ❑

3. Quali sono a Suo avviso le motivazioni prevalenti che inducono gli adolescenti a rivolgersi al consultorio piuttosto che ad altri interlocutori?

(indicare non più di due risposte)

1. difficoltà di comunicazione familiare ❑
2. difficoltà di relazione con il gruppo dei pari ❑
3. difficoltà di comunicazione con la/il partner ❑
4. difficoltà di accesso e/o comunicazione con organizzazioni/associazioni giovanili ❑
5. mancanza/carenza di interlocutori istituzionali alternativi ❑
6. altro (specificare) ..... ❑

4. Quali sono, a Suo parere, le caratteristiche del consultorio nel quale lavora che attraggono prevalentemente gli adolescenti?

(indicare non più di due risposte)

1. gratuità delle prestazioni ❑
2. modalità di fruizione non burocratizzate ❑
3. gradevolezza degli ambienti di accoglienza ❑
4. fiducia nel servizio consultoriale ❑
5. accessibilità del servizio ❑
6. possibilità di fruire delle prestazioni senza appuntamento ❑
7. connotazione del servizio in senso non patologico ❑
8. altro (specificare)..... ❑

Valori e stili di vita della popolazione adolescenziale

5. A Suo Avviso, quali sono i valori che gli adolescenti ritengono importanti nella vita?

(indicare non più di **tre** risposte)

1. famiglia ❑
2. lavoro ❑
3. amicizia ❑
4. attività politica ❑
5. impegno sociale ❑
6. eguaglianza sociale ❑
7. libertà e democrazia ❑
8. impegno religioso ❑
9. studio ed interessi culturali ❑
10. svago nel tempo libero ❑
11. sport ❑
12. successo e carriera personale ❑
13. solidarietà ❑
14. amore ❑
15. autorealizzazione ❑
16. vita confortevole e agiata ❑
17. altro (specificare)..... ❑

6. Secondo Lei, gli adolescenti, nel gestire il proprio presente, tengono conto prevalentemente:

(indicare una sola risposta)

1. delle esperienze precedenti ❑
2. dei progetti che hanno per il futuro ❑
3. della realtà che hanno di fronte nel momento in cui agiscono ❑
4. altro (specificare)..... ❑

7. Secondo la Sua esperienza, gli adolescenti sono:

(indicare il grado di accordo per ogni item)

	molto	*abbastanza*	*poco*	*per niente*
1. attivisti, perché il futuro è pieno di possibilità e sorprese	❑	❑	❑	❑
2. disillusi, perché molto nella vita dipende dalla fortuna	❑	❑	❑	❑
3. capaci di rischiare, perché nella vita d'oggi è importante anche sfidare la sorte	❑	❑	❑	❑
4. prudenti, perché è saggio saper valutare sempre le proprie forze nell'intraprendere le azioni	❑	❑	❑	❑
5. insicuri delle proprie capacità e possibilità di gestire il proprio futuro	❑	❑	❑	❑
6. altro (specificare)	❑	❑	❑	❑

8. A suo avviso, quali attività di tempo libero caratterizzano lo stile di vita degli adolescenti di oggi?

(indicare il grado di accordo per ogni item)

	molto	abbastanza	poco	per niente
1. le uscite con gli amici	❑	❑	❑	❑
2. la frequentazione di discoteche	❑	❑	❑	❑
3. l'ascolto di musica	❑	❑	❑	❑
4. la partecipazione ad organizzazioni politiche o sindacali	❑	❑	❑	❑
5. la partecipazione ad organizzazioni religiose o parrocchiali	❑	❑	❑	❑
6. la partecipazione a gruppi di volontariato	❑	❑	❑	❑
7. lo svolgimento di attività sportive	❑	❑	❑	❑
8. la partecipazione ad organizzazioni sportive (come tifosi)	❑	❑	❑	❑
9. la partecipazione ad organizzazioni giovanili (scout, Arci, ecc.)	❑	❑	❑	❑
10. la partecipazione ad organizzazioni studentesche	❑	❑	❑	❑
11. la frequentazione di cinema	❑	❑	❑	❑
12. la lettura di libri	❑	❑	❑	❑
13. la partecipazione a manifestazioni culturali (mostre, visite a musei e monumenti, ecc.)	❑	❑	❑	❑
14. la partecipazione a concerti di musica leggera	❑	❑	❑	❑
15. la partecipazione a concerti di musica classica	❑	❑	❑	❑
16. la frequentazione di spettacoli teatrali	❑	❑	❑	❑

9. Molti giovani, come emerge dalle ricerche più recenti, prolungano la loro permanenza nella famiglia di origine. Secondo Lei ciò avviene, prevalentemente, perché:

(indicare una sola risposta)

1. i genitori di oggi sono più tolleranti e i giovani riescono ad imporre o a far accettare i propri "stili di vita" più facilmente ❑
2. ci sono cause oggettive che impediscono ai giovani di guadagnare la propria autonomia rispetto alla famiglia di origine ❑
3. per i giovani lasciare la casa dei genitori significa mettere a rischio il proprio tenore di vita ❑
4. i giovani, rimanendo in famiglia, riescono a differire il momento di assunzione di responsabilità ❑
5. altro (specificare) ..... ❑

10. A suo avviso, a quali esperienze relazionali gli adolescenti attribuiscono maggiore rilevanza?

(indicare una sola risposta)

1. al rapporto con il gruppo dei pari ❑
2. al rapporto con i genitori ❑
3. al rapporto con gli insegnanti ❑
4. al rapporto di coppia ❑
5. altro (specificare) ..... ❑

La sessualità e i rapporti di coppia degli adolescenti che si rivolgono al consultorio

11. In generale, Lei ritiene che le conoscenze che gli adolescenti possiedono in tema di sessualità siano:

(indicare una sola risposta)

