

# Risultati della valutazione del PROGRAMMA D'INTERVENTO ME-WE



Country  
focus:  
IT



Linnaeus University  
(lead partner)

Sweden



Eurocarers

Belgium



University of Sussex

United Kingdom



Carers Trust

United Kingdom



Kalaidos University of Applied Sciences

Switzerland



The Netherlands Institute for Social Research

The Netherlands



The national Centre of Expertise for Long-term Care in the Netherlands (Vilans)

The Netherlands



Anziani e non solo

Italy



National Institute of Health and Science on Ageing (INRCA)

Italy



University of Ljubljana

Slovenia



More information: [www.me-we.eu](http://www.me-we.eu)

#youngcarers

The European Union support for the production of this document does not constitute an endorsement of the contents, which reflects the views only of the authors, and the European Union institutions and bodies cannot be held responsible for any use that may be made of the information contained therein.



<b>Introduzione</b>	<b>4</b>
<b>Il contesto di riferimento</b>	<b>5</b>
<b>Scopi ed obiettivi</b>	<b>5</b>
<b>L'intervento ME-WE</b>	<b>6</b>
<b>La metodologia applicata per monitorare gli effetti dell'intervento</b>	<b>6</b>
La selezione e il reclutamento degli AYC	6
La valutazione dell'efficacia dell'intervento ME-WE	7
<b>Descrizione dei gruppi</b>	<b>8</b>
<b>Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti</b>	<b>8</b>
<b>Risultati e discussione</b>	<b>9</b>
L'esperienza degli AYC che hanno partecipato all'intervento	9
L'esperienza degli stakeholder	12
<b>Conclusioni</b>	<b>13</b>
<b>Alcune raccomandazioni</b>	<b>13</b>

# Introduzione

---

I caregiver adolescenti (in inglese Adolescent Young Carers, indicati da qui in avanti anche con l'acronimo AYC) sono giovani di età compresa tra i 15 e i 17 anni che forniscono cure, assistenza e/o sostegno a un familiare o un amico che ha una malattia cronica, una disabilità, problemi di dipendenza o qualsiasi altra condizione legata a una fragilità o a un bisogno di cure. In genere, nel prestare assistenza questi giovani si assumono responsabilità che di solito sarebbero associate a un adulto. Le statistiche nazionali suggeriscono che almeno il 7-8% dei bambini in Europa ha responsabilità di cura. La mancanza di consapevolezza e di riconoscimento delle sfide affrontate dagli AYC ha portato a una mancanza di sostegno per questo gruppo di giovani, con conseguenti impatti negativi a livello individuale e sociale. In effetti, assumere un ruolo di cura rappresenta un fattore di rischio rilevante per l'insorgenza di problemi sia immediati che a lungo termine per la salute mentale, il benessere e lo sviluppo degli AYC, oltre a incidere sulla loro transizione all'età adulta, sull'inclusione sociale, sull'istruzione e sulle loro future chances occupazionali.

L'obiettivo del progetto **H2020 ME-WE - Supporto psicosociale per la promozione della salute mentale e del benessere tra gli adolescenti giovani in assistenza in Europa** - è rafforzare la resilienza degli AYC, migliorare la loro salute mentale, il loro benessere e mitigare le influenze negative dei fattori psicosociali e ambientali. Il progetto ha sviluppato, con il coinvolgimento di giovani caregiver ed ex giovani caregiver, **un quadro innovativo di interventi di prevenzione primaria che sono stati testati e adattati in sei paesi europei** (Italia, Paesi Bassi, Slovenia, Svezia, Svizzera, Regno Unito). Ciascuno dei paesi in cui è stato svolto l'intervento è caratterizzato da diversi livelli di consapevolezza sul tema e da differenti livelli di sviluppo delle politiche e dei servizi destinati agli AYC. Il progetto mira a valutare ciò che può essere efficace e a fornire azioni e soluzioni adeguate alle esigenze presenti e documentate nei singoli contesti nazionali, al contesto europeo e anche a quello internazionale.

# Il contesto di riferimento

---

In Italia non esiste una legge nazionale che riconosca e sostenga i caregiver familiari né gli AYC. La conoscenza di questo fenomeno in Italia è ancora piuttosto limitata.

A causa della mancanza di auto-riconoscimento e di autoconsapevolezza tra gli stessi AYC, questi ultimi molto raramente si identificano come giovani caregiver e possono avere difficoltà a cercare aiuto. Gli interventi psicosociali per gli AYC sono scarsi e di solito la loro efficacia non è completamente valutata in Italia. Pertanto, poiché mancano prove scientifiche sull'efficacia di tali interventi, i politici e i professionisti non possono progettare per gli AYC misure di supporto basate su dati e evidenze documentate.

In questo quadro, il progetto ME-WE ha fornito l'opportunità di raccogliere dati e informazioni che hanno contribuito ad aumentare la consapevolezza e la conoscenza su questo argomento; inoltre le attività previste dal progetto hanno consentito di testare l'efficacia dell'intervento psicosociale ME-WE attraverso una sperimentazione controllata randomizzata effettuata in Italia.

# Scopi ed obiettivi

---

Questo sintetico documento intende fornire una panoramica dei principali risultati di uno studio che ha valutato il programma di intervento ME-WE in Italia.



# L'intervento ME-WE

---

L'intervento psicoeducativo ME-WE è un adattamento del modello DNA-V (Hayes e Ciarrochi, 2015<sup>1</sup>). Quest'ultimo è usato in contesti educativi e clinici per aiutare gli adolescenti a gestire le emozioni, trovare soluzioni ai problemi quotidiani, connettersi con i propri valori, raggiungere consapevolezza e vitalità, e sviluppare relazioni positive con gli amici e la famiglia. Il modello si concentra sullo sviluppo di un forte senso di sé e dà agli adolescenti la fiducia di cui hanno bisogno per il passaggio verso l'età adulta.

# La metodologia applicata per monitorare gli effetti dell'intervento

---

## LA SELEZIONE E IL RECLUTAMENTO DEGLI AYCS

Il passo preliminare per implementare l'intervento ME-WE è consistito nel reclutare giovani che soddisfacessero i criteri concordati per partecipare allo studio, ovvero: essere giovani di età compresa tra i 15 e i 17 anni ed essere caregiver di familiari o di altre persone con ruoli significativi nella vita di questi ragazzi (criteri di inclusione) e non aver già ricevuto trattamenti o aver partecipato a interventi basati sulla psicologia/mindfulness (criteri di esclusione).

In Italia la randomizzazione era basata su specifici gruppi ("cluster based") quindi coloro che hanno superato la fase iniziale di screening sono stati inseriti in due gruppi in base al gruppo di appartenenza: il primo gruppo ha preso parte al programma e ha quindi ricevuto l'intervento (gruppo di intervento), mentre l'altro gruppo è stato inserito in lista di attesa (gruppo di controllo).

1. Hayes, L., & Ciarrochi, J. (2015). *The thriving adolescent: Using acceptance and commitment therapy and positive psychology to help teens manage emotions, achieve goals, and build connection*. Oakland, CA: Context Press, an imprint of New Harbinger Publications.

## LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'INTERVENTO ME-WE

Al fine di misurare l'efficacia dell'intervento, è stata condotta una valutazione a metodo misto, comprendente sia un questionario rivolto agli AYC's che hanno partecipato allo studio (sia nel gruppo di intervento sia in quello di controllo) sia interviste e una indagine online rivolta agli stakeholder che sono stati attivamente coinvolti o hanno sostenuto lo sviluppo dell'intervento, l'informazione, il reclutamento e/o l'attuazione dell'intervento ME-WE.

### Il questionario di valutazione rivolto agli AYC's

Il questionario rivolto agli AYC's è stato distribuito in tre momenti diversi: prima dell'intervento - 7 settimane - (T0, baseline), immediatamente dopo l'intervento per il gruppo di intervento ME-WE o dopo 7 settimane per il gruppo di controllo (T1), e ancora a tre mesi per la fase di follow-up (T2).

Il gruppo di intervento e quello di controllo sono stati confrontati in termini di cambiamenti (tra T0 e T1 e tra T0 e T2) osservati in relazione a una serie di variabili di esito.

### La valutazione rivolta agli stakeholder

Oltre al questionario per gli AYC's, è stata condotta una valutazione del contesto in cui si è svolto l'intervento, al fine di acquisire una comprensione più profonda dei fattori di successo e delle sfide incontrate durante il reclutamento e l'attuazione dell'intervento ME-WE in ciascun paese. Un obiettivo secondario era quello di esplorare fino a che punto gli sforzi di reclutamento hanno contribuito a una maggiore consapevolezza della situazione vissuta dagli AYC's tra i principali stakeholder provenienti dai sei paesi partner e al contempo capire se vi fossero stati dei cambiamenti nel loro modo di lavorare con i giovani caregiver.