1. pessime ❑
2. insufficienti ❑
3. sufficienti ❑
4. buone ❑

12. In genere, quando parla di sessualità con gli adolescenti, ha più frequentemente l'impressione di:

(indicare una sola risposta)

1. offrire informazioni utili ed efficaci che risultano del tutto nuove all'adolescente ❑
2. dire cose che l'adolescente già conosce ❑
3. aggiungere conoscenze che completano quanto l'adolescente già sapeva ❑
4. altro (specificare)..... ❑

13. A Suo parere, per gli adolescenti con i quali Lei entra in contatto il coinvolgimento in un rapporto di coppia stabile rappresenta prevalentemente:

(indicare una sola risposta)

1. un'esperienza che li aiuta a sviluppare un buon rapporto con la sessualità ❑
2. un'esperienza che li distoglie da comportamenti a rischio (tossicodipendenza, rapporti sessuali non protetti, comportamenti devianti, ecc.) ❑
3. un'esperienza che facilita la costruzione di rapporti di coppia maturi nell'età adulta ❑
4. un ostacolo allo sviluppo della propria autonomia ❑
5. altro (specificare)..... ❑

14. A Suo avviso, gli adolescenti all'interno della coppia tendono prevalentemente a:

(indicare una sola risposta)

1. ritenere i ruoli assolutamente intercambiabili ❑
2. mantenere la divisione tradizionale dei ruoli ❑
3. invertire i ruoli tradizionali ❑
4. mantenere la tradizionale divisione dei ruoli, con la tendenza di ciascuno a condividere una parte del ruolo dell'altro ❑

Salute e comportamenti a rischio dell'utenza adolescenziale

15. Lei ritiene che l'assunzione di comportamenti a rischio (tossicodipendenza, rapporti sessuali non protetti, comportamenti devianti, ecc...) tra gli adolescenti sia prevalentemente:

(indicare una sola risposta)

1. un fenomeno tipico dell'età e non legato alle attuali condizioni di vita degli adolescenti ❑
2. un fenomeno legato alle attuali condizioni di vita degli adolescenti ❑
3. un fenomeno tipico di situazioni di devianza tutto sommato marginali e non legato all'età ❑
4. altro (specificare)..... ❑

16. A Suo avviso, rispetto alla salute, qual'è l'opinione prevalente tra gli adolescenti?

(indicare una sola risposta)

1. è una condizione di efficienza, che dà la possibilità di svolgere i propri compiti nel migliore dei modi ❑
2. è una condizione di equilibrio psicofisico ❑
3. è una condizione di benessere psicologico, di tranquillità ❑
4. è assenza di malattia e di sintomi ❑
5. altro (specificare)..... ❑

17. Rispetto ai fattori che favoriscono la salute, gli adolescenti si pongono prevalentemente:

(indicare una sola risposta)

1. in una condizione attiva: per loro la salute va perseguita attraverso comportamenti e stili di vita adeguati ❑
2. in una condizione passiva: per loro la salute dipende dalla fortuna ❑
3. in una posizione intermedia: per loro la salute dipende anche da fattori esterni (progressi della medicina, qualità dell'ambiente, ecc.) ❑
4. altro (specificare)..... ❑

L'istruzione ed i rapporti con la scuola dell'utenza adolescenziale

18. Nell'ambito della Sua attività professionale accade che gli adolescenti parlino spontaneamente della loro esperienza scolastica:

(indicare una sola risposta)

1. molto ❑
2. abbastanza ❑
3. poco ❑
4. per nulla ❑

19. A Suo avviso, quali sono le aspettative che gli adolescenti hanno prevalentemente nei confronti della scuola?

(indicare una sola risposta)

1. la scuola serve a formare il proprio sé e strutturare la propria identità ❑
2. la scuola ha un ruolo strumentale, serve cioè ad assicurare loro una adeguata collocazione nel mondo del lavoro ❑
3. non nutrono aspettative particolari e il loro impegno scolastico è semplicemente di routine ❑
4. altro (specificare)..... ❑

20. Secondo Lei quali sono i maggiori problemi che gli adolescenti incontrano nella loro esperienza scolastica?

(indicare non più di due risposte)

1. problemi di apprendimento ❑
2. problemi di rapporto con i coetanei ❑
3. problemi di rapporto con gli insegnanti ❑
4. problemi legati al disinteresse/estraneità rispetto alle conoscenze trasmesse dalla scuola ❑
5. problemi di inadeguatezza rispetto alle aspettative dei genitori ❑
6. altro (specificare)..... ❑

L'immagine del lavoro presso la popolazione adolescenziale

21. Secondo Lei, gli adolescenti su cosa ritengono maggiormente di poter contare per affrontare il problema del lavoro?

(indicare una sola risposta)

1. sulle proprie forze e capacità, su quello che valgono (oppure sentono di valere), sulla preparazione acquisita, su quello che sanno fare ❑
2. sulle possibilità della propria famiglia ❑
3. sulla propria rete amicale ❑
4. sulla fortuna ❑
5. altro (specificare) ..... ❑

22. A suo avviso, rispetto al lavoro gli adolescenti attribuiscono importanza a:

(indicare non più di due risposte)

1. stabilità del rapporto di lavoro ❑
2. disponibilità di tempo libero ❑
3. elevata retribuzione ❑
4. adeguatezza rispetto al titolo di studio conseguito ❑
5. coerenza con gli interessi personali ❑
6. autonomia nei tempi e nelle modalità di svolgimento delle attività ❑
7. prospettive di crescita professionale ❑
8. altro (specificare)..... ❑

Il ruolo professionale e la funzione del consultorio per adolescenti

23. Ha partecipato a corsi di formazione specificamente rivolti a coloro che lavorano per gli adolescenti?

..... *Sì* ❑ ..... *No* ❑

23.a Se Sì, a quali e quante iniziative di formazione ha partecipato negli ultimi tre anni?