A tal fine sono stati svolti focus-group e interviste in cui sono stati coinvolti 8 esperti: 3 psicologi, 1 counselor, 2 educatori, 1 coordinatore didattico e 1 direttore tecnico scientifico.

Inoltre è stata realizzata una indagine online a cui hanno risposto 16 stakeholder, con diversi background professionali (professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale, personale scolastico, ricercatori e counselor).

# Descrizione dei gruppi

---

All'inizio della sperimentazione (T0), 47 AYC hanno compilato il questionario di valutazione, 29 nel gruppo di intervento e 18 nel gruppo di controllo. Al T1, i dati sono stati raccolti per 44 partecipanti, 29 nel gruppo di intervento e 15 nel gruppo di controllo, mentre nel follow-up a 3 mesi (T2), 37 AYC hanno completato il questionario di valutazione, 25 nel gruppo di intervento e 12 nel gruppo di controllo. In Italia l'intervento psicoeducativo ME-WE è stato inizialmente effettuato in presenza, per poi essere svolto in modalità on-line a causa delle restrizioni introdotte a seguito della pandemia da COVID-19.

# Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti

---

Sia nel gruppo di intervento che in quello di controllo, la maggior parte dei partecipanti è di sesso femminile (72,4%) e vive in un paese o in una piccola città, mentre circa il 28% dei partecipanti vive in una grande città.

La gran parte dei partecipanti (89,7%) è nata in Italia, a parte tre AYC del gruppo di intervento e due AYC del gruppo di controllo, che sono nati all'estero. Sei partecipanti al gruppo di intervento (18,6%) e due partecipanti al gruppo di controllo (11,1%) hanno la madre non nata in Italia, mentre cinque partecipanti nel gruppo di intervento (17,9%) e un partecipante nel gruppo di controllo (5,6%) hanno il padre nato in un paese diverso dall'Italia.

Quasi tutti i partecipanti vivono con la madre (95,7%) e circa tre quarti con il padre (71,7%). Il 40% dei partecipanti ha fratelli con i quali convive, e gli adolescenti provenienti da famiglie allargate (che vivono con i nonni) fanno tutti parte del gruppo sperimentale.

La maggior parte dei partecipanti (86,4%) si occupa, aiuta o sostiene un membro della famiglia con problemi di salute. Due partecipanti in ogni gruppo hanno riferito di non avere una situazione di assistenza nelle loro famiglie, tuttavia sono stati considerati idonei all'intervista di screening, in quanto soddisfacevano i criteri di inclusione ed esclusione, come descritto nel protocollo dello studio. Probabilmente, la scarsa consapevolezza degli AYC potrebbe aver contribuito al fatto di non riconoscersi come caregiver (Smyth, Blaxland, & Cass, 2011; Leu, Frech, & Jung, 2018).

La maggior parte dei partecipanti (84,2%) si pren-

# Risultati e discussione

---

de cura di un membro della famiglia, di solito entrambi o uno dei genitori (più comunemente la madre) o i fratelli, e vive con la persona di cui si prende cura. Alcuni hanno riferito di prendersi cura dei nonni (21,9%) o di zie/zii (15,7%), ma nella maggior parte dei casi non vivono con queste persone. Sei partecipanti nel gruppo di intervento (22,2%) e tre partecipanti in quello di controllo (17,6%) si prendono cura, aiutano o sostengono qualcuno dei loro amici, mentre circa un terzo dei partecipanti in entrambi i gruppi ha riferito di essersi preso cura dei propri amici e colleghi.

Le patologie da cui sono affetti i famigliari di cui i partecipanti si prendono cura risultano essere, in proporzioni omogenee, malattie croniche, disabilità fisiche, malattie mentali e problemi cognitivi. Gli amici e colleghi di cui i partecipanti si prendono cura, invece, soffrono per lo più di malattia mentale o deterioramento cognitivo.