1. corsi di durata inferiore ad un anno n. |_|_|
2. corsi/itinerari annuali n. |_|_|
3. seminari di studio (più giorni) n. |_|_|
4. giornate singole di studio/formazione n. |_|_|

23.b Che giudizio dà su tali momenti di formazione?

Utili	..... *Sì, tutti* ❑	..... *Sì, alcuni* ❑	..... *No, nessuno* ❑
Approfonditi	..... *Sì, tutti* ❑	..... *Sì, alcuni*..... ❑	..... *No, nessuno* ❑
Concreti	..... *Sì, tutti* ❑	..... *Sì, alcuni* ❑	..... *No, nessuno* ❑
Interessanti	..... *Sì, tutti* ❑	..... *Sì, alcuni*..... ❑	..... *No, nessuno* ❑

24. Quali difficoltà incontra prevalentemente nell'esercizio del Suo ruolo professionale all'interno del consultorio?

(indicare non più di due risposte)

1. difficoltà legate all'organizzazione (procedure, orari, ecc..) ❑
2. difficoltà legate ad insufficienza delle risorse economiche, di personale, di struttura ❑
3. difficoltà legate a problemi di relazione tra operatori interni alla struttura ❑
4. difficoltà legate a problemi di relazione con la Asl ed altri organismi di riferimento ❑
5. difficoltà legate a problemi di relazione con gli utenti ❑
6. altro (specificare)..... ❑

25. Quale è la sua valutazione di ciascuno dei seguenti aspetti dell'organizzazione del consultorio?

(indicare il grado di accordo per ogni aspetto)

	molto soddisfacente	soddisfacente	insoddisfacente	molto insoddisfacente
1. qualità della comunicazione interna	❑	❑	❑	❑
2. professionalità degli operatori	❑	❑	❑	❑
3. livello di collaborazione tra gli operatori	❑	❑	❑	❑
4. livello di definizione nell'attribuzione dei compiti e delle responsabilità	❑	❑	❑	❑
5. quantità del personale	❑	❑	❑	❑
6. disponibilità delle risorse economiche	❑	❑	❑	❑

26. Che giudizio dà sull'attuale livello di funzionamento del consultorio in relazione ai seguenti aspetti[1]?

(indicare il grado di accordo per ogni aspetto)

	molto soddisfacente	soddisfacente	insoddisfacente	molto insoddisfacente
1. efficienza	❑	❑	❑	❑
2. efficacia	❑	❑	❑	❑
3. qualità	❑	❑	❑	❑
4. gradimento dell'utenza	❑	❑	❑	❑

27. Quale ruolo svolge attualmente e ritiene debba svolgere il consultorio per adolescenti nel quadro delle politiche per gli adolescenti?

	svolge	non svolge ma dovrebbe svolgere
1. centro di riferimento, di collegamento e/o di formazione per gli operatori che lavorano con gli adolescenti in ambito sanitario	❑	❑
2. centro di riferimento, di collegamento e/o di formazione per gli operatori che lavorano con gli adolescenti in ambito sanitario, sociale e scolastico	❑	❑
3. centro di ascolto e punto di riferimento per gli adolescenti sotto il profilo delle risposte alle problematiche sociali e sanitarie	❑	❑
4. terminale che facilita l'accesso degli adolescenti ai servizi sanitari e sociali del territorio	❑	❑
5. altro (specificare)	❑	❑

28. Ritiene che l'attuale strutturazione del consultorio sia sufficiente perché esso possa svolgere al meglio il ruolo che Lei auspica?

.....*Sì* ❑ .....*No* ❑

29. Quali sono i principali cambiamenti che apporterebbe per migliorare l'attività del consultorio?

(sono possibili più risposte)

1. ampliamento dell'orario di accoglienza ❑
2. avvio e/o potenziamento delle attività di informazione e promozione ❑
3. allargamento delle prestazioni offerte ❑
4. potenziamento delle attività di educazione sanitaria e sessuale nelle scuole ❑
5. potenziamento delle attività di educazione sanitaria e sessuale all'interno del consultorio ❑
6. sviluppo delle attività di follow up ❑
7. avvio e/o potenziamento del coordinamento con altri servizi e soggetti istituzionali (altri consultori, servizi sanitari e sociali, scuole, ecc.) ❑
8. avvio e/o potenziamento del coordinamento con altri soggetti non istituzionali (gruppi, associazioni) ❑
9. avvio e/o potenziamento delle attività di valutazione ❑
10. altro (specificare)..... ❑

[1] Per **efficienza** si intende il rapporto tra risorse investite e risultati raggiunti, che si sofferma soprattutto sul processo attraverso il quale vengono conseguiti i risultati.

Per **efficacia** si intende il rapporto tra obiettivi prefigurati e risultati raggiunti, laddove il risultato può essere inteso come esito specifico o come esito complessivo.

Per **qualità** si intende principalmente il rapporto tra obiettivi fissati e capacità di risposta ai bisogni, alle esigenze ed alle aspettative dell'utenza.

Informazioni sull'intervistato

Nome .... **Cognome** ..... *

Sesso M ❑ F ❑

Anno di nascita |_|_|_|_|

Comune di nascita |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Prov.** |_|_|

Titolo di studio conseguito:

diploma di scuola media inferiore ..... ❑

diploma di scuola media superiore ..... ❑

altro titolo di studio post scuola media superiore (specificare) ..... ❑

diploma di laurea in ..... ❑

specializzazione in ..... ❑

Profilo professionale .....

Anno assunzione incarico con l'attuale profilo professionale, all'interno del consultorio |_|_|_|_|

Prima dell'attuale impegno nel consultorio per adolescenti ha svolto altri incarichi?

Sì ..... ❑ *No*..... ❑

Se sì, in quale struttura?