## L'ESPERIENZA DEGLI AYCS CHE HANNO PARTECIPATO ALL'INTERVENTO

Il gruppo di intervento e quello di controllo sono stati confrontati nei cambiamenti (fra T0 e T1 e fra T0 e T2) osservati in una serie di variabili di esito. Per quanto riguarda i cambiamenti nelle variabili di esito primarie (resilienza, mindfulness, flessibilità psicologica, salute fisica e mentale percepita, qualità di vita, sostegno sociale percepito), nei partecipanti al gruppo di intervento si è riscontrato un incremento significativo della percezione degli esiti positivi del prendersi cura (punteggi della sottoscala esiti positivi del questionario PANOC), il quale risulta essere medio da T0 a T1 e un effetto piccolo da T0 a T2. Diversamente, fra i partecipanti al gruppo di controllo non si è osservato nessun cambiamento significativo nella percezione degli impatti positivi dell'assistenza. Questo risultato appare confermato dall'analisi qualitativa. Infatti, nell'autovalutazione T1, un partecipante del gruppo di intervento ME-WE ha affermato: "[Ho cambiato] il mio atteggiamento. Sono meno riluttante a svolgere certe attività e più disponibile". Quindi, **L'intervento ME-WE sembra aiutare i caregiver adolescenti a percepire gli aspetti positivi nella cura.**

Inoltre **i partecipanti al gruppo di intervento hanno riportato un aumento significativo della salute mentale percepita** (punteggi nella scala WEMWBS), che risulta essere fra piccolo e medio da T0 a T1 e piccolo da T0 a T2, che non è invece stato osservato tra i partecipanti al gruppo di controllo. Uno dei partecipanti al gruppo di intervento ME-WE ha infatti dichiarato, nell'autovalutazione post-intervento, "Sono stato più aperto alle altre persone" e un altro "Mi sento meglio con me stesso".

Per quanto riguarda le altre variabili di esito primarie, non sono emersi cambiamenti significativi

in nessuno dei due gruppi. Nella salute fisica percepita, tuttavia, è risultata esservi una leggera diminuzione dei punteggi (scala HBSC) da T0 a T2 in entrambi i gruppi, che però è risultata maggiore nel gruppo di controllo rispetto a quello di intervento.

Rispetto agli indicatori di qualità di vita relativa alla cura, nel gruppo di controllo nessun partecipante ha riferito di aver mai pensato di voler fare del male agli altri e un partecipante ha detto di essere stato vittima di bullismo o deriso a causa della cura, mentre un partecipante di questo gruppo ha riferito di aver pensato di fare del male a se stesso. **Nel gruppo di intervento, il 33,3% ha riferito pensieri autolesionistici all'inizio dell'intervento (T0), percentuale che è diminuita al 14,3% al T1 e al 23,8% al T2. Considerando invece i pensieri di fare del male ad altri, la percentuale di coloro che li hanno riferiti, pari al 9,1% al T0, resta invariata al T1 e diminuisce allo 0% al T2. Il 27,3% dei partecipanti al gruppo di intervento ha riferito, al T0, di essere stato vittima di bullismo o derisioni. Questa percentuale aumenta leggermente (31,8%) al T1 per poi tornare al valore iniziale up (27,3%) al T2.** Nel gruppo di controllo un partecipante (11,1%) riferisce pensieri autolesionistici all'inizio dell'intervento, percentuale che resta invariata alle successive rilevazioni. Nessun partecipante dichiara di aver pensato di fare male ad altri a T0 e il dato resta analogo a T1 e T2. Un partecipante (11,1%) dichiara di essere stato vittima di bullismo a T0 ma la percentuale scende allo 0% nelle rilevazioni successive. Complessivamente, è emersa un'importante riduzione dei pensieri autolesionistici fra T0 e T1 nel gruppo di intervento, mentre non si evincono cambiamenti rilevanti, in nessuno dei due gruppi, nei restanti indicatori.

**Per quanto riguarda la soddisfazione per il sostegno sociale ricevuto, sono emersi un aumento leggero-moderato fra T0 e T1 nel gruppo di intervento e una leggera diminuzione fra T0 e T2 nel gruppo di controllo. Inoltre, tutti i partecipanti di entrambi i gruppi dichiarano, al T0, di avere qualcuno che li accetta totalmente, con i**

**loro pregi e difetti, mentre due partecipanti del gruppo di intervento (7,7%) dichiarano di non avere nessuno che li ami profondamente. Tuttavia, nel gruppo di intervento, il 10% (n=3) al T1 e il 4% (n=1) al T2 riferisce di non avere nessuno che li accetta totalmente.** Al T0, 6 partecipanti (23,1%) al gruppo di intervento e uno del gruppo di controllo (5,9%) hanno riferito di non avere nessuno su cui poter davvero contare; al T1 questi valori diventano rispettivamente 24,1% per l'intervento e 7,1% per il controllo e al T2 17,4% per l'intervento e 0% per il controllo. Il numero di persone che forniscono sostegno dichiarate, tuttavia, differisce abbastanza tra i partecipanti, variando da una sola persona a ben 50 soggetti.

**Per quanto riguarda le variabili di esito secondarie, cioè non direttamente affrontate all'interno delle sessioni dell'intervento ME-WE** (frequenza con cui si preoccupano della persona assistita mentre sono a scuola/formazione/lavoro), **i partecipanti al gruppo di intervento hanno riportato una riduzione significativa della frequenza, la quale risulta essere media da T0 a T1 e piccola da T0 a T2. Diversamente, tra i partecipanti al gruppo di controllo non è emerso nessun cambiamento significativo.** Si può supporre che questi cambiamenti siano riconducibili all'effetto degli esercizi di mindfulness praticati dai partecipanti al gruppo di intervento ME-WE, i quali hanno potuto imparare ad essere connessi al momento presente e a ridurre l'ansia. A sostegno di tale interpretazione, uno dei partecipanti al gruppo di intervento ha dichiarato che l'intervento ME-WE gli ha insegnato come affrontare pensieri e sentimenti stressanti.

**Per le altre variabili di esito secondarie** (frequenza scolastica, performance scolastiche, esecuzione dei compiti a casa, ritardi e ore di assistenza fornite), **non si sono riscontrati cambiamenti significativi in nessuno dei due gruppi. Tuttavia, i partecipanti al gruppo di intervento hanno riportato una piccola-media diminuzione da T0 a T1 e una piccola diminuzione da T0 a T2 nella frequenza delle assenze da scuola/formazione/lavoro.** Nessun cambiamento è stato invece

osservato in questa variabile tra i partecipanti al gruppo di controllo. Questo è un dato rilevante, poiché diversi contributi di ricerca mostrano l'impatto negativo dell'assistenza sulla frequenza scolastica degli AYC (Cluver, et al., 2012, Thomas, et al., 2003)

**Nel gruppo di intervento sono emersi cambiamenti significativi nelle attività di cura (punteggi MACA). Nello specifico, vi è stata una leggera riduzione della quantità complessiva delle attività di cura e della quantità di attività di cura della persona da T0 a T1 e da T0 a T2, e una leggera diminuzione della quantità di attività di cura finanziaria da T0 a T1. Diversamente, non vi è stato nessun cambiamento significativo nella quantità delle attività di cura all'interno del gruppo di controllo.** Per quanto riguarda il numero di ore solitamente trascorse a fornire assistenza nei giorni della settimana e nel fine settimana, non vi sono stati cambiamenti significativi in nessuno dei due gruppi. Tuttavia, **i partecipanti al gruppo di intervento hanno diminuito leggermente-moderatamente la quantità di tempo dedicato all'assistenza durante un giorno tipico della settimana da T0 a T1**, mentre non sono stati osservati cambiamenti nel gruppo di controllo.

Anche se questi cambiamenti non possono essere attribuiti direttamente all'effetto dell'intervento, che non ha agito per ridurre il carico di cura, pensiamo è verosimile che i partecipanti al gruppo di intervento abbiano appreso l'importanza della cura di sé e cercato di trovare più tempo per se stessi, pur continuando a svolgere attività di cura. Infatti, due partecipanti del gruppo di intervento hanno dichiarato che, grazie all'intervento ME-WE, si sono più spesso presi cura di se stessi: "Ho imparato l'importanza di concedermi del tempo e ho iniziato a farlo più spesso" e "Mi prendo cura di me stesso più spesso".

L'intervento ME-WE è stato accolto molto bene dagli AYC partecipanti. **Tutti i partecipanti ai gruppi di intervento ME-WE hanno riferito di aver apprezzato la maggior parte delle attività e la maggior parte di loro afferma (85,7%) che**

**è valsa la pena di partecipare all'intervento. Il 62,1% dei partecipanti dichiara che l'intervento li ha aiutati a fare nuove amicizie.**

In termini di limitazioni, la dimensione del campione era piuttosto piccola. Inoltre, dobbiamo sottolineare che il tasso di drop out è stato leggermente più alto del previsto: un totale di 27,5% (24% nel gruppo di intervento e 33% nel gruppo di controllo). Infine, un altro limite è che alcuni dei questionari utilizzati nello studio (AFQ, CAMM, BRS) non sono stati ancora validati con i giovani caregiver italiani.