.....

Se sì, con quale profilo professionale?

.....

Indirizzo del consultorio adolescenti o spazio/servizio adolescenti

Asl: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ringraziamenti

La realizzazione di questa indagine è stata possibile grazie alla preziosa e cortese collaborazione dei responsabili e degli operatori dei consultori che hanno risposto ai questionari inviati.

Come è stato evidenziato all'interno di questo rapporto di ricerca, le strutture che hanno offerto la loro collaborazione sono in totale 287; le vogliamo qui elencare al fine di sottolineare ancora una volta il nostro sentito ringraziamento per la serietà con cui hanno partecipato alla nostra indagine, con l'auspicio che i risultati di questa ricerca possano essere utili per il loro delicato lavoro.

STRUTTURA	INDIRIZZO	COMUNE	PROVINCIA	ASL
Spazio Giovani	Via Pietro Micca, 10	Canicattì	AG	01Agrigento
Consultorio	Via Don Guanella	Naro	AG	01Agrigento
Spazio Giovani	Via Filippo Villa	Racalmuto	AG	01 Agrigento
Spazio Giovani - Consultorio Familiare "Raffadali"	Via Trapani, 106	Raffadali	AG	01Agrigento
Consultorio	Viale Lauricella, 10	Ravanusa	AG	01 Agrigento
Spazio Giovani	Via Vittorio Veneto, 52	San Biago Platani	AG	01Agrigento
Consultorio Familiare	Via Pacinotti, 38	Alessandria	AL	20 Alessandria e Tortona
Consultorio	Via Papa Giovanni XXIII, 1	Novi Ligure	AL	22
Consultorio	Via Ciavarini, 7	Ancona	AN	07 Ancona
Consultorio	Via Turati, 51	Fabriano	AN	06 Fabriano
Consultorio Familiare	Via Fratelli Rosselli, 11	Falconara Marittima	AN	07 Ancona
Consultorio Adolescenti "Pangolo"	Corso Lancieri, 13	Aosta	AO	Valle d'Aosta
Consultorio Giovani	Via Manzoni, 38	San Benedetto del Tronto	AP	12 San Benedetto del Tronto
Unità Funzionale Attività Consultoriali	Via Curtatone 56	Arezzo	AR	08 Arezzo
Spazio Adolescenti	Via Francesco Baracca	Asti	AT	19 Asti
Consultorio	Piazza Garibaldi, 41	Nizza Monferrato	AT	19 Asti
Consultorio Familiare "Samantha Della Porta"	Via Morelli e Silvati	Avellino	AV	Avellino 2
Consultorio Adolescenti	Via Sebastiano Arturo Luciani, 16	Acquaviva delle Fonti	BA	BA 3
Consultorio	Viale Don Luigi Sturzo, 36	Andria	BA	BA 1
Spazio Giovani	Via Michele Viterbo snc	Bari	BA	BA 4
Consultorio Familiare	Via Vaccarella, 38	Bari Carbonara	BA	BA 4 - Distretto 2 "Carbonara-Ceglie-Loseto
Spazio Giovani	Via Giovanni Bovio, 33	Bisceglie	BA	BA 2
Spazio Giovani	Via Puglia, 20	Canosa di Puglia	BA	BA 1
Consultorio	Via Vallona, 9	Ruvo di Puglia	BA	BA 1
Consultorio	Via Asti, 5	Terlizzi	BA	BA 1
Consultorio Adolescenti	Via Balilla, 25	Romano di Lombardia	BG	Bergamo
Unità Operativa Adolescenti	Piazza Caslini, 1	Scanzorosciate	BG	Bergamo
Consultorio Adolescenti	Viale Oriano, 18/b	Treviglio	BG	Bergamo
Consultorio	Via Carpaccio, 2	Bologna	BO	Bologna
Spazio Giovani	Via Castagnoli, 10	Bologna	BO	Bologna
Spazio Giovani	Via Colombi, 3	Bologna	BO	Bologna
Spazio Giovani	Piazza 2 Agosto 1980, 2	Castelmaggiore	BO	Bologna Nord
Consultorio	Via Amendola, 8	Imola	BO	Imola