Tuttavia, questo è il primo studio svolto in Italia che ha fornito un intervento per migliorare la resilienza degli AYC e ne ha valutato l'impatto sui partecipanti. I risultati hanno fornito gli input necessari per progettare ulteriori interventi psicoeducativi basati su specifiche evidenze empiriche e su particolari misure di supporto.

# L'esperienza degli stakeholder

---

L'esperienza degli stakeholder coinvolti nella valutazione del contesto ha consentito di acquisire informazioni sugli elementi caratterizzanti i diversi contesti e sulle sfide affrontate nel processo di attuazione dell'intervento.

Molti degli intervistati hanno fatto riferimento alla **scarsa consapevolezza in Italia sul tema dei giovani caregiver, fattore che rende difficile identificarli** in diversi tipi di istituzioni, come la scuola, i servizi sociali e sanitari. Questa scarsa consapevolezza potrebbe essere dovuta da un lato alla **difficoltà degli AYC di riconoscere il proprio ruolo** e, dall'altro, ai servizi che a volte **preferiscono non riconoscere nuovi utenti per evitare nuovi problemi**.

**Come conseguenza del coinvolgimento nel progetto ME-WE, gli intervistati hanno acquisito una maggiore conoscenza e consapevolezza sul tema degli AYC** e in generale sulle loro condizioni. Inoltre, hanno affermato di essere ora più consapevoli della possibilità che alcuni giovani possano essere caregiver e ora potrebbero pensare in modo diverso agli adolescenti che hanno responsabilità di cura. Hanno anche riferito che **il progetto ME-WE ha contribuito a dei cambiamenti nel loro lavoro con i giovani**.

Pertanto, il progetto ME-WE ha migliorato la conoscenza e la consapevolezza sul tema degli AYC. Tuttavia, c'è ancora bisogno di maggiori sforzi di sensibilizzazione e divulgazione a livello locale e nazionale, poiché gli AYC sono ancora in gran parte non riconosciuti.

# Conclusioni

---

I dati suggeriscono risultati promettenti, in particolare in termini di miglioramento delle percezioni degli aspetti positivi della cura e del benessere mentale soggettivo degli AYC che hanno partecipato all'intervento. Dati promettenti riguardano anche le abilità acquisite tramite le tecniche di mindfulness, l'aumento della frequenza scolastica e lo sviluppo delle capacità di prendersi cura di sé. I risultati suggeriscono anche un'ottima accettabilità dell'intervento, dato che l'88% degli AYC ha partecipato alla maggior parte (almeno il 70%) delle sessioni, tutti i partecipanti hanno apprezzato la gran parte delle attività e la maggior parte di loro ha creduto che valesse la pena partecipare all'intervento.

Si auspica la realizzazione di studi futuri di questo tipo (RCT) che utilizzino campioni più grandi volti a valutare ulteriormente l'efficacia delle azioni proposte dall'intervento ME-WE destinate a migliorare la resilienza, la salute mentale e il benessere degli AYC tra i 15 e i 17 anni.

# Alcune raccomandazioni

- ▶ La valutazione del programma ME-WE indica chiaramente la necessità di pianificare interventi più lunghi rivolti ai giovani caregiver appartenenti a una fascia di età più ampia rispetto a quella prevista dal progetto.
- ▶ Alla luce delle difficoltà incontrate da coloro che hanno realizzato l'intervento nel reclutare e nel coinvolgere gli AYC, qualsiasi programma psicoeducativo rivolto agli AYC dovrebbe essere supportato da un'ampia rete di stakeholder che possa coinvolgere i giovani a livello locale.
- ▶ A tal fine, è fondamentale che gli AYC siano riconosciuti e identificati dalle diverse figure professionali operanti nei diversi contesti di vita quotidiana dei giovani, ad esempio a scuola o al lavoro.
- ▶ In Italia, è necessario un ulteriore lavoro per promuovere la consapevolezza, le conoscenze e lo sviluppo di competenze adeguate tra i professionisti in modo che possano davvero riconoscere e orientare gli AYC verso interventi utili a favorire la loro resilienza e a mitigare gli esiti negativi dell'assistenza.