Spazio Giovani	Via Repubblica, 11	San Lazzaro di Savena	BO	Bo Sud - Distretto di San Lazzaro di Savena
Spazio Adolescenti	Via Don Guanella	Ceglie Messapica	BR	BR 1
Spazio Giovani	Via Francesco Crispi, 18	Francavilla Fontana	BR	BR 1
Consultorio Adolescenti	Vicolo Rizzardo, 28	Brescia	BS	Brescia
Consultorio Adolescenti	Via Gramsci, 2 - 1° piano	Desenzano del Garda	BS	Brescia
Consultorio Adolescenti	Via Andrea Gosa, 83	Gavardo	BS	Brescia
Consultorio Adolescenti	Piazza Donatori di sangue	Leno	BS	Brescia
Centro Problematiche Giovanili - c/o Ser.T.	Piazza Castello, 1	Palazzolo sull'Oglio	BS	Brescia - Distretto di Palazzolo sull'Oglio
Consultorio Adolescenti	Via Montesuello	Rovato	BS	Brescia
Spazio Adolescenti	Via Pietro da Salò, 37	Salò	BS	Brescia - Distretto Socio-Sanitario Garda
Spazio Adolescenti	Via Reverberi	Vestone	BS	Brescia - Distretto Socio-Sanitario Valle Sabbia
Spazio Adolescenti	Via Sassari, 17/b	Bolzano	BZ	01 Centro Sud Bolzano
Consultorio	c/o Ospedale	Brunico	BZ	04 Est Brunico
Consultorio	Via Hugo Von Taufers, 19	Campo Tures	BZ	04 Est Brunico
Spazio Giovani	Via Turati, 4/d	Quartu Sant'Elena	CA	08 Cagliari
Spazio Adolescenti	Via Garibaldi, 123	Campobasso	CB	03 Centro Molise
Consultorio	Via Camellara	Arienzo	CE	Caserta 1
Spazio Adolescenti	Via Pascoli, 1	San Salvo	CH	Lanciano - Vasto
Consultorio	Via Chiarandà	Caltanissetta	CL	02 Caltanissetta
Spazio Ascolto Giovani " Al 34"	Via Carlo Emanuele III, 34	Cuneo	CN	15 Cuneo
Spazio Giovani	Via Bava, 40	Fossano	CN	17
Spazio Adolescenti	Via Gramsci, 4 - angolo Via Italia Libera	Como	CO	Como
Consutorio per Adolescenti	Villa Peduzzi - Via Roma, 61	Olgiate Comasco	CO	Como - Distretto di Olgiate Comasco
Spazio Giovani	Via Repubblica, 9	Celico	CS	04 Cosenza
Consultorio	Via Malinieri - c/o Ospedale	Mormanno	CS	02
Consultorio	Via Pietro Mancini	San Lorenzo del Vallo	CS	
Spazio Giovani - Consultorio Familiare	Via Lauro	Scalea	CS	01 Paola
Dipartimento Materno Infantile	Via Pietro Mancini	Spezzano Albanese	CS	02 Castrovillari
Spazio Giovani - Consultorio Familiare "Borgo Consolazione"	Corso delle Provincie, 203	Catania	CT	03 Catania
Consultorio	Via A. De Gasperi	Militello in Val di Catania	CT	03 Catania
Consultorio	Via Galileo Galilei	Misterbianco	CT	03 Catania
Consultorio	Via Sondrio, 1	Palagonia	CT	03 Catania
Consultorio	Via Etnea, 65	Pedara	CT	03 Catania
Consultorio	Via Roma, 36	Riposto	CT	03 Catania

Consultorio	Via Barchitta, 2	Scordia	CT	03 Catania
Spazio Adolescenti	Via Vittorio Emanuele, 56	Agira	EN	04 Enna - Distretto di Agira
Spazio Giovani	Corso Italia, 1	Barrafranca	EN	04 Enna
Zona Giovani	Viale Diaz, 45	Enna	EN	04 Enna
Consultorio	Viale Carducci, 54	Copparo	FE	09 - di Ferrara
Consultorio dei Giovani	Via Gandini, 26	Ferrara	FE	09 - di Ferrara
Consultorio	Via Formile, 36	San Severo	FG	FG 1
Consultorio	Via Tanzini, 23	Pontassieve	FI	10 Firenze
Consultorio	Via Rialdoli, 80	Scandicci	FI	10 Firenze
Consultorio Giovani	Via Ex Tiro a Segno, 239	Cesena	FO	Cesena
Consultorio Giovani dell'AUSL di Forlì	Via Giorgina Saffi, 18	Forlì	FO	Forlì
Spazio Adolescenti	Via XX Settembre	Cassino	FR	Frosinone - Distretto "D"
Consultorio	Via XXIV Maggio	Pontecorvo	FR	Frosinone
Centro Giovani	Via G. Maggio, 3	Genova	GE	03 Genovese - Nucleo Operativo Assistenza Consultoriale - 4
Centro Giovani	Via Sanpierdarena, 34	Genova	GE	03 Genovese
Centro Giovani	Corso Sardegna, 75	Genova	GE	03 Genovese
Centro Giovani	Via Cordanieri, 9	Genova	GE	03 Genovese, UOAC, Ambito 1
Centro Giovani	Via Merano, 3 - Villa Viganego	Genova	GE	03 Genovese, UOAC, Ambito 1
Centro Giovani - Ambito 3 - U.O. Assistenza Consultoriale USL 3	Via Rivoli, 4/a Cancello	Genova	GE	03 Genovese
Centro Giovani - Ambito 3 - U.O. Assistenza Consultoriale USL 3	Via Assarotti, 35	Genova	GE	03 Genovese
Consultorio Familiare	Piazza Molfino, 10	Rapallo	GE	04 Chiavarese
Nucleo Operativo Consultorio per Adolescenti	Salita dietro il Monastero, 9	Imperia	IM	01 Imperiese
Consultorio Giovani	Via Papa Giovanni XXIII	Bellano	LC	Lecco
Consultorio	Piazzale Kennedy, 2	Calolziocorte	LC	Lecco
Consultorio	Via Monteregio, 15	Casatenovo	LC	Lecco
Consultorio	Via Spluga, 49	Cernusco Lombardone	LC	Lecco
Consultorio	Corso Carlo Alberto, 120	Lecco	LC	Lecco
Consultorio Giovani	Via XI Febbraio	Lecco	LC	Lecco
Consultorio Giovani	Via I Maggio, 21/b	Oggiono	LC	Lecco
Consultorio	Via Canova, 2	Olgiate Molgora	LC	Lecco
Consultorio	Via Regina Margherita	Melissano	LE	LE 2
Consultorio	Piazza Italia	Ugento	LE	LE 2
Consultorio	Via Guido Rossa	Cecina	LI	06 Livorno
Consultorio Adolescenti	Via del Mare, 82	Livorno	LI	06 Livorno - Zona Livornese - Distretto 2

Spazio Adolescenti	c/o Ospedale Civile - Viale Marconi, 1	Codogno	LO	Lodi
Spazio Adolescenti	Via Cavour, 58	Lodi	LO	Lodi
Spazio Adolescenti	c/o Ospedale Delmati - Strada Provinciale 19	Sant'Angelo Lodigiano	LO	Lodi
Consultorio	Via Gigliotti - c/o Villa Emilia	Lido di Camaiore	LU	12 versilia
Consultorio Adolescenti	Via Vetraia, 7	Viareggio	LU	12 Versilia
Spazio Adolescenti	Via Foscolo, 2	Macerata	MC	09 Macerata
Consultorio	Via Vitali, 2	Tolentino	MC	09 Macerata
Consultorio	Via G. B. Impallomeni, 45	Milazzo	ME	05 Messina
Consultorio	Via Flemino, 14	Bollate	MI	Milano 1
Consultorio	Via Cantù	Bovisio Masciago	MI	Milano 3
Consultorio Adolescenti	Via San Carlo, 5	Bussero	MI	Milano 2
Centro Adolescenti	Via Mascherpa, 14	Carate Brianza	MI	Milano 3 - Distretto Socio-Sanitario
Spazio Ascolto	Via N. Sauro, 3	Cesano Boscone	MI	Milano 1
Consultorio	Via San Carlo, 2	Cesano Maderno	MI	Milano 3
Consultorio		Cesate	MI	Milano 1
Spazio Adolescenti - Consultorio "5 giornate"	Via Cinque Giornate, 2	Cinisello Balsamo	MI	Milano 3
Spazio Adolescenti	Via Ugo Foscolo, 24	Desio	MI	Milano 3
Spazio Giovani	Viale Lombardia, 1	Magenta	MI	Milano 1
C.P.B.A.	Via Pitteri, 56	Milano	MI	Milano - Distretto 3
C.P.B.A.	Via Gola, 22	Milano	MI	Milano
C.P.B.A.	Via di San Vigilio, 43	Milano	MI	Milano
C.P.B.A. Area Adolescenti	Corso Italia, 52	Milano	MI	Milano
Consultorio	Via Aldini, 72	Milano	MI	Milano
Consultorio	Via Val d'Intelvi, 1	Milano	MI	Milano
Consultorio	Via Fantoli, 7	Milano	MI	Milano
Consultorio	Via Cesare Brivio, 2	Milano	MI	Milano
Consultorio	Via Carlo Farini, 9	Milano	MI	Milano
Consultorio familiare - Spazio Adolescenti	Via Remo La Valle, 7	Milano	MI	Milano
Spazio Giovani	Via della Ferrera, 14	Milano	MI	Milano
Spazio Giovani	Via Albenga, 2	Milano	MI	Milano
Spazio Giovani	Via Val di Bondo, 11	Milano	MI	Milano - Distretto 2
Spazio Giovani	Via Cherasco, 5	Milano	MI	Milano - Distretto 2
Consultorio	Via De Amicis, 17	Monza	MI	Milano 3
Consultorio	Via Dante, 4	Muggiò	MI	Milano 3
Consultorio	Via Giussani, 11	Nova Milanese	MI	Milano 3
Consultorio	Viale della Repubblica, 13	Paderno Dugnano	MI	Milano 1
Consultorio	Via Dante, 4	Varedo	MI	Milano 3
Consultorio	Via Conciliazione, 128	Mantova	MN	Mantova
Consultorio Giovani	Via Marangoni, 4/a	Suzzara	MN	Mantova - Distretto di Suzzara
Spazio Giovani	Via Don Sturzo, 21	Carpi	MO	Modena - Distretto 1

Consultorio	Via del Pozzo - c/o Poliambulatorio	Modena	MO	Modena
Spazio Giovani	Viale Molza, 3	Modena	MO	Modena
Spazio Giovani	Via Cavallotti, 136	Sassuolo	MO	Modena
Spazio Giovani	Via Marconi, 4	Spilamberto	MO	Modena - Distretto di Vignola
Consultorio Adolescenti	Piazza della Vittoria - c/o Poliambulatorio	Aulla	MS	01 Lunigiana
Spazio Adolescenti	Via Matteotti, 7-bis	Matera	MT	04 Matera
Consultorio Familiare	Viale della Resistenza, 25	Napoli	NA	Napoli 1 - Distretto Sanitario 48
Consultorio	Via San Francesco	Nola	NA	Napoli 4 - Distretto Sanitario 73
Consultorio Adolescenti	Via Marconi, 29/31	San Giorgio a Cremano - San Sebastiano al Vesuvio	NA	Napoli 5 - Distretto Sanitario 83
UOMI	Via Siani, 5	Sant'Anastasia	NA	Napoli 4
Spazio Adolescenti	Via Solimene, 8	Sant'Antimo	NA	Napoli 3 - Distretto Sanitario 63
Spazio Adolescenti	Viale Don Minzoni, 7	Borgomanero	NO	13
Spazio Adolescenti	Viale Roma, 7	Novara	NO	13
Consultorio	Via Repubblica e Via Cappuccini	Gangi	PA	06 Palermo
Consultorio	Via Alcide De Gasperi, 1	Misilmeri	PA	06 Palermo - Distretto Sanitario 9
Consultorio	Via Pietro Micca, 27	Palermo	PA	06 Palermo
Spazio Giovani	Via della Vega, 25	Palermo	PA	06 Palermo
Consultorio	Via San Rocco	Piove di Sacco	PD	14
Spazio Giovani	Via Vasari, 2	Città di Castello	PG	01 Alto Tevere
Consultorio Giovani "L'attimo fuggente"	Via Tagliamento, 5	Foligno	PG	03
Spazio Giovani	Via Cairoli	Gubbio	PG	01 Alto Tevere
Spazio Giovani	Via degli Alfieri	San Giustino	PG	01 Alto Tevere
Spazio Giovani	Via Bertanzi	Umbertide	PG	01 Alto Tevere
Consultorio Familiare - Spazio giovani	Piazzale Linteris, 7	San Vito al Tagliamento	PN	06 Friuli Occidentale - Distretto Est
Servizio di Consultazione Ambulatoriale per l'Adolescenza	Via Fiorentina, 64	Prato	PO	04 Prato
Spazio Adolescenti	Largo Volontari del Sangue	Pesaro	PS	01 Pesaro
Spazio Giovani	Via Giustino Fortunato	Lagonegro	PZ	03 Lagonegro
Spazio Giovani	Via Zanardelli	Latronico	PZ	03 Lagonegro
Spazio Giovani	Via XXV Aprile	Lauria	PZ	03 Lagonegro
Consultorio Adolescenti	Zona 187	Lavello	PZ	01 Venosa
Spazio Giovani	Via San Nicola	Maratea	PZ	03 Lagonegro
Consultorio Adolescenti	Via Lezza, 4	Melfi	PZ	01 Venosa
Consultorio	Via San Pietro	Pescopagano	PZ	01 Venosa
Consultorio Adolescenti	Via Fiera	Rionero in Vulture	PZ	01 Venosa
Spazio Giovani	Rione Pietro Nenni, 2	Rotonda	PZ	03 Lagonegro
Spazio Giovani	Via G. Amendola	Senise	PZ	03 Lagonegro

Consultorio Adolescenti	Via G. De Chirico (già via Roma) c\o Palazzo ex INAM	Venosa	PZ	01 Venosa
Consultorio Giovani	Via dell'Ospedale, 17	Cervia	RA	Ravenna
Consultorio Giovani	Via Masoni, 9	Faenza	RA	Ravenna - Distretto di Faenza
Consultorio Giovani	Viale Berlinguer, 11	Ravenna	RA	Ravenna
Consultorio Adolescenti	Via Cavone	Roccella Jonica	RC	09 Locri
Consultorio	Via Amendola, 2 - "Padiglione Morselli"	Reggio Emilia	RE	Reggio Emilia
Spazio Giovani	Via Trento, 9	Bracciano 00062?	RM	RM F
Spazio Giovani	Via Nino Bixio, 27	Ladispoli	RM	RM F
Spazio Giovani	Lungomare Paolo Toscanelli, 230	Ostia - Roma	RM	RM D
Spazio Giovani - Consultorio Familiare di Palestrina	Via Pedemontana, 36	Palestrina	RM	RM G
Consultorio	Via dei Castelli Romani, 2 P	Pomezia	RM	RM H - Distretto 4
Consultorio	Piazza dei Condottieri, 34	Roma	RM	RM C
Consultorio	Via della Magliana, 256	Roma	RM	RM D
Consultorio	Via Brugnato, 2	Roma	RM	RM D
Consultorio	Largo Quadrelli, 5	Roma	RM	RM D
Consultorio	Via dei Levii, 10 b	Roma	RM	RM B
Consultorio	Via Tommaso Agudio, 5 - Lunghezza	Roma	RM	RM B
Consultorio	Via Offanengo, 33	Roma	RM	RM E
Consultorio	Via San Martino della Battaglia	Roma	RM	RM A
Consultorio	Via Guido Miotto, 13 - Cesano	Roma	RM	
Consultorio Spazio Giovani	Via Canapiglie, 88	Roma	RM	RM B
Spazio Adolescenti	Via Guido Miotto, 13	Roma	RM	RM E
Spazio Adolescenti	Via di San Godenzo, 204	Roma	RM	RM E
Spazio Giovani	Via della Resede, 1	Roma	RM	RM B
Spazio Giovani	Via del Poggio di Acilia, 69	Roma	RM	RM D
Spazio Giovani	Via Bartolomeo Avanzini, 39	Roma	RM	RM D
Spazio Giovani - Conultorio "Pietralata"	Via di Pietralata, 497	Roma	RM	RM B
Consultorio Giovani	Via XII Ottobre, 3	Tor Lupara - Mentana	RM	RM G
Consultorio Giovani "360°"	Via XXIII Settembre, 120	Rimini	RN	Rimini
Consultorio	Riviera Miani	Badia Polesine	RO	18 Rovigo
Spazio Giovani	Piazza Europa, 10	Rovigo	RO	18 Rovigo
Consultorio	Via E. De Filippis, 185	Cava de' Tirreni	SA	Salerno 1 - Distretto Sanitario 96 bis

Consultorio Adolescenti	Via Nicola Aversano, 31	Salerno	SA	Salerno 2 - Distretto Sanitario 97
Consultorio		Sarno	SA	Salerno 1 - Distretto Sanitario 95
Consultorio Giovani	Via Serdini, 46	Abbadia San Salvatore	SI	07 Siena - Zona Amiata
Consultorio Giovani	Via Calamandrei, 49	Montapulciano	SI	07 Siena - Zona Val di Chiana
Consultorio	Via della Costituzione, 30	Poggibonsi	SI	07 Siena
Consultorio	Piazza della Posta	Siena	SI	07 Siena
Consultorio Adolescenti e Giovani	Piazza Matteotti, 14 - II Piano	Siena	SI	07 Siena - Zona Senese
Spazio Adolescenti	Via Stelvio, 39	Morbegno	SO	Sondrio
Spazio Adolescenti	Via N. Sauro, 38	Sondrio	SO	Sondrio
Consultorio Familiare	Via De Amicis, 2	Floridia	SR	08 Siracusa
Spazio Giovani	Via Raffaello Sanzio, 1	Alghero	SS	01 Sassari
Spazio Adolescenti	Corso Garibaldi, 35	Arzachena	SS	02 Olbia
Spazio Adolescenti	Piazza San Simplicio	Olbia	SS	02 Olbia
Spazio Giovani	Via Oriani, 2	Sassari	SS	01 Sassari
"Bandiera Gialla"	Viale 8 Marzo, 12	Albenga	SV	02 Savonese
Centro Adolescenti	Via Unità d'Italia, 4	Finale Ligure	SV	02 Savonese
Consultorio	Via Stella	Loano	SV	02 Savonese
Centro Giovani	Via Don Bosco	Savona	SV	02 Savonese
Consultorio Familiare - Spazio Adolescenti - Informagiovani	Viale dello Sport	Grottaglie	TA	TA 01
Consultorio Giovani	Via Ospizio Marino	Giulianova	TE	Teramo
Spazio Adolescenti	Via San Giovanni Bosco, 6	Rovereto	TN	Trento - Distretto Vallagarina
Consultorio	Via Petrarca, 1	Trento	TN	Trento
Spazio Giovani	Via Roma, 22	Caluso	TO	09
Spazio Giovani	Piazza Nenni, 1	Castellamonte	TO	09
Consultorio	Piazza Mazzini, 5	Chieri	TO	08
Spazio Adolescenti	Via Vittorio Emanuele, 42	Chieri	TO	08
Consultorio Giovani	Via Antica di Grugliasco, 1/b	Collegno	TO	05
Spazio Giovani	Via Gramsci, 5	Cuorgnè	TO	09
Spazio Giovani	sede di Banchette - Via Samone, 24	Ivrea	TO	09
Consultorio Adolescenti	Via Vittime di Bologna, 20	Moncalieri	TO	08
Spazio Giovani	Via Juvarra, 55/c	Nichelino	TO	08 - Distretto di Nichelino
Spazio Giovani	Strada Volvera, 25	Orbassano	TO	05 - Distretto 3
Consultorio Adolescenti	Via Piave, 19	Rivoli	TO	05 - Distretto 2
Centro d'Ascolto "Arcobaleno"	Via Fantina, 20	Settimo Torinese	TO	07 Chivasso
Spazio Giovani	Via Cotonificio, 57	Strambino	TO	09
Consultorio	Via Monte Ortigara, 95	Torino	TO	02 Torino
Consultorio	Via Bellono, 1	Torino	TO	02 Torino

Consultorio Adolescenti	Via Chiabrera, 34	Torino	TO	01 Torino
Consultorio Adolescenti	Via Cavezzale, 6	Torino	TO	04 Torino
Spazio Adolescenti	Via Maddalene, 35/a	Torino	TO	04 Torino
Spazio Giovani	Via Avigliana, 33	Torino	TO	02 Torino
Spazio Giovani	Via San Marchese, 28	Venarìa Reale	TO	06
Spazio Adolescenti	Via Saraceni, 2	Trapani	TP	09 Trapani
Consultorio Giovani	Via del Modiolo, 6 - c/o Centro Commerciale	Terni	TR	04 Terni
Consultorio Giovani	Via Montegrappa, 49/a	Terni	TR	04 Terni
Consultorio Giovani	Via 24 Maggio, 33	Mogliano Veneto	TV	09 Treviso
Spazio Adolescenti	Via Ospedale, 34	Montebelluna	TV	08 Asolo
Spazio Adolescenti	Via Montello, 4	Treviso	TV	09 Treviso
Consultorio Familiare	Via Carnia Libera 1944, 29	Tolmezzo	UD	03 Alto Friuli
Consultorio Familiare	Via delle Vigne Basse	Verbania	VB	14 Verbania
Consultorio	Vicolo Garavoglia	Cigliano	VC	11
Consultorio Familiare - Spazio Adolescenti	Strada Madonna Marina, 500 - c/o Ospedale	Chioggia	VE	14
Consultorio Adolescenti	Via Manzoni, 6	Dolo	VE	13 Mirano - Dolo
Consultorio Giovani "Marghera"	Via Tommaseo, 6	Marghera	VE	12 Veneziana
Spazio Adolescenti	Via Trento, 83	Martellago	VE	13 Mirano - Dolo
Consultorio Giovani "Carpenedo"	Viale Garibaldi, 151 - Carpenedo	Mestre	VE	12 Veneziana
Consultorio Giovani "Piave 1866"	Via Dante, 65	Mestre	VE	12 Veneziana
Consultorio	Via Nazionale, 48	Mira	VE	13 Mirano - Dolo
Consultorio	Largo San Giorgio - c/o Ospedale	Noale	VE	13 Mirano - Dolo
Consultorio Giovani	Via Ugo Foscolo, 6	Portogruaro	VE	10 Veneto Orientale
Consultorio Giovani	Via Verdi, 8	San Donà di Piave	VE	10 Veneto Orientale
Consultorio per Adolescenti	Via Pisacane, 3	Spinea	VE	13 Mirano - Dolo
Consultorio Giovani "Giudecca"	Campo Marte, 936	Venezia	VE	12 Veneziana
Consultorio	Piazzale San Lorenzo Giustiniani, 11/D	Zelarino	VE	12 Veneziana
Punto Ascolto Giovani	Via Monsignor Negrin, 29	Bassano del Grappa	VI	Bassano del Grappa
Consultorio	Via Marconi, 24	Longare	VI	06 Vicenza
Spazio Adolescenti	Via Baratto, 25	Schio	VI	04 Alto Vicentino
Spazio Teenagers - Consultorio Familiare di Thiene	Via Rasa, 9	Thiene	VI	04 Alto Vicentino
Spazio Adolescenti	Via Fermi, 11	Valdagno	VI	05
Consultorio	Via Filippella	Nicotera	VV	08 Vibo Valentia
Consultorio	Via Coriel	Rombiolo	VV	08 Vibo Valentia
Spazio Giovani	Via Gentile, 2	Vibo Valentia	VV	08 Vibo Valentia
Consultorio		Palazzolo		
Consultorio	P.zza XXV aprile			

Consultorio	strada provinciale - c/o Centro Sociale			
Consultorio	Via Cialdini			
Consultorio	zona 167 ss 93			

Il presente rapporto di ricerca può essere richiesto all'Istituto Italiano di Medicina Sociale - via P.S. Mancini, 28 - 00196 Roma, o scaricato dal sito www.iims.it.